



Coordinación editorial: Dr. Mario Polacov | Diseño gráfico: Lic. Antonella Pedicino

# REVISTA RCP SAP CÓRDOBA

## ÍNDICE:

- Nota editorial: El arte de comunicar malas noticias
- Manifestaciones inusuales de la infección por virus Dengue
- Nuevas perspectivas en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo I
- Límite de viabilidad neonatal: Actualidad y horizontes futuros
- Plagiocefalia posicional y su impacto en el neurodesarrollo
- ¿Debemos seguir utilizando Montelukast en pediatría?
- Caso clínico destacado: Púrpura Trombocitopénica Inmune persistente.
- Derechos del niño hospitalizado.



# El arte de dar malas noticias en medicina

**Dra. Lorena Greca**  
**Comité de Emergencias y cuidados críticos**

En nuestra vida profesional nos ha tocado muchas veces lidiar con la difícil tarea de tener que dar malas noticias. Sin embargo, a menudo subestimamos la importancia de cómo las transmitimos. Hemos repetidos modelos de lo que vimos hacer a médicos mayores y otras veces lo hemos realizado a partir de las capacidades innatas de comunicación que cada uno trae consigo. Pero la realidad es que el arte de comunicar va más allá de simplemente transmitir información negativa, es parte esencial de la empatía y la comunicación efectiva, habilidades claves que deberían enseñarse y practicarse tanto en la formación de pregrado como a lo largo de la carrera médica.

En pediatría, la complejidad se intensifica, dado que el receptor de la noticia incluye a los padres o cuidadores y en algunos casos al propio niño, lo que requiere de una adaptación del mensaje según la edad y el nivel de comprensión del menor. Aunque muchos médicos recibimos formación técnica rigurosa para abordar diagnósticos y tratamientos, la habilidad para comunicar malas noticias rara vez se enseña de forma estructurada.



La misma, forma parte de lo que se llaman “habilidades no técnicas” que en medicina abarca un conjunto de capacidades que no están directamente relacionadas con la destreza clínica, pero que tienen un impacto significativo en la calidad de la atención y que incluye: la empatía, la comunicación efectiva, la escucha activa, la gestión emocional y la toma de decisiones compartidas.

### ¿Pero...qué entendemos por mala noticia?

“Malas noticias son cualquier información que altere radicalmente la visión del paciente sobre su futuro”, sin embargo siempre dependen del “observador”, de modo que no se puede estimar su impacto hasta que se hayan determinado primero las expectativas o la comprensión del receptor. Como hacen referencia el Dr. vasallo y la Dra. Rodríguez en su artículo sobre “Comunicación en la atención médica”, publicado en el pronap del año 2016, “lo malo de la noticia depende de cuál es la perspectiva del paciente o sus padres en relación con el futuro, perspectiva que es única e individual y si bien existen graduaciones de gravedad, siempre son subjetivas y dependen de las experiencias vitales de cada familia, sus creencias, resistencia emocional y apoyo percibido, entre otras”. Muchas veces creemos que solo se limita al hecho de comunicar el desenlace fatal de una enfermedad, que claramente es la peor noticia que nos puede tocar enfrentar,

pero sin embargo al decirle a una mamá que su hijo debería quedarse internado o deberá requerir de la realización de estudios que llevaran un tiempo de espera, nos cuesta empatizar con la desilusión, enojo muchas veces y tristezas desmedidas de la situación por parte de los padres sin lograr entender que dicha situación hace que los progenitores no puedan concurrir a sus trabajos o necesiten buscar cuidadores para sus otros hijos entre otros. Por tanto lo que define una mala noticia no es el médico sino la persona que la recibe.

En el ámbito pediátrico, la comunicación se vuelve aún más compleja debido a la vulnerabilidad de los pacientes y las preocupaciones adicionales de los padres. Por ello, es esencial adoptar un enfoque que contemple no sólo la información a transmitir, sino también la manera en que se aborda la situación emocionalmente. La efectividad en la entrega de las malas noticias puede marcar la diferencia en el proceso de aceptación y adaptación ante la adversidad. Existen múltiples modelos y enfoques que ayudan a estructurar la manera en que los médicos debemos comunicar malas noticias. Uno de los más conocidos y difundidos, es el descrito por Bayle y Buckman y que ofrece un enfoque estructurado para estos desafíos. Plantea el seguimiento de 6 pasos fundamentales que deben tenerse en cuenta al momento de comunicar una mala noticia.

Los pasos se recuerdan a partir de la regla mnemotécnica SPIKES

- **S- Setting up** (preparar el entorno): Asegurarse de que la conversación se lleve a cabo en un espacio privado y cómodo, libre de interrupciones, para crear una atmósfera adecuada de comunicación.
- **P- Perception** (Conocer la percepción): Antes de dar malas noticias, el médico debe evaluar la percepción del paciente o la familia sobre su situación para ajustar la conversación a su nivel de comprensión
- **3-I- Invitation** (invitación) Preguntar al paciente o su entorno, cuanto desea saber sobre su condición les proporciona control y puede guiar el nivel de detalle a compartir
- **K Knowledge** (Compartir conocimiento): Compartir la información de manera clara y directa, usando lenguaje comprensible y evitando tecnicismo que puedan generar confusión.
- **E- Emotions with Empathy** (Gestionar emociones con empatía): Reconocer y validar las emociones del paciente, ofreciendo apoyo y comprensión, es fundamental tras compartir noticias difíciles.
- **S- Strategy and Summary** (Estrategia y resumen): Asegurar que el paciente y su familia comprendan bien toda la información proporcionada y discutir los pasos siguientes o plan a seguir.

Este modelo no solo se centra en la transmisión de información, sino que también en la empatía y la comprensión emocional, aspectos críticos de la relación médico-paciente.

En conclusión el arte de dar malas noticias en medicina es una habilidad no técnica crucial que merece más atención en la formación técnica. Esta habilidad, no sólo permite a los médicos transmitir información de manera clara y compasiva sino que también les otorga las herramientas necesarias para apoyar emocionalmente a los pacientes y sus familias.



## Manifestaciones inusuales de la infección por virus Dengue

**Dr. Edgar Daniel Piedra**  
**Comité de infectología**

El dengue es un arbovirus de importancia a nivel mundial, pertenece a la familia Flaviviridae y es transmitido por mosquitos del género *Aedes*, principalmente *A. aegypti*. Existen 4 variantes o serotipos del virus dengue (DENV 1, DENV 2, DENV 3 y DENV 4). Afecta seriamente los países latinoamericanos y sus serotipos no desencadenan inmunidad cruzada, lo que puede causar que una persona se infecte y se enferme hasta 4 veces.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 29 del 2024, se reportaron un total de 11.062.674 casos sospechosos de dengue en las Américas. El 0.1% fueron clasificados como dengue grave con una letalidad del 0.055%.

**En Argentina:** entre la SE 1/2024 hasta la SE 32/2024 se registraron 564.144 casos de dengue. Se han identificado 3 serotipos en casos autóctonos, con predominio de DEN-2, seguido de DEN-1 (entre ambos concentran más del 99,9% de los casos) y algunos pocos casos de DEN-3 registrados a comienzos de 2024. El 0,28% de los casos reportados fueron clasificados como dengue grave y se registró una letalidad de 0,07%.

## La infección por dengue se clasifica en:

- Dengue sin signos de alarma
- Con signos de alarma
- Dengue grave.

Habitualmente se presenta como un cuadro leve con fiebre, cefalea, dolor retro ocular, mialgias, exantema, artralgias, náuseas y vómitos. Pero existen formas clínicas, que, por no ser tan frecuentes, reciben el nombre de atípicas o inusuales, donde algunos serotipos del virus afectan cualquier órgano produciendo en ellos cuadros severos y complicaciones mortales sin estar directamente relacionadas a la extravasación plasmática. En los últimos años se ha observado un incremento en la frecuencia de manifestaciones atípicas, lo que sugiere que estas formas clínicas de presentación son cada vez más comunes.



## Manifestaciones neurológicas:

La afectación neurológica es frecuente en pacientes jóvenes y constituye una causa importante de morbimortalidad. La patogenia aún no está clara y pueden estar relacionadas con el efecto neurotrópico del virus, los efectos sistémicos de la infección y pueden estar inmunomediadas. Se pueden agrupar en tres categorías:

- **Síntomas leves e inespecíficos** como cefalea, vértigo, falta de atención, ligera alteración del sensorio, disminución del sueño e inquietud.
- **Síntomas graves** de alteración del sensorio, letargo, confusión, convulsiones, meningismo, mielitis, encefalitis o encefalopatía.
- **Síntomas diferidos** con parálisis de las extremidades, síndrome de Guillain-Barré, parálisis bulbar, convulsiones, deterioro de la memoria, pérdida del sensorio y otras manifestaciones psiquiátricas.

La aparición de los síntomas varía de 3 a 7 días desde el inicio de la fiebre. El virus tiene tropismo especial por las neuronas y es capaz de provocar lesión tisular directa e inducir coagulación intravascular diseminada y trastornos metabólicos.

La manifestación más frecuente es la encefalopatía y suele acompañarse de pérdida de la sensibilidad, convulsiones, rigidez de nuca, signos piramidales y trastornos del comportamiento.

En Vietnam, Solomon et al. reportaron encefalitis por dengue en nueve pacientes encefalopáticos. Todos tenían dengue confirmado en el suero y todos tenían pleocitosis en el LCR, signos neurológicos focales o convulsiones. Sin embargo, se encontró virus y/o anticuerpos en el LCR de solo dos de estos pacientes. Las manifestaciones neurológicas más frecuentes fueron disminución de la conciencia y convulsiones. No se reportaron defunciones, pero si algunas secuelas neurológicas al alta.

