



Revista Cordobesa de *Pediatría*

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



REVISTA RCP SAP CÓRDOBA

ÍNDICE:

- Nota editorial: Pediatría en juego
- Artículo comentado: Corticoides como opción terapéutica en invaginación intestinal
- Enfoque de la eosinofilia en pediatría
- Caso clínico destacado
- Signos tempranos de depresión infanto-juvenil
- Indicaciones de suplementos multivitamínicos y minerales
- Tratar o no tratar la fiebre en la infancia: Evidencias en monoterapia, alternancia y asociación de antitérmicos.
- Caminar y cargar bien: recomendaciones actuales sobre mochilas y calzado infantil
- El desafío de dirigir la Nueva Maternidad



La Pediatría en juego

Comité de Pediatría Social

Transitar las infancias y/o adolescencias en el siglo XXI presupone enfrentar desafíos propios de esta época.

Los espacios públicos no ofrecen la seguridad de otrora, el ímpetu aventurero y curioso típico de esa etapa de la vida tiene escasos escenarios donde desarrollarse, sobre todo, en las grandes ciudades.

Limitados al encierro domiciliario **Niños, Niñas y Adolescentes** (NNyA) incursionan tempranamente en el mundo virtual. Allí la mirada adulta escasea por falta de conciencia o de conocimiento del alcance que la influencia de la tecnología ejerce sobre una psiquis en proceso madurativo. Los padres y madres dialogan poco con sus hijos porque trabajan muchas horas o porque cuando están en el hogar se conectan al mundo virtual, desaprovechando oportunidades de encuentro. No podemos limitar el uso de pantallas si no predicamos con el ejemplo. Se ha observado con preocupación dificultades en la interacción con pares, en el sueño, trastornos del habla, retraso en la construcción del lenguaje, déficit atencional y trastornos oftalmológicos, como corolario de este modus operandum.



El cambio en los hábitos alimentarios a raíz de las obligaciones laborales con importante carga horaria de los adultos en algunos ámbitos y la escasez de recursos en otros, como así también el cambio climático, han ido en detrimento de la seguridad alimentaria lo que impacta fuertemente en el crecimiento y desarrollo de nuestros **NNyA**.

El descenso en la cobertura de vacunas, la crisis en el sistema de Salud y la falta de políticas públicas orientadas hacia la prevención han sido una constante en los últimos años.

Todo ello sumado a la automedicación (a veces guiada por la IA o redes sociales) ha incidido en la reaparición de enfermedades erradicadas como el coqueluche y el sarampión, exponiendo a las nuevas generaciones a instancias que creíamos superadas.

Existe un descenso del número de Médicos Pediatras y una escasa oferta a nivel público del Equipo que asiste a la Salud Mental, frente a una demanda creciente tanto en niños y niñas como en adolescentes.

El **2,7%** de los niños menores de 5 años y el **5%** de los de 6 a 14 años tienen alguna discapacidad.

En los últimos años se ha desfinanciado el sistema: se recortaron pensiones y servicios, se dificultó el acceso a las prestaciones y no se actualizaron los valores de consultas, afectando a profesionales y al colectivo de **NNyA** que requieren asistencia.

Se hace muy necesaria la corresponsabilidad entre sistema educativo y sistema de salud para la continuidad de la Educación Sexual Integral dentro y fuera del nivel institucional. También fomentar el cumplimiento de la Ley de Diversidad de Género y de derechos de **NNyA**.

Es imperioso hacer un diagnóstico de la realidad, crear estrategias de abordaje efectivas con una mirada clínica ampliada donde se construya con otros y otras: en red, con participación de la comunidad para lograr mejorar las condiciones de vida y cuidado de la población Infanto-juvenil.

Hay caminos posibles aún en contextos adversos. Habrá que recorrerlos sin demora para evitar peores consecuencias y proponer un **Futuro Seguro a Infancias y Adolescencias**.

ARTICULO COMENTADO

**Corticoides como opción terapéutica
en invaginación intestinal**

Successful Treatment of Early Presenting Intussusception With a Single Dose of Corticosteroid: A Prospective Randomized Controlled Trial.

J Pediatr Surg. 2025;60:162-98

Resumen:

Objetivo: Comparar en niños diagnosticados de invaginación intestinal (IVI) en las primeras 24 horas del inicio de los síntomas si el tratamiento con una dosis única de metilprednisolona frente a la observación durante 4 horas aumenta la eficacia en términos de resolución espontánea de la IVI.

Diseño: Ensayo clínico aleatorizado sin cegamiento.

Emplazamiento: Servicio de urgencias pediátricas de un hospital en Ankara (Turquía).

Población de estudio: 60 niños de entre 0 y 4 años diagnosticados de IVI mediante ecografía en las primeras 24 horas del inicio de síntomas. Los **criterios de exclusión** fueron: dolor abdominal generalizado con defensa, disminución del flujo intestinal diagnosticado por ultrasonidos, neumoperitoneo u otras indicaciones quirúrgicas urgentes.

Intervención: Los pacientes se asignaron de forma aleatoria, mediante sobres cerrados, a dos grupos. El **grupo intervención** (60 pacientes) recibió una dosis de metilprednisolona intravenosa a 1 mg/kg. El **grupo control** (32 pacientes) no recibió ninguna intervención. Ambos grupos se mantuvieron en observación, sin analgesia, en ayunas y con rehidratación intravenosa durante 4 horas. Cada dos horas se realizó una exploración abdominal. Si a las 4 horas persistía la IVI se realizaba una reducción con aire, y si fracasaba esta, una intervención quirúrgica.

Medición del resultado: Se realizó una nueva ecografía al finalizar la observación de 4 horas para diagnosticar la persistencia de la IVI.

RESULTADOS PRINCIPALES

El tratamiento con corticoides mostró resolución de la invaginación en el 81,7% de casos (49/60) mientras que se resolvió sin tratamiento en el 56,3% (18/32) del grupo observación ($p = 0,009$). La IVI ilecólica se resolvió en el grupo intervención en el 77,3% de los casos (17/22) frente al 22,2% (2/9) en el grupo control ($p \leq 0,012$). La IVI ileoileal se resolvió en el 100% de los casos en el grupo tratamiento (17/17) frente a un 63% en el grupo control (12/19) ($p = 0,005$)*. La resolución de la IVI con corticoides fue mayor en invaginaciones de menor longitud (IVI resueltas: longitud media de 20 mm [13 a 50] y no resueltas de 40 mm [25 a 60]). El estudio se suspendió tras llegar al número de pacientes necesarios en el grupo de tratamiento, al analizar los resultados y observar una diferencia significativa a favor del grupo de tratamiento.

CONCLUSIÓN

En niños con **IVI** y una duración desde el inicio de síntomas menor de 24 horas, si la IVI es ileoileal sin complicaciones estaría indicada la observación durante 4 horas.

En el caso de **IVI ileocólica**, principalmente en los casos en los que la IVI es corta, el tratamiento con metilprednisolona IV a 1 mg/kg es efectivo para evitar el tratamiento invasivo y la hospitalización.

En los casos de **IVI ileoileal** que no se resuelve durante la observación estaría indicado el tratamiento con una dosis de corticoides IV.

COMENTARIO DEL PROF. DR. RICARDO RASSI

- ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA

La **invaginación intestinal en edad pediátrica es una urgencia**, la cual debe ser resuelta mediante reducción hidrostática o neumática y, en el caso de que ambas fracasen por reducción mediante laparotomía y de forma manual, observando la viabilidad del intestino luego del procedimiento.

En el presente artículo observo una terapéutica muy arriesgada y que en lo personal desaconsejo, interpretando que los buenos resultados obtenidos se deben a invaginaciones subintrantes, es decir de corta duración, pocos milímetros de longitud y que rozan lo fisiológico. (Recordemos que el intestino por su motilidad boca-año se encuentra permanentemente presentando este tipo de intususcepciones que resuelven espontáneamente y por ello no necesariamente son patológicas)

Si, en lo personal , aliento el **uso de corticoides** ,en aquellos pacientes que presentan invaginaciones intestinales , que se resuelven mediante procedimiento hidrostático , neumático, o quirúrgico y que en el control o en el transcurso del post operatorio , el paciente sufre una recidiva de la invaginación (15% aproximadamente) , en ese caso el uso de corticoesteroides está comprobado que es efectivo para disminuir la posibilidad de reinvaginaciones, cuando la causa más frecuente es la presencia de adenomegalias o procesos inflamatorios virales de la luz intestinal , que actuarían como punto guía anatómico, en favorecer la re-invaginación.

