



ARTÍCULOS ORIGINALES

COMPROMISO MOTOR, RESPIRATORIO Y DEGLUTORIO EN PACIENTES CON ATROFIA MUSCULAR ESPINAL.

CONOCIMIENTO DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES SOBRE LA SALUD BUCAL Y EL ESTADO BUCODENTAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 6 AÑOS QUE ASISTEN AL CONSULTORIO EXTERNO DEL H.I.A.E.P. "SUP. SOR MARÍA LUDOVICA".

IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID 19 EN EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TUMORES SÓLIDOS MALIGNOS.

SERIE DE CASOS

TUBERCULOSIS Y COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN CINCO PACIENTES PEDIÁTRICOS.

ARTÍCULO ESPECIAL

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS, SALUD MENTAL Y PSICOANÁLISIS: UNA ARTICULACIÓN.

REFLEXIÓN SOBRE LA PRÁCTICA IDENTIDAD, RUTINA Y OCUPACIÓN: REFLEXIONES SOBRE LA ROTACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN SALA DE SALUD MENTAL.

COLUMNA DE RESIDENTES

INTEGRAR PARA TRANSFORMAR: LA INVESTIGACIÓN COMO EJE FORMATIVO EN UNA RESIDENCIA DE PEDIATRÍA.

COLUMNA DE ENFERMERÍA

UNA NUEVA MIRADA DE LA REHABILITACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA.

Ludovica Pediátrica

Revista del Hospital de Niños "Sor María Ludovica"

VOL 28 #02 - DICIEMBRE 2025

SUMARIO

04 EDITORIAL

ARTÍCULOS ORIGINALES

06 COMPROMISO MOTOR, RESPIRATORIO Y DEGLUTORIO EN PACIENTES CON ATROFIA MUSCULAR ESPINAL.

17 CONOCIMIENTO DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES SOBRE LA SALUD BUCAL Y EL ESTADO BUCODENTAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 6 AÑOS QUE ASISTEN AL CONSULTORIO EXTERNO DEL H.I.A.E.P. "SUP. SOR MARÍA LUDOVICA".

28 IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID 19 EN EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TUMORES SÓLIDOS MALIGNOS.

SERIE DE CASOS

37 TUBERCULOSIS Y COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN CINCO PACIENTES PEDIÁTRICOS.

ARTÍCULO ESPECIAL

42 CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS, SALUD MENTAL Y PSICOANÁLISIS: UNA ARTICULACIÓN NECESARIA.

REFLEXIÓN SOBRE LA PRÁCTICA

49 IDENTIDAD, RUTINA Y OCUPACIÓN: REFLEXIONES SOBRE LA ROTACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN SALA DE SALUD MENTAL.

COLUMNA DE RESIDENTES

53 INTEGRAR PARA TRANSFORMAR: LA INVESTIGACIÓN COMO EJE FORMATIVO EN UNA RESIDENCIA DE PEDIATRÍA.

COLUMNA DE ENFERMERÍA

56 UNA NUEVA MIRADA DE LA REHABILITACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA.

59 REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN.

Ludovica Pediátrica

Revista del Hospital de Niños "Sor María Ludovica"

DIRECCIÓN EJECUTIVA

H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica"

Dr. Gustavo Sastre

DIRECCIÓN INSTITUTO DE DESARROLLO E INVESTIGACIONES PEDIÁTRICAS (IDIP)

Mg. Lic. Agustina Malpeli

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

COORDINACIÓN EDITORIAL

Dr. Hugo Basílico

Mg. Bioq. Ana Varea

COMITÉ EDITORIAL

Lic. Lucrecia Fotia Perniciaro

Dra. Silvia A. Maffia

COMITÉ DE REVISIÓN DE ARTÍCULOS

Dra. Diana Cabanillas

Dr. Miguel Angel Clerc Berestein

Lic. Alejandra Dávila

Mg. Bioq. Liliana Disalvo

Bioq. Cecilia Girad Bosh

Mg. Lic. Martina Iribarne

Dra. Estefanía León

Dra. María Inés Martínez

Dr. Fernando Rentería

COMITÉ CONSULTOR

Dr. Luis Fumagalli

Farm. Angélica García

Dra. Silvia González Ayala

Dr. Horacio González

Dra. Adriana Fernández

Dra. Mónica Martínez

Dr. Horacio Mosca

Dra. Mirian Perez

Dra. María Elena Ratto

Dra. Silvina Sánchez

SECRETARÍA TÉCNICA

Bibliotecaria

María Guillermina Guidoni

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

DCV Natalia Aguerre

CONTACTO

ludovicapediatrica@gmail.com

LUDOVICA PEDIÁTRICA

Vol 28 #02 – DICIEMBRE 2025 - ISSN 1514-5654

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

FINANCIAMIENTO DE PUBLICACIÓN

Fundación Hospital de Niños de La Plata.

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

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

Presidente Fundación Ludovica

Dr. Juan Guillermo Salas

REGISTRO DNDA EN TRÁMITE

“PORQUE PUBLICAR TAMBIÉN ES CUIDAR”

La producción y difusión del conocimiento es un pilar fundamental en la formación de los recursos humanos en salud. En este contexto, las revistas científicas cumplen un rol esencial: visibilizar, validar y comunicar tanto los nuevos conocimientos generados a través de las investigaciones como las experiencias y saberes que emergen del ámbito asistencial y de los territorios. La revista actúa así como un puente entre la práctica cotidiana y su formalización como conocimiento útil para otros.

En nuestro medio, una de las primeras formas de comunicar hallazgos, intervenciones o propuestas es a través de congresos y otros eventos científicos. Sin embargo, la publicación posterior es poco habitual. Esta situación no es exclusiva de nuestro hospital, se repite en la mayoría de los congresos locales, nacionales e, incluso, internacionales. Tampoco se trata de una dificultad restringida a una sola disciplina: es transversal a la mayoría de las áreas de la salud. Diversos estudios han demostrado que la tasa de publicación de trabajos presentados en congresos científicos que luego se convierten en artículos en revistas indexadas es muy baja: en muchos casos, inferior al 10%. En Argentina, algunos trabajos en áreas como la pediatría o la reumatología muestran tasas aún más reducidas, incluso en congresos con gran trayectoria. Esto implica una pérdida significativa de oportunidades: de visibilidad, de intercambio con otras comunidades académicas, y sobre todo, de aprendizaje institucional.

Si bien existen múltiples factores que explican esta brecha —los costos de publicación, el tiempo disponible, el idioma (inglés) de revistas de mayor impacto, escaso reconocimiento institucional de la tarea— hay uno que aparece de manera reiterada como la barrera principal: la falta de formación específica en redacción científica. Escribir un artículo científico requiere habilidades técni-

cas, pero también acompañamiento, práctica y espacios de formación. No basta con “tener algo para contar”: hay que saber cómo contarlo, a quién, con qué estructura, con qué lenguaje. Para muchos profesionales, este proceso puede ser intimidante o parecer inaccesible si no cuentan con experiencia previa.

Frente a este panorama, la Revista LUDOVICA PEDIÁTRICA del Hospital “Sor María Ludovica” de La Plata se propone no sólo como un canal de publicación, sino como una herramienta pedagógica al servicio de la formación de los equipos de salud. Creada en 1999 su objetivo es difundir la producción científica, docente y asistencial del hospital, del Instituto de Investigaciones Pediátricas (IDIP) y de toda la región. La revista publica trabajos relacionados con la salud materno-infantil, la pediatría en sus distintas especialidades, y otras áreas afines de la salud pública. Tiene una periodicidad semestral (julio y diciembre), realiza evaluación por pares y se encuentra indexada en la base de datos LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) y en el repositorio digital de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires.

Su propósito no es competir con grandes revistas de impacto internacional, sino ofrecer un espacio accesible, cuidado y legítimo para que equipos de salud y, especialmente, quienes están dando sus primeros pasos en la producción científica, puedan transitar la experiencia completa de la escritura, revisión y publicación de sus trabajos. Por eso, desde 2023, el Comité Editorial ha incorporado una nueva línea de trabajo: el acompañamiento a autores en el proceso de redacción y reescritura de artículos científicos. Cuando un manuscrito no es aceptado en su versión inicial, se ofrece a sus autores un espacio de asesoramiento personalizado, con el objetivo de fortalecer el trabajo y alcanzar una versión final que cumpla con los estándares de una revista indexada.

Este acompañamiento se adapta a las particularidades de cada autor y a los tiempos de cada equipo, y cuenta con la colaboración de investigadores del IDIP y de la Residencia Postbásica en Investigación en Salud.

Como Comité Editorial estamos convencidos de que nuestra revista científica hospitalaria puede constituirse como el primer acercamiento a la escritura científica, contribuyendo a la formación científico-académica del equipo de salud, especialmente de los residentes y profesionales jóvenes.

Queremos invitar a todo el equipo de salud, no sólo de nuestro hospital sino también de la región. a compartir sus saberes y trabajos entendiendo que fortalecer

la cultura de la publicación es una estrategia de democratización del conocimiento y también una política de formación continua.

Esperamos entonces que se apropien de la revista como una herramienta propia, abierta y posible. Porque escribir, compartir y publicar nos transforma en mejores profesionales, más reflexivos, más rigurosos, más comprometidos con la mejora de nuestras prácticas. **Porque publicar también es cuidar.**

MG. BIOQ. ANA VAREA

Comité Editorial Revista LUDOVICA PEDIÁTRICA

COMPROMISO MOTOR, RESPIRATORIO Y DEGLUTORIO EN PACIENTES CON ATROFIA MUSCULAR ESPINAL.

AUTORES:

LANDÍVAR, RM¹ 

LI VOLTI, FA¹ 

MATTIOLI, MP¹ 

LOPEZ MATOS, MC¹ 

TABOADA, V² 

¹ Médica Residentes de Medicina Física y Rehabilitación de 3° año.

² Médica de planta, Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica", La Plata, Buenos Aires

Correspondencia: MAITEN LANDIVAR

E-mail: maitenlandivar@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La atrofia muscular espinal (AME) es una enfermedad neuromuscular rara que se manifiesta principalmente en edad pediátrica con compromiso motor, respiratorio y deglutorio, significando una reducción en la calidad y expectativa de vida. El objetivo de este estudio fue caracterizar el compromiso motor, respiratorio y deglutorio en pacientes pediátricos con diagnóstico de AME. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se recolectaron datos de historias clínicas de pacientes con AME evaluados en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "sor María Ludovica" (HIAEP SML) en el período 2010-24. Las variables relevadas fueron: tipo de AME (1,2, o 3), compromiso motor (sedestador, no sedestador o deambulado), compromiso respiratorio (SI/NO) y compromiso deglutorio (SI/NO). También se analizaron variables sociodemográficas y tratamiento modificador de enfermedad. El análisis se realizó a través de estadística descriptiva. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética institucional. **Resultados:** Se incluyeron 19 pacientes, el 68,4% de sexo masculino. La media de edad fue de $6,5 \pm 5,7$ años, siendo todos los pacientes con AME tipo 1 menores de 1 año. El 31,6% correspondió a AME tipo 1, el 52,6% a tipo 2 y el resto a tipo 3. En el grupo con AME tipo 1, el compromiso motor (no sedestación), respiratorio y deglutorio estuvo presente en el 100%, 83,3% y 83,3% de los casos, respectivamente. En los pacientes con AME tipo 2,

estos porcentajes fueron menores (30%, 20% y 20%). Los pacientes con AME tipo 3 no presentaron compromiso motor, respiratorio ni deglutorio bajo los parámetros medidos. **Conclusión:** El diagnóstico más frecuente fue AME tipo 2. Los pacientes con AME tipo 1 fueron diagnosticados a menor edad (en los primeros meses de vida) y presentaron mayor compromiso motor, respiratorio y deglutorio. Los pacientes con AME 3 no presentaron ningún tipo de compromiso dentro de los parámetros usados en este estudio.

PALABRAS CLAVES:

Atrofia muscular espinal; Enfermedad neuromuscular; trastornos de deglución; insuficiencia respiratoria; actividad motora; pediatría.

ABSTRACT

Introduction: Spinal muscular atrophy (SMA) is a rare, genetic neuromuscular disease affecting motor function, breathing and swallowing, usually diagnosed in paediatric ages, resulting in a reduction in quality of life and life expectancy. The objective of this study was to characterize the level of motor, respiratory and swallowing compromise in paediatric patients diagnosed with SMA. **Methodology:** Observational, descriptive, retrospective study. Data was collected from the medical histories of patients with SMA who were seen in the Physical Medicine and Rehabilitation Service of the Interzonal Acute Care Hospital Specialized in Paediatrics "Sor María Ludovica" (HIAEP SML) during the 2010-24 period. The surveyed variables were: type of SMA (1, 2, or 3), motor compromise (sitter, non sitter, walker), respiratory compromise (YES/NO) and swallowing compromise (YES/NO). Sociodemographic variables and disease-modifying therapies were analyzed as well. The analysis was made through descriptive statistics. The Institutional Ethics Committee approved the project. **Results:** 19 patients were included, 68.4% of them male. The average age was $6,5 \pm 5,7$ years, and every SMA 1 patient was under one year of age. 31.6% had SMA 1, 52.6% had SMA 2, and the rest had SMA 3. Among the SMA 1 group, motor (non sitting), respiratory and swallowing compromise was present, respectively, in 100%, 83.3% and 83.3% of the cases. Among the SMA 2 patients, the percentages were lower (30%, 20% and 20%). Patients with SMA 3 did not present motor, respiratory or swallowing compromise under the parameters used in this study. **Conclusion:** The most frequent diagnosis was SMA 2. Patients with SMA 2 were diagnosed at a younger age (during the first months of their lives) and presented bigger motor, respiratory and swallowing compromise. Patients with SMA 3 did not present any type of compromise.

KEYWORDS:

Spinal muscular atrophy; Neuromuscular disease; Deglutition disorders; Respiratory insufficiency; Motor activity; Pediatrics.

INTRODUCCIÓN

La atrofia muscular espinal (AME) es una enfermedad neuromuscular infrecuente, de herencia autosómica recesiva. Se produce por la delección en el gen SMN1, situado en el locus 5q13, que codifica la proteína de supervivencia de neuronas motoras (SMN) encargadas de mantener el correcto funcionamiento de las neuronas motoras del asta anterior de la médula. Sin embargo, los pacientes con AME conservan el gen SMN2, que produce solo un 10% de proteína funcional, siendo causal de la supervivencia y variabilidad clínica de estos pacientes de acuerdo al número de copias. La ausencia total de proteína SMN es letal ¹.

Los informes estiman una frecuencia de portadores que varía entre 1:45 y 1:65, con mayor incidencia en la población caucásica. La prevalencia de la enfermedad se estima en 1 cada 10.000 recién nacidos vivos, con limitaciones para el registro de los casos más graves mortinatos. La mayoría de los pacientes heredan la delección de sus padres, con sólo un 2% de delecciones de novo y un 3-4% de mutaciones ².

La AME es una enfermedad heterogénea, tanto genética como clínicamente. Se caracteriza por una debilidad progresiva y simétrica, que afecta a distintas funciones del organismo. La debilidad es más pronunciada a nivel axial y de los músculos proximales de los miembros, se acompaña de hipotonía, atrofia y ausencia o debilidad de reflejos osteotendinosos ³. En algunos casos, los pacientes no logran alcanzar hitos motores, mientras que en otros, tras una ganancia inicial en la infancia se produce una fase de pérdida inicialmente más rápida y posteriormente más lenta. En esta condición, es notable que la función cognitiva no se vea afectada, independientemente del grado de compromiso motor presente ⁴.

El Consorcio Internacional de AME, de acuerdo a las características de presentación clínica, edad de inicio de los síntomas y los máximos logros motores alcanzados, definió la división en 5 tipos considerando: a) AME 0, aquellos pacientes en los cuales inician los síntomas en la vida prenatal, con movimientos fetales reducidos o ausentes, contracturas y necesidad de soporte de ventilación mecánica al nacer⁵; b) AME 1, en los sujetos en los que los síntomas inician antes de los 6 meses de vida, no logran sedestación independiente, solo algunos casos logran sostén cefálico y fallecen dentro de los 2 años de vida si no reciben tratamiento temprano; c) AME 2, con inicio de síntomas entre los 7 y 18 meses, logran mantenerse sentados de forma independiente, un porcentaje menor logra caminar con asistencia, su expectativa de vida está relacionada con la prevención y tratamiento de las complicaciones pudiendo alcanzar la adultez; d) AME 3, en los cuales el inicio de síntomas es después de los 18 meses, logran caminar de forma independiente, presentan caídas frecuentes, dificultad para levantarse del piso y subir escaleras, la expectativa de vida es hasta la adultez; y e) AME 4 o del adulto, en el que el inicio de la clínica ocurre entre la 2ª y 3ª década de la vida, logran caminar con expectativa de vida habitual ⁶. Al considerar la funcionalidad, los pacientes pueden clasificarse en: "no se-

destadores" si no logran sedestación independiente; "sedestadores" si logran sentarse sin ayuda; y "deambuladores" si logran marcha independiente. Estas definiciones, se utilizan tanto para referirse al mayor logro motor basal alcanzado, como para el nivel funcional en el progreso de la vida. De esta manera, el término "sedestadores" hace referencia a una persona que logra sentarse de forma independiente en el momento del diagnóstico, pero también a aquellos deambuladores que perdieron la capacidad de marcha en el transcurso de la enfermedad. De manera similar, el estado funcional de un individuo puede ser alterado por una intervención terapéutica, de modo que, por ejemplo, un paciente no sedestador llegue a sentarse de manera independiente, clasificándose como sedestador ⁷.

La complejidad y características de progresión de la enfermedad según su historia natural, generan un gran impacto en la calidad de vida del paciente y su familia. La conjunción de atrofia, debilidad y limitaciones funcionales, generan complicaciones secundarias, como trastornos respiratorios, deglutorios y neurortopédicos, dando lugar a requerimientos de cuidados de alta complejidad en el transcurso de la vida.

Los problemas respiratorios que presentan son diversos y de origen multifactorial. La debilidad muscular afecta a todos los grupos musculares, incluidos los músculos inspiratorios y espiratorios, así como los músculos abdominales necesarios para la tos y los músculos faríngeos (bulbares), que controlan el tono de la vía aérea superior. La debilidad muscular respiratoria generalizada induce una enfermedad pulmonar restrictiva con varias consecuencias clínicas significativas ⁸.

También puede existir afectación de la capacidad de alimentación y deglución. La dificultad durante la masticación aumenta el riesgo de paso ineficiente de alimentos y de neumonía por aspiración ⁹. Esta situación puede llevar a evitar la ingesta de alimentos sólidos, aumentando el riesgo de desnutrición. En casos graves, la alimentación suplementaria mediante sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía se convierte en una opción esencial para prevenir complicaciones graves ¹⁰.

Desde hace varias décadas se han estudiado diversas terapias para la AME, enfocadas a mejorar la función de la motoneurona, de la placa neuromuscular o del músculo, con diversos grados de efectividad reportada. Antes del inicio de tratamientos con fármacos específicos génicos y no génicos, el manejo de los pacientes con AME se limitaba al apoyo ventilatorio, nutricional, traumatológico y de rehabilitación. Este apoyo sigue siendo fundamental, especialmente en el manejo de los casos más graves, en quienes la ventilación mecánica invasiva y la gastrostomía son fundamentales para mantenerlos en condiciones estables a mediano y largo plazo ¹¹.