Misra et al. comunicaron 17 pacientes con manifestaciones neurológicas por dengue, 11 de los cuales presentaron encefalopatía y 6 debilidad motora aguda. En los pacientes con encefalopatía, 3 tuvieron convulsiones, 1 mioclonías y en 8 pacientes se encontró pleocitosis del LCR y enlentecimiento del EEG, en un paciente se halló alteraciones en la RMN en cerebro y médula espinal. En el grupo de debilidad motora, la CK estaba elevada en 5 y se diagnosticó miositis en 1 paciente.

Investigaciones recientes sugieren que la encefalitis por dengue se debe a una infección directa del sistema nervioso central. DENV2 y DENV3 fueron aislados en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de pacientes con encefalitis por dengue.

En Vietnam en el año 2013 se aisló el DENV3 de LCR en un paciente con encefalopatía, esta cepa con un neurotropismo especial estuvo estrechamente relacionado con brotes de encefalitis por dengue en la región.

## **Manifestaciones gastrointestinales y hepáticas:**

Dentro de las manifestaciones más frecuentes se encuentran la hepatitis, insuficiencia hepática fulminante, colecistitis alitiásica, pancreatitis aguda y parotiditis.

La afección hepática se presenta con dolor en el hipocondrio derecho, hepatomegalia, ictericia y aminotransferasas elevadas que alcanzan su valor máximo al noveno día del inicio de los síntomas y vuelven gradualmente a la normalidad en 3 semanas. Fueron informados diversos cuadros de colecistitis aguda acalculosa, con cuadro típico de dolor abdominal superior derecho, fiebre, signo positivo de Murphy y espesor de la vesícula biliar sin cálculos en la ecografía abdominal.

## **Manifestaciones respiratorias:**

Suelen presentarse particularmente en aquellos pacientes con comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes, enfermedad pulmonar crónica entre otras, lo que plantea desafíos diagnósticos. Las manifestaciones respiratorias comunes incluyen derrame pleural, neumonitis, hemoptisis, hemorragia pulmonar y SDRA.

Lakshmi B Keshav, reportaron manifestaciones pulmonares en 10,19% de casos diagnosticados con dengue. El derrame pleural fue la manifestación más prevalente, presente en el 6,6% y la mayoría se localizó del lado derecho. Observaron compromiso del tracto respiratorio superior en el 5,5%, disnea en 5,5%, tos y hemoptisis fueron observadas en 14,8% de pacientes en los que no se informó compromiso pulmonar. Este hallazgo fue concordante con los estudios de Marchiori et al y Neerja et al. donde informaron un 11% de casos de dengue con derrame pleural.

Rodrigues et al. utilizaron tomografía computarizada para evaluar las manifestaciones pulmonares y encontraron que el hallazgo más común fue la opacidad en vidrio esmerilado, seguida de la consolidación. Los hallazgos menos comunes fueron nódulos en el espacio aéreo, engrosamiento del tabique interlobulillar y engrosamiento intersticial peribroncovascular. El derrame pleural estaba presente en el 55,17 % de los pacientes, especialmente en aquellos clasificados como dengue con signos de alarma.

## Manifestaciones cardíacas:

En una revisión sistemática de Malik et al. que involucraron a 6.773 pacientes con dengue donde informaron alteraciones cardíacas, el 46,1% presentó al menos una manifestación. Las anomalías del electrocardiograma representaron el 30,6%, las secuelas mecánicas el 10,4%, incluyendo disfunción sistólica del ventrículo izquierdo y miocarditis. Se reportó pericarditis en el 0,1%, derrame pericárdico 1,3%, taponamiento pericárdico 0,1% y aumento de las enzimas cardíacas en 4,5%.

## Manifestaciones renales:

La insuficiencia renal aguda es rara en la fiebre del dengue y se presenta principalmente como necrosis tubular aguda inducida por shock. La lesión puede atribuirse a la glomerulonefritis aguda, la rabdomiólisis y el Síndrome urémico hemolítico. Sriram Pothapregada et al. reportaron lesión renal aguda en 2,4% de 254 niños ingresados con dengue. Otro estudio de Neeraja et al. observó insuficiencia renal aguda en el 50 % de los casos de dengue hemorrágico y shock por dengue y solo en 6% de dengue con signos de alarma.

## Manifestaciones linforreticulares:

El antígeno del virus del dengue se encuentra en células del bazo, el timo y los ganglios linfáticos. Un estudio transversal publicado por Arshad et al. informaron manifestaciones linforreticulares inusuales en 91 niños, donde la esplenomegalia representó el 48,4%. El infarto de los ganglios linfáticos es poco frecuente y la linfocitosis hemofagocítica es una complicación excepcional.

## Conclusión:

El dengue puede manifestarse de formas muy diversas, incluyendo presentaciones poco comunes que afectan a múltiples sistemas del organismo. Reconocer estas manifestaciones inusuales a tiempo es clave para llegar a un diagnóstico certero y aplicar tratamientos adecuados dirigidas a prevenir complicaciones graves y reducir la mortalidad.

Es fundamental impulsar investigaciones que profundicen en cómo se presenta y evoluciona el dengue en sus formas atípicas, especialmente en nuestra región. Esto permitirá contar con herramientas más claras para un manejo clínico más efectivo y elaborar guías específicas adaptadas a nuestra realidad epidemiológica.

## Referencia:

- Ministerio de Salud de la República Argentina. (2024). Boletín Epidemiológico Nacional N° 717, SE 32.
- Solomon T, Dung NM, Vaughn DW, Kneen R, Thao LT, Raengsakulrach B, Loan HT, Day NP, Farrar J, Myint KS, Warrell MJ, James WS, Nisalak A, White NJ. Neurological manifestations of dengue infection. *Lancet*. 2000 Mar 25;355(9209):1053-9
- Guzman MG, Martinez E. Central and Peripheral Nervous System Manifestations Associated with Dengue Illness. *Viruses*. 2024 Aug 28;16(9):1367.
- Trivedi S, Chakravarty A. Neurological Complications of Dengue Fever. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2022 Aug;22(8):515-529. doi: 10.1007/s11910-022-01213-7.
- Phu Ly MH, Takamatsu Y, Nabeshima T, Pham Hoai LL, Pham Thi H, Dang Thi D, Nguyen NL, Nguyen Thi TT, Le Thi QM, Buerano CC, Morita K, Hasebe F. Isolation of dengue serotype 3 virus from the cerebrospinal fluid of an encephalitis patient in Hai Phong, Vietnam in 2013. *J Clin Virol*. 2015 Sep;70:93-96.
- Varatharaj A. Encephalitis in the clinical spectrum of dengue infection. *Neurol India*. 2010 Jul-Aug;58(4):585-91.
- Goh BKP, Tan S-G. Case of dengue virus infection presenting with acute acalculous cholecystitis. *Journal of gastroenterology and hepatology*. 2006;21(5):923-4.

- Gonzalez-Fontal GR, Henao-Martinez AF. Dengue hemorrhagic fever complicated by pancreatitis. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 2011;15(5):490-2
- Kumar L, Singh M, Saxena A, Kolhe Y, Karande SK, Singh N, et al. Unusual presentation of dengue fever leading to unnecessary appendectomy. *Case reports in infectious diseases*. 2015;2015.
- Keshav LB, K A, Malhotra K, Shetty S. Lung Manifestation of Dengue Fever: A Retrospective Study. *Cureus*. 2024 May 20;16(5):e60655. doi: 10.7759/cureus.60655. PMID: 38903312; PMCID: PMC11187467.
- Marchiori E, Hochhegger B, Zanetti G. Pulmonary manifestations of dengue. *J Bras Pneumol*. 2020 Mar 2;46(1):e20190246.
- Rodrigues RS, Brum AL, Paes MV, Póvoa TF, Basilio-de-Oliveira CA, Marchiori E, Borghi DP, Ramos GV, Bozza FA. Lung in dengue: computed tomography findings. *PLoS One*. 2014 May 16;9(5):e96313.
- Neeraja M, lakshmi V, Teja VD, Lavanya V, Priyanka EN, Subhada K, Parida MM, Dash PK, Sharma S, Rao PV, Reddy G. Unusual and rare manifestations of dengue during a dengue outbreak in a tertiary care hospital in South India. *Arch Virol*. 2014
- Malik J. , Iltaf Satti D.78 Manifestaciones cardiovasculares del dengue. *Corazón* 2022; 108: A58.
- Pothapregada S, Kamalakannan B, Thulasingam M. Clinical Profile of Atypical Manifestations of Dengue Fever. *Indian J Pediatr*. 2016 Jun;83(6):493-9. doi: 10.1007/s12098-015-1942-9.
- Arshad K, Sheikh S, Naqvi S, Sarwar I, Javaid S, Asghar M, et al. Frequency of splenomegaly in dengue fever in children. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad : JAMC*. 2015;27:356-9.

## Nuevas perspectivas en el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 1

**Dra. Laura Paz Povedano**  
**Especialista en diabetes infantil**

La diabetes mellitus tipo 1 es una condición crónica en la cual, ante la ausencia de insulina endógena para mantener los valores de glucosa en sangre normales, las personas con diabetes necesitan insulina todos los días de su vida. Estas personas, logran mantener una buena salud si cuentan con los insumos y herramientas necesarias para llevar un tratamiento óptimo de la misma.

Tras el descubrimiento de la insulina en el año 1922, Frederick Banting fue el científico que transformo la vida de las personas con diabetes, brindándoles la oportunidad de pasar de ser enfermos terminales a personas con una vida saludable y sin limitaciones.

El tratamiento intensificado, ya sea, con múltiples dosis de insulina (MDI) en lapiceras o con el uso de una bomba de insulina es el método de elección, conocido como esquema basal-bolo tratando de imitar la secreción fisiológica de insulina en un páncreas sin diabetes.