Para concluir, interpreto que los buenos resultados obtenidos en este trabajo, se deben a que las invaginaciones tratadas son de corta duración, de tipo subintrantes y de poca longitud, lo que permite dudar de la génesis patológica de las mismas. El tratamiento reconocido desde décadas para las invaginaciones intestinales patológicas ileocecales es el arriba mencionado (reducción hidrostática, neumática o quirúrgica), no recomendado la terapéutica dada en el presente artículo, en el episodio agudo de las mismas, siendo lo manifestado una opinión meramente personal y sujeta a discusión.

ENFOQUE DE LA EOSINOFILIA EN PEDIATRÍA

Dr. Carlos Hollman

Pediatra – Especialista en oncohematología infantil

Los **eosinófilos** son **granulocitos derivados de la médula ósea** que constituyen una minoría de las células sanguíneas circulantes (<500 células/ml).

La **eosinofilia** se refiere a un aumento del recuento absoluto de eosinófilos de más de 500 células/ml en sangre periférica y se ha dividido en leve (500-1500 células/ml), moderada (1500- 5000 células/ml) y grave (más de 5000 células/ml).

También pueden presentarse como transitoria, episódica o persistente (crónica).

La eosinofilia leve y transitoria es la forma más común y es considerada insignificante.

La **hipereosinofilia** se define por una eosinofilia persistente, moderada o grave, observada en dos ocasiones separadas con un intervalo de al menos cuatro semanas. Esta es la entidad que implica mayor preocupación médica.

La mayoría de las eosinofalias son secundarias a enfermedades alérgicas, enfermedades infecciosas, inmunodeficiencias primarias, neoplasias y enfermedades autoinmunes.

La eosinofilia en si misma puede provocar daño en determinados órganos, como pulmones, corazón y piel.

Dentro de las enfermedades alérgicas asociadas a eosinofilia son asma, dermatitis atópica, alergias alimentarias, rinitis alérgica, urticaria recurrente/angioedema y alergia a medicamentos.

Las enfermedades infecciosas que se asocian a eosinofilia son pueden ser provocadas por parásitos, hongos, bacterias y virus.

En el caso de las inmunodeficiencias primarias, el síndrome hiper IgE o la inmunodeficiencia combinada se asocia con mayor frecuencia a la eosinofilia.

La eosinofilia puede observarse en algunas enfermedades autoinmunes.

Las leucemias y/o linfomas pueden asociarse con eosinofilia.

Existe un grupo que incluye los **síndromes hipereosinofílicos** definidos por la hipereosinofilia mayor de 1500 células/ml con daño orgánico sin causa secundaria identificada y que incluyen la eosinofilia gastrointestinal, la neumonía eosinofílica, la celulitis eosinofílica, la miocarditis eosinofílica.

La hipereosinofilia primaria está caracterizada por la proliferación clonal de eosinófilos generalmente asociado a mutaciones genéticas y es extraordinariamente raro en los niños.

Evaluación inicial:

La evaluación inicial debe incluir una anamnesis minuciosa y un examen físico exhaustivo para detectar hallazgos clínicos que puedan atribuirse a la eosinofilia y buscar determinar la causa subyacente.

Pruebas de laboratorio y de diagnóstico:

A todos los pacientes se les debe realizar un hemograma completo repetido con fórmula leucocitaria para confirmar la presencia de eosinofilia.

La eosinofilia puede ser la única anomalía en el hemograma o estar acompañada de otras anomalías.

También son necesarios un **perfil bioquímico** que incluya electrolitos y pruebas de función hepática.

Las pruebas adicionales deben individualizarse y basarse en la presentación clínica y los hallazgos del hemograma completo y la bioquímica.

Dado que las enfermedades alérgicas se encuentran dentro de las etiologías más frecuentes se recomiendan dosajes de IgE total e IgE específica, espirometría y pruebas de provocación si corresponden.

Cuando la historia clínica y los resultados de las pruebas no son compatibles con enfermedades alérgicas se debe realizar **VSG, PCR**, y pruebas serológicas como la serología para *Toxocara* pensando en el origen infeccioso de la eosinofilia.

El coproparasitológico puede realizarse para descartar parásitos intestinales.

En todos estos casos en que se sospecha etiología infecciosa es muy importante el antecedente de viajes. En ausencia de causa de eosinofilia, se deberá realizar **dosaje de inmunoglobulinas y subpoblaciones linfocitarias.**

El **estudio de daño de órganos blanco** en los casos de eosinofilia moderada o severa persistente incluye:

- **TAC de tórax**
- **Ecocardiograma/Resonancia magnética cardíaca**
- **Ecografía abdominal**
- **Aspiración/biopsia de medula ósea**
- **Estudios endoscópicos digestivos**

En conclusión, el primer paso para evaluar la eosinofilia es determinar si el valor es único, esporádico o persistente y si este valor tiene el potencial de causar daño orgánico.

El estudio de una eosinofilia incluye el trabajo de diversos especialistas que trabajan en conjunto para el abordaje interdisciplinario de esta entidad. El tratamiento y el seguimiento se adaptará en cada caso según la causa subyacente, el nivel de eosinófilos en el recuento absoluto, el contexto clínico, la afectación orgánica.

Bibliografía

- Eosinofilia en niños: características, etiología y algoritmo diagnóstico.
- European Journal of Pediatrics (2023)
182:2833–2842
- Eosinofilia pediátrica: Una revisión e investigación de varios años sobre etiologías. J Pediatr 2023;253:232–7

CASO CLÍNICO DESTACADO

NO TODO LO QUE SILBA ES ASMA

Dra. Paula Peñeñory

Comité de Neumonología pediátrica

Niño de 7 años de edad, de sexo masculino, procedentes de zona urbana marginal que convive con sus padres y abuelos. Consulta por dificultad respiratoria y tos persistente.

- **Antecedente de Enfermedad Actual**

La madre refiere que el niño presenta episodios de tos y sibilancias desde hace aproximadamente 8 meses, previamente sano, los cuales han sido tratados repetidamente como crisis asmáticas en diferentes servicios de urgencias, siendo medicado con salbutamol, budesonide y betametasona vía oral durante 5 a 10 días en total.

Su pediatra de cabecera, comienza tratamiento preventivo con budesonide 400 mcg/día por estos cuadros recurrentes de tos y sibilancias. Mejora parcialmente los síntomas.

A las 4 semanas, comienza nuevamente con tos seca que luego se vuelve productiva. Refiere la madre que se acompañaba de fiebre. Consulta por guardia, donde le indican antitérmicos y salbutamol cd 6 hs.

Durante los episodios anteriores, el niño respondía parcialmente a broncodilatadores, pero esta vez no mejoró con salbutamol ni con corticoides inhalados.

Consulta por el Servicio de Neumonología. Se reevalúa al paciente. No hay antecedentes de alergias conocidas. Esquema incompleto de vacunación según la madre. No trae carnet.

- **Antecedentes personales patológicos**

RNT/AEG. Alta conjunta. Screening metabólico: negativo. No internaciones ni cirugías. Crecimiento y desarrollo psicomotor normal.

- **Antecedentes heredofamiliares**

Abuelo paterno conviviente diagnosticado con tuberculosis pulmonar (TBC) activa hace 1 año, completó tratamiento hace 4 meses.

- **Examen físico**

T°: 37.9 °C FC: 110 lpm FR: 32 rpm SatO₂: 94% al aire ambiente

Peso: 20 kg (percentil <10) Refiere la madre que descendió 3 kg aprox.

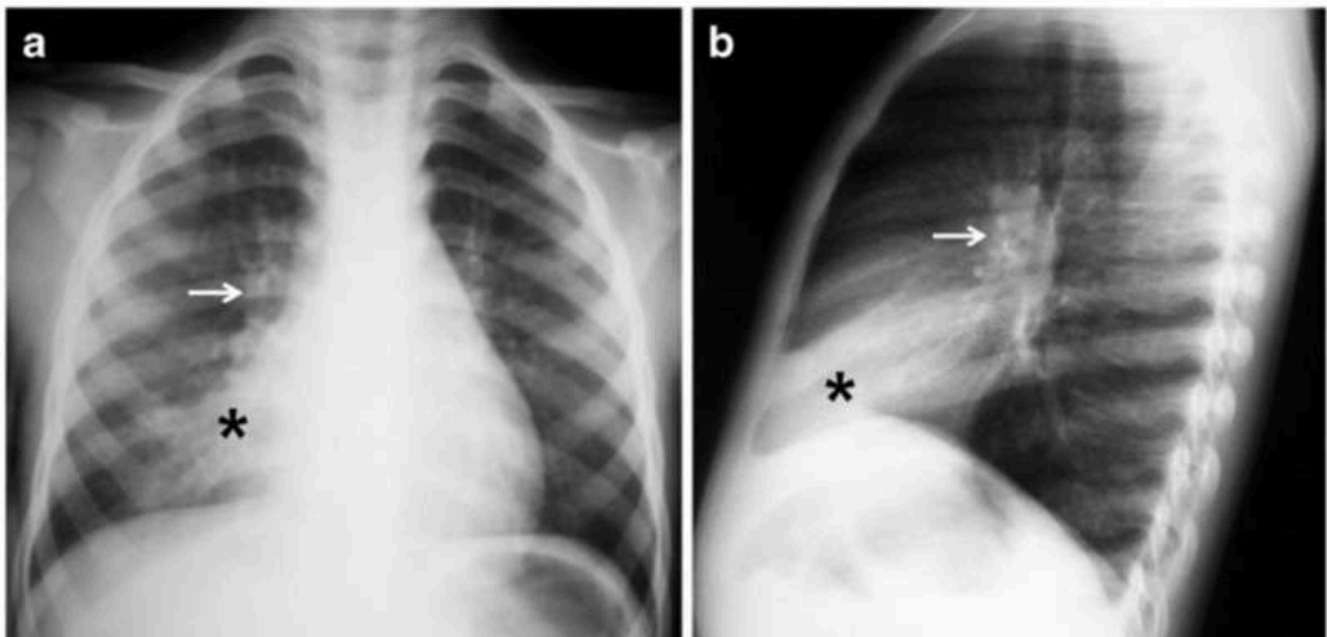
Tórax: sibilancias bilaterales, rales crepitantes en hemitórax superior derecho, con murmullo vesicular disminuido. Leve tiraje subcostal.