Los consensos interdisciplinarios de tratamiento han permitido optimizar el cuidado y seguimiento de estos pacientes, estableciéndose los objetivos del tratamiento en base en la funcionalidad motora. En este sentido, el Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica" (HIAEP

SML), centro de referencia de alta complejidad, recibe a niños con AME derivados desde toda la provincia, cuya atención se realiza a través de un Comité de Enfermedades Neuromusculares, conformado por un equipo interdisciplinario integrado por neurología, neumonología, medicina física y rehabilitación, kinesiología, endocrinología, nutrición y cardiología.

Actualmente, no existen datos epidemiológicos ni demográficos disponibles sobre la distribución y características de la población de pacientes con AME en este hospital, por lo que consideramos relevante el registro. El objetivo del estudio fue describir el compromiso motor, respiratorio y deglutorio en los pacientes con diagnóstico de AME.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico molecular de AME atendidos en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HIAEP SML, en el periodo 2010-2024. Se excluyeron pacientes > 15 años y aquellos con diagnóstico concomitante de otra patología con compromiso motor, respiratorio y/o deglutorio.

Se estudiaron las siguientes variables:

- **Tipo de AME:** Se consideraron sólo los tipos de presentación en edad pediátrica, AME1, AME2 y AME3.
- **Compromiso motor:** Se consideró el control motor definido como el nivel de habilidades motoras alcanzadas por el paciente al momento de la última evaluación. Se clasificaron en: sedestador, no sedestador o deambulador ⁷.
- **Compromiso deglutorio:** Se consideró el método de alimentación. Se consideró compromiso deglutorio si el paciente requería modalidades de alimentación complementaria (SNG o gastrostomía) y/o modificaciones en la consistencia de las texturas de los alimentos; y sin compromiso si se alimentaba por vía oral sin modificar consistencia de los alimentos.
- **Compromiso respiratorio:** Se consideró sin compromiso si el paciente respiraba sin asistencia aire ambiente, y con compromiso si requería ventilación no invasiva (VNI), ventilación invasiva (VI) y/o traqueostomía.

También se relevaron características sociodemográficas: edad (años), sexo y lugar de residencia y si recibieron o no tratamiento modificador de la enfermedad (TME).

Los datos se obtuvieron a través de la revisión de historias clínicas.

Análisis estadístico

Para el registro de la información se confeccionó una base de datos organizada en planilla de excel. Las variables numéricas se expresaron como media \pm desvío estándar y las cualitativas como frecuencias y porcentajes.

Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por el Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación (CIRPI).

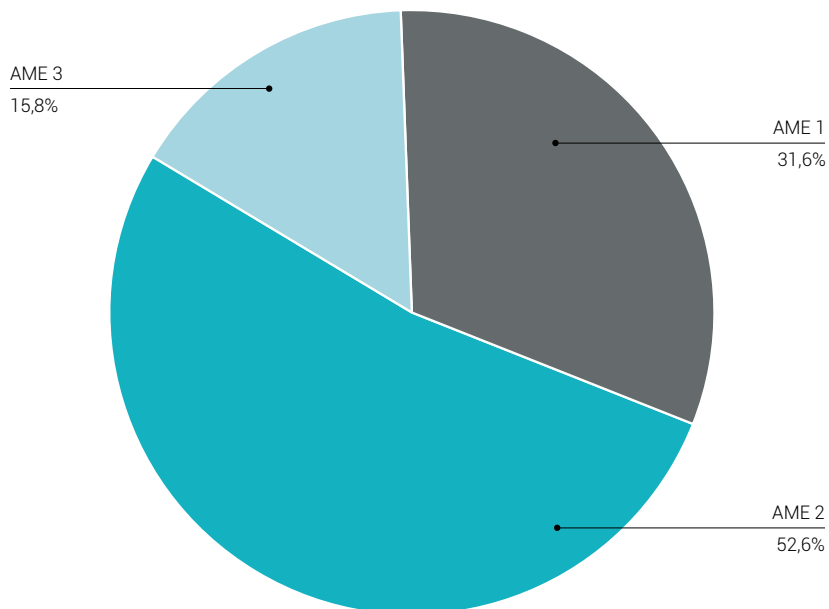
RESULTADOS

El estudio incluyó un total de 19 pacientes, de los cuales el 68,4% (n=13) fueron de sexo masculino. La media de edad fue $6,5 \pm 5,7$ años, siendo todos los pacientes con AME 1 menores de 1 año.

La mayoría de los pacientes (n= 9) residían en Gran La Plata, 6 en Gran Buenos Aires y 4 de ellos en localidades del interior de la provincia de Buenos Aires. Respecto a la cobertura de salud, el 78.9% (n=15) contaba con obra social o prepaga y el resto no contaba con registro de cobertura.

La distribución según tipo de AME se presenta en el Gráfico 1.

Gráfico 1: Distribución de los pacientes según tipo de AME



En la Tabla 1 y en los Gráficos 2 a 4 se presentan la frecuencia de compromiso motor, deglutorio y respiratorio según el tipo de AME.

Tabla 1: Edad y frecuencia de compromiso motor, deglutorio y respiratorio y el requerimiento de TME de los pacientes según el tipo de AME.

VARIABLES	AME 1	AME 2	AME 3
Edad (años)	0,17 ± 0,17 años	4,8 ± 4,04 años.	4,66 ± 3,09 años
Compromiso motor			
- Sedestadores	0 (0%)	6 (60%)	0 (0%)
- No sedestadores	6 (100%)	3 (30%)	0 (0%)
- Deambuladores	0 (0%)	1 (10%)	3 (100%)
Compromiso Deglutorio			
NO (Vía oral)	1 (16,7%)	8 (80%)	3 (100%)
SI	5 (83,3%)	2 (20%)	0 (0%)
- SNG	2	1	-
- Gastrostomía	3*	1	-
Compromiso Respiratorio			
NO		8 (80%)	3 (100%)
SI		2 (20%)	0 (0%)
- Traqueostomía	1 (16,7%)	-	-
- Traqueostomía +VNI	5 (83,3%)	-	-
- Traqueostomía +VI	1	-	-
- VNI	3	1	-
- VI	1	1	-
Tratamiento modificador	6 (100%)	3 (30%)	1 (33,3%)

VNI: ventilación no invasiva, VI: ventilación invasiva, SNG: sonda nasogástrica; TME: tratamiento modificador de enfermedad. *Requería además modificación de textura.

Gráfico 2. Compromiso motor según tipo de AME.

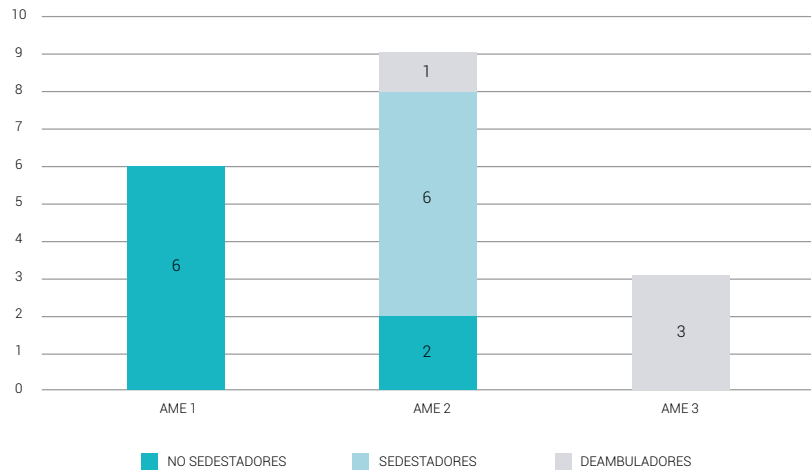


Gráfico 3. Compromiso respiratorio según tipo de AME.

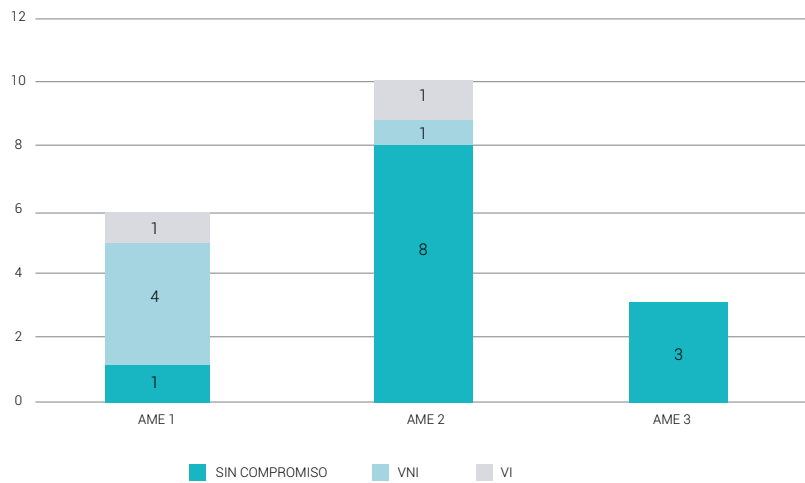
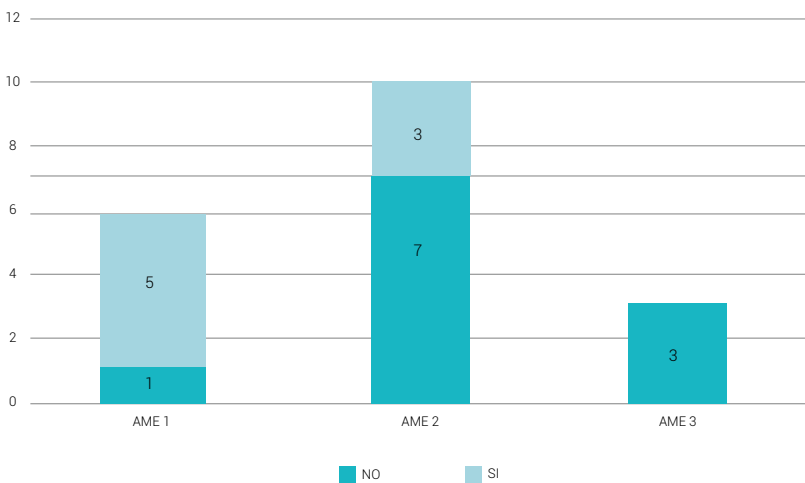


Gráfico 4. Compromiso deglutorio según tipo de AME.



DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos constituyen un primer registro sobre las principales características demográficas y funcionales en la población en seguimiento por el servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HIAEP SML de La Plata.

En nuestro estudio predominó el sexo masculino, encontrando una relación varón/mujer de 2,2/1. Estos resultados coinciden con lo reportado en estudio en niños españoles (1,8/1)¹² y en otro en niños mexicanos (1,6/1)¹³.

A diferencia de otros estudios consultados ^{12,13} donde predominó el AME 1, en el presente estudio fue más frecuente el diagnóstico de AME 2. Cabe señalar que en nuestro centro los pacientes llegan al servicio de rehabilitación por derivación, lo que no siempre ocurre tempranamente. Dado que la expectativa de vida de los pacientes con AME 1 es menor, es posible que un número considerable no lleguen a ser ingresados en el servicio.

Respecto al compromiso motor los niños con diagnóstico de AME 1 fueron

todos no sedestadores. Esto concuerda con un estudio multicéntrico que incluyó 60 niños pertenecientes a 9 países de Asia, Europa y América ¹⁴. Otro estudio en el que se incluyeron 22 niños con AME 1 que concurrían a un centro de estimulación temprana en Italia ¹⁵ mostró resultados similares.

A diferencia, los pacientes con diagnóstico de AME 2 fueron en su mayoría sedestadores. Estos resultados coinciden con lo descrito por Chabanon et al en su estudio prospectivo, en el que el 35,8% de 53 pacientes fueron no sedestadores y el 64,2% sedestadores, no hallando ningún deambulador ¹⁶. De la misma manera, en un estudio longitudinal con bases de datos de redes de AME en Estados Unidos, Italia y Reino Unido ¹⁷ la distribución se mantuvo, siendo 22% de los niños no sedestadores y 78% sedestadores. Aunque la tendencia fue similar, menor frecuencia de no sedestadores, la edad media mayor de los pacientes en dicho estudio podría explicar las diferencias observadas.

En el caso de los pacientes con diagnóstico de AME 3, en el presente estudio, fueron en su totalidad deambuladores. Coincidiendo, en el estudio previamente mencionado ¹⁶ todos los pacientes con AME 3 fueron deambuladores en algún momento de su desarrollo, sin embargo el 50% perdió esa habilidad posteriormente. Este hallazgo podría explicarse, al menos en parte, a que ese estudio incluyó pacientes de hasta 30 años de edad.

En cuanto al compromiso respiratorio, este estuvo presente en la mayoría de los pacientes con AME 1 (83,3%), siendo lo más frecuente el requerimiento de traqueostomía. Aunque en el estudio italiano el porcentaje de compromiso respiratorio también fue importante (68,2%), a diferencia del presente estudio, la mayoría de los pacientes requirió VNI. Esto podría deberse a que dentro de los criterios de exclusión se consideraron los antecedentes de hipoxemia o falla respiratoria dentro del año previo al inicio ¹⁵.

Por su parte, la mayoría de los pacientes con AME 2 no presentaron compromiso en este aspecto, siendo encontrado sólo en el 20%. Estos resultados difieren de los reportados en un estudio retrospectivo en pacientes adolescentes y adultos donde casi la mitad (47%) presentó complicaciones respiratorias ¹⁸. Concordando con la revisión de Lagae et al ⁸, ningún paciente AME 3 presentó compromiso en este área.

En este estudio, el compromiso deglutorio estuvo presente en la mayoría de los pacientes con AME 1 (83,3%), coincidiendo con los resultados publicados en 2023 en una cohorte de 36 niños este diagnóstico ¹⁹.

Considerando los pacientes con diagnóstico de AME 2, el compromiso deglutorio estuvo presente sólo en el 20% de los casos. Este hallazgo es comparable con el estudio de Messina ²⁰ (25%) y el de Cancas ¹⁴ (20 y 30%).

En cuanto a los pacientes con AME 3, ninguno presentó compromiso deglutorio. Esto difiere de lo informado en un estudio multicéntrico holandés ²¹ en donde el 33% mostraron disfagia. En dicho estudio, la media de edad fue 11 años. Esto podría explicarse teniendo en cuenta el carácter progresivo de la enfermedad y la consecuente pérdida de las habilidades relacionadas con la deglución ²².

Aunque el tamaño muestral pequeño, esperable dado el carácter poco frecuente de la enfermedad, constituye una de las principales limitaciones del presente trabajo, los resultados aportan información significativa que contribuye a una mejor caracterización clínica de esta población.

Este estudio proporciona una visión inicial y sienta las bases para futuras investigaciones, que, considerando la complejidad de la enfermedad, podrían ser abordadas sumando aportes desde una perspectiva interdisciplinaria.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico más frecuente fue AME tipo 2. Los pacientes con AME tipo 1 fueron diagnosticados a menor edad (en los primeros meses de vida) y presentaron mayor compromiso motor, respiratorio y deglutorio. Los pacientes con AME 3 no presentaron ningún tipo de compromiso dentro de los parámetros usados en este estudio.

BIBLIOGRAFÍA:

1. García Romero MM, Pascual Pascual SI. Atrofia muscular espinal. *Protoc diagn ter pediatr*. 2002;1:179-185.
2. Kolb SJ, Kissel JT. Spinal muscular atrophy. *Neurol Clin*. 2015;33(4):831-46.
3. Mamede de Carvalho, Swash M. Upper and lower motor neuron neurophysiology and motor control. In: *Handbook of Clinical Neurology*. 2023;195:17-29.
4. Verhaart IEC, Robertson A, Wilson IN, Aartsma-Rus A, Cameron S, Jones CC, Cook SF, Lochmüller H. Prevalence, incidence and carrier frequency of 5q-linked spinal muscular atrophy - a literature review. *Orphanet J Rare Dis*. 2017;12(1):124.
5. Finkel R, Bertini E, Muntoni F, Mercuri E, on behalf of the ENMC SMA Workshop Study Group 1. Workshop report: 209th ENMC International Workshop: Outcome Measures and Clinical Trial Readiness in Spinal Muscular Atrophy, 7-9 November 2014, Heemskerk, The Netherlands. *Neuromuscul Disord*. 2015; 25(6): 432-434.
6. Aponte Ribero V, Martí Y, Batson S, Mitchell S, Gorni K, Gusset N, Oskoui M, Servais L, Sutherland CS. Systematic literature review of the natural history of spinal muscular atrophy: motor function, scoliosis, and contractures. *Neurology*. 2023;101.
7. Dowling JJ, Gonorazky HD, Cohn RD, Campbell C. Treatment of pediatric neuromuscular disorders: the future is now. *Am J Med Genet A*. 2018; 176(4): 804-841.
8. Lagae L, Proesmans M, Van den Hauwe M, Vermeulen F, De Waele L, Boon M. Respiratory morbidity in patients with spinal muscular atrophy—a changing world in the light of disease-modifying therapies. *Front Pediatr*. 2024;12.
9. Chen Y.-S., Shih H.-H., Chen T.-H., Kuo C.-H., Jong Y.-J. Prevalence and risk factors for feeding and swallowing difficulties in spinal muscular atrophy types II and III. *J. Pediatr*. 2012;160:447-451.
10. Van der Heul AMB, van Eijk RPA, Wadman RI, Asselman F, Cuppen I, Nievelstein RAJ, et al. Mastication in Patients with Spinal Muscular Atrophy Types 2 and 3 is Characterized by Abnormal Efficiency, Reduced Endurance, and Fatigue. *Dysphagia*. 2022; 37: 715-723.
11. Erazo Torricelli R. Actualización en tratamientos de la atrofia muscular espinal. *Medicina (B Aires)*. 2022; 82(Supl III): 76-81.
12. Urrutia-Osorio ME, Ruiz-García M. Perfil demográfico y clínico de pacientes con atrofia muscular espinal: serie de 31 pacientes. *Acta Pediatr Méx* 2020;41(2):47-57.
13. Madrid Rodríguez A, Martínez Martínez PL, Ramos Fernández JM, Urda Cardona A, Martínez Antón J. Atrofia muscular espinal: revisión de nuestra casuística en los últimos 25 años. *An Pediatr (Barc)*. 2015;82(3):159-165.
14. Cances C et al. Natural history of Type 1 spinal muscular atrophy: a retrospective, global, multicenter study. *Orphanet Journal of Rare Diseases*. 2022; 17:300.
15. Zappa et al. Intellectual abilities, language comprehension, speech, and motor function in children with spinal muscular atrophy type 1. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*. 2021; 13:9.
16. Chabanon A, Seferian AM, Daron A, et al. Prospective and longitudinal natural history study of patients with Type 2 and 3 spinal muscular atrophy: baseline data NatHis-SMA study. *PLoS One*. 2018;13(7):e0201004.
17. Coratti G, Pera MC, Montes J, et al. Different trajectories in upper limb and gross motor function in spinal muscular atrophy. *Muscle Nerve*. 2021;64(5): 552-559.
18. Crescimanno G, Lupica A, Tommasello V, Di Stefano V, Brighina F, Marrone O. Spectrum of sleep-disordered breathing and quality of sleep in adolescent and adult patients with spinal muscular atrophy. *Journal of Sleep Research* 2024; 33(6), e14222.
19. Chacko A, Marshall J, Taylor O, McEniery J, Sly PD, Gauld LM. Dysphagia and Lung Disease in Children With Spinal Muscular Atrophy Treated With Disease-Modifying Agents. *Neurology*. 2023;100:914-920.
20. Messina S, Pane M, De Rose P, Vasta I, Sorleti D, Aloysius A, Sciarra F, Mangiola F, Kinali M, Bertini E, Mercuri E. Feeding problems and malnutrition in spinal muscular atrophy type II. *Neuromuscul Disord*. 2008 May;18(5):389-93.
21. Kooi-van Es M, Erasmus CE, de Swart BJM, Voet NBM, van der Wees PJ, de Groot IJM, van den Engel-Hoek L; study group Dutch pediatric rehabilitation centers. Dysphagia and Dysarthria in Children with Neuromuscular Diseases, a Prevalence Study. *J Neuromuscul Dis*. 2020;7(3):287-295.
22. Salort-Campana E, Quijano-Roy S. Clinical features of spinal muscular atrophy (SMA) type 3 (Kugelberg-Welander disease). 2020 Dec;27(7S):7S23-7S28.