LEl uso de insulina basal es necesario para mantener los valores normales de glucosa en situaciones de ayuno y en momentos interprandiales, en cambio, para lograr la normoglucemia luego de las comidas , se requiere de insulina de acción rápida en bolos, la misma se regula de acuerdo a un factor de sensibilidad que se calcula de manera individual para cada paciente, buscando disminuir una hiperglucemia a un valor aceptable de glucosa, previo a la ingesta de un alimento y se agrega una cantidad extra de acuerdo a los gramos de carbohidratos que se van a ingerir en ese momento, ya que es el nutriente que tiene relación directa con el aumento de la glucosa en sangre tras las comidas.

De esta manera, necesitamos dos tipos de insulinas para el correcto manejo de la diabetes tipo 1. Una insulina de acción lenta, para ser usada como insulina basal y una insulina de acción rápida, la cual tiene dos funciones: una, para ser usada en los momentos de hiperglucemia bajo un esquema de corrección según la sensibilidad a la insulina de cada persona y el valor de glucemia que presente en ese momento, y otra, para evitar una hiperglucemia luego de las ingestas de alimentos que contengan carbohidratos,

esto último se conoce como conteo de hidratos de carbono (HC) y se realiza de acuerdo a una relación insulina/gramos de HC que se prescribe de manera individual en cada caso. Una insulina no reemplaza a la otra, si no que se complementan.

Hoy contamos con insulinas que han evolucionado a lo largo de los años, el uso de análogos de insulina nos permite realizar un esquema de múltiples dosis diarias con menor riesgo de hipoglucemia que las insulinas convencionales.

Actualmente, con la llegada de la tecnología al tratamiento de la diabetes, contamos con la posibilidad del uso de infusoras de insulina (bombas de insulina), que son dispositivos que administran insulina en micro dosis de manera continua a través de un catéter en el tejido celular subcutáneo. Luego, existen los sistemas integrados de bomba de insulina con monitoreo continuo de glucosa (MCG), donde ambos dispositivos reciben datos del otro. Los sistemas integrados más innovadores cuentan con tecnología avanzada, donde asistidos por un algoritmo pueden administrar insulina cada 5 minutos, de manera automática, según el valor de glucosa del sensor en tiempo real, y adicional,

administran correcciones automáticas frente a una tendencia de glucosa alta, y, suspenden la infusión de insulina ante la predicción de una glucosa baja, imitando la secreción fisiológica del páncreas, Estos sistemas son conocidos como AHCL system (Sistemas Híbridos de Asa Cerrada Avanzados) o AID system (Sistemas de liberación de insulina automatizados).

Estos **AID** o **ACHL**, permiten alcanzar resultados clínicos en términos de glucosa en rango, al mismo tiempo que alivian la carga del tratamiento de las personas que viven con diabetes tipo 1, ya que disminuyen la cantidad de decisiones diarias que deben tomar y los posibles errores involuntarios en el tratamiento.

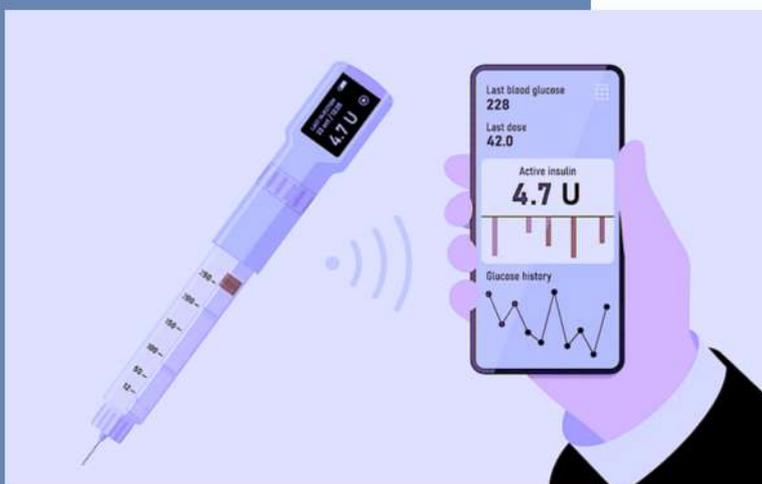
Por esta razón, la **Sociedad Internacional de Niños, Niñas y Adolescentes con diabetes** (ISPAD), la **Asociación Americana de Diabetes** (ADA) y grandes expertos en el Consenso sobre uso de sistemas de infusión automatizada de insulina, consideran a los AHCL el tratamiento de preferencia y se encuentran altamente recomendados en las personas con diabetes, lo antes posible, luego del diagnóstico, siendo de prioridad en la etapa pediátrica, sobre todo en aquellos pacientes con manejo complejo y niños en etapa preescolar.

Las bombas de insulina pueden ser utilizadas a cualquier edad y con cualquier tiempo de evolución de la diabetes, mientras se encuentre disponible y accesible para la persona que desee realizar este tratamiento. La educación diabetológica es fundamental para lograr el óptimo uso de estas tecnologías.

Sin embargo, hay personas que aún no se sienten preparadas para el uso de estos dispositivos de tecnología avanzada y prefieren continuar con insulina en múltiples dosis mediante el uso de lapiceras. En estos casos, el uso de un MCG, facilita el manejo de la diabetes, ya que, permite al equipo de salud, realizar mejores ajustes de la dosis de insulina al tener un seguimiento de la curva de glucosa durante las 24 hs del día ,y en los pacientes y su familia, disminuye el miedo a las hipoglucemias, ya que estos sensores cuentan con alarmas que advierten la presencia de la misma, sobre todo en cuidadores de niños y niñas preescolares, donde una hipoglucemia puede presentarse de manera inadvertida. Existen incluso, aplicaciones móviles, donde los padres y madres puede seguir a distancia los valores de glucosa de sus hijos, cuando se encuentra fuera del hogar, como en la escuela o el club, esto genera una alta satisfacción de los cuidadores.

Recientemente contamos con la posibilidad del uso de lapiceras inteligentes, **Smart Pen**, para insulinas rápidas. Las mismas se conectan vía bluetooth a una aplicación móvil que permite llevar un registro de las dosis aplicadas, usar una calculadora de dosis según el valor de la glucosa y la porción de hidratos de carbono, y un sensor de temperatura que advierte sobre la posible pérdida de efectividad de la insulina debido a temperaturas inadecuadas.

Esta lapicera inteligente, tiene la posibilidad de conectarse a un MCG en tiempo real, conformando un sistema integrado de MDI, múltiples dosis de insulina, con la posibilidad de configurar alertas de hipoglucemias e hiperglucemias. Toda la información del tratamiento se genera de manera automática en un solo reporte que puede ser compartido con el profesional de salud, de manera sencilla y rápida.



El tratamiento de la diabetes es complejo, puede conducir al burnout o agotamiento por parte de la persona que vive con diabetes o de sus cuidadores. La educación es un componente esencial para el uso óptimo y continuo de cualquier forma de tratamiento.

Se debe ofrecer la tecnología más avanzada, apropiada y disponible para optimizar el tratamiento de la diabetes. La evidencia más reciente, muestra los beneficios de la tecnología, no solo en el control glucémico, sino también en los factores psicosociales y en la calidad de vida de las personas con diabetes. El entrenamiento y la educación previa a cualquier dispositivo es fundamental para obtener los mejores resultados.

Si todas las personas con diabetes tipo 1, pudieran acceder a los insumos necesarios para el tratamiento óptimo, incorporando las mejores tecnologías, posiblemente logremos una mayor cantidad de años de vida saludable y las complicaciones secundarias a esta condición sean cosas del pasado.



## Límite de viabilidad neonatal: actualidad y horizontes futuros

Grupo CEFEN Córdoba

### Introducción:

Hablar de límite de viabilidad neonatal no es algo sencillo. Si tenemos en cuenta la definición etimológica de la palabra viabilidad es “límite para vivir”, si agregamos neonatal estamos hablando de la edad gestacional mínima a la que un recién nacido puede sobrevivir fuera del útero con el apoyo de cuidados médicos intensivos. Pero establecer este límite, sigue siendo un tema complejo y controvertido, que se debe basar en múltiples factores, no solo en la edad gestacional, y que varía ampliamente en función del entorno y las circunstancias concretas de nacimiento del bebé.

Sabemos que el nacimiento prematuro es una causa importante de morbilidad y mortalidad y a pesar de los avances tecnológicos y esfuerzos de expertos, los recién nacidos extremadamente prematuros (menos de 28 0/7 semanas de gestación) y de peso extremadamente bajo (<1000 gramos) tienen alto riesgo de muerte (30-50%) y morbilidad (20 a 50%).



La definición de los límites de viabilidad no está del todo clara. Hay dos formas de entenderlo: la primera, definiendo la EG y/o el peso al nacer en los que el feto tiene la capacidad de supervivencia fuera del útero; y la segunda, la EG y/o el peso en el que más del 50% de los lactantes sobreviven hasta el alta hospitalaria.

La OMS establece un límite inferior de viabilidad en las 22 0/7 semanas de gestación, o 500 gramos de peso, o 25 centímetros de talla al nacer.

Se denomina previabilidad neonatal o zona gris al período comprendido entre las semanas 22 0/7 y 25 0/7 de gestación de un feto.



Para los nacidos en esta franja etaria, la supervivencia y los resultados son extremadamente inciertos. Por debajo del límite inferior de la zona gris, el niño es demasiado inmaduro para tener cualquier oportunidad razonable de supervivencia sin déficits severos. Por encima del límite superior, sin embargo, el niño es suficientemente maduro para tener oportunidades razonables de resultados buenos a medio y largo plazo. En la zona gris, el tratamiento de los lactantes puede ser opcional.

Aún hoy no existe un consenso internacional de recomendaciones sobre el límite de viabilidad en niños nacidos extremadamente prematuros contribuyendo esto también a la variabilidad en las tasas de supervivencia, probablemente también debido al lugar donde nacen.

### **Antecedentes:**

En los últimos años, la literatura refleja un aumento en la supervivencia de los prematuros más extremos. Esta tendencia es más acentuada en aquellos de menor Edad Gestacional (22-23 semanas) dado el cambio hacia una conducta más proactiva en este grupo de recién nacidos en algunos países. Sin embargo, no parece describirse de forma consistente una clara mejoría en el pronóstico a largo plazo en esta población.