Sistema Ganglionar: No se palpan adenopatías

Resto del examen físico sin particularidades

Métodos complementarios

Hemograma: leve anemia normocítica normocrómica.



Radiografía de Torax: Enfermedad tuberculosa primaria. Las vistas anteroposterior (a) y lateral (b) muestran una opacidad en el lóbulo medio (asterisco) con linfadenopatía hiliar derecha (flecha).

Por la rx de tórax, y los antecedentes de contacto con un conviviente con TBC. Se le solicita traer carnet de vacunación donde no se encuentra registro claro de BCG.

Se realiza prueba de tuberculina (PPD): 17 mm. Y baciloscopia por esputo seriado: positiva (1 cruz). Cultivo de Mycobacterium tuberculosis: positivo.

- **Diagnóstico**

Tuberculosis pulmonar primaria con sibilancias recurrentes

- **Tratamiento**

Se comienza esquema antituberculoso inicial (fase intensiva): Isoniazida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), etambutol(E) por 2 meses.

Posteriormente, fase de continuación con H + R por 4 meses.

Se realizó educación familiar y estudio de contactos. Con seguimiento mensual en el consultorio de neumonología infantil.

- **Evolución**

Después de 2 meses de tratamiento, el niño presentó clara mejoría: desaparecieron las sibilancias, ganó peso y la radiografía mostró regresión del infiltrado.

- **Conclusiones**

Este caso muestra cómo la tuberculosis pulmonar puede presentarse en la infancia con síntomas respiratorios inespecíficos, simulando asma o bronquiolitis recurrente.

Las sibilancias crónicas que no responden a tratamiento broncodilatador, especialmente en contextos de contacto con TBC, desnutrición y ausencia de BCG, deben hacer sospechar tuberculosis y justificar estudios específicos.

El diagnóstico precoz y tratamiento adecuado previenen complicaciones y contagio intrafamiliar. Como diagnóstico diferencial se encuentra el asma bronquial, bronquiolitis post infecciones, neumonía bacteriana y tuberculosis pulmonar.

El enfoque integral y epidemiológico es clave en pediatría.

Signos tempranos de depresión en niños y adolescentes

Dr. Rodrigo Peretti

Especialista en Psiquiatría infanto-juvenil

La infancia y la adolescencia son etapas de un enorme **movimiento emocional**. Los chicos sienten intensamente, reaccionan rápido, y muchas veces cambian de humor de un momento a otro. Esto es parte del desarrollo. Pero hay momentos en los que estos cambios dejan de ser pasajeros y empiezan a afectar su manera de estar en el mundo: cómo juegan, cómo se relacionan, cómo rinden en la escuela. Ahí es cuando los adultos tenemos que mirar un poco más de cerca.

Uno de los grandes desafíos es que la depresión en niños y adolescentes no se ve igual que en los adultos. No siempre aparece como tristeza. A veces se expresa como irritabilidad, cansancio, aislamiento o una pérdida de interés que el chico no sabe poner en palabras. Por eso, detectarla a tiempo puede marcar una diferencia enorme: no solo mejora el pronóstico clínico, también evita que el niño se sienta solo con algo que no sabe explicar.

¿Cuán frecuente es este problema hoy?

La **Organización Mundial de la Salud** viene señalando que los trastornos depresivos son una de las principales causas de discapacidad en adolescentes. Y estudios recientes lo confirman con **cifras** preocupantes:

- Hoy sabemos que alrededor de **1 de cada 5** niños y adolescentes presenta síntomas depresivos significativos (Sun et al., 2024).
- En adolescentes mayores de 12 años, en algunos países la prevalencia llega al **13%** o más (Xiang et al., 2024).
- Después de la pandemia, los síntomas depresivos se duplicaron en muchos lugares, y cerca del **25%** de los jóvenes llegaron a presentar indicadores elevados (Racine et al., 2021).



No se trata de exagerar, sino de entender que la depresión en estas edades existe, está presente, y cuando aparece no es una falla del chico ni de su familia. Es un sufrimiento que necesita ser acompañado, escuchado y tratado con seriedad.

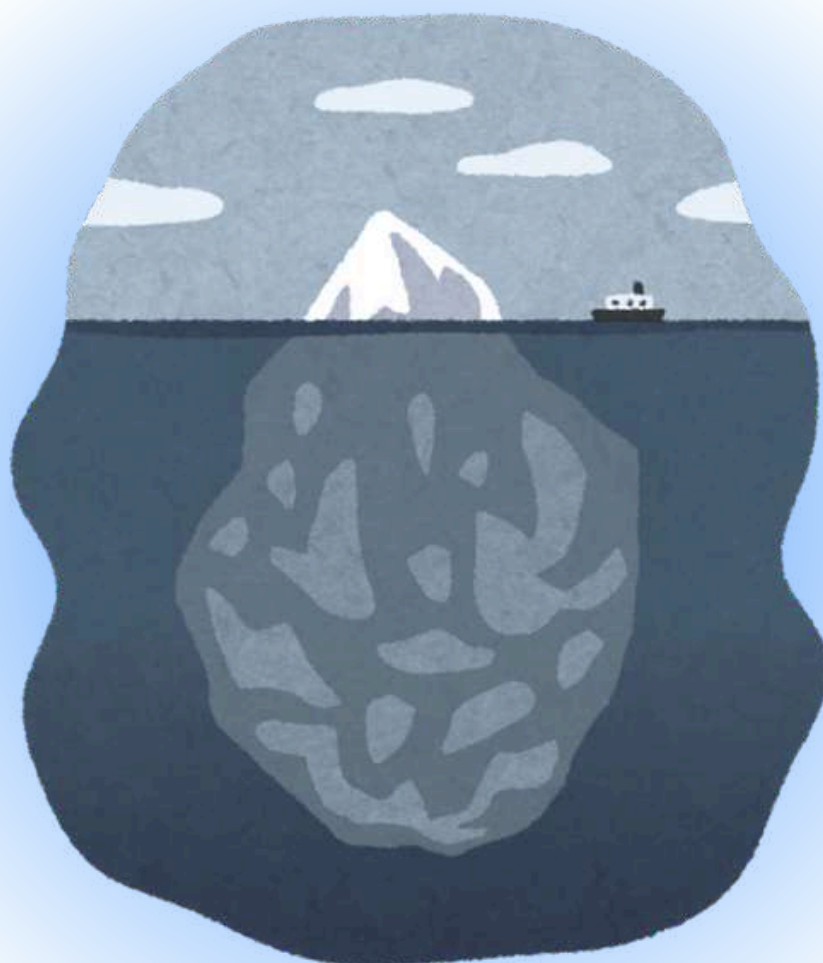
¿Cómo suele manifestarse la depresión en niños y adolescentes?

La depresión en estas edades no suele decir “estoy triste”. Dice otras cosas. A veces más ruidosas, a veces totalmente silenciosas.

Algunas señales a las que conviene prestar atención son:

- **Irritabilidad y enojo fácil:** como si todo costara más tolerancia de la que puede manejar.
- **Retraimiento:** el niño deja de jugar, el adolescente se encierra y se aísla.
- **Pérdida del disfrute:** actividades que antes lo entusiasmaba ahora le dan lo mismo.
- **Cambios en el sueño y el apetito:** dormir mucho o muy poco, hambre excesiva o falta total de interés por la comida.
- **Descenso en el rendimiento escolar:** dificultades para concentrarse, olvidos, errores llamativos en tareas que antes realizaba bien.
- **Quejas físicas frecuentes:** dolores de panza, de cabeza, cansancio persistente sin explicación médica clara.
- **Conflictos sociales o sensación de no encajar.**
- **Conductas de riesgo:** incluidos cortes superficiales, consumo o expresiones como “no valgo nada”.