CONOCIMIENTO DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES SOBRE LA SALUD BUCAL Y EL ESTADO BUCODENTAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 6 AÑOS QUE ASISTEN AL CONSULTORIO EXTERNO DEL H.I.A.E.P. “SUP. SOR MARÍA LUDOVICA”.

RESUMEN

Introducción: La salud bucal de los niños de 2 a 6 años es fundamental para su desarrollo y bienestar general. Los cuidadores principales desempeñan un papel determinante, ya que fomentan la adquisición de hábitos de higiene oral, planifican la dieta y establecen la frecuencia de las visitas al odontopediatra, factores estrechamente relacionados con la aparición de caries. **Objetivo:** Evaluar el conocimiento sobre salud bucal de los cuidadores principales y el estado bucodental de niños de 2 a 6 años. **Población y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal prospectivo. Mediante una encuesta administrada y el examen odontológico de los niños y niñas de 2 a 6 años, se registraron variables: nivel de conocimiento del cuidador principal y el estado bucodental de los niños y niñas (control odontológico previo, salud bucodental, CEOD e ICDAS). También variables sociodemográficas de ambos (edad y sexo, nacionalidad, nivel educativo, acceso a centros de salud odontológica). **Resultados:** La muestra estuvo conformada por cuidadores principales (n=51)

AUTORES:

GONZALES C. 

Residencia Posbásica de Investigación en Salud Pública. Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP). H.I.A.E.P. “Sup. Sor María Ludovica”, La Plata.

Correspondencia: CINTIA BELEN GONZALES
E-mail: gonzalescintiabelen@gmail.com

con sus respectivos hijos (n=51). Los cuidadores eran mayoritariamente mujeres (82,4%) con una mediana de edad de 30 años (RIC: 27–36) y presentaron un nivel de conocimiento bajo sobre salud bucal (regular: 58,8% y deficiente 8%). En los niños y niñas, con una mediana de edad de 4 años (RIC: 3–5), se observó una frecuencia de caries del 55%, siendo el código ICDAS 2 <mancha blanca/marrón en esmalte húmedo el más frecuente> (22,15%). **Conclusiones:** Los resultados obtenidos muestran que dos de cada tres cuidadores, en su mayoría mujeres, presentan un nivel de conocimiento regular/deficiente respecto a la salud bucal infantil. Asimismo, la frecuencia de caries dental observada en los niños y niñas participantes fue del 55%, indicando que más de la mitad de ellos presentan salud bucal deficiente.

PALABRAS CLAVES:

Salud bucal; Conocimiento; Niños; Caries dental.

ABSTRACT

Introduction: The oral health of children aged 2 to 6 years is essential for their development and overall well-being. Primary caregivers play a decisive role, as they encourage the acquisition of oral hygiene habits, plan the diet, and establish the frequency of visits to the pediatric dentist, factors closely related to the onset of caries. **Objective:** To evaluate the oral health knowledge of primary caregivers and the oral health status of children aged 2 to 6 years. **Population and methods:** A prospective descriptive cross-sectional study was conducted using a survey and dental examination of children aged 2 to 6 years. The following variables were recorded: level of knowledge of the primary caregiver and the oral health status of the children (previous dental check-ups, oral health, CEOD, and ICDAS). Sociodemographic variables of both (age and sex, nationality, educational level, access to dental health centers) were also recorded. **Results:** The sample consisted of primary caregivers (n=51) with their respective children (n=51). The caregivers were mostly women (82.4%) with a median age of 30 years (IQR: 27–36) and had a low level of knowledge about oral health (fair: 58.8% and poor 8%). In children, with a median age of 4 years (IQR: 3–5), a caries frequency of 55% was observed, with ICDAS code 2 <white/brown spot on wet enamel> being the most frequent (22.15%). **Conclusions:** The results show that two out of three caregivers, mostly women, have a fair/poor level of knowledge about children's oral health. Likewise, the frequency of dental caries observed in the participating children was 55%, indicating that more than half of them have poor oral health.

KEYWORDS:

Oral health; Knowledge; Children; dental caries.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que la salud bucal es un indicador clave de la salud general, el bienestar y la calidad de vida. La salud bucodental es dinámica a lo largo de la vida, constituye un componente integral de la salud general, ya que favorece la participación social y el desarrollo personal ^{1,2}.

A pesar de su relevancia, la salud bucal ha recibido históricamente menos atención que otros aspectos de la salud ³. Uno de los problemas más comunes en la población infantil es la caries dental, una enfermedad crónica caracterizada por la destrucción de los tejidos dentarios ⁴. Esta patología es el resultado de una interacción multifactorial entre los microorganismos presentes en la biopelícula oral, alimentos cariogénicos (ricos en azúcar y almidón), el tiempo de exposición y factores del huésped ^{5,6}. Según el informe mundial de la OMS de 2022 sobre el estado de la salud bucodental, 514 millones de niños con dentición temporaria padecen esta enfermedad ¹, con una prevalencia particularmente alta en países de ingresos medios ⁷. La dentición temporaria, está constituida por 20 piezas dentarias cuya erupción comienza alrededor de los 6 meses y suele completarse hacia los 2 años de edad. Esta etapa de la dentición se extiende hasta los 6 años, momento en el cual erupciona el primer molar permanente, marcando el inicio de la dentición mixta ⁸.

Para garantizar una adecuada salud bucal infantil, es esencial que los cuidadores principales reciban educación y concientización sobre el tema, ya que sus conocimientos, actitudes y prácticas influyen directamente en los hábitos de sus hijos ⁹. Diversos estudios han demostrado que el comportamiento de los cuidadores principales en relación con la salud bucal afecta considerablemente el estado de salud bucodental de sus hijos, especialmente en contextos de menor nivel socioeconómico, donde el nivel educativo de los padres también juega un papel importante ¹⁰. La prevención es un pilar fundamental en la reducción de la caries dental, y su efectividad aumenta cuando se inicia desde el embarazo ¹¹. La evidencia actual señala que la educación en salud bucal debe comenzar lo antes posible, ya que en esta etapa las mujeres suelen estar más receptivas a adquirir conocimientos sobre el cuidado del bebé, incluida la importancia de la salud oral ¹². Una intervención preventiva temprana no solo es más efectiva, sino también más sencilla de implementar ¹³.

En este contexto, la educación y la concienciación de los cuidadores principales son fundamentales para promover cambios conductuales que favorezcan la prevención de caries dental ¹⁴. El núcleo familiar juega un rol crucial en la formación de hábitos saludables, influyendo tanto en la alimentación como en la percepción y adopción de rutinas de higiene bucal ¹⁵. Durante los primeros años de vida, es esencial que los padres supervisen el cepillado dental, dado que los niños aún no poseen la destreza manual para hacerlo correctamente ¹⁶. Inicialmente, este proceso puede verse como un juego de imitación, hasta que se convierte en un hábito arraigado ^{17,18}.

El objetivo de este estudio fue describir el estado bucodental de niños y niñas de 2 a 6 años que concurren al consultorio externo del H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica" (HIAEP SML), y el nivel de conocimiento sobre salud bucal de sus cuidadores principales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal prospectivo en el consultorio externo del HIAEP SML, La Plata. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. La población estuvo conformada por niños y niñas de 2 a 6 años con sus cuidadores principales, que asistieron a controles pediátricos entre agosto y septiembre de 2025.

Para evaluar el conocimiento de los cuidadores se administró una encuesta validada elaborada por Cupé-Araujo y García-Rupaya¹⁰, diseñada para evaluar el conocimiento de los padres sobre salud bucal en niños preescolares en zonas urbanas de Perú. Dicha encuesta consta de 20 preguntas, distribuidas en 4 dimensiones: prevención, caries dental, dieta e higiene oral. Los resultados se clasificaron mediante una escala tipo Likert: (A) muy bueno (18–20 puntos), (B) bueno (15–17), (C) regular (11–14) y (D) deficiente (0–10). Se realizó una prueba piloto en la que se aplicaron 10 cuestionarios a cuidadores principales, para identificar términos que no fueran comprendidos durante la lectura. Las palabras detectadas se reemplazaron por otras más adecuadas al lenguaje utilizado en la población local.

Para evaluar el estado bucodental de los niños y niñas se consideró el índice de medición de caries en dentición temporaria (CEOD)¹⁹ y se clasificó en: cariado, indicado extracción, obturado por diente. También se evaluó la gravedad de la caries dental según el sistema International Caries Detection and Assessment System (ICDAS)²⁰.

Para la recolección de datos odontológicos, se utilizó una ficha odontológica estandarizada. La inspección bucodental fue realizada en el consultorio de pediatría. La presencia de caries dental en piezas temporarias se registró utilizando el índice CEOD, complementados con el sistema ICDAS para categorizar la gravedad de las caries dental, siendo ICDAS 0: dientes sanos, ICDAS 1: mancha blanca/marrón en esmalte seco; ICDAS 2: mancha blanca/marrón en esmalte húmedo, ICDAS 3: microcavidad en esmalte seco menor a 0.5 mm sin dentina visible, ICDAS 4: sombra oscura de dentina vista a través del esmalte húmedo con o sin microcavidad, ICDAS 5: exposición de dentina en cavidad menor 0.5 mm hasta la mitad de la superficie dental en seco, ICDAS 6: exposición de dentina en cavidad mayor a la mitad de la superficie dental.

Además, se relevaron variables sociodemográficas en los cuidadores principales: sexo, edad, nacionalidad, necesidades básicas insatisfechas (NBI), nivel educativo. En cuanto a las variables sociodemográficas de los niños y niñas fueron: sexo, edad, nacionalidad, control odontológico previo (SI/NO) y el acceso a centros de salud odontológicos (obra social, centro de atención público/privado).

El análisis estadístico se realizó con el programa informático IBM SPSS versión 20. Las variables cualitativas se expresaron en términos de frecuencias y porcentajes, las cuantitativas se presentaron con las medidas de tendencia central (media o mediana) y sus correspondientes medidas de dispersión (desvío estándar o rango intercuartílico). Para evaluar la normalidad de las distribuciones de las variables cuantitativas, se empleó la prueba de Shapiro-Wilk. El protocolo fue aprobado por el Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación (CIRPI) del HIAEP SML, La Plata.

RESULTADOS

La población estuvo conformada por 51 cuidadores principales con sus respectivos hijos e hijas de 2 a 6 años. Los cuidadores eran en su mayoría de sexo femenino (82,4 %), con una mediana de edad de 30 años (RIC: 27-36). Más de la mitad eran de nacionalidad Argentina (54,9 %), y el resto eran migrantes de diferentes países latinoamericanos, principalmente de Bolivia (29,4 %) (Tabla 1).

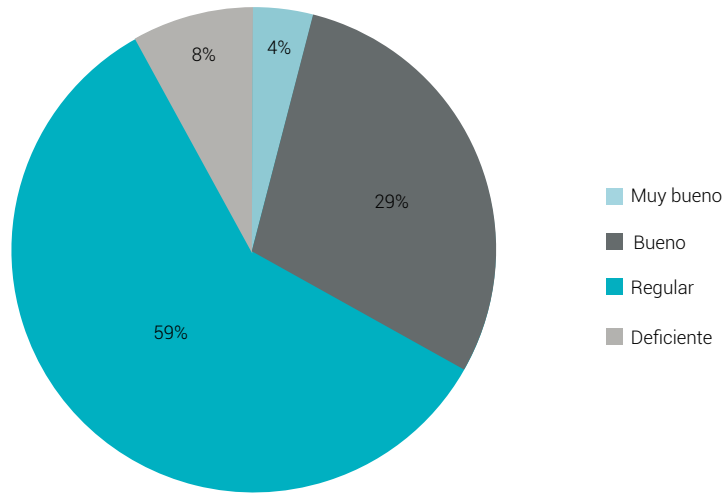
Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores principales (n=51).

VARIABLES	FRECUENCIA (%)
Sexo	
- Femenino	42 (82,4)
- Masculino	9 (17,6)
Edad* (años)	30 (27,36)
Nacionalidad	
- Argentina	28 (54,9)
- Boliviana	15 (29,4)
- Peruana	1 (2,0)
- Paraguaya	6 (11,8)
- Venezolana	1 (2,0)
NBI**	
- Si	26 (51,0)
- No	25 (49,0)
Nivel educativo del cuidador	
- Primario incompleto	7 (13,7)
- Primario completo	4 (7,8)
- Secundario incompleto	9 (17,6)
- Secundario completo	15 (29,4)
- Terciario incompleto	6 (11,8)
- Terciario completo	10 (19,6)

*mediana (RIC); **NBI: necesidades básicas insatisfechas.

Al analizar el nivel de conocimiento sobre salud bucodental mediante la encuesta, la mayoría de los cuidadores (59%) presentó un nivel regular ya que respondió correctamente entre 11-14 preguntas de un total de 20. Solo el 4 % alcanzó un nivel muy bueno, al responder correctamente entre 18-20 preguntas. (Gráfico 1).

Gráfico 1. Nivel de conocimiento de los cuidadores sobre la salud bucal (n=51).



Las características sociodemográficas de los niños y niñas evaluados, se presentan en la Tabla 2.

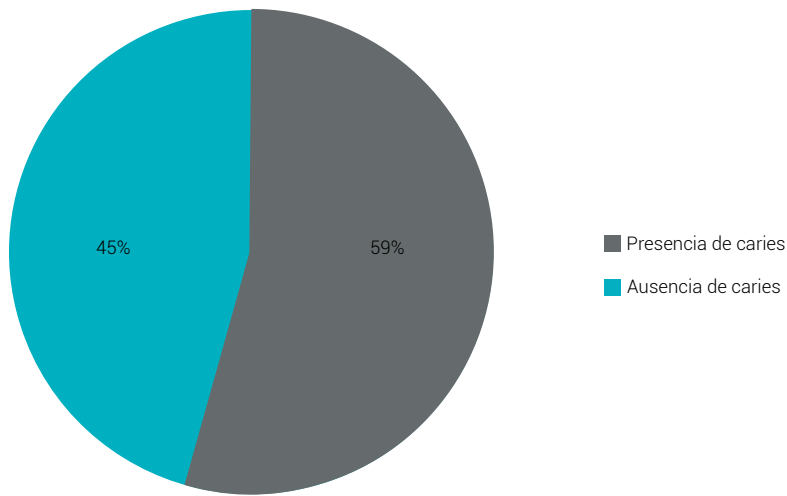
Tabla 2.

VARIABLES	FRECUENCIA%
Sexo	
-Femenino	28 (54,9)
-Masculino	23 (45,1)
Edad *	4 (3,5)
Nacionalidad	
- Argentina	50 (98,0)
- Boliviana	1 (2,0)
Acceso a centros de salud Odontológica:	
- Centros de salud pública	45 (88,2)
- Centro de salud pública y obra social	3 (5,9)
- Centro de salud pública y consultorio privado	3 (5,9)

*mediana (RIC)

En relación con el acceso a la atención odontológica, el 88,2 % de los cuidadores principales refirieron asistir o poder asistir a centros de salud públicos, como hospitales y centros de atención primaria de salud. El 83,4 % de los niños y niñas no había tenido controles odontológicos previos, por lo que la evaluación correspondiente a esta investigación fue su primer control odontológico. Tabla 2. Características sociodemográficas de los niños y niñas (n = 51). En cuanto a la inspección bucodental realizada en el consultorio, se observó que el 55% de los niños (n=28) tenían caries dental (Gráfico 2).

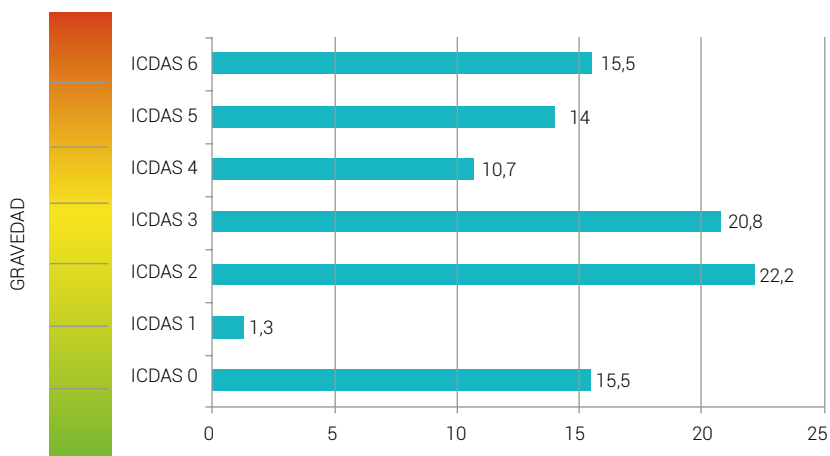
Gráfico 2. Estado bucodental de niños y niñas de 2 a 6 años (n=51).



El índice CEOD de las piezas dentarias temporarias arrojó los siguientes valores: C (caries) = 118, E (indicado extracción) = 8, O (obturado) = 1 y D (diente) = 127.

Al clasificar las piezas dentales con caries (n=118) según gravedad, el código más frecuente fue el ICDAS 2 (22,2 %) correspondiente a «mancha blanca/marrón en esmalte húmedo», que indica caries en estadio inicial, seguido por el ICDAS 3 (20,8%), correspondiente a «microcavidad en esmalte seco menor a 0,5 mm sin dentina visible», que indica caries moderada, y el ICDAS 6 (15,4 %), correspondiente a «exposición de dentina en cavidad mayor a la mitad de la superficie dental», que indica caries avanzada. (Gráfico 3)

Gráfico 3. Gravedad de la caries dental según ICDAS.



DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos ofrecen una primera aproximación a la salud bucodental, en un contexto en el que esta problemática continúa representando un desafío en la atención primaria de la población infantil.

En relación con el nivel de conocimiento de los cuidadores, en su mayoría de sexo femenino (82,4%), se observó que las madres u otros miembros femeninos de la familia suelen ser quienes asumen el rol de cuidado principal. Dos de cada tres cuidadores presentaron un nivel de conocimiento bajo (regular 59% y deficiente 8%), evidenciando desconocimiento respecto a la importancia de la dentición temporaria y la higiene oral. Estos resultados coinciden con estudios que utilizaron encuestas estructuradas para evaluar el conocimiento de los cuidadores principales que hallaron que entre un 62,9% y 84,8% los cuidadores principales eran de sexo femenino y presentaban un nivel de conocimiento regular entre 58,6% y 67%, respectivamente^{22,23}.