En las últimas recomendaciones del Grupo de Reanimación Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología (GRN-SENeo) acordaron un manejo activo a partir de las 24 0/7 semanas de gestación y cuidados paliativos hasta las 22 6/7.

En aquellos recién nacidos en la franja de 23 0/7 a 23 6/7, considerada como zona gris, la decisión de actuación activa o no, se basa en una deliberación conjunta del equipo médico y la familia.

### ¿Qué dice la evidencia?

No existe evidencia al respecto, solo guías o consensos que las sociedades científicas de cada país han publicado. Se diferencian dos corrientes: aquellos países en los que se promueve una conducta activa en los pacientes de 22 0/7 semanas, como Reino Unido, EE. UU., Australia y Suecia (tras una valoración reflexiva de los factores de riesgo y la opinión de los padres) y otros en los que se ofrecen cuidados paliativos (Canadá y Francia). Casi todos coinciden en una conducta activa a partir de las 23 0/7 semanas de acuerdo con los deseos familiares.

## ¿Qué dicen las guías?

Ni el Comité Internacional de Enlace sobre Reanimación (ILCOR) ni la Academia Americana de Pediatría (AAP) se posicionan acerca de la actuación en el límite de la viabilidad. Ambos hacen referencia a que cada centro debe tener sus propias guías para el asesoramiento prenatal ante diferentes situaciones de riesgo como podría ser el nacimiento de un prematuro en el límite de la viabilidad.

## ¿Qué recomienda el GRN-SENeo?

La determinación del límite de la viabilidad en cada centro debe basarse en una decisión y plan de actuación conjunto de los equipos de obstetricia y neonatología teniendo en cuenta los propios resultados en esta población y la opinión de la familia.

Ellos siguen recomendando una aproximación activa a partir de las 24 0/7 semanas postmenstruales. Entre las 23 0/7 y las 23 6/7 semanas, recomiendan un consenso con la familia (informada de los riesgos de morbilidad y mortalidad) tras la valoración de los factores de riesgo coexistentes alrededor del nacimiento, pero consideran que en aquellos casos con condiciones perinatales favorables sería aceptable una conducta proactiva a estos pacientes.

En aquellos partos entre las 22 0/7-22 6/7 semanas, una actitud paliativa sería la indicada, aunque se puede plantear una actitud más proactiva en el caso de familias que así lo manifiesten y en gestaciones con condiciones perinatales favorables y más cercanas a las 23 0/7 semanas.



La administración de corticoides, así como el traslado materno a un centro de tercer nivel, es mandatorio en cualquier amenaza de parto prematuro que se produzca a partir de las 22 0/7 semanas, con el fin de tener la posibilidad de hacer una adecuada valoración y asesoramiento prenatal por equipos perinatales multidisciplinares expertos; ello facilita que la familia tome una decisión con información contrastada y se pueda elaborar un plan terapéutico en función de la decisión tomada (fig. 1).

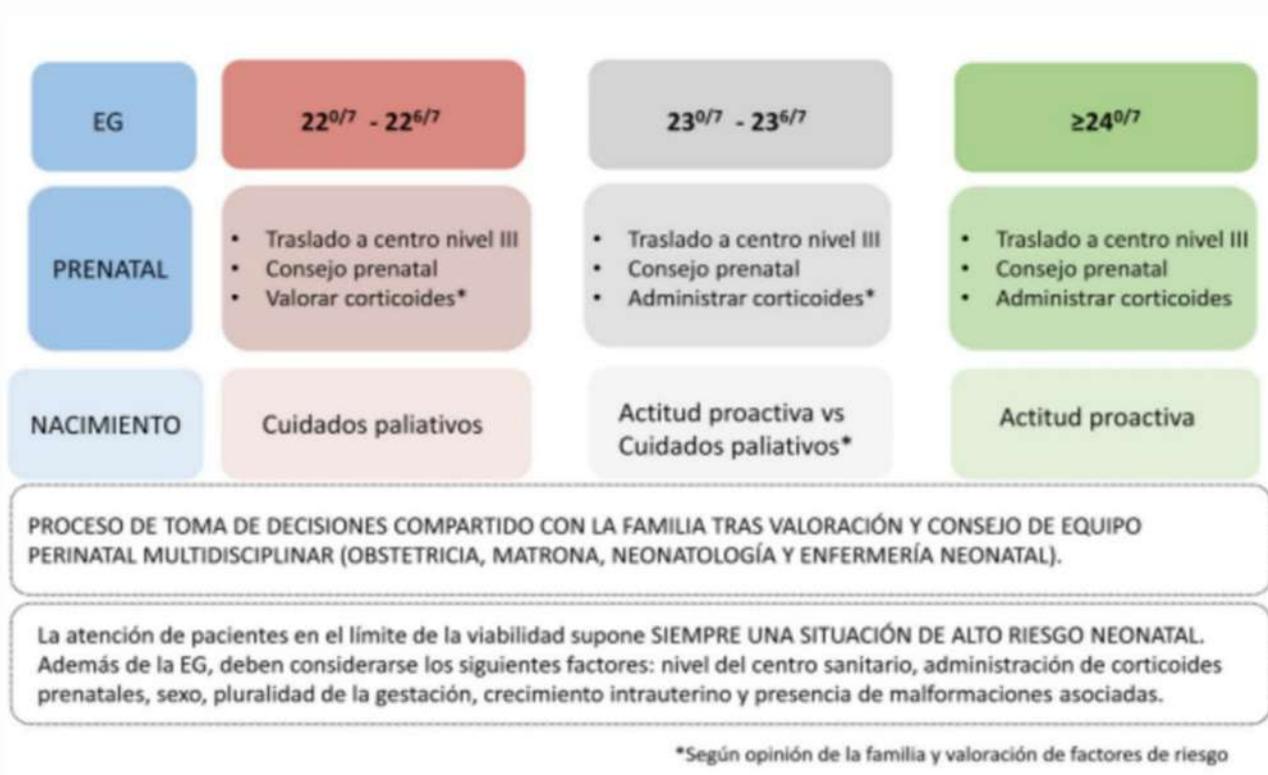


Figura 1 Proceso de toma de decisiones multidisciplinar, compartido con la familia en pacientes en el límite de la viabilidad (EG:edad gestacional en semanas postmenstruales).

## Conclusión:

A pesar de los avances de la neonatología, la asistencia de los recién nacidos en los límites de la viabilidad sigue siendo un reto de gran complejidad. La incertidumbre sobre el curso de los bebés extremadamente prematuros hace difícil establecer un pronóstico preciso, ya que a pesar de los avances médicos y tecnológicos de las últimas décadas, continúan teniendo alto riesgo de mortalidad y morbilidad, fundamentalmente con alteraciones del neurodesarrollo.

En el difícil proceso de toma de decisiones de este contexto, existe acuerdo a nivel internacional acerca de la elaboración de recomendaciones y guías para la asistencia perinatal de estos pacientes, así como la elaboración de registros nacionales de datos y la formación del personal a cargo. Es una obligación del sistema sanitario poner a disposición de estos recién nacidos y sus familias el mayor nivel asistencial posible.

La participación de las familias, junto con una información bien fundamentada y honesta por parte del personal sanitario, es en la actualidad el modelo preferido para la toma de decisiones. La hospitalización de los bebés extremadamente prematuros será invariablemente muy prolongada y plantea muchas situaciones desafiantes para los padres.

En los márgenes de viabilidad, la interacción entre médicos y familias además de ser un gran desafío, es una oportunidad de ayudar a los padres, tratándolos con comprensión, empatía y una comunicación honesta. Como corolario de la gran complejidad en los límites de la viabilidad, es necesario enfatizar la necesidad de que la ética esté presente en todo momento para que nos ayude a lograr conductas apropiadas.

Los principios de beneficencia y no maleficencia nos están señalando que los médicos debemos hacer el bien y evitar el mal, estos principios son indiscutibles, pero en situaciones tan complicadas como estas, son sin duda, difíciles de aplicar.

En las maternidades de alta complejidad de nuestro país en general se toma como límite de viabilidad 24 0/7 pero se considera cada caso en forma individual teniendo en cuenta los antecedentes protectores (fundamentalmente corticoides antenatales) y aquellos desfavorables, además del deseo de la familia, siempre apoyados en un buen asesoramiento previo en términos de probabilidad de supervivencia y morbilidad.

Es importante que cada institución tenga protocolizado el límite de viabilidad, de acuerdo a sus recursos humanos y tecnológicos, para decidir o no comenzar la reanimación de un prematuro extremo para ofrecer la mejor atención a ese bebé y su familia y no producir daño.

## Bibliografía:

- 1- Gonzalo Zeballos Sarratoa, Alejandro Avila-Alvarez , Raquel Escrig Fernández, Montserrat Izquierdo Renaud, César W. Ruiz Campillo, Celia Gómez Robles f y Martín Iriondo Sanzg , en representación del Grupo de Reanimación Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología (GRN-SENeo). Guía española de estabilización y reanimación neonatal 2021. Análisis, adaptación y consenso sobre las recomendaciones internacionales. Anales de Pediatría (2022) 145.e1--145.e9
- 2- Ceriani Cernadas JM. Los límites de la viabilidad en prematuros, un dilema ético creciente. Arch Argent Pediatr 2018;116(3): 170-171.
- 3- María Isabel Pescador, Susana Elena Zeballos, Cristina Ramos, Manuel Sánchez-Luna. Límite de viabilidad: ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos? [REV. MED. CLIN. CONDES - 2021; 32(6) 656-663]
- 4- Ehret DEY, Edwards EM, Greenberg LT, Bernstein IM, Buzas JS, Soll RF, et al. Association of antenatal steroid exposure with survival among infants receiving postnatal life support at 22 to 25 weeks' gestation. JAMA Network Open. 2018;1(6):e183235. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.3235.