En los niños pequeños, la depresión puede disfrazarse de **berrinches, rabietas** muy intensas o problemas de conducta. En los adolescentes, en cambio, la **irritabilidad** y la **apatía** suelen ser la punta del iceberg.



¿Cuándo es momento de preocuparse?

Todos los chicos tienen días malos. Eso es parte del crecimiento.

Pero cuando los cambios duran más de dos o tres semanas interfieren con la convivencia o la escuela, y hacen que el niño deje de ser **“él mismo”**, es momento de consultar. No para etiquetar, sino para comprender qué está pasando. La depresión no es una etapa ni un capricho. Es una condición tratable, y mientras más temprano se intervenga, mejor.

Factores que aumentan la vulnerabilidad

La depresión no aparece por un solo motivo. Es una combinación de factores biológicos, emocionales, familiares y sociales. Entre los más relevantes:

1. **Estrés social y familiar**

La inestabilidad habitacional, los cambios bruscos, la tensión económica o los conflictos familiares pueden incrementar el riesgo de síntomas depresivos (Zehrunge et al., 2024).

2. **Acoso escolar**

Hoy sabemos que el bullying sostenido tiene un impacto directo en la salud mental: aumenta varias veces la probabilidad de que un joven presente síntomas depresivos o ansiosos (Zhao et al., 2023).

3. **Pandemia y aislamiento**

Durante el primer año de pandemia, los síntomas depresivos en jóvenes aumentaron de manera drástica (Racine et al., 2021). El aislamiento, la incertidumbre y el estrés sostenido dejaron huellas en muchos niños.

4. **Diferencias por género**

La depresión tiende a crecer más rápidamente en mujeres adolescentes, posiblemente por factores hormonales, sociales y culturales (Saurina & Pérez-Moliner, 2022).

5. **Tecnología y estilo de vida**

El uso excesivo de pantallas, especialmente cuando desplaza el sueño y la actividad física, se asocia a un mayor riesgo de depresión (Dai & Ouyang, 2025).

No se trata de señalar culpables, sino de reconocer que el bienestar emocional es un tejido sensible en el que intervienen muchos hilos.



¿Por qué es tan importante detectar temprano?

Porque los síntomas depresivos en la adolescencia no siempre se disuelven solos. Hay estudios de seguimiento que muestran que pueden persistir y afectar la adultez temprana, sobre todo si no se interviene a tiempo (Psychogiou et al., 2024).

La detección temprana:

- Evita que el sufrimiento se cronifique
- Reduce el riesgo de autolesiones
- Mejora el rendimiento escolar y las relaciones sociales
- Disminuye el impacto emocional en la familia.

Las intervenciones oportunas (psicoterapia, apoyo familiar, acompañamiento escolar) pueden cambiar profundamente la evolución del cuadro

¿Qué pueden hacer padres, docentes y adultos significativos?

1. Observar sin juzgar

Mirar los cambios en el día a día sin minimizar (“son cosas de chicos”) ni dramatizar. Escuchar con calma lo que el niño puede -o no puede- explicar.

2. Crear un espacio seguro para hablar

No hace falta tener respuestas perfectas. Basta con estar disponibles, sin sermones ni comparaciones.

3. Sostener rutinas saludables

Sueño, alimentación, horarios razonables. La estabilidad ofrece un ancla emocional.

4. Trabajar en red

Si un docente nota cambios sostenidos, su observación es clave. La escuela y la familia tienen que poder conversar sin juicios, entendiendo que todos están del mismo lado: el del chico.

5. Consultar a un profesional

Pediatra, psicólogo o psiquiatra infantil. No para etiquetar, sino para comprender mejor y acompañar de manera adecuada.

6. Mirar, escuchar, acompañar

La depresión infantil nos recuerda algo fundamental: un niño que sufre no siempre sabe pedir ayuda, pero siempre necesita que alguien lo vea. Detrás de un enojo constante, detrás del aislamiento o de la apatía, puede haber un pedido silencioso. Los adultos somos la trama que sostiene. Detectar temprano, acompañar sin culpa y pedir ayuda especializada cuando es necesario son los tres pilares que pueden cambiar la historia. La prevención en salud mental empieza, siempre, con una mirada que se anima a ver lo que otros pasan por alto.



Bibliografía

- Dai, Y., & Ouyang, N. (2025). Excessive screen time is associated with mental health problems and ADHD in US children and adolescents: Physical activity and sleep as parallel mediators. arXiv.
- Psychogiou, L., et al. (2024). Childhood and adolescent depression symptoms and young adult mental health outcomes. JAMA Network Open.
- Racine, N., et al. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19. JAMA Pediatrics, 175(11).
- Saurina, C., & Pérez-Moliner, M. (2022). Prevalencia de síntomas de salud mental durante la pandemia en la infancia.

- Sun, L., et al. (2024). Global burden of depression in children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 354.
- Xiang, A. H., et al. (2024). *Depression and anxiety among US children and young adults. JAMA Network Open.*
- Zehrung, R., et al. (2024). *Effects of housing instability on depression and anxiety in childhood and adolescence.* arXiv.
- Zhao, N., et al. (2023). *School bullying and poor psychological outcomes.* arXiv.

Suplementos multivitamínicos y minerales en pediatría: Entre la práctica habitual y la indicación basada en evidencia

María Verónica Zamuner

Médica pediatra – Especialista en nutrición clínica

Es muy frecuente en la consulta diaria encontrar que nuestros pacientes pediátricos se encuentran medicados con suplementos multi vitamínicos o minerales, muchas veces sin indicación médica o recomendados por profesionales de la salud de manera preventiva en respuesta a la inquietud de las familias respecto a la alimentación del niño, el rendimiento físico y escolar, o la frecuencia de infecciones respiratorias estacionales, sin diagnóstico de deficiencias nutricionales reales.

Sin embargo, la evidencia científica disponible señala que el uso empírico de estos productos no ha demostrado prevenir enfermedades ni mejorar parámetros de salud en niños sanos con alimentación variada.

Por el contrario, su prescripción indiscriminada puede generar riesgos innecesarios como sobredosificación, interacción con alimentos o medicamentos, desplazamiento de hábitos saludables, costos innecesarios y falsa sensación de seguridad dietaria, que contribuyen a desviar el foco de las **intervenciones fundamentales**: la evaluación nutricional integral, la identificación de deficiencias específicas y el asesoramiento alimentario adecuado.

La intervención actual con micronutrientes en pediatría se basa en la prevención de enfermedades específicas: la prevención del raquitismo mediante suplementación con vitamina D y las políticas de suplementación con hierro en grupos de riesgo, prácticas que se consolidaron en el siglo XX como medidas de salud pública eficaces contra enfermedades concretas. Las guías de práctica clínica basadas en evidencia de OMS y Ministerios de Salud como el de la Nación Argentina, los Formularios Terapéuticos, las Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias y las Revisiones Sistemáticas recomiendan vitaminas puntuales para aquellos pacientes que presentan un déficit demostrado o pertenecen a algún subgrupo de alto riesgo.

Posteriormente, y en paralelo a la expansión del mercado de productos dietarios, surgió la práctica de indicar complejos multivitamínicos **“de uso general”**, transformando intervenciones específicas y basadas en evidencia en una práctica empírica y ampliada.

En Argentina no existe un registro nacional único y actualizado que cuantifique de forma exacta el consumo pediátrico de multivitamínicos; sin embargo, estudios y reportes regionales y locales sugieren que el consumo de suplementos ha sido elevado en años recientes y que ha mostrado variaciones según nivel socioeconómico y contexto. Como referencia comparativa internacional, encuestas tipo NHANES muestran que aproximadamente 1 de cada 4 niños reportó uso de suplementos en el último mes en Estados Unidos. En América Latina los estudios de mercado y estudios transversales indican un aumento del mercado de suplementos en las últimas décadas, y que las vitaminas y minerales figuran entre las categorías más consumidas en países como Chile, Brasil y Perú. No obstante, la heterogeneidad metodológica entre encuestas hace difícil extrapolar una cifra única para toda la región.

El presente artículo propone revisar cuándo están realmente indicados, qué evidencia existe, y cómo comunicar de manera efectiva a las familias, para pasar de la prescripción rutinaria a una práctica justificada y educativa.