Según una revisión sistemática de conocimiento sobre la importancia de la dentición temporal y la higiene oral, concluyó que el nivel de conocimiento de los cuidadores osciló entre el 50% y el 94,2%²⁴. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de reforzar las estrategias de educación en salud bucodental dirigidas a los cuidadores principales, ya que son un modelo de referencia en el desarrollo temprano de los niños y niñas, con el fin de mejorar su salud bucodental.

En cuanto al estado de salud bucodental, la prevalencia global de caries en dentición temporaria es del 42,6%²⁵. En el presente estudio, se observó una frecuencia de caries dental del 55% en los niños y niñas que asistieron a los controles pediátricos. En relación a la frecuencia de gravedad de las caries evaluadas a través del sistema ICDAS, la más frecuente en nuestro estudio correspondió a ICDAS 2 (22,2%), ICDAS 3 (20,8%) e ICDAS 6 (15,5%). Al comparar estos resultados con los de un estudio realizado en centros de atención pública de Argentina en el que participaron 145 niños y niñas menores de 6 años, se observó una frecuencia de caries menor (48,2%), correspondiendo el 37% a ICDAS 2 y 3, y el 32,1% a ICDAS 5²⁶. Resultados hallados en otra investigación desarrollada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), en la que se evaluaron 223 niños de hasta 6 años que concurren para su atención odontológica, la prevalencia total de caries fue del 76%, con un 13% de caries inicial y un 63% de gravedad severa²⁷. Así mismo un estudio en niños de 6 años de 15 municipios de CABA reportó una prevalencia de caries fue 67,8%, y 28,3% de caries severa²⁸. Cifras aún mayores fueron reportadas por un estudio retrospectivo realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires (FOUBA), que incluyó 101 niños menores de 6 años, de los cuales el 91% presentó caries de la infancia temprana severa²⁹. Asimismo, un estudio reciente realizado en la misma facultad reveló que la prevalencia de caries en el año 2022, fue del 100%, siendo el código más frecuente del ICDAS 6 (37,5%), seguido por el ICDAS 2 (28,1%)³⁰.

La comparación con estos estudios recientes demuestra que, si bien la frecuencia de caries en la dentición temporaria en el presente estudio es inferior a lo reportado, supera el 50%, reflejando que la caries en la infancia temprana continúa siendo un problema relevante de salud pública. Esto refuerza la necesidad de fortalecer las estrategias de educación en salud bucodental dirigidas a los cuidadores principales, quienes desempeñan un rol determinante en la formación de hábitos saludables, para un buen estado bucodental de sus hijos e hijas durante la infancia.

CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos muestran que dos de cada tres cuidadores, en su mayoría mujeres, presentan un nivel de conocimiento regular/deficiente respecto a la salud bucal infantil. Asimismo, la frecuencia de caries dental observada en los niños y niñas participantes fue del 55%, indicando que más de la mitad de ellos presentan salud bucal deficiente.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Organización mundial de la salud. Resolución WHA 74.5 sobre salud bucal. 5(2021). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
2. Informe sobre la situación mundial de la salud bucodental: hacia la cobertura sanitaria universal para la salud bucodental de aquí a 2030. Resumen regional de la Región de las Américas. Organización Mundial de la Salud 2023 Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375727/9789240085961-spa.pdf>
3. Vanobbergen J, Lesaffre E, Garcia-Zattera M, Jara A, Martens L, Declerck D. Caries patterns in primary dentition in 3-, 5-and 7-year-old children: spatial correlation and preventive consequences. *Caries Res.* 2007; 41(1):16-25.
4. Cardozo B, Pérez S, Vaculik A, Sanz E, Vera M, Veloso D. GID Salud Bucal. Estudio de la Salud Bucal en Centro de Desarrollo Infantil de la Ciudad de Corrientes. *Revista RD Founne.* 2018; PI: J003-14.
5. Çolak H, Dülgergil Ç T, Dalli M, Hamidi MM. Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. *Journal of Natural Science, Biology, and Medicine.* 2013; 4(1):29-38.
6. Basir L, Khanehmasjedi M, Khanehmasjedi S. Knowledge, attitudes, and practices regarding the oral health of children: a cross-sectional study among iranian parents. *Brazilian journal of oral sciences.* 2022;21 e228274.
7. Global burden of disease 2019 (GBD 2019) results [online database]. Seattle: Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME); 2020. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
8. San Miguel Pentón A, Veliz Concepción O, Ortega Romero L. Cronología y orden de brote de la dentición temporal en niños de Villa Clara. *Medicentro Electrónica.* 2024. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432024000100017&lng=es.
9. Teixeira A, Azevedo T, Oliveira L, Da Silva J, Ribeiro F, Toledo R. Conhecimento dos pais e responsáveis sobre hábitos saudáveis e higiene bucal e dieta na infância. *RFPOA.* 2020; 61 (2)
10. Cupé-Araujo A, García-Rupaya C. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Rdo. Estomatol Herediana.* 2015; 25(2): 112-121.
11. Guizar J, López C, Amador N, Lozano O, García Carlos . Determinantes del cuidado de la salud oral relacionados con la frecuencia y severidad de la caries dental en preescolares. *Nova scientia.* 2019; 11(22):5-101.
12. Revello V, Isler M. Evaluación de conocimientos en comunidades intervenidas por el "Programa de Promoción y Prevención en Salud para preescolares" región Metropolitana. *Rev Chil Salud Pública.* 2013; 17 (1) : 40-47
13. Leffale I, Romero H, Barrios C, Martínez S, Conocimientos y prácticas de salud bucal en embarazadas. *RAAO.* 2021; 64(1): 51-55.
14. Garibotti G, Vasconi C, Ferrari A, Giannini G, Comar H, Schnaiderman D, Percepción parental de la salud psicofísica, estado nutricional y salud bucal, en relación con características sociodemográficas en niños de Bariloche, Argentina: estudio epidemiológico. *Arch Argent Pediatr.* 2015; 113(5):411-418
15. Sonali da costa T. Conhecimento materno sobre os cuidados bucais das crianças na primeira infância. *Revista ciência plural.* 2023;9 (3) : e32667.
16. Chhabra, N., Chhabra, A. Parental knowledge, attitudes and cultural beliefs regarding oral health and dental care of preschool. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2012; 13, 76–82.
17. Díaz C, Valdés S, Suárez X, De León E, Riera L, Martínez Y. Nivel de información de las madres sobre el estado de salud bucal de niños en edad escolar. *Medicentro Electrónica.* 2015; 19(4): 233-239.
18. Martínez F, Barrios C, Salinas Luz E. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2011 Jun
19. Ministerio de Salud de la Nación. Indicadores epidemiológicos para la caries dental. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2013. Disponible en: <https://studylib.es/doc/4838914/protocolo-indice-cpod---ministerio-de-salud-de-la-naci%C3%B3n>
20. Armas-Vega, A. y Parise-Vasco, J.M. 2020. ICDAS: una herramienta para el diagnóstico de la caries dental. *Claves de Pensamiento Contemporáneo.* 2020; 27 (6) 1-9.
21. Ministerio de Salud de la Nación. Indicadores epidemiológicos para la caries dental. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2013. Disponible en: <https://studylib.es/doc/4838914/protocolo-indice-cpod---ministerio-de-salud-de-la-naci%C3%B3n>
22. Alipazaga M, Quea-Cahuana E, Mori-Guerrero L, Anduaga L, Silvana C. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de cuidadores y su relación con el estado bucodental de sus hijos en un Centro de Salud de Lima - Perú. *Odontostomatol.* 2025; 27(46):e243.
23. Victorio-Pérez J, Mormontoy-Laure W, Díaz-Pizán María. Conocimientos, actitudes y prácticas de padres/ cuidadores sobre salud bucal en el distrito de Ventanilla. *Revista Estomatológica Herediana.* 2019; vol. 29, núm. 1.
24. Kaushik M, Sood S. Systematic Review of Parents' Knowledge of Children's Oral Health. *Cureus.* 2023; 15(7): e41485.
25. Peres, M, Macpherson L, Weyant R, Daly B, Venturelli R, Mathur M, et al. Enfermedades bucodentales: un reto de salud pública mundial. *Lanceta* 2019; 394: 249–260.

BIBLIOGRAFÍA:






26. Fernández CN, Borjas MI, Cambria-Ronda SD, Zavala W. Prevalence and severity of early childhood caries in malnourished children in Mendoza, Argentina. *Acta Odontol Latinoam*. 2020 Dec 1; 33(3):209-215.
27. Solar B, Fedelli L, Siancha A, Prevalencia de caries temprana de la infancia en el ámbito hospitalario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Rev. Círc. Argent. Odontol*. 2019; 78(228): 5-8.
28. Ventura F, Lazzati M, Salgado P, Rossi G, Wolf T, Squassi A, et al. Desigualdades sociales y distribución geográfica en las necesidades de tratamiento de caries en escolares residentes en la Ciudad de Buenos Aires: un estudio transversal. *Dentistry Journal*. 2024; 12(10):325.
29. Biondi A, Cortese, S Caicedo D, García A, Mejía D. Perfil de Caries de la Infancia Temprana. *Revista de la Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires*. 2023; 37(87), 79–85.
30. Sotomayor R, Acevedo D, Matiauda A, Faella M. Lesiones de caries en pacientes de odontopediatría: prevalencia y severidad aplicando criterios ICDAS. *Revista de la Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires*. 2025; 40(94), 27–33.
-

IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID 19 EN EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TUMORES SÓLIDOS MALIGNOS.

RESUMEN

Introducción: El diagnóstico oportuno del cáncer pediátrico es un factor pronóstico clave. La pandemia por COVID-19 generó interrupciones en los sistemas de salud que podrían haber impactado en los tiempos diagnósticos y en el estatus inicial de los pacientes con tumores sólidos malignos pediátricos. **Objetivo:** Comparar el diagnóstico oportuno, la presencia de enfermedad metastásica y las barreras de acceso a la salud en pacientes pediátricos con tumores sólidos malignos diagnosticados en periodos prepandemia y pandemia. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, analítico, de cohortes retrospectivas. Se incluyeron pacientes pediátricos con tumores sólidos malignos atendidos en un centro de referencia, comparando una cohorte prepandemia y una cohorte pandemia. Se analizaron las variables demora diagnóstica, presencia de enfermedad metastásica al diagnóstico y las barreras de acceso a la salud. **Resultados:** Se incluyeron 32 pacientes en la cohorte prepandemia y 32 en la cohorte pandemia. No hubo diferencias significativas en la demora diagnóstica (71,9% cohorte prepandemia y 78,1% corte pandemia). La proporción de pacientes con enfermedad metastásica al diagnóstico fue significativamente mayor en la cohorte pandemia en comparación con la cohorte prepandemia (43,8% versus 15,6%; $p=0,027$). La principal barrera de acceso identificada en ambas cohortes fue la disponibilidad del sistema de salud, seguida de la accesibilidad. **Conclusión:** Se observó una elevada frecuencia de demora diagnóstica antes y durante la pandemia por COVID-19 en

AUTORES:

QUISPE CD, 
GIRALDA RN, 
TAFFI C, 
POLLONO A, 
FASSANO MV,
DIAZ VA. 

Sala de Oncología, H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica", La Plata.

Correspondencia: : CINTIA DANIELA QUISPE
E-mail: cintiadq@hotmail.com

la población estudiada. El período pandemia se asoció a una mayor proporción de enfermedad metastásica al diagnóstico. Estos resultados subrayan la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención y los sistemas de referencia para promover el diagnóstico oportuno del cáncer pediátrico

PALABRAS CLAVES:

Cáncer, Pediatría; COVID; Diagnóstico oportuno.

ABSTRACT

Introduction: Timely diagnosis of pediatric cancer is a key prognostic factor. The COVID-19 pandemic caused disruptions in healthcare systems that may have impacted diagnostic times and the initial status of patients with pediatric malignant solid tumors. **Objective:** To compare timeliness of diagnosis, the presence of metastatic disease, and barriers to healthcare access in pediatric patients with malignant solid tumors diagnosed during the pre-pandemic and pandemic periods. **Materials and Methods:** An observational, analytical, retrospective cohort study was conducted. Pediatric patients with malignant solid tumors treated at a referral center were included, comparing a pre-pandemic cohort and a pandemic cohort. The variables analyzed were diagnostic delay, presence of metastatic disease at diagnosis, and barriers to healthcare access. **Results:** Thirty-two patients were included in the pre-pandemic cohort and 32 in the pandemic cohort. No statistically significant differences were observed in diagnostic delay (71.9% in the pre-pandemic cohort and 78.1% in the pandemic cohort). The proportion of patients presenting with metastatic disease at diagnosis was significantly higher in the pandemic cohort compared with the pre-pandemic cohort (43.8% vs. 15.6%; $p = 0.027$). In both cohorts, the main barrier to healthcare access was system availability, followed by accessibility. **Conclusion:** A high frequency of diagnostic delay was observed both before and during the COVID-19 pandemic in the studied population. The pandemic period was associated with a higher proportion of metastatic disease at diagnosis. These findings highlight the need to strengthen primary healthcare services and referral systems to promote timely diagnosis of pediatric cancer.

KEYWORDS:

Cancer; Pediatrics; COVID-19; Timely diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El cáncer en pediatría engloba una variedad de enfermedades potencialmente curables, de baja frecuencia y elevada morbimortalidad, que requieren un adecuado diagnóstico y tratamiento¹. En las últimas décadas, gracias a los avances tecnológicos y estudios realizados por grupos colaborativos internacionales de cáncer infantil, la supervivencia ha aumentado considerablemente. Pese a esto, el cáncer infantil es la primera causa de muerte por enfermedad en el grupo de 5 a 15 años, precedida sólo por los accidentes. La tasa de mortalidad en el año 2017 fue de 3,8 por 100.000 niños menores de 15 años, estimándose entre 350-400 muertes por año por esta patología². De acuerdo con los datos

suministrados por el Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA), en nuestro país se diagnostican 1.400 casos nuevos por año de enfermedades oncológicas en menores de 19 años representando la primera causa de muerte en la segunda infancia, con un registro de 400 fallecimientos anuales ^{2,3}.

Dada la complejidad de la patología, esta requiere de procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos, por lo cual, los niños con sospecha de cáncer deben ser referidos lo más temprano posible a centros que dispongan de los recursos humanos y técnicos especializados, y donde sean tratados por personal capacitado en oncología pediátrica ⁴. El diagnóstico oportuno comprende la identificación precoz de la patología oncológica y la implementación de un tratamiento adecuado en tiempo y forma. Los factores que influyen en el retraso del diagnóstico en el cáncer infantil pueden darse en diferentes momentos: 1) Desde el inicio de signos y síntomas hasta la primera consulta médica, debido a que, en muchas oportunidades los tumores pueden ser inicialmente asintomáticos o presentar síntomas semejantes a patologías comunes, por lo cual no son percibidos o tomados en cuenta por los padres, influyendo además, factores como el nivel educativo, creencias y escolaridad; 2) Desde la primera consulta hasta la derivación a un centro especializado; 3) Desde el ingreso al centro especializado hasta la confirmación diagnóstica ^{5,6}.

Las demoras en el diagnóstico y la administración de tratamiento (quimioterapia, cirugía, radioterapia) reducen las probabilidades de alcanzar la remisión de la enfermedad, aumentando el riesgo de fracaso terapéutico y disminuyendo las posibilidades de supervivencia ⁷. En pediatría, no existe consenso respecto del intervalo de tiempo que debe transcurrir para considerar un retraso diagnóstico. En un metaanálisis publicado recientemente se analizó la mortalidad debida a los "retrasos" en el tratamiento en la población adulta, los resultados mostraron que un retraso de cuatro semanas en el tratamiento se asocia con un aumento de la mortalidad en todas las formas comunes de cáncer en dicha población ⁸.

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-COV-2, que se caracteriza por la fácil transmisibilidad, la amplia gama de cuadros clínicos y el mayor impacto en los mayores de 65 años y en pacientes con enfermedades crónicas subyacentes ⁹. En marzo del año 2020, la OMS declaró la pandemia por COVID-19, la misma generó a nivel mundial, modificaciones en la atención oncológica, con interrupciones en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes pediátricos ¹⁰. De acuerdo con una encuesta realizada por la Organización Mundial de la salud (OMS) y publicada en junio del 2020, durante la primera etapa de la pandemia, los servicios de prevención y tratamiento de enfermedades no transmisibles se vieron gravemente afectados, con un 42% de interrupciones parciales o totales en el tratamiento de pacientes con cáncer. Entre los efectos más destacados se encuentran la cancelación de servicios de salud electivos (especialmente cirugías y radioterapia), la escasez de medicamentos esenciales, los retrasos en los diagnósticos, la sobrecarga de los servicios hospitalarios de internación y la suspensión de servicios ambulatorios esenciales ¹¹.

En Latinoamérica, el impacto de la pandemia en etapas tempranas fue evaluado por Villanueva G. et al, a través de encuestas realizadas a médicos on-

cólogos pediátricos de 20 países miembros de la Sociedad Latinoamericana de Oncología Pediátrica (SLAOP) reportando en 2020 durante la primera ola de COVID suspensiones en los procedimientos ambulatorios (54,2%), disminución en las cirugías oncológicas (43,6%), radioterapia (28,4%), trasplantes de células madre (TCM) (69,3%) y consultas de seguimiento (81,2%)¹¹. Sin embargo, para abril de 2021, en medio de la segunda ola en la región, las respuestas de los encuestados reflejaron una mejor comprensión del efecto del COVID-19 en los niños con cáncer, logrando restituir los servicios de atención oncológica en plena pandemia^{12,13}.

De esta manera, tanto la pandemia por la COVID-19 en sí como las medidas epidemiológicas tomadas para prevenir su propagación han tenido un impacto en el acceso al diagnóstico y el tratamiento de los niños con cáncer. Este efecto disruptivo en los sistemas de salud podría tener una influencia directa en la evolución de las patologías oncológicas. La repercusión en el diagnóstico temprano del cáncer y eventualmente, en la implementación de tratamientos, podría dar lugar a un aumento de casos de tumores diagnosticados en etapas más avanzadas, con las implicancias que esto conlleva en términos de supervivencia, calidad de vida y gastos en salud^{10,14,15}.

Con la hipótesis de que existieron demoras en el diagnóstico oncológico de pacientes pediátricos el objetivo del trabajo fue evaluar el impacto de la pandemia en el diagnóstico oportuno y las consecuencias sobre el estatus oncológico al diagnóstico en pacientes pediátricos con tumores sólidos malignos (TSM) del HIAEP "Superiora Sor María Ludovica".

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, analítico de tipo antes y después, comparando una cohorte de pacientes pediátricos con diagnóstico de TSM ingresados durante el primer año de pandemia por COVID 19 (marzo 2020–2021), con otra una cohorte de pacientes ingresados el año previo a la misma (marzo 2019-marzo 2020). Se excluyeron pacientes mayores de 15 años y pacientes con diagnóstico de leucemia o linfoma.

Se evaluaron las variables de demora diagnóstica y causales de la misma.

Se consideró **demora diagnóstica** si el tiempo entre el inicio de síntomas y el diagnóstico fue mayor a 30 días.

Se consideraron los componentes:

- Tiempo transcurrido desde el inicio de los signos y síntomas hasta la realización de la primera consulta médica, medido en días.
- Tiempo transcurrido desde la primera consulta hasta la derivación a un centro especializado que cuente con Servicio de Oncología Pediátrica, medido en días.
- Tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente al centro especializado con sospecha diagnóstica de cáncer hasta su confirmación (estudios analíticos, estudios de imágenes, biopsia, etc), medido en días.