- 5- Del Río R, Thió M, Bosio M, Figueras J, Iriando M. Predicción de mortalidad en recién nacidos prematuros. Revisión sistemática actualizada. *An Pediatr (Barc)*. 2020;93(1):24-33. doi: 10.1016/j.anpedi.2019.11.003.
- 6- Seri I, Evans J. Limits of viability: definition of the gray zone. *J Perinatol*. 2008;28 Suppl 1:S4-8. doi: 10.1038/jp.2008.42.
- 7- Stanojevic M: Limits of viability: should we play God?. *Psychiatr Danub*. 2021;33(Suppl 3):S280-S291.
- 8- Norman M, Hallberg B, Abrahamsson T, Björklund LJ, Domellöf M, Farooqi A, et al. Association Between Year of Birth and 1-Year Survival Among Extremely Preterm Infants in Sweden During 2004-2007 and 2014-2016. *JAMA*. 2019;321(12):1188-1199. doi: 10.1001/jama.2019.2021.
- 9- Myers P, Andrews B, Meadow W. Opportunities and difficulties for counseling at the margins of viability. *Semin Fetal Neonatal Med* 2017;23(1):30-4.
- 10- AAP. *Textbook of Neonatal Resuscitation*. 8th Edition 2022, lesson 11, 265-278

## Plagiocefalia Posicional y su impacto en el neurodesarrollo

**Dr. Mario Polacov**  
**Comité de Pediatría Ambulatoria**

La **plagiocefalia posicional** (PP) es la causa más frecuente de asimetría craneofacial en lactantes, como consecuencia de la presión de fuerzas externas sobre un cráneo maleable. Esta patología ha sufrido un incremento importante en las últimas décadas debido a las recomendaciones de colocar a los bebés en decúbito supino al dormir para evitar el Síndrome de Muerte Súbita. Distintos reportes refieren una incidencia del 30-40% de recién nacidos entre las 7 y 12 semanas de vida.

Inicialmente se interpretó que la PP era una entidad benigna que tenía sólo una implicancia estética, sin correlato aparente en el plano neuroconductual. Sin embargo, múltiples trabajos científicos publicados recientemente comenzaron a poner en duda esta percepción.

Las principales deficiencias detectadas en el desarrollo son a nivel motor, seguido de alteraciones en el lenguaje y en el área social. En el primer caso, la diferencia respecto a la población de niños no afectados es más evidente en el área motora gruesa respecto a la motricidad fina. Las revisiones sistemáticas concluyen que el presentar PP no implica indefectiblemente padecer problemas clínicos, pero sí supone un factor de riesgo de sufrir retraso en el neurodesarrollo. Serán necesarios más estudios longitudinales a fin de confirmar estos hallazgos.

Asimismo, no existe una correlación lineal entre la gravedad de la asimetría craneal y el nivel de compromiso en la maduración cerebral; algunos postulan que es posible que un retraso del desarrollo neurológico preexistente pueda ser la causa de la plagiocefalia.

Por lo antedicho la PP debe ser un indicador de alerta para los pediatras de atención primaria a fin de monitorear de manera cercana y minuciosa a los niños que la padecen, realizando las derivaciones pertinentes de manera temprana.

## Bibliografía:

- Molinari Juan Martín y col: Plagiocefalia posicional y neurodesarrollo: una revisión narrativa. *Andes pediater.* 2024;95(5):620-628
- Burón Klose Verónica y col: Consideraciones actuales en el abordaje de la plagiocefalia posicional. *Andes pediater.* 2023; 94(2): 134-143
- Martiniuk Alexandra et al: Plagiocephaly and developmental delay: a systematic review. *J Dev Behav Pediatr* 2017; 38:67-78.
- Rohde Jessica et al: Association of positional plagiocephaly and developmental delay within a primary care network. *J Dev Behav Pediatr.* 2021 feb-mar;42(2):128-134

## ¿Debemos seguir utilizando Montelukast en pediatría?

**Neumol Pediatr 2024; 19(3): 72-73**  
**Andrés Koppmann Attoni**

En marzo de 2020, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) emitió un comunicado señalando la necesidad de incluir un recuadro de advertencia en los envases de Montelukast, debido al riesgo de efectos adversos neuropsiquiátricos potencialmente graves asociados a este fármaco. Estos incluyen síntomas como irritabilidad, agresividad, trastornos del sueño, pesadillas, depresión y pensamientos suicidas, principalmente en adolescentes. Estos efectos secundarios, que alcanzan una prevalencia cercana al 10%, se presentan luego de una semana de iniciada la administración del medicamento y desaparecen al suspender su uso.

Sin embargo, las dudas sobre el uso de los antileucotrienos en el tratamiento del asma bronquial y las sibilancias recurrentes en lactantes y preescolares ya existían anteriormente y están relacionadas con su efectividad. Los cisteinil leucotrienos son derivados lipídicos producidos por el metabolismo del ácido araquidónico y actúan como potentes mediadores proinflamatorios, induciendo la contracción del músculo liso bronquial, hipersecreción de moco, edema y reclutamiento de células inflamatorias en las vías aéreas. También juegan un rol fundamental en la fisiopatología del asma bronquial.

Montelukast es un antileucotrieno antagonista del receptor de cisteinil leucotrienos presentes en la superficie de eosinófilos, basófilos, mastocitos, macrófagos y células del músculo liso bronquial.

La terapia con este medicamento, que inicialmente parecía muy prometedora, no ha logrado en el tiempo los resultados esperados y ha quedado relegada a una segunda línea en el tratamiento del asma. Se ha demostrado ampliamente que Montelukast es menos efectivo que los corticoides inhalados usados como monoterapia en el control de los síntomas de asma. Del mismo modo, cuando se utiliza para intensificar el tratamiento junto con corticoides inhalados, esta asociación resulta menos efectiva en comparación con el uso de corticoides inhalados asociados a beta-2 agonistas de acción prolongada o ultralarga.



Numerosos estudios han tratado de buscar predictores clínicos o biomarcadores de respuesta favorable a uno u otro tratamiento para poder seleccionar de forma prospectiva a los pacientes que pudieran beneficiarse. Un estudio que incluyó a 144 niños de 6 a 17 años con asma leve a moderada utilizó un diseño cruzado en que los pacientes recibieron 8 semanas de Fluticasona 100 mg/día y 8 semanas de Montelukast 5 o 10 mg/día. La respuesta positiva fue un aumento de 7,5% del VEF1. Se observó que un 55% de los pacientes no respondió a ninguno de los medicamentos, un 17% respondió a ambos, un 23% tuvo respuesta favorable a Fluticasona sola y solo un 5% respondió solo a Montelukast. Los niños que respondieron a Fluticasona fueron aquellos que tenían peor función pulmonar y marcadores más altos de inflamación alérgica. La respuesta a Montelukast fue significativamente mejor en aquellos pacientes de menor edad y de duración más breve de su enfermedad.

En sibilancias recurrentes del preescolar, se ha evaluado el uso de este medicamento administrado de manera continua e intermitente. En el estudio **PREVIA** (PREvention Viral Induced Asthma) se demostró que el uso de Montelukast administrado por un periodo de 12 meses en forma continua en preescolares de 2 a 5 años con sibilancias gatilladas por virus,

logró reducir el número de exacerbaciones en un 31,9% comparado con placebo, disminuyendo además los síntomas diurnos, nocturnos y los días de ausencia escolar. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la necesidad de tratamiento de rescate con beta-2 agonistas de acción corta, ni en uso de corticoides orales.

Robertson C et al. evaluaron el uso de Montelukast administrado de manera intermitente al inicio de una infección respiratoria. Fueron tratados 681 episodios de infección respiratoria, 345 con Montelukast y 336 con placebo, en 202 niños de 2 a 14 años por un periodo mínimo de 7 días y hasta 48 h después del cese de los síntomas. Los pacientes que usaron Montelukast tuvieron una disminución de 28,5% de las visitas al médico y al servicio de urgencia. El beneficio se observó principalmente en los niños más pequeños. Teniendo en cuenta que en este segmento etario hay un grupo de niños que responden, se ha planteado indicarlo como alternativa en pacientes con sibilancias episódicas virales que no tengan una respuesta satisfactoria con el uso de corticoides inhalados, evaluando el resultado en un periodo de 6 a 8 semanas.

En el tratamiento de la rinitis alérgica, si bien se ha demostrado que la monoterapia con Montelukast es superior al placebo, existe evidencia significativa que los corticoides inhalatorios nasales son superiores en lograr el control de los síntomas y mejorar la calidad de vida. Dado el riesgo de efectos adversos, la monoterapia con este medicamento no está recomendada como tratamiento de primera línea y solo debe ser considerada en algunos pacientes que tengan contraindicaciones, tanto para los antihistamínicos orales como para el uso de corticoides nasales.

En suma, la evidencia actual demuestra que hay un número restringido de pacientes con sibilancias recurrentes en edad preescolar y asma en el niño mayor de 5 años en que Montelukast podría ser beneficioso. La ausencia de biomarcadores que puedan predecir una buena respuesta, sumado a su perfil de seguridad, indica que su uso como alternativa sería útil solo en casos seleccionados en que no haya habido respuesta al uso de corticoides inhalados, o cuando el paciente o sus cuidadores rechacen utilizarlos. En cualquier situación se aconseja tener un monitoreo cercano para evaluar la eficacia clínica y reacciones adversas, evitando mantener la terapia en el tiempo de manera injustificada.

En el tratamiento de la rinitis alérgica, si bien se ha demostrado que la monoterapia con Montelukast es superior al placebo, existe evidencia significativa que los corticoides inhalatorios nasales son superiores en lograr el control de los síntomas y mejorar la calidad de vida. Dado el riesgo de efectos adversos, la monoterapia con este medicamento no está recomendada como tratamiento de primera línea y solo debe ser considerada en algunos pacientes que tengan contraindicaciones, tanto para los antihistamínicos orales como para el uso de corticoides nasales.