Si bien la prevalencia de deficiencias nutricionales ha disminuido en poblaciones generales, persisten grupos vulnerables y condiciones clínicas que justifican la suplementación dirigida. Las deficiencias de micronutrientes más comunes a nivel global son: hierro, vitamina D, calcio, yodo, ácido fólico, vitamina A, vitamina B12 y zinc. Entre las causas de estas deficiencias podemos mencionar: inadecuada ingesta (por falta de acceso o por dietas restringidas), ingesta de alimentos que interfieren con la absorción, la no suplementación en etapas recomendadas y en grupos de riesgo y cambios en el estilo de vida, entre otras.

A partir de este marco conceptual, revisamos a continuación los suplementos cuya indicación cuenta con respaldo de evidencia actual para la indicación de vitaminas y minerales, priorizando guías internacionales pediátricas y revisiones sistemáticas recientes.

.

HIERRO

La Organización Mundial de la Salud y múltiples guías pediátricas, incluyendo la Sociedad Argentina de Pediatría, coinciden en que la deficiencia de hierro sigue siendo la causa más frecuente de anemia nutricional en la infancia, presentando en Argentina una prevalencia mayor al **35%** en menores de 24 meses.

En nuestro país, se han tomado medidas de salud pública que han demostrado ser eficaces para disminuir la prevalencia de deficiencia de hierro y la anemia, como la recomendación de ligadura tardía del cordón umbilical, las leyes de fortificación de los alimentos con hierro, zinc y vitaminas, y el acceso gratuito al suplemento con sulfato ferroso de las mujeres embarazadas y los niños que se atienden en los centros de APS públicos.

La SAP en su consenso del año 2017 (Deficiencia de hierro y anemia ferropénica. Guía para su prevención, diagnóstico y tratamiento) sugiere administrar suplemento con hierro medicinal a los siguientes grupos de riesgo:

- **RNT** (1 mg/kg/día desde los 2 meses hasta los 12 meses de vida, excepto que el niño sea alimentado de forma regular con más de 600 ml/día de fórmula fortificada).
- **Prematuros** (2-6 mg/kg/día según el peso de nacimiento, iniciado en primer mes y hasta los 18 meses de edad).
- **Gemelares** (dosis variable según edad gestacional y peso de nacimiento).
- **Niños con bajo peso de nacimiento** (1-2 mg/kg/día, iniciado en primer mes y hasta los 12-18 meses de edad).
- **Niños que hayan sufrido hemorragias en el período perinatal.**
- **Niños de término alimentados con leche de vaca sin fortificación.**

- **Niños de término alimentados a pecho que reciben alimentación complementaria inadecuada con bajo contenido de hierro.**
- **Niños con patologías que impliquen malabsorción y pérdida crónica de hierro.**
- **Adolescentes luego de la menarca** (60–80 mg/día durante 3 meses consecutivos al año).
- **Adolescentes embarazadas** (60 mg/día desde el inicio del 2º trimestre de embarazo hasta finalizar la gestación).

Además está indicado el tratamiento con 3–6 mg/kg/día de hierro elemental en el caso de **anemia ferropénica confirmada**, extendiendo el tratamiento hasta haber completado un período de tiempo igual al que se empleó para normalizar la hemoglobina.

VITAMINA D

La vitamina D es el micronutriente con mayor consenso internacional respecto a evaluación e intervención. La Endocrine Society Clinical Practice Guideline (2024) sostiene que el tamizaje universal no es necesario, pero sí la suplementación en grupos de riesgo. De manera concordante, la AAP enfatiza su rol en la salud ósea y en la prevención del raquitismo (*Pediatrics, Optimizing bone health in children and adolescents*, 2022). Las indicaciones clínicas incluyen:

- **Lactantes menores de un año alimentados en forma exclusiva o predominante con leche materna:** 400 UI/día desde los primeros días y hasta el año de vida.
- **Prematuros:** 400–800UI/día según edad gestacional y peso, siguiendo recomendaciones actualizadas de la AAP.

- **Niños y adolescentes con riesgo aumentado:**

1. Obesidad.
 2. Fototipo oscuro o escasa exposición solar (por ejemplo, según la localización geográfica de hábitat).
 3. Dietas restrictivas (veganismo estricto).
 4. Enfermedad renal crónica, malabsorción, hepatopatías colestásicas, fibrosis quística.
 5. Uso crónico de anticonvulsivantes o glucocorticoides.
- **Deficiencia documentada:** tratamiento correctivo con dosis terapéuticas según Guías Endocrine Society (2024).

CALCIO

La declaración clínica de la American Academy of Pediatrics (AAP) de 2022 aborda estrategias para optimizar la salud ósea en niños y adolescentes a fin de prevenir osteoporosis y fracturas durante la vida adulta. El período de crecimiento infantil y puberal es crítico para alcanzar el pico de masa ósea, y factores como la nutrición adecuada, la actividad física y la salud hormonal desempeñan un papel esencial. La deficiencia de ingesta de calcio es común, pero la verdadera deficiencia clínica es infrecuente. La suplementación sólo está indicada en grupos específicos:

- **Ingesta insuficiente persistente**, documentada mediante evaluación dietaria (menos del 50–70% de la recomendación diaria).
- **Patologías que comprometen la absorción o el metabolismo:** enfermedad celíaca no tratada, enfermedad inflamatoria intestinal, insuficiencia renal crónica.
- **Raquitismo nutricional**, en conjunto con vitamina D.
- **Trastornos alimentarios y dietas muy restrictivas**, en especial en adolescentes.

Las guías enfatizan el riesgo de suplementación indiscriminada (litiasis renal, interferencias con absorción de hierro y zinc) y la ausencia de beneficio en niños con ingesta adecuada.

ODO

La OMS y UNICEF (2020–2023) sostienen que las intervenciones deben centrarse en la fortificación poblacional, lo que ha llevado a la reducción de los niveles de deficiencia, y no en la suplementación individual, salvo excepciones. Las indicaciones clínicas incluyen: **lactancia materna exclusiva** cuando la madre presenta ingesta insuficiente demostrada, **dietas libres de pescado, lácteos o sal yodada y pacientes con patología tiroidea asociada a déficit.**

ÁCIDO FÓLICO

Es infrecuente que un niño sano con alimentación variada requiere suplementación. Las indicaciones incluyen:

- **Prematuros**
- **Niños con dietas muy pobres en vegetales frescos o alimentos fortificados**
- **Enfermedad hemolítica crónica** (especialmente talasemias)
- **Uso prolongado de anticonvulsivantes**
- **Adolescentes embarazadas** (suplementación preventiva).

VITAMINA A

Según el capítulo de Deficiencias Nutricionales de PRONAP NUTRICIÓN 2020, no existen en nuestro país recomendaciones específicas sobre suplementación de vitamina A, y la OMS no recomienda suplementación universal por no haber podido demostrar disminución en la morbilidad, además de que la suplementación generalizada puede ser tóxica.

De todas formas, se debe prestar una especial atención a la alimentación materna para sospechar una deficiencia que afecte al niño, e incorporar precozmente alimentos ricos en vitamina A en la alimentación complementaria. Dentro de las posibles indicaciones de suplementación encontramos:

- **Deficiencia clínica o subclínica documentada.**
- **Estados de malabsorción severa:** fibrosis quística, hepatopatía crónica.
- **Programas poblacionales específicos** (no aplicable a la mayoría de los niños sanos en Argentina).

VITAMINA B12

Como refiere el consenso del año 2020 de SAP de Dietas vegetarianas en la infancia, la vitamina B12 o cobalamina cumple funciones esenciales en el crecimiento, la reproducción celular, la hematopoyesis y la síntesis de nucleoproteínas y mielina. Su déficit en lactantes puede ser grave y producir lesiones neurológicas irreversibles, además de alteraciones hematológicas.

La evidencia reciente subraya la importancia de la suplementación sistemática en familias que adoptan dietas libres de alimentos de origen animal, ya que las únicas fuentes confiables de vitamina B12 son los alimentos fortificados, pero los mismos no son suficientes para cubrir las necesidades. Otras indicaciones clínicas incluyen:

- **Lactantes de madres veganas sin suplementación adecuada.**
- **Niños con malabsorción:** gastrectomía, enfermedad de Crohn, insuficiencia pancreática, uso prolongado de metformina o inhibidores de bomba de protones.
- **Deficiencia confirmada (por laboratorio):** suplementación oral o parenteral según severidad.

Las tablas de recomendaciones de suplementación y tratamiento de deficiencia de vitamina B12 han sido publicadas en el consenso del año 2020 de SAP de Dietas vegetarianas en la infancia.

ZINC

La suplementación de zinc ha mostrado beneficios en poblaciones vulnerables, especialmente en cuadros de diarrea aguda y desnutrición moderada o severa, de acuerdo con las Guías de la OMS (2022). Tener en cuenta que la suplementación indiscriminada puede generar náuseas, interferencia con el cobre y alteraciones del gusto.