También se relevó **diagnóstico oncológico** de acuerdo con la clasificación internacional de cáncer pediátrico infantil (ICCC)16 I: Leucemias, II: Tumores del SNC, III: Linfomas, IV: Neuroblastomas, V: Tumor de Wilms, VI: Retinoblastomas y VII: Rabdomiosarcomas y otros sarcomas y **estatus oncológico** al

momento del diagnóstico según la presencia o no de enfermedad localizada o metastásica.

Para evaluar las **causales de demora diagnóstica** se consideró disponibilidad del servicio (centro de atención, recursos humanos capacitado, equipos, insumos, infraestructura e información), la accesibilidad (distancia, conectividad, transporte, organizacional/administrativa, financiera), aceptabilidad (culturales, creencias, percepción de calidad del servicio, discriminación de proveedores de salud), contacto (continuidad de atención), cobertura efectiva, analizadas según el modelo de Tanahashi para valoración de cobertura efectiva ¹⁷.

Recolección de datos: Los datos fueron obtenidos a partir de las historias clínicas y volcados en una base de Microsoft Excel.

Análisis estadístico: El análisis de los datos se realizó mediante el software R versión 4.2.2. La normalidad de la edad y los tiempos se estudió mediante el test de Shapiro-Wilk y al resultar todas no paramétricas se las informó como mediana (P25; P75). Las variables cualitativas se informaron como frecuencia (%). Para estudiar las diferencias entre los dos grupos y su asociación, se utilizaron las pruebas de Mann-Whitney para variables cuantitativas y el test exacto de Fisher para variables cualitativas. Se consideró significativo un p-valor < 0,05.

Aspectos éticos: La investigación propuesta fue evaluada y aprobada por el Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación del HIAEP SML.

El proyecto fue financiado por una beca de Investigación en Cáncer otorgada por el Instituto Nacional del Cáncer (Edición 2022-2023).

RESULTADOS

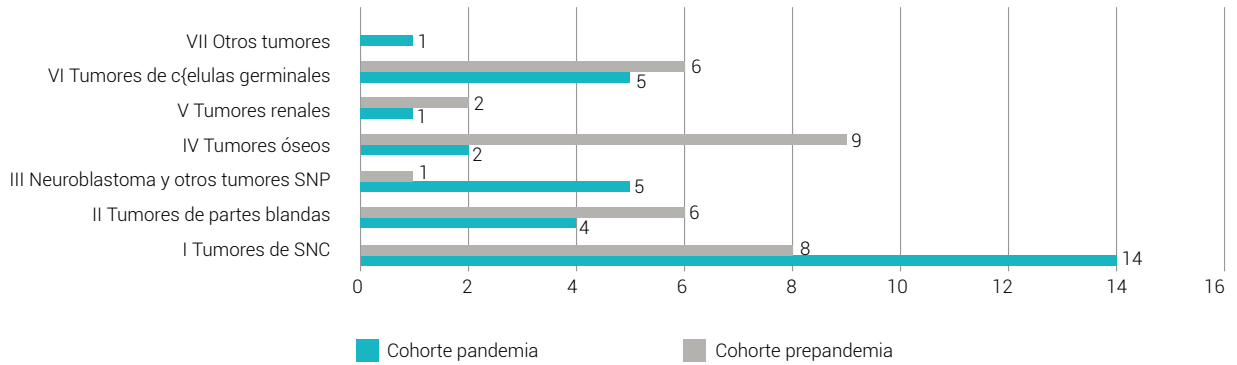
Participaron en el estudio 64 pacientes con diagnóstico de TSM: 32 en el período prepandemia y 32 durante el primer año de pandemia. No se observó diferencia entre las cohortes en la edad ni la distribución según sexo.

Tabla 1: Diagnóstico oportuno según tiempo de demora en la cohorte prepandemia versus cohorte post pandemia

VARIABLES	COHORTE PREPANDEMIA (N=32)	COHORTE PANDEMIA (N=32)	P VALOR
Edad (años)	6,6 (3,6 - 10,4)	9,3 (5,0 - 13,3)	0,271
Sexo			
- Femenino	15 (46,9%)	15 (46,9%)	0,999
- Masculino	17 (53,1%)	17 (53,1%)	
Demora diagnóstica			
SI (> 30 días)	23 (71,9%)	25 (78,1%)	0,074
NO	9(25,1)	7 (21,9%)	
- Tiempo entre el inicio de síntomas y la 1era consulta (días)	14,0 (3,0 - 31,0)	18,0 (8,0 - 66,0)	0,33
- Tiempo entre 1era consulta y derivación a un centro especializado (días)	6,5 (0,0 - 52,5)	2,0 (0,0 - 37,0)	0,785
- Tiempo entre derivación y diagnóstico (días)	15 (9 - 22,5)	14 (4,8 - 20,2)	0,528
- TOTAL días de demora	63,5 (29,0 - 118,8)	52,5 (33,0 - 115,2)	0,957

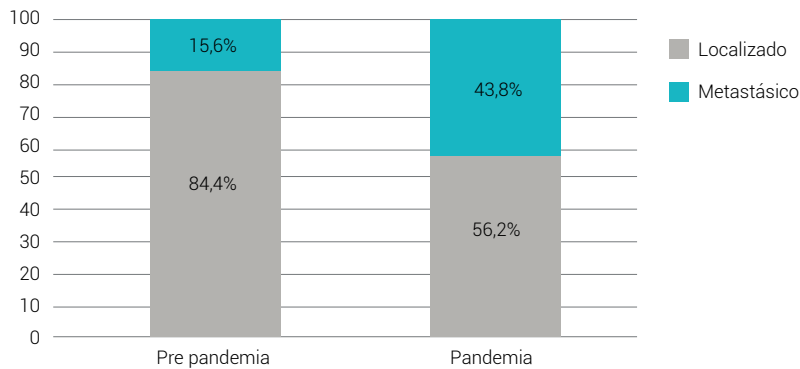
La distribución de diagnósticos en ambas cohortes de acuerdo con la clasificación internacional de cáncer pediátrico infantil (ICCC) se presenta en el Gráfico 1.

Gráfico 1: Distribución de diagnósticos de las cohortes prepandemia y pandemia



En el Gráfico 2 se presenta el estatus oncológico del TSM al momento del diagnóstico.

Gráfico 2: Estatus oncológico del Tumor Sólido Maligno al momento del diagnóstico.



Los pacientes de la cohorte pandemia presentaron una frecuencia significativamente mayor de enfermedad metastásica (15,6% prepandemia versus 43,8% pandemia, $p=0,027$), cuadruplicando las chances de presentar metástasis (OR(IC95): 4,10 (1,14; 17,24)).

Al analizar los causales de demora diagnóstica la causa más frecuente en ambos grupos fue la disponibilidad, coincidiendo lo referido por los participantes en consultas no diagnósticas, tratamientos recibidos con otro diagnóstico o demora en la consulta por falta de información en la familia. La segunda barrera más frecuente fue la accesibilidad. Si bien la proporción fue similar en ambas cohortes, en la cohorte pandemia surgieron relatos referidos a la dificultad de acceder a turnos por la pandemia o postergación de turnos por la pandemia. En ambas cohortes no hubo barreras en el acceso relacionadas con aceptabilidad, contacto o cobertura efectiva. Tabla 2.

Tabla 2: Causales de demora diagnóstica.

BARRERAS DE ACCESO A SALUD		COHORTE PREPANDEMIA	COHORTE PANDEMIA
I	Disponibilidad	14	13
II	Accesibilidad	5	6
III	Aceptabilidad	0	0
IV	Contacto: continuidad de la atención	0	0
V	Cobertura efectiva	0	0
VI	Se desconoce	5	6

DISCUSIÓN

El diagnóstico precoz del cáncer infantil constituye un objetivo central en oncología pediátrica, dado que se asocia con mejores tasas de curación, tratamientos menos intensivos y una reducción de la morbimortalidad y de las secuelas a largo plazo en comparación con el diagnóstico en estadios avanzados ^{1,4}.

Un hallazgo relevante del presente estudio fue la demora diagnóstica (mayor a 30 días) en ambas cohortes. Este resultado adquiere particular relevancia dado el contexto de disrupción de los sistemas de salud generado por la pandemia de COVID-19, y aporta evidencia regional escasa respecto al diagnóstico oportuno en pacientes pediátricos con TMS ya que la mayoría de los estudios disponibles se centran en reportes globales o en patologías específicas, con limitada información comparativa en América Latina ¹⁵⁻¹⁷.

No obstante, debe señalarse que, aun fuera del contexto pandémico, la demora diagnóstica en oncología pediátrica continúa siendo un fenómeno frecuente, condicionado por factores vinculados tanto al sistema de salud como a la presentación clínica inespecífica de estas patologías en edades tempranas ^{4,18,19,20}. En Argentina, el ROHA y las guías nacionales reconocen estas dificultades estructurales y subrayan la importancia del primer nivel de atención en la identificación precoz de signos de alarma ^{2,5}.

La pandemia de COVID-19 introdujo tensiones adicionales en los sistemas sanitarios a nivel mundial. Diversos estudios informaron, especialmente durante las primeras etapas, una disminución en el número de diagnósticos de cáncer infantil, retrasos en la derivación a centros especializados y dificultades en la continuidad del tratamiento ^{12,13, 21-23}. En particular, Roy et al., a partir de los datos del grupo SIOP-RTSG-UMBRELLA, describieron una reducción en los nuevos diagnósticos de tumores renales durante el primer confinamiento en Europa y Brasil, junto con una mayor proporción de enfermedad avanzada y mayor volumen tumoral al diagnóstico ²⁴. Hallazgos similares fueron reportados por otros grupos, que observaron descensos transitorios en los casos diagnosticados y retrasos atribuibles a restricciones de movilidad y reorganización de los servicios de salud ^{22, 23}.

En relación con la extensión de la enfermedad, en nuestro estudio se observó un mayor porcentaje de pacientes con enfermedad metastásica durante la pandemia, con diferencias estadísticamente significativas respecto de la cohorte prepandemia. Este hallazgo es consistente con lo descrito por el grupo UMBRELLA ²⁴, aunque debe interpretarse cautelosamente considerando las particularidades de nuestra población. A diferencia de dicho estudio, centrado

exclusivamente en tumores renales, nuestra cohorte incluyó una mayor heterogeneidad diagnóstica, con predominio de sarcomas óseos y de partes blandas, entidades que presentan mayor probabilidad de enfermedad metastásica al momento del diagnóstico debido a sus características biológicas y clínicas. Entre las fortalezas del presente estudio se destaca la comparación del diagnóstico oportuno en períodos pre y post pandemia en una cohorte pediátrica con tumores sólidos malignos, un abordaje escasamente explorado en la región. Asimismo, la incorporación del análisis de barreras de acceso a la salud desde una perspectiva integral aporta información relevante para la planificación sanitaria, en línea con marcos conceptuales ampliamente utilizados en salud pública¹⁵. Sin embargo, estos resultados deben interpretarse a la luz de ciertas limitaciones. El diseño observacional y el tamaño muestral relativamente reducido limitan la generalización de los hallazgos y la capacidad para detectar diferencias de menor magnitud entre cohortes. Además, la heterogeneidad diagnóstica de los tumores incluidos podría haber influido en la mayor proporción de enfermedad metastásica observada durante la pandemia. Por otra parte, la identificación de barreras de acceso se basó en información proveniente de historias clínicas, lo que podría implicar subregistro o sesgos de clasificación, y no fue posible desagregar de manera exhaustiva los distintos componentes del intervalo diagnóstico, aspecto señalado como relevante en la literatura^{5,6}.

En conjunto, nuestros resultados refuerzan la importancia del diagnóstico oportuno en oncología pediátrica, entendido como la detección de la enfermedad en etapas tempranas que permita iniciar tratamientos menos intensos y potencialmente reducir la morbimortalidad y las secuelas a largo plazo. Asimismo, subrayan la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención, la capacitación continua del personal de salud, la sensibilización de la comunidad y el fortalecimiento de los sistemas de referencia y contrarreferencia, con el objetivo de reducir las demoras diagnósticas y mejorar los resultados en salud infantil.

CONCLUSIÓN

En la población estudiada se observó una alta frecuencia de demora diagnóstica en pacientes pediátricos con TSM, tanto en el período prepandemia como durante la pandemia por COVID-19. Si bien la demora diagnóstica fue comparable entre ambas cohortes, durante la pandemia se registró una mayor proporción de pacientes con enfermedad metastásica al momento del diagnóstico.

La disponibilidad de los servicios de salud constituyó la principal barrera de acceso en ambos períodos, lo que refuerza la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención y los sistemas de referencia para favorecer un diagnóstico oportuno.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Pizzo PA, Poplack DG, editors. Principles and practice of pediatric oncology. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2016. Chapter 1, Epidemiology of childhood cancer.
2. Moreno F, Chaplin MA. Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA). Resultados 2000–2019. 7a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer; 2021.
3. Ministerio de Salud de la Nación (AR). Resolución 1565/2016. Programa Nacional de Cuidado Integral del Niño y Adolescente con Cáncer. Buenos Aires; 2016.
4. Mullen CJR, Barr RD, Franco EL. Timeliness of diagnosis and treatment: the challenge of childhood cancers. *Br J Cancer*. 2021;125(12):1612–1620.
5. Moreno F, Chaplin MA. Diagnóstico oportuno del cáncer infantil: guía de algoritmo diagnóstico. Programa Nacional de Cuidado Integral del Niño y Adolescente con Cáncer. Buenos Aires; s.f.
6. Organización Panamericana de la Salud. Diagnóstico temprano de cáncer en la niñez [Internet]. Washington DC: OPS; 2014. Available from: <http://iris.paho.org>
7. Pritchard-Jones K, de C V Abib S, Esiashvili N, Kaspers GJL, Rosser J, Van Doorninck JA et al. The threat of the COVID-19 pandemic on reversing global life-saving gains in the survival of childhood cancer. *Ecancermedicalscience*. 2021; 15:1187.
8. Hanna TP, King WD, Thibodeau S, Jalink M, Paulin GA, Harvey-Jones E, O'Sullivan DE, Booth CM, Sullivan R, Aggarwal A. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020 Nov 4;371:m4087.
9. Sociedad Argentina de Pediatría. Suplemento COVID-19. *Arch Argent Pediatr*. 2020;118(4 Suppl).
10. Moreira DC. The impact of the COVID-19 pandemic on pediatric cancer care. *Cancer*. 2022;128(3):456–457.
11. World Health Organization. COVID-19 significantly impacts health services for noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>
12. Vasquez L, Sampor C, Villanueva G, Maradiegue E, Garcia-Lombardi M, Gomez-García W et al. Early impact of the COVID-19 pandemic on paediatric cancer care in Latin America. *Lancet Oncol*. 2020; 21(6):753–755.
13. Villanueva G, Sampor C, Palma J, Villarroel M, Valencia D, Lombardi MG et al. Impact of COVID-19 in pediatric oncology care in Latin America during the first year of the pandemic. *Pediatr Blood Cancer*. 2022 ;69(10): e29748.
14. Scopinaro, M; Cacciavillano, W. Detección Temprana del Cáncer Pediátrico. PRONAP-SAP 2014. Módulo 1, Capítulo 2. Sociedad Argentina de Pediatría, 2014. I.S.B.N.: 978-987-3715-01-3. Año 2014
15. Felice M; Díaz V; Livio V, García Domínguez M et al. Análisis de la mortalidad en enfermedades hemato-oncológicas malignas en pediatría en hospitales públicos de Argentina. *Revista Argentina Salud Pública* 2013, 4(14):23-31.
16. National Cancer Institute (NCI). Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER). International Classification of Childhood Cancer (ICCC). Bethesda (MD): NCI; c2017. Disponible en: <https://seer.cancer.gov/iccc/>
17. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ*. 1976;56(2):295–303.
18. Majeed A, Wright T, Guo B, Arora RS, Lam CG, Martiniuk AL. The Global Impact of COVID-19 on Childhood Cancer Outcomes and Care Delivery - A Systematic Review. *Front Oncol*. 2022; 12:869752.
19. Peter N, Bandyopadhyay S, Lakhoo K, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on paediatric patients with cancer in low-income, middle-income and high-income countries: protocol for a multicentre, international, observational cohort study. *BMJ Open* 2021;11: e045679.
20. Ding YY, Ramakrishna S, Long AH, Phillips CA, Montiel-Esparza R, Diorio CJ et al. Delayed cancer diagnoses and high mortality in children during the COVID-19 pandemic. *Pediatr Blood Cancer*. 2020 Sep;67(9): e28427.
21. Dang-Tan T, Franco EL. Diagnosis delays in childhood cancer: a review. *Cancer*. 2007;110(4):703-13.
22. Chiaravalli S, Ferrari A, Sironi G, Gattuso G, Bergamaschi L, Puma N et al. A collateral effect of the COVID-19 pandemic: Delayed diagnosis in pediatric solid tumors. *Pediatr Blood Cancer*. 2020 ;67(10): e28640.
23. Carai A, Locatelli F, Mastronuzzi A. Delayed referral of pediatric brain tumors during COVID-19 pandemic. *Neuro Oncol*. 2020;22(12):1884-1886.
24. Roy P, van Peer SE, Dandis R, Duncan C, de Aguirre-Neto JC, Verschuur A et al. Impact of the COVID-19 pandemic on paediatric renal tumour presentation and management, a SIOP renal tumour study group study. *Cancer Med*. 2023;12(16):17098-17111.

TUBERCULOSIS Y COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN CINCO PACIENTES PEDIÁTRICOS.

RESUMEN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad endémica mundial y continúa siendo un problema de salud pública. Según el informe de la OMS, se estima que en 2023 hubo alrededor de 10,8 millones de personas que enfermaron en todo el mundo. Del total, el 88% correspondió a personas adultas (55% varones y 33% mujeres), mientras que el 12% afectó a menores de 15 años. Si bien es poco frecuente en niños, la forma extrapulmonar es común en ese grupo etario. El compromiso del sistema nervioso central se presenta en el 1-5% de los casos de TB, siendo la afectación meníngea la forma más severa de presentación. El objetivo de este trabajo es presentar 5 pacientes pediátricos con diagnóstico de meningitis tuberculosa internados en una sala de terapia intermedia de un hospital de alta complejidad con el fin de alertar sobre la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno en esta entidad médica a fin de evitar secuelas severas.

PALABRAS CLAVES:

Tuberculosis meníngea; Pediatría.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is a globally endemic disease and remains a major public health concern. According to the WHO report, an estimated 10.8 million people fell ill worldwide in 2023. Of these, 88% were adults –55% men and 33% wo-

AUTORES:

MONTERO LABAT, E. 

SARTI, N. 

YAFAR, C. 

ZAPATA V. 

Sala 9 Terapia Intermedia H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica" de La Plata.

Correspondencia: VERÓNICA ZAPATA

E-mail: vzapata@med.unlp.edu.ar

men— while 12% were children under 15 years of age. Although TB is relatively uncommon in the pediatric population, extrapulmonary forms are more frequently observed in this age group. Involvement of the central nervous system occurs in approximately 1–5% of TB cases, with meningial disease representing the most severe clinical manifestation.

The objective of this study is to present five pediatric patients diagnosed with tuberculous meningitis, admitted to an intermediate care unit of a tertiary-level hospital, with the aim of emphasizing the importance of early diagnosis and timely therapeutic intervention to prevent severe long-term sequelae.

KEYWORDS:

Tuberculous meningitis, Pediatrics.

INTRODUCCIÓN

En Argentina, durante el año 2024 se notificaron 15.611 casos de tuberculosis (TB), lo que corresponde a una tasa de incidencia de 35,4 por 100.000 habitantes, con incremento respecto a años previos. Del total de casos, el 60,7% correspondió a personas de 15 a 44 años. En la población pediátrica y adolescente (<20 años) se registraron 2.906 casos, con predominio en adolescentes de 15 a 19 años (52,5%), con porcentaje más bajos en los grupos de niños menores de 15 años: 20,7% de 10 a 14, 13,6% en menores de 5 años, y 13,2% en el grupo de 5 a 9 años ¹. Considerando las tasas de notificación ajustadas por edad, la más baja se observó en el grupo de 5 a 9 años y la mayor se identificó en los adolescentes ². Si bien la tendencia muestra una disminución de la tasa de notificación de casos nuevos y recaídas desde 1980, se observa un incremento a partir del año 2013 y, a pesar del menor número de casos notificados en el 2020 con respecto al 2019, en el grupo de 15 a 19 años se incrementó en los últimos años y fue ligeramente superior a la de los adultos, lo que identifica a los adolescentes en una situación de riesgo ¹.

En relación con TB extrapulmonar, se estima que representa entre 15–20% de los casos globales ³, siendo la meningitis tuberculosa la forma más frecuente de afectación del sistema nervioso central (las otras son tuberculoma, aracnoiditis espinal). En nuestro país, se observó un incremento en menores de 5 años, alcanzando máximos de 22 casos en 2018 y 27 en 2023. En 2024 se notificaron 16 casos, de los cuales sólo tres tenían registrada la aplicación de la vacuna BCG. En el análisis por trienios, se documentó un incremento del 156,5% entre el período 2022–2024 y el inicial 2010–2012 ¹.

En pediatría, el riesgo de meningitis tuberculosa es mayor en menores de 2 años, probablemente por inmadurez inmunológica ⁴. Factores como malnutrición y comorbilidades que generan inmunocompromiso incrementan la susceptibilidad ¹. Las PPD suelen ser negativas. En el líquido cefalorraquídeo se observa pleocitosis con predominio linfocítico (aunque puede ser neutrofilico en etapas iniciales), hipoglucoorraquia y proteinorraquia elevada. Las pruebas diagnósticas convencionales (ADA, tinción de Ziehl–Neelsen, cultivo) presen-

tan limitaciones de sensibilidad o demora. Métodos moleculares como Xpert MTB/RIF permiten confirmar el diagnóstico en 24 horas y detectar resistencia a rifampicina, siendo de gran utilidad en casos pediátricos y en pacientes con alta sospecha clínica ⁵.

El objetivo de este trabajo es presentar cinco casos de tuberculosis meníngea en pacientes pediátricos.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Durante un período de 12 años (2013-2025), se internaron en la sala de Cuidados Intermedios un total de 4.590 pacientes (140.000 en todo el hospital). Entre ellos, cinco fueron diagnosticados con meningitis tuberculosa, destacándose que tres de los casos ocurrieron en el último año del estudio. Es importante señalar que durante el período estudiado 18 meses correspondieron a la utilización exclusiva de la sala como unidad COVID-19.

De los cinco pacientes, cuatro fueron varones y una mujer, con un rango etario de 4 meses a 14 años (media: 8,5 años). La mayoría procedía de la Región Sanitaria XI (tres pacientes de La Plata), mientras que los restantes corresponden a la Región V (Zárate) y Región VI (Glew).

En cuanto a antecedentes, tres pacientes no presentaron comorbilidades relevantes. Uno de ellos presentó talla baja (-3 DS) y esquema de vacunación incompleto, mientras que otro tenía antecedentes de prematurez, parálisis cerebral con diparesia espástica en miembros inferiores, osteoplastias extensoras de rodillas y estrabismo divergente. En todos los casos se constató una condición habitacional adecuada y cuidadores sin factores de riesgo. Todos los pacientes tenían antecedente de vacunación con BCG, aunque en dos no se observaba cicatriz.

La radiografía de tórax no evidenció hallazgos significativos y la tomografía computada al ingreso mostró dilatación supratentorial en cuatro de los casos. A los tres últimos pacientes se les realizó resonancia magnética durante la primera semana de internación, con hallazgos típicos de meningitis tuberculosa. En la Tabla 1 se resumen las principales características de los pacientes.

DISCUSIÓN

La meningitis tuberculosa es una forma agresiva de TB, asociada a una elevada mortalidad (15–32%) y a secuelas neurológicas graves en aproximadamente 80% de los sobrevivientes ⁵. En nuestra serie, dos pacientes fallecieron y sólo uno se externó sin secuelas. La edad adolescente se asoció con peor pronóstico.

La presentación clínica suele ser subaguda, con síntomas iniciales inespecíficos (cefalea, irritabilidad, fiebre), progresando luego a compromiso neurológico (pares craneales, convulsiones, hidrocefalia, alteración de la conciencia). Las manifestaciones son tan heterogéneas que puede haber encefalopatía hasta signos de hipertensión endocraneana por una hidrocefalia aguda (com-

Tabla 1: Pacientes con meningitis tuberculosa

PACIENTE	1	2	3	4	5
AÑO	2013	2017	2023	2023	2023
DURACIÓN DE LA INTERNACIÓN (MESES)	1	3	3	3	10
ANTECEDENTES DE CONTACTO CON CASO CONFIRMADO DE TB O TOSEDOR	Desconocido	Tosedor crónico	Desconocido	Desconocido	Desconocido
CUADRO CLÍNICO AL INGRESO	Status convulsivo	Hipertensión endocraneal	Deterioro del sensorio	Deterioro del sensorio	Deterioro del sensorio
LCR	Prot: 2 g/l Cel: 30 Gluc: 0,43 g/l	Prot: 1,57 g/l Cel: 60 (80% MN) Gluc: 0,26 g/l	Prot: 1,57 g/l Cel: 123 (55% PMN) Gluc: 0,24 g/l	Prot: 1,57 g/l Cel: 123 (55% PMN) Gluc: 0,24 g/l	Prot: 2,2 g/l Cel: 48 (90% MN) Gluc: 0,29 g/l
INICIO DE TTO (DÍA DE INTERNACIÓN)	5	4	3	3	2
ESTADÍA	UTI (ARM e inotrópicos) y la terapia intermedia	Terapia intermedia con DVE y luego VDVP	Terapia intermedia con DVE y luego VDVP. Pase a UTI	Terapia intermedia con DVE y luego VDVP. Pase a UTI	UTI (ARM e inotrópicos) con DVE y luego VDVP. Terapia intermedia y UTI
PPD	Positiva (8 mm)	Anérgica	Anérgica	Anérgica	Negativa
EVOLUCIÓN	Sin secuelas al alta	Alta con seguimiento por servicio de rehabilitación	Obito	Obito	Obito

LCR normal: proteínas < 0,4 g/L, células hasta 5 por ml, glucosa > al 60% de la glucemia 6 DVE:derivación ventricular al exterior; VDVP:Válvula de derivación ventrículo peritoneal.

plicación más frecuente) o clínica de infartos cerebrales con foco motor o movimientos extrapiramidales también (por compromiso de ganglios basales y cápsula interna) ⁷. En nuestra serie, todos los pacientes ingresaron ya con hipertensión endocraneana o convulsiones si contaban con un cuadro previo de fiebre, irritabilidad que orientaban a otros diagnósticos.

Los estudios por imágenes como la resonancia nuclear magnética que si se realiza tempranamente se observan hallazgos compatibles que permiten un diagnóstico precoz ⁸. En uno de los pacientes fallecidos los signos de RNM nos permitió realizar el diagnóstico.

CONCLUSIÓN

La meningitis tuberculosa pediátrica representa una entidad clínica poco frecuente, pero altamente grave y con elevada morbimortalidad. Dado lo incapacitante de la misma como pediatras, es importante tenerla siempre presente. En nuestra serie de casos, la mayoría de los pacientes presentó secuelas neurológicas permanentes o falleció, lo que resalta la necesidad de mantener un alto índice de sospecha clínica, es decir, "pensarla" antes de que aparezcan las secuelas, además de iniciar precozmente el tratamiento y garantizar seguimiento especializado a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Curso latinoamericano de actualización en inmunizaciones a distancia. Buenos Aires: Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez; 2025.
 2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2024. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240101531>
 3. Sociedad Argentina de Pediatría, Comité Nacional de Neumología. Tuberculosis en niños, niñas y adolescentes: criterios diagnósticos y tratamiento actual. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría; 2024.
 4. Bang ND, Caws M, Truc TT, Duong TN, Dung NH, Ha DTM, et al. Clinical presentations, diagnosis, mortality, and prognostic markers of tuberculous meningitis in Vietnamese children: a prospective descriptive study. *BMC Infect Dis*. 2016; 16:573.
 5. Pierini de Gaité J. Tuberculosis infantil. En: PRONAP 2018. Módulo 3, Capítulo 3. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría; 2018. P. 66–105.
 6. Byington CL, Kendrick J, Sheng X. Normative cerebrospinal fluid profiles in febrile infants. *J Pediatr*. 2011;158(1):130–5.
 7. Du Preez K, Jenkins HE, Martinez L, Chiang SS, Dlamini SS, Dolynska M, et al. Global burden of tuberculous meningitis in children aged 0–14 years in 2019: a mathematical modelling study. *Lancet Glob Health*. 2025;13(1):e23–34.
 8. Bay CM, Rodríguez MJ, Tejada P, Feuerhake T, Cruz JP, Le Corre N, et al. Meningitis tuberculosa: un desafío diagnóstico en pediatría. *Rev Chilena Infectol*. 2022;39(4):483–91.
-

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS, SALUD MENTAL Y PSICOANÁLISIS: UNA ARTICULACIÓN NECESARIA.

RESUMEN

En el año 2023 se reglamentó en Argentina la Ley 27.674 que establece la creación del régimen de protección integral del niño, niña y adolescente con cáncer que establece, en su artículo 3, el derecho de los pacientes pediátricos a recibir tratamiento del dolor y cuidados paliativos. De acuerdo con el Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2020) los diagnósticos pediátricos que representan mayormente la necesidad de cuidados paliativos son el VIH/SIDA y malformaciones congénitas, seguidos de la prematuridad extrema, trauma de nacimiento y lesiones. En este trabajo se desarrolla la importancia del trabajo en Cuidados Paliativos Pediátricos desde el Psicoanálisis teniendo en cuenta los aportes que este marco permite brindar en los abordajes de los pacientes y de sus familias. Se trabajará en torno a una viñeta clínica de un paciente atendido en dos hospitales de la Provincia de Buenos Aires.

AUTORES:

PLANTAMURA MF^{1,2} 

¹ Hospital Interzonal General de Agudos San Roque,

² Facultad de Psicología Universidad Nacional de La Plata.

Correspondencia: MARIA FLORENCIA PLANTAMURA

E-mail: florencia.plantamura@gmail.com

PALABRAS CLAVES:

Cuidados paliativos pediátricos; Salud mental; Psicoanálisis

ABSTRACT

In 2023, Law 27674 was enacted in Argentina, establishing the Creation of the comprehensive protection regime for children and adolescents with cancer, which establishes in its article 3 the right of pediatric patients to receive pain treatment and palliative care. According to the Ministry of Health of the Argen-

tine Nation (2020), the pediatric diagnoses that represent the greatest need for palliative care are HIV/AIDS and congenital malformations, followed by extreme prematurity, trauma and birth injuries. This paper develops the importance of psychotherapy in Pediatric Palliative Care from Psychoanalysis, taking into account the contributions that this framework allows to provide in the approaches of patients and their families. We will work around a clinical vignette of a patient and his family, treated in two hospitals in the Province of Buenos Aires.

KEYWORDS:

Pediatric Palliative Care; Mental Health; Psychoanalysis

El objetivo de este trabajo es compartir el aporte que desde la salud mental y el psicoanálisis se pueden hacer en el trabajo en Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) teniendo en cuenta que: "El psicoanálisis no es para todos, no tiene lugar en todos lados, pero en todos lados puede recordar que el sujeto surge de la palabra, evalúa la potencia de la palabra y apunta a la singularidad del sufrimiento humano" (Laurent, 2000, p. 14).

En el año 2023 se reglamentó en nuestro país la Ley 27.678 de Cuidados Paliativos (CP), cuyo objetivo es asegurar el acceso de los pacientes a las prestaciones integrales sobre cuidados paliativos en sus distintas modalidades, en el ámbito público, privado y de la seguridad social y el acompañamiento a sus familias. Según la Ley Nacional N.º 27.678 de Cuidados Paliativos (2022):

"Los cuidados paliativos se definen como un modelo de atención que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades que amenazan o limitan la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos, sociales y espirituales".

Si bien pueden ser brindados en cualquier etapa de la enfermedad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) establece que aportan mayores beneficios al paciente y a su familia si se aplican desde el momento del diagnóstico. Por eso, señala que deben proporcionarse en conjunto con los tratamientos específicos para cada enfermedad, a fin de acompañar al paciente y a su familia durante todo el proceso de la enfermedad.

En el año 2023 también se reglamentó en Argentina la Ley 27.674 que establece la Creación del régimen de protección integral del niño, niña y adolescente con cáncer, que establece en su artículo 3 el derecho de los pacientes pediátricos a recibir tratamiento del dolor y cuidados paliativos. De acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer y el Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2020) los diagnósticos pediátricos que mayor representan la necesidad de cuidados paliativos son el VIH/SIDA y malformaciones congénitas, seguidos de la prematuridad extrema, trauma de nacimiento y lesiones.

La clínica de Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) (Salins, Hughes y Preston,

2022) comprende la atención de niños con enfermedades que limitan la vida, conducen a la muerte o provocan una discapacidad grave. Los autores señalan que, en este tipo de clínica, el objetivo no es la recuperación, sino ofrecer la mejor "salud" y "calidad de vida" posibles, a pesar de la enfermedad. De esta manera, en el marco de los CPP es posible trabajar con niños que padecen enfermedades graves con tratamiento curativo posible, aunque con riesgo de fracaso (como el cáncer); con enfermedades en las que la muerte es inevitable, pero en las que se realizan largos periodos de tratamiento intensivo destinados a prolongar la vida, permitiendo al paciente mantener ciertas actividades normales; con enfermedades progresivas en las que el tratamiento es exclusivamente paliativo y puede extenderse durante un largo tiempo; y con enfermedades en situación irreversible pero no progresiva.

Según datos epidemiológicos de la OPS, en América Latina y el Caribe entre 25.000 y 75.000 niños y adolescentes requieren cuidados paliativos cada año.

APORTES DESDE EL PSICOANÁLISIS

Colette Soler establece: *"el sujeto es alguien del cual se habla antes de que pueda incluso hablar, el sujeto está efectivamente en la palabra antes de tener un cuerpo, sencillamente antes de nacer y permanece ahí aún después de no tener cuerpo"* (Soler, 1998, p.3). Esta cita nos permite adentrarnos en los CPP teniendo en cuenta el lugar que tiene el niño en el discurso del Otro.

Desde el psicoanálisis, podemos concebir el impacto de la noticia del diagnóstico de un paciente en cuidados paliativos como un traumatismo, en tanto Freud (1957), lo define como el vencimiento de la barrera protectora de los estímulos. Esto implica la sorpresa y la impreparación del Yo, dando lugar al surgimiento de la "angustia automática", también conocida como "angustia traumática", por la cual la situación traumática es vivida como "desvalimiento", "desamparo" e "indefensión". No obstante, se debe situar que el diagnóstico no es traumático per se, puede ser tenido en cuenta como una orientación, dando lugar al caso por caso, e incluso tener presente no ser así. En esta línea Novellas Aguirre y Pajuelo Valsera (2000) señalan que la forma en que una enfermedad afecta a cada persona y familia es singular. En el impacto de cada enfermedad, los autores refieren que se ponen en juego factores intrapersonales y variables como la edad de la persona enferma, el rol o papel que ocupa en la familia, y la red de apoyo familiar. Así, la variabilidad del malestar se debe comprender en términos de cada persona y cada grupo familiar, incluyendo también sus variaciones a lo largo del tratamiento.

Este marco de trabajo en CPP respecto a pensar a los actores involucrados en su singularidad, brinda un lugar predominante a los pacientes. Pitillas (2012) desarrolla que *"un acercamiento que no tenga en cuenta al niño como un agente activo de conocimiento, de comprensión y de cambio frente a su problemática, es un acercamiento técnicamente limitado y éticamente cuestionable"* (p.154). Por este motivo, los niños deben estar informados e involucrados según su edad, ya sea a través de la palabra o mediante el juego. Lacan, en el

Seminario X, señala que *"hay vías distintas que las vocales para recibir al lenguaje. El lenguaje no es vocalización"* (Lacan, 1963, p. 296). En este marco, el juego cumple una doble función terapéutica: no solo permite al niño expresar libremente sus estados de ánimo, sino que, al hacerlo, se encuentra con una mirada que comprende, valida y contiene sus afectos. De este modo, el beneficio del trabajo que utiliza el juego para facilitar la expresión y el desahogo emocional del paciente proviene tanto de sus aspectos expresivos —porque se pueden decir las cosas— como de sus aspectos relacionales —ya que, al decir las, se recibe una respuesta del otro que contribuye al bienestar. El abordaje implica establecer un espacio en el cual los niños puedan expresar, aún a su corta edad, cómo se encuentran habitando la enfermedad, y un posicionamiento en el equipo, a partir de la oferta llevada a cabo desde la presencia y la búsqueda de su consentimiento para nuestras intervenciones. Se trata de apuntar hacia establecer una pausa, en un proceso de alojar y apostar esta expresión.

¿CÓMO TRABAJAR ENTONCES CON LOS NIÑOS?

Se debe hacer un buen uso de su derecho a la información, mediante una transmisión dosificada, acorde a su nivel cognitivo, y su capacidad de comprensión, respetando siempre hasta donde están dispuestos a escuchar, y también su negativa. Esto le permitirá elaborar, aceptar y prepararse psíquicamente para lo que vendrá: las internaciones, los procedimientos en su cuerpo, las secuelas y los efectos secundarios.

Pedreira y Palanca (2001) establecen que la verdad debe comunicarse de forma honesta, pero sin desatender otros aspectos prácticos de la enfermedad que, en ocasiones, preocupan más que la cuestión médica en sí y que son frecuentemente descuidados al informar al paciente o a la familia, como el tipo de vida que se puede llevar, las restricciones, en qué consisten en la práctica los tratamientos que se van a realizar, sus efectos secundarios o, cuando se trate de un niño en fase terminal, el reasegurar que el niño no se quedará solo, que tendrá tiempo de despedirse y que el dolor será reducido por la medicación (Pedreira y Palanca, 2001, p. 3).

Es posible observar en los niños observarse desgano, apatía, retraimiento, caprichos y berrinches, ante lo cual es importante que el equipo tratante ofrezca un espacio donde estas emociones puedan aflorar, ya sea en presencia o en ausencia de sus padres, según prefieran los pacientes. Esto se debe a que, en muchas ocasiones, los niños no quieren expresar su malestar delante de sus padres al notar que ellos están angustiados. Así, de acuerdo con Moser (2013) se apunta hacia acompañar a los pacientes en el proceso de construcción de su historia y su vivencia, con la apoyatura del discurso de sus referentes significativos.

EL TRABAJO CON LAS FAMILIAS

En los padres son numerosas las variables que pueden estar en juego en su sufrimiento: el tipo, estadio y pronóstico de la enfermedad de su hijo, las secuelas

y limitaciones en caso que las contemple. También la etapa evolutiva del niño y los factores sociales y culturales: las características de funcionamiento, el apoyo social con que cuenten o no, sus recursos socioeconómicos, y cómo se ponen en juego en esta situación.

Van Pevnage y colaboradores (2013) señalan que la reacción parental es intensa, compleja e individual, en tanto su impacto afecta diferentes dimensiones, como la emocional, la psicológica e incluso la financiera. Debido a esto, el tiempo necesario para comprender y asimilar el impacto varía en cada padre y en cada familia.

CASO M

M nació en un hospital público de la provincia de Buenos Aires y fue derivado al H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica" debido a un cuadro de encefalopatía crónica no evolutiva. Permaneció en esa institución durante cuatro meses, período en el cual su madre fue atendida por el Servicio de Interconsulta de Salud Mental de la sala de Neonatología. Luego, M fue trasladado a la Sala de Pacientes Crónicos del Hospital Interzonal General de Agudos Evita de Lanús. En este contexto, su madre, a quien llamaremos L, comenzó a ser atendida por el Equipo de Cuidados Paliativos Pediátricos. Se estableció comunicación entre los profesionales de ambas instituciones para conocer el trabajo previo realizado y así continuar promoviendo los cuidados necesarios para esta unidad familiar. La internación en la sala tiene efectos subjetivos en M, en tanto permaneció acompañado por su mamá y por su papá, en tanto la mayor cercanía de este Hospital con el domicilio familiar, dió lugar que su padre pueda comenzar a pasar tiempo con él, dentro de las condiciones que su trabajo le permitía. Esta situación llevó a que L comience a expresar sus preocupaciones, referidas a las dificultades que le generaba dejar a M con su papá y retirarse a su hogar para descansar. Estos temores surgían tanto por la creencia de que nadie podría cuidar a M como ella lo hacía, como por el miedo a que, ante una posible urgencia médica, ella no estuviera presente. También afloraron las fantasías y expectativas que tenía respecto al estado actual y la evolución de su hijo. A lo largo del tratamiento, estas preocupaciones pudieron ser elaboradas y la angustia constante dio paso, mediante el despliegue de la cadena significativa, a un cambio subjetivo en L. Esto permitió establecer una red de apoyo con otras madres que cuidaban a sus hijos en la sala de pacientes crónicos, donde surgieron el afecto, la contención y, sorprendentemente, el humor. Esta red se mantuvo durante las internaciones y también en los momentos de alta, generando vínculos de amistad que resultaron beneficiosos no solo para L, sino también para sus nuevas amigas.

Un factor posible en estos casos es el desarraigo, y su influencia en el tratamiento: no es lo mismo una familia cuyo hijo es atendido en la localidad que habita, que una familia que debe trasladarse de ciudad o provincia para su tratamiento, si pueden permanecer todos los integrantes juntos o deben separarse temporalmente por esta situación. Estos casos añaden preocupaciones

a las ya existentes, respecto de los hijos que debieron quedarse en su casa: cómo estarán y cómo se organizarán, e incluso, la añoranza por costumbres y hábitos que pueden tener el niño y sus cuidadores. Esto puede observarse en el caso presentado y los efectos que se generan cuando la Unidad Familiar es atendida en el marco de los CPP. Se trata de mejorar la calidad de vida no solo de los pacientes, sino también de esta Unidad.

REFLEXIÓN FINAL

Este trabajo ha buscado fundamentar la práctica en CPP desde una posición ética, la cual implica trabajar tanto con los pacientes como con sus familias —concebidas como una unidad familiar—, otorgando a cada integrante la libertad de expresarse y actuar en función de sus afectos, y alojando su sentir como parte del tratamiento mediante una escucha activa. En este sentido, Laurent (2000) sostiene que la función del psicoanalista *“no sólo se alcanza respetando los derechos de la persona, lo que es un requisito necesario, sino dejando hablar al sujeto”* (p. 86). Se trata, entonces, de generar un espacio de escucha y de formalización de la demanda propia del sujeto en cuestión.

Asimismo, consideramos necesario atender también a los efectos que este trabajo genera en los profesionales, en tanto que, como plantea Lacan en *La dirección de la cura* (1958), el analista debe pagar con palabras, con su persona y también, *“con lo que hay de esencial en su juicio más íntimo”* (Lacan, 1958, p. 561)

BIBLIOGRAFÍA:

- Freud S. (1957). Inhibición, síntoma y angustia. En Obras completas (Tomo XX, pp. 71-164). Buenos Aires: Amorrortu.
- Instituto Nacional del Cáncer & Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2020). Anexo Ley de Cuidados Paliativos. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-06/anexo-10-ley-de-cuidados-paliativos-acta-06-cofesa-2023.pptx>
- Lacan J. (1958/2002). La dirección de la cura y los principios de su poder. En Escritos 2. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Lacan J. (1962–1963). El seminario, Libro X: La angustia. Buenos Aires.
- Ley N.º 27.674. Régimen de Protección Integral del Niño, Niña y Adolescente con Cáncer (2022). Argentina. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27674-368128/texto>
- Ley Nacional N.º 27.678 de Cuidados Paliativos. (2022). Argentina. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27678-368373/texto>
- Moser M. (2013). ¿Urgencias psicológicas? En oncología pediátrica. En: Memorias del IV Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología: Conocimiento y práctica profesional: perspectivas y problemáticas actuales (Tomo II). Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/48146>
- Novellas A, Aguirre de Cárcer M & Pajuelo Valsera M. (2000). La atención a los familiares del enfermo en cuidados paliativos. En Avance en cuidados paliativos. Tomo II: La atención a la familia: el proceso de duelo.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). Generalidades de los cuidados paliativos pediátricos (Serie Calidad de Vida para Niños y Niñas con Cáncer: Módulos sobre Cuidados Paliativos Pediátricos; Módulo 1, OPS/NMH/NV/cvn1/21-0040). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55219>
- Paidós Laurent E. (2000). Psicoanálisis y salud mental. Buenos Aires: Tres Haches.
- Pedreira J & Palanca I. (2001). Psicooncología pediátrica. PSQUIA-TRIA.COM, 6(2). Disponible en: <http://psiqu.com/1-6148>
- Pitillas Salvá C. (2012). Ayudar al niño con cáncer en lo que necesita: Cuatro usos posibles de la terapia de juego en el campo de la psicooncología pediátrica. Clínica Contemporánea: *Revista de diagnóstico psicológico, psicoterapia y salud*, 3(2), 147–161.
- Salins N, Hughes S, & Preston N. (2022). Palliative care in paediatric oncology: An update. *Current Oncology Reports*, 24(2), 175-186.
- Soler C. (1988). El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan. Disponible en: <http://elpsicoanalistalector.blogspot.com.ar/2010/09/colette-soler-el-cuerpo-en-la-ensenanza.html>
- Van Pevenage C, Van Pevenage I, Geuzaine C, Schell M, Lambotte I, & Delvenne V. (2013). Les besoins des parents confrontés aux soins palliatifs et au décès de leur enfant: *Étude exploratoire*. 61, 433–440.

IDENTIDAD, RUTINA Y OCUPACIÓN: REFLEXIONES SOBRE LA ROTACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN SALA DE SALUD MENTAL.

La experiencia en el H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica" dentro del ámbito de Salud Mental marcó un momento significativo en nuestro recorrido profesional como terapistas ocupacionales. En este contexto, se aborda la internación de niños, niñas y adolescentes (NNyA) que atraviesan episodios agudos en su salud mental, lo cual plantea múltiples desafíos, no sólo para los NNyA, sino también para los equipos interdisciplinarios que los acompañan.

Desde la Terapia Ocupacional (TO), uno de los principales ejes de intervención es el desempeño ocupacional. Durante el proceso de internación, es común que se vean alterados los patrones de desempeño: hábitos, rutinas y roles. Estas alteraciones se vinculan tanto con la propia situación de salud como con las características del entorno institucional, que muchas veces, aunque necesarias, pueden resultar limitantes para el desarrollo de una vida cotidiana con actividades significativas.

Para continuar reflexionando sobre qué sucede con las ocupaciones en NNyA, citamos a Giannini Rosa,C, de su libro "Terapia Ocupacional en salud mental": *"Las ocupaciones y los hechos de la vida cotidiana son un medio para desarrollar la identidad ocupacional y estructuran a las personas para pensar sobre lo que han hecho, lo que están haciendo o desean hacer. La ocupación forma parte de la condición humana y a través de ella la persona controla y equilibra*

AUTORES:

PÉREZ CF, 

PELLI V. 

Residencia de Terapia Ocupacional del HIAEP
"sor María Ludovica".

Correspondencia: CARLA PEREZ
E-mail: carla.florencia.pp@gmail.com

su vida. Ahora bien, ¿Qué sucede con las ocupaciones, roles, expectativas e intereses de una persona cuando en algún momento de la vida aparece un problema en salud mental? ¿Qué sucede cuando la persona no puede participar en las ocupaciones cotidianas que necesita o desea? ¿Qué consecuencias tiene todo eso para el sujeto y su entorno?"

En este tipo de dispositivos de salud mental, la internación tiende a extenderse más allá de lo deseado. Aunque el objetivo institucional suele ser que las estadías sean breves, las complejidades sociales, familiares y estructurales dificultan en muchos casos los egresos. En ese tiempo, se produce lo que denominamos privación ocupacional: un estado de exclusión de la participación en ocupaciones significativas debido a factores externos al control inmediato de la persona (Navarrete Salas, 2015). Esta situación puede provocar un desequilibrio en las actividades esenciales para el bienestar, impactando directamente en la identidad, la autonomía y el sentido de sí.

Durante esta práctica, se observó que la alienación ocupacional no sólo está dada por la patología o el motivo de internación, sino también por la estructura misma del sistema. Ante esta realidad, una de las estrategias que surgieron colectivamente desde las residentes de TO Terapia Ocupacional fue la implementación de un calendario participativo, que habilitaría a los/as jóvenes hospitalizados/as a proyectar, decidir y registrar actividades. Este calendario no sólo servía para la orientación temporo espacial, sino que también funcionaba como herramienta para promover el poder de decisión, la anticipación y el sentido del tiempo propio.

Por otro lado, es prioritario promover la autonomía e independencia de los usuarios, es decir, que todas aquellas ocupaciones que puedan realizar sin ayuda, que las lleven a cabo como así también involucrarse en la medida que se pueda en la toma de decisiones sobre su cotidianidad. *"La autopercepción de competencia permite que la persona se abra a nuevas experiencias, a nuevas metas, minimizando las amenazas a través de la acumulación de logros"*. (Fernandez, Rodriguez, 2013. pág. 163), es decir, es importante y genera satisfacción participar en actividades que los usuarios sepan desempeñar y sean de su agrado.

Estas intervenciones, aunque simples en apariencia, buscan sostener el derecho a ocupar un lugar activo incluso en contextos de crisis. La posibilidad de elegir qué actividad realizar, manifestar un deseo, o proponer una rutina propia, se vuelve central en términos de empoderamiento y fortalecimiento. En palabras de Navarrete (2015), *"el fortalecimiento implica que las personas y comunidades desarrollen capacidades para transformar su situación según sus propias necesidades y aspiraciones"*.

En cuanto al trabajo interdisciplinario, es fundamental reconocer que la intervención de TO no sucede en aislamiento. El impacto de las propuestas depende en gran parte de la articulación con otros/as profesionales, y también del grado en que la institución legitima el enfoque ocupacional. Si bien se lograron avances concretos y se observaron resultados positivos en la dinámica grupal,

también consideramos que habría sido valioso profundizar en el abordaje de roles significativos, incorporando de manera más sistemática herramientas que inviten a la reflexión sobre los proyectos de vida y el sentido de futuro de los/as pacientes.

Esta práctica nos permitió cuestionar y revisar nuestras formas de acompañar procesos en salud mental. No se trata únicamente de "llenar el tiempo" de actividades, sino de construir sentido, promover elecciones, habilitar espacios de subjetividad y sostener la escucha. En este punto, nos resuena la definición de salud propuesta por el Dr. Floreal Ferrara: *"la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida; el desear cambiar lo que produce sufrimiento"* (Ferrara, citado en Ferrandini, 2011). Acompañar en salud mental, entonces, implica también favorecer que cada sujeto pueda reapropiarse de su vida cotidiana, con otros y desde sí.

Desde la TO, tenemos el compromiso de trabajar no solo por la inclusión ocupacional, sino por la justicia ocupacional. Esto implica visibilizar las desigualdades que atraviesan los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, y posicionarnos críticamente frente a ellas. En contextos de internación prolongada, los riesgos de cronificación, dependencia institucional y pérdida de sentido son reales. Por eso, cada intervención que promueva autonomía, creatividad, expresión y participación, por mínima que parezca, puede convertirse en una forma concreta de resistir la alienación.

En síntesis, esta experiencia reafirma la importancia de nuestra disciplina en el abordaje integral de la salud mental. Nos invita a repensar nuestras intervenciones no como técnicas aplicadas, sino como apuestas éticas, políticas y vinculares. Nos confronta con los límites del sistema, pero también con sus potencias. Y, sobre todo, nos recuerda que la ocupación significativa —aquella que tiene sentido para la persona— puede ser una herramienta poderosa de transformación.

BIBLIOGRAFÍA:

Ferrandini, D. (2011). Algunos problemas complejos de salud. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar>

Ministerio de Salud Argentina (2022). Plan Provincial Integral de Salud Mental. Hacia un sistema solidario e integrado de salud.

Moruno Miralles, P Romero Ayuso, D.M. (2004). Terapia ocupacional en Salud Mental: la ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG*, número 1.

Navarrete Salas E, et al. (2015). Terapia Ocupacional y Exclusión Social. Hacia una praxis basada en los derechos humanos. Capítulo 1. Editorial Segismundo. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/147780>

Sánchez, O., Polonio, B., & Pelegrini, M. (2013). Terapia ocupacional en salud mental: Teorías y técnicas para la autonomía personal. Editorial Médica Panamericana.






INTEGRAR PARA TRANSFORMAR: LA INVESTIGACIÓN COMO EJE FORMATIVO EN UNA RESIDENCIA DE PEDIATRÍA.

La incorporación de la investigación científica dentro del ámbito de las residencias es un aspecto que ha demostrado mejorar los servicios, fomentando la comunicación entre los trabajadores, generando espacios de interdisciplina y comprometiéndose con el deber ético de actualizar a los equipos de salud para ofrecer mejoras en la calidad de atención.

Nuestro hospital ofrece más de treinta servicios de atención ambulatoria e internación entre adultos y niñez, junto a una estructura de residencias que atraviesa a la mayor parte de las disciplinas, erigiéndose como uno de los hospitales escuela referentes de la ciudad. El servicio de pediatría dispone de numerosos espacios de atención ambulatoria, incluyendo consultorios de control de salud, demanda espontánea, consultorio de residentes, unidad de seguimiento y crecimiento del desarrollo infantil. En lo que respecta a internación salas de pediatría, unidad de cuidados intensivos neonatales y rooming in. Esta estructura, junto a la recepción del recién nacido en Sala de Partos, configura y favorece un abordaje integral del paciente desde el nacimiento hasta la infancia.

Como integrantes de la Residencia de Pediatría, en conjunto con nuestra Coordinadora Docente, encontramos en este espacio la oportunidad no solo de formarnos en el plano asistencial y académico del programa de pediatría vigente, sino también de construir una identidad profesional que incluya a la investigación científica como un pilar fundamental para fortalecer nuestra formación y con ello mejorar la calidad de atención de los paciente que asisten a nuestro hospital.

AUTORES:

MENEGAZZO F. 
BONEPELICHE V. 
DEL MANZO M. 
GIMENEZ L. 
MONTAÑEZ L. 

Residencia de Pediatría. Hospital Zonal General de Agudos "Dr Ricardo Gutierrez". La Plata.

Correspondencia: LUCIANO MONTAÑEZ
E-mail: lucianomontanez@hotmail.com

Perspectiva histórica

Si nos remontamos en el tiempo, nuestro camino en el trayecto residencial comenzó con la confección de proyectos de tipo descriptivos y retrospectivos para garantizar la fácil recolección de datos, con el objetivo de generar propias estadísticas y así poder comparar con resultados provinciales, nacionales e internacionales. Los mismos fueron presentados en principio en jornadas y congresos locales y provinciales, que nos brindó la motivación y experiencia para continuar realizando proyectos en escenarios de mayor nivel.

Transcurriendo el año 2024, y en el marco del programa institucional de fortalecimiento de la investigación de nuestro hospital, surgió la posibilidad de participar en las becas "Julieta Lanteri", otorgadas por el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Estas becas están destinadas a fomentar el desarrollo de proyectos de investigación entre profesionales que se desempeñan en el sistema público de salud. Para nuestra residencia —quien no presentaba antecedentes históricos de recibir incentivos económicos en el contexto de investigaciones— esta instancia representó un desafío y compromiso significativos. Sin embargo, la experiencia adquirida en los trabajos previamente mencionados, junto con las

herramientas brindadas por la materia de Metodología del Bloque de Formación Común de la Escuela "Floreal Ferrara", nos permitió sentar las bases para la construcción de nuestro primer proyecto formal de investigación.

Tal es así que fuimos adquiriendo habilidades para la escritura, revisiones, lectura crítica de la literatura disponible y calibrando nuestro enfoque en base a los aciertos y errores que se iban desarrollando en el camino de la investigación misma. Contando con los aportes constantes de nuestra tutora, la Mg. Ana Varea, investigadora del Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas, fuimos integrando a la investigación como parte de nuestra cultura del trabajo.

Complementariamente al espacio de beca, pudimos elevar nuestra investigación al plano nacional en las Jornadas de Investigación Científica de la Sociedad Argentina de Pediatría, y recientemente también en el plano internacional, dentro de la Sociedad Latinoamericana de Investigaciones Pediátricas (SLAIP), ambas desarrolladas durante el 2025.

Reflexiones finales

La puesta en consideración del enfoque en investigación como parte integral del espacio de residencia posibilitó la modificación de nuestras prácticas tanto académicas como asistenciales durante el período de formación en nuestro hospital. Esto permitió la convergencia de residentes y médicos de planta en el razonamiento de la práctica cotidiana. Comenzamos con la confección de proyectos de tipo descriptivos y retrospectivos para garantizar la fácil recolección de datos, con el objetivo de generar propias estadísticas y así poder comparar con resultados provinciales, nacionales e internacionales. Los mismos fueron presentados en principio en jornadas y congresos locales y provinciales, que

nos brindó la motivación y experiencia para continuar realizando proyectos en escenarios de mayor nivel.

Como reflexión final, queremos que nuestra experiencia sirva para alentar, incentivar y motivar a que la investigación sea considerada una parte fundamental de la formación en todas las residencias. Este proceso no solo constituye un requisito académico, sino que representa una oportunidad concreta para desarrollar pensamiento crítico, fortalecer habilidades clínicas y generar conocimientos que impacten en la calidad de atención de nuestros pacientes.

UNA NUEVA MIRADA DE LA REHABILITACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA.

El Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HIAEP "Sor María Ludovica" de la ciudad de La Plata data del año 1973, y comenzó como Sala de Rehabilitación encabezada por la Dra. Graciela Giglio de Guerrini, referente de la especialidad. En 1983 adquirió categoría de Servicio.

El personal de Enfermería fue incorporado en 1995, contando actualmente con dos Licenciadas cuyo rol es ser el nexo entre la sala de internación y el servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Ambas integrantes forman parte del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente de la institución.

Las prestaciones de enfermería de rehabilitación son coordinadas por el equipo médico de fisiatra que, de acuerdo al nivel de atención requerido por el paciente, establece el programa terapéutico individual con un enfoque preventivo, asistencial y educativo, y conforme al Programa de Cuidados Progresivos. Los modelos de atención han evolucionado, pasando de centrarse exclusivamente en el profesional y la atención clínica, a enfocarse en el paciente y, gradualmente a incluir a la familia en el proceso de cuidado, reconociendo el papel fundamental de la familia de garantizar la salud y el bienestar de los integrantes de todas las edades (Fuster 2015). Este cambio responde a la necesidad de empoderar a la familia, especialmente en el cuidado de niños con necesidades clínicas complejas, por ejemplo, los recién nacidos prematuros, niños con enfermedades crónicas y morbilidad asociada, ingresos reiterados en unidades de cuidados intensivos e internación prolongada. Dicho modelo

AUTORES:

OSORIO P. **CATIVAS N.** 

Área de Enfermería. Servicio de Medicina Física
y Rehabilitación HIAEP "Sor María Ludovica"

Correspondencia: PATRICIA OSORIO

E-mail: mpatrici-aosorio2017@gmail.com

promueve una visión más inclusiva y colaborativa que involucra a la familia en todas las fases del cuidado del niño con deterioro funcional en las áreas motora, cognitiva, sensorial o visceral.

Enfermería brinda atención en los dos ámbitos señalados: sala de internación y consultorio externo del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación

Las intervenciones de enfermería de rehabilitación durante el proceso de internación son fundamentales, proporcionan cuidados específicos a aquellos niños que adquirieron un deterioro físico o mental posterior a una condición clínica, así como también a quienes presentan una secuela discapacitante previa y manifiestan una complicación clínica que requiere atención hospitalaria. Dentro de sus principales intervenciones tanto en Sala como en consultorio externo, se destacan.

EN EL PLANO ASISTENCIAL:

- La prevención de posturas viciosas, deformidades osteoarticulares y lesiones de la piel.
- La confección y colocación de adaptaciones de acuerdo al requerimiento de postura y posicionamiento individual.
- La colaboración con áreas del equipo terapéutico del servicio: terapia ocupacional, intervención temprana, fonoaudiología y kinesiología.
- La promoción del autocuidado e independencia del paciente a través de información que se brinda al familiar o cuidador a cargo.
- La orientación sobre cuidados de la piel, superficies de apoyo, cambios de decúbito y reposicionamientos a enfermería de sala y familiar o cuidador a cargo del paciente.
- La participación en la implementación de Programas Terapéuticos para pacientes ambulatorios: entre otros, el Programa de aplicación de toxina botulínica en pacientes con parálisis cerebral, Programa de atención integral al Recién Nacido Prematuro, Programa de educación para el autocateterismo vesical limpio intermitente en niños con vejiga neurogénica, Hospital de día y, de manera conjunta, del Programa de postura en sala.
- La coordinación del Comité interdisciplinario para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de lesiones por presión, específicamente en áreas críticas y de menor complejidad.
- La orientación con asesoramiento de Enfermería en Control de Infecciones en la atención de pacientes con aislamientos específicos y manejo de equipamiento, durante la internación y consulta ambulatoria posterior al alta.
- La provisión de insumos necesarios para distintas prácticas.

EN EL PLANO DOCENTE FORMATIVO:

- Capacitación en temas inherentes a la disciplina y específicamente a lesiones por presión.
- Asistencia a jornadas científicas relacionadas con la especialidad para la capacitación continua.

- Participación interdisciplinaria en la elaboración y presentación de trabajos científicos.
- Colaboración en la formación de profesionales de enfermería de otras áreas a través de la rotación curricular programada y solicitada previamente.

El enfoque multidisciplinar de la rehabilitación pediátrica posibilita el desarrollo funcional, la actividad y participación del niño/familia teniendo en cuenta sus capacidades, edad y el contexto en el que vive favoreciendo su paso a la edad adulta (Redondo 2012).

Creemos que, como profesionales integrantes del equipo de salud, cualquiera sea el nivel donde desempeñemos una función relacionada con la atención infantil, la planificación, aplicación y evaluación del cuidado llevaran al niño con alteraciones funcionales a potenciar al máximo el caudal remanente sano a fin de que se integre lo más precozmente posible a los procesos propios de su etapa evolutiva.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Fuster Linares Pilar, 2015. Modelo de Cuidados Centrados en la familia en el entorno hospitalario pediátrico: Validación de un instrumento. Departamento de enfermería. UIC. Barcelona

2. Redondo García, A; Conejero Casares, J.A, 2012. Rehabilitación Infantil. Editorial Médica Panamericana

REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN

LUDOVICA PEDIÁTRICA es una publicación científica oficial semestral con arbitraje del Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Superiora "Sor María Ludovica" de La Plata. El fin de la revista es divulgar la actividad científica, docente y asistencial del hospital y la región. Se publicarán trabajos relacionados con la Salud materno-infantil, Pediatría y sus áreas específicas, y otras áreas afines de la Salud Pública.

Se seleccionarán para publicación artículos originales, artículos especiales, comunicaciones breves, presentación de casos clínicos y otros que cumplan los criterios de solidez metodológica, originalidad y sean actuales y oportunos.

El proceso de revisión de manuscritos constará de una primera evaluación por el Comité Editorial que decidirá la aceptación del manuscrito según los criterios de selección expresados arriba y una segunda etapa que será realizada por dos revisores independientes especialistas en el tema del manuscrito y/o en metodología de la investigación. Se mantendrá en forma confidencial la identidad de autores y revisores. El dictamen podrá ser de aceptación, rechazo, o condicionamiento a las modificaciones sugeridas por los revisores. Toda decisión se comunicará a los autores en un plazo de dos meses a partir de la fecha en que se reciba el original. Si el trabajo resultase condicionado, la nueva versión deberá enviarse en un plazo máximo de treinta días.

El envío de los manuscritos deberá hacerse por correo electrónico a ludovicapediatria@gmail.com. En el "asunto" colocar la leyenda "Manuscrito para LUDOVICA PEDIATRICA". En el "cuerpo" del mensaje indicar el título del trabajo, el tipo de artículo y el nombre del primer au-

tor. Además, deberá adjuntarse necesariamente una Carta dirigida a la Coordinación Editorial con el nombre de todos los autores, número de ORCID (<https://orcid.org/signin>), correo electrónico y firma de cada uno de ellos, solicitando la evaluación del manuscrito para su eventual publicación. En la carta debe constar claramente que:

1. El trabajo remitido no ha sido publicado en ningún medio y no será enviado a otra publicación, mientras dure la evaluación en LUDOVICA PEDIÁTRICA.
2. Todos los autores manifiestan si existen conflictos de intereses. En el caso que exista conflicto de intereses, los autores deberán declararlos.
3. Se deben detallar cada una de las fuentes de financiación. Si el estudio no recibió financiación, los autores deben expresarlo claramente.
4. Se especifican las condiciones para compartir los datos.
5. Se debe señalar que se ha cumplimentado la lista de verificación antes del envío del material.
6. Se debe indicar que en el caso que el artículo sea publicado, todos los autores ceden los derechos de autor a LUDOVICA PEDIATRICA.

En la carta de remisión los autores pueden sugerir revisores aclarando la información de contacto. No se dará inicio al proceso editorial si la carta no contiene todos los puntos señalados.

CONDICIONES GENERALES PARA LA PUBLICACIÓN.

Los artículos deben ser inéditos o publicados previamente sólo en actas de congresos u otras reuniones científicas. Todos los trabajos aceptados quedarán como propiedad permanente de la revista y no podrán ser re-

producidos total o parcialmente sin permiso expreso.

Los manuscritos deben redactarse con procesador de texto (MS Word), tamaño de hoja A4, márgenes 2,5 cm, fuente Arial 12, interlineado 1,5 justificado, sin sangría ni espacios entre párrafos. La extensión de los manuscritos se indica en las condiciones particulares de cada sección. En la primera página deben constar los datos básicos del/ de los autor/es (apellido e inicial/es de nombre; número de ORCID (<https://orcid.org/>), lugar de trabajo). Además, se debe especificar el e-mail del autor responsable de la correspondencia.

Los artículos deberán ser escritos en el idioma oficial de la publicación, que es el español. El resumen y palabras claves deberán presentarse en español y en inglés.

En lo referido a gramática y estilo, es necesario respetar las reglas del idioma empleado en la redacción con un estilo apropiado para la información científica, utilizando el genérico tradicional, sin que ello represente jerarquías ni exclusiones. Se debe revisar cuidadosamente la redacción y estilo antes de enviar el manuscrito.

Las notas de los artículos deberán enumerarse correlativamente al pie de página.

Las referencias bibliográficas se señalarán según el orden de aparición en el texto y deberán seguir el formato Vancouver para los trabajos clínicos. Se recomienda consultar los sitios: Citing Medicine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. y https://biblioteca.unizar.es/sites/biblioteca.unizar.es/files/documentos/estilo_vancouver_resumen_con_rrss.pdf. Las unidades de medida deberán ser expresadas según el Sistema Internacional de Unidades.

En el caso de trabajos presentados desde las Ciencias Sociales y Humanas, se podrán utilizar las normas de la American Psychological Association (APA), última versión. Toda palabra extranjera utilizada en el texto deberá ir en bastardillas.

Las siglas deberán aclararse en su primera mención en el texto. Las tablas, gráficos y figuras deberán presentarse en hojas aparte, uno por hoja y ordenados con números arábigos. Llevarán un título en la parte superior, al lado del número, y un epígrafe al pie, para asegurar que el contenido sea comprensible sin necesidad de leer el texto. Las unidades de medida deberán ser referidas en el texto y en las tablas, gráficos y figuras.

Debe evitarse la repetición de datos ya presentes en el texto. Las imágenes deben ser en formato JPG de alta resolución y deberán ser adjuntadas al cuerpo del mail.

DECLARACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS Y CONFLICTO DE INTERESES

Los autores deberán declarar todo lo referente a fuentes de financiamiento, los potenciales o reales conflictos de intereses y el cumplimiento de los principios éticos de la investigación, lo cual será de presentación obligatoria para el proceso de evaluación. No se publicarán protocolos de investigación y/o resultados de estudios que estén en proceso de evaluación o que hayan sido rechazados por el Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación (CIRPI). Los trabajos de otras instituciones deberán tener la aprobación del Comité de Ética de la institución de la que provienen o del Comité que subrogó el trabajo.

En caso de incluir material de otras publicaciones, los autores serán responsables de citar la fuente correspondiente, y obtener los permisos necesarios, en caso de ser solicitados por la Coordinación Editorial.

Se considerarán autores sólo quienes hayan contribuido intelectualmente con el desarrollo del trabajo, es decir quienes hayan participado:

1- En la concepción y realización del trabajo que resulta en el artículo en cuestión;

2- En la redacción y revisiones del texto;

3- En la redacción final presentada para publicación. En la sección de agradecimientos, al final del artículo podrán incluirse:

a) Las colaboraciones que deben ser reconocidas pero que no justifican la autoría, tales como el apoyo general del jefe de Servicio, Sala o Unidad;

b) La ayuda técnica recibida;

c) El agradecimiento por el apoyo financiero y material, especificando la índole del mismo;

d) Las personas que colaboraron intelectualmente pero cuya participación no justifica la autoría. Pueden ser citadas por su nombre, añadiendo su función o tipo de colaboración. Por ejemplo, "asesor científico", "revisión crítica de la propuesta para el estudio", "recolección de datos", "participación en el ensayo clínico".

CONDICIONES PARTICULARES PARA CADA SECCIÓN

EDITORIAL

Espacio de reflexión y opinión del cuerpo de editores y/o de autores invitados, sobre cuestiones referentes a los trayectos formativos del Hospital como centro de referencia para la pediatría. Incluye diferentes aportes sobre

temas o problemas de actualidad. Tendrán una extensión máxima de 1300 palabras (excluyendo las referencias). Las citas bibliográficas no deberán superar las diez (10).

ARTÍCULOS ORIGINALES

Aquí se incluyen resultados de investigaciones originales sujetas a un diseño específico tales como: estudios clínicos aleatorizados, de cohortes, caso-control, transversal, evaluaciones epidemiológicas, estudios observacionales y revisiones sistemáticas.

Al inicio de cada trabajo se incluirán los resúmenes y las palabras clave, tanto en español como en inglés. La extensión del resumen deberá ser de hasta 300 palabras, y deberá estructurarse de la siguiente manera: Introducción, Material y Métodos, Resultados y Conclusión. Las palabras clave deberán figurar al pie de cada resumen, siendo su número máximo cinco (5). Se deberán utilizar los términos que aparecen en el Medical Subject Headings, MeSH, (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) o los Descriptores en Ciencias de la Salud, DeCS (<http://decs.bvs.br/E/ho-mepagee.htm>).

El texto deberá respetar la siguiente secuencia: Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión, Conclusión y Bibliografía. La extensión máxima del texto no deberá exceder de 3000 palabras (sin incluir el resumen, las tablas y la bibliografía). Se recomienda un número mínimo de veinte (20) citas bibliográficas actualizadas (menos de 10 años).

Introducción: Deberá incluir los antecedentes que fundamenten el estudio y los objetivos del trabajo.

Material y Métodos: Deberá incluir el diseño del estudio, la selección de la muestra y pacientes e identificación de los métodos, equipo y procedimientos con suficiente detalle como para permitir su reproducción. Deberá señalarse los procedimientos éticos seguidos, indicar si se ha utilizado un consentimiento informado y si el protocolo fue aprobado por el CIRPI o por el Comité de Ética institucional que corresponda. Si se trata de un estudio de una intervención (medicación nueva, placebo, etc.) deberán mencionarse los fármacos y productos químicos utilizados, incluyendo sus nombres genéricos, dosis y vías de administración. Los procedimientos matemáticos y los métodos estadísticos deberán describirse en detalle. **Resultados:** Se presentarán siguiendo una secuencia lógica, tanto en el texto como en los cuadros y figuras. Los datos consignados en los cuadros y figuras no deberán repetirse en el texto; aquí solo se comentarán o re-

sumirán las observaciones más importantes. El número máximo de cuadros y figuras (entre ambos) es de cinco (5). **Discusión:** En esta sección se resaltarán los aspectos más novedosos e importantes del estudio. Los datos presentados en la sección de resultados deberán comentar se en forma resumida y compararse con los hallazgos de estudios similares.

Conclusiones: Deberán evitarse afirmaciones y conclusiones no fundamentadas por los resultados de la investigación que se presenta.

CASOS CLÍNICOS

Se refiere a la presentación de pacientes o serie de pacientes con una enfermedad inusual o con un cuadro clínico poco frecuente, cuya descripción tenga importancia en la práctica pediátrica o de la salud materno-infantil.

Resumen: en castellano y en inglés, con una extensión máxima de 150 palabras. No es necesario que sea estructurado. Deberá incluir palabras clave (hasta cinco).

Relato: deberá tener una extensión máxima de 1400 palabras de texto (excluyendo resúmenes, bibliografía y tablas o figuras), con no más de cuatro (4) ilustraciones (tablas, gráficos o fotografías). Deberá contar con una breve introducción que destaque la importancia del tema, señalando las experiencias similares publicadas. Luego se deberá describir la observación o el cuadro clínico del paciente y finalmente se realizará una discusión o comentario.

Bibliografía: Se recomienda un mínimo de diez (10) citas

REFLEXIONES SOBRE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Descripción, revisión crítica y análisis, sobre diversas experiencias de trabajo llevadas adelante por grupos de profesionales de una misma disciplina o de manera interdisciplinaria, con presentación de resultados. No es necesario que incluya un resumen, la extensión máxima deberá ser de 1500 palabras. Puede incluir citas bibliográficas.

ARTÍCULOS DE ACTUALIZACIÓN

Comprenden una amplia y completa revisión acerca de un tema de importancia incluyendo principalmente los avances de los últimos años. La estructura deberá incluir: **Resumen:** En español y en inglés, con una extensión máxima de 150 palabras. No es necesario que sea estructurado. Deben incluir palabras clave (hasta cinco).

Texto: debe incluir una introducción, el desarrollo de los

diferentes aspectos del tema y si es pertinente, incluir un apartado de discusión o comentarios de relevancia. El texto deberá tener una extensión máxima de 2700 palabras (excluyendo resúmenes, bibliografía y tablas o figuras). Cuando se justifique, quedará a criterio de los editores aceptar una mayor extensión.

Bibliografía: deberá ser lo más completa y actualizada posible, sin límite establecido para el número de referencias, siempre que las que se incluyan sean realmente importantes para quien quiera ampliar los conocimientos sobre el tema o acercarse a la experiencia de otros autores y, asimismo, que su búsqueda sea accesible.

GUÍAS DE PRÁCTICA INSTITUCIONAL, CLÍNICA O DE PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS

Se orientarán a brindar una actualización del conocimiento de temas específicos, con especial interés en aspectos diagnósticos, terapéuticos o normas de procedimientos de la práctica diaria. El manuscrito deberá tener una extensión que no supere las 3500 palabras. La estructura del manuscrito deberá incluir:

Resumen: debe destacar aspectos relevantes del documento, con una extensión no mayor a 150 palabras, en castellano e inglés. Deberán incluir hasta 5 (cinco) palabras clave.

Introducción: debe incluir los fundamentos que motivaron el documento.

Descripción de la metodología: incluye las recomendaciones señaladas en forma clara y precisa.

Discusión: destaca aspectos relevantes y puede incluir sugerencias para la implementación de la guía.

Bibliografía: deberá incluir los artículos más relevantes del tema tratado.

COLUMNA DE RESIDENTES

Comunicación de experiencias de las diversas unidades de residencia que funcionan en el Hospital. Son aplicables las mismas de la sección de Cartas al Editor.

ARTÍCULOS ESPECIALES

Espacio reservado para trabajos de interés en pediatría y/o salud materno- infantil que no se puedan incluir en las demás secciones, como informes de comisiones y grupos de trabajo del Hospital. Son aplicables las mismas normas que la sección de Cartas al Editor. Introducción: debe incluir los fundamentos que motivaron el documento.

Descripción de la metodología: incluye las recomendaciones señaladas en forma clara y precisa.

Discusión: destaca aspectos relevantes y puede incluir sugerencias para la implementación de la guía.

Bibliografía: deberá incluir los artículos más relevantes del tema tratado.

CARTAS AL EDITOR

Se admitirán para la discusión de trabajos publicados y la aportación de observaciones o experiencias que por sus características puedan ser resumidas en un breve texto. La extensión máxima será de 750 palabras, el número de citas bibliográficas no deberá superar las diez (10). Se admitirá hasta una tabla y una figura.

COLUMNA DE ENFERMERÍA

Presentación de acciones específicas del Departamento de Enfermería. Comunicación de actividades científicas y/o docentes. Son aplicables las mismas normas de la sección de Cartas al Editor.

Entre todos lo hacemos posible



FUNDACIÓN LUDOVICA
Fundación Hospital de Niños de La Plata



Teléfono: (0221) 451-8240. Dirección: calle 14 # 1577 (entre 64 y 65). La Plata.



fundacionludovica.org.ar



Fundación Ludovica