En suma, la evidencia actual demuestra que hay un número restringido de pacientes con sibilancias recurrentes en edad preescolar y asma en el niño mayor de 5 años en que Montelukast podría ser beneficioso. La ausencia de biomarcadores que puedan predecir una buena respuesta, sumado a su perfil de seguridad, indica que su uso como alternativa sería útil solo en casos seleccionados en que no haya habido respuesta al uso de corticoides inhalados, o cuando el paciente o sus cuidadores rechacen utilizarlos.

En cualquier situación se aconseja tener un monitoreo cercano para evaluar la eficacia clínica y reacciones adversas, evitando mantener la terapia en el tiempo de manera injustificada.

## **Comentario de la Dra. Silvina Cipriani**

***Neumonóloga pediatra – Miembro de Comisión Directiva de SAP Nacional***

Este artículo es interesante ya que destaca las posibles reacciones adversas medicamentosas (RAM) del Montelukast, antileucotrieno ampliamente usado en pediatría.

En el 2020 la FDA emitió un comunicado en el que advierte la necesidad de incluir un recuadro de advertencia sobre los efectos adversos neuropsiquiátricos potencialmente graves asociados a este fármaco.

Estas consecuencias indeseadas tienen una prevalencia cercana al 10% según la Sociedad Chilena de Neumonología Pediátrica (Sochinep). Sin embargo, en nuestro país la incidencia de RAM con este fármaco sería del orden del 5.7%(1). Estos efectos adversos se presentan en el corto plazo desde el inicio del tratamiento y desaparecen al suspender su uso.

Cabe destacar que, antes de esta advertencia, este medicamento ya no era considerado primera línea de tratamiento para asma y rinitis alérgica, según varias guías nacionales e internacionales (SAP, GINA, GEMA, etc.), y se señalaba que la primera opción de tratamiento en pediatría es el corticoide inhalado (CI).

Ante la persistencia de síntomas con el CI como monoterapia, los estudios demostraron mayor efectividad de la combinación CI + B2 de acción prolongada (LABA) respecto de la asociación CI + antileucotrieno.

Dado que en menores de 4 años no está autorizado el uso de LABA y ante los casos de falta de respuesta a la monoterapia con corticoide local, el Montelukast se presenta como una alternativa terapéutica efectiva, así como también podría considerarse la necesidad de escalar el tratamiento sumando su utilización cuando ya están con CI + LABA.

En nuestro país esta medicación no está rotulada, y aun si lo estuviera es menester al indicarlo advertir a los padres y/o cuidadores sobre la aparición de síntomas como: irritabilidad, trastorno del sueño, depresión, pesadillas, insomnio, agresividad, cefalea y pensamiento suicidas principalmente en adolescentes, todas situaciones ante las cuales debe suspenderse la medicación de forma inmediata.

Además de estas advertencias, el paciente debe ser estrechamente controlado.

### **Resumiendo:**

- Sería necesaria la rotulación de los efectos adversos en los envases.
- El profesional que indique esta medicación debe advertir sobre los posibles efectos adversos y la necesidad de suspensión del mismo ante su aparición.
- El Montelukast nunca debe ser indicado como medicamento de primera línea en asma y rinitis en pediatría.

### **Referencia:**

Caudevilla Lafuente P, García Íñiguez JP, Martín de Vicente C. Reacciones adversas a montelukast: de la teoría a la práctica. Serie de casos. Arch Argent Pediatr 2021;119(4):e357-e359.

## Caso clínico destacado: Púrpura Trombocitopénica Inmune persistente

Comité de Onco-hematología SAP Córdoba

### Introducción:

La púrpura trombocitopénica inmune (PTI) es un trastorno heterogéneo autoinmunitario adquirido que se caracteriza por un recuento bajo de plaquetas como resultado de la destrucción de plaquetas y/o la producción deficiente de plaquetas. Puede ser:

- **PTI primaria:** recuento plaquetario menor de  $100 \times 10^9/l$ ), ausencia de enfermedad infecciosa aguda concomitante, ausencia de patología sistémica de base, presencia de megacariocitos normales o aumentados en la médula ósea (si se realizó punción de médula ósea o respuesta completa con gammaglobulina).
- **PTI secundaria:** recuento plaquetario menor de  $100 \times 10^9/l$ ) asociada a alguna patología reconocible como mononucleosis infecciosa, hepatitis, lupus eritematoso sistémico, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, linfoma, etc.

Según su evolución y respuesta al tratamiento pueden definirse 3 situaciones: **PTI de reciente diagnóstico** cuando antes de los 3 meses de evolución se alcanza remisión completa (tres recuentos plaquetarios  $\geq 100000/\text{mm}^3$  consecutivos), se observa en el 50 % de los casos; **PTI crónica** cuando persisten recuentos plaquetarios  $< 100000/\text{mm}^3$  luego de los 12 meses de evolución, 20 % de los casos. Un 20-50% de estos pacientes alcanzara la remisión completa espontánea luego de años de evolución. En 2019 se definió como **PTI persistente** a aquella con recuentos plaquetarios  $< 100000/\text{mm}^3$  entre los 3 y 12 meses de evolución, observable en 30 % de los casos.



## Caso clínico

Niña de 4 años, eutrófica. Consultó por petequias múltiples en tórax y mucosa oral de aparición espontánea, y hematomas en miembros inferiores de 4 días de evolución. Afebril, buen estado general. No presentaba adenopatías, se palpaba punta de bazo, no hepatomegalia. Sin antecedentes patológicos de relevancia. No había recibido vacunas. No refería cuadros infecciosos en los últimos 15 días. El laboratorio mostró H 4500000/ mm<sup>3</sup>, Hb 12,2 g/dl, Hto 36,7%, Leucocitos 6790/mm<sup>3</sup> NCONS38E19BIM8L34, Plaquetas 13000/mm<sup>3</sup>, APP 13 segundos, Kptt 28 segundos. Coombs directa negativa. Orina completa sin hematuria. Serologías virales Epstein-Barr negativo, VIH no reactivo, VHB negativo, VHA negativo, CMV negativo. Inmunoglobulinas G-A-M-E normales. Coproparasitológico negativo. Se indicó gammaglobulina 0,8 g /kg/ dosis, observándose a las 72 hs. recuento plaquetario de 50000/mm<sup>3</sup> y a la semana 100000/mm<sup>3</sup>. A los 40 días presentó nuevamente petequias con recuento plaquetario de 19000/mm<sup>3</sup>. Se realizó colagenograma: C3 - C4 normales, ANA negativo. Punción de médula ósea celularidad normal para la edad, no infiltrada, presencia de megacariocitos 100% productores de plaquetas. Inició prednisona 2 mg/kg/dosis, más protección gástrica.

Respuesta completa recuento plaquetario 200000/mm<sup>3</sup>, mantiene recuentos mayores a 100000/mm<sup>3</sup> durante descenso de corticoterapia. Durante los 7 meses posteriores recuentos plaquetarios alternantes 55000-80000/mm<sup>3</sup>, sin repercusión clínica, manteniéndose posteriormente con valores mayores a 120000/mm<sup>3</sup> y desde el año del diagnóstico al momento del alta recuentos mayores a 210000/mm<sup>3</sup> (seguimiento de 1 año).



## Discusión y aprendizajes

La PTI es la causa más frecuente de trombocitopenia de presentación aguda en un niño sano, su incidencia en menores de 15 años se estima en unos 5 casos por 100.000 habitantes/año.

El diagnóstico de PTI es de exclusión. Una historia personal, los antecedentes familiares y un examen físico normales (salvo las manifestaciones hemorrágicas), asociados a la trombocitopenia como única citopenia, constituyen las bases para el diagnóstico. La mayoría de los pacientes presentan antecedentes de infección viral (60% infección de vías altas y exantemas), inmunización (más frecuente en relación con la vacuna triple víral) o infección bacteriana en las semanas previas.

Se caracteriza fundamentalmente por sintomatología hemorrágica a 3 niveles: piel, mucosas y órganos internos. El 3% de los pacientes pediátricos presentan sintomatología de sangrado clínicamente significativo, siendo las manifestaciones más frecuentes la epistaxis y el sangrado gastrointestinal. Las hemorragias parecen estar relacionadas con la gravedad de la trombocitopenia, aunque no existe una correlación exacta.

La complicación más grave es la hemorragia intracraneal, cuya frecuencia es de 0,1 y el 0,6%. En nuestra paciente Petequias cutáneas y mucosas espontáneas y hematomas de 4 días de evolución fueron los signos de alerta para consulta e inicio de estudios.

Ante la sospecha diagnóstica de PTI la primera conducta es establecer si el paciente será de manejo ambulatorio o no. Las guías actuales de la **Academia Americana de Hematología** (ASH) recomiendan el manejo ambulatorio de todo paciente con recuento plaquetario  $\leq$  o  $\geq$  de 20000/mm<sup>3</sup> de diagnóstico reciente sin sangrados o con sangrado leve mucocutáneo. Siendo en este caso más importante la clínica que el recuento plaquetario. El último consenso argentino no hace referencia al respecto, pero guías hospitalarias recomiendan internación con recuentos plaquetarios  $\leq$  de 50000/mm<sup>3</sup>. Son factores de riesgo asociados para esta decisión presencia de hematuria, TCE, politraumatismo previo, tratamiento con antiagregantes hasta 7-10 días antes, diátesis hemorrágica como coagulopatía o vasculitis.

Para el mejor diagnóstico y seguimiento adecuado hay estudios básicos considerados por todas las guías de manejo de PTI, estos son: hemograma con recuento plaquetario, frotis para evaluación de morfología plaquetaria, reticulocitos, estudios de hemostasia (APP, KPTT, fibrinógeno), grupo- factor sanguíneo y prueba de Coombs directa, inmunoglobulinas G-A-M-E, serologías virales (CMV-VEB-parvovirus B19- VHS-VIH-VHB-VHC), función renal y hepática( GOT-GPT-LDH-glucosa-urea -creatinina) y orina completa. Los estudios adicionales como punción de médula ósea, poblaciones linfocitarias, estudios de autoinmunidad, están indicados en niños con clínica atípica, otras citopenias en el hemograma, o previo al inicio de corticoterapia.

La **PTI** es una **enfermedad benigna y autolimitada**. Diversos registros y publicaciones han demostrado una remisión superior al 60% en los 6 meses tras el diagnóstico, y remisiones espontáneas hasta 2 años después del diagnóstico, independientemente del tratamiento recibido.

La determinación de si un paciente con PTI recién diagnosticado debe ser observado o requiere tratamiento farmacológico depende de la clínica, del grado de trombocitopenia, las comorbilidades del paciente, los medicamentos y la edad, todos los cuales afectan el riesgo de sangrado. ASH en niños con PTI recién diagnosticada que no tienen sangrado o tienen sangrado leve recomienda la observación sobre cualquier tratamiento. En niños con PTI recién diagnosticada que tienen sangrado de las mucosas que no pone en peligro la vida y/o una calidad de vida relacionada con la salud reducida sugiere corticosteroides en lugar de inmunoglobulina intravenosa o inmunoglobulina anti-D, salvo para pacientes en los que los corticosteroides estén contraindicados o no se prefieran por alguna razón particular. A su vez recomienda no administrar ciclos de corticosteroides de más de 7 días a favor de ciclos de 7 días o más cortos, y sugiere uso de prednisona por sobre dexametasona. Las guías SAP PTI-2019 recomiendan en niños con  $> 20000/\text{mm}^3$ , sin sangrado o sangrado cutáneo exclusivo, sin factores de riesgo (TCE, otras alteraciones de coagulación, vasculitis) observación y con recuentos de plaquetas  $\leq 20000/\text{mm}^3$ , y/o hemorragia activa y/o factores de riesgo, tratamiento con gammaglobulina o corticoides, no estableciendo preferencias.

La niña del caso presentado con recuento plaquetario  $\leq$  de  $20.000/\text{mm}^3$  fue internada con diagnóstico de PTI sin patología asociada ni desencadenantes como vacunas o infecciones. Se realizó gammaglobulina  $0,8 \text{ g/kg}$  con recuentos plaquetarios normales pero que no se mantienen por 3 controles. Está demostrado que el tratamiento inicial de la PTI pediátrica recién diagnosticada con un régimen de gammaglobulina a menor dosis puede dar resultados comparables a la dosis doble de  $2 \text{ g/kg}$  para alcanzar un umbral hemostático seguro prolongado. Debido a la evolución de la paciente se opta por corticoterapia, prednisona  $2 \text{ mg/kg/día}$ , luego de realizar punción de medula ósea. La realización de PAMO está indicada en casos atípicos o aquellos que evolucionan a cronicidad. Su realización o no siempre es motivo de discusión aun entre hematólogos.

En su evolución la paciente post corticoterapia alcanza respuesta completa por 2 meses. Presentando después recuentos plaquetarios mayores de  $50000/\text{mm}^3$  hasta el 7 mes desde el diagnóstico. Durante ese periodo no presentó clínica, asistió al colegio. En ese momento su PTI por definición era recurrente, surgiendo la duda si era necesario tratar o no, para llevar los recuentos plaquetarios a la normalidad o no.

Los niños con PTI recurrente y/o crónica merecen una evaluación adicional para PTI secundaria, o condiciones subyacentes que conducen a Trombocitopenia inmune. Similar a aquellos con citopenias únicas permanentes, o con bi / pancitopenias. En este momento pueden realizarse los estudios adicionales ya mencionados o repetirlos si se habían hecho previamente. Los estudios de autoinmunidad se completaron en nuestra paciente y fueron normales.

Cuando la PTI se vuelve persistente, crónica o requiere alternativas terapéuticas, hay muchos menos datos existentes sobre la secuencia óptima de opciones de tratamiento y, por lo tanto, más variabilidad en la práctica médica. La toma de decisiones se basa en la clínica de cada paciente. En nuestro caso se decidió observación con seguimiento clínico y de laboratorio cada 15 días y luego cada mes sin instaurar tratamiento médico. Es de destacar que además se contaba con una familia continente y comprometida con el cuidado de la niña. En niños con PTI recurrente y/o que presentan sangrado de las mucosas que no pone en peligro la vida o una calidad de vida relacionada con la salud reducida y que no responden al tratamiento de primera línea, la guía ASH sugiere las siguientes opciones para terapias de segunda línea en el orden en que deberían implementarse: Agonistas del receptor de **trombopoyetina** (eltrombopag o romiplostim), **Rituximab** y por ultimo **esplenectomía**.

Cada uno de los tratamientos de segunda línea pueden ser una terapia eficaz y, por lo tanto, la elección del tratamiento debe individualizarse. Los factores para considerar son la duración de la PTI, la frecuencia de los episodios de sangrado, si requieren hospitalización o medicación de rescate, las comorbilidades, la adherencia, las preferencias de la familia y el paciente, el costo y la disponibilidad. Por ejemplo, para la toma del trombopag debe evitar el consumo de alimentos que contengan calcio, como productos lácteos, durante cuatro horas, lo que podría limitar la capacidad de algunos niños para tomar este medicamento. Otro ejemplo es el caso de la esplenectomía casi en desuso por limitantes como la edad, menores de 5 años; modificación de la inmunidad; además de necesidad de revisar vacunas y que reciban profilaxis con antibióticos después de la esplenectomía.



## Conclusiones

La PTI pediátrica es un trastorno heterogéneo, en el que cada paciente presenta diferencias en cuanto al fenotipo hemorrágico, la duración de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

Es un diagnóstico de exclusión por lo que los estudios básicos al diagnóstico son necesarios y repetirlos y ampliarlos es de buena práctica, más aún en el caso de aquellos con PTI crónica o más de una citopenia.

El objetivo de tratamiento será intervenir en los casos con hemorragias con relevancia clínica, no en corregir los recuentos plaquetarios hasta valores normales. Evitando tratamientos innecesarios, potencialmente tóxicos, en pacientes sin o poco sintomáticos y conseguir una adecuada calidad de vida con la mínima toxicidad asociada al mismo.

## Bibliografía:

- Donato H, Bacciedoni V, Rapetti MC, Elena G, et al. Trombocitopenia inmune. Guía de diagnóstico y tratamiento. Arch Argent Pediatr 2019; 117 Supl 6: S243-S254.
- Arai Y, Matsui H, Jo T, Kondo T, Takaori-Kondo A. Efficacy of dexamethasone for acute primary immune thrombocytopenia compared to prednisolone: a systematic review and meta-analysis. TH Open. 2017;1(2): e73-e81
- - Neunert C, Terrell DR, Arnold DM, et al. American Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. Blood Adv. 2019;3(23):3829-3866
- Neunert C, Arnold DM, Grace RF, Kuhne T, McCrae KR. The 2022 review of the 2019 American Society of Hematology guidelines on immune thrombocytopenia. Blood adv. First Edition, 9 July 2024;9-13. • [doi.org/10.1182/bloodadvances.2023012541](https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2023012541).

- Losano ML, Sanz Alonso M, García V. Directrices de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la PTI. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de la SEHH y GEPTI. 2020 de la edición: Fundación Española de Hematología y Hemoterapia- Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia
- Elron E, Yacobovich J, Efros O, Tanous O, Levy-Mendelovich S, Shamba E, Steinberg-Shemer O, Goldberg T, Izraeli S, Gilad O. Is less more? Intravenous immunoglobulin for pediatric immune thrombocytopenia. *Ther Adv Hematol.* 2024 Sep 17; 15. doi: 10.1177/20406207241279202.
- Kim TO, Despotovic JM. Pediatric immune thrombocytopenia (ITP) treatment. *Ann Blood* 2021; 6:4. <http://dx.doi.org/10.21037/aob-20-96>

## DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO: Derechos para armar

**Dra. Laura Poeta**

**Jefa de Unidad de internación del Hospital de Niños de Córdoba**

*Los niños serán atendidos por personal cualificado, con una formación y unas aptitudes que les permitan dar respuesta a las necesidades físicas, emocionales y de desarrollo, tanto de los niños como de sus familiares.*

Ana hoy amaneció en el hospital, no conocía Córdoba, hacía un año exactamente (octubre 2023) comenzaría con los ganglios, rengueaba de vez en cuando en el último tiempo y los traumatólogos no encontraban nada, pero fue la fiebre lo que la trajo hasta acá. Durante ese tiempo consultaron a distintos médicos. La abuela, que vivía en el pueblo vecino, la llevó a su médico de confianza, muy bueno el doctor, pero no sabemos que tiene. Ana dolorida, de muy buen porte, se sienta para el examen y sonríe cuando le pregunto si tiene hermanos, eran siete. Acostumbrada a resolver, su cuerpo también pensó que esos ganglios serian tarea fácil.

Nunca un antibiótico en ese tiempo, algún ibuprofeno de vez en cuando, comiendo la comida de la abuela su peso estaba bien, sonríe de nuevo cuando dice que aumenta un kilo y nosotros en parte nos quedamos tranquilos porque más allá de la fiebre no parecía que tuviera síntomas B. También nos aclara que por el problema de la pierna ya casi no hace deportes y eso tuvo que ver con su aumento de peso.

Tenemos algunas impresiones diagnósticas, comenzamos los estudios, un tratamiento inicial, vamos informando, las tres mujeres escuchan, no hay preguntas.

Por el tiempo de evolución y por los diagnósticos probables su internación sería algo prolongada, al día siguiente notificamos a la escuela hospitalaria. La guardia de seguridad informa que debe quedarse un solo acompañante, esperamos que la canalicen y ellas, abuela y mamá, comienzan a organizarse para acompañar.