Las indicaciones clínicas de suplementación incluyen:

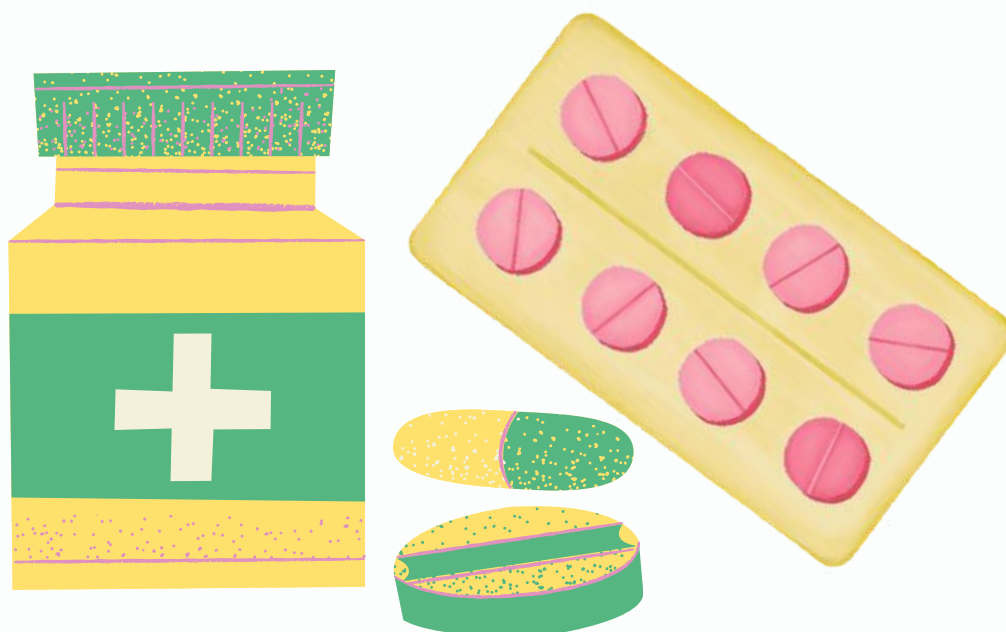
- **Déficit documentado o altamente sospechado:** desnutrición, dietas ricas en fitatos, enfermedades intestinales crónicas.
- **Trastornos de crecimiento:** relacionados con ingesta inadecuada o patologías gastrointestinales.
- **Diarrea aguda:** zinc por 10–14 días (según edad), especialmente en países donde se considera parte del tratamiento estándar.

La creciente disponibilidad de suplementos y la circulación de mensajes contradictorios en redes sociales generan expectativas en las familias que muchas veces no se corresponden con necesidades clínicas reales. En este contexto, el pediatra y el nutricionista tiene un rol central no solo en la indicación adecuada, sino también en **ordenar la información, reducir la ansiedad y orientar hacia intervenciones más efectivas y sostenibles**. En definitiva, la suplementación vitamínica y mineral en pediatría no es solo una decisión clínica; es también un acto comunicacional y educativo.

Los suplementos, aun cuando están bien indicados, no reemplazan la alimentación ni corrigen por sí solos los determinantes sociales y familiares de la nutrición. Por eso, deben ser entendidos en la mayoría de los casos como un puente terapéutico: una intervención transitoria que permite cubrir déficits mientras se trabaja sobre conductas alimentarias, hábitos familiares y manejo de patologías de base, lo que ayuda a evitar que las familias transformen el suplemento en un recurso permanente o en un refuerzo general sin fundamento.

Este enfoque coincide con las recomendaciones actuales de sociedades pediátricas y endocrinológicas: los suplementos tienen mayor impacto cuando se integran en un plan que incluye **mejora de la dieta, monitoreo del crecimiento, detección de comorbilidades, y educación sostenida** (Pediatrics 2022; JCEM 2023–2024).

Como conclusión, remarco que el suplemento no reemplaza la alimentación ni la educación nutricional, que la decisión de indicarlo debe basarse en evaluación individual, contexto socioeconómico y evidencia científica, no en presiones culturales o comerciales, y que aunque los suplementos pueden mejorar ciertos déficits específicos, **la prioridad debe ser mejorar los hábitos dietéticos**, promoviendo mayor consumo de frutas, verduras, lácteos, cereales integrales y pescado, y reduciendo alimentos ultraprocesados.



Bibliografía

- Munns CF, Shaw N, Kiely M, Specker BL, Thacher TD, Ozono K, et al. **Global consensus recommendations on prevention and management of nutritional rickets.** *J Clin Endocrinol Metab.* 2016;101(2):394–415.doi:10.1210/jc.2015–2175.
- Comité Nacional de Hematología, Oncología y Medicina Transfusional; Comité Nacional de Nutrición. **Deficiencia de hierro y anemia ferropénica. Guía para su prevención, diagnóstico y tratamiento.** *Arch Argent Pediatr.* 2017;115(Supl 4):s68–s82.
- Fernández A. **Deficiencias nutricionales.** *PRONAP Nutrición – Módulo 1.* Sociedad Argentina de Pediatría; 2020.
- Comité Provincial de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Neuquén. **Uso inadecuado de asociaciones de vitaminas multivitamínicos.** Neuquén: Comité Provincial de Medicamentos; 2024.

- Kemp C. **Many multivitamins do not match nutritional needs.** AAP News. 2022 Jan 2.
- World Health Organization. **WHO guideline: Use of multiple micronutrient powders for point-of-use fortification of foods consumed by infants and young children aged 6–23 months and children aged 2–12 years.** Geneva: WHO; 2016.
- Golden NH, Abrams SA; Committee on Nutrition, American Academy of Pediatrics. **Optimizing bone health in children and adolescents.** Pediatrics. 2014;134(4):e1229–e1243.
- Riley LK, Rupert J, Boucher O. **Nutrition in toddlers.** AmFam Physician. 2018;98(4):227–233.
- Barretto JR, Gouveia MADC, Alves C. **Use of dietary supplements by children and adolescents.** J Pediatr (Rio J).2024 Mar-Apr;100 Suppl 1(Suppl 1):S31–S39. doi: 10.1016/j.jpmed.2023.09.008. Epub 2023 Oct 28. PMID: 38529679; PMCID: PMC10960193.

- Hong S. **Essential micronutrients in children and adolescents with a focus on growth and development: a narrative review.** J Yeungnam Med Sci. 2025;42:25. doi: 10.12701/jyms.2025.42.25.
- 11- Kotnik KZ, Koroušić Seljak B, Gregorič M, Jurak G, Golja P. **Questionable advisability of vitamin and mineral dietary supplement use in adolescents.** BMC Nutr. 2023;9:110. doi: 10.1186/s40795-023-00768-z.
- Marie B Demay, Anastassios G Pittas, Daniel D Bikle, Dima L Diab, Mairead E Kiely, Marise Lazaretti-Castro, Paul Lips, Deborah M Mitchell, M Hassan Murad, Shelley Powers, Sudhaker D Rao, Robert Scragg, John A Tayek, Amy M Valent, Judith M E Walsh, Christopher R McCartney, **Vitamin D for the Prevention of Disease: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline**, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 109, Issue 8, August 2024, Pages 1907–1947, <https://doi.org/10.1210/clinem/dgae290>

- **Correction to: “Vitamin D for the Prevention of Disease: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline”**, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 110, Issue 3, March 2025, Page e916,
<https://doi.org/10.1210/clinem/dgae854>
- Woźniak, D.; Przysławski, J.; Banaszak, M.; Drzymala-Czyż, S. **Dietary Supplements among Children Ages 0–3 Years in Poland—Are They Necessary?**. Foods 2023, 12, 16.
<https://doi.org/10.3390/foods12010016>
- World Health Organization. **WHO guideline: Use of multiple micronutrient powders for point-of-use fortification of foods consumed by infants and young children aged 6–23 months and children aged 2–12 years**. Geneva: WHO; 2016. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>

- Tam, E.; Keats, E.C.; Rind, F.; Das, J.K.; Bhutta, Z.A. **Micronutrient Supplementation and Fortification Interventions on Health and Development Outcomes among Children Under-Five in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis.** Nutrients 2020, 12, 289. <https://doi.org/10.3390/nu12020289>
- Bhutta ZA, Salam RA. **Micronutrient supplementation and fortification.** In: Bundy DAP, de Silva N, Horton S, et al., editors. Child and Adolescent Health and Development. 3rd ed. Washington (DC): World Bank; 2020. p. 203–222.
- Comité Nacional de Nutrición. **Dietas vegetarianas en la infancia.** Arch Argent Pediatr 2020; 118(4):S130–S141.

¿TRATAR O NO TRATAR LA FIEBRE EN LA INFANCIA?

EVIDENCIA SOBRE MONOTERAPIA, ALTERNANCIA Y ASOCIACIÓN DE ANTITÉRMICOS

Dr. Edgar Daniel Piedra
Pediatra infectólogo – Epidemiólogo

Introducción

La fiebre en niños representa uno de los motivos de consulta más frecuentes en pediatría y es, quizás, uno de los síntomas que más ansiedad genera en las familias. En 1980, Barton Schmitt denominó como **"fiebre fobia"** al temor exagerado y muchas veces infundado hacia la fiebre, tanto por parte de padres como de profesionales sanitarios. Esta fue aumentando al mismo tiempo que se ha expandido el acceso a antitérmicos de venta libre. Sin embargo, desde el punto de vista fisiopatológico, la fiebre es una respuesta adaptativa frente a la infección, que surge de una regulación del **"punto de ajuste"** hipotalámico en respuesta a pirógenos endógenos o exógenos y se asocia a una mayor eficacia de múltiples mecanismos inmunológicos.

En niños previamente sanos, la mayoría de los episodios febriles son autolimitados y sin riesgo de daño. Las complicaciones que más preocupan tanto a padres y médicos son las convulsiones. Las convulsiones febriles más comunes son inofensivas y no dejan secuelas neurológicas, se relacionan principalmente con la velocidad de ascenso de la temperatura y con la susceptibilidad individual, no con la cifra absoluta de fiebre. Además, no hay evidencia de que tomar un antipirético las prevenga. Este temor ha instalado prácticas terapéuticas discutibles, incluyendo el uso indiscriminado de antipiréticos, la alternancia de fármacos con poca evidencia y la administración de tratamientos basados exclusivamente en cifras térmicas en lugar de valorar el estado clínico global del paciente.

Este artículo revisa la literatura sobre el uso de paracetamol, ibuprofeno y dipirona en niños, analizando los beneficios y sus riesgos en monoterapia, en esquemas de alternancia o asociación, partiendo de una pregunta: **¿es necesario tratar la fiebre o deberíamos enfocarnos en tratar el malestar?**

Una idea muy instalada es que **“la fiebre alta hace daño”**. La fiebre forma parte de un conjunto de respuestas biológicas reguladas por el sistema nervioso central, que evolucionaron como mecanismos de defensa frente a agentes infecciosos. La elevación de la temperatura corporal mejora ciertas funciones inmunes, como la actividad de neutrófilos, linfocitos y la producción de interferones, y puede incluso favorecer la eliminación de algunos patógenos.

Una revisión reciente sobre el uso de antitérmicos encontró que, en la mayoría de los estudios, la duración de la enfermedad no se modificó significativamente al comparar grupos que recibían antitérmicos frente a placebo. Esto sugiere que tratar la fiebre no acorta ni prolonga la enfermedad, sino que actúa fundamentalmente sobre la temperatura y el confort del niño.

En niños sanos, la ausencia de tratamiento antipirético rara vez provoca daños duraderos. La fiebre generalmente es bien tolerada y potencialmente beneficiosa, siempre que se mantenga una adecuada hidratación y se vigilen signos de alarma.

La indicación de antitérmicos sólo por una cifra determinada, no cuenta con respaldo en la literatura. Algunos estudios resaltan que una proporción importante de padres administra antitérmicos cuando la temperatura es relativamente baja, sin necesidad clínica clara.

En cuanto al tratamiento farmacológico, los antipiréticos más usados en pediatría se concentran principalmente en paracetamol, ibuprofeno y dipirona, este último con disponibilidad variable según la región geográfica debido a preocupaciones sobre su perfil de seguridad.

Paracetamol:

El paracetamol es un antipirético y analgésico pero con escasa acción antiinflamatoria. A dosis recomendadas, presenta un perfil de seguridad favorable. La sobreingesta constituye una causa importante de hepatotoxicidad, especialmente cuando se combinan formulaciones o se acortan los intervalos entre dosis.

Ibuprofeno

El ibuprofeno es un antiinflamatorio no esteroideo con potente efecto antipirético y analgésico. Diversos ensayos clínicos han mostrado una eficacia antipirética al menos comparable y, en algunos subgrupos, levemente superior a la del paracetamol.

Un meta-análisis reciente de 26 ensayos que incluyeron 4.137 niños encontró que, en menores de 2 años, el ibuprofeno logró tasas de resolución de fiebre levemente superiores a las de paracetamol, aunque el efecto de resolución de la fiebre se debió principalmente al factor tiempo. El paracetamol mostró tasas más bajas de eventos adversos.

Dipirona

La dipirona posee un potente efecto antipirético y analgésico. Estudios clínicos en población pediátrica han demostrado que su eficacia para reducir la fiebre es similar a la del ibuprofeno, con descensos de temperatura rápidos y sostenidos. La eficacia fue similar para el ibuprofeno oral, la dipirona oral y la dipirona intramuscular. Los antipiréticos orales son más apropiados para los niños con fiebre.

Un metaanálisis evaluó los efectos de dipirona versus ibuprofeno en población pediátrica y encontró una eficacia antipirética equivalente entre ambos fármacos, sin diferencias estadísticamente significativas en la reducción de temperatura.

La dipirona ha sido históricamente relegada en algunos países por preocupaciones de seguridad. La principal inquietud es el riesgo de agranulocitosis, un evento raro, pero potencialmente fatal. La incidencia exacta en población pediátrica es difícil de estimar y parece variar entre países.

Tanto la dipirona como su metabolito activo no mostraron toxicidad directa medular, por lo que se postula que el mecanismo es de tipo inmunológico. En 1986 se publicó el estudio epidemiológico llamado Estudio Boston, que arrojó una incidencia de 1,2 casos de agranulocitosis por un millón de personas expuestas a este fármaco, administrado durante una semana y demostró variaciones geográficas en la incidencia de agranulocitosis. En relación a la población latinoamericana, el estudio LATIN, describió una frecuencia muy baja de 0,38 casos por millón de personas por año.

Monoterapia: eficacia y seguridad

La comparación entre paracetamol e ibuprofeno en monoterapia ha sido extensamente estudiada, son efectivos para reducir la temperatura y mejorar el confort en las primeras horas tras su administración.

Las diferencias de eficacia son mínimas, el ibuprofeno podría ser algo más rápido y con mayor proporción de niños afebriles a las **4–6 horas**, pero rara vez se traducen en beneficios clínicamente relevantes.⁹ Sin embargo, es fundamental contextualizar estos hallazgos, las diferencias térmicas, aunque estadísticamente significativas, frecuentemente son de pequeña magnitud (0.3–0.5°C) y su relevancia clínica es cuestionable.

En una revisión sistemática, estudió un total de **1.773 pacientes**, donde se valoraron los efectos de ibuprofeno comparado con paracetamol, se demostró que el ibuprofeno descendió más rápido la temperatura después de 1 hora de administrado. Cuando se analiza la seguridad, tanto paracetamol como ibuprofeno presentan un perfil aceptable dentro de dosis terapéuticas. Las complicaciones aparecen cuando se supera la dosis máxima por errores de cálculo, uso de múltiples presentaciones o esquemas de alternancia complejos. En la práctica, una gran proporción de padres administra dosis incorrectas o con intervalos inadecuados, lo que incrementa el riesgo de hepatotoxicidad, de nefrotoxicidad o toxicidad gastrointestinal.

Alternancia y asociación de antitérmicos

En la práctica cotidiana, es frecuente la indicación de esquemas que alternan o asocian paracetamol e ibuprofeno para reforzar el descenso de la fiebre. Esto responde más a la ansiedad frente a la temperatura que a una evidencia sólida.

Una revisión sistemática Cochrane y un metaanálisis actualizado posterior donde incluyeron 31 estudios con un total de 5009 pacientes, evaluaron monoterapia con paracetamol, esquema combinado de paracetamol e ibuprofeno a bajas dosis y alternada de paracetamol e ibuprofeno en altas dosis en niños febriles. Ambos trabajos concluyeron que estas estrategias logran una reducción de temperatura algo mayor y una mayor proporción de niños afebriles a las 4–6 horas, en comparación con la monoterapia, pero con pequeñas diferencias y de relevancia clínica discutible. La respuesta en cuanto al confort, fue escasas y el beneficio se restringió a parámetros de temperatura en el corto plazo, sin datos sobre seguridad.

Sin embargo, este mismo estudio documentó mayor frecuencia de hipotermia (temperatura $<36.0^{\circ}\text{C}$) en el grupo con intervalos más cortos y los autores advirtieron explícitamente sobre el riesgo de sobredosificación inadvertida por parte de cuidadores. La complejidad del régimen de alternancia aumenta significativamente la probabilidad de errores en dosificación, horarios y elección del fármaco.

La administración simultánea de paracetamol e ibuprofeno, juntos en la misma toma, ha sido evaluada en ensayos clínicos con resultados mixtos. Un estudio aleatorizado doble ciego, encontró que la combinación mostraba mejor control térmico a más largo plazo, aunque paracetamol actuaba más rápidamente, con un beneficio de 2,5 horas, pero sin diferencias respecto a ibuprofeno solo.



Una cohorte prospectiva comparó los efectos del paracetamol con ibuprofeno, valorando la seguridad a 48 horas, informó que la combinación redujo la fiebre más rápidamente sin eventos adversos significativos ni alteraciones en pruebas de laboratorio. Sin embargo, la evidencia sobre seguridad a medio y largo plazo permanece limitada.

En cuanto a dipirona, la literatura sobre su uso combinado con otros antitérmicos en pediatría es limitada. La mayor parte de los estudios se enfocan en comparaciones en monoterapia frente a ibuprofeno o paracetamol, por lo que es difícil justificar su utilización en combinación, especialmente considerando las dudas sobre su perfil de seguridad hematológica.

Conclusión

La fiebre en la infancia continúa siendo un campo en el que se superponen la fisiología, la evidencia clínica y las creencias culturales. Los datos actuales muestran que, en niños previamente sanos, la fiebre moderada es un fenómeno adaptativo que no se asocia a daño neurológico ni a peor pronóstico.

Tratar la fiebre con antitérmicos no acorta la duración de la enfermedad ni previene complicaciones graves, pero sí puede mejorar el confort del niño, su apetito, la ingesta de líquidos y el descanso, además de reducir la ansiedad de la familia.

La combinación o alternancia brindan mayor eficacia térmica, pero las diferencias con monoterapia suelen ser mínimas y no justifican los riesgos potenciales asociados. Estas terapéuticas aumentan el riesgo de errores en el intervalo entre dosis y en la cantidad administrada. El uso simultáneo aumenta los efectos adversos de ambos fármacos, sin evidencia de ventajas significativas para el niño, fomentando la fiebrefobia, al transmitir la idea de que cualquier elevación de la temperatura debe ser rápidamente normalizada.

¿Tratamos la fiebre o tratamos el malestar?

Se aconseja dar antitérmicos solo cuando el niño realmente se siente mal, si está muy incómodo, no logra descansar o tiene dificultades para hidratarse y no solo por el valor del termómetro.

En muchos casos, permitir que la fiebre siga su curso, permite aprovechar los beneficios de la fiebre como respuesta inmunológica.

La educación a padres y cuidadores es central. Es importante explicarles que la fiebre es un mecanismo de defensa y que los antitérmicos no curan la causa de fondo, sino que ayudan a aliviar el malestar. De esta manera, se aclaran expectativas y se orienta mejor el tratamiento.

Algunas prácticas usadas como los baños con agua tibia o fría, las fricciones con alcohol o el uso de múltiples antitérmicos sin indicación clara, se han ido dejando de lado porque pueden generar incomodidad o incluso efectos adversos sin aportar beneficios reales. En niños previamente sanos, la fiebre por sí sola, rara vez implica un riesgo. El desafío no es bajar la fiebre, sino acompañar al niño, evaluar el cuadro clínico y orientar adecuadamente a la familia.

Referencias

- Sylwia Wrotek, Edmund K LeGrand, Artur Dzialuk, JoeAlcock, Dejemos que la fiebre haga su trabajo: El significado de la fiebre en la era de la pandemia, *Evolution, Medicine, and Public Health* , Volumen 9, Número 1, 2021, Páginas 26–35, <https://doi.org/10.1093/emph/eoaa044>
- Hashimoto R, Suto M, Tsuji M, et al. Uso de antipiréticos para la prevención de la recurrencia de convulsiones febriles en niños: una revisión sistemática y un metanálisis. *Eur J Pediatr*. 2021;180(4):987–997. doi:10.1007/S00431-020-03845-8.
- Convulsión febril [Internet]. *Pediatría integral*. 2016 [citado el 15 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-11/convulsion-febril/>
- Escobar Tobón AL. La fiebre en el niño: una mirada reflexiva a las prácticas de cuidado. *Av Enferm*. 2017;35(3):321–329. doi:10.15446/AV.ENFERM.V35N3.54848

- Nicolas M, Sun S, Zorzi F, Deplace S, Jaafari N, Boussageon R. Does the use of antipyretics prolong illness? A systematic review of the literature and meta-analysis on the effects of antipyretics in acute upper and lower respiratory tract infections. *Infect Dis Now*. 2023 Aug;53(5):104716. doi: 10.1016/j.idnow.2023.104716. Epub 2023 May 2. PMID: 37142229.
- Bakalli I, Klironomi D, Kola E, et al. El manejo de la fiebre en los niños. *Minerva Pediatría*. 2022;74(4):435-446. doi:10.23736/S2724-5276.22.06680-0
- Simon Junior H, Pedreira MC, Barbosa S, et al. Manejo clínico de la fiebre en niños en Brasil: recomendaciones prácticas de un panel de expertos. *Einstein (São Paulo)*. 2022;20:eRW6045. doi:10.31744/einstein_journal/2022RW6045
- Sarrell EM , Wielunsky E , Cohen HA. Tratamiento antipirético en niños pequeños con fiebre : acetaminofén, ibuprofeno o ambos alternados en un estudio aleatorizado y doble ciego . *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(2):197–202. doi:10.1001/archpedi.160.2.197

- Kuo N, Su N, Hou S, Kang Y. Efectos de la monoterapia con acetaminofén e ibuprofeno en niños febriles: un metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados. Archivos de Ciencias Médicas. 2022;18(4):965–81.
<https://doi.org/10.5114/aoms/140875>
- Prado J, Daza R, Chumbes O, Loayza I, Huicho L. Antipyretic efficacy and tolerability of oral ibuprofen, oral dipyrone and intramuscular dipyrone in children: a randomized controlled trial. Sao Paulo Med J. 2006 May 4;124(3):135–40. doi: 10.1590/s1516-31802006000300005. PMID: 17119689; PMCID: PMC11065384.
- Alnajjar M, Saker Z, Haji F, et al. Efecto antipirético de la dipirona oral (metamizol) en comparación con el ibuprofeno oral en niños con fiebre: una revisión sistemática y un metanálisis. BMC Pediatr. 2024;24:647. doi:10.1186/s12887-024-05095-1
- Hamerschlak N, Maluf E, Pasquini R, Eluf-Neto J, Moreira FR, Cavalcanti AB, Okano IR, Falcão RP, Pita MT, Loggetto SR, Rosenfeld LG, Lorand-Metze IG. Incidence of aplastic anemia and agranulocytosis in Latin America--the LATIN study. Sao Paulo Med J. 2005 May 2;123(3):101–4. doi: 10.1590/s1516-31802005000300002. Epub 2005 Jul 8. PMID: 16021270; PMCID: PMC11060383.

- Fibrítiani A. Comparación de la eficacia del ibuprofeno y el paracetamol en el tratamiento de la fiebre en niños de 0 a 18 años: una revisión sistemática y un metanálisis de ensayos controlados aleatorizados. J World FutureMed Health Nurs. 2023;1(2):89–98. doi:10.55849/health.v1i2.432
- Yin F, Liu Y, Guo H. Comparison between Ibuprofen and Acetaminophen in the Treatment of InfectiousFever in Children: A Meta–Analysis. J Healthc Eng. 2022 Mar 1;2022:1794258. doi: 10.1155/2022/1794258. Retraction in: J Healthc Eng. 2023 Jan 11;2023:9861957. doi: 10.1155/2023/9861957. PMID: 35273783; PMCID: PMC8904092.
- Long B, Gottlieb M. Ibuprofen vs. Acetaminophen forFever or Pain in Children Younger Than Two Years. Am Fam Physician. 2021 May 1;103(9):Online. PMID: 33929814.
- Wong T, Stang AS, Ganshorn H, Hartling L, Maconochie IK, Thomsen AM, Johnson DW. Combined And alternating paracetamol and ibuprofen therapy for febrile children. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Oct 30;2013(10):CD009572. doi: 10.1002/14651858.CD009572.pub2. PMID: 24174375; PMCID: PMC6532735.

- De la Cruz-Mena JE , Veroniki A-A , Acosta-Reyes J , et al. Terapia dual o monoterapia a corto plazo con acetaminofén e ibuprofeno para la fiebre: un metaanálisis en red. *Pediatría*. 2024;154(4):e2023065390; doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2023-065390>.
- Hay AD, Redmond NM, Costelloe C, Montgomery AA, Fletcher M, Hollinghurst S, Peters TJ. Paracetamol and ibuprofen for the treatment of fever in children: the PITCH randomised controlled trial. *Health Technol Assess*. 2009 May;13(27):iii-iv, ix-x, 1-163. doi: 10.3310/hta13