

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



A P H N



150 años
H N R G

**HOSPITAL DE NIÑOS
RICARDO GUTIÉRREZ**

- ♦ **150º Aniversario del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez**
- ♦ **Reseña histórica de los Consultorios Externos del Hospital General de Niños "Ricardo Gutiérrez": 1875-1917**
- ♦ **El desafío de diagnosticar tuberculosis abdominal**
- ♦ **Empiema extradural por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente con puerta de entrada nasal**
- ♦ **In memoriam / Historia Clínica / Ateneo / Adolescencia / Seguridad del paciente / Relatos históricos / Noticias / Noticiero Farmacológico / Doctor, ¿tiene cinco minutos? / Comentario de libros**

www.profesionaleshnr.org.ar/ojs

Verano 2025; Volumen 67 Número 299: 422-535 ♦ ISSN 0521-517X
email: comite.editorial.hnrg@gmail.com



Consejo de Publicaciones / Publication Council

Director del Consejo de Publicaciones / Director of the Publication Department

Dr. Freilij, Héctor (Consultor Servicio de Parasitología y Chagas del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Editor en Jefe / Chief Editor

Dr. Capurro, Oscar Andrés (Miembro Honorario Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Sociedad Argentina de Pediatría, Buenos Aires, Argentina)

Editores Responsables / Responsible Editors

Dr. Fiorentino, Jorge (Jefe Departamento Urgencia Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

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

Secretaria / Secretary

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

Editores Asociados / Associate Editors

Dr. Almada, Ariel (Proyecto Corporativo de Telemedicina en Swiss Medical, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Arias López, María del Pilar (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Baleani, Silvia (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Ballerini, María Gabriela (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Bologna, Viviana (Farmacéutica Honoraria. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Cardoso, Patricia (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Administración Nacional de Medicamentos Alimentos y Tecnología, Buenos Aires, Argentina)

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

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

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

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

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

Dra. Guenzatti, Cecilia (Comité de Docencia e Investigación del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Arg.)

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

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

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

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

Dra. Soto Conti, Constanza Paola (Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Szulman, Gabriela (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Tonietti, Miriam (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Sociedad Argentina de Pediatría, Buenos Aires, Argentina)

Bioquímica Turco, Marisa (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Viola, Bettina (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Viola, Paola (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Comité Científico Nacional / National Scientific Committee

Dra. Badía, Isabel (Profesora Consulta Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez; Asociación Argentina para el Estudio de Enfermedades Hepáticas, Buenos Aires, Argentina)

Dra. César, Marta (Sociedad Argentina de Pediatría, Buenos Aires, Argentina)

Dr. Cuervo, José Luis (Jefe de Unidad de Cirugía Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Devoto, Susana (Directora de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Ministerio de Salud de la Nación Argentina)

Dr. Ellis, Alejandro (Profesor Asociado de Pediatría de Centro de Educación Médica e Investigación Clínica. Hospital Universitario, Buenos Aires, Argentina)

Dr. Finvarb, Gustavo (Asociación de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Asociación Psicoanalítica Argentina, Asociación Internacional de Psicoanálisis, Argentina)

Lic. Fontán, Marcelino (Licenciado en Ciencias Antropológicas Profesor Titular de Antropología de la Salud, Universidad Nacional de José C. Paz, Provincia de Buenos Aires, Argentina)

Dra. Gentile, Ángela (Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Pediatría, Jefa de la División Promoción y Protección de la Salud Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

Dr. Grandi, Carlos (Médico Pediatra Epidemiólogo. Jefe de la Sección Epidemiología de la División Neonatología del Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá. Miembro de la Comisión Directiva de NEOCOSUR. Miembro de la Comisión de Investigación de la Sociedad Argentina de Pediatría, Argentina)

Dra. Lapacó, Michelle (Comité de Honor Sociedad Argentina de Pediatría, Buenos Aires, Argentina)

Dra. Luthy, Viviana (Jefa del Departamento de Entrenamiento y Apoyo Logístico del Sistema de Atención Médica de Emergencias, Buenos Aires, Argentina)

Dr. Marcó del Pont, José Ignacio (Sociedad Argentina de Pediatría -Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica, Buenos Aires, Argentina)

Lic. Wajnbusch, Silvia (Directora de la Biblioteca Virtual de Psicoanálisis Buenos Aires, Argentina)

La REVISTA del HOSPITAL DE NIÑOS de BUENOS AIRES tiene como objetivo difundir el arte y la ciencia de la salud pediátrica. Dedicada a hacer visible la producción científica de la comunidad a la que pertenece y abierta a la recepción de investigaciones de diversas disciplinas, fue fundada en 1897 y es una de las primeras revistas editadas en el área pediátrica a nivel mundial y la primera en Latinoamérica. Desde entonces mantiene un espíritu vivo, a través de la publicación cuatrimestral ininterrumpida, con notable impacto nacional e internacional. Ha sido declarada de Interés Legislativo por la Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires.

La correspondencia debe ser dirigida a nombre del Director, Gallo 1330 (1425), teléfono 54911-51037090 Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina. Email: comite.editorial.hnrg@gmail.com

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 51.748.

Comité Científico Internacional / International Scientific Committee

Dra. Fraga, María Victoria (fte Children's Hospital of Philadelphia, Division of Neonatology, Philadelphia, PA 19104 United States)

Dr. García Guerra, Gonzalo (Stollery Children's Hospital and University of Alberta Clinic Health Academy Edmonton, Alberta, Canada)

Dra. González Corcía, María Cecilia (MD, Consultant in Paediatric Heart Center Cardiology and Electrophysiology Free University of Antwerp, Brussels Belgium)

Dra. Groisman, Adriana (Assistant Director of Pediatric Ambulatory Care Albert Einstein College of Medicine NY, United States)

Dr. Kupferman, Juan (MD, MPH, Profesor de Pediatría, Albert Einstein College of Medicine, Director, Division de Nefrología e Hipertensión, Maimonides Medical Center, NY, United States of America)

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

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

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

Dr. Penchaszadeh, Víctor (Master of Science in Public Health, School of Higiene and Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, United States)

Dr. Perelstein, Eduardo (MD, MPH, Director of the Division of Pediatric Nephrology in the Department of Pediatrics, Weill Cornell Medical College)

Dr. Teper, Ariel (Senior Director Clinical Research, NY United States)

Departamento de Traducciones / Translation Department
Lic. Guadalupe Uviedo y Marina Uviedo (Traductoras Públicas Nacionales, Argentina)

Corrección de Estilo / Proofreaders

Dra. Capdevielle, Ana (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina)

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

Diagramador página web / Website designer

Sr. Lazarte, Hugo (Diseñador web, Argentina)

Comisión Directiva de la Asociación de Profesionales del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"

Período 2024-2026

Board of Directors of the Association for the Scientific and Technical Development of the Professionals of the Buenos Aires "Ricardo Gutiérrez" Children's Hospital

Presidenta: Lic. Adriana J. Copiz

Secretaria: Lic. Mónica García Barthe

Tesorera: Farm. María del Carmen Gutiérrez

Vocales titulares:

Dra. Valeria Alonso, Dra. Laura Gaete, Dra. Mónica Garea, Lic. Eliana Cecotti Chaves, Dra. Sandra Fiorini, Lic. Daniela Kaplan, Lic. Cecilia Scaglia, Dr. Hernán Sanguinetti

Vocales suplentes:

Kga. Mariana Céliz Alonso, Lic. Karina Anatrella, Dr. Manuel Bilkis

Organo de Fiscalización:

Titulares: Bq. Nancy Orlando, Biol. Adriana Boywitt

Suplente: Dra. Claudia Berrondo

Esta publicación es propiedad de la Asociación Civil para el Desarrollo Científico y Técnico de los Profesionales del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"

Los artículos, notas y comentarios firmados sólo comprometen la responsabilidad de los respectivos autores.

Todo el contenido que se publica en la Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires está bajo una Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional (CC-BY-NC-ND 4.0)



La Revista del Hospital de Niños se encuentra indizada en LILACS, el Catálogo de Latindex 2.0 (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal), DOAJ (Directory of Open Access Journals), la Base de datos Malena (CAYCIT-CONICET) y la Biblioteca Virtual de Salud en Pediatría,



Índice

426 Editorial / Editorial

150º Aniversario del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez / 150th Anniversary of the Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Pablo Neira

429 Artículo especial / Special article

Reseña histórica de los Consultorios Externos del Hospital General de Niños "Ricardo Gutiérrez": 1875-1917 / Historical review of the Outpatient Clinics of the "Ricardo Gutiérrez" General Children's Hospital: 1875-1917

Julián Battolla

442 A propósito de un caso / Case report

El desafío de diagnosticar tuberculosis abdominal / The challenge of diagnosing abdominal tuberculosis

Barbara Cosentino, Diego Pombo, Agustina Zwirner, Natalia González

452 Empiema extradural por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente con puerta de entrada nasal / Extradural empyema due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* with nasal portal of entry

Josefina Pontarolo, Constanza Belén Peirano, Sabrina Schiavino

Secciones / Sections

460 In memoriam

Dra. Marta Eugenia Braschi

Compañeros de la Unidad de Toxicología

Dra. Marta Russman

Maria Del Carmen Torres Tobio

462 Historia clínica / Medical record

Sección a cargo de Elizabeth Sapia y Julia Dvorskin

Agustina Barbuto, Melanie Bresca, Cynthia Slaifstein

470 Ateneo / Athenaeum

Sección a cargo de Daiana Córdoba, Camila Pereyra y Cecilia Guenzatti (CODEI)

Agustina Barbuto, María Florencia Castelli, Daiana Córdoba, Rocío Yvañez, Cecilia Guenzatti

477 Adolescencia / Adolescence

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

Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia: una política pública exitosa para garantizar los derechos de la adolescencia / National Plan for the Prevention of Unintended Pregnancy in Adolescents: a successful public policy ensuring adolescent rights

Silvia Oizerovich, Gabriela Perrotta

485 Seguridad del paciente / Patient safety

Sección a cargo del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente

De espectadores a aliados: el rol de la familia en la reanimación pediátrica segura / *From bystanders to allies: the role of the family in safe pediatric resuscitation*

Mónica Garea, Miriam Peralta

493 Relatos históricos / Historical stories

Sección a cargo de Domingo Cialzeta, Mónica García Barthe y Viviana Bologna

La Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires y el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez / *The Academia Nacional de Medicina of Buenos Aires and the Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*

Jorge A. Fiorentino, Pablo Neira

501 Noticias / News

Sección a cargo de Paola Viola y Sandra Sagradini

511 Noticiero Farmacológico / Pharmacological news

Sección a cargo de Patricia Cardoso y Raúl Plager

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

Sección a cargo de Miriam Tonietti y Bettina Viola

524 Comentario de libros / Book reviews

Sección a cargo de Mónica García Barthe

525 Indices generales del volumen 67



**HOSPITAL DE NIÑOS
RICARDO GUTIÉRREZ**

Editorial

150º Aniversario del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

150th Anniversary of the Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Pablo Neira^a

Este año nuestro querido Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez cumplió 150 años. Un siglo y medio ininterrumpido de compromiso con la salud infantil, con la ciencia, la docencia y por encima de todo, con el cuidado, la esperanza y la dignidad de miles de familias que a lo largo del tiempo encontraron aquí contención, respuestas y humanidad.

Desde su fundación en 1875, "el Niños" se transformó en un símbolo de la medicina pediátrica argentina y latinoamericana. Fue pionero en innumerables áreas del conocimiento, testigo privilegiado de los grandes avances científicos y tecnológicos y formador de generaciones de profesionales cuya vocación trascendió fronteras.

Pero detrás de cada logro hay historias humanas. Médicos, farmacéuticos, bioquímicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, kinesiólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, técnicos, investigadores, administrativos, docentes hospitalarios, voluntarias y todos los integrantes del equipo de salud que día tras día sostienen a esta institución con su esfuerzo silencioso, su calidez y su compromiso. Ellos encarnan, desde hace 150 años, los mismos valores: la ciencia al servicio de los niños, la ética, la solidaridad y la búsqueda incansable de una atención cada vez mejor.

A lo largo de este año, cada rincón del hospital se llenó de historia, emoción y futuro. Desplegamos una serie de actividades que buscaron honrar nuestro legado y, al mismo tiempo, proyectarnos hacia los desafíos que vienen.



El 30 de abril celebramos un acto institucional cargado de memoria afectiva, donde evocamos nuestros orígenes y rendimos homenaje a figuras fundamentales del hospital. Desarrollamos jornadas científicas y académicas que reunieron a especialistas de diversas disciplinas, así como a invitados del exterior que se formaron en nuestra residencia, para reflexionar sobre la innovación en pediatría y el rol de los hospitales públicos en el mundo actual.



a. Director del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Se sumaron las prejornadas de Infectología, Neurodesarrollo e Inmunizaciones. En noviembre, realizamos las segundas jornadas interhospitalarias junto al Hospital Debilio Blanco Villegas de Tandil y llevamos adelante también las primeras jornadas de enfermería.

Abrimos nuestras puertas a la comunidad con exposi-



ciones históricas, muestras fotográficas y actividades culturales que revisitaron nuestro pasado y homenajearon a quienes hicieron del "Niños" una institución referente. La Noche de Tango, con el emotivo homenaje a Aníbal Troilo -bautizado en nuestra capilla en 1916- fue uno de los momentos más recordados, con la participación de un ensamble de cuerdas, nuestro coro y el maestro Walter Ríos interpretando al gran Pichuco con uno de sus bandoneones.

No debemos olvidar la labor de la Asociación Cooperadora, que organizó la Gala del Teatro Colón y el Concierto de Abel Pintos en el Palacio Libertad (Ex CCK) y que siempre está dispuesta a colaborar con aquello que los pacientes y sus familias necesitan.



Invitamos también a pacientes, familias y trabajadores a escribir cartas en un buzón especialmente creado para compartir experiencias y recuerdos. Esas voces, llenas de emoción genuina, hoy se exhiben en los pasillos del hospital, convirtiéndose en un testimonio vivo de lo que representamos para la comunidad.



La exposición fotográfica realizada por Silvia Baileani con la colaboración de Fernando Retazzini permitió retratar a todo nuestro personal, dejando un registro per-

durable de este año tan significativo.

Además, organizamos visitas guiadas mensuales por distintos sectores del hospital, con la participación de Voluntarias, Farmacia, Urgencias, Salud Mental y Hemoterapia. Participamos también de la Noche de los Museos, con muestras en la capilla, la histórica biblioteca -hoy sede de la Dirección-, recorridos guiados y conciertos que llenaron de música un espacio que es parte de la identidad del hospital.



a. Director del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Correspondencia: pabloneiramoreno@gmail.com

Hoy celebramos nuestra historia mirando hacia adelante. Los desafíos son grandes: los avances científicos, las nuevas tecnologías, las demandas sociales y las inequidades sanitarias nos exigen renovarnos sin perder la esencia que nos caracteriza.

Este aniversario no es un cierre, sino una oportunidad para reafirmar nuestra misión: garantizar el derecho a la salud de todos los niños, niñas y adolescentes, con excelencia, humanidad y equidad. A quienes fueron parte de esta historia y a quienes la construyen cada día, nuestro agradecimiento más profundo. A las familias que confían en nosotros, nuestro compromiso renovado. Porque el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez no es solo un edificio: es una comunidad, una tradición viva y una promesa de futuro.

Celebrar 150 años es honrar lo que fuimos, abrazar lo que somos y proyectar lo que queremos ser. Sigamos escribiendo juntos la próxima página de esta historia, con la misma pasión, responsabilidad y esperanza que nos trajeron hasta aquí.

Feliz aniversario, querido Hospital de Niños.

Forma de citar: Neira, P. 150º Aniversario del
Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez
Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2025; 67 (299):426-428

Premios Revista Hospital de Niños a la producción científica 2024

Primer premio

Vigilancia de enfermedades invasivas por Streptococcus pyogenes en la población infantil de la Ciudad de Buenos Aires

Yasmin El Ahmed, Mónica Valenzuela, Cristián Biscayart, Cecilia González Lebrero

(Rev Vol 66 N° 293, año 2024)

Premio Accésit

Perfil lipídico en pediatría. ¿Por qué, cuándo y cómo?

Carolina Bignone, Eugenia Osinde, Agustina Nosetti, Fabián Rapoport

(Rev Vol 66 N° 294, año 2024)

a. Director del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Correspondencia: pabloneiramoreno@gmail.com

Artículo especial

Reseña histórica de los Consultorios Externos del Hospital General de Niños "Ricardo Gutiérrez": 1875-1917

Historical review of the Outpatient Clinics of the "Ricardo Gutiérrez" General Children's Hospital: 1875-1917

Julián Battolla^a

Resumen

Entre 1875 y 1917, los Consultorios Externos del Hospital General de Niños "Ricardo Gutiérrez" atravesaron un proceso de notable expansión, en paralelo al desarrollo institucional del hospital en sus tres sedes. La creciente demanda asistencial favoreció la incorporación progresiva de especialidades médicas, la consolidación de la atención ambulatoria gratuita y, finalmente, la construcción de un pabellón específico inaugurado en 1917. Este proceso marcó un punto de inflexión que jerarquizó la atención ambulatoria, consolidó su valor dentro de la estructura hospitalaria y fue un modelo pionero, de creciente complejidad, que posicionó al Hospital como centro formador y asistencial de referencia con una vocación histórica de cuidado hacia la infancia más vulnerable.

Palabras clave: Atención ambulatoria, Historia de la pediatría, Organizaciones de beneficencia, Historia de la medicina.

Abstract

Between 1875 and 1917, the outpatient clinics of the Ricardo Gutiérrez General Children's Hospital underwent a significant expansion, paralleling the institutional development of the hospital at its three locations. The growing demand for care led to the gradual incorporation of medical specialties, the consolidation of free outpatient care, and, finally, the construction of a dedicated pavilion, inaugurated in 1917. This process marked a turning point that prioritized outpatient care, consolidated its value within the hospital structure, and was a pioneering model of increasing complexity that positioned the hospital as a leading training and care center with a long-standing commitment to caring for the most vulnerable children.

Key words: Outpatient clinics, History of pediatrics, Charities, History of medicine.

Un recorrido por las tres sedes

Los inicios del Hospital de Niños se remontan a 1875; se crea ante la necesidad de dar una respuesta a la falta de una institución que se ocupara de la infancia enferma y vulnerable que habitaba en Buenos Aires y sus alrededores. Hasta ese momento, pocas ciudades del mundo contaban con un hospital con esas características. El Hospital de Niños tuvo tres sedes, la primera de ellas, una casa ubicada en la calle Victoria 1179 (actualmente Hipólito Yrigoyen 3420) en el apartado y cuasi rural barrio de Almagro.

a. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Consultorios Externos Matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad, HNRG. ORCID: 0009-0003-0160-6135

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Correspondencia: jbattolla@yahoo.com.ar

Su inauguración fue el viernes 30 de abril de 1875 a las 16 h. La fecha programada originalmente era el 29 de abril, pero se vio suspendida por una lluvia torrencial que azotó a Buenos Aires e hizo inaccesible transitar por sus calles. La propiedad estaba alquilada por la Sociedad de Beneficencia y había sido utilizada previamente como asilo de pupilas. Era muy espaciosa y tenía una sala de curaciones, baños y sala para enfermos contagiosos.^{1,2} Posteriormente se fueron agregando dos salones, construcciones hechas de madera, con capacidad para 20 pacientes en cada uno. Inmediatamente se ocuparon todas las camas, quedando en evidencia la necesidad de un Hospital de Niños más amplio.³

Los registros acerca de su funcionamiento son escasos; inicialmente el equipo de profesionales honorarios que atendía estaba conformado por los Dres. Rafael Herrera Vega, Ricardo Gutiérrez y el practicante José María Ramos Mejía, a los que se sumaron los Dres. Ignacio Pirovano y José María Cuenca. La Dirección del Hospital estuvo a cargo del Dr. Herrera Vega y a los pocos meses fue reemplazado por el Dr. Ricardo Gutiérrez quien regresaba de realizar una especialización en Europa.^{1,4}

Ante el aumento considerable de las consultas, el difícil acceso para los pacientes, principalmente los días de lluvia, y los olores por la cercanía de un vaciadero de basura, se hizo necesario un cambio de sede, más grande y mejor ubicada. El 22 de marzo de 1876, sin haber cumplido un año, se trasladó a la calle Arenales 1462, en el barrio de Recoleta.^{1,5} Era una casa grande, de dos plantas. El equipo de profesionales inicialmente estaba conformado por los Dres. Rafael Herrera Vega, Ricardo Gutiérrez e Ignacio Pirovano y el practicante José Manuel Jorge; estos dos últimos a cargo de los consultorios externos.

Unos meses antes de su inauguración, el Dr. Ricardo Gutiérrez había presentado a la Sociedad de Beneficencia el reglamento que regularía la actividad del Hospital, en la que dejaba asentado que sólo se atenderían, de forma separada, varones de 2 a 12 años y mujeres hasta los 14 años, además sus puertas se abrirían a la salida del sol y se cerrarían a las 21 h en invierno y a las 22 h en verano. Los menores de 2 años podían internarse si estaban sin lactancia natural o si la madre o nodriza se comprometían a concurrir al Hospital a amamantarlos en el horario que los médicos indicaran. Sólo se internaban pacientes con certificado de pobreza y con una condición aguda que lo requiriera, (excepto que a criterio del médico existieran otras razones). Respecto a las consultas ambulatorias, no era necesario tener un certificado de pobreza y se atendían los pacientes con condiciones crónicas.¹

a. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Consultorios Externos Matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad, HNRG. ORCID: 0009-0003-0160-6135

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Correspondencia: jbattolla@yahoo.com.ar

Al año de haberse inaugurado, en 1877, fueron asistidos en los consultorios externos 4396 pacientes. La alta demanda de la atención ambulatoria movilizó a la Sociedad de Beneficencia para conseguir fondos y así comprar en 1880 dos casas aledañas para la construcción de los consultorios externos. Gracias a esta ampliación y a la colaboración desinteresada de profesionales especializados, se incorporaron nuevos servicios de atención para afecciones internas (Dr. Carlos Castro y Sundblad), enfermedades de la piel (Dr. Baldomero Sommer), afecciones del oído, garganta y nariz (Dr. Jilau R. Pujol), de la vista (Dr. Vicente López Cabañillas), cirugía (Dr. Adalberto Ramaugé) y un consultorio de electroterapia (Dr. Antonio Arraga). Todos los médicos de la casa dedicaban una hora diaria para consultas externas.⁶ A comienzos de 1894 se estableció definitivamente la atención gratuita de estos consultorios externos, en una ubicación independiente de las salas de internación.¹

A medida que pasaban los años las internaciones y las consultas ambulatorias iban en aumento; los motivos de atención eran principalmente enfermedades infectocontagiosas respiratorias y gastrointestinales. Gran parte de la población atendida estaba constituida por inmigrantes que llegaban en barcos luego de largas travesías en condiciones penosas. Esta sede, que era una casa remodelada -originalmente no pensada como un hospital- presentaba muchas limitaciones, principalmente pocos espacios y mal distribuidos.¹

Esta situación quedó en evidencia en 1886, ante una nueva epidemia de cólera, que había ingresado por el puerto de Buenos Aires y luego se extendió a todo el país. Los pacientes eran atendidos en el patio a fin de evitar contagios, hasta que finalmente se cerraron los consultorios por decisión del director de la Asistencia Pública.⁵ Poco después, el 9 de abril de 1886, el Dr. Ricardo Gutiérrez escribió una carta al Consejo de la Sociedad de Beneficencia planteando la necesidad de construir un hospital con mayor capacidad y diseñado acorde a las necesidades de la población.^{1,2}

El 6 de febrero de 1890, la Sociedad de Beneficencia adquirió por \$ m/n 470 000 el terreno de la calle Gallo del 904 al 1016 para la construcción del nuevo Hospital de Niños que quedaba delimitado por las calles Gallo, Soler, Bollini y Charcas, con una superficie de 35 000 varas cuadradas.⁶ En 1892 se creó una comisión para la construcción del nuevo Hospital de Niños, presidida por el Sr. Emilio Castro, como secretario el Ing. Rafael Aranda, y como vocales los Dres. Ricardo Gutiérrez, Antonio Arraga, Alejandro Castro y el Ing. Carlos Nyströmer.^{3,4}

a. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Consultorios Externos Matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad, HNRG. ORCID: 0009-0003-0160-6135

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Correspondencia: jbattolla@yahoo.com.ar

El diseño y la construcción estuvieron a cargo del reconocido Arq. Alejandro Christophersen, de nacionalidad noruega y nacido en Cádiz. La construcción comenzó en 1893, un mes antes de la colocación y bendición de la piedra fundamental el 22 de noviembre del mismo año por el Arzobispo de Buenos Aires, Monseñor Aneiros.⁶ Los fondos provenían de los aportes del Congreso Nacional, donaciones particulares y lo recaudado en los "Corsos de las Flores", evento anual de caridad organizado por la Sociedad de Beneficencia, que tenía lugar en el Parque 3 de febrero (Imagen 1) de donde provenía la mayor parte del dinero para el Hospital de Niños.

A mediados de 1894 ya se encontraban terminados el pabellón de medicina, el de cirugía, una sala de autopsias, un depósito fúnebre, la cocina y el lavadero, estos dos últimos con sus correspondientes dependencias. Lamentablemente el Dr. Ricardo Gutiérrez, quien fuera durante 20 años su director, no pudo ver concretado su tan anhelado Hospital, ya que falleció unos meses antes de la inauguración, el 24 de septiembre de 1896.^{1,4}

La inauguración fue el 29 de noviembre de 1896 ante la presencia de importantes autoridades y personalidades de la sociedad porteña. Fue nombrado Director el Dr. Antonio Arraga, discípulo y cuñado del Dr. Ricardo Gutiérrez. El Hospital constaba inicialmente de un edificio central y 2 pabellones, el de Cirugía "Dr. Ignacio Pirovano" y el de Clínica "Dr. Ricardo Gutiérrez" (Imagen 2).¹

Imagen 1. "Corso de las Flores". Palco de la Comisión de Señoras, 1903.



Fuente: Archivo General de la Nación (inventario 20057).

Imagen 2. Vista exterior del Hospital de Niños. C.1920.



Fuente: Archivo General de la Nación (inventario 11537).

El edificio central o Pabellón de Administración, tenía en su planta baja, en ambos laterales, dos consultorios con sus respectivas salas de espera (Imagen 3).^{7,8} Los consultorios

a. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Consultorios Externos Matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad, HNRG. ORCID: 0009-0003-0160-6135

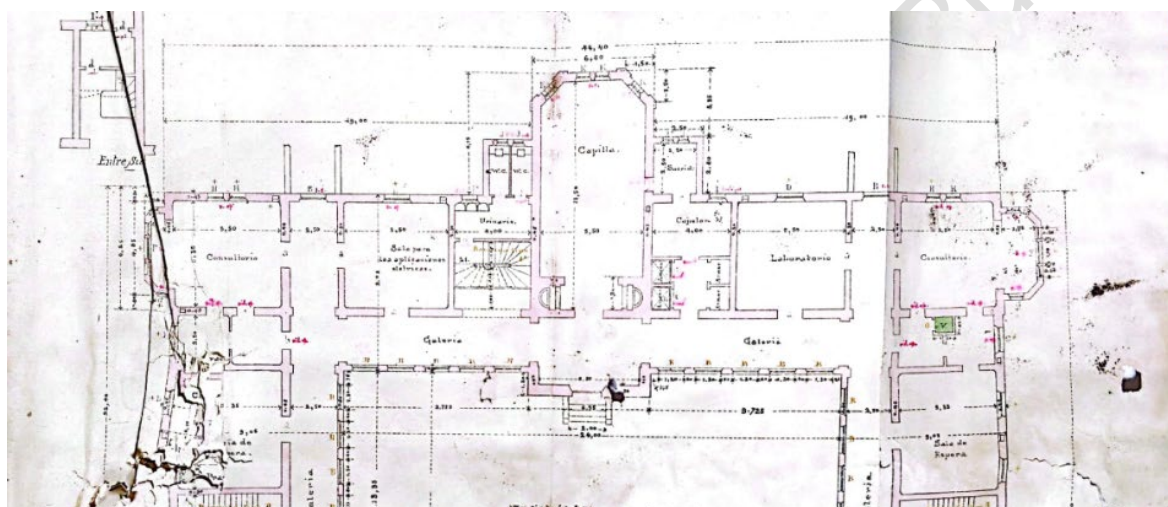
Conflicto de interés: ninguno que declarar

Correspondencia: jbattolla@yahoo.com.ar

del edificio principal eran de medicina, cirugía, nariz, oído y garganta, enfermedades de los ojos, de la piel, nerviosas, gastrointestinales, gota de leche, odontología y vacunas.

La atención ambulatoria estaba a cargo de los Dres. Carlos Castro y Sundblad, José Rivas Miguez, Juan José Díaz y José G. Rivas (Clínica Médica), Alejandro Castro y Máximo Castro (Clínica Quirúrgica), Francisco Barraza (Clínica Oftalmológica), Fernando Pérez y Juan Torrent (Clínica de enfermedades de oído, nariz y garganta), Manuel Bengolea y Pacífico Díaz (Clínica de enfermedades de la piel) y Juan A. Estévez (Clínica de electroterapia).¹

Imagen 3. Plano original (1893) del Pabellón de Administración.



Se puede apreciar a ambos extremos, cada consultorio externo con su correspondiente sala de espera.

Fuente: foto del autor del plano original, Biblioteca "Dr. Laureano Rivas Miguez", Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez.

En 1905 se produjo un ensanchamiento en los consultorios externos, para mejorar el espacio de atención y se incorporaron lavatorios y dispositivos a pedal para soluciones jabonosas y antisépticas (Imágenes 4 y 5).

En el marco de un programa de higienización, en 1906 se colocaron en las paredes de los consultorios externos azulejos con sus guardas correspondientes hasta el metro y cincuenta cm de altura.

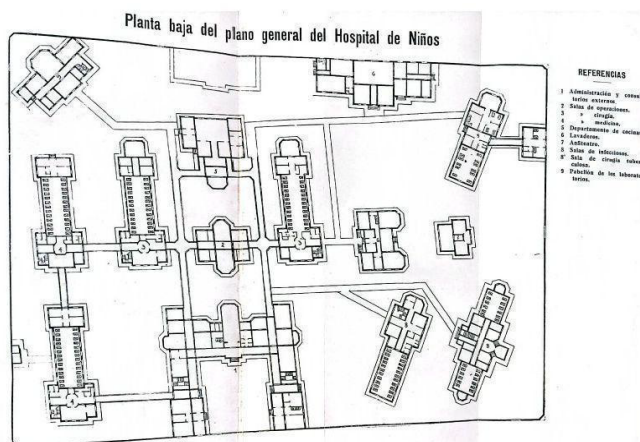
Se reemplazaron los robinetes por unos niquelados con sus correspondientes canillas y pedales, para mejorar su apariencia y evitar su corrosión.

a. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Consultorios Externos Matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad, HNRG. ORCID: 0009-0003-0160-6135

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Correspondencia: jbattolla@yahoo.com.ar

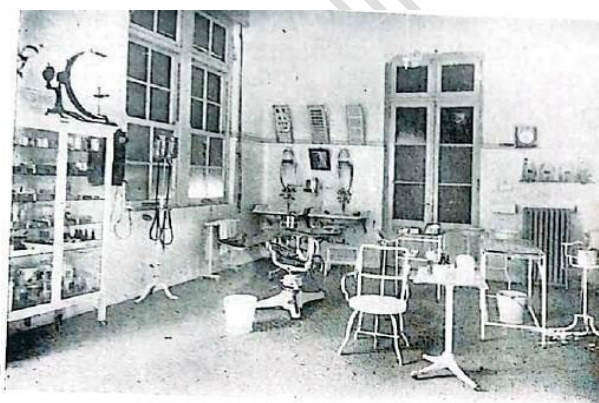
Imagen 4. Croquis de pabellón administrativo.



En este croquis se observa la ampliación de los consultorios externos ubicados en las alas laterales (c. 1910).

Fuente: Sociedad de Beneficencia de la Capital.

Imagen 5. Un consultorio externo ampliado (c. 1905).



Fuente: Sociedad de Beneficencia de la Capital.

Estadísticas de atención

A los pocos meses de la inauguración de la tercera sede del nuevo Hospital, en 1897, se publicó por primera vez la Revista del Hospital de Niños.³ El primer redactor en jefe fue el Dr. Antonio Arraga y fueron publicados en ella los registros de atención ambulatoria.

En 1897, 20 años antes de la inauguración del pabellón de consultorios externos, el número de consultas ambulatorias gratuitas fue de 31 280, que se fue acrecentando hacia fines de 1900 a 49 695. Este aumento, en palabras del Dr. Arraga se debe a "...la buena

a. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Consultorios Externos Matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad, HNRG. ORCID: 0009-0003-0160-6135

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Correspondencia: jbattolla@yahoo.com.ar

calidad de dichos servicios, prestados por distinguidos especialistas en los numerosos consultorios que tarde y mañana funcionan en el Establecimiento, han extendido la fama de este, y determinado la enorme afluencia de enfermos...". También reflexiona acerca de quienes utilizan los servicios del Hospital, aclarando que "...en esta inmensa masa de pacientes hay muchos que, por su posición social y pecuniaria, no deberían presentarse a reclamar los auxilios de la caridad como lo hacen, a pesar de las medidas por esta dirección para evitar estos abusos. A este respecto reputo muy acertada la resolución tomada últimamente de exigir certificado de pobreza a toda persona que demande ser atendida en los Establecimientos de la Sociedad".⁹

En 1899, el Dr. Arraga describió en una carta dirigida a la entonces presidenta de la Sociedad de Beneficencia, Doña Elena Van P. Sala, la ignorancia de las madres que realizaban consultas ambulatorias, definiendo como "criminal" que durante la época del destete hubiera tantas consultas por gastroenteritis, por lo que consideraba necesario incorporar a los programas de las escuelas, tanto públicas como privadas, conocimientos sobre higiene infantil. Durante esos años las afecciones gastrointestinales eran los principales motivos de consulta.¹⁰

Al comienzo del nuevo siglo se publicaron en la Revista del Hospital de Niños las estadísticas de atención ambulatoria de 1901 y describen a los consultorios externos de medicina como "...uno de los más concurridos, funciona mañana y tarde sin más solución de continuidad en el tiempo empleado, que el obligado por la fatiga de los facultativos a cuyo cargo se halla.

Dispone de un amplio departamento, provisto de todos los elementos necesarios para su buen desempeño." Para esa época los consultorios de medicina realizaron 7300 atenciones y los principales motivos de consulta fueron enteritis (1530), bronquitis (1402), gastroenteritis (610), coqueluche (460) y disentería (232), los problemas gastrointestinales persistían como el primer motivo de consulta ambulatoria.¹¹

Según los registros, en 1907 se realizaron 32 626 atenciones ambulatorias en los consultorios de medicina de los Dres. L. Rivas Miguez, C. Castro Sundblad, Abel Zubizarreta, Lidoro Belloc, Ramón Cucullu, Rogelio Fumasoli y Enrique Diana. Si sumamos las consultas realizadas en los consultorios de cirugía, vacunas, odontología, gota de leche, otorrinolaringología (ORL), oftalmología, enfermedades de la piel, nerviosas y gastrointestinales se alcanzó un total de 105 207 consultas ambulatorias.¹²

a. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Consultorios Externos Matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad, HNRG. ORCID: 0009-0003-0160-6135

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Correspondencia: jbattolla@yahoo.com.ar

En el lapso de 10 años, el número de consultas presentó un aumento mayor al 300% (31 280 en 1897 a 105 207 consultas en 1907). Ni la ampliación de los consultorios en 1905 logró resolver el gran problema de la falta de espacio ante el aumento de demanda. Tuvieron que pasar más de 20 años desde la inauguración de la tercera sede, para concretar la construcción del pabellón de consultorios externos.

Construcción del Pabellón de los Consultorios Externos

Uno de los grandes anhelos de la Sociedad de Beneficencia era la terminación del Hospital de Niños, y resolver el viejo problema de insuficiente capacidad de los consultorios externos. Es por esta razón que proyectaron la construcción de un pabellón independiente que permitiera prestar mejores y mayores servicios a todos los niños de familias con pocos recursos que necesitaran atención pediátrica ambulatoria gratuita.^{7,13}

En noviembre de 1915 el Honorable Congreso de la Nación, sancionó con unanimidad de votos la ley que concedía \$400 000 (m/n) de los recursos arbitrados por la ley de Hipódromos, para levantar el pabellón de los consultorios externos.

En palabras de la Presidenta de la Sociedad de Beneficencia, la Sra. Elena N. de Green: *"...Y debemos felicitarnos, de que haya quedado solucionado de una manera tan satisfactoria a la par que honrosa para la gestión de la Sociedad de Beneficencia, el viejo problema de capacidad insuficiente de los actuales consultorios externos, con las ventajas consiguientes a la nueva ubicación de esa dependencia, que impedirá el contacto de los enfermos comunes con los de carácter contagioso...". "los enormes beneficios que esta instalación reportará al hospital, desalojando de las galerías la grande y perjudicial aglomeración que se produce en estos consultorios, donde han concurrido alrededor de 30.000 niños, muchos de ellos varias veces del año..."*.^{7,13}

El 6 de mayo de 1916, en presencia del Director del Hospital, el Dr. Eliseo Ortiz (Imagen 6) tuvo lugar la colocación de la piedra fundamental del Pabellón de los Consultorios Externos sobre la calle Sánchez de Bustamante.

En el acto participaron importantes personalidades de la sociedad y política porteña. Los padrinos de la obra fueron el Dr. D. Benito Villanueva, presidente del H. Senado y del Jockey Club y la señora D. Elena Napp de Green, presidenta de la Sociedad de Beneficencia. La bendición de la piedra fundacional estuvo a cargo del Arzobispo de la Arquidiócesis, el Sr. Dr. D. Mariano Antonio Espinosa (Imagen 7).

a. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Consultorios Externos Matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad, HNRG. ORCID: 0009-0003-0160-6135

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Correspondencia: jbattolla@yahoo.com.ar

Imagen 6. Dr. Eliseo Ortiz, discurso y colocación piedra fundacional, 1916.



Fuente: Archivo General de la Nación (inventario 106527).

Imagen 7. Bendición de la piedra fundacional por el Arzobispo Mariano Antonio Espinosa, 1916.



Fuente: Archivo General de la Nación (inventario 176135).

Los planos y la dirección técnica de la obra también fueron realizados por el Arq. Alejandro Christophersen. En un año y pocos meses el pabellón quedó finalizado. Su inauguración

a. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Consultorios Externos Matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad, HNRG. ORCID: 0009-0003-0160-6135

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Correspondencia: jbattolla@yahoo.com.ar

fue el 18 de agosto de 1917 a las 3 p.m. La bendición de todas las dependencias del nuevo pabellón estuvo a cargo del Nuncio Apostólico Alberto Vasallo-Torregrossa (Imagen 8).^{7,14,15} Durante el discurso de la inauguración se describe la importancia de los consultorios externos en números de consultas "*...durante el año ppdo., se dieron 133.331 consultas y se practicaron curaciones a 29.364 niños y en el primer semestre del corriente año, se han dado 57.405 consultas.*"¹⁵ Su construcción fue realmente necesaria, el número creciente de consultas y las especializaciones hacían de suma urgencia su construcción.

Foto 8. Inauguración del nuevo pabellón consultorios externos, 1917.



Fuente: Archivo General de la Nación (inventario 11539).

El traslado de los consultorios externos al nuevo pabellón permitió aprovechar tres salas del edificio antiguo para dar independencia al Servicio de Especialidades (Oftalmología, ORL, Dermatología y Neurología) y poder internar allí a sus pacientes y evitar internarse en las salas de clínica médica. También se pudo destinar el uso de salas a la Dirección, Secretaría y Administración que hasta ese momento no tenían un espacio propio.

Otro gran avance fue destinar un espacio a la Biblioteca, creada y dirigida por el Dr. Laureano Rivas Miguez, subdirector del hospital en ese entonces, que contaba con 3000 libros y otras tantas revistas. La biblioteca cumplía también un espacio para conferencias, que se daban cada 15 días entre los meses de abril y noviembre de cada año.¹⁶

a. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Consultorios Externos Matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad, HNRG. ORCID: 0009-0003-0160-6135

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Correspondencia: jbattolla@yahoo.com.ar

El aumento de consultas de niños enfermos de primera infancia, principalmente con cuadros de gastroenteritis, por desconocimiento de sus cuidadoras sobre alimentación, en su mayoría durante la época del destete, y la necesidad de las madres y nodrizas de una búsqueda de consejos higiénicos dietéticos, hizo necesario sumar un nuevo consultorio de lactantes a los dos ya funcionando que estuvo a cargo de los Dres. Abel Zubizarreta, Horacio Amante, Caupolicán R. Castilla y César Parodi Nuñez.¹⁶

Este nuevo pabellón (Imágenes 9 y 10) permitió no sólo un aumento de la capacidad, sino también una mejor atención cumpliendo los preceptos de aislamiento de pacientes infectocontagiosos. Fueron creados los consultorios de: Difteria a cargo del Dr. Alfredo Larguía, Tuberculosis Quirúrgica a cargo del Dr. Andrés Copello, Tuberculosis a cargo de los Dres. Julio G. Fernández, Alfredo Casaubon y Florencio Bazán, Coqueluche a cargo del Dr. J. Leandro Parera, Sarampión, Escarlatina y un compartimento para casos de Guardia General y Afecciones de la Piel. La separación y categorización de los enfermos contagiosos se determinaba al ingreso del pabellón, en la portería. Una nueva pediatría ambulatoria se estaba gestando, con la aparición de especializaciones acorde a las necesidades de la época.^{1,17}

Imagen 9. Vista interior del Pabellón de Consultorios Externos



Fuente: Sociedad de Beneficencia de la Capital.

a. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Consultorios Externos Matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad, HNRG. ORCID: 0009-0003-0160-6135

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Correspondencia: jbattolla@yahoo.com.ar

Imagen 10. Vista exterior del Pabellón de Consultorios Externos.



Fuente: Sociedad de Beneficencia de la Capital.

Reflexión final

Durante el período 1875-1917, los Consultorios Externos se caracterizaron por un notable crecimiento de su infraestructura y por la incorporación de profesionales especializados. Esto marcó un punto de inflexión, jerarquizando la atención ambulatoria, consolidando su valor dentro de la estructura hospitalaria y representando un modelo pionero, de creciente complejidad, que posicionó al Hospital como centro formador y asistencial de referencia.

A 150 años de su fundación, este legado sigue vigente. Nos interpela a continuar promoviendo una atención pediátrica pública, accesible y humanizada, acorde a los desafíos actuales y en continuidad con su histórica vocación de cuidado hacia las infancias más vulnerables.

Bibliografía:

1. Sociedad de Beneficencia de la Capital. Hospital de Niños San Luis Gonzaga. En: Sociedad de Beneficencia de la Capital: su origen y su desenvolvimiento 1823-1923. II: dependencias. S. DE B. DE LA C. 1924: 97-121.
2. Vogliano O. Hospital de Niños, estampas y apuntes para su historia. Buenos Aires, Editorial Mac chino, 2^{da} edición 1995.
3. Cuculu LM. Diez capítulos en la cronología del Hospital de Niños. Rev Hosp Niños (B. Aires). 1972; 55:151-154.

a. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Consultorios Externos Matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad, HNRG. ORCID: 0009-0003-0160-6135

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Correspondencia: jbattolla@yahoo.com.ar

4. Proyecto de ley para dar nombre Ricardo Gutiérrez al Hospital de Niños. Documentos escritos. Instituciones de la Sociedad de Beneficencia y Asistencia Social (1823-1952). Legajo 110. Expediente 10.045. Archivo General de la Nación, Argentina.
5. Vogliano ORC. El "Hospital de Niños" en su etapa de la calle Arenales (1876-1896). *Rev Hosp Niños (B. Aires)* 1973;39:199-201.
6. De Lellis SM. El Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez". Buenos Aires Historia [Internet]. [citado 31 diciembre 2025]. Disponible en: <https://buenosaireshistoria.org/juntas/el-hospital-de-ninos-dr-ricardo-gutierrez/>
7. Hospital de Niños: Pedido y entrega de dinero por el Superior Gobierno. Documentos escritos. Instituciones de la Sociedad de Beneficencia y Asistencia Social (1823-1952). Legajo 104. Expediente 9365. Archivo General de la Nación, Argentina.
8. Plano original de la planta baja del Pabellón de Administración, Hospital de Niños, 1893. Firmado por el Arq. Alejandro Christophersen (Biblioteca "Dr. Laureano Rivas Miguez" del Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez).
9. Consultas gratuitas efectuadas en los Consultorios durante los años 1897, 1898, 1899 y 1900. *Revista del Hospital de Niños Año IV. Semestre II. Año 1900*: 285.
10. Arraga A. Carta a la Presidenta de la Sociedad de Beneficencia Doña Elena Van P. de Sala. *Revista del Hospital de Niños Año III. Semestre II. Año 1899*.
11. Consultorio externo de medicina. Movimientos durante el año 1901. *Revista del Hospital de Niños. Año 5, 2 semestre 1902*:351-352.
12. Consultorio externo de medicina. Movimientos durante el año 1907. *Revista del Hospital de Niños. Año XI, diciembre 1907*:110-113.
13. Memoria del Hospital de Niños (Gallo 1340) 1918. *Memorias de la Sociedad de Beneficencia de la Capital 1918*.
14. Colocación piedra fundamental e inauguración de los Consultorios Externos en el Hospital de Niños. Documentos escritos. Instituciones de la Sociedad de Beneficencia y Asistencia Social (1823-1952). Legajo 104. Archivo General de la Nación, Argentina.
15. Discurso inaugural pabellón Consultorios Externos 18.8.1917. Documentos escritos. Instituciones de la Sociedad de Beneficencia y Asistencia Social (1823-1952). Legajo 104. Archivo General de la Nación, Argentina.
16. Sociedad de Beneficencia de la Capital. Hospital de Niños San Luis Gonzaga. En: *Memorias de la Sociedad de Beneficencia de la Capital 1823-1904*: 439-460.
17. Sociedad de Beneficencia de la Capital. Memoria del Hospital de Niños 1918. En: *Memorias de la Sociedad de Beneficencia de la Capital 1823-1904*: 177-182.

Texto recibido: 20 de agosto de 2025

Aprobado: 19 de diciembre de 2025

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Forma de citar: Battolla, J. Reseña histórica de los Consultorios Externos del Hospital General de Niños "Ricardo Gutiérrez": 1875-1917. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires)* 2025; 67 (299):429-441

a. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Consultorios Externos Matutinos, Consultorios de Mediana y Alta Complejidad, HNRG. ORCID: 0009-0003-0160-6135

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Correspondencia: jbattolla@yahoo.com.ar

A propósito de un caso

El desafío de diagnosticar tuberculosis abdominal

The challenge of diagnosing abdominal tuberculosis

Barbara Cosentino^a, Diego Pombo^b, Agustina Zwirner^c, Natalia González^d

Resumen

La tuberculosis abdominal es una forma extrapulmonar infrecuente que representa un desafío diagnóstico debido a sus manifestaciones inespecíficas. Debe considerarse un diagnóstico diferencial en pacientes con síntomas abdominales crónicos recurrentes. Se presenta una paciente de 17 años que consultó a la guardia por dolor abdominal crónico, diarrea, vómitos, pérdida de peso y edemas. Se evidenció anemia microcítica hipocrómica, hipoalbuminemia y elevación de parámetros inflamatorios. Los estudios por imágenes mostraron ascitis y engrosamiento del colon ascendente. Se plantearon como diagnósticos diferenciales plastrón apendicular, enfermedad inflamatoria intestinal y tuberculosis abdominal. La endoscopia digestiva reveló hallazgos inflamatorios inespecíficos, por lo que se inició tratamiento antifímico empírico, soporte nutricional y manejo clínico de la ascitis. Evolucionó de forma favorable con desaparición de los síntomas, aumento ponderal y mejoría de parámetros de laboratorio. El cultivo de la biopsia intestinal confirmó el diagnóstico de tuberculosis abdominal al identificar *Mycobacterium bovis*, una micobacteria menos frecuente en humanos y resistente a la pirazinamida. Este hallazgo subraya la importancia de incluir esta etiología en el diagnóstico diferencial y de realizar estudios microbiológicos específicos que permitan orientar el tratamiento de manera adecuada.

Palabras clave: *Mycobacterium bovis*, tuberculosis gastrointestinal, pediatría

Abstract

Abdominal tuberculosis is a rare extrapulmonary tuberculosis form that represents a diagnostic challenge due to its nonspecific manifestations. It should be considered a differential diagnosis in patients with chronic, recurrent abdominal symptoms. We present a 17-year-old female who presented to the emergency department with chronic abdominal pain, diarrhea, vomiting, weight loss, and edema. Laboratory tests revealed microcytic hypochromic anemia, hypoalbuminemia, and elevated inflammatory markers. Imaging studies showed ascites and thickening of the ascending colon. Differential diagnoses included appendiceal plastron, inflammatory bowel disease, and abdominal tuberculosis. Digestive endoscopy revealed nonspecific inflammatory findings, and empirical anti-tuberculosis therapy, nutritional support, and clinical management of the ascites were initiated. The patient showed favorable progress with resolution of symptoms, weight gain, and improvement in laboratory parameters. Intestinal biopsy culture confirmed the diagnosis of abdominal tuberculosis by identifying *Mycobacterium bovis*, a rare mycobacterial species in humans that is resistant to pyrazinamide. This finding highlights the importance of including this etiology in the differential diagnosis and performing specific microbiological studies to guide appropriate treatment.

Keywords: *Mycobacterium bovis*, gastrointestinal tuberculosis, pediatrics

Introducción

La tuberculosis (TB) continúa siendo una preocupación significativa en términos de salud pública a nivel mundial, y Argentina no es una excepción. En los últimos años, el país ha

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0000-2173-276X

b. Médico residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0006-3047-4532

c. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0000-0003-1923-2234

d. Médica pediatra de la Unidad 4, HNRG. ORCID: 0009-0000-8225-8723

Correspondencia: barbarahcosentino@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

mostrado una tendencia ascendente en la notificación de casos, superando los 16 000 en el año 2024.¹ Aunque la presentación pulmonar es la más frecuente, la TB extrapulmonar representa hasta el 11% de los casos.¹ Dentro de estos, la afectación abdominal tiene una prevalencia menor al 10%.² Ésta implica compromiso del sistema gastrointestinal, peritoneo, ganglios linfáticos y, menos frecuentemente, órganos sólidos. El compromiso peritoneal y el intestinal son los más comunes.³

La forma abdominal plantea desafíos diagnósticos por sus manifestaciones clínicas inespecíficas que pueden imitar otras patologías, dificultando su detección y tratamiento oportuno.⁴ Puede presentarse como una infección aislada, sin afectación pulmonar, o en combinación con tuberculosis pulmonar activa. Dentro del grupo de *Mycobacterium tuberculosis* complex (MTBC), se incluyen varias especies. Si bien entre ellas, *Mycobacterium tuberculosis* es el agente etiológico más común, también forma parte *Mycobacterium bovis*, responsable de la tuberculosis bovina. Esta última se asocia con mayor frecuencia a la forma intestinal cuando el contagio se produce por ingesta de alimentos contaminados (lácteos principalmente), ya que las bacterias ingresan directamente por vía digestiva.^{5,6}

Se presenta el caso de una adolescente con TB abdominal, destacando las dificultades diagnósticas enfrentadas y el rescate particular de *Mycobacterium bovis*.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 17 años, oriunda de Bolivia, sin antecedentes relevantes, que consultó en otra institución por edemas en miembros inferiores de una semana de evolución. Se le realizó una ecografía Doppler que descartó trombosis venosa profunda, y fue derivada a la guardia externa del hospital para ampliar estudios. Al ingreso, refirió dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha de siete meses de evolución, diarrea, vómitos de contenido gástrico parcialmente digeridos de escasa cuantía y frecuencia diaria, pérdida de peso de 17 kg, astenia e hiporexia. Permaneció afebril en todo momento.

Al examen físico se encontraba en regular estado general, adelgazada, con edemas de consistencia blanda en miembros inferiores (signo de Godet positivo ++++) hasta el tercio proximal de las piernas, sin cambios tróficos y abdomen doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha. No se identificaron otros hallazgos significativos. El laboratorio mostró anemia microcítica hipocrómica (Hb 9.9 g/dl, VCM 71 fl y HCM 22.6 pg) sin otras citopenias,

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0000-2173-276X

b. Médico residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0006-3047-4532

c. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0000-0003-1923-2234

d. Médica pediatra de la Unidad 4, HNRG. ORCID: 0009-0000-8225-8723

Correspondencia: barbarahcosentino@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

hipoalbuminemia (1.9 g/dl) y proteína C reactiva aumentada (84.8 mg/l) con función renal y hepática normales. El análisis de orina fue normal. Las serologías virales (VIH, EBV, CMV, HBV, HCV) y el test de embarazo resultaron negativos. La ecografía abdominal reveló una colección heterogénea en la fosa ilíaca derecha y líquido libre en el fondo de saco de Douglas. Ante este hallazgo se sospechó un cuadro infeccioso subagudo compatible con plastrón apendicular y se decidió su internación en clínica pediátrica para diagnóstico y tratamiento.

Recibió antibioticoterapia empírica intravenosa con ampicilina-sulbactam y gentamicina durante siete días y analgesia. Ante la persistencia del dolor abdominal e hiporexia, se realizó una tomografía computarizada con doble contraste que mostró líquido libre en cavidad abdominal y engrosamiento de las paredes del colon ascendente (Figura 1). La ascitis fue tratada mediante restricción hídrica, incremento progresivo del aporte proteico y una dieta baja en sodio.

Figura 1. Tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso



Se evidencia engrosamiento de las paredes del colon ascendente (flecha roja). No se observan adenomegalias retroperitoneales. Presencia de líquido libre en cavidad abdominal.

Ante la evolución prolongada, la persistencia de los síntomas, reactantes inflamatorios elevados, hipoalbuminemia y hallazgos imagenológicos, se plantearon como diagnósticos diferenciales TB abdominal y enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Se descartaron patologías oncológicas (linfoma intestinal o mesentérico, tumores gastrointestinales, carcinomatosis peritoneal o metástasis) mediante estudios por imágenes, marcadores tumorales (alfa-feto proteína y subunidad beta) y hemograma con frotis normal.

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0000-2173-276X

b. Médico residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0006-3047-4532

c. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0000-0003-1923-2234

d. Médica pediatra de la Unidad 4, HNRG. ORCID: 0009-0000-8225-8723

Correspondencia: barbarahcosentino@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Con sospecha de etiología autoinmune, se realizó C3, C4 e inmunoglobulinas con resultados normales. El panel de anticuerpos para anti-*Saccharomyces cerevisiae* (ASCA), anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA), antimitocondriales (AMA), antimúsculo liso (ASMA), anti-microsomales de hígado/riñón (LKM), antinucleares (ANA), anti-célula parietal gástrica y anti-transglutaminasa, resultó negativo.

Con el objetivo de descartar TB abdominal, se realizaron prueba de tuberculina (PPD) cuyo resultado fue de 0 mm, radiografía de tórax sin hallazgos patológicos y seriados de esputo para TB con baciloscopia y cultivo negativos. En el catastro familiar no se obtuvieron datos relevantes.

La paciente fue evaluada de forma multidisciplinaria en conjunto con los servicios de Gastroenterología y Tisiología. Se realizó una videoendoscopia digestiva que evidenció alteración de la anatomía del ciego y la válvula ileocecal con presencia de úlceras profundas con fibrina, edema, friabilidad y mamelonadas (Figura 2).

Figura 2. Videoendoscopia y colonoscopia



Colon con mucosa edematizada en todo el recorrido. Ciego con anatomía alterada, úlceras profundas cubiertas por fibrina, edema, eritema, friabilidad, de aspecto mamelonado. Válvula ileocecal de anatomía alterada. Afectación de íleon terminal con ulceraciones.

Se tomaron biopsias para anatomía patológica, cultivo y PCR (PCR real time, kit no comercial) para MTBC, esta última con resultado negativo. No se realizó ensayo de liberación

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0000-2173-276X

b. Médico residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0006-3047-4532

c. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0000-0003-1923-2234

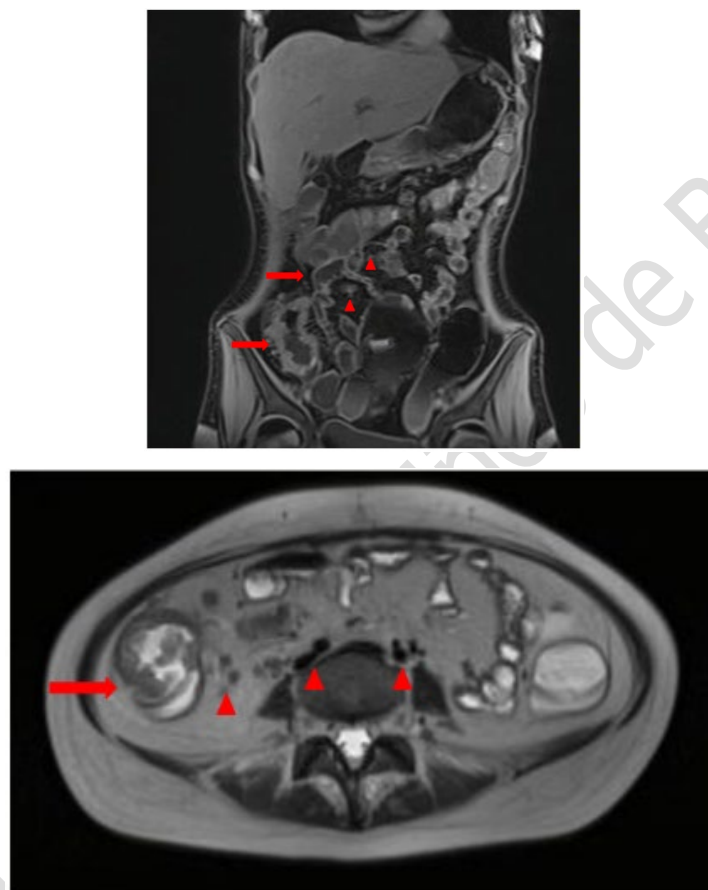
d. Médica pediatra de la Unidad 4, HNRG. ORCID: 0009-0000-8225-8723

Correspondencia: barbarahcosentino@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

de interferón gamma por falta de disponibilidad. La enterorresonancia magnética mostró engrosamiento parietal concéntrico en ciego y colon ascendente y múltiples imágenes ganglionares adenomegálicas adyacentes (Figura 3).

Figura 3. Enterorresonancia magnética y resonancia magnética de abdomen



Engrosamiento parietal concéntrico a nivel del ciego y porción distal de colon ascendente, con un espesor parietal máximo de 14 mm (flechas rojas), asociado a múltiples imágenes ganglionares adyacentes (triángulos rojos), una de ellas en rango adenomegálico de 12 mm, ingurgitación de vasa recta y trabeculación de los planos grasos adyacentes.

Pese a no contar con un diagnóstico confirmado, pero con alta sospecha clínica y hallazgos en estudios complementarios sugestivos de TB intestinal, se indicó tratamiento anti-fímico con rifampicina 300 mg/día, isoniacida 150 mg/día, pirazinamida 1500 mg/día y etambutol 1000 mg/día. Con mejoría clínica se le otorgó el egreso hospitalario luego de 21 días de internación en sala, a la espera de resultados de cultivos.

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0000-2173-276X

b. Médico residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0006-3047-4532

c. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0000-0003-1923-2234

d. Médica pediatra de la Unidad 4, HNRG. ORCID: 0009-0000-8225-8723

Correspondencia: barbarahcosentino@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

La paciente continuó seguimiento ambulatorio con los servicios de Gastroenterología, Tisiología y Adolescencia. Durante los controles, se evidenció una notable mejoría en su actitud alimentaria, observándose un aumento de peso al segundo mes de comenzado el tratamiento. Posteriormente, se recibió el resultado del cultivo de biopsia intestinal positivo para *Mycobacterium bovis* (por técnica de biología molecular se realizó identificación de la especie *M. bovis* confirmada en el Laboratorio de Referencia de Micobacterias-ANLIS Instituto Malbrán), confirmando el diagnóstico de tuberculosis abdominal. Por pérdida de seguimiento, no fue posible suspender pirazinamida y prolongar el tratamiento de acuerdo al rescate, teniendo en cuenta la resistencia intrínseca de dicho germen a esta droga.

Discusión

La TB es una enfermedad infectocontagiosa, granulomatosa crónica, que se desarrolla en un determinado contexto ambiental, social, sanitario e individual.⁷ Si bien la localización más frecuente es pulmonar, aproximadamente el 11 % de los casos corresponden a formas extrapulmonares, incluyendo la abdominal.¹ Esta entidad engloba la alteración del sistema gastrointestinal, ganglios linfáticos u órganos sólidos, siendo más frecuente en peritoneo, íleon, ciego y yeyuno.² El diagnóstico definitivo es desafiante e implica la demostración del bacilo en muestras de tejido o fluidos afectados.

La TB es causada principalmente por *Mycobacterium tuberculosis*, cuyo reservorio es el humano y cuya transmisión ocurre por inhalación de gotículas infectadas. Sin embargo, otros microorganismos, como *Mycobacterium bovis*, también pueden causar enfermedad en humanos, aunque con menor frecuencia. Su reservorio principal son los bovinos y la vía de transmisión más habitual es la ingesta de alimentos contaminados como lácteos no pasteurizados.⁸ Si bien *Mycobacterium bovis* es relativamente infrecuente frente al total de casos de tuberculosis, aparecen algunos casos relacionados a esta especie que deben ser sospechados y detectados. En el caso aquí descrito, no se pudo identificar el antecedente de este tipo de exposición al interrogatorio, si bien a veces puede resultar difícil obtener datos de la conducta alimentaria completa de los pacientes, sobre todo cuando no es una conducta habitual (como por ejemplo comprar y consumir lácteos comprados en una feria en alguna ocasión aislada). Los mecanismos fisiopatológicos de afectación intestinal incluyen la ingesta de bacilos (esputo infectado o alimentos contaminados), diseminación hematógene o linfática, o extensión desde

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0000-2173-276X

b. Médico residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0006-3047-4532

c. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0000-0003-1923-2234

d. Médica pediatra de la Unidad 4, HNRG. ORCID: 0009-0000-8225-8723

Correspondencia: barbarahcosentino@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

sitios adyacentes.^{4,6} La diseminación linfática explicaría la localización submucosa de los granulomas en la mucosa intestinal.⁹ La TB gastrointestinal se localiza principalmente en la región ileocecal (21-87 %) debido a estasis, abundante tejido linfoide y alto índice de absorción. En contraste, la TB gastroduodenal es muy poco frecuente (0.2-0.6 %) por la escasez de tejido linfoide, pH gástrico ácido y rápido vaciamiento gástrico.⁴

Desde el punto de vista clínico, la TB abdominal puede presentarse bajo tres formas principales: peritoneal, intestinal o incidental (esta última, generalmente en niños asintomáticos con hallazgos radiológicos fortuitos de calcificaciones). En la forma intestinal, el edema, la infiltración celular y la hiperplasia linfoide conducen a engrosamiento parietal y estrechamiento luminal, que pueden manifestarse como dolor abdominal o masa palpable en el cuadrante inferior derecho, simulando un cuadro de apendicitis. La TB peritoneal, por su parte, resulta probablemente de la diseminación de la infección hacia el epiplón y las superficies serosas del intestino y de órganos sólidos adyacentes. Clínicamente, puede presentarse como ascitis o como adherencias peritoneales. Ambas formas suelen acompañarse de síntomas generales - fiebre, anorexia y pérdida de peso- en el 60–70 % de los casos.¹⁰

En la paciente analizada, el dolor en fosa ilíaca derecha constituyó un hallazgo clínico acorde con la localización ileocecal, en línea con lo reportado en la literatura. Además, presentó pérdida ponderal significativa, hiporexia, astenia y síndrome ascítico-edematoso por hipoalbuminemia, compatibles con patología gastrointestinal crónica. Considerando estas características, se incluyó entre los diagnósticos diferenciales a la TB intestinal y la EII, dos entidades que comparten múltiples manifestaciones clínicas, endoscópicas e incluso histopatológicas, lo que complica su diferenciación. Ambas patologías cursan con síntomas inespecíficos y crónicos, como dolor abdominal, pérdida de peso, fiebre, diarrea, astenia y sudoración nocturna. En la TB abdominal, el dolor en la fosa ilíaca derecha es frecuente, como se observó en el caso de nuestra paciente. Por otro lado, la EII suele presentar un curso clínico en brotes, con períodos de remisión, y puede asociarse a complicaciones como fístulas, estenosis, abscesos y deposiciones con sangre.^{5,11} Desde el punto de vista del laboratorio, ambas entidades pueden presentar alteraciones similares, como elevación de reactantes inflamatorios, anemia o hipoalbuminemia, hallazgos observados en nuestra paciente. Para el diagnóstico diferencial, los autoanticuerpos son de utilidad: ASCA para enfermedad de Crohn (EC) y pANCA/PR3-ANCA para

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0000-2173-276X

b. Médico residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0006-3047-4532

c. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0000-0003-1923-2234

d. Médica pediatra de la Unidad 4, HNRG. ORCID: 0009-0000-8225-8723

Correspondencia: barbarahcosentino@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

colitis ulcerosa.¹² Sin embargo, aunque los ASCA tienen alta especificidad (90 %), su baja sensibilidad (40 %) limita su valor diagnóstico aislado.¹³ La descripción macroscópica del tubo digestivo mediante visión endoscópica y la anatomía patológica de las lesiones son en general las que confirman el diagnóstico.

Al sospechar TB, la búsqueda de un foco pulmonar primario es parte fundamental del abordaje. Esto incluye realizar una radiografía de tórax y una PPD, además de un interrogatorio dirigido sobre antecedentes epidemiológicos, contactos estrechos y exposición a factores de riesgo. Sin embargo, es importante tener en cuenta que una radiografía normal no descarta TB activa, y que una PPD positiva no diferencia entre infección activa, infección latente o vacunación previa con BCG. Asimismo, se ha reportado que la PPD resulta positiva solo en aproximadamente el 50 % de los pacientes con TB intestinal.⁹ La videoendoscopia digestiva es fundamental para el diagnóstico diferencial, especialmente entre TB intestinal y EC, dado que sus características endoscópicas e histopatológicas son similares, en aproximadamente el 10 % de los casos de colitis crónica no se logra un diagnóstico definitivo.^{14,15} En el caso reportado, la videoendoscopia mostró úlceras profundas, mamelonadas, friabilidad y edema a nivel del ciego y la válvula ileocecal, hallazgos descritos tanto en TB como en EC. Ambas patologías comprometen preferentemente la región ileocecal y presentan granulomas mucosos. Sin embargo, en la TB los granulomas son grandes, confluentes y caseificantes, mientras que en la EC son pequeños, desorganizados y no confluentes.^{5,11,15}

El diagnóstico definitivo de TB abdominal se establece mediante el estudio histopatológico, la identificación de bacilos ácido-alcohol resistentes por baciloscopia y el cultivo de muestras obtenidas de la endoscopia.⁴ En el caso de la paciente, el cultivo de la muestra obtenida por biopsia fue determinante para establecer el diagnóstico definitivo, al permitir la identificación del agente causal. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) puede ser útil como método complementario para la detección del genoma de *Mycobacterium tuberculosis*,^{6,9} teniendo en cuenta que no siempre permite diferenciar entre las distintas especies del complejo. Asimismo, el ensayo de liberación de interferón-gamma (IGRA, por su denominación en inglés: Interferon-gamma release assay) es una herramienta diagnóstica adicional que mide la respuesta inmunitaria mediada por interferón-gamma en infección por *M. tuberculosis*, siendo útil para detectar infección latente o activa, pero sin confirmar el diagnóstico. Este

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0000-2173-276X

b. Médico residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0006-3047-4532

c. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0000-0003-1923-2234

d. Médica pediatra de la Unidad 4, HNRG. ORCID: 0009-0000-8225-8723

Correspondencia: barbarahcosentino@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

estudio no se encuentra disponible de forma universal, tal como ocurrió en el presente caso.⁷

El tratamiento para TB abdominal difiere de forma significativa del de la EII. Mientras que esta última requiere inmunosupresores (corticoides y agentes biológicos), la TB abdominal se trata con terapia antifúngica. La administración de inmunosupresores en un paciente con TB activa o latente no diagnosticada puede tener consecuencias graves, como la reactivación de la infección o su diseminación sistémica.¹¹ En el caso presentado, se indicó tratamiento antifúngico ante la sospecha de TB, evitando riesgos asociados al uso de inmunosupresores, y obteniendo posteriormente la confirmación con cultivo positivo para *Mycobacterium bovis*. La identificación específica de *M. bovis* como agente etiológico reviste gran importancia terapéutica, ya que es fundamental distinguirla de *M. tuberculosis*, porque presenta una resistencia intrínseca a la pirazinamida, uno de los fármacos de primera línea utilizados habitualmente en el esquema estándar. Por lo tanto, el tratamiento debe ajustarse excluyendo la pirazinamida, y suele requerir una duración prolongada, habitualmente de 12 meses, utilizando isoniazida, rifampicina y etambutol, ajustando según sensibilidad y tolerancia.¹⁰ En el caso presentado, debido a la pérdida del seguimiento ambulatorio, no fue posible realizar la modificación terapéutica correspondiente tras conocerse la especie micobacteriana aislada.

En conclusión, la TB abdominal representa un verdadero desafío diagnóstico para el equipo tratante. Debe ser tenida en cuenta como parte del diagnóstico diferencial en pacientes con síntomas abdominales crónicos y signos de malabsorción o inflamación intestinal. La evaluación integral, que incluya estudios de imagen, endoscopia, biopsias y métodos microbiológicos, es clave para descartar etiologías infecciosas, dado que un tratamiento inadecuado puede incrementar la morbilidad y empeorar el pronóstico del paciente. En este contexto, el rescate de *M. bovis* reviste particular relevancia por las implicancias terapéuticas que conlleva, dada su resistencia natural a la pirazinamida. Este hallazgo subraya la importancia de realizar estudios microbiológicos específicos para identificar con precisión el agente etiológico para orientar adecuadamente el tratamiento y evitar fallas terapéuticas.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud República Argentina. Coordinación de Tuberculosis y Lepra; Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Emilio Coni; Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (ANLIS-Malbrán). Boletín epidemiológico N° 8: Tuberculosis y lepra en la Argentina. Año VIII. Buenos Aires. 2025. [Consultado 31-12-2025] Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/boletin-8_tbc-260325.pdf

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0000-2173-276X

b. Médico residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0006-3047-4532

c. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0000-0003-1923-2234

d. Médica pediatra de la Unidad 4, HNRG. ORCID: 0009-0000-8225-8723

Correspondencia: barbarahcosentino@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

2. Lancella L, Abate L, Cursi L, et al. Abdominal tuberculosis in children: a case series of five patients. *Microorganisms*. 2023; 11(3):730.
3. Smiles S, Stante C, Ruda M, et al. Tuberculosis abdominal en pediatría: presentación de un caso. *Arch Argent Pediatr* 2024; 122(2): e202310049.
4. Ortiz-Gonzales J, Reyes-Segura MP, Sánchez-Lozada R, et al. Tuberculosis gastrointestinal. *Cir Gen*. 2002; 24(1):66–71.
5. Naous A, Naja Z, Ramadan A, Ahmad-Kassem B, et al. Case report: A case of *Mycobacterium bovis*, in a previously healthy 10-year-old girl in Lebanon. *Radiol Case Rep*. 2025; 20 (4):2167-2174.
6. Sartoris G, Seddon JA, Rabie H, et al. Abdominal Tuberculosis in Children: Challenges, Uncertainty, and Confusion. *J Pediatric Infect Dis Soc*. 2020; 9(2):218-227.
7. González NE, Cipriani S, Inventaz S, et al. Tuberculosis en niños, niñas y adolescentes: criterios de diagnóstico y tratamiento. Actualización 2024. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría, 2024. [Internet] [Consultado 31-12-2025] Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/pdf/consensos_tuberculosis-en-ninos-ninas-y-adolescentes-criterios-de-diagnostico-y-tratamiento-actualizacion-2024-135.pdf
8. Alfayate Miguelez S, Miguélez SA, Fernández JP, et al. Enfermedad tuberculosa por *Mycobacterium bovis* en la región de Murcia. *An Pediatr (Barc)*. 2009; 71(4):327–30.
9. Kim KM, Lee A, Choi KY, et al. Intestinal tuberculosis: clinicopathologic analysis and diagnosis by endoscopic biopsy. *Am J Gastroenterol*. 1998; 93(4):606–9.
10. Veeragandham RS, Lynch FP, Canty TG, et al. Abdominal Tuberculosis in Children: Review of 26 Cases. *J Pediatr Surg* 1996; 31(1):170-5; discussion 175-6.
11. Merino Gallego E, Gallardo Sánchez F, Gallego Rojo FJ. Tuberculosis intestinal: importancia y dificultad del diagnóstico diferencial con enfermedad de Crohn. *Rev Esp Enferm Dig*. 2018; 110(10):650–7.
12. Kim JM, Choi YM, Jung SA, et al. Diagnostic utility, disease activity, and disease phenotype correlation of serum ASCA, pANCA, and PR3-ANCA in pediatric inflammatory bowel disease. *J Pediatr (Rio J)*. 2024; 100(2):204–11.
13. Kim YS, Kim YH, Kim WH, et al. Diagnostic utility of anti-*Saccharomyces cerevisiae* antibody (ASCA) and interferon-γ assay in the differential diagnosis of Crohn's disease and intestinal tuberculosis. *Clin Chim Acta*. 2011; 412(17–18):1527–32.
14. Seddon JA, Ward BJ. Tuberculosis. En: Kliegman RM, Stanton BMD, St. Geme JW, Schor NF, eds. *Nelson. Tratado de Pediatría*. 21ª ed. Barcelona: Elsevier; 2020: 1973–5.
15. Moka P, Ahuja V, Makharia GK. Endoscopic features of gastrointestinal tuberculosis and Crohn's disease. *J Dig Endosc* 2017; 8:1-11.

Texto recibido: 27 de mayo de 2025

Aprobado: 10 de noviembre de 2025

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Forma de citar: Cosentino B, Pombo D, Zwirner A et al.

El desafío de diagnosticar tuberculosis abdominal.

Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2025; 67 (299):442-451

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0000-2173-276X

b. Médico residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0006-3047-4532

c. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0000-0003-1923-2234

d. Médica pediatra de la Unidad 4, HNRG. ORCID: 0009-0000-8225-8723

Correspondencia: barbarahcosentino@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

A propósito de un caso

Empiema extradural por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente con puerta de entrada nasal

Extradural empyema due to methicillin-resistant Staphylococcus aureus with nasal portal of entry

Josefina Pontarolo^a, Constanza Belén Peirano^b, Sabrina Schiavino^c

Resumen

Introducción: Las infecciones del sistema nervioso central por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente son infrecuentes en pediatría, especialmente en pacientes sin antecedentes neuroquirúrgicos, y se asocian a alta morbilidad y mortalidad. **Descripción del caso:** Se presenta el caso de una adolescente previamente sana con estatus convulsivo febril, bacteriemia por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente, y hallazgos de absceso nasal y empiema extradural en la resonancia magnética. Se identificó un traumatismo nasal previo como posible puerta de entrada. El tratamiento incluyó antibióticos (vancomicina y linezolid), drenaje nasal y craneotomía. **Discusión:** El cuadro representa una forma atípica de infección invasiva por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente, con diseminación por contigüidad desde un foco nasal y bacteriemia secundaria. Se resalta el valor diagnóstico de la resonancia magnética y el uso de linezolid como terapia complementaria ante la limitada penetración de vancomicina en el sistema nervioso central. **Conclusión:** El interrogatorio dirigido, la reevaluación clínica continua y el abordaje interdisciplinario son esenciales para el manejo de infecciones del sistema nervioso central por *Staphylococcus aureus*.

Palabras clave: *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina, Empiema Extradural, Infecciones Bacterianas del Sistema Nervioso Central.

Abstract

Introduction: Central nervous system infections caused by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* are uncommon in children, particularly in those without prior neurosurgical procedures, and carry substantial morbidity and mortality. **Case description:** We describe the case of a previously healthy adolescent presented with febrile status epilepticus, methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* bacteremia, and magnetic resonance imaging findings of a nasal abscess and extradural empyema. The history of nasal trauma was identified as a likely portal of entry. Management included targeted antimicrobial therapy with vancomycin and linezolid, surgical drainage of the nasal abscess, and craniotomy. **Discussion:** This case illustrates an unusual presentation of invasive methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection with contiguous extension from nasal focus and secondary bacteremia. It emphasizes the diagnostic value of magnetic resonance imaging and supports the adjunctive use of linezolid in the setting of vancomycin's limited central nervous system penetration. **Conclusion:** Careful history-taking, ongoing clinical reassessment, and coordinated multidisciplinary management are critical for optimizing outcomes in pediatric central nervous system infections due to *Staphylococcus aureus*.

Keywords: Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*; Extradural Empyema; Bacterial Central Nervous System Infections.

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0007-7404-905X

b. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0009-6305-2258

c. Médica pediatra especializada en infectología. Médica de planta de la Unidad 10, HNRG. ORCID: 0009-0003-4049-9723

Correspondencia: josefinapontarolo@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Introducción

El *Staphylococcus aureus* es un microorganismo ampliamente distribuido a nivel mundial. Coloniza piel y mucosas en hasta un 50% de la población sana y bajo ciertas condiciones puede actuar como patógeno. En Argentina, el *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente (SAMR) de origen comunitario (SAMR-C) constituye un problema de salud pública en aumento. Un estudio multicéntrico realizado por Gentile y col. de pacientes internados en 10 hospitales pediátricos durante el período 2012-2014, reveló que un 0.45% de las hospitalizaciones se debieron a infecciones por *S. aureus* de la comunidad, con un porcentaje de resistencia a la meticilina del 79,2%. Las infecciones más comunes incluyeron afecciones de piel y tejidos blandos (66.2%), neumonía (11.5%) y bacteriemia (8.5%), con una tasa de letalidad del 2,2%.¹ Las infecciones del sistema nervioso central (SNC) por SAMR son afecciones raras, con una incidencia difícil de establecer, pero potencialmente mortales. Una serie de 68 pacientes pediátricos con infecciones del SNC por *S. aureus* publicada por Vallejo y col. estima que representan un 5% de las infecciones invasivas por *S. aureus*.² El patógeno puede diseminarse por vía hematógena, por contigüidad desde focos vecinos, o mediante traumatismos o procedimientos neuroquirúrgicos.³ El tratamiento y el manejo son desafiantes, debido a su ubicación crítica y la limitada penetración de los antibióticos en el SNC.³⁻⁵

Se describe el caso de una adolescente, previamente sana, con enfermedad invasiva por SAMR, con puerta de entrada nasal complicada en forma de empiema extradural y diseminación hematógena.

Descripción del caso

Paciente de sexo femenino de 14 años, previamente sana, que consultó en un centro de salud por cefalea frontal, rinorrea y fiebre de 24 horas de evolución. Se le realizó radiografía de senos paranasales, sin hallazgos significativos y se le indicó tratamiento con corticoide nasal. A las 6 horas de esa consulta, ingresó en la guardia del mismo centro por estatus convulsivo febril de aproximadamente 15 minutos de duración. Al ingreso se encontraba febril (T°38.9), hipotensa (TA 85/23), con pulsos débiles, taquicardia (135 lpm), taquipneica (36 rpm), presentaba tiraje subcostal, broncorrea, pupilas mióticas reactivas y mioclonías en los cuatro miembros. Se solicitaron estudios complementarios que evidenciaron leucocitosis de 22 730/mm³ y acidosis mixta severa con EAB venoso: pH 6.56, pCO₂ 90 mmHg, HC0₃ 8 mmol/L,

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0007-7404-905X

b. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0009-6305-2258

c. Médica pediatra especializada en infectología. Médica de planta de la Unidad 10, HNRG. ORCID: 0009-0003-4049-9723

Correspondencia: josefinapontarolo@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

lactato 11 mmol/L. Se indicaron expansión con solución fisiológica 1500 ml, corrección con bicarbonato (delta 10) y dos dosis de benzodiacepinas con resolución del evento convulsivo y estabilidad hemodinámica. Se realizaron tomografía computada de encéfalo sin contraste, dentro de límites normales y punción lumbar, con líquido cefalorraquídeo (LCR) hemorrágico y pleocitosis leve a predominio polimorfonuclear: 3000 hematíes/mm³, 320 leucocitos/mm³ (90% polimorfonucleares), glucorraquia 92 mg/dL y proteinorraquia 51 mg/dL. Por sospecha de meningoencefalitis fue medicada empíricamente con ceftriaxona, aciclovir y dexametasona. Se realizó EAB control a la hora de ingreso: pH 7.39, pCO₂ 28mmHg, HC03 17 mmol/L.

Tras realizar medidas de diagnóstico y tratamiento iniciales, la paciente fue derivada al Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Al ingreso a nuestro hospital se observó sensorio alterante, escala de coma de Glasgow 10/15, taquipnea, tiraje, y rales crepitantes bibasales. Por presentar deterioro del sensorio e insuficiencia respiratoria ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos y se vinculó a asistencia respiratoria mecánica. Se mantuvo esquema antimicrobiano y se agregó tratamiento anticomicial con levetiracetam 500 mg cada 12 horas. Se realizó radiografía de tórax evidenciando infiltrado intersticio-alveolar difuso bilateral, que por resolución *ad integrum* en menos de 24 horas se interpretó como distrés respiratorio transitorio. A las 24 horas se recibió el informe de desarrollo de SAMR en los hemocultivos (sensible a vancomicina, trimetoprima-sulfametoxazol y rifampicina), con cultivo de LCR sin desarrollo microbiológico ni detección de microorganismos en el panel molecular. Con estos resultados se ajustó tratamiento a vancomicina 500 mg cada 6 horas y trimetoprima-sulfametoxazol 160 mg cada 6 horas. Se asumió en aquel momento enfermedad invasiva por SAMR con impacto en sistema nervioso, sin una puerta de entrada clara. Los hemocultivos se negativizaron a las 96 h de tratamiento antibiótico. Permaneció dos días bajo asistencia respiratoria mecánica, sin requerimiento de inotrópicos. Se le realizó dosaje de vancocinemia y por presentar un nivel bajo de 4 mcg/ml, se aumentó la dosis a 1 gramo cada 6 horas, alcanzando dosajes en rango.

A los 4 días de su internación, por presentar estabilidad clínica se decidió su pase a sala de clínica pediátrica. En sala general comenzó con episodios de cefalea y epistaxis, por lo que se realizó en el sexto día de internación, una resonancia magnética cerebral que evidenció un absceso septal nasal y una colección extraaxial frontal derecha de 4 mm (Figuras 1 y 2),

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0007-7404-905X

b. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0009-6305-2258

c. Médica pediatra especializada en infectología. Médica de planta de la Unidad 10, HNRG. ORCID: 0009-0003-4049-9723

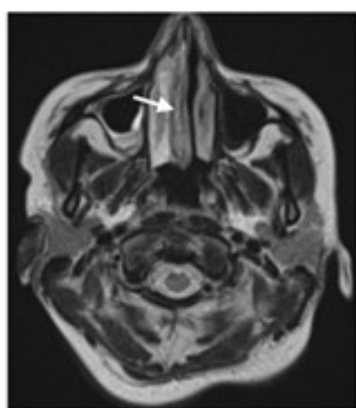
Correspondencia: josefinapontarolo@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

hallazgos no observados en la tomografía computada inicial. Se llevó a cabo una nueva punción lumbar, que presentó LCR normal.

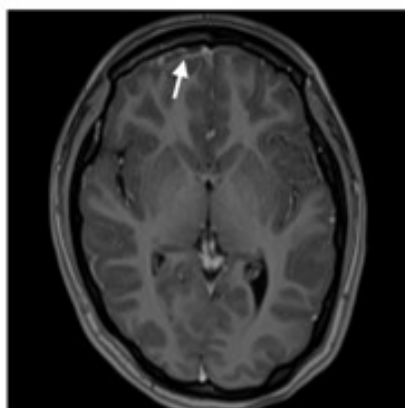
Mediante un interrogatorio dirigido se identificó como antecedente un traumatismo nasal relacionado con levantamiento de pesas, dos semanas previas al inicio del cuadro. Con esta información, se reinterpretó el caso como una infección invasiva por SAMR con puerta de entrada nasal, compromiso extradural por contigüidad y diseminación hematógena. Por haber presentado bacteriemia persistente con colección en SNC, se modificó el tratamiento agregando linezolid 600 mg cada 12 horas, continuando con vancomicina 1 gramo cada 6 horas intravenosos. Se realizó drenaje del absceso nasal, con cultivo positivo para SAMR, con idéntico perfil de sensibilidad antibiótica. Por persistir con cefaleas, se realizaron dos resonancias magnéticas sucesivas con evidencia de progresión del empiema extradural (10 mm) y edema vasogénico del parénquima adyacente (Figura 3).

Figura 1



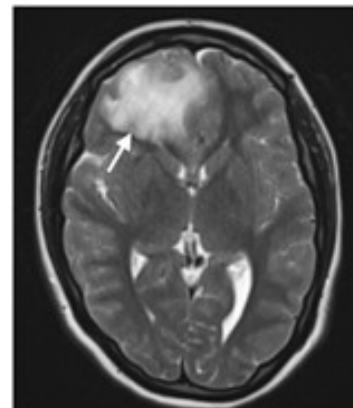
Absceso septal nasal.

Figura 2



Colección extraaxial frontal
derecha de 4 mm.

Figura 3



Colección extraaxial de 10 mm y
edema vasogénico.

Frente a estos hallazgos, se convocó a un equipo interdisciplinario conformado por clínica pediátrica, neurocirugía, otorrinolaringología e infectología, decidiendo drenaje quirúrgico. A los 14 días de internación se realizó craneotomía frontal derecha con marsupialización de la cápsula dural. Se enviaron muestras para cultivo y reacción en cadena de la polimerasa

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0007-7404-905X

b. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0009-6305-2258

c. Médica pediatra especializada en infectología. Médica de planta de la Unidad 10, HNRG. ORCID: 0009-0003-4049-9723

Correspondencia: josefinapontarolo@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

para SAMR y *Streptococcus pneumoniae* que resultaron negativos y anatomía patológica que informó material necrótico, fibrino-leucocitario, sin compromiso óseo.

A fines de evaluar focos profundos de impacto del SAMR se completaron estudios con ecografía abdominal y ecocardiograma, dentro de límites normales. A su vez, se realizó dosaje de inmunoglobulinas, C3, C4, test de dihidrorodamina y anti-toxoide tetánico, descartando inmunodeficiencia humoral o enfermedad granulomatosa crónica.

La paciente continuó tratamiento con vancomicina y linezolid intravenosos durante 14 días posteriores a la cirugía, rotando luego a linezolid oral 600 mg cada 12 horas, hasta completar 6 semanas de tratamiento antibiótico. La evolución fue favorable, sin recurrencia de cefaleas ni eventos paroxísticos. Suspendió tratamiento con levetiracetam a los 4 meses de su externación, con electroencefalograma normal. Si bien en los controles de salud posteriores no refirió alteraciones conductuales o cognitivas, continúa pendiente una evaluación psicopedagógica formal.

Discusión

Las infecciones del SNC causadas por SAMR, son infrecuentes en pediatría, pero potencialmente graves.¹⁻⁵ Se describen principalmente en pacientes con infecciones activas por *S. aureus*, el antecedente de traumatismos o neurocirugías.⁶ Su incidencia es difícil de establecer. Un estudio retrospectivo publicado por Bahubali, y col. evidenció que, de un total de 769 pacientes ingresados por absceso intracraneal, 2.7% tenían como etiología SAMR.³ En cuanto a series pediátricas, Vallejo y col. reportaron 68 pacientes con infecciones del SNC por *S. aureus*, de las cuales un 32.8% fueron por SAMR² y Brizuela y col. sobre 38 pacientes con absceso cerebral el 22% tuvo rescate de *S. aureus* y de ellos el 83% fue resistente a la metilicina.⁷

Este caso clínico ilustra una forma poco habitual de presentación de enfermedad invasiva por SAMR, en una paciente previamente sana, con puerta de entrada nasal postraumática, compromiso extradural por contigüidad y diseminación hematógena. Existen pocos reportes de abscesos septales nasales con complicación en forma de empiema extradural.^{8,9} Chukuezi y col. publicaron un estudio prospectivo de 46 pacientes que presentaron hematoma del tabique nasal durante un período de 5 años. Tres pacientes fallecieron por un absceso cerebral por *S. aureus*, con una incidencia máxima entre los 11 y 20 años.⁹

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0007-7404-905X

b. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0009-6305-2258

c. Médica pediatra especializada en infectología. Médica de planta de la Unidad 10, HNRG. ORCID: 0009-0003-4049-9723

Correspondencia: josefinapontarolo@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Los abscesos intracraneales suelen manifestarse con fiebre, cefalea y en estadíos más avanzados, con signos neurológicos focales o crisis convulsivas.⁶ En este caso, la paciente ingresó con estatus convulsivo febril, lo que llevó a la sospecha de meningoencefalitis. Los hallazgos posteriores permitieron interpretar el cuadro como una infección invasiva por SAMR con compromiso extradural secundario a absceso nasal.

El diagnóstico por imágenes juega un rol esencial. La guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas sugiere como recomendación fuerte el uso de resonancia magnética cerebral, incluyendo imágenes ponderadas por difusión y T1 con y sin gadolinio ante la sospecha de absceso cerebral, por presentar mayor resolución y sensibilidad frente a la tomografía computada.⁴ En este caso, se realizó inicialmente una tomografía computada de encéfalo sin contraste (sin cortes finos), que no mostró hallazgos patológicos. Las resonancias magnéticas realizadas durante su internación permitieron identificar un absceso septal nasal y un empiema extradural con posterior progresión. La resonancia magnética, especialmente con secuencias de difusión, es superior a la tomografía para el diagnóstico de abscesos de SNC.¹⁰ Los hallazgos en la resonancia magnética no implican necesariamente que haya habido un fracaso del tratamiento inicial, sino la evolución natural de una infección ya establecida al ingreso. Habitualmente un absceso en el SNC forma la cápsula luego de 10 a 14 días coincidiendo con la aparición clara en la resonancia magnética.¹¹

Respecto al tratamiento antimicrobiano, la guía de práctica clínica de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas, recomienda el uso de vancomicina como primera línea, en monoterapia o combinada con rifampicina y como alternativas propone linezolid o trimetoprima-sulfametoxazol.¹² No obstante, la limitada penetración de los glucopéptidos en el SNC ha impulsado en los últimos años el uso de alternativas como el linezolid, con alta biodisponibilidad oral y excelente difusión a través de la barrera hematoencefálica.¹²⁻¹⁵ Una revisión sistemática publicada por Antonello y col. sugiere como antibióticos de primera línea vancomicina o linezolid.² Un estudio publicado por Bahubali y col. evidenció menores tasas de fracaso del tratamiento en aquellos pacientes que recibieron linezolid (25%) frente a vancomicina (43%).³ En este caso, se optó por el uso combinado de vancomicina y linezolid intravenosos, con buena evolución clínica.

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0007-7404-905X

b. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0009-6305-2258

c. Médica pediatra especializada en infectología. Médica de planta de la Unidad 10, HNRG. ORCID: 0009-0003-4049-9723

Correspondencia: josefinapontarolo@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

La resolución favorable del caso fue posible gracias a la participación coordinada de múltiples especialidades, lo que refleja el valor del abordaje interdisciplinario en patologías complejas y dinámicas como ésta.⁶

Como conclusión, este caso subraya la importancia de considerar SAMR como posible agente causal de abscesos intracraneales, incluso en pacientes previamente sanos. El interrogatorio dirigido y el examen físico minucioso desde la primera evaluación son fundamentales para identificar la puerta de entrada y orientar adecuadamente el enfoque diagnóstico y terapéutico, así también como la elección de la mejor técnica de imagen disponible para el diagnóstico presuntivo, en este caso la resonancia magnética. El manejo multidisciplinario es fundamental para la evolución clínica favorable. Asimismo, la selección de antibióticos con adecuada penetración en el SNC y que brinden la posibilidad de completar el tratamiento vía oral contribuye a optimizar los tiempos de internación.

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los padres/tutores legales de la paciente para la publicación del presente reporte de caso, incluyendo datos clínicos e imágenes, garantizando la confidencialidad de su identidad.

Bibliografía

1. Gentile Á, Bakir J, Ensink G, et al. Infecciones por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad: hospitalización y riesgo de letalidad en 10 centros pediátricos de Argentina. Arch Argent Pediatr. 2018; 116(1):e47–e53.
2. Vallejo JG, Cain AN, Mason EO, et al. *Staphylococcus aureus* central nervous system infections in children. Pediatr Infect Dis J. 2017; 36(10):947-951. doi:10.1097/INF.0000000000001603.
3. Bahubali VKH, Vijayan P, Bhandari V, et al. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* intracranial abscess: an analytical series and review on molecular, surgical and medical aspects. Indian J Med Microbiol. 2018; 36 (1):97-103. doi:10.4103/ijmm.IJMM_17_41.
4. Bodilsen J, D'Alessandris QG, Humphreys H, et al. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases guidelines on diagnosis and treatment of brain abscess in children and adults. Clin Microbiol Infect. 2024; 30 (1):66-89. doi:10.1016/j.cmi.2023.08.016.
5. Antonello RM, Riccardi N. How we deal with *Staphylococcus aureus* (MSSA, MRSA) central nervous system infections. Front Biosci (Schol Ed). 2022; 14(1):1-8. doi:10.31083/j.fbs1401001.
6. Kumari VH, Babu AR, Srinivas D, et al. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* central nervous system infections: analysis and outcome. Br J Neurosurg. 2015; 29(3):413-418. doi:10.3109/02688697.2015.1006168.

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0007-7404-905X

b. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0009-6305-2258

c. Médica pediatra especializada en infectología. Médica de planta de la Unidad 10, HNRG. ORCID: 0009-0003-4049-9723

Correspondencia: josefinapontarolo@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

7. Brizuela M, Pérez G, Martiren S, et al. Absceso cerebral en niños: experiencia en diez años en un hospital pediátrico de alta complejidad. Arch Argent Pediatr. 2017; 115(4):e230-e232. doi:10.5546/aap.2017.e230.
8. Thomson CJ, Berkowitz RG. Extradural frontal abscess complicating nasal septal abscess in a child. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1998; 45(2):183-6. doi:10.1016/S0165-5876(98)00104-9
9. Chukuezi AB. Nasal septal haematoma in Nigeria. J Laryngol Otol. 1992;106(5):396-8. doi:10.1017/S0022215100119656
10. Mameli C, Genoni T, Madia C, et al. Brain abscess in pediatric age: a review. Childs Nerv Syst. 2019; 35(7):1117-1128. doi: 10.1007/s00381-019-04182-4.
11. Muccio CF, Caranci F, D'Arco F, et al. Magnetic resonance features of pyogenic brain abscesses and differential diagnosis using morphological and functional imaging studies: a pictorial essay. J Neuroradiol. 2014; 41(3):153-67. doi: 10.1016/j.neurad.2014.05.004.
12. Liu C, Bayer A, Cosgrove SE, et al. Clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America for the treatment of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in adults and children. Clin Infect Dis. 2011; 52(3):e18-55. doi:10.1093/cid/ciq146.
13. Cabrera-Maqueda JM, Fuentes Rumí L, Valero López G, et al. Difusión de los antibióticos en el sistema nervioso central. Rev Esp Quimioter. 2018; 31(1):1-12. Spanish. Epub 2018 Jan 31. PMID:29390599.
14. Sabbatani S, Manfredi R, Frank G, et al. Linezolid in the treatment of severe central nervous system infections resistant to recommended antimicrobial compounds. Infez Med. 2005; 13(2):112-119. PMID:16220032.
15. Chen HA, Yang CJ, Tsai MS, et al. Linezolid as salvage therapy for central nervous system infections due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* at two medical centers in Taiwan. J Microbiol Immunol Infect. 2020; 53(6):909-915. doi:10.1016/j.jmii.2020.08.004.

Texto recibido: 21 de agosto de 2025

Aprobado: 16 de diciembre de 2025

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Forma de citar: Pontarolo J, Peirano CB, Schiavino S. Empiema extradural por *Staphylococcus aureus* metilino-resistente con puerta de entrada nasal. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2025; 67 (299):452-459

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0007-7404-905X

b. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0009-6305-2258

c. Médica pediatra especializada en infectología. Médica de planta de la Unidad 10, HNRG. ORCID: 0009-0003-4049-9723

Correspondencia: josefinapontarolo@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

In memoriam

Marta Eugenia Braschi

1970 – 2025

Compañeros de la Unidad de Toxicología^a

¿Quién no conocía a Marta? Era de esas personas con las que uno podía pasar horas escuchándola hablar sobre sustancias de abuso en la adolescencia, aprendiendo de su experiencia y pasión, así como de cualquier otro tema. Compartir una guardia con ella no solo era un momento de trabajo, sino también de risas, confidencias y palabras alentadoras, siempre llenas de sabiduría.

Marta sabía escuchar, no solo como una gran profesional, sino como alguien que comprendía profundamente a quienes tenía enfrente. Todos los que tuvimos el privilegio de conocerla sabemos que ella te tomaba bajo su ala, como una "mamá gallina", compartiendo sus conocimientos con entusiasmo y generosidad, siempre con la intención de hacer crecer a los demás.

"Marta", "Martuchi" o simplemente "Ma" no solo era una persona excepcional, también fue una referente indiscutible en el área de sustancias de abuso para el Hospital de Niños y también para múltiples centros de toxicología.

Siempre comprometida, siempre dispuesta a alzar su voz por quienes más lo necesitaban. Muchos pacientes, marginados por la sociedad y rechazados por otros, encontraban en Marta a alguien con quien podían hablar y sentirse comprendidos. Ella tenía el don de generar confianza, de ayudarlos a tomar conciencia de los peligros y, sobre todo, de enseñarles a cuidarse.

También era una gran cabeza dura, pero tenía una forma de decir las cosas que, aunque estuviese diciendo algo muy difícil o confrontando alguna situación lo hacía con tanta gracia y soltura que nadie se lo tomaba a mal. Su frase más característica era: "boludeces no" y con eso no dejaba espacio a que nadie se enrosque ni complique la vida con cosas sin sentido.



a. Colegas de la Unidad de Toxicología, HNRG

Martu era todo lo que está bien en esta vida: genuina, soñadora, generosa y siempre dispuesta a tender una mano a quien lo necesitara. Su luz y su ejemplo permanecerán vivos en cada uno de nosotros, en cada paciente que ayudó y en cada vida que tocó.

Gracias, Marta, por tanto. Te recordaremos siempre con amor, admiración y profundo agradecimiento.

In memoriam

Marta Russman

1953 – 2025

Maria Del Carmen Torres Tobio^b

Todos los que pasamos por ti, querido Hospital de Niños dejamos recuerdos, y vos Martita sos y serás parte de ellos, de mi memoria y de aquellos que te conocimos. Siempre presente, siempre en el lugar correcto, recta, pero afectuosa al mismo tiempo, nos reímos de muchas cosas y lloramos por otras más.



Tu partida dejó un vacío importante en nosotros y más, pero también nos dejó un ejemplo a seguir como profesional como persona y sobretodo como amiga.

Estás ausente, pero transformaste los recuerdos en fuente de fortaleza que permite seguir adelante sin tristeza, sino con amor.

b. Médica pediatra. Ex Neonatóloga de guardia, HNRG

Historia Clínica

Sección a cargo de Elizabeth Y. Sapia^a

Agustina Barbuto^b, Melanie Bresca^c, Cynthia Slaifstein^d

Datos del paciente

Nombre y Apellido: R. V.

Edad: 4 meses

Sexo: Femenino

Fecha de ingreso: 02/10/24

Procedencia: Provincia de Buenos Aires, Argentina

Motivo de consulta: Tumoración torácica y axilar.

Motivo de Internación: Ampliación de estudios en paciente con tumoración torácica y axilar.

Enfermedad actual

Paciente de 4 meses de edad, de sexo femenino. Consulta al Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez derivada por su pediatra de cabecera por presentar tumoración torácica izquierda y adenopatías axilares e infraclaviculares homolaterales de una semana de evolución, sin síntomas asociados por anamnesis (decaimiento, fiebre, lesiones en la piel, pérdida de peso ni sudoración nocturna). Los estudios de laboratorio y radiografía de tórax realizados previo al ingreso no presentaban hallazgos patológicos. La ecografía de piel y partes blandas informaba en la región axilar izquierda y región infraclavicular imágenes nodulares hipoecogénicas adyacentes entre sí, las mayores de 36 x 30 mm compatibles con adenopatías por lo que se decidió su internación en la unidad clínico-quirúrgica para completar estudios diagnósticos y tratamiento.

Antecedentes personales

- **Perinatólogico:** Nacida a término, con peso y talla adecuados para la edad gestacional. Embarazo controlado, nacida por cesárea por elección materna. Serologías negativas por referencia. Programa de pesquisa neonatal, fondo de ojos, pesquisa de cardiopatías congénitas (prueba de oximetría de pulso) y otoemisiones acústicas dentro de límites normales.
- Bronquiolitis de manejo ambulatorio a los 3 meses de vida.
- Buen progreso pondoestatural y desarrollo neuromadurativo acorde a edad.

a. Médica de Planta. Unidad 8. HNRG

b. Residente de 3^{er} año de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

c. Jefa de Residentes de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

d. Instructora de Residentes de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

- Vacunación completa para la edad, sin cicatriz de BCG.

Examen físico al ingreso

Peso: 6.330 kg (Pc 25-50)

Talla: 59 cm (Pc 10-25)

Perímetro cefálico: 41 cm (Pc 50-75)

Paciente en buen estado general, vigil, reactiva y conectada. Pupilas isocóricas y reactivas, fontanela normotensa. Al examen cardiovascular se encontraba eucárdica, con 2 ruidos en 4 focos, silencios libres. Eupneica con buena mecánica ventilatoria y buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados. Abdomen blando, depresible e indoloro, no se palpaban masas ni visceromegalias. En la región infraclavicular izquierda presentaba una tumoración torácica duroelástica, indolora a la palpación adherida a planos profundos sin signos de flogosis de aproximadamente 5 x 3 cm (imágenes 1 y 2). En la región axilar izquierda se palpaban 2 adenopatías en rango adenomegálico de aproximadamente 2 x 2 cm duro pétreas móviles e indoloras sin signos de flogosis. No presentaba limitación al movimiento, ni disminución de la fuerza, del tono y la sensibilidad del miembro.

Imágenes 1 y 2: tumoración torácica infraclavicular izquierda



Diagnósticos diferenciales

- Adenopatías secundarias a infección viral
- Malformación vascular
- Quiste epidermoide

a. Médica de Planta. Unidad 8. HNRG

b. Residente de 3^{er} año de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

c. Jefa de Residentes de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

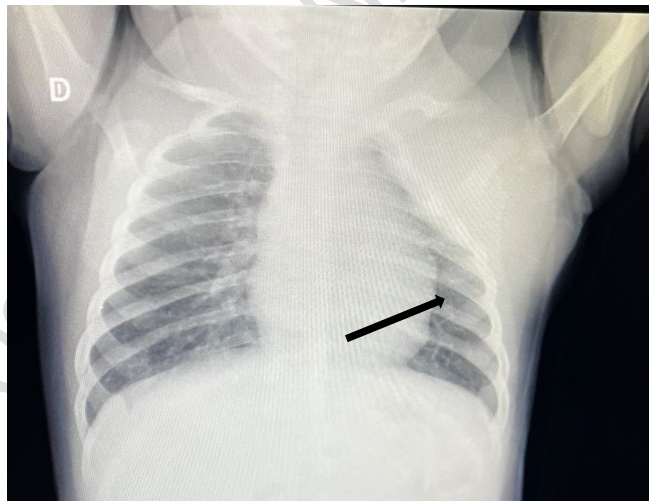
d. Instructora de Residentes de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

- Tuberculosis
- Linfoma
- Fibrosarcoma congénito infantil

Exámenes complementarios

- **Ecografía de piel y partes blandas de región cérvico-torácica izquierda con Doppler color:** Se observa en el espesor del tejido celular subcutáneo imagen ovalada, de aspecto sólido, hipoeecogénica que mide 57 x 33 mm, con escaso flujo, que podría corresponder a conglomerado ganglionar. Dicha imagen está atravesada de un vaso de flujo arterial de alta velocidad. Superior a la imagen descrita y en íntimo contacto presenta dos imágenes redondeadas, que miden 15 mm de diámetro anteroposterior, que podrían corresponder a adenopatías de aspecto inflamatorio.
- **Radiografía de tórax frente:** radio opacidad en región glenohumeral izquierda que compromete parrilla costal homolateral. (Imagen 3)

Imagen 3: Radiografía de tórax frente.



Se observa radiopacidad en región glenohumeral izquierda (flecha negra)

- **Tomografía de tórax y región cervical con contraste:** Se observa una masa con densidad de partes blandas axilar izquierda con extensión al hueco supraclavicular. Ensanchamiento mediastinal. Atelectasia parcial y ocupación del espacio aéreo en el pulmón izquierdo. Atelectasias subsegmentarias basales derechas. Resto dentro de límites normales. El contraste endovenoso no produce refuerzos patológicos. (Imagen 4)

a. Médica de Planta. Unidad 8. HNRG

b. Residente de 3^{er} año de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

c. Jefa de Residentes de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

d. Instructora de Residentes de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Imagen 4: Tomografía de tórax y región cervical con contraste.



Se observa masa axilar izquierda con extensión a hueso supraclavicular con densidad de partes blandas. (flecha blanca)

- **Laboratorio:**

- Hemograma: Glóbulos blancos 7400/mm³ (S 24%/L 67%/M 3%/ E 5%), hemoglobina 10.6 g/dL, hematocrito 30.6%, plaquetas 514 000/mm³

- Química: urea 14 mg/dl, glucemia 108 mg/dl, ácido úrico 3 mg/dl, creatinina 0.23 mg/dl, calcio 10.9 mg/dl, fósforo 6 mg/dl, magnesio 2.2 mg/dl, LDH 255 UI/L, Bilirrubina total 0.32 mg/dl, bilirrubina directa 0.17 mg/dl, GPT 26 UI/l, GOT 45 UI/l, proteínas totales 6.2 mg/dl, albúmina 4.4 g/dl, PCR <0.6 g/dL, EAB 7.37/40/23, Ionograma: Na 138/ K 4.1/ Cl 106, calcio iónico 1.35 mmol/L, lactato 1.4 mmol/L. Coagulograma: TP 104% APTT 30 seg.

- Serologías: IgM CMV, IgM VEB, IgG toxoplasmosis, IgM e IgG Bartonella negativas. Trombocitosis, resto del laboratorio dentro de límites normales.

- **Cultivos a partir de biopsia de la tumoración:** cultivo de gérmenes comunes y *Mycobacterium tuberculosis* negativo, en el examen microscópico no se observaron bacilos ácido alcohol resistente.

Evolución en sala de clínica quirúrgica

Paciente de sexo femenino, previamente sana, que ingresa en buen estado general para diagnóstico y tratamiento de una tumoración torácica y axilar. Como estudios complementarios se realizaron durante la internación los siguientes estudios:

- **Ecografía** de piel y partes blandas que evidenció una imagen ovalada, compatible con un conglomerado ganglionar, atravesada por un vaso con flujo arterial de alta

a. Médica de Planta. Unidad 8. HNRG

b. Residente de 3^{er} año de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

c. Jefa de Residentes de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

d. Instructora de Residentes de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

- velocidad, probablemente correspondiente a la arteria subclavia. Se observaron además dos imágenes redondeadas, sugestivas de adenopatías con características inflamatorias.
- **Tomografía de tórax** para evaluar la extensión y compromiso de tejidos subyacentes donde se observó una masa con densidad de partes blandas axilar izquierda con extensión al hueco supraclavicular y ensanchamiento mediastinal. Durante la semana de internación no se observaron cambios en el tamaño de la masa. Para descartar causa infecciosa se realizó laboratorio y serologías virales (Citomegalovirus, Epstein Barr, Toxoplasmosis y *Bartonella henselae*), sin hallazgos patológicos. La paciente no presentaba epidemiología positiva para tuberculosis ni síntomas compatibles. Por las características de las lesiones se consultó con los servicios de Oncología y Cirugía, con quienes se decidió de manera interdisciplinaria realizar biopsia de la lesión infraclavicular.
- **Biopsia de lesión infraclavicular.** El estudio de la anatomía patológica informa fibrosarcoma congénito/infantil IHQ PanTrk positivo difuso en membrana citoplasmática y focalmente nuclear. Los cultivos del material de biopsia fueron negativos para gérmenes comunes y *Mycobacterium tuberculosis*.

Ante el diagnóstico de fibrosarcoma congénito retroclavicular de difícil acceso quirúrgico se decidió realizar tratamiento biológico por vía oral con larotrectinib y continuar su seguimiento de manera ambulatoria con el servicio de Oncología.

Durante su seguimiento ambulatorio recibió 8 meses de larotrectinib y por progresión del tumor se decidió comenzar con quimioterapia (vincristina, actinomicina y ciclofosfamida). Se realizó angiotomografía de tórax donde se observó la región axilar izquierda ocupada con extensión hacia la regiones supraclavicular y caudal por una formación voluminosa de aspecto sólido, comprimiendo los arcos costales adyacentes sin infiltración, con pérdida del volumen pulmonar y atelectasia segmentaria del parénquima pulmonar homolateral.

Ante esta progresión se decidió la amputación del miembro superior izquierdo y la resección completa del tumor de forma macroscópica. La paciente continúa su seguimiento de manera ambulatoria con kinesioterapia motora, respiratoria, clínica pediátrica, oncología, cuidados paliativos y cirugía.

a. Médica de Planta. Unidad 8. HNRG

b. Residente de 3^{er} año de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

c. Jefa de Residentes de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

d. Instructora de Residentes de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Discusión

El fibrosarcoma congénito infantil es un tumor de tejido fibroso que se presenta al nacimiento o dentro de los primeros tres meses de vida. Es el segundo en orden de frecuencia, dentro de los sarcomas de tejido blando en pediatría y se encuentra mayormente localizado en las extremidades.¹

Clínicamente se presentan como tumoraciones de rápido crecimiento localizadas en extremidades, tronco, cabeza y cuello, aunque pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. Predominan en neonatos y lactantes siendo el 75% de los diagnósticos antes del año de vida y 40% al nacer.² En la paciente presentada el tumor estaba ubicado en el miembro superior izquierdo y llevó a la posterior amputación de su miembro luego de 1 año del diagnóstico, debido al compromiso de estructuras subyacentes secundario a su rápido crecimiento.

El diagnóstico de certeza es anatomopatológico, con presencia en la biopsia de fibroblastos entrelazados con alto índice mitótico con tinción positiva con vimentin. La mayoría de los casos descriptos presentan una translocación cromosómica que resulta en la fusión del gen que está involucrado en el receptor de tirosina kinasa que produce una oncoproteína que lleva a una señalización ininterrumpida y oncogénica, llevando a una transformación y crecimiento tumoral.

Para establecer el tratamiento farmacológico es de vital importancia el resultado de la anatomía patológica que informa la actividad de las proteínas de fusión TRK en el tumor o del gen NTRK, siendo el tratamiento con el inhibidor de la TRK posible en los casos que están presentes.² En el caso de nuestra paciente la anatomía patológica informó IHQ PanTrk positivo difuso en membrana citoplasmática y focalmente nuclear, siendo así candidata para la terapia biológica.

El tratamiento es quirúrgico y/o farmacológico. La resección completa del tumor es de elección y es curativa. No requiere posteriormente quimioterapia ni radioterapia. Sin embargo, el abordaje quirúrgico suele ser dificultoso por la ubicación y el tamaño característico y el contacto estrecho que suelen tener con estructuras nerviosas y vasculares. La quimioterapia prequirúrgica con vincristina, dactinomicina, ciclofosfamida e ifosfamida permite la intervención quirúrgica más conservadora en el caso de que el tumor responda a la misma.

En caso de que no se pueda realizar la exéresis completa, está descripta la radioterapia posquirúrgica. Actualmente la terapia dirigida con larotrectinib (inhibidor de la tirosin kinasa) es la terapia de elección que ha demostrado buena respuesta con la reducción del tamaño

a. Médica de Planta. Unidad 8. HNRG

b. Residente de 3^{er} año de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

c. Jefa de Residentes de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

d. Instructora de Residentes de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

tumoral en aproximadamente el 94% de los pacientes que la recibieron con escasos efectos adversos (aumento de las transaminasas, neutropenia, anemia y vómitos).³⁻⁷ Si bien en el caso presentado se inició terapia dirigida, la falta de respuesta al mismo requirió iniciar con quimioterapia prequirúrgica y posterior resección quirúrgica.

Estos tumores, raramente producen metástasis, pero tienen una alta incidencia de recidiva a nivel local. Las metástasis más frecuentes son las pulmonares. Habitualmente tienen un buen pronóstico, más del 80% se curan. Los tumores localizados en extremidades son más agresivos, como se evidenció en nuestra paciente aun teniendo presencia de receptores que le permitieron recibir terapia dirigida.⁸ La mortalidad está mayormente asociada a sangrado y coagulopatía.

El seguimiento es individualizado dependiendo del compromiso del tumor, complicaciones, tratamiento y respuesta al mismo. Luego de la resolución de la enfermedad deben tener seguimiento estrecho por recidivas locales.^{2,6,9} Por falta de respuesta a la terapia dirigida la paciente presentada requirió una amputación del miembro superior izquierdo, procedimiento bien tolerado. En la actualidad, recibe kinesioterapia motora, kinesioterapia respiratoria y seguimiento multidisciplinario.

En conclusión: El fibrosarcoma congénito infantil es un tumor de rápido crecimiento en neonatos e infantes que, por su baja prevalencia, su diagnóstico suele ser tardío. Ante un paciente menor de un año en buen estado general que presente una tumoración de rápido crecimiento en extremidades, tronco, cabeza y cuello es importante su sospecha y considerarlo entre los diagnósticos diferenciales para lograr un abordaje oportuno e inicio de tratamiento quirúrgico y farmacológico adecuados. Destacamos la importancia de la anatomía patológica y el resultado de los marcadores tumorales para poder iniciar el tratamiento farmacológico.

Bibliografía:

1. Rey G. Sarcomas en pediatría. Rev Hosp Niños B Aires 2011; 53 (241): 56-69. Disponible en: [http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2012/03/con375-56-69.Rey .pdf](http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2012/03/con375-56-69.Rey.pdf)
2. Mathes E, Kittler N. Skin Nodules in Newborns and Infants. UpToDate, 2024. [internet] [Consultado 30-12-2025] Disponible en: www.uptodate.com/contents/skin-nodules-in-newborns-and-infants.
3. Drilon A. TRK Fusion-Positive Cancers and TRK Inhibitor Therapy. UpToDate, 2025. Acceso 30/12/25. [internet] [Consultado 30-12-2025] Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/trk-fusion-positive-cancers-and-trk-inhibitor-therapy#H4247130932>.
4. Instituto Nacional de Cáncer. La terapia dirigida, larotrectinib, es prometedora en Estudios Iniciales. 2018, April 24. [internet] [Consultado 13-11-2025] Disponible en:

a. Médica de Planta. Unidad 8. HNRG

b. Residente de 3^{er} año de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

c. Jefa de Residentes de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

d. Instructora de Residentes de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

- <https://www.cancer.gov/espanol/noticias/temas-y-relatos-blog/2018/larotrectinib-effective-across-cancer-types>
5. Bach C. Larotrectinib (Vitrakvi®). OncoLink. Agosto 21, 2025. [internet] [Consultado 13-11-2025]. Disponible en: <https://es.oncolink.org/tratamiento-del-cancer/oncolink-rx/larotrectinib-vitrakvi-r>
 6. National Cancer Institute. Childhood soft tissue sarcoma treatment (PDQ®). Childhood Soft Tissue Sarcoma Treatment (PDQ®) - NCI. (n.d.). [internet] [Consultado 13-11-2025]. Disponible en: https://www.cancer.gov/types/soft-tissue-sarcoma/hp/child-soft-tissue-treatment-pdq#_760_toc
 7. Lapeña LM, Caldas MCS, Ramírez C, et al. Larotrectinib as an Effective Therapy in Congenital Infantile Fibrosarcoma: Report of Two Cases. J Pediatr Surg Rep. 2022; 10(1):e76-e79. doi: 10.1055/s-0042-1748866.
 8. Pereira LB, Gontijo JRV, Garcia MM, et al. Congenital infantile fibrosarcoma: a rare tumor dermatologists should know about. An Bras Dermatol. 2022; 97(6):825-827. doi: 10.1016/j.abd.2020.12.020.
 9. Leal N, López JC, Díaz M, et al. Fibrosarcoma congénito. Implicaciones diagnóstico-terapéuticas. Cir Pediatr. 2000; 13(4):156-8.
 10. Farfalli GL, Iriberry A, Albergo JI, et al. Sarcomas de Partes Blandas En Pacientes Pediátricos. Análisis de Una Serie de Casos Del Subtipo No rabdomiosarcoma. Arch Argent Pediatr 2014; 112(6):e257-e261. [internet] [Consultado 13-11-2025]. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2014/v112n6a15.pdf>

Forma de citar: Barbuto A, Bresca M, Slaifstein C. Historia Clínica. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2025;67 (299):462-469

Ateneo de residentes de Clínica Pediátrica HNRG

Sección a cargo de Daiana Córdoba^a, Camila Pereyra^a y Cecilia Guenzatti^a

Agustina Barbuto^b, María Florencia Castelli^b, Daiana Córdoba^a, Rocío Yvañez^c, Cecilia Guenzatti^a

Presentación de la paciente

- **Nombre y Apellido:** C.T.
- **Edad:** 11 años
- **Sexo:** Masculino
- **Procedencia:** Provincia de Buenos Aires

Enfermedad actual

Paciente de 11 años internado en nuestro hospital para pasaje de quimioterapia por recaída temprana de leucemia linfoblástica aguda tipo B (LLA-B), en tratamiento intensivo con el protocolo GATLA-ALL-IC-REC 2022, en bloque de inducción R3 con vincristina, L-asparaginasa, mitoxantrona, dexametasona en altas dosis y metotrexato intratecal, en plan de trasplante de médula ósea.

A las 72 horas de haber recibido metotrexato intratecal comenzó con bradipsiquia y en las 24 horas posteriores presentó una convulsión tónico-clónica focalizada en los miembros superiores, de aproximadamente 10 minutos de duración, que cedió luego de administrar dos dosis de lorazepam por vía endovenosa.

Antecedentes personales

- Perinatólogico: Nacido a término, con peso y talla adecuados para la edad gestacional. Embarazo controlado, serologías maternas negativas (por referencia). Pesquisa neonatal normal.
- LLA-B común riesgo intermedio diagnosticada en 2023 con recaída en diciembre de 2024 detectada por dolor localizado en la columna vertebral a nivel torácico, en plan de trasplante de médula ósea. Presentó una trombosis del seno longitudinal posterior secundaria al pasaje de oncaspar en diciembre de 2023, recibió tratamiento con enoxaparina, actualmente sin tratamiento.
- Buen progreso pondoestatural y desarrollo neuromadurativo acorde a su edad. Se encuentra en 6^{to} grado con buen rendimiento escolar.

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

b. Residente de 3^{er} año. Clínica Pediátrica, HNRG

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

- Vacunas: pendientes las correspondientes a los 11 años y para huéspedes especiales.

Examen físico

Antropometría al ingreso: Peso 28.4 kg (Pc 3-10, Z -1.37); Talla 127.5 cm (Pc < 3, Z -1.98), IMC 17.47.

Signos vitales: FC: 69 lpm, FR: 28 rpm, Saturación de oxígeno 99% con máscara de reservorio, TA: 110/56 mmHg, Temperatura 36.5°C.

Paciente crónicamente enfermo en regular estado general. Clínica y hemodinámicamente estable. Eucárdico, 2 ruidos en 4 focos, silencios libres. Eupneico, buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados. Abdomen blando, depresible, no doloroso, leve distensión (secundaria a constipación), ruidos hidroaéreos positivos. Catéter implantable yugular izquierdo sin signos de flogosis. Sin signos de mucositis oral ni anal. Examen neurológico (*post-ictal*): Glasgow 9/15 (apertura ocular al dolor, respuesta verbal confusa y respuesta motriz retirada). Fuerza y tono disminuidos en 4 miembros, reflejos osteotendinosos (ROT) presentes y simétricos. Pares craneales conservados.

Abordaje diagnóstico

En un paciente con recaída de una LLA-B en tratamiento con el protocolo GATLA-ALL-IC-REC 2022, en bloque de inducción R3 que presenta una convulsión tónico-clónica se plantearon los siguientes diagnósticos diferenciales que incluían causas toxicológicas, vasculares y neoplásicas:

- Leucoencefalopatía tóxica inducida por metotrexato intratecal
- Trombosis venosa cerebral, relacionada a L-asparaginasa
- Hemorragia intracraneal, secundaria a trombocitopenia
- Recaída o infiltración del sistema nervioso central (SNC) por leucemia

Con la finalidad de llegar al diagnóstico se realizaron los siguientes estudios complementarios:

Laboratorio

- Hemograma: glóbulos blancos 330 /mm³, hemoglobina 8 g/dL, plaquetas 13 000/mm³. Pancitopenia.

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

b. Residente de 3^{er} año. Clínica Pediátrica, HNRG

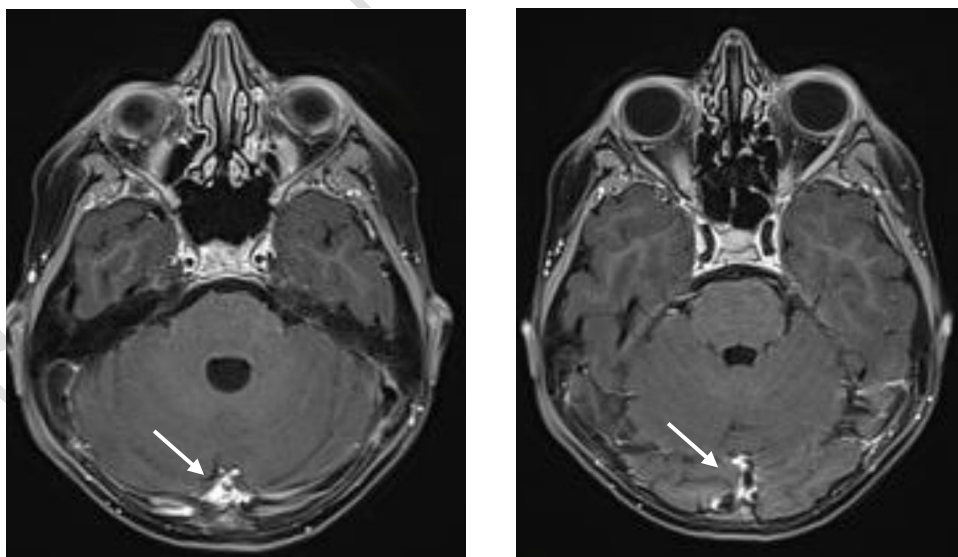
c. Residente de 4^{to} año. Clínica Pediátrica, HNRG

- Química: urea 23 mg/dl, glucemia 84 mg/dl, ácido úrico 1.8 mg/dl, creatinina 0.28 mg/dl, calcio 9 mg/dl, fósforo 5.5 mg/dl, magnesio 1.9 mg/dl, sodio 140 mmol/L, potasio 4 mmol/L, cloro 102 mmol/L, bilirrubina total 0.30 mg/dl, aspartato aminotransferasa (GOT) 57 UI/L, transaminasa glutámico pirúvica (GPT) 63 UI/L, fosfatasa alcalina 230 UI/L, proteínas totales 7.2 g/dL, albúmina 4 g/dL, gamma-glutamyl transferasa (GGT) 113 UI/L, proteína C reactiva 40 mg/L, tiempo de protrombina 110 %, tiempo de tromboplastina parcial activada (KPTT) 40".
- Estado ácido base venoso: pH 7.32. PCO₂ 37 mmHg, HCO₃ 18 mmol/L, ácido láctico 5 mmol/L, calcio iónico 1.12 mmol/L.

Imágenes

- Resonancia de SNC con difusión y contraste: alteración de señal córtico-subcorticales en el lóbulo occipital izquierdo y en la región córtico subcortical del hemisferio cerebeloso derecho. Coexiste una mínima afectación occipital derecha. Las imágenes no restringen su difusión, no realzan con contraste endovenoso ni están asociadas a micro-sangrados. Se interpretan vinculadas a neurotoxicidad por metotrexato. (Imágenes 1 y 2).

Imágenes 1 y 2. Resonancia Magnética Nuclear del Sistema Nervioso Central



Se observa alteración de señal córtico-subcorticales en el lóbulo occipital izquierdo y en la región córtico subcortical del hemisferio cerebeloso derecho (flechas blancas)

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

b. Residente de 3^{er} año. Clínica Pediátrica, HNRG

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

- Angiorresonancia de vasos intracraneales en tiempo arterial y venoso: defectos de señal de flujo en el sector anterior del seno longitudinal superior. Luego de la inyección de contraste se observó permeabilidad conservada. Se trata de una lesión aspecto secuelar presente en examen previo.
- Electroencefalograma: sin hallazgos patológicos.

Los estudios permitieron descartar causas tóxicas-vasculares como la trombosis venosa cerebral secundaria a PEG-asparaginasa. En la angiorresonancia cerebral, se evidenciaron defectos de señal de flujo en el sector anterior del seno longitudinal superior, con permeabilidad conservada ya descriptos en angioresonancia previa por lo que se asumió en consulta con neurología como hallazgo secuelar a trombosis previa, descartando compromiso trombótico del sistema venoso superficial y profundo agudo. Además, por tratarse de un paciente con trombocitopenia, se descartaron signos de sangrado en SNC.

Se descartó infiltración leucémica del SNC, dado que la resonancia magnética cerebral no mostró hallazgos compatibles con recaída. Asimismo, la muestra de líquido cefalorraquídeo obtenida previo a la administración de metotrexato intratecal evidenció ausencia completa de blastos.

Se planteó hipertensión endocraneana idiopática como causa menos probable, ya que el paciente no presentó signos clínicos típicos (vómitos en proyectil, edema de papila o deterioro progresivo del sensorio).

Se evaluó la posibilidad de leucoencefalopatía tóxica inducida por metotrexato, complicación neurológica asociada a la quimioterapia. La resonancia magnética nuclear cerebral mostró signos compatibles de alteración de la señal, vinculadas a neurotoxicidad a metotrexato. Dado el cuadro clínico (convulsiones, alteración del sensorio) y de imágenes, se estableció el diagnóstico de un síndrome PRES (posterior reversible encephalopathy syndrome).

Evolución

El episodio convulsivo fue tratado con dos dosis de lorazepam por vía endovenosa, con resolución completa. Por la presentación clínica, el antecedente de tratamiento quimioterápico y los resultados de los estudios por imágenes, el cuadro se interpretó como un evento neurológico secundario a PRES asociado a la administración intratecal de metotrexato. Fue evaluado por el servicio de Neurología y se realizó un electroencefalograma sin hallazgos patológicos. Se indicó tratamiento profiláctico con levetiracetam, por no presentar hipertensión no se

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

b. Residente de 3er año. Clínica Pediátrica, HNRG

c. Residente de 4to año. Clínica Pediátrica, HNRG

indicaron antihipertensivos y se adoptó conducta expectante con estricto control clínico por tratarse de un cuadro autorresolutivo. Durante las 48 horas posteriores a la convulsión el paciente permaneció bradipsíquico y con desorientación temporoespacial, con recuperación neurológica *ad integrum* luego de ese período, no presentó nuevos eventos ni se observaron secuelas.

Discusión

El PRES, también denominado síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible, es una entidad clínico-radiológica caracterizada por la aparición aguda o subaguda de síntomas neurológicos, tales como convulsiones, alteración del nivel de conciencia, cefalea, trastornos visuales y déficit neurológico focal, asociados a hallazgos característicos en la neuroimagen. Se trata de un síndrome de etiología multifactorial, en el que diferentes condiciones clínicas convergen en un patrón fisiopatológico común, fundamentalmente el desarrollo de edema vasogénico cerebral.¹

Es una complicación infrecuente pero bien reconocida en pacientes pediátricos con enfermedades oncohematológicas y trasplante, especialmente en aquellos sometidos a esquemas de quimioterapia intensiva. En una cohorte de 473 niños con cáncer hematológico o trasplante de progenitores hematopoyéticos, la incidencia de PRES fue estimada en 5,9 por 1000 pacientes-año, lo que refleja que, si bien se trata de una entidad poco frecuente, su impacto clínico es relevante debido a la potencial gravedad de sus manifestaciones neurológicas.¹

La fisiopatología no se encuentra completamente esclarecida. Diversos agentes quimioterápicos han sido implicados en el desarrollo de PRES, entre ellos el metotrexato, tanto por vía sistémica como intratecal. Los mecanismos propuestos incluyen disfunción endotelial inducida por el fármaco, daño microvascular, ruptura de la barrera hematoencefálica y alteración de la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral, lo que conduce al desarrollo de edema vasogénico.¹⁻³ En el caso del metotrexato, se ha postulado un efecto tóxico directo sobre el endotelio cerebral, mediado por estrés oxidativo y liberación de citocinas inflamatorias, que explicaría la aparición del síndrome aún en ausencia de hipertensión arterial significativa.²

Si bien la hipertensión arterial aguda constituye un desencadenante clásico del PRES, múltiples series han demostrado que este síndrome puede desarrollarse con valores tensionales normales o sólo moderadamente elevados, especialmente cuando el factor precipitante es un agente neurotóxico, como el metotrexato.³⁻⁵ En este sentido, la ausencia de hipertensión

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

b. Residente de 3er año. Clínica Pediátrica, HNRG

c. Residente de 4to año. Clínica Pediátrica, HNRG

no debe excluir el diagnóstico, y resulta fundamental mantener un alto índice de sospecha clínica en pacientes oncohematológicos que presentan síntomas neurológicos agudos.

Se ha descrito que la combinación de distintos agentes quimioterápicos —como corticosteroides en altas dosis, antraciclinas o asparaginasa— podría ejercer un efecto sinérgico sobre el endotelio cerebral, incrementando la vulnerabilidad al desarrollo de PRES.²⁻⁴ Esto adquiere particular relevancia en pacientes con leucemia linfoblástica aguda en recaída, expuestos a esquemas terapéuticos intensivos y con antecedentes de eventos vasculares previos. La bibliografía describe que los síntomas neurológicos pueden comenzar desde las primeras 24 horas hasta aproximadamente 14 días posteriores a la administración del fármaco, en concordancia con el período de neurotoxicidad subaguda.²⁻⁴ En la mayoría de los casos, cuando el diagnóstico es oportuno y se instaura un manejo adecuado, la evolución suele ser favorable, con resolución clínica e imagenológica en el transcurso de días o semanas.

La resonancia magnética cerebral es el método diagnóstico de elección. Habitualmente muestra áreas hiperintensas en secuencias T2 y FLAIR, de localización córtico-subcortical, con predominio posterior. No obstante, se han descrito patrones atípicos, con compromiso frontal, temporal, cerebeloso o asimétrico, como en el caso presentado el cual presenta afección en el hemisferio cerebeloso. La ausencia de restricción en la difusión y de realce con contraste endovenoso permite diferenciar el edema vasogénico característico del PRES de otras entidades tales como infarto cerebral, encefalitis infecciosa o infiltración leucémica del sistema nervioso central.¹⁻³

El diagnóstico diferencial en pacientes oncohematológicos es amplio e incluye leucoencefalopatía tóxica inducida por metotrexato, trombosis venosa cerebral asociada a asparaginasa, hemorragia intracraneal secundaria a trombocitopenia y recaída o infiltración leucémica del sistema nervioso central. La integración de los datos clínicos, los antecedentes terapéuticos y los hallazgos de la neuroimagen resulta esencial para establecer un diagnóstico correcto y evitar intervenciones innecesarias. Con respecto al manejo, no existe un tratamiento específico para el PRES, la conducta habitual se basa en la suspensión o ajuste del factor desencadenante, el tratamiento sintomático con anticonvulsivantes y el control estricto de la presión arterial cuando corresponde.³⁻⁵

En series de pacientes oncohematológicos pediátricos, la mayoría evoluciona favorablemente, con recuperación neurológica completa y sin secuelas, siempre que el diagnóstico

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

b. Residente de 3^{er} año. Clínica Pediátrica, HNRG

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

sea precoz.²⁻⁴ En el caso presentado, la suspensión del metotrexato intratecal y el tratamiento sintomático permitieron una recuperación neurológica *ad integrum*, sin recurrencia de eventos.

No obstante, estudios recientes señalan que la interrupción definitiva del metotrexato intratecal tras un episodio de neurotoxicidad podría asociarse a un mayor riesgo de recaída del SNC, por lo que la decisión de suspender o reintroducir el fármaco debe individualizarse, ponderando cuidadosamente los riesgos y beneficios.⁵ Asimismo, si bien la recurrencia de la neurotoxicidad con la reexposición es relativamente baja, se han reportado casos de recurrencia, lo que refuerza la necesidad de protocolos de vigilancia neurológica estrecha en pacientes que continúan con quimioterapia intensiva.^{4,5}

En conclusión, el PRES asociado a metotrexato intratecal, aunque infrecuente, debe ser considerado ante la aparición de síntomas neurológicos agudos en pacientes pediátricos oncohematológicos. La ausencia de hipertensión arterial no descarta el diagnóstico. La sospecha clínica temprana, la indicación oportuna de resonancia magnética cerebral y la instauración precoz de medidas terapéuticas de sostén son fundamentales para optimizar el pronóstico y minimizar el riesgo de secuelas neurológicas a largo plazo.

Bibliografía

1. Pirola JP, Baenas DF, Haye Salinas MJ, et al. Síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible: serie de casos y revisión de la literatura. *Reumatol Clín.* 2020;16(2):169-173.
2. Pavlidou E, Pavlou E, Anastasiou A, et al. Posterior reversible encephalopathy syndrome after intrathecal methotrexate infusion: a case report and literature update. *Quant Imaging Med Surg.* 2016;6(5):605-611.
3. Rivarola K, Ortiz I. Terapéutica de la encefalopatía posterior reversible: una revisión sistemática. *Med Clín Soc.* 2021; 5(2):84-89.
4. Delgado EF, Ruggeri RA, Calvo C. Neurotoxicidad subaguda por metotrexato en pacientes con enfermedad oncohematológica. Reporte de tres casos. *Arch Argent Pediatr.* 2023; 121(2):e202202649.
5. Mateos MK, Marshall GM, Barbaro PM, et al. Methotrexate-related central neurotoxicity: clinical characteristics, risk factors and genome-wide association study in children treated for acute lymphoblastic leukemia. *Haematologica.* 2022;107(3):635-643.

Forma de citar: Barbuto A, Castelli MF, Córdoba D, et al.
Ateneo de residentes de Clínica Pediátrica HNRG.
Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2025;67 (299):470-476

-
- a. Instructora de Residentes de Clínica Pediátrica, CODEI, HNRG
 - b. Residente de 3er año. Clínica Pediátrica, HNRG
 - c. Residente de 4to año. Clínica Pediátrica, HNRG

Adolescencia

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

Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia: una política pública exitosa para garantizar los derechos de la adolescencia

National Plan for the Prevention of Unintended Pregnancy in Adolescents: a successful public policy ensuring adolescent rights

Silvia Oizerovich^b, Gabriela Perrotta^c

Introducción

El embarazo en la adolescencia constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial.¹ Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años, y los hijos de madres adolescentes presentan un riesgo significativamente mayor de mortalidad que aquellos nacidos de mujeres de 20 a 24 años.¹⁻⁴

En Argentina, durante el año 2016, se registraron 96 905 nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años y 2419 en niñas menores de 15 años.⁴ Un estudio realizado en países en desarrollo identificó los siguientes factores como determinantes del embarazo adolescente: falta de educación sexual integral, uso ineficaz o inconsistente de métodos anticonceptivos modernos, normas culturales restrictivas, dependencia socioeconómica de las mujeres respecto de los varones, e influencia del grupo de pares.^{5,6}

La edad de inicio de las relaciones sexuales influye en la elección del método anticonceptivo. A menor edad, disminuye la probabilidad de utilizar métodos altamente eficaces y se incrementa el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual.¹⁻³

Si bien en Argentina se han implementado diferentes planes o programas para la reducción del embarazo no intencional en la adolescencia, con diversos resultados, ninguno alcanzó el impacto que tuvo el Plan ENIA (Plan Nacional de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia).

Este Plan constituyó una política pública innovadora e intersectorial en el campo de la salud sexual y reproductiva. Fue la primera estrategia estatal en abordar el embarazo en la

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

b. Médica. Coordinadora del Comité de Derechos en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO). Ex Directora nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud, Argentina.

c. Dra. en Psicología. Ex Coordinadora Técnica de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud, Argentina.

Correspondencia: adolescenciahnr@gmail.com, soizerovich@gmail.com

adolescencia desde un enfoque integral, basado en derechos, equidad de género y evidencia científica, articulando acciones entre los Ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social.

El Plan integró educación sexual integral, asesorías escolares y consejerías en salud sexual y reproductiva, con participación activa de equipos técnicos y comunitarios. Estas acciones, implementadas por equipos especialmente capacitados, contribuyeron a generar nuevas evidencias y herramientas para fortalecer las políticas públicas destinadas a la salud y los derechos de las y los adolescentes.⁷

Diagnóstico y relevancia del problema

El embarazo no intencional en la adolescencia representa un desafío prioritario para la salud pública y los derechos humanos. Constituye un factor que limita las oportunidades educativas, laborales y de desarrollo personal, y profundiza las desigualdades de género.

En el caso de las niñas menores de 15 años, las consecuencias sobre la salud son especialmente graves. Cuando el embarazo es consecuencia de un abuso sexual, se configura además una vulneración severa de la integridad física y psicológica, que requiere una respuesta integral e intersectorial del Estado.

A lo largo de los últimos años, se observó que la maternidad temprana se asoció con mayores riesgos de morbilidad materna y neonatal, abandono escolar y menores oportunidades de inserción laboral, lo que impactó negativamente en el bienestar, la autonomía y el proyecto de vida de las adolescentes.^{8,9}

El diagnóstico inicial para implementar el Plan ENIA incluyó la decisión de elegir en qué provincias y departamentos se iba a implementar. Para esto se tomaron los indicadores de salud materno infantil, especialmente el de nacidos vivos de madres adolescentes y los embarazos no intencionales (registrados en el Sistema Informático Perinatal).

Se decidió comenzar con las provincias con tasas más altas de nacimientos de madres adolescentes, seleccionando la capital de la provincia y un departamento elegido de acuerdo con las diferentes condiciones sociales.¹⁰

La incidencia de nacimientos de madres adolescentes es marcadamente superior en las provincias del norte del país.⁴

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

b. Médica. Coordinadora del Comité de Derechos en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO). Ex Directora nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud, Argentina.

c. Dra. en Psicología. Ex Coordinadora Técnica de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud, Argentina.

Correspondencia: adolescenciahnr@gmail.com, soizerovich@gmail.com

Marco normativo

Abordar el embarazo en la adolescencia implicó reconocer a las y los adolescentes como titulares plenos de derechos sexuales y reproductivos, conforme a la legislación argentina y a los tratados internacionales ratificados por el país.¹¹ Garantizar estos derechos requiere asegurar el acceso a información científica, educación sexual integral (ESI) y servicios de salud que promuevan decisiones libres, responsables y sin coerción.

El Plan ENIA fue concebido y ejecutado bajo este enfoque de derechos, constituyendo un marco legal e institucional que garantiza la salud sexual y reproductiva de niñas, niños y adolescentes en la Argentina.¹²

Abuso sexual en niñas y adolescentes: prevención, detección y abordaje intersectorial

Uno de los objetivos centrales del Plan ENIA fue prevenir y abordar el abuso sexual en niñas y adolescentes mediante consejerías con enfoque de derechos, confidencialidad y articulación intersectorial. Estas intervenciones, implementadas por equipos especializados de salud y justicia, garantizaron acompañamiento integral y acceso a la interrupción legal o voluntaria del embarazo según correspondiera.¹³

Implementación federal y territorial del Plan ENIA

El Plan se desplegó en tres ejes: escuela, salud y comunidad, bajo la coordinación general del Ministerio de Desarrollo Social, Secretaría Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia. Desde el Ministerio de Educación se fortaleció la Ley 26.150 del Programa Nacional de ESI, capacitando docentes. Desde el Ministerio de Salud, a través del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) y la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DSSYR), se crearon asesorías escolares y consejerías en salud sexual y reproductiva. En el territorio, promotores y referentes comunitarios trabajaban con adolescentes fuera del sistema escolar, fortaleciendo redes locales de cuidado.

El Plan se implementó inicialmente en 36 departamentos de nueve provincias del noreste y noroeste argentino, donde residen aproximadamente 1,39 millones de adolescentes de entre 10 y 19 años (INDEC–UNFPA, 2018).¹⁴

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

b. Médica. Coordinadora del Comité de Derechos en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO). Ex Directora nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud, Argentina.

c. Dra. en Psicología. Ex Coordinadora Técnica de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud, Argentina.

Correspondencia: adolescenciahnr@gmail.com, soizerovich@gmail.com

Un punto clave del Plan ENIA fue su implementación bajo una modalidad interministerial, intersectorial y federal, que garantizó la articulación entre las políticas de salud, educación y desarrollo social. En el año 2020, la dirección del Plan pasó a manos de la DSSYR. Desde su diseño, el Plan estableció una estructura de gestión que combinó una coordinación central, encargada de definir lineamientos estratégicos, técnicos y normativos, con equipos provinciales y territoriales responsables de la ejecución operativa. Este esquema permitió adaptar las estrategias del Plan a los distintos contextos locales, fortaleciendo la capacidad de respuesta frente a las desigualdades regionales en salud sexual y reproductiva de adolescentes. A su vez, promovió la construcción de redes interinstitucionales entre escuelas, centros de salud y espacios comunitarios, asegurando la participación activa de docentes, equipos de salud, asesores y agentes territoriales.

El Plan ENIA contó con un Consejo Consultivo integrado por organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales con trayectoria en salud, educación, género y derechos de adolescentes. Este espacio brindó asesoramiento técnico, acompañó el monitoreo y formuló recomendaciones para fortalecer la implementación. Estuvo conformado por más de 30 organizaciones, entre ellas CEDES, SAGIJ, la Sociedad Argentina de Pediatría (comité de adolescencia) AMADA, así como agencias de Naciones Unidas como UNFPA y UNICEF, entre otras.⁷

La experiencia del Plan ENIA demostró que la articulación interministerial y la presencia territorial de equipos técnicos capacitados fueron factores decisivos para alcanzar resultados sostenibles. El trabajo conjunto entre salud, educación y desarrollo social permitió acercar la consejería en salud sexual y reproductiva, la educación sexual integral y el acceso a métodos anticonceptivos a adolescentes de distintos contextos, incluyendo zonas rurales y sectores urbanos vulnerables.

Este modelo de gobernanza intersectorial fortaleció las capacidades locales y consolidó una política pública sostenible y equitativa en salud sexual y reproductiva de adolescentes. El Sistema de Información y Monitoreo (SIM) del Plan ENIA fue una herramienta clave para la gestión basada en evidencia, integrando datos de escuelas, centros de salud y comunidades para evaluar la cobertura y calidad de las intervenciones.¹⁵

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

b. Médica. Coordinadora del Comité de Derechos en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO). Ex Directora nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud, Argentina.

c. Dra. en Psicología. Ex Coordinadora Técnica de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud, Argentina.

Correspondencia: adolescenciahnr@gmail.com, soizerovich@gmail.com

Impacto sanitario y social del Plan ENIA

Los resultados muestran un impacto sanitario sostenido del Plan ENIA a lo largo del período 2018–2022. La protección anticonceptiva alcanzó progresivamente a más de 300 000 mujeres, lo que se tradujo en la prevención estimada de más de 44 000 abortos, 167 muertes maternas y 2202 muertes infantiles. Estos logros reflejan la eficacia del modelo de intervención intersectorial y la relevancia del acceso oportuno a métodos anticonceptivos de larga duración en la reducción de eventos adversos en salud sexual y reproductiva de adolescentes.¹⁶

El Plan ENIA logró una reducción del 49% en la tasa específica de fecundidad adolescente (10–19 años) entre 2018 y 2023, y del 43% en el grupo de menores de 15 años. Más de 93 000 embarazos en la adolescencia fueron evitados. Se consolidaron 15 000 espacios escolares con asesorías y 1982 servicios de salud con consejerías.⁸ El modelo se destacó en América Latina por su enfoque intersectorial, costo-efectivo y basado en derechos.⁸

Impacto socioeconómico del embarazo en la adolescencia

El estudio “Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en Argentina” realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) estimó que los costos socioeconómicos del embarazo en la adolescencia en Argentina ascienden a 21 512 millones de pesos anuales (USD 568 millones), equivalentes al 0,14 % del PBI. Estos costos incluyen pérdidas educativas, laborales y fiscales, y gastos en salud. El Plan ENIA demostró que cada peso invertido en prevención genera un ahorro de ocho pesos en atención y pérdida de productividad. Sostener políticas públicas basadas en evidencia representa no solo un imperativo ético, sino una decisión económica racional.¹⁷

Reflexiones finales

Los resultados alcanzados por el Plan ENIA entre 2018 y 2023 evidencian el valor de una política pública integral e intersectorial para reducir el embarazo no intencional en la adolescencia y sus consecuencias sanitarias. La ampliación sostenida del acceso a métodos anticonceptivos, especialmente los de larga duración, junto con el fortalecimiento de consejerías, asesorías y educación sexual integral, contribuyó a prevenir embarazos, abortos inseguros y muertes evitables.

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

b. Médica. Coordinadora del Comité de Derechos en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO). Ex Directora nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud, Argentina.

c. Dra. en Psicología. Ex Coordinadora Técnica de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud, Argentina.

Correspondencia: adolescenciahnr@gmail.com, soizerovich@gmail.com

En este contexto, la sanción de la Ley N.º 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a la Atención Postaborto¹⁸ a fines del año 2020 representó un avance decisivo en materia de derechos sexuales y reproductivos al consolidar el principio de autonomía y de atención integral en salud. La articulación entre las acciones del Plan ENIA y el nuevo marco legal permitió no solo garantizar el acceso a la anticoncepción y a la interrupción legal y voluntaria del embarazo, sino también fortalecer el sistema de salud en su capacidad de brindar respuestas oportunas, basadas en la evidencia y con enfoque de derechos humanos.

De este modo, el Plan ENIA se constituyó en una experiencia paradigmática de política pública federal, sostenida en la articulación entre sectores, la producción de evidencia y la garantía de derechos de las y los adolescentes en Argentina.

A partir del cambio de gestión nacional, en diciembre de 2023, se produjo un proceso de desfinanciamiento del Plan ENIA, con despidos de equipos, interrupción de la provisión de insumos anticonceptivos y reducción del 91% del presupuesto del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Los informes de la Agencia de Acceso a la Justicia (ACIJ), Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS), Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), evidencian la pérdida de capacidades técnicas y la ruptura de la articulación intersectorial, comprometiendo derechos y acceso a la salud sexual y reproductiva de adolescentes.¹⁹

El Plan ENIA constituyó un ejemplo de política pública intersectorial exitosa, sostenida en evidencia y derechos humanos. Su desmantelamiento no solo implica retrocesos sanitarios, sino también la pérdida de una red institucional que protegía proyectos de vida de adolescentes. Defender políticas basadas en evidencia y derechos es un compromiso ético y profesional que trasciende gestiones y coyunturas políticas.

Bibliografía

1. World Health Organization. Adolescent pregnancy fact sheet. Geneva: WHO; 2020. United Nations Population Fund (UNFPA). Motherhood in childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy. New York: UNFPA; 2013. [Internet][Consultado 12-11-2025] Disponible en: https://cisp.cachefly.net/assets/articles/attachments/46772_en-swop2013-final.pdf
2. Neal S, Matthews Z, Frost M, et al. Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: A neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. Acta Obstet Gynecol Scand. 2012; 91(9):1114–8.

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

b. Médica. Coordinadora del Comité de Derechos en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO). Ex Directora nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud, Argentina.

c. Dra. en Psicología. Ex Coordinadora Técnica de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud, Argentina.

Correspondencia: adolescenciahnr@gmail.com, soizerovich@gmail.com

3. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: A World Health Organization multicountry study. *BJOG*. 2014; 121(Suppl 1):40–8.
4. Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) – Ministerio de Salud de la Nación. Indicadores básicos 2016: Situación de salud en la Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2017. [Internet][Consultado 16-11-2025]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/indicadoresbasicos2016.pdf>
5. Were M. Determinants of teenage pregnancies: the case of Busia District in Kenya. *Econ Hum Biol*. 2007; 5(2):322-339. doi: 10.1016/j.ehb.2007.03.005
6. Abebe AM, Fitie GW, Jember DA, et al. Teenage Pregnancy and Its Adverse Obstetric and Perinatal Outcomes at Lemlem Karl Hospital, Tigray, Ethiopia, 2018. *Biomed Res Int*. 2020; 2020:3124847. doi: 10.1155/2020/3124847
7. Ramos S, Tobar F, Isla V, et al. Plan ENIA 2017–2023: oportunidades de vida para adolescentes en la Argentina. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES); 2025. [Internet][Consultado 16-11-2025]. Disponible en: <https://ossyr.org.ar/recursos/materiales-ssr-y-enia/>
8. Organización Panamericana de la Salud. El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe: reseña técnica. Washington, DC: OPS; 2020. [Internet][Consultado 16-11-2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/embarazo-adolescencia-america-latina-caribe-resena-tecnica-agosto-2020>
9. World Health Organization. Adolescent pregnancy. Fact sheet. Geneva: WHO; 2024. [Internet][Consultado 16-11-2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
10. Organización Panamericana de la Salud; Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR). Sistema Informático Perinatal (SIP) [Internet]. Montevideo: OPS/CLAP/SMR; 2025. [Internet][Consultado 16-11-2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/sip>
11. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Buenos Aires: Argentina; 2005. [Internet][Consultado 16-11-2025]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26061-110778/texto>
12. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia: Documento oficial 2019. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 2019. [Internet][Consultado 16-11-2025]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/documento_oficial_plan_2019.pdf
13. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de la Nación; UNFPA Argentina. Consejería en derechos a niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual y embarazo forzado. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2021. [Internet][Consultado 16-11-2025]. Disponible en: <https://argentina.unfpa.org/es/publications/consejer%C3%ADa-en-derechos-ni%C3%B1as-y-adolescentes-v%C3%ADctimas-de-abuso-sexual-y-embarazo-forzado>
14. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Plan ENIA: recorridos, logros y desafíos. 1a ed adaptada. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia; 2019. [Internet][Consultado 16-11-2025]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan_enia_recorrido_logros_y_desafios_mayo_2020.pdf

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

b. Médica. Coordinadora del Comité de Derechos en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO). Ex Directora nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud, Argentina.

c. Dra. en Psicología. Ex Coordinadora Técnica de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud, Argentina.

Correspondencia: adolescenciahnr@gmail.com, soizerovich@gmail.com

15. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia. Sistema de monitoreo Plan ENIA. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia; 2019. Libro digital: PDF. ISBN: 978-987-47494-3-7. [Internet][Consultado 16-11-2025]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/sistema_de_monitoreo_plan_enia_documento_tecnico_no_7_-_noviembre_2019.pdf
16. Ministerio de Salud; Ministerio de Educación; Ministerio de Desarrollo Social. Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia. Informe anual de monitoreo 2022. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2022. Libro digital: PDF. [Internet][Consultado 16-11-2025]. Disponible en: https://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/2725/4.%20Informe%20anual%20de%20monitoreo_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en Argentina. Buenos Aires: UNFPA; 2020. Libro digital: PDF. [Internet][Consultado 16-11-2025]. Disponible en: https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Milena_FINAL.pdf
18. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley 27.610. Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, a la atención posaborto y a la educación sexual integral. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires; 2021 ene 14. [Internet][Consultado 16-11-2025]. Disponible en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>
19. ACIJ; ELA; REDAAS; CEDES. Situación del Plan ENIA: razones para recuperar una herramienta que protege a la población adolescente en Argentina. Buenos Aires: ACIJ; 2025. [Internet][Consultado 16-11-2025]. Disponible en: <https://ela.org.ar/wp-content/uploads/2025/06/Situacion-del-Plan-ENIA-28-de-mayo-2025.pdf>

Forma de citar: Oizerovich S y Perrotta, G. Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia: una política pública exitosa para garantizar los derechos de la adolescencia. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2025; 67 (299):477-484*

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

b. Médica. Coordinadora del Comité de Derechos en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO). Ex Directora nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud, Argentina.

c. Dra. en Psicología. Ex Coordinadora Técnica de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud, Argentina.

Correspondencia: adolescenciahnr@gmail.com, soizerovich@gmail.com

Seguridad del paciente

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

De espectadores a aliados: el rol de la familia en la reanimación pediátrica segura

From bystanders to allies: the role of the family in safe pediatric resuscitation

Mónica Garea^b, Miriam Peralta^c

Introducción

La seguridad del paciente constituye un eje central en la calidad de la atención sanitaria. En el caso de los recién nacidos y niños, la vulnerabilidad biológica y la dependencia total del cuidado profesional exigen protocolos específicos y sistemas robustos para prevenir eventos adversos.^{1,2} La participación activa de los pacientes y sus familias en el proceso asistencial es reconocida por organismos internacionales como un componente esencial de la atención segura y de calidad.

En el año 2002, The Joint Commission (TJC), en conjunto con los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), emitieron lineamientos relacionados con la protección de los derechos del paciente en cuanto a las visitas y la compañía durante la hospitalización. De esta colaboración surgió el programa "Speak Up", una iniciativa destinada a fortalecer la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica, promoviendo la participación activa del paciente y su familia en las decisiones y cuidados clínicos.³

Uno de los pilares del programa fue el desarrollo de estándares que alientan a los hospitales a permitir la presencia de un familiar, amigo o persona significativa junto al paciente, con el propósito de brindar apoyo emocional y mejorar la experiencia asistencial. Esta medida se fundamenta en la evidencia de que la implicación familiar puede favorecer la comunicación, reducir la ansiedad del paciente y contribuir a la seguridad mediante una vigilancia compartida.

En pediatría, la presencia familiar adquiere especial relevancia. Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) enfatizan que la atención centrada en la familia es un componente fundamental de la calidad asistencial.² En este marco, la presencia de los padres durante la resucitación cardiopulmonar pediátrica

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum-
Contacto: calidadysecuridadguti@gmail.com

b. Médica de planta. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, HNRG.

c. Lic. en Kinesiología y Fisiatría, Jefa de la Unidad de Terapia Física y Kinesiología. Coordinadora del Comité de Calidad y Seguridad del paciente, HNRG

(RCP) representa una extensión del derecho al acompañamiento, siempre que se implemente de manera segura y con apoyo profesional.^{4,5}

Antecedentes

En contextos de paro cardíaco pediátrico, la inclusión de los padres en el proceso de RCP ha generado debate clínico, ético y psicológico, ya que constituyen escenas de alta carga emocional tanto para el equipo de salud como para los padres.

Tradicionalmente, la exclusión de padres de la reanimación se basa en el temor a que interfieran, causen más estrés o secuelas psicológicas. Existe un número creciente de investigaciones que indican que la presencia parental durante la RCP puede redundar en beneficios concretos, sin comprometer la calidad de la atención.⁶⁻¹⁰

En el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, la presencia de familiares durante la RCP se implementa desde hace varios años. En la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos se cuenta con la presencia de Instructores en Pediatric Advanced Life Support (PALS), que actúan como facilitadores durante la RCP y hacen que mejore la situación de duelo por la que atraviesa la familia. Con protocolos adecuados y personal de apoyo, la presencia parental es viable y beneficiosa tanto para las familias como para el equipo sanitario.

Nos proponemos presentar los últimos avances sobre la presencia de los padres durante la RCP, para analizar sus beneficios y riesgos y proponer recomendaciones para su implementación en entornos hospitalarios.

Presencia Familiar Durante la RCP: Beneficios y Recomendación Clínica

La evidencia científica actual respalda que permitir la presencia de familiares durante la RCP es una práctica beneficiosa que no compromete la calidad de la atención. Un estudio multicéntrico y aleatorizado en adultos demostró que esta presencia no solo evitó resultados perjudiciales en el paciente, sino que impactó positivamente en los familiares al reducir los síntomas de depresión y el duelo prolongado.⁷ Este beneficio es aún más notorio en el ámbito pediátrico, en un estudio de Rahmawati et al (2025) indicaron que los padres que presencian la RCP de sus hijos reportaron mayor satisfacción, menor culpa y una mejor integración del proceso, ya sea de muerte o de sobrevivencia.⁸

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum-

Contacto: calidadysecuridadguti@gmail.com

b. Médica de planta. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, HNRG.

c. Lic. en Kinesiología y Fisiatría, Jefa de la Unidad de Terapia Física y Kinesiología. Coordinadora del Comité de Calidad y Seguridad del paciente, HNRG

Por lo tanto, las guías clínicas recientes han adoptado una postura clara, recomendando que la presencia familiar sea una opción ofrecida al núcleo cercano, siempre que se provea el apoyo adecuado (como un facilitador), dado que no se ha demostrado una interferencia objetiva o una disminución en la calidad del proceso de atención.

La creciente evidencia científica apoya de manera sólida la política de permitir la presencia de familiares durante la RCP, ya que esta práctica ofrece beneficios concretos sin comprometer la calidad de la atención médica

Riesgos, barreras y preocupaciones

A pesar de los beneficios potenciales asociados a la presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar, esta práctica continúa generando controversias dentro de los equipos de salud. Las principales resistencias no se vinculan únicamente a la evidencia clínica disponible, sino también a factores organizacionales, culturales y emocionales que influyen en la toma de decisiones durante situaciones críticas. En este contexto, resulta fundamental analizar los riesgos percibidos, las barreras institucionales y las preocupaciones del personal sanitario, ya que estos elementos condicionan de manera significativa la aceptación e implementación de la presencia familiar en los escenarios de reanimación¹⁰. El personal sanitario a menudo manifiesta inquietudes respecto a que la presencia familiar pueda incrementar el estrés del equipo, interferir con maniobras o provocar litigios.¹¹

Si bien la evidencia sugiere que los riesgos son bajos, la implementación práctica aún es limitada en muchos hospitales, debido a falta de políticas institucionales y formación.¹² Culturalmente, la aceptación varía. Estudios en diferentes países muestran que factores como la experiencia del equipo, la existencia de protocolos y la capacitación influyen en la actitud hacia esta práctica. Sin embargo, en otros, sugieren que la actitud de médicos y enfermeras hacia la presencia familiar en la resucitación podría estar influenciado por sus conexiones con el paciente.¹³

Desafíos y Percepciones del Personal Sanitario

A pesar de la sólida evidencia que respalda los beneficios de la Presencia Familiar durante la Reanimación Cardiopulmonar (PF-RCP), la implementación práctica de esta política

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum-

Contacto: calidadyseguridadguti@gmail.com

b. Médica de planta. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, HNRG.

c. Lic. en Kinesiología y Fisiatría, Jefa de la Unidad de Terapia Física y Kinesiología. Coordinadora del Comité de Calidad y Seguridad del paciente, HNRG

enfrenta barreras significativas, principalmente relacionadas con las percepciones y temores del personal sanitario. El equipo médico y de enfermería a menudo manifiesta inquietudes concretas, como un posible incremento del estrés durante la RCP, la interferencia directa con las maniobras de reanimación o un aumento en el riesgo de litigios; no obstante, la evidencia empírica sugiere que estos riesgos son bajos.

La limitada adopción de la PF-RCP en muchos hospitales se debe en gran medida a la falta de políticas institucionales claras y a la carencia de formación específica. Además, la aceptación es culturalmente variable: estudios internacionales indican que la actitud del personal está fuertemente influenciada por la existencia de protocolos definidos, la experiencia previa del equipo y la capacitación recibida. Sin embargo, en algunas culturas o entornos específicos, la actitud de médicos y enfermeras puede incluso estar sutilmente influenciada por sus conexiones personales con el paciente o la familia.

Condiciones para el éxito

La bibliografía señala que para que la presencia de los padres durante la RCP sea adecuada, se requiere:

1. Política institucional escrita que regule la opción de presencia familiar.¹²
2. Miembro de apoyo familiar (facilitador, que puede ser cualquier miembro del equipo de salud que esté capacitado en RCP) que acompañe a los padres, explique lo que está pasando, mantenga límites y posibilite que se retiren si lo desean.¹⁰
3. Capacitación del equipo en aspectos de comunicación, roles y dinámicas con la familia presente.
4. Espacio físico adecuado (visibilidad, seguridad, posibilidad de contacto limitado) que permita la presencia sin obstaculizar la actuación clínica.¹⁰

Recomendaciones para la práctica institucional

A partir de la evidencia disponible y del análisis de los beneficios y desafíos asociados a la presencia de los padres durante la RCP pediátrica, resulta necesario formular recomendaciones orientadas a la práctica institucional. Estas recomendaciones buscan guiar a los servicios de salud en la implementación segura, ética y organizada de esta estrategia, garantizando

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum-

Contacto: calidadyseguridadguti@gmail.com

b. Médica de planta. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, HNRG.

c. Lic. en Kinesiología y Fisiatría, Jefa de la Unidad de Terapia Física y Kinesiología. Coordinadora del Comité de Calidad y Seguridad del paciente, HNRG

tanto la calidad de la atención clínica como el acompañamiento adecuado de la familia. La incorporación de lineamientos claros permite reducir la variabilidad en la práctica, fortalecer la atención centrada en la familia y asegurar que la presencia parental durante la RCP se desarrolle en un marco de respeto, contención y profesionalismo.

1. Desarrollar y difundir un protocolo institucional que contemple la opción de presencia de padres durante RCP pediátrica, con roles definidos para el facilitador familiar.
2. Capacitar al equipo sanitario (médico, enfermería, auxiliares) en dinámicas de RCP con familia presente: comunicación, contención, límites, logística.
3. Designar un facilitador familiar en cada activación de RCP, responsable de acompañar a los padres, explicar la situación en términos respetuosos y asegurar su seguridad emocional.
4. Prever el espacio físico: asiento para padres, ubicación que permita visibilidad sin entorpecer, posibilidad de retirada voluntaria.
5. Evaluar la práctica periódicamente mediante entrevistas a familias y al equipo, revisar incidencias, modificar el protocolo según evidencia emergente.
6. Considerar factores culturales y contextuales: en Argentina, adaptar el lenguaje, las expectativas y la logística al entorno hospitalario local.

Proceso de Check list utilizado en la Unidad de Cuidados intensivos pediátricos del HNRG realizada por el Equipo de PALS de la UCIP

Guía para el facilitador familiar (checklist)

Antes de ingresar a los padres deberá:

- ✓ Evaluar espacio físico
- ✓ Consultar al coordinador de RCP
- ✓ Explicar brevemente qué está ocurriendo
- ✓ Preguntar si desean estar presentes

Durante la RCP es necesario:

- ✓ Disponer de un lugar confortable, con sillas

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum-

Contacto: calidadyseguiradguti@gmail.com

b. Médica de planta. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, HNRG.

c. Lic. en Kinesiología y Fisiatría, Jefa de la Unidad de Terapia Física y Kinesiología. Coordinadora del Comité de Calidad y Seguridad del paciente, HNRG

- ✓ Mantener postura calmada
- ✓ Evitar lenguaje técnico excesivo
- ✓ Facilitar respiración calma en los padres
- ✓ Asegurar distancia segura

Después de la RCP el facilitador

- ✓ Acompañar a un espacio tranquilo
- ✓ Explicar el desenlace con claridad
- ✓ Responder preguntas básicas
- ✓ Ofrecer apoyo psicológico/hospitalario

Conclusión:

La presencia de los padres durante la RCP pediátrica constituye un cambio paradigmático hacia un modelo de atención centrado en la familia, en el que los cuidadores son reconocidos como parte activa del proceso asistencial y no como observadores externos. La evidencia disponible respalda esta práctica desde los puntos de vista ético y psicológico, sin que se haya demostrado un impacto negativo sobre la calidad, eficacia o seguridad del procedimiento de reanimación.

El ofrecer a los padres la posibilidad de presenciar la RCP puede disminuir sentimientos de impotencia, culpa y exclusión, además de favorecer la comprensión del estado clínico del niño y la percepción de que se realizaron todos los esfuerzos posibles. Estos factores contribuyen positivamente al proceso de duelo o aceptación, especialmente en casos de desenlace desfavorable. Desde la perspectiva del equipo de salud, si bien la implementación de esta práctica requiere un período de adaptación, también puede promover una comunicación más transparente, fortalecer la relación con la familia y consolidar una cultura institucional basada en la humanización de la atención.

Resulta imprescindible contar con protocolos institucionales claros, personal capacitado y un profesional designado para acompañar y contener emocionalmente a la familia durante el procedimiento. Asimismo, debe respetarse la autonomía de los padres, garantizando su derecho a decidir no presenciar la reanimación si así lo prefieren.

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum-

Contacto: calidadyseguridadguti@gmail.com

b. Médica de planta. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, HNRG.

c. Lic. en Kinesiología y Fisiatría, Jefa de la Unidad de Terapia Física y Kinesiología. Coordinadora del Comité de Calidad y Seguridad del paciente, HNRG

En el contexto de los sistemas de salud de Argentina y otros países de América Latina, la incorporación de esta práctica representa una oportunidad para mejorar la experiencia de las familias en situaciones críticas. Su aplicación dependerá de factores como los recursos disponibles, el nivel de complejidad del hospital, la capacitación del personal y la cultura organizacional. En particular, en hospitales pediátricos, la adaptación de esta estrategia puede contribuir a humanizar la atención, fortalecer la confianza entre los padres y el equipo de salud, y avanzar hacia modelos asistenciales más integrales y centrados en la familia.¹⁴

Bibliografía:

1. World Health Organization. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: WHO; 2016. [Internet] [Consultado 1-1-2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>
2. World Health Organization. Patient Safety: A World Alliance for Safer Health Care – Forward Programme 2021–2030. Geneva: WHO; 2021. [Internet] [Consultado 1-1-2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a28c34c0-089c-4f5d-a0b1-5d9c35a3cd67/content>
3. The Joint Commission. Speak Up™: About Your Care. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2002. [Internet] [Consultado 1-1-2026]. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/en-us/knowledge-library/for-patients/speak-ups/about-your-care>.
4. Tiscar González V, Gastaldo D, Moreno Casbas MT, et al. Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco. Aten Primaria 2019; 51(5): 269–277.
5. Costa CP, Laranjeira C. Ventajas de la presencia de la familia en la reanimación pediátrica o en procedimientos dolorosos. Enferm Glob. 2016; 15 (41): 384-399.
6. Dainty KN, Atkins DL, Breckwoldt J, et al. International Liaison Committee on Resuscitation's (ILCOR) Pediatric; Neonatal Life Support Task Force; Education, Implementation and Teams Task Force. Family presence during resuscitation in paediatric and neonatal cardiac arrest: A systematic review. Resuscitation. 2021;162:20-34. doi: 10.1016/j.resuscitation.2021.01.017. Epub 2021 Feb 9. PMID: 33577966.
7. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. N Engl J Med. 2013; 368(11):1008-18. doi: 10.1056/NEJMoa1203366.
8. Rahmawati I, Page T, Conlon L, et al. The impact of being present during in-hospital resuscitation on family members: a scoping review. Eur J Cardiovasc Nurs. 2025; 24(5):688-697. doi: 10.1093/eurjcn/zvaf054. PMID: 40178372.
9. Mancini ME, Diekema DS, Hoadley TA, et al. Ethical issues in resuscitation and end-of-life care. Circulation. 2015; 132(18 Suppl 2):S383–S396.
10. Resuscitation Council UK. Presence of family members at the clinical emergency of children and babies. 2023. [Internet] [Consultado 1-1-2026]. Disponible en:

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum-

Contacto: calidadyseguiridadguti@gmail.com

b. Médica de planta. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, HNRG.

c. Lic. en Kinesiología y Fisiatría, Jefa de la Unidad de Terapia Física y Kinesiología. Coordinadora del Comité de Calidad y Seguridad del paciente, HNRG

<https://www.resus.org.uk/sites/default/files/2023-02/RCUK%20Presence%20of%20Family%20Members%20February%202023%20V3.1.pdf>

11. Amiri MM, Nukpezah RN, Yildirim M, et al. Attitudes And Barriers of Emergency Nurses and Physicians Toward Family Presence During Resuscitation in Iran: A Cross-Sectional Study. *J Emerg Nurs*. 2025; 51(1):124-134. doi: 10.1016/j.jen.2024.07.004.
12. Abuzeyad FH, Elhobi A, Kamkoun W, et al. Healthcare providers' perspectives on family presence during resuscitation: emergency departments in Bahrain. *BMC Emerg Med*. 2020; 20(1):69. doi: 10.1186/s12873-020-00365-4.
13. Hosseinnia S, Soheili A, Feizi A. Attitudes of Iranian Emergency Department Staff Toward Family Presence During Resuscitation. *J Caring Sci*. 2025; 14(3): 205-213. doi: 10.34172/jcs.025.33656.
14. Garea M, Magnante D. Presencia y comunicación con la familia durante la reanimación cardiopulmonar. *Reanimación Cardiopulmonar en Pediatría*. Editorial Médica Panamericana. 2024: Capítulo 26. 223 - 227.

Forma de citar: Garea M, Peralta M. De espectadores a aliados: el rol de la familia en la reanimación pediátrica segura. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2025;67 (299):485-492*

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum-

Contacto: calidadysecuridadguti@gmail.com

b. Médica de planta. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, HNRG.

c. Lic. en Kinesiología y Fisiatría, Jefa de la Unidad de Terapia Física y Kinesiología. Coordinadora del Comité de Calidad y Seguridad del paciente, HNRG

Relatos históricos

Sección a cargo de Viviana G. Bologna^a, Domingo Cialzeta^b y Mónica García Barthe^c

La Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires y el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

The Academia Nacional de Medicina of Buenos Aires and the Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Jorge A. Fiorentino^d, Pablo Neira^e

Contexto histórico y la importancia de Bernardino Rivadavia

La Academia Nacional de Medicina de Argentina fue fundada el 9 de abril de 1822 por Bernardino de la Trinidad González Rivadavia,¹ un verdadero visionario de la modernidad a quien mucho le deben la medicina infantil, nuestro Hospital de Niños y todos los médicos pediatras por sus acciones de gobierno.

En sus inicios, fue el encargado de nombrar los primeros 15 académicos de número y en su discurso inaugural resaltó la importancia que en todos los tiempos había tenido la medicina en las sociedades civilizadas. En esa primera sesión, se solicitó la creación de un sitial más, el N°16 destinándolo a Rivadavia como académico de número con el título de protector y presidente honorario perpetuo de la Academia, en testimonio de gratitud por la obra creadora y al apoyo eficaz que él había prestado.

Mientras se desempeñaba como Ministro de Gobierno, del Gobierno de Martín Rodríguez, le correspondió el honor de redactar el edicto de creación de la Universidad de Buenos Aires el 9 de agosto de 1821, y que tuvo su concreción el día 12 al inaugurarla solemnemente en el templo de San Ignacio.²

El Edicto Nacional de la Universidad contenía ideas modernas y fundamentales sobre la estructura y función de esta casa de estudios. Rivadavia insistía en asignarle a la función de la Universidad un sentido político y social y no únicamente docente en reacción de la cultura contra la barbarie. Uno de sus departamentos universitarios denominado "De La Medicina" con el tiempo se convertiría en la actual Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires gracias a la intensa labor de su primer rector el Dr. Antonio Sáenz. No dudó en incorporar a las mujeres

a. Prof. Dra. en el área de Farmacología (UBA). Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)

b. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Guardia, Depto. de Urgencia. Servicio de Adolescencia, HNRG

c. Psicóloga de guardia, HNRG

d. Jefe de Departamento de Urgencia HNRG

e. Director del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Correspondencia: marcofioro@gmail.com

para realizar obras de gobierno y puso en manos de ellas la educación y la beneficencia siendo el inspirador en 1823 de la creación de la Sociedad de Damas de Beneficencia de la Capital, institución que años después concretara el proyecto Hospital de Niños San Luis Gonzaga.¹⁻³

La Academia Nacional de Medicina y sus comienzos

La Academia Nacional de Medicina se inauguró apenas 2 años después de la Academia de Medicina de París y tiene el privilegio de ser la más antigua de América, siendo su primer presidente el Académico Dr. Justo García Valdez.²

El decreto de su creación se denominó "Arreglo en la Medicina" y en su artículo N° 96 se expresaba "...Queda constituida una Academia de Medicina de la que podrán ser miembros todos los profesionales de cualquiera de las ramas del arte de curar, de los de historia natural y ciencias físicas en general...". Este decreto suscripto el 9 de abril de 1922 por los mismos gobernantes que habían erigido el año anterior la Universidad de Buenos Aires, puede considerarse el punto de partida de las instituciones sanitarias argentinas y de las actuales normas defensivas de la salud pública que rigen en la República.⁴

Esta Institución se define como una entidad civil sin fines de lucro y su autonomía es importante porque ofrece la posibilidad de trabajar e investigar con continuidad en un medio totalmente ajeno a los vaivenes políticos, a las influencias gubernamentales y a los intereses personales, dedicándose exclusivamente a lo científico. Como institución oficial, también tiene como función asesorar a las autoridades de gobierno en temas generales relacionados con la sanidad.

Como ya dijimos, esta Academia -rectora en medicina y docencia- inicia su historia a la par de la enseñanza universitaria en nuestro país, y mucho se le debe a Bernardino Rivadavia quien luego de tomar contacto con los más altos círculos intelectuales europeos, le proporciona al país gran parte de su formación.

Es así, como el Estado ha recibido un cúmulo de aportes e ideas muy importantes y útiles para la vida institucional de los años venideros en donde también se incluyó fundar la Academia de Medicina y encender todas las luces de las ciencias.

No cabe duda de que Rivadavia fue un hombre con ideas novedosas que chocaban el ambiente colonial. Defensor de la Ciudad de Buenos Aires durante las invasiones inglesas,

a. Prof. Dra. en el área de Farmacología (UBA). Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)

b. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Guardia, Depto. de Urgencia. Servicio de Adolescencia, HNRG

c. Psicóloga de guardia, HNRG

d. Jefe de Departamento de Urgencia HNRG

e. Director del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Correspondencia: marcofioro@gmail.com

secretario del Primer Triunvirato, hábil negociador diplomático, Ministro de Gobierno y Relaciones Exteriores, prosiguió su labor transformadora y constructiva hasta convertirse en el Primer Magistrado de la Nación.⁵

A su inspiración hay que sumar su dinamismo de gobernante, para enviar jóvenes a Europa y a la vez convocar al país, para fomentar su progreso, a ilustres de ciencia como José Najt, Aimé Bonpland, Pedro Carta Molino, Carlos Ferrari, Alejandro P. Sá, Carlos E. Pellegrini y de letras como Joaquín de Mora y Pedro de Angelis. En cualquiera de las manifestaciones de organización administrativa, de orden cultural, de defensa nacional, de beneficencia pública que el investigador remueva en el pasado argentino, allí aparece el nombre y la figura de Rivadavia. Su obra para el veredicto público, de generación en generación ratifican el juicio de Bartolomé Mitre al declararlo nuestro primer hombre civil.

Organización interna - Su cuerpo constitutivo

Actualmente la Academia de Medicina está integrada por treinta y cinco académicos titulares "*ad honorem*" y vitalicios, elegidos por sus pares mediante un mecanismo de selección y designados por el propio Plenario Académico; los mismos ocupan siales numerados y nominados, que llevan el nombre de ex miembros históricos que los ocuparon.^{2,5,6} Esta modalidad, se impuso en 1994, cuando ejercía la presidencia el Académico Dr. Osvaldo Fustinoni.

El plenario académico aprobó la propuesta de designar 35 siales con los nombres de miembros destacados del pasado médico de la República Argentina. De este modo, la Academia rinde homenaje a las figuras relevantes del pasado donde distinguimos a dos de los nuestros con siales propios. El N° 13 pertenece a José María Ramos Mejía y en el N° 26 a Marcelo Viñas quien, además, en 1911 fue nombrado Profesor Titular de la 4^{ta} Cátedra de Clínica Quirúrgica de la Universidad de Buenos Aires.

Como ya se dijera, los miembros titulares son elegidos por sus méritos éticos y curriculares mediante un concurso a cargo del propio plenario académico. Hay además dos categorías accesorias que son los Honorarios (nacionales y extranjeros) y los Correspondientes (también nacionales y extranjeros).

a. Prof. Dra. en el área de Farmacología (UBA). Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)

b. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Guardia, Depto. de Urgencia. Servicio de Adolescencia, HNRG

c. Psicóloga de guardia, HNRG

d. Jefe de Departamento de Urgencia HNRG

e. Director del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Correspondencia: marcofioro@gmail.com

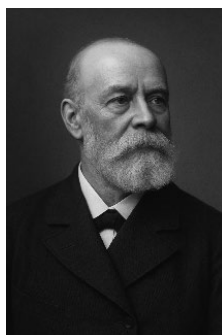
El edificio actual

Originalmente, esta entidad estaba emplazada en la calle Parera 119 donde funcionó hasta 1942 para luego trasladarse a su señorial edificio situado en Av. Las Heras 3092 de la CABA. Esta segunda sede, fue inaugurada el 16 de abril de 1942 siendo el Académico Mariano Castex a quien le correspondió colocar la piedra fundamental del nuevo edificio de ecléctico estilo neoclásico.⁶ Las decoraciones escultóricas del frontón de la fachada principal y del salón de actos fueron realizadas por el arquitecto y escultor Antonio Peretti.

La Academia fue construida en el terreno ubicado sobre la avenida Las Heras y Coronel Díaz, donado por los hermanos Marcelino y Rafael Herrera Vegas en memoria de su padre Rafael, quienes también y como legado, aportaron 11 000 libros a la extraordinaria biblioteca inaugurada el 18 de abril de 1944 en solemne acto público. A esta donación siguieron las de los Académicos Mariano R. Castex, Carlos Bonorino Udaondo, y Benito Bosch entre otros. Con 40.500 volúmenes, y una gran variedad de publicaciones periódicas, está considerada una de las más importantes del país y de Sudamérica.

El nuevo edificio fue construido a continuación de la escuela de educación primaria Dr. Rafael Herrera Vega (imagen 1), quien como antes se expresara, fue uno de los donantes del predio además de primer director del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, cargo que desempeñó hasta la llegada de Ricardo Gutiérrez desde Europa en 1875. Este excelente médico cirujano (argentino por adopción) nació en Caracas Venezuela en 1834 y desempeñó sus tareas prestando sus generosos servicios en pos de la incipiente pediatría colaborando con nuestro Hospital junto a otro médico ilustre como Ignacio Pirovano.

Imagen 1. Académico Cirujano Dr. Rafael Herrera Vega (1834-1910). Sital N° 10 Gregorio Araoz Alfaro



- a. Prof. Dra. en el área de Farmacología (UBA). Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)
- b. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Guardia, Depto. de Urgencia. Servicio de Adolescencia, HNRG
- c. Psicóloga de guardia, HNRG
- d. Jefe de Departamento de Urgencia HNRG
- e. Director del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

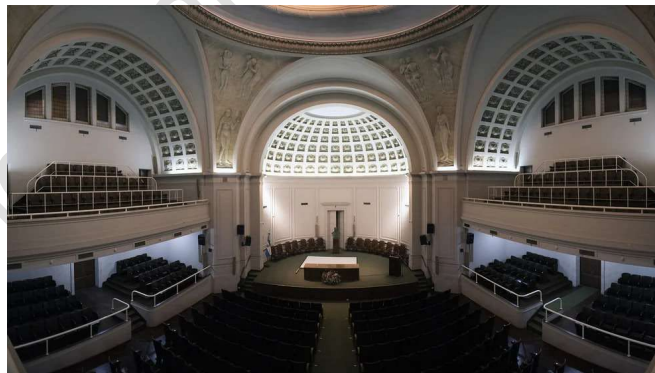
Correspondencia: marcofioro@gmail.com

Herrera Vega fue quien introdujo en nuestro medio el uso del termómetro mercurial para determinar los grados de temperatura de los enfermos, razón que justificó que los pacientes lo llamen y reconozcan como el “médico del canutillo”. Su afamada solvencia profesional lo convirtió al menos en el médico personal de 4 presidentes argentinos: Domingo F. Sarmiento, Nicolás Avellaneda, Bartolomé Mitre y Julio A. Roca. Murió en Paraguay el 26 de setiembre de 1910 con la satisfacción de haber vivido al servicio del prójimo.¹

El Aula Magna (Salón de Actos)

El Aula Magna Marcelino Herrera Vega con un aforo para más de 500 personas con plateas, balcones y palcos es el lugar elegido para la realización de actos y jornadas en donde también se entregan los premios que otorga la academia (imagen 2). Sus techos abovedados con elementos arquitectónicos que evocan el neoclásico, crean un gran efecto de amplitud en su interior. Su construcción está compuesta por 4 arcos que se entrelazan en sus partes superiores en un círculo central que los liga entre sí. En las cuatro pechinas que se conforman, se han realizado figuras alegóricas en relieve que decoran con aspecto narrativo el Aula Magna de la Academia Nacional, una verdadera joya de la arquitectura moderna.⁷

Imagen 2. Aula Magna “Marcelino Herrera Vega” (Academia Nacional de Medicina)



Fuente: Sitio web de la Academia nacional de medicina (<https://anm.edu.ar/salones/>)

El Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y su vinculación con la Academia:

El Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez tiene el privilegio de haber aportado a esta Academia 18 miembros titulares (tres de ellos presidentes elegidos por plenario académico Dres. José E. Rivarola, Cesar Bergadá y Miguel Podestá), dos de ellos con sitial propio (Dres.

a. Prof. Dra. en el área de Farmacología (UBA). Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)

b. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Guardia, Depto. de Urgencia. Servicio de Adolescencia, HNRG

c. Psicóloga de guardia, HNRG

d. Jefe de Departamento de Urgencia HNRG

e. Director del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

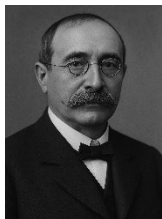
Correspondencia: marcofioro@gmail.com

José María Ramos Mejía y Marcelo Viñas) más un Académico Honorario (Dr. Caupolicán Castilla) y un Académico Correspondiente (Dr. Eduardo Ladislao Holmberg)

Académicos Titulares



Ignacio Pirovano
1881-1891
Sitial N° 7
Pedro Nolasco
Rojas



José María Ramos
Mejía
1905-1914
Sitial N° 13
José María Ramos
Mejía



Baldomero
Sommer
1910-1918
Sitial N° 23
Ricardo
Finochietto



Máximo Castro
1922-1924
Sitial N° 8
José Pena



Marcelo Viñas
1925-1940
Sitial N° 26
Marcelo Viñas



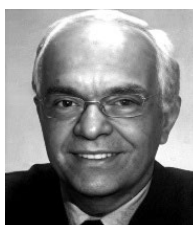
Mario Justo del
Carril
1945-1952
Sitial N°22
Enrique B. del
Castillo



José Enrique
Rivarola
1963-1993
Presidente 1978-
1980
Sitial N° 6
Luis Güemes



Carlos Arturo
Gianantonio
1989-1998
Sitial N°2
Martín Marcos
Torino



Juan Carlos Araoz
1990-1996
Sitial N° 15
Domingo Cabred



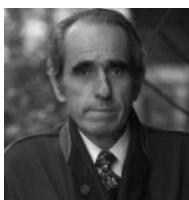
Cesar Bergadá
1990-2005
Presidente 2002-
2004
Sitial N° 34
Alejandro
Raimondi



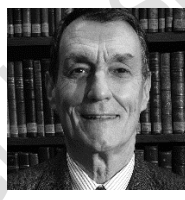
Alfredo Larguía
1996-2004
Sitial N°2
Martín Marcos
Torino



Fonseca, Rolando
Gilberto Rafael
1999-2015
Sitial N° 28
Alberto Peralta
Ramos



Miguel Larguía
2005-2024
Sitial N°2
Martín Marcos
Torino



Miguel Podestá
2013 y continúa
Actual presidente
Sitial N°15
Domingo Cabred



Juan Antonio
Guevara
2015 y continúa
Sitial N° 20
Marcelino Herrera
Vega



Carlos Navari
(2025 y continúa).
Sitial N° 21
Emilio Astolfi



Académico
Honorario:
Caupolicán Castilla



Académico
Correspondiente:
Eduardo Ladislao
Holmberg

Fuente: Las fotografías de los académicos han sido tomadas del sitio web de la Academia Nacional de Medicina y otros sitios afines.

- Prof. Dra. en el área de Farmacología (UBA). Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)
- Médico pediatra. Jefe de Unidad de Guardia, Depto. de Urgencia. Servicio de Adolescencia, HNRG
- Psicóloga de guardia, HNRG
- Jefe de Departamento de Urgencia HNRG
- Director del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Correspondencia: marcofioro@gmail.com

Institutos dependientes la Academia Nacional de Medicina:

Actualmente la Academia Nacional de Medicina tiene incorporados prestigiosos Institutos de alto relieve científico que forman parte de ella misma.

1. El Instituto de Investigaciones Hematológicas Mariano R. Castex fundado el 24 de mayo de 1956 (I.I. HEMA.)
2. El Instituto de Investigaciones Epidemiológicas fundado el 28 de mayo de 1981 (I.I.E.)
3. Instituto de Medicina Experimental (I.M.EX.)- con una doble dependencia CONICET & Academia Nacional de Medicina

Estas tres organizaciones investigan y asesoran para el desarrollo científico y técnico de la medicina argentina, reuniendo un total de más de 200 profesionales y personal técnicos.⁷

Comentarios Finales:

Como comentario final diremos que la Academia Nacional de Medicina nació poco tiempo después del amanecer de la Patria. Sólo 12 años la separan de la Revolución de Mayo y apenas 6 de la Declaración de nuestra Independencia. Su rica historia se inicia a la par de la enseñanza universitaria de la medicina y durante varios decenios fue su institución rectora.

Figuras prominentes de la medicina y las ciencias naturales ocuparon sus sitials y el orgullo de haber pertenecido como miembros académicos titulares a tres Premios Nobel, los académicos Bernardo A. Houssay (1887-1971), Luis F. Leloir (1906-1987) y el Académico Honorario César Milstein (1927-2002).

Valgan estas pocas líneas para homenajear a esta emblemática y señera institución que por más de 200 años contribuye a mantener los estándares más altos de la medicina argentina. Durante toda su existencia, ha sido representada por la élite científica y ética de la medicina siendo un punto de referencia ineludible en el planteo, la opinión y la solución de los grandes problemas médicos del país.

Hoy como ayer, la Academia Nacional de Medicina es una de las instituciones rectoras de las Ciencias Médicas y un orientador activo en los aspectos científicos y humanísticos de la Medicina. Su presencia en la sociedad es una garantía para el cumplimiento de los claros objetivos del desarrollo de la Medicina en el país.

a. Prof. Dra. en el área de Farmacología (UBA). Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)

b. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Guardia, Depto. de Urgencia. Servicio de Adolescencia, HNRG

c. Psicóloga de guardia, HNRG

d. Jefe de Departamento de Urgencia HNRG

e. Director del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Correspondencia: marcofioro@gmail.com

El Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez en sus 150 años de existencia ha aportado 19 médicos que han tenido -y tienen el honor- de integrar el selecto listado de académicos, contribuyendo y agigantando la rica historia de esta Institución.

Bibliografía

1. Cignoli F. Conferencia Final "El pensamiento renovador de Rivadavia y las Instituciones Médico Sanitarias Argentinas". Actas del Primer Congreso Hispanoamericano de Historia de la Medicina. Asociación Médica Argentina-Sociedad Argentina de Historia de la Medicina. Municipalidad de Buenos Aires Centro Cultural San Martín, 9 al 12 de dic 1980.
2. Quiroga MI. Rivadavia Académico de Medicina. Conferencia pronunciada en la Academia Nacional de Medicina. Boletín de la Academia Nacional de medicina de Buenos Aires; 1966; 44: 319.
3. Archivo General de la Nación. Gobierno, Tribunal de Medicina, S.X. 6-2-2. Citado por Quiroga, M. La Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. 1822 -1972. Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires: Buenos Aires, 1972
4. Wikipedia. Academia Nacional de Medicina. [Internet] [Consultado el 20/11/25] Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Academia_Nacional_de_Medicina_\(Argentina\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Academia_Nacional_de_Medicina_(Argentina))
5. Quiroga MI. La Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires 1822-1972. Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, 1972.
6. Jáuregui GR. La Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires 1972-1999. 1999. Ed. Estudio Sigma CABA Argentina. ISBN 950-629-005-9.
7. Martí ML. Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, Bicentenario 1822-2022 Primera Ed. CABA: Prosa y Poesía. Amerian editores, 2022.

Forma de citar: Fiorentino J, Neira P. La Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires y el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.
Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2025; 67 (299):493-500

-
- a. Prof. Dra. en el área de Farmacología (UBA). Farmacéutica honoraria, HNRG. Lic. en Curaduría y Crítica de las Artes (UNA)
 - b. Médico pediatra. Jefe de Unidad de Guardia, Depto. de Urgencia. Servicio de Adolescencia, HNRG
 - c. Psicóloga de guardia, HNRG
 - d. Jefe de Departamento de Urgencia HNRG
 - e. Director del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Correspondencia: marcofioro@gmail.com

Noticias

Sección a Cargo de Paola Viola^a, Sandra Sagradini^b y Elizabeth Sapia^c

Jornadas 150 Aniversario del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

El 16 y 17 de octubre se llevaron a cabo las Jornadas Aniversario por los 150 años de nuestro Hospital, bajo el lema *"Ayer y hoy a la vanguardia del cuidado y la atención de la Infancia y la Adolescencia"*. Estas jornadas especiales fueron organizadas con el objetivo de honrar nuestro pasado, fortalecer nuestro compromiso en el presente y proyectar la excelencia hacia el futuro.

Durante el evento, referentes de distintas áreas del hospital participaron en charlas con expertos junto a cuatro exresidentes que hoy desarrollan su labor profesional en el extranjero. Estuvieron presentes la Dra. María Luz Endeiza (infectóloga, docente de pediatría y de infectología de la Universidad de los Andes y jefa del vacunatorio de la Clínica de la Universidad de los Andes de Chile); el Dr. Gonzalo García Guerra (profesor de Pediatría de la Universidad de Calgary, Jefe de la terapia intensiva del Alberta Children's Hospital, Co-director Médico de la Clínica de Seguimiento Post-UCIP y del equipo de transporte pediátrico de Canadá); la Dra. Carina Rodríguez (profesora de Pediatría, Vicepresidente de Pediatría, Asuntos Docentes. Jefe de División de Enfermedades Infecciosas de la Universidad del Sur de Florida de EE.UU.) y el Dr. Saúl Malozowski (Asesor Senior de fisiología endócrina en el Instituto Nacional de la Salud en los Estados Unidos, ente que desarrolla y subvenciona investigación en Salud tanto en los EE.UU. como en otras regiones del mundo). el Dr. Malozowski ha trabajado en investigación básica y clínica y durante una década en la FDA donde fue responsable de la evaluación y la aprobación de más de 20 nuevos medicamentos. Mantiene un vínculo activo y estrecho con la División de Endocrinología del hospital, a donde concurre todos los años colaborando en la atención de pacientes, en la actividad docente, y todos los martes, gracias a la magia de la tecnología, participa en el ateneo del servicio.



El Dr. Pablo Neira, director de la institución, entregó una plaqueta de reconocimiento a estos profesionales como muestra de agradecimiento por su participación en las jornadas. Los temas abordados incluyeron: Genómica aplicada a la práctica pediátrica, Innovaciones en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, Estrategias de prevención para enfrentar el *Virus Sincicial Respiratorio*, Repensando la UCIP:

a. Médica pediatra de planta. Consultorios Externos, HNRG

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

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

¿cuidar para sobrevivir o para vivir con calidad?, Cambiando las reglas del cáncer infantil: Impacto y promesa de la biología molecular. Mirando al pasado, enfocados en el futuro que incluyó temas como: La revolución de la Cirugía Cardiovascular infantil, la ortopedia infantil en la era de la Big data, Neurocirugía: camino a lo mínimamente invasivo, evolución de la Cirugía general pediátrica y la evolución de la Cirugía Plástica en el Hospital de Niños.

En la conferencia de cierre titulada *Construyendo el mañana: la historia y el futuro del Hospital de Niños*, el Dr. Pablo Neira, realizó un recorrido histórico sobre nuestro hospital y presentó los proyectos que se encuentran en desarrollo, tanto los relacionados con gestión como los edificios, concluyendo así este encuentro científico, pero también afectivo para todos los participantes.

El evento se desarrolló de manera presencial y virtual, reuniendo a pediatras de distintas regiones del país y del exterior, consolidando el compromiso del hospital con la excelencia en la atención y la formación en pediatría. Entre el 13 y el 15 de octubre, en el marco de las Jornadas Aniversario, se llevaron a cabo, además, las Jornadas de Infectología, Inmunizaciones y Neurodesarrollo, desarrolladas en modalidad presencial y virtual, con una amplia participación.

Dra. Silvia Baleani

Comité Organizador Jornadas Aniversario

Primer cardiodesfibrilador subcutáneo implantado en un paciente pediátrico en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

La muerte súbita en la miocardiopatía hipertrófica (MCH) continúa siendo uno de los eventos más devastadores y temidos en cardiología pediátrica, ya que puede ser la primera manifestación de la enfermedad incluso en niños previamente asintomáticos. La identificación precoz de pacientes con riesgo aumentado y la implementación de estrategias de prevención primaria son fundamentales para evitar desenlaces fatales. En los últimos años, el desarrollo del cardiodesfibrilador subcutáneo (S-ICD) ha representado un avance innovador en el manejo de niños y adolescentes. Este dispositivo ofrece protección eficaz frente a arritmias ventriculares malignas sin recurrir a cables transvenosos, lo que reduce complicaciones, preserva el árbol venoso y acompaña el crecimiento del paciente, transformándose en una herramienta clave en la prevención de muerte súbita en pediatría.

a. Médica pediatra de planta. Consultorios Externos, HNRG

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

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

En este contexto, se presentó en ateneo central una paciente cuyo caso refleja de manera contundente la importancia de estos avances. Desde muy temprana edad, el elemento más llamativo fue la significativa carga hereditaria: varios familiares afectados por MCH y múltiples episodios de muerte súbita, lo que la ubicaba en un grupo de alto riesgo a pesar de encontrarse asintomática y con estudios iniciales normales. Debido a este fuerte antecedente familiar, se mantuvo un seguimiento estrecho durante su infancia. Con el tiempo, la resonancia magnética cardíaca con realce tardío evidenció fibrosis en las zonas de mayor hipertrofia y en el segmento apical, hallazgo que, sumado a la historia familiar, incrementó notablemente su riesgo arrítmico.

Ante este escenario y con el objetivo de prevenir un evento de muerte súbita, se decidió, a los 12 años, el implante de un cardiodesfibrilador subcutáneo (S-ICD). Este procedimiento no solo representó la opción terapéutica más segura y adecuada para su perfil, sino que además constituyó un hito institucional, al tratarse del primer S-ICD implantado en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, marcando un avance significativo en la protección arrítmica pediátrica. La evolución posterior fue favorable, con excelente adaptación al dispositivo, continuidad de actividad física no competitiva acorde a su edad. Este caso destaca cómo la comprensión del riesgo de muerte súbita y el acceso a tecnologías innovadoras permiten un abordaje preventivo, seguro y personalizado, con impacto directo en la supervivencia y la calidad de vida de pacientes pediátricos con MCH.

Elayne Sadith Oropeza Alborta, Daniela Pastaro y Andrés Bochoeyer

División cardiología, HNRG

Un cerezo para inspirar nuestro compromiso en los 150 años del hospital

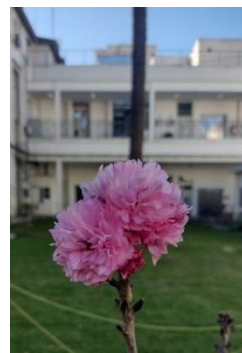
El miércoles 10 de septiembre de 2025, nos reunimos en el parque, detrás de "Chicho" para celebrar la plantación de un Cerezo Rosa, árbol de Sakura, símbolo de la interculturalidad que nos habita y transita nuestro querido hospital. El Sakura simboliza "la belleza efímera de la vida", la renovación y la esperanza. Estos jardines son de valor histórico, este año cumplen 129 años de su creación por Carlos Thays. Queríamos compartirles un dato curioso sobre el apellido de Carlos Thays, hablando de la interculturalidad, su apellido es francés, pero proviene del griego antiguo Θαΐς que se interpreta como "aquella que es contemplada", "la que es hermosa" o "flor", que increíblemente coincide con este evento.

a. Médica pediatra de planta. Consultorios Externos, HNRG

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

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

Este acto simbólico, que reunió a la comunidad hospitalaria; niños, familias, médicos, enfermeros, docentes, personal de mejores hospitales, técnicos, voluntarias, administrativos, etc., buscó crear un momento de pausa, para conectarnos con la naturaleza y el bienestar socioemocional que ésta nos provoca, en comunidad y recordándonos que "cada momento es un regalo." La idea nació en la Biblioteca del hospital, en el grupo de Restauración Histórica y fue motorizado por la Escuela Hospitalaria N°1, entre todos le fuimos dando forma, desde la escuela el parque siempre está incluido y este año especialmente con proyectos pedagógicos basados en la observación, mediante recorridos y reconocimiento de distintas especies y etiquetado botánico. El evento no solo conmemoró la historia del hospital, sino que también honró la dedicación de quienes lo hacen posible. A través de la música, docentes y musicoterapeutas e integrantes del coro del hospital, interpretaron "Canción para bañar la luna" de María Elena Walsh; la poesía de los haikus y susurradores que realizaron las docentes con sus alumnos, unieron la historia, la naturaleza y el arte, demostrando que, "la alegría se comparte y que todos somos parte." Como souvenir los docentes con sus alumnos realizaron abanicos, con prospectos que la farmacia nos facilitó, dado que somos parte del programa "Escuelas Verdes."



Agradecemos a Pablo Neira, por habilitar la posibilidad de que esto suceda, a Julián Onaindia por acompañarnos y participar con su presencia, a Julián Sasaki, por la donación del árbol, a Viviana Matsuda de Farmacia y a Mónica Sasaki de Unidad 3 por la gestión y a Jorge Sclovin, Emilse, Marcos y Marcelo por ayudar en la plantación y el cuidado del parque.

Equipo de conducción de Escuela Hospitalaria N°1 "Ricardo Gutiérrez".



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

El Pabellón Gómez comenzará una nueva historia

La Asociación Cooperadora comenzará uno de los proyectos más relevantes de los últimos años para el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez: la refuncionalización integral del Pabellón Gómez. Esta obra modernizará el sector más antiguo del Hospital y representará un avance significativo en la calidad de la atención pediátrica. El proyecto se llevará a cabo en conjunto con el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA), mediante un trabajo coordinado que permitirá concretar una transformación largamente proyectada.

El Pabellón Gómez es un espacio histórico del hospital. Durante décadas, albergó la atención de pacientes con patologías crónicas y complejas, convirtiéndose en un punto de referencia para miles de familias. Su actualización permitirá adecuarlo a las necesidades actuales y futuras, tanto desde el punto de vista funcional como tecnológico. La obra contempla la intervención de más de 3200 metros cuadrados y la renovación integral de cuatro salas de internación, junto con sus áreas de apoyo, circulación y servicios. Incluye la mejora de habitaciones, sistemas de climatización, redes sanitarias y eléctricas, accesibilidad, iluminación y equipamiento. Asimismo, se incorporarán criterios actuales de bioseguridad, eficiencia energética y tecnología médica, alineados con estándares de referencia en atención pediátrica.

El impacto será significativo: aproximadamente el 40% de las camas de internación del Hospital serán modernizadas y adecuadas al nivel de las principales instituciones pediátricas del país. Este proyecto no solo implica una mejora edilicia, sino también una actualización en los entornos de cuidado, orientada a ofrecer espacios más seguros, confortables y acordes al bienestar de los pacientes y sus familias.

La iniciativa es impulsada por la Asociación Cooperadora del Hospital de Niños, que cumple casi 70 años de trabajo ininterrumpido, en coordinación con la Dirección del Hospital, los equipos técnicos y el GCBA. La Cooperadora lidera este proceso como parte de su misión de fortalecer la infraestructura, el equipamiento y los recursos necesarios para sostener el rol del Hospital en la salud pública infantil.

La refuncionalización del Pabellón Gómez constituye una inversión estratégica. Permitirá actualizar un espacio de alto valor simbólico e histórico, preparándolo para acompañar a las nuevas generaciones con tecnología, calidad y dignidad en el cuidado. Representa, además, un paso clave en la proyección institucional hacia el futuro.

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

Con este proyecto, el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez inicia una nueva etapa, reafirmando su compromiso con la salud pública y con la mejora continua de sus servicios. El renovado Pabellón Gómez volverá a estar en funcionamiento con instalaciones más modernas y funcionales, fortaleciendo su misión de brindar atención pediátrica de excelencia.

Asociación Cooperadora del Hospital de Niños



Buenas Noches Familia - Canal 13, 7 de octubre de 2025

El proyecto de refacción integral del Pabellón Gómez de nuestro querido Hospital, es una apuesta a la combinación de recursos públicos y privados. Una de las acciones que llevó a cabo la Asociación Cooperadora de nuestro hospital (entre muchas de las que está desarrollando) para recaudar fondos, fue participar del programa de Guido Kaczka con Abel Pintos como invitado. Fui parte de una comitiva formada por profesionales y pacientes, convocados para ser la cara visible del hospital.



El programa de Guido funcionó como un puente entre cada uno de los que trabajamos en el hospital, los pacientes y cada argentino que, con su aporte generoso, anónimo y desinteresado, quiso y quiere ser parte de este gran proyecto. Fue muy emocionante ver

cómo, mientras Abel cantaba, quienes nos miraban donaban para el hospital. Y Guido, emocionado, nos señalaba la pantalla del celular, que mostraba cómo se iba incrementando el monto recolectado. Gracias a todos los que son parte de estas iniciativas que nos harán cumplir un sueño que permitirá una mejor estadía hospitalaria a todos aquellos que lo necesiten.

Dra. Carolina Pascual, Jefa de la Unidad 5 de Clínica Pediátrica

La Asociación Cooperadora de nuestro Hospital de Niños nos convocó a un grupo de profesionales para representar a los trabajadores del hospital en el programa Buenas Noches Familia, en el marco de las actividades para llevar a cabo la remodelación del Pabellón Gómez.

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

La consigna era compartir ese espacio con un paciente del hospital. Se me ocurrió pensar en Lucía, quien en su adolescencia transitó 2 tratamientos de leucemia y luego un trasplante de médula ósea y que hoy es una mujer, acompañante terapéutica, profesora de personas hipoacúsicas y amorosa cuidadora de los suyos. Si bien no alcanzamos a contar su historia, es una persona resiliente como tantos de nuestros pacientes. ¡Cuántas historias como la de ella, alberga nuestro querido Pabellón Gómez! Estamos entusiasmados por su remodelación, por poder brindar atención de calidad, en un lugar que provea confort y favorezca el cuidado que los pacientes necesitan. La colaboración del programa de Guido Kaczka y la generosidad de Abel Pintos nos trajeron más recursos para que este emprendimiento se haga realidad. Gracias a la Cooperadora del Hospital por hacer tanto por nuestros queridos pacientes.

Dra. Fernanda Rivas Pereira, Jefa de la Unidad 8 de Clínica Pediátrica

Nuestro hospital no deja de afrontar desafíos, esta vez de la mano de la Asociación Cooperadora nos embarcamos en remodelar íntegramente un pabellón que tiene 100 años, el Pabellón Gómez. La idea es que las unidades de clínica pediátrica que allí funcionan e internan a una gran cantidad de nuestros pacientes, cuenten con una planta física adecuada y moderna con habitaciones individuales para dar la atención que cada paciente necesita. Para esto nos convocaron a un grupo de profesionales del hospital para participar con la historia de algún paciente que hubiéramos atendido en el hospital.



Enseguida vino a mi memoria una familia maravillosa cuya hija, Catalina, la atendimos de recién nacida a la unidad de neonatología con una condición grave que requirió cirugía. Hoy es una niña feliz de 9 años. ¡Nos acompañaron gustosos y hasta pudo participar del juego de los sombreros!! ¡Abel Pintos estuvo genial, súper generoso!

El público desinteresadamente donó una importante cantidad de dinero que contribuirá a este proyecto súper ambicioso. Guido Kaczka fue llevando con maestría el programa e hizo realidad un pedacito de este sueño. ¡Solo queda agradecer a la Cooperadora del hospital por tanto trabajo!!

Dra. Daniela Satragno, Jefa de la Unidad de Neonatología

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

El HNRG en la Noche de los Museos

El sábado 8 de noviembre se vivió una noche única en el hospital. Con exposiciones de la Escuela Hospitalaria Nº 1 y del Servicio de Voluntarias, números musicales en la capilla y charlas sobre los orígenes del hospital y sus servicios, el Hospital de Niños participó de la Noche de los Museos. Una actividad abierta que acercó al hospital y su historia a la comunidad.



El evento se inició con una recorrida por la historia y los orígenes del hospital, su fundación en 1875 y la inauguración de la sede actual en 1896. También se relató la historia del servicio de Voluntarias y la inclusión del psicoanálisis en el hospital, de la mano de Florencio Escardó y Eva Giberti. Luego se pudo apreciar la exposición de objetos y documentos antiguos en la Biblioteca histórica (actual Dirección) y los trabajos de los alumnos de la Escuela Hospitalaria. En la capilla se pudo escuchar al trío "En 3 tiempos Tango", al Coro del hospital, Bárbara Pascual y el grupo "Los Domingos de René".

Reconocimiento internacional al Servicio de Parasitología: "Premio a la innovación por el desarrollo y validación de un nuevo biomarcador de respuesta terapéutica en la enfermedad de Chagas"

La enfermedad de Chagas continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública en América Latina y una enfermedad emergente en países no endémicos debido a la migración. A pesar de la disponibilidad de tratamiento etiológico, uno de los mayores desafíos actuales es la falta de biomarcadores confiables de respuesta terapéutica que permitan evaluar en tiempos clínicamente útiles la eficacia del tratamiento. En este contexto, el desarrollo de herramientas innovadoras para el seguimiento temprano de pacientes representa una

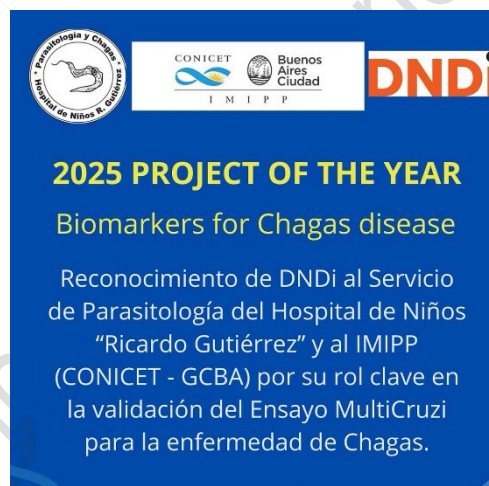
- a. Médica pediatra de planta. Consultorios Externos, HNRG
- b. Médica pediatra de planta Unidad de Clínica Pediátrica 8, HNRG
- c. Médica pediatra de planta Unidad de Clínica Pediátrica 8, HNRG

necesidad prioritaria tanto para la atención médica como para la investigación clínica y la evaluación de nuevas estrategias terapéuticas.

En este marco, el servicio de Parasitología clínica – Chagas obtuvo un reconocimiento internacional a la innovación en biomarcadores de respuesta terapéutica para la enfermedad de Chagas.

Reconocimiento institucional

El Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, a través del Servicio de Parasitología y su Grupo de Investigación en Enfermedad de Chagas del IMIPP (CONICET–Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires), fue distinguido con un premio a la innovación por el desarrollo y validación de un nuevo biomarcador de respuesta terapéutica en la enfermedad de Chagas. El proyecto fue dirigido, en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, por el Dr. Jaime Altcheh, Jefe del Servicio de Parasitología–Chagas.



Este reconocimiento fue otorgado en el marco de un proyecto internacional orientado a la validación del test MultiCruzi, una plataforma serológica innovadora que permite evaluar de forma más temprana y precisa la respuesta al tratamiento en pacientes con infección por *Trypanosoma cruzi*.

La iniciativa se desarrolló en colaboración con la empresa Infinity Biomarkers (Lyon, Francia), responsable del desarrollo tecnológico del test, y con el apoyo de la organización internacional DNDi – Drugs for Neglected Diseases initiative (Ginebra, Suiza).

Objetivos del proyecto

El proyecto tuvo como objetivo principal validar el test MultiCruzi como biomarcador de respuesta terapéutica en pacientes con enfermedad de Chagas tratados, evaluando su utilidad para detectar cambios inmunológicos tempranos asociados con la eficacia del tratamiento.

Como objetivos específicos se incluyeron:

- Implementar el test MultiCruzi en el laboratorio del Hospital.
- Evaluar su desempeño en pacientes tratados.

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

- Comparar los resultados con la serología convencional.
- Analizar la utilidad del test para el seguimiento clínico.
- Generar evidencia local para su aplicación en investigación y práctica clínica.

Relevancia sanitaria

La evaluación de la respuesta terapéutica en Chagas presenta dificultades particulares debido a la persistencia prolongada de anticuerpos detectados por metodologías convencionales. El test MultiCruzi, basado en un panel de antígenos recombinantes de *Trypanosoma cruzi*, permite analizar perfiles de anticuerpos de manera multiparamétrica, ofreciendo una aproximación novedosa para identificar descensos específicos asociados al tratamiento.

Impacto del estudio

Durante el desarrollo del proyecto, el equipo del Hospital implementó el test MultiCruzi y evaluó su utilidad en pacientes tratados, generando evidencia local sobre su desempeño como biomarcador de respuesta terapéutica. Los resultados demostraron que la herramienta permite identificar modificaciones inmunológicas tempranas vinculadas a una buena evolución clínica.

Proyección institucional

Este reconocimiento consolida al Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez como centro de referencia en innovación aplicada a la enfermedad de Chagas y fortalece su rol en redes internacionales de investigación clínica.

Dr. Jaime Altcheh, Jefe del Servicio de Parasitología–Chagas.

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

Noticiero Farmacológico

Sección a Cargo de Patricia Cardoso^a y Raúl Plager^b

Ciclosporina: Actualización de la contraindicación durante la lactancia materna

Europa. El PRAC (Pharmacovigilance Risk Assessment Committee / Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia) de la EMA (European Medicines Agency / Agencia Europea de Medicamentos) ha revisado los datos disponibles en la bibliografía y en las notificaciones espontáneas, y considera que la ciclosporina no es compatible con la lactancia. La ciclosporina pasa a la leche materna normalmente en cantidades bajas, pero las concentraciones en la leche materna pueden ser variables. Con los niveles habituales de ciclosporina materna en sangre, un lactante alimentado totalmente con leche materna no recibiría normalmente más del 2 % de la dosis ajustada en función al peso de la madre. En la mayoría de los lactantes alimentados con leche materna, la ciclosporina no fue detectable en la sangre; no obstante, en algunos casos se han medido niveles sanguíneos que van desde los detectables hasta los terapéuticos, incluso cuando las concentraciones de ciclosporina en la leche eran bajas. El seguimiento de los lactantes alimentados con leche materna no ha permitido detectar ningún efecto adverso; sin embargo, todavía se desconocen los riesgos de la exposición a largo plazo, incluso en pequeñas cantidades. No se recomienda la ciclosporina durante la lactancia materna debido a la posibilidad de reacciones adversas en el lactante.

Fuente: https://www.ema.europa.eu/es/documents/psusa/ciclosporin-systemic-use-cmdh-scientific-conclusions-grounds-variation-amendments-product-information-timetable-implementation-psusa-00000745-202412_es.pdf

Nota:

La ciclosporina (también conocida como ciclosporina A) es un inmunomodulador polipeptídico cíclico (contiene 11 aminoácidos) con propiedades inmunosupresoras. Prolonga la supervivencia de trasplantes alogénicos en animales y mejora significativamente la supervivencia del injerto en todos los tipos de trasplante de órganos sólidos en humanos. También ha demostrado tener un efecto antiinflamatorio. Estudios en animales sugieren que inhibe el desarrollo de reacciones mediadas por células. Inhibe la producción y/o liberación de citoquinas proinflamatorias, incluyendo la interleuquina 2 o el factor de crecimiento de células T. También aumenta la liberación de citoquinas antiinflamatorias. La ciclosporina parece bloquear los linfocitos en reposo en la fase G0 o G1 del ciclo celular. La evidencia disponible sugiere que actúa de forma específica y reversible sobre los linfocitos y, al contrario que los agentes citostáticos, no deprime la hematopoyesis ni tiene efecto alguno sobre la función de las células fagocíticas.

a. Médica de planta de la Unidad de Toxicología, HNRG

b. Consultor Toxicológico del Hospital Materno Infantil de San Isidro

Isoniazida: pustulosis exantemática generalizada aguda

Europa. El PRAC de la EMA ha revisado los reportes sobre isoniazida y las reacciones adversas cutáneas graves notificadas. Además del Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ), necrólisis epidérmica tóxica (NET) y el Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS), se ha agregado la pustulosis exantemática generalizada aguda, que puede poner en riesgo la vida o ser mortal, en asociación con este fármaco.

Fuente:

https://www.ema.europa.eu/es/documents/psusa/isoniazid-cmdh-scientificconclusions-grounds-variation-amendments-product-information-timetableimplementation-psusa-00001789-202411_es.pdf

Nota:

La isoniazida es altamente efectiva contra el *Mycobacterium tuberculosis*. Es bactericida *in vitro* e *in vivo* contra bacilos tuberculosos en división activa. Su acción principal consiste en inhibir la síntesis de ácidos micólicos de cadena larga que son componentes únicos de la pared celular micobacteriana. La resistencia a la isoniazida se desarrolla rápidamente si se utiliza sola en el tratamiento de la enfermedad clínica causada por micobacterias. Se metaboliza extensamente en las células mucosas del intestino delgado y en el hígado. Primero se inactiva mediante acetilación. Posteriormente, la acetilisoniazida se hidroliza aún más. La acetilación de la isoniazida depende de la tasa metabólica genéticamente determinada en cada paciente, quien se denominará como acetilador rápido o lento (debido a un polimorfismo genético en la enzima metabolizadora N-acetiltransferasa). Existen diferentes grupos étnicos con distintas proporciones de fenotipos acetiladores. El estado de acetilador es el principal determinante de la exposición a la isoniazida a una dosis determinada. A las dosis recomendadas, la exposición en los acetiladores rápidos es aproximadamente la mitad que en los acetiladores lentos.

Isoniazida: síndrome tipo lupus

Europa. El PRAC de la EMA, teniendo en cuenta los datos sobre lupus inducido por fármacos (LEID), considera que la relación causal entre isoniazida y el síndrome tipo lupus, es al menos una posibilidad razonable. Entre las reacciones adversas, con una frecuencia desconocida de aparición, se ha agregado el síndrome tipo lupus

Fuente:

https://www.ema.europa.eu/es/documents/psusa/isoniazid-cmdh-scientificconclusions-grounds-variation-amendments-product-information-timetableimplementation-psusa-00001789-202411_es.pdf

Nota:

El LEID (o lupus eritematoso inducido por fármacos) es un fenómeno autoinmune en el que el paciente desarrolla síntomas similares a los del lupus eritematoso sistémico (LES) tras la exposición a ciertos medicamentos. Si bien suele ser menos grave que el LES, su diagnóstico puede resultar complejo. Similar al lupus idiopático el LEID puede ser subdividido en lupus eritematoso sistémico, lupus eritematoso subagudo y lupus eritematoso crónico cutáneo. Actualmente los casos de lupus inducido por drogas comprenden alrededor del 10% de todos los casos de lupus y han sido implicados más de 80 fármacos como desencadenantes. Las manifestaciones clínicas más frecuentes del LEID sistémico incluyen fotosensibilidad, púrpura, eritema nodoso, lesiones urticarianas y vasculitis necrotizante; en cambio, no se

hallan las lesiones típicas de su forma autoinmune como son: el rash malar, las lesiones discoides, úlceras orales, alopecia ni fenómeno de Raynaud. Dentro de los síntomas sistémicos la fiebre y la artralgia están presentes en el 90% de los pacientes, y las mialgias, pérdida de peso y fatiga en la mitad de los casos. Fuente: Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso sobre Lupus Eritematoso Cutáneo. Actualización 2016. <https://sad.org.ar/wp-content/uploads/2019/10/LUPUS-FINAL-07122016.pdf>

Metilfenidato: trastorno obsesivo-compulsivo

Europa. El PRAC de la EMA ha revisado los datos de ensayos clínicos, la bibliografía científica y los informes espontáneos disponibles. Tras observar una estrecha relación temporal y un mecanismo de acción verosímil, y considerando las pruebas positivas de retirada y/o reexposición para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el comité concluye que existe al menos una posibilidad razonable de relación causal entre el metilfenidato y dicho trastorno (incluyendo la tricotilomanía y la dermatilomanía). Por tanto, el TOC se clasifica como una reacción adversa medicamentosa con una frecuencia rara ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$).

Fuente:

https://www.ema.europa.eu/es/documents/psusa/methylphenidate-cmdhscientific-conclusions-grounds-variation-amendments-product-informationtimetable-implementation-psusa-00002024-202410_es.pdf

Nota:

El clorhidrato de metilfenidato es un estimulante del SNC. Se desconoce su mecanismo de acción terapéutica en el trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y la narcolepsia. El metilfenidato es una mezcla racémica compuesta por los enantiómeros D y L. El enantiómero D es farmacológicamente más activo que el enantiómero L. Se cree que el metilfenidato bloquea la recaptación de nora-drenalina y dopamina en la neurona presináptica y aumenta la liberación de estas monoaminas en el espacio extraneuronal.

Diazóxido: enterocolitis necrotizante neonatal

Europa. El PRAC de la EMA ha considerado la evidencia disponible en EudraVigilance*, en la literatura científica, incluida la revisión acumulada remitida por los laboratorios, y ha advertido que se han reportado casos de enterocolitis necrotizante, incluidos casos fatales, en neonatos tratados con diazóxido. Los pacientes deben ser monitorizados para detectar síntomas como vómitos, distensión abdominal, deposiciones sanguinolentas y letargia, especialmente en aquéllos con un incremento de los factores de riesgo, como los neonatos pre-término. En caso de que se sospeche enterocolitis necrotizante neonatal debe suspenderse la administración e iniciar un manejo clínico apropiado.

*EudraVigilance: sistema para gestionar y analizar la información sobre sospechas de reacciones adversas a medicamentos en la Unión Europea; incluye la base de datos de farmacovigilancia

a. Médica de planta de la Unidad de Toxicología, HNRG

b. Consultor Toxicológico del Hospital Materno Infantil de San Isidro

Fuente:

https://www.ema.europa.eu/en/documents/prac-recommendation/prac-recommendations-signals-adopted-1-4-september-2025-prac-meeting_en.pdf

Nota:

El diazóxido se utiliza en hipoglucemia debido a hiperinsulinismo. El medicamento produce un rápido aumento de la glucemia proporcional a la dosis, debido principalmente a la inhibición de la liberación de insulina por el páncreas, y también a un efecto extrapancreático.

Diclofenaco: Erupción fija medicamentosa ampollar generalizada

Europa. El PRAC de la EMA, luego de considerar la evidencia disponible en la bibliografía y las notificaciones espontáneas, considera que la relación causal entre diclofenaco (formulaciones sistémicas) y erupciones fijas medicamentosas es al menos una posibilidad razonable. Por lo tanto, considera como reacciones adversas con una frecuencia de aparición desconocida, a la Erupción fija medicamentosa y a la Erupción fija medicamentosa ampollar generalizada.

Fuente:

https://www.ema.europa.eu/es/documents/psusa/diclofenac-systemicformulations-cmdh-scientific-conclusions-grounds-variation-amendmentsproduct-information-timetable-implementation-psusa-00001048-202409_es.pdf

Nota:

El diclofenaco es un antiinflamatorio no esteroide (AINE) con marcadas propiedades analgésicas y antiinflamatorias. Es un inhibidor de la prostaglandina sintetasa (ciclooxigenasa). Los AINE, incluido el diclofenaco, pueden causar reacciones adversas cutáneas graves, como dermatitis exfoliativa, síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica, que pueden ser mortales. Estos eventos graves pueden ocurrir sin previo aviso. Se debería informar a los pacientes o sus cuidadores acerca de los signos y síntomas de estas reacciones cutáneas graves y que deben suspender el uso del medicamento ante la primera aparición de erupción cutánea o cualquier otro signo de hipersensibilidad. También se han notificado casos de reacción a fármaco con eosinofilia y síntomas sistémicos en pacientes que reciben AINE, como diclofenac. Es importante tener en cuenta que pueden presentarse manifestaciones tempranas de hipersensibilidad, como fiebre o linfadenopatía, incluso sin erupción cutánea evidente. En caso de que se presenten dichos signos o síntomas, se debe suspender el tratamiento y evaluar inmediatamente al paciente.

Domperidona: Contraindicación ante la sospecha o confirmación de feocromocitoma

Europa. El PRAC de la EMA ha revisado los datos disponibles sobre el uso de domperidona y la aparición de episodios de hipertensión aguda en pacientes con feocromocitoma. Basándose en la bibliografía científica y en notificaciones espontáneas —que incluyen casos con una relación temporal estrecha, respuestas positivas a la retirada y reexposición, y un

mecanismo de acción plausible—, el comité ha decidido añadir una nueva contraindicación. Por tanto, el uso de domperidona queda contraindicado en casos de sospecha o confirmación de feocromocitoma, debido al riesgo de episodios hipertensivos graves.

Fuente:

https://www.ema.europa.eu/es/documents/psusa/domperidone-cmdhscientific-conclusions-grounds-variation-amendments-product-information timetable-implementation-psusa-00001158-202411_es.pdf

Nota:

La domperidona es un antagonista de la dopamina con propiedades antieméticas. No atraviesa fácilmente la barrera hematoencefálica. En los usuarios de domperidona, especialmente en adultos, los efectos secundarios extrapiramidales son muy raros, pero la domperidona promueve la liberación de prolactina por la hipófisis. Su efecto antiemético puede deberse a una combinación de efectos periféricos (gastroquinéticos) y al antagonismo de los receptores de dopamina en la zona quimiorreceptora gatillo, ubicada fuera de la barrera hematoencefálica en el área postrema. Los estudios en animales, junto con las bajas concentraciones encontradas en el cerebro, indican un efecto predominantemente periférico de la domperidona sobre los receptores de dopamina. Los estudios en humanos han demostrado que la domperidona oral aumenta la presión del esfínter esofágico inferior, mejora la motilidad antro duodenal y acelera el vaciamiento gástrico.

Micofenolato: anafilaxia, reacción anafiláctica, shock anafiláctico y reacción anafilactoide

Argentina. En las Novedades Internacionales y Nacionales en Seguridad de Medicamentos (julio 2025) del Departamento de Farmacovigilancia y Gestión de Riesgo (INAME - Instituto Nacional de Medicamentos- / ANMAT -Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica-) refieren que el laboratorio productor para CellCept® (micofenolato mofetil - MMF) informó la identificación de casos de anafilaxia, reacción anafiláctica, shock anafiláctico y reacción anafilactoide, por lo que se enviará Carta a los Profesionales de la Salud, e incluirá la información en el prospecto del medicamento.

Fuente:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/novedades_julio_2025_0.pdf

Triptorelina: reacciones adversas cutáneas graves

Estados Unidos de América. El CDER (Center for Drug Evaluation and Research / Centro de Evaluación e Investigación de Fármacos) de la FDA (Food and Drug Administration / Administración de Alimentos y Medicamentos) de los Estados Unidos de América, ha informado acerca de reportes con reacciones adversas cutáneas graves en pacientes que recibían agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), incluidos medicamentos con triptorelina. Estas reacciones incluyen el síndrome de Stevens-Johnson / necrólisis epidérmica

a. Médica de planta de la Unidad de Toxicología, HNRG

b. Consultor Toxicológico del Hospital Materno Infantil de San Isidro

tóxica, reacción a fármaco con eosinofilia y síntomas sistémicos y pustulosis exantemática generalizada aguda, incluidos casos con afectación visceral y/o requerimiento de injertos de piel. Se debe monitorear la aparición de signos y síntomas de reacciones adversas cutáneas graves como fiebre, síndrome pseudogripal, lesiones mucosas, erupción progresiva en piel o linfadenopatía y advertir a los pacientes y cuidadores de los mismos acerca de los signos y síntomas de estos cuadros cutáneos.

Fuente:

<https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/safetylabelingchanges/index.cfm?event=searchdetail.page&DrugNameID=2609>

Nota:

La triptorelina es un análogo deca péptido sintético de la GnRH natural. Estudios realizados en humanos y en animales han demostrado que, tras una estimulación inicial, la administración continuada de triptorelina inhibe la secreción de gonadotropinas con la consecuente supresión de las funciones testicular y ovárica. Estudios adicionales en animales han sugerido otro mecanismo de acción: efectos directos sobre las gónadas, disminuyendo la sensibilidad de los receptores periféricos a la GnRH.

Sumatriptán: precauciones sobre pasaje a leche materna

Europa. El PRAC de la EMA ha informado que dos ensayos sobre lactancia (Wojnar-Horton et al. 1996, y Amundsen et al. 2021), notificaron unos valores medios de dosis relativa infantil (DRI) de, respectivamente, 3,5% (IC 95% 0,3 – 6,7%) y 1.8% (rango: 0,8% - 3,8%), tras la administración de una dosis única de sumatriptán, incluyendo una dosis única de 6 mg (inyección subcutánea), 20 mg (spray nasal), ó 50 mg ó 100 mg (comprimidos). Sumatriptán se excreta en la leche materna, con un valor medio de dosis relativa infantil inferior al 4% tras la administración de una dosis única de sumatriptán. La exposición del niño puede minimizarse interrumpiendo la lactancia durante las 12 horas siguientes al tratamiento. La leche materna producida en ese periodo debe ser desechada

Fuente:

https://www.ema.europa.eu/es/documents/psusa/sumatriptan-naproxensumatriptan-cmdh-scientific-conclusions-grounds-variation-amendmentsproduct-information-timetable-implementation-psusa-00002832-202409_es.pdf

Nota:

El Sumatriptán es un agonista específico y selectivo del receptor vascular 5-hidroxitriptamina 1 (5-HT_{1B/1D}) sin efecto sobre otros subtipos del receptor de la 5HT. Estos tipos de receptores se encuentran principalmente en los vasos sanguíneos craneales y median la vasoconstricción. En estudios realizados en animales, sumatriptán ocasiona vasoconstricción selectiva sobre la circulación arterial de la carótida, la que aporta sangre a los tejidos extracraneales e intracraneales, tales como las meninges. Se considera que la dilatación de estos vasos es el mecanismo subyacente de la migraña en humanos.

Los resultados de dichos estudios en animales demuestran que sumatriptán también inhibe la actividad del nervio trigémino. Ambas acciones (vasoconstricción craneal e inhibición de la actividad del nervio trigémino) pueden explicar el efecto inhibitorio de la migraña de sumatriptán en humanos.

Vacunas contra la varicela: actualización sobre el riesgo de encefalitis.

Europa. El PRAC de la EMA evaluó cuidadosamente la evidencia disponible desde los ensayos clínicos, la literatura científica y la exposición luego de la aprobación en el mercado, informando que se ha reportado encefalitis durante el uso post comercialización de vacunas contra la varicela de virus vivos atenuados. En pocos casos se ha observado un resultado fatal, especialmente en pacientes que se encontraban inmunosuprimidos. Se debería instruir a los vacunados / padres acerca de buscar atención médica inmediata en caso de que ellos / sus niños experimenten luego de la vacunación síntomas sugestivos de encefalitis como disminución o pérdida de la conciencia, convulsiones o ataxia acompañados de fiebre y cefalea.

Fuente:

https://www.ema.europa.eu/en/documents/prac-recommendation/pracrecommendations-signals-adopted-7-10-july-2025-prac-meeting_en.pdf

Paracetamol: comunicación internacional acerca de su uso durante el embarazo

Argentina. En las Novedades Internacionales y Nacionales en Seguridad de Medicamentos (septiembre 2025) del Departamento de Farmacovigilancia y Gestión de Riesgo de ANMAT se informa acerca del posicionamiento de distintas agencias en cuanto al paracetamol y su uso durante el embarazo.

FDA (Food and Drug Administration)

La FDA de Estados Unidos de América ha notificado que, en los últimos años, se ha acumulado evidencia que sugiere que el uso de paracetamol (también conocido como acetaminofén) durante el embarazo podría estar relacionado con un mayor riesgo de condiciones neurológicas en los niños, como el autismo y el TDAH.

Algunos estudios describen que este riesgo puede ser más pronunciado cuando el paracetamol se consume de forma crónica, en el período de embarazo hasta el parto. Estas preocupaciones podrían aumentar por el hecho de que el hígado de un niño muy pequeño aún está en desarrollo y por lo tanto podría limitar su habilidad para metabolizar el medicamento.

Comenta que, para ser claros, mientras que muchos estudios han descrito una asociación entre el paracetamol y el autismo, no se ha establecido una relación causal, y existen estudios en la literatura científica que lo contradicen. La asociación es un área de debate

a. Médica de planta de la Unidad de Toxicología, HNRG

b. Consultor Toxicológico del Hospital Materno Infantil de San Isidro

científico en curso, por lo que los médicos clínicos deberían estar informados de esta discusión en la toma de decisiones clínicas, especialmente debido a que la mayoría de los casos de fiebre de corta duración en mujeres embarazadas y niños pequeños no requieren medicación.

Mencionan que, guiados por la seguridad del paciente y una medicina prudente, los médicos clínicos deberían considerar minimizar el uso de paracetamol durante el embarazo en cuanto al tratamiento de cuadros usuales de fiebre leve. Esta consideración debería también ser balanceada con el hecho que el paracetamol es la alternativa de medicamento con condición de venta libre más seguro en el embarazo entre todos los analgésicos y antipiréticos; la aspirina e ibuprofeno presentan impactos adversos bien documentados sobre el feto.

OMS (Organización Mundial de la Salud)

La OMS ha enfatizado que actualmente no existe evidencia científica concluyente que confirme una posible conexión entre autismo y el uso de paracetamol (también conocido como acetaminofén) durante el embarazo. Globalmente, casi 62 millones de personas presenta trastorno del espectro autista, un grupo diverso de condiciones relacionadas con el desarrollo del cerebro.

Aunque la concientización y el diagnóstico han mejorado en los últimos años, no se han establecido las causas exactas de autismo, y se piensa que podrían estar involucrados múltiples factores.

Se ha llevado a cabo investigación extensiva durante la década pasada, incluidos estudios de gran escala, buscando conexiones entre el uso de paracetamol durante el embarazo y autismo. Al momento, no se ha establecido una asociación consistente.

EMA

En la Unión Europea (UE), el paracetamol puede utilizarse para reducir el dolor o la fiebre durante el embarazo en caso de que sea clínicamente necesario. Actualmente no hay nueva evidencia que pueda requerir cambios a las recomendaciones de uso actuales en la UE.

En 2019, la EMA revisó los estudios disponibles que habían investigado el desarrollo neurológico de niños con exposición intrauterina a paracetamol y hallaron que los resultados no eran concluyentes y no podía establecerse una conexión con los trastornos del neurodesarrollo.^{1,2} En caso de ser necesario, el paracetamol puede ser utilizado durante el embarazo.

Como con cualquier medicamento para un tratamiento agudo, debería utilizarse a la menor dosis efectiva, durante el tiempo más corto posible y con la menor frecuencia posible.

a. Médica de planta de la Unidad de Toxicología, HNRG

b. Consultor Toxicológico del Hospital Materno Infantil de San Isidro

Fuente:

1. The European Network of Teratology Information Services, ENTIS: Position statement on acetaminophen (paracetamol) in pregnancy. October 3, 2021.
2. Ahlqvist VH, Sjöqvist H, Dalman C, et al. "Acetaminophen use during pregnancy and children's risk of autism, ADHD, and intellectual disability. JAMA, 2024; 331 (14):1205-1214. Doi:10.1001/jama.2024.317

EMA (2019)

Paracetamol: Uso del paracetamol durante el embarazo, desarrollo neurológico infantil y efectos sobre el aparato genitourinario. La agencia informó que, luego de considerar la evidencia disponible en la literatura científica, incluidos estudios no clínicos y epidemiológicos, acerca de la señal de exposición prenatal al paracetamol y el impacto sobre el aparato genitourinario o en trastornos del desarrollo neurológico de los niños, así como las observaciones recibidas de los TARC, el PRAC concluyó que los estudios no eran concluyentes. Sin embargo, recomendó modificar la información de los medicamentos que contienen paracetamol para reflejar el estado de los conocimientos científicos al momento, tal y como se detalla más adelante. Se aplica a todos los medicamentos con paracetamol, independientemente de la vía de administración o la formulación. El texto también se aplicaba a todos los productos combinados que contienen paracetamol, salvo que la información del producto contuviera una restricción o un texto más estricto debido a la presencia de otro IFA (ingrediente farmacéutico activo) con contraindicación durante el embarazo. En ese caso, en los ítems pertinentes, el texto más estricto prevalecería sobre el texto propuesto a continuación.

Fertilidad, embarazo y lactancia

Una gran cantidad de datos sobre mujeres embarazadas no indican ni malformaciones ni toxicidad feto/neonatal. Los estudios epidemiológicos sobre el desarrollo neurológico de niños con exposición intrauterina a paracetamol no muestran resultados concluyentes. En caso de que sea clínicamente necesario, el paracetamol se puede utilizar durante el embarazo; sin embargo, debería ser usado a la menor dosis efectiva, durante el tiempo más corto posible y con la menor frecuencia posible. Datos preclínicos de seguridad. No se encuentran disponibles estudios convencionales que presenten estándares actualmente aceptados en cuanto a la evaluación de toxicidad sobre la reproducción y el desarrollo.

Fuente:

<https://www.argentina.gob.ar/anmat/regulados/sistema-nacional-de-farmacovigilancia/novedades-internacionales-y-nacionales-en>

Doctor, ¿tiene cinco minutos?Sección a Cargo de Miriam Tonietti^a y Bettina Viola^b**How do parents decide on genetic testing in pediatrics? A systematic review***¿Cómo deciden los padres acerca de las pruebas genéticas en pediatría? Una revisión sistemática*

Doll ES, Lerch SP, Schmalenberger KM, et al. Genet Med. 2025; 27(5):101390. doi: 10.1016/j.gim.2025.101390. Epub 2025 Feb 19. PMID: 39987491.

En los últimos tiempos, las pruebas genéticas en pediatría se están volviendo más comunes tanto con fines diagnósticos, pruebas genéticas diagnósticas (PGD) como predictivos, pruebas genéticas predictivas (PGP). La toma de decisiones de los padres en relación con realizarle a sus hijos dichas pruebas puede ser un proceso delicado, dado que involucra decisiones que priorizan el mejor interés del niño, pero al mismo tiempo pueden acarrear posibles impactos en su vida y en la de otros familiares. Los desafíos emocionales, como la culpa, la ansiedad y el conflicto de decisiones, así como las reacciones emocionales durante el procedimiento de la prueba, pueden suponer una carga adicional para los padres; esto es mucho más complejo cuando se decide realizar dichas pruebas a un niño asintomático. Los autores realizaron una búsqueda sistemática de publicaciones que abordaran determinados objetivos para poder identificar los factores emocionales, relacionales y contextuales pertinentes que pudieran influir en la toma de esta decisión incluyendo o no la recepción de sus resultados; luego, buscaron determinar si estos factores podrían integrarse en el modelo propuesto por Smith y col. o en su defecto, si era necesario ampliarlo. Finalmente, esta revisión identificó y sintetizó los diferentes factores emocionales, relacionales y contextuales vinculados a las decisiones de los padres acerca de realizar a sus hijos PGD y PGP. Los mismos se agruparon en 5 categorías: (1) beneficios/esperanzas, (2) preocupaciones/inquietudes, (3) valores y creencias, (4) circunstancias individuales y (5) estados emocionales. La inclusión de circunstancias individuales y estados emocionales como extensiones del modelo original enfatiza la necesidad crítica de considerar los contextos personales más amplios de las familias. Los padres que optaron por hacerse la prueba a menudo priorizaron los beneficios sobre las preocupaciones o no tenían ninguna preocupación. Las decisiones de no realizar la prueba fueron menos estudiadas. Llegar a los padres que rechazan las pruebas puede ser un desafío porque podrían estar menos dispuestos a participar en una investigación. Dichos hallazgos tienen varias implicancias prácticas. Los proveedores de atención médica deben educar a los padres sobre los beneficios y

a. Médica pediatra especialista en nutrición. Ex Jefa de Sección Nutrición, HNRG

b. Médica pediatra. Hospital de Día Polivalente, HNRG

riesgos mientras consideran los factores contextuales. La integración del apoyo emocional y cognitivo en el asesoramiento genético puede mejorar la toma de decisiones y reducir el estrés en las familias. La investigación futura debe explorar el papel de los estados emocionales en la toma de decisiones y sus interacciones con las evaluaciones cognitivas.

Medical Imaging and Pediatric and Adolescent Hematologic Cancer Risk

Imágenes médicas y riesgo de cáncer hematológico pediátrico y adolescente

Pole J, Miglioretti D. N Engl J Med 2025; 393:1269-78. doi: 10.1056/NEJMoa2502098

En los Estados Unidos, se realizan más imágenes diagnósticas *per cápita*, particularmente tomografía computada (TC) que en cualquier otro país. Aunque es esencial para el diagnóstico y manejo de enfermedades, la mayoría de estos estudios involucran radiación ionizante. Existe evidencia de relación dosis-respuesta entre la exposición a la radiación y el riesgo de cáncer. La TC, debido a su frecuencia y dosis relativamente altas, es la principal fuente de exposición a la radiación en las imágenes médicas. Por otro lado, los niños son especialmente susceptibles al cáncer inducido por radiación debido a la mayor radiosensibilidad y esperanza de vida que los adultos, sobre todo, los cánceres hematológicos. Los estudios internacionales incluido el estudio europeo EPI-CT, han relacionado la TC con un mayor riesgo de cáncer infantil, mostrando un riesgo 50% mayor entre los niños sometidos a 2 o 3 TC. Sin embargo, falta información sobre la exposición a la radiación de la radiografía, fluoroscopia, angiografía o medicina nuclear. En este estudio se evaluaron los resultados del estudio de cohorte retrospectivo Risk of pediatric and Adolescent Cancer associates with Medical Imaging (RIC) para cuantificar la asociación entre la dosis acumulada de radiación a la médula ósea activa de imágenes médicas y el riesgo de cánceres hematológicos entre los niños en Estados Unidos y Ontario, Canadá. Esta cohorte RIC incluyó 3 724 623 niños con 35 715 325 años-persona de seguimiento. En total, 1 910 587 niños eran varones (51,3%), 4124 tenían síndrome de Down (0,1%) y 1 590 619 nacieron entre 1996 y 2004 (42,7%). Los niños fueron seguidos durante una media de 10,1 años. La mayoría de los niños (2 966 746 [79,7%]) fueron seguidos hasta el final del estudio. Otros se dieron de baja de un sistema de atención médica de los EE. UU. o se mudaron de Ontario (611 180 [16.4%]), recibieron un diagnóstico de un tumor que no era un cáncer hematológico (3742 [0.1%]), alcanzaron una edad de 21 años (135 078 [3.6%]) o murieron (4916 [0.1%]). En este estudio se encontró una asociación entre la exposición a la radiación de las imágenes médicas (incluso en dosis de menos de 50 mGy) y un riesgo pequeño, pero significativamente mayor de cáncer hematológico entre niños y

a. Médica pediatra especialista en nutrición. Ex Jefa de Sección Nutrición, HNRG

b. Médica pediatra. Hospital de Día Polivalente, HNRG

adolescentes. El cálculo del riesgo atribuible a la población indica que hasta el 10 % de los cánceres hematológicos podrían prevenirse reduciendo la exposición innecesaria a la radiación mediante imágenes más juiciosas y dosis adecuadas o sustituirlas por resonancia magnética o ecografía.

Phage diversity in human breast milk: a systematic review

Diversidad de fagos en leche humana: una revisión sistemática

Guo Y, Liu Y, Xu S, et al. Eur J Pediatr. 2025 May; 184(6):334. doi: 10.1007/s00431-025-06173-x

La leche humana (LH) no sólo es una fuente principal de nutrientes para los lactantes, sino que juega un rol crucial en el establecimiento de la microbiota intestinal temprana. La microbiota en la LH se transmite directamente al lactante y contribuye al desarrollo de la homeostasis intestinal, ejerciendo influencia profunda sobre la maduración del sistema inmune y la salud en general. En años recientes, además del conocimiento sobre las bacterias de la microbiota hay un creciente interés sobre la población de virus, particularmente los bacteriófagos en leche humana. Como componentes clave del viroma intestinal, los bacteriófagos regulan el funcionamiento de la microbiota intestinal al depredar bacterias hospedadoras, desempeñando así un papel esencial en el mantenimiento de la homeostasis microbiana y la promoción de la salud del niño. Mediante la alternancia entre ciclos de vida líticos y lisogénicos, los bacteriófagos modulan la estructura de las comunidades microbianas, ya sea lisando directamente a sus huéspedes bacterianos o transfiriendo genes que confieren nuevos rasgos adaptativos, como resistencia a antibióticos o factores de virulencia. Estos mecanismos pueden afectar indirectamente la microbiota intestinal infantil y sus procesos metabólicos. En esta revisión sistemática, se demuestra la presencia de varios bacteriófagos en LH, siendo el *Siphoviridae* el más frecuentemente reportado, seguido por las especies *Myoviridae* y *Podoviridae*. Los ácidos nucleicos de los bacteriófagos siguen detectables en la LH aún después de la pasteurización, indicando su estabilidad térmica. Múltiples factores materno-fetales afectan la abundancia y diversidad de los bacteriófagos en la LH y el intestino del lactante (localización geográfica, dieta materna, estado psico-emocional, modo de parto, edad gestacional, uso de antibióticos y estadio de lactancia). En función de la inmadurez funcional del sistema inmune del lactante, los bacteriófagos líticos de la LH contribuyen a suprimir bacterias patógenas y modulan la estabilidad de la microbiota intestinal. Es necesario conducir estudios longitudinales

a. Médica pediatra especialista en nutrición. Ex Jefa de Sección Nutrición, HNRG

b. Médica pediatra. Hospital de Día Polivalente, HNRG

en diadas madre-hijo para entender mejor la composición de bacteriófagos en LH y su impacto funcional en el desarrollo infantil.

Medical Complications of Anorexia Nervosa

Complicaciones médicas de la Anorexia Nerviosa

Trapani S, Rubino C. Pediatrics. 2025; 156(2):e2024070304

Según un artículo citado por los autores (Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. Curr Psychiatry Rep. 2012; 14 (4):406–414), la anorexia nerviosa (AN), el desorden alimentario más frecuente, afecta alrededor de 2.9 millones de personas y tiene una muy alta mortalidad entre las condiciones psiquiátricas. De acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales (DSM5), la AN se caracteriza por un intenso temor a ganar peso o ser obeso o manifestar una conducta persistente que interfiere con la ganancia de peso y con restricción de la ingesta relativa a los requerimientos produciendo un significativo bajo peso en relación con la edad, el sexo, la trayectoria de desarrollo y la salud física. Además, los individuos con AN exhiben una perturbada percepción de la imagen corporal. Puede presentarse con un subtipo restrictivo o como purgativo/con atracones en los últimos tres meses. El DSM5 introduce también a la AN atípica bajo la nominación de Otros Desórdenes Especificados de la Alimentación, para describir a los individuos que cumplen todos los criterios para definir AN pero que tienen un peso en rango normal o superior; esto es más frecuente en varones y minorías raciales. Las complicaciones relacionadas a AN afectan a cualquier órgano y sistema con riesgo de mortalidad. La evaluación inicial de un paciente en el que se sospecha AN debe excluir diagnósticos diferenciales tales como el hipertiroidismo, la enfermedad celíaca y las enfermedades intestinales inflamatorias. La mayoría de los resultados desfavorables en AN se deben a condiciones clínicas o psiquiátricas. Las clínicas, principalmente de origen cardiovascular, dan cuenta del 60% de las muertes en un estudio prospectivo en una cohorte de adolescentes y adultos jóvenes. La segunda causa de muerte en pacientes con AN es el suicidio que según las series ocurren entre el 14 a 40%. La mayoría de las complicaciones de la AN son reversibles con la recuperación de la masa corporal; sin embargo, la densidad mineral ósea y la función cognitiva pueden resultar comprometidas permanentemente. De tal manera que, el diagnóstico y tratamiento temprano resultan en mejor pronóstico a largo plazo. En esta revisión exhaustiva se abordan las consecuencias médicas principales de la AN, categorizadas por sistemas, con particular atención en la población infanto-juvenil.

a. Médica pediatra especialista en nutrición. Ex Jefa de Sección Nutrición, HNRG

b. Médica pediatra. Hospital de Día Polivalente, HNRG

Comentario de libros

Sección a cargo de Mónica García Barthe^a

Mi niñera de la KGB

Laura Elisa Ramos

Buenos Aires: Penguin Random House Grupo Editorial, 2025

Edición en formato digital de Kindle. ISBN 978-84-264-9668-3



¿Pensaste alguna vez la posibilidad de que tu vecino sea espía de una potencia extranjera? ¿Se te ocurrió que la panadera, el taxista o el carnicero podrían cumplir tareas de espionaje? Son posibilidades muy remotas -creemos- dignas de una novela, una serie de TV o una película de James Bond. Sin embargo, es lo que le ocurrió a la autora de este libro, que no es de ficción, sino que narra en primera persona su infancia en Montevideo y cómo resignifica desde el presente hechos y situaciones vividas, a la luz de este asombroso descubrimiento: la persona que los cuidaba a ella y a su hermano cumpliendo tareas de niñera, modista del barrio, era una avezada e implacable espía que trabajaba para la KGB (el Servicio Secreto de la Unión Soviética).

África de las Heras nació en Ceuta (territorio español del norte de África) a principios del siglo XX. Militante comunista, participó activamente en la Guerra Civil Española junto a los Republicanos y fue reclutada por la KGB. Cumplió misiones de espionaje en España, Francia y luego en México, donde tuvo participación en el asesinato de León Troski. Finalmente se casó con un reconocido escritor uruguayo y se instaló en Montevideo como modista, integrándose a la vida social de la tranquila capital sudamericana bajo el nombre de María Luisa. Ya en su adultez, la autora descubre gracias a su hermano estos inquietantes antecedentes de su "niñera" y comienza a investigar, realizando sorprendentes revelaciones sobre la modista y descubriendo que aún en Montevideo mantenía una frenética actividad de espionaje, con frecuentes viajes misteriosos que luego sabrá, eran a Moscú para recibir órdenes y luego a otras capitales europeas para cumplirlas. La reconstrucción de esta historia, junto a sus recuerdos de infancia, componen este libro inquietante.

Laura Ramos es periodista y escritora. Vivió en Buenos Aires, Montevideo y México. Sus padres fueron militantes de la izquierda argentina de mediados del siglo XX. Su padre, Jorge Abelardo Ramos, fue un reconocido historiador y político de izquierda, dos veces candidato a presidente de la Argentina. Autora de crónicas y columnas en distintos periódicos, es autora de varios libros. En 2021 obtuvo el Premio de la Crítica al Mejor Libro de Creación Literaria de la Fundación El Libro y en 2024 el Diploma al Mérito Konex.

a. Psicóloga de guardia. HNRG

Índice general del Volumen 67 – Año 2025

Volumen 67 Número 296

Editorial		
La importancia de los organismos internacionales en las acciones de prevención. El caso de la poliomielitis Héctor Freilij	296	5-8
Artículo original		
Eficiencia diagnóstica del cortisol salival matutino en la evaluación de la recuperación del eje adrenal en niños con indicación de suspender un tratamiento corticoideo prolongado Melina Rocío Gil, Constanza Debernardi Santillán, Luciana Daga, María Eugenia Rodríguez, Solange Rosenbrock, Víctor Demarchi, Verónica Ambao, Andrea Arcari, María Gabriela Ropelato, Analía Freire, María Gabriela Ballerini	296	9-31
Práctica pediátrica		
Neurotoxicidad asociada al tratamiento de niños y adolescentes con Leucemia Linfoblástica Aguda Sonia González Palumbo, Manlio Rodríguez, Cristina Ferraro, Silvina Prada, Marcela Soria, Nicolás Fernández Escobar	296	32-44
A propósito de un caso		
Síndrome inflamatorio multisistémico en paciente con leucemia Agustina Zwirner, Romina Galaretto, Ines Choi, Carolina Percara, Claudia Cazes, Analía Viña, Cristina Ceccoli, Fabiola Plat	296	45-55
Secciones		
Eventos XXXIII Jornadas del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", XIII Jornadas de Enfermería - Parte 2 Edición Silvia Baleani, Mónica García Barthe, María del Pilar Arias López	296	56-95
Historia Clínica María Celeste Garreta, Camila Pereyra	296	96-102
Ateneo Lara Garramuño, Anabella Lucia Spierer, Candelaria Jaureguiberry, Florencia Camejo, Josefina Razzini, Brenda Rodríguez	296	103-109
Adolescencia Abordaje del trastorno evitativo restrictivo de la ingesta de alimentos desde una perspectiva conductual Mauricio Scarpello	296	110-120
Seguridad del paciente Discrepancias encontradas en la revisión de historias clínicas de pacientes internados en las diferentes etapas de medicación en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez Gaspar Visco, Hernán Sanguinetti, María Belén Badano, Alejandra Lagomarsino, Daniela De Silvestri, Silvana Salerno	296	121-126
Relatos históricos Acosta Ñu (La Batalla de los Niños) Oscar A. Capurro	296	127-129
Noticias Paola Viola, Sandra Sagradini	296	130-141
Noticiero Farmacológico Patricia Cardoso, Raúl Plager	296	142-145

Doctor, ¿Tiene cinco minutos? Miriam Tonietti, Bettina Viola	296	146-150
Comentario de libros Mónica García Barthe	296	151-152

Volumen 67 Número 297

Editorial		
HOSPITAL DE NIÑOS. San Luis Gonzaga - Dr. Ricardo Gutiérrez. 1875 - 2025 Cristina Galoppo	297	157-164
Artículo original		
Características de pacientes con leucemia linfoblástica aguda tratados en un centro pediátrico Sonia Soledad González Palumbo, Laura María Castro Silvera, Cristina Ferraro, Silvina Susana Prada, Karina Guiñazú, María Paula Martínez, María Isabel Gaillard, Nicolás Fernández Escobar, Marcela Eugenia Soria	297	165-181
A propósito de un caso		
Erupción Mucocutánea Infecciosa Reactiva por Coronavirus no SARS-CoV-2 Romina Galaretto, Santiago Rossi	297	182-189
Secciones		
Eventos XXXIII Jornadas del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", XIII Jornadas de Enfermería - Parte 3 Edición Silvia Baleani, Mónica García Barthe, María del Pilar Arias López	297	190-227
Historia Clínica Daniela Olaberria, Florencia Pizarro, Virginia Gerez, Julia Celillo, Camila Pereyra	297	228-234
Ateneo Agustina Barbuto, María Florencia Castelli, Alejandro Maidana, Micaela Frino, Leonardo Galimidi, Natasha Rubino, Carolina Garrigue	297	235-246
Adolescencia Transformación digital en Salud Mental: oportunidades y desafíos en la práctica clínica Maia Nahmod	297	247-260
Seguridad del paciente Programas de terapia asistida con canes: una tendencia en crecimiento para humanizar el cuidado en salud Mónica Graciela Garea	297	261-268
Relatos históricos Reloj no detengas tu camino: los relojes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez María Beatriz Cardoso, Viviana G. Bologna	297	269-277
Noticias Paola Viola, Sandra Sagradini	297	278-292
Noticiero Farmacológico Patricia Cardoso, Raúl Plager	297	293-295
Doctor, ¿tiene cinco minutos? Miriam Tonietti, Bettina Viola	297	296-301
Comentario de libros Mónica García Barthe	297	302-304
Reflexiones		
Semillas de Francisco Juan De Aguirre	297	305-306

Volumen 67 Número 298

Editorial		
Medicina rural Héctor Freilij	298	311-315
Artículo original		
Eficiencia del diagnóstico genómico en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez Paula Alejandra Scaglia, María Esnaola Azcoiti, Bárbara Casali, Florencia Villegas, Romina Armando, Agustín Izquierdo, Lourdes Correa Brito, Marianela Maier, María del Carmen Fernández, Marina Szlagó, Solange Rosenbrock, Diego Raffo, Adriana Boywitt, Gabriela Sansó, Sandra Rozental, Ana Sol Riesco, Rodolfo De Bellis, Andrea Arcari, Ignacio Bergadá, Claudia Arberas, Rodolfo Alberto Rey, María Gabriela Ropelato	298	316-347
Práctica pediátrica		
Herniación de la grasa de Hoffa: una causa poco conocida de tumoración de rodilla en pediatría. Serie de casos M. Andrea Buzzi, Mónica Orio, Verónica I. Ametller	298	348-356
A propósito de un caso		
Síndrome de Fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenitis cervical Melissa Ithurrealde, Pablo García Munitis	298	357-369
Secciones		
Historia Clínica Lucía Belén Ravarino, Leonardo Galimidi, Martina Kasten, Trinidad Rojo Bas, Julia Celillo	298	370-375
Ateneo Agustina Barbuto, María Florencia Castelli, Belén Ocampo, Rocío Yvañez, Daiana Córdoba	298	376-382
Adolescencia Participación Adolescente y Juvenil. Consolidando el diálogo intergeneracional en pos de la Salud Integral Mónica Elba Borile	298	383-390
Seguridad del paciente Cuidados humanizados en la Unidad de neonatología: enfoque centrado en la familia y en la seguridad del recién nacido Daniela Satragno, Sandra Romero Domínguez, Miriam Peralta	298	391-399
Relatos históricos El Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y su rica historia. Sara Satanowsky, una insólita perla Jorge Fiorentino	298	400-404
Noticias Paola Viola, Sandra Sagradini	298	405-410
Noticiero Farmacológico Patricia Cardoso, Raúl Plager	298	411-416
Doctor, ¿tiene cinco minutos? Miriam Toniétt, Bettina Viola	298	417-420
Comentario de libros Mónica García Barthe	298	421

Volumen 67 Número 299

Editorial		
150º Aniversario del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez Pablo Neira	299	426-428
Artículo especial		
Reseña histórica de los Consultorios Externos del Hospital General de Niños "Ricardo Gutiérrez": 1875-1917 Julián Battolla	299	429-441
A propósito de un caso		
El desafío de diagnosticar tuberculosis abdominal Bárbara Cosentino, Diego Pombo, Agustina Zwirner, Natalia González	299	442-451
Empiema extradural por Staphylococcus aureus meticilino-resistente con puerta de entrada nasal Josefina Pontarolo, Constanza Belén Peirano, Sabrina Schiavino	299	452-459
Secciones		
In memoriam. Dra. Marta Eugenia Braschi Compañeros de la Unidad de Toxicología In memoriam. Dra. Marta Russman Maria Del Carmen Torres Tobio	299	460-461
Historia Clínica Agustina Barbuto, Melanie Bresca, Cynthia Slafstein	299	462-469
Ateneo Agustina Barbuto, María Florencia Castelli, Daiana Córdoba, Rocío Yvañez, Cecilia Guenzatti	299	470-476
Adolescencia Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia: una política pública exitosa para garantizar los derechos de la adolescencia Silvia Oizerovich, Gabriela Perrotta	299	477-484
Seguridad del paciente De espectadores a aliados: el rol de la familia en la reanimación pediátrica segura Mónica Garea, Miriam Peralta	299	485-492
Relatos históricos La Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires y el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez Jorge A. Fiorentino, Pablo Neira	299	493-500
Noticias Paola Viola, Sandra Sagradini	299	501-510
Noticiero Farmacológico Patricia Cardoso, Raúl Plager	299	511-519
Doctor, ¿Tiene cinco minutos? Miriam Tonietti, Bettina Viola	299	520-523
Comentario de libros Mónica García Barthe	299	524
Índices generales del Volumen 66		525-535

**Listado de autores por tipo de texto
Volumen 67 (Año 2025)**

Editorial		
La importancia de los organismos internacionales en las acciones de prevención. El caso de la poliomielitis Héctor Freilij	296	5-8
HOSPITAL DE NIÑOS. San Luis Gonzaga - Dr. Ricardo Gutiérrez. 1875 - 2025 Cristina Galoppo	297	157-164
Medicina rural Héctor Freilij	298	311-315
150º Aniversario del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez Pablo Neira	299	426-428
Artículo original		
Eficiencia diagnóstica del cortisol salival matutino en la evaluación de la recuperación del eje adrenal en niños con indicación de suspender un tratamiento corticoideo prolongado Melina Rocío Gil, Constanza Debernardi Santillán, Luciana Daga, María Eugenia Rodríguez, Solange Rosenbrock, Victor Demarchi, Verónica Ambao, Andrea Arcari, María Gabriela Ropelato, Analía Freire, María Gabriela Ballerini	296	9-31
Características de pacientes con leucemia linfoblástica aguda tratados en un centro pediátrico Sonia Soledad González Palumbo, Laura María Castro Silvera, Cristina Ferraro, Silvina Susana Prada, Karina Guñazú, María Paula Martínez, María Isabel Gaillard, Nicolás Fernández Escobar, Marcela Eugenia Soria	297	165-181
Eficiencia del diagnóstico genómico en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez Paula Alejandra Scaglia, María Esnaola Azcoiti, Bárbara Casali, Florencia Villegas, Romina Armando, Agustín Izquierdo, Lourdes Correa Brito, Marianela Maier, María del Carmen Fernández, Marina Szlagó, Solange Rosenbrock, Diego Raffo, Adriana Boywitt, Gabriela Sansó, Sandra Rozental, Ana Sol Riesco, Rodolfo De Bellis, Andrea Arcari, Ignacio Bergadá, Claudia Arberas, Rodolfo Alberto Rey, María Gabriela Ropelato	298	316-347
Artículo especial		
Reseña histórica de los Consultorios Externos del Hospital General de Niños "Ricardo Gutiérrez": 1875-1917 Julián Battolla	299	429-441
Práctica pediátrica		
Neurotoxicidad asociada al tratamiento de niños y adolescentes con Leucemia Linfoblástica Aguda Sonia González Palumbo, Manlio Rodríguez, Cristina Ferraro, Silvina Prada, Marcela Soria, Nicolás Fernández Escobar	296	32-44
Herniación de la grasa de Hoffa: una causa poco conocida de tumoración de rodilla en pediatría. Serie de casos M. Andrea Buzzi, Mónica Orio, Verónica I. Ametller	298	348-356
A propósito de un caso		
Síndrome inflamatorio multisistémico en paciente con leucemia Agustina Zwirner, Romina Galaretto, Ines Choi, Carolina Percara, Claudia Cazes, Analía Viña, Cristina Ceccoli, Fabiola Plat	296	45-55
Erupción Mucocutánea Infecciosa Reactiva por Coronavirus no SARS-CoV-2 Romina Galaretto, Santiago Rossi	297	182-189

Síndrome de Fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenitis cervical Melissa Ithurralde, Pablo García Munitis	298	357-369
El desafío de diagnosticar tuberculosis abdominal Bárbara Cosentino, Diego Pombo, Agustina Zwirner, Natalia González	299	442-451
Empiema extradural por Staphylococcus aureus meticilino-resistente con puerta de entrada nasal Josefina Pontarolo, Constanza Belén Peirano, Sabrina Schiavino	299	452-459
Secciones		
Eventos		
XXXIII Jornadas del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", XIII Jornadas de Enfermería - Parte 2 Edición Silvia Baleani, Mónica García Barthe, María del Pilar Arias López	296	56-95
XXXIII Jornadas del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", XIII Jornadas de Enfermería - Parte 3 Edición Silvia Baleani, Mónica García Barthe, María del Pilar Arias López	297	190-227
In Memoriam		
In memoriam. Dra. Marta Eugenia Braschi Compañeros de la Unidad de Toxicología In memoriam. Dra. Marta Russman Maria Del Carmen Torres Tobio	299	460-461
Historia Clínica		
María Celeste Garreta, Camila Pereyra	296	96-102
Daniela Olaberria, Florencia Pizarro, Virginia Gerez, Julia Celillo, Camila Pereyra	297	228-234
Lucía Belén Ravarino, Leonardo Galimidi, Martina Kasten, Trinidad Rojo Bas, Julia Celillo	298	370-375
Agustina Barbuto, Melanie Bresca, Cynthia Slaifstein	299	462-469
Ateneo		
Lara Garramuño, Anabella Lucia Spierer, Candelaria Jaureguiberry, Florencia Camejo, Josefina Razzini, Brenda Rodríguez	296	103-109
Agustina Barbuto, María Florencia Castelli, Alejandro Maidana, Micaela Frino, Leonardo Galimidi, Natasha Rubino, Carolina Garrigue	297	235-246
Agustina Barbuto, María Florencia Castelli, Belén Ocampo, Rocío Yvñez, Daiana Córdoba	298	376-382
Agustina Barbuto, María Florencia Castelli, Daiana Córdoba, Rocío Yvñez, Cecilia Guenzatti	299	470-476
Adolescencia		
Abordaje del trastorno evitativo restrictivo de la ingesta de alimentos desde una perspectiva conductual Mauricio Scarpello	296	110-120
Transformación digital en Salud Mental: oportunidades y desafíos en la práctica clínica Maia Nahmod	297	247-260
Participación Adolescente y Juvenil. Consolidando el diálogo intergeneracional en pos de la Salud Integral Mónica Elba Borile	298	383-390
Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia: una política pública exitosa para garantizar los derechos de la adolescencia Silvia Oizerovich, Gabriela Perrotta	299	477-484

Seguridad del paciente		
Discrepancias encontradas en la revisión de historias clínicas de pacientes internados en las diferentes etapas de medicación en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez Gaspar Visco, Hernán Sanguinetti, María Belén Badano, Alejandra Lagomarsino, Daniela De Silvestri, Silvana Salerno	296	121-126
Programas de terapia asistida con canes: una tendencia en crecimiento para humanizar el cuidado en salud Mónica Graciela Garea	297	261-268
Cuidados humanizados en la Unidad de neonatología: enfoque centrado en la familia y en la seguridad del recién nacido Daniela Satragno, Sandra Romero Domínguez, Miriam Peralta	298	391-399
De espectadores a aliados: el rol de la familia en la reanimación pediátrica segura Mónica Garea, Miriam Peralta	299	485-492
Relatos históricos		
Acosta Ñu (La Batalla de los Niños) Oscar A. Capurro	296	127-129
Reloj no detengas tu camino: los relojes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez María Beatriz Cardoso, Viviana G. Bologna	297	269-277
El Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y su rica historia. Sara Satanowsky, una insólita perla Jorge Fiorentino	298	400-404
La Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires y el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez Jorge A. Fiorentino, Pablo Neira	299	493-500
Noticias		
Paola Viola, Sandra Sagradini	296	130-141
	297	278-292
	298	405-410
Paola Viola, Sandra Sagradini, Elizabeth Sapia	299	501-510
Noticiero Farmacológico		
Patricia Cardoso, Raúl Plager	296	142-145
	297	293-295
	298	411-416
	299	511-519
Doctor, ¿Tiene cinco minutos?		
Miriam Tonietti, Bettina Viola	296	146-150
	297	296-301
	298	417-420
	299	520-523
Comentario de libros		
Mónica García Barthe	296	151-152
	297	302-304
	298	421
	299	524
Reflexiones		
Semillas de Francisco Juan De Aguirre	297	305-306

**Listado de autores por orden alfabético
Volumen 67 (Año 2025)**

Apellido y nombre	Número	Página
Ambao, Verónica	296	9-31
Ametller, Verónica I.	298	348-356
Arberas, Claudia	298	316-347
Arcari, Andrea	296	9-31
	298	316-347
Armando, Romina	298	316-347
Badano, María Belén	296	121-126
Ballerini, María Gabriela	296	9-31
Barbutto, Agustina	297	235-246
	298	376-382
	299	462-469
	299	470-476
Battolla, Julián	299	429-441
Bergadá, Ignacio	298	316-347
Bologna, Viviana G.	297	269-277
Borile, Mónica Elba	298	383-390
Boywitt, Adriana	298	316-347
Bresca, Melanie	299	462-469
Buzzi, M. Andrea	298	348-356
Camejo, Florencia	296	103-109
Capurro, Oscar A.	296	127-129
Cardoso, María Beatriz	297	269-277
Cardoso, Patricia	296	142-145
	297	293-295
	298	411-416
	299	511-519
Casali, Bárbara	298	316-347
Castelli, María Florencia	297	235-246
	298	376-382
	299	470-476
Castro Silvera, Laura María	297	165-181
Cazes, Claudia	296	45-55
Ceccoli, Cristina	296	45-55
Celillo, Julia	297	228-234
	298	370-375
Choi, Ines	296	45-55
Córdoba, Daiana	298	376-382
	299	470-476
Correa Brito, Lourdes	298	316-347
Cosentino, Bárbara	299	442-451
Daga, Luciana	296	9-31
De Aguirre, Juan	297	305-306
De Bellis, Rodolfo	298	316-347

De Silvestri, Daniela	296	121-126
Debernardi Santillán, Constanza	296	9-31
Demarchi, Victor	296	9-31
Esnaola Azcoiti, María	298	316-347
Fernández Escobar, Nicolás	296	32-44
	297	165-181
Fernández, María del Carmen	298	316-347
Ferraro, Cristina	296	32-44
	297	165-181
Fiorentino, Jorge	298	400-404
	299	493-500
Freilij, Hector	296	5-8
	298	311-315
Freire, Analía	296	9-31
Frino, Micaela	297	235-246
Gaillard, Maria Isabel	297	165-181
Galaretto, Romina	296	45-55
	297	182-189
Galimidi, Leonardo	297	235-246
	298	370-375
Galoppo, Cristina	297	157-164
García Barthe, Mónica	296	151-152
	297	302-304
	298	421
	299	524
García Munitis, Pablo	298	357-369
Garea, Mónica Graciela	297	261-268
	299	485-492
Garramuño, Lara	296	103-109
Garreta, María Celeste	296	96-102
Garrigue, Carolina	297	235-246
Gerez, Virginia	297	228-234
Gil, Melina Rocío	296	9-31
González, natalia	299	442-451
González Palumbo, Sonia	296	32-44
	297	165-181
Guenzatti, Cecilia	299	470-476
Guiñazú, Karina	297	165-181
Ithurralde, Melissa	298	357-369
Izquierdo, Agustín	298	316-347
Jaureguiberry, Candelaria	296	103-109
Kasten, Martina	298	370-375
Lagomarsino, Alejandra	296	121-126
Maidana, Alejandro	297	235-246
Maier, Marianela	298	316-347
Martínez, María Paula	297	165-181
Nahmod, Maia	297	247-260

Neira, Pablo	299	426-429
	299	493-500
Ocampo, Belén	298	376-382
Oizerovich, Silvia	299	477-484
Olaberria, Daniela	297	228-234
Orio, Mónica	298	348-356
Peirano, Constanza Belén	299	452-459
Peralta, Miriam	298	391-399
	299	485-492
Percara, Carolina	296	45-55
Pereyra, Camila	296	96-102
	297	228-234
Perrotta, Gabriela	299	477-484
Pizarro, Florencia	297	228-234
Plager, Raúl	296	142-145
	297	293-295
	298	411-416
	299	511-519
Plat, Fabiola	296	45-55
Pombo, Diego	299	442-451
Pontarolo, Josefina	299	452-459
Prada, Silvina	296	32-44
	297	165-181
Raffo, Diego	298	316-347
Ravarino, Lucía Belén	298	370-375
Razzini, Josefina	296	103-109
Rey, Rodolfo Alberto	298	316-347
Riesco, Ana Sol	298	316-347
Rodríguez, Brenda	296	103-109
Rodríguez, Manlio	296	32-44
Rodríguez, María Eugenia	296	9-31
Rojo Bas, Trinidad	298	370-375
Romero Domínguez, Sandra	298	391-399
Ropelato, María Gabriela	296	9-31
	298	316-347
Rosenbrock, Solange	296	9-31
	298	316-347
Rossi, Santiago	297	165-181
Rozental, Sandra	298	316-347
Rubino, Natasha	297	235-246
Sagradini, Sandra	296	130-141
	297	278-292
	298	405-410
	299	501-510
Salerno, Silvana	296	121-126
Sanguinetti, Hernán	296	121-126
Sansó, Gabriela	298	316-347

Sapia, Elizabeth	299	501-510
Satragno, Daniela	298	391-399
Scaglia, Paula Alejandra	298	316-347
Scarpello, Mauricio	296	110-120
Schiavino, Sabrina	299	452-459
Slaifstein, Cynthia	299	462-469
Soria, Marcela	296	32-44
	297	165-181
Spierer, Anabella Lucia	296	103-109
Szlagó, Marina	298	316-347
Tonietti, Miriam	296	146-150
	297	296-301
	298	417-420
	299	520-523
Torres Tobio, María del Carmen	299	460-461
Unidad de Toxicología	299	460-461
Villegas, Florencia	298	316-347
Viña, Analía	296	45-55
Viola, Bettina	296	146-150
	297	296-301
	298	417-420
	299	520-523
Viola, Paola	296	130-141
	297	278-292
	298	405-410
	299	501-510
Visco, Gaspar	296	121-126
Yvañez, Rocío	298	376-382
	299	470-476
Zwirner, Agustina	296	45-55
	299	442-451

Agradecimientos

Alonso, Cristina
Alonso, Nicolás
Battolla, Julián
Bruno, Miriam
Brusco, Isabel
Cerviño, Oscar
Cremona, María Laura

Endeiza, María Luz
Fayad, Alicia
Freixas, Omer
Gentile, Fernando
Gioseffi, María Laura
Gómez Raccio, Andrea
González, Natalia

Mateo, Mario
Meiorin, Silvia
Novas, Federico
Ordoñez, Carolina
Palmero, Domingo
Torrijos, Guadalupe

Agradecemos muy especialmente a la Dra. Ana Capdevielle por su permanente apoyo y colaboración con la revista

150 años

H N R G

HOSPITAL DE NIÑOS
RICARDO GUTIÉRREZ