**Derecho del niño de contactar con padres o personas que los sustituya en momentos de tensión.**

Liam de cuatro años estaba justo en frente en diagonal, la enfermera se quejaba porque estaba en el pasillo con la mamá ya se habían hecho amigos. Ingresó con diagnóstico probable de enfermedad inflamatoria intestinal por dolor abdominal crónico, diarrea que alterna con constipación y por TAC. Ese niño lo vi hace algún tiempo ya, en la residencia. Pelo ralo, panzón, ferremia de 21 y una albúmina debajo de 3, tomando teta y con pañales. Había accedido a una TAC que informaba un colon con paredes engrosadas, y en nuestro hospital la calprotectina elevada. Estaba descalzo, iba a upa, y la mamá una sola muda de ropa. Algo pasó para que esa internación no pudiese ser evitada, y para que un niño sano pero de la pobreza se complejizara. Los pediatras del internado que nos sentimos médicos de cabecera en el instante de la internación, hicimos las consultas a psicología y trabajo social.

Pero la mamá tenía las respuestas: con trabajo social no quería saber nada, su infancia había sido complicada, fue intervenida, no le sirvió; y en relación a la intervención de salud mental la respuesta al pañal y a la teta era clara.

El primero era porque se hacía caca por rebosamiento y el segundo tenía que ver con la disponibilidad del alimento. Venían de una localidad de 40000 habitantes en donde ir al hospital no le resultaba tan sencillo, debía tomarse un colectivo. Esa mañana sentados en el piso recibían una videollamada del papá que no venía porque había conseguido trabajo. A la noche con su mamá, muy bajita, se acostarían juntos en la cama cuna. Derecho al niño a no ser hospitalizado sino en el caso de no poder recibir los cuidados necesarios en su casa o en un consultorio.

**Derecho a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria. El ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos.**

Juan de 10 años era selectivo con la comida, tenía diagnóstico de autismo, pero había bajado de peso. El médico de su localidad avanza con los estudios y lo deriva para endoscopía. Él, que algo sabía del procedimiento, necesitaba más explicación, quería ser médico y ya sabía dónde estudiaría medicina. El equipo de gastroenterología explica el procedimiento. Me corrige la palabra anestésico por anestesia y esa mañana una estudiante de medicina que rota por el internado, de la misma universidad a la que Él aspira ingresar, fue a charlar con Juan.

**Derecho a ser informado en función de su edad, de su desarrollo cognoscitivo, su estado afectivo y psicológico, de los diagnósticos y de las prácticas terapéuticas a las que se le somete y a las perspectivas que dicho tratamiento ofrece. Derecho del niño a un tratamiento y seguimiento individualizado.**

Lidia de 18 meses era argentina de padres inmigrantes, ingresa para cirugía cardiovascular, su cardiopatía tratada y controlada no había afectado el crecimiento y los hitos madurativos estaban bien. Una pequeña interurrencia infecciosa a su ingreso posterga la cirugía, y con ello se posterga el regreso al trabajo, ambos padres eran horticultores. Ya no querían someterla a una cirugía tan invasiva. Además, a decir del papá, quien tenía la palabra, la veía muy bien y Dios se aseguraría que siguiera todo bien. Sabíamos que la autorización en estos casos la puede dar un juez, pero había algo más importante, el entendimiento de la patología y de la intervención para acceder al derecho a prestar conformidad consciente, y así fue. Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño.

**Derecho a la seguridad de recibir los cuidados que necesita, incluso en el caso de que fuese necesaria la intervención de la justicia si los padres o la persona que los sustituya se los niega por razones religiosas, de retraso cultural, de prejuicios o no están en condiciones de dar los pasos oportunos para hacer frente a la urgencia.**

Luisa, de 15 años sabía que estaban sus estudios genéticos pero el resultado no era de su interés. Había accedido a una cirugía citoreductora parcial con el objetivo de estar óptima para el festejo de su cumpleaños, al día siguiente egresó del hospital y siguió con su plan de vivir.

### **Autonomía de voluntad.**

Anoche ingresaron dos niños con GEA, pero el diagnóstico de Joshua de 5 años era en realidad de colitis, su medio interno estaba alterado, lo examinamos con los médicos residentes, marcamos el marco colónico, definimos colitis, diagnóstico diferencial con GEA, pusimos antibiótico, controlamos el medio interno y hablamos de las constantes. Al día siguiente estaba mucho mejor, la mamá pregunta por la posibilidad del alta, muy cansada ella y varios niños en la casa, pero vivían a dos horas del hospital, cerca de un centro de salud donde no siempre estaba el médico. Fue entonces que una voz muy clarita dijo cuatro palabras: “yo me quiero ir”. Fue dado de alta.

### **Derecho a ser oídos y atendidos.**

Zoe con diagnóstico de parálisis cerebral cursaba un postquirúrgico complicado, bajó a la UTI porque se deprimió con la sedoanalgesia, mañana es su cumpleaños, la médica especialista en dolor sube buscar a los médicos del internado que tanto la conocían y habían dado la admisión ....quiere festejar con ellos.

**Derecho del niño a una recepción y seguimiento individuales destinándose en la medida de lo posible los mismos enfermeros, auxiliares para dicha recepción y los cuidados necesarios**

En general hay muchos ingresos y egresos, diariamente reorganizamos la sala de internación, intentamos siempre dar respuesta, agrupar de acuerdo a edades, patologías, necesidades.

**Los niños serán hospitalizados junto a otros niños con las mismas necesidades evolutivas y no serán ingresados en internados de adultos. No habrá restricciones de edad para los visitantes de los niños hospitalizados.**

Hoy nuestra biblioteca está vacía, pero varias veces estuvo llena de libros. En vano fueron los intentos de retenerlos, luego nos daríamos cuenta de que los libros tendrían que cumplir con su función, quizá lo más representativo fue cuando Rita de casi 3 años como hormiguita se llevaba de a uno y los guardaba en su mesa de luz.

**Los niños tendrán oportunidades para el juego, las actividades recreativas y educativas que sean adecuadas a su edad y características, así como a estar en un entorno diseñado, amueblado, y equipado en función de sus necesidades.**

Dos niños ya citados ingresan a las 10 para infusión de enzimas uno y de gammaglobulina otro, siempre en estos casos nos avisan el día previo. Niños conocidos y otros por conocer se infunden y egresan a la tarde.

**Derecho del menor a la hospitalización diurna sin que ello suponga una carga económica.**

En general las internaciones intentamos resolverlas rápido, pero.... Ana sigue internada. Durante una conversación, involucrada en encontrar el diagnóstico y sin la presencia de la mamá nos cuenta que comenzó hace 2 semanas con anticonceptivos, justo antes de la fiebre... pero no tenía que ver con su trombosis, los tomaba hace poco tiempo y la renguera era de mucho antes.

### **Derecho a ser tratado con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad.**

Tenía una enfermedad autoinmune, Ana ya no sonreía, la escuela se demoraba en venir, nos explicaría luego que ya las clases habían terminado, estamos llegando a fin de ciclo.

**La enseñanza sobrepasa el contenido específico del currículo ordinario, incluyendo temas relacionados con las necesidades específicas derivadas de la enfermedad y de la hospitalización. Deberán utilizarse gran variedad de metodologías y recursos de aprendizaje.**

En cambio lo de Liam lo resolvimos rápido, eran giardias y comenzamos tratamiento, nutrición adecuada y mejoraron sus índices hematimétricos con hierro. Derecho a coordinar las hospitalizaciones a fin de que sean lo más breve posible. La mamá nos autorizó a hablar a su barrio y al hospital, sabe que Liam tiene que controlarse y que el equipo de salud tiene la intención de ayudar y la comunicación podía beneficiar.

### **Derecho a una recepción adecuada y a un seguimiento psicosocial a cargo de personal con formación especializada.**

Alguien me llama esa mañana para que escriba sobre los derechos de los niños internados, y la casualidad tal vez hizo que sea en el momento que discutíamos un grupo de niños que permanecían internados esperando que alguien resolviera su situación, todos sus derechos habían sido vulnerados. Lesiones en distintos estadios evolutivos, lesiones que nadie podía explicar, faltos de todo. Derecho a la protección integral. Máxima satisfacción integral y simultánea.

### **Derecho del niño a un tratamiento y seguimiento individualizado.**

**Todas las proclamas sobre los derechos no son válidas sino se pueden cumplir.**

Es así que el internado es una comunidad de grandes y chicos en donde hacer cumplir los derechos en general surge como parte natural del acto médico pero en parte fallamos y es ahí donde alguien nos los dice, el propio niño, alguien más del equipo de salud, la familia, o en algún momento nos damos cuenta, lo importante es saber que **Los derechos son irrenunciables.**

Intentamos además que el internado sea un lugar de oportunidades; de curarse, de aliviarse, de atender otras situaciones que no son las que necesariamente originaron la internación, de acceder a un trato diferente o posible, de acceso a la cultura en general y un lugar en donde surgen muchos pequeños derechos adecuados a cada niño o a partir de las necesidades de cada niño internado, porque un derecho no es más que un reclamo válido, una demanda racionalmente demostrable.



**DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO**

## Referencia:

- Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño 1924; Declaración Universal de los derechos Humanos, 1948, en donde se habla que los niños tienen derecho a cuidados especiales; Declaración de los Derechos del Niño, 1959; Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas, 1989 y ratificada por Argentina y España en 1990; Carta Europea de los Derechos del Niño aprobada por el Parlamento Europeo 1992; IV Congreso Europeo de Maestros y Pedagogos de Hospital (HOPE), Barcelona, año 2000. Lema trabajamos por los Derechos del Niño Enfermo; Ley 26061, de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, 2005, Argentina.



# Revista Cordobesa de Pediatría 2024



[sap.cordoba](https://www.instagram.com/sap.cordoba)



**Sociedad Argentina de  
Pediatría Córdoba**



[sapcordoba.com.ar](https://www.sapcordoba.com.ar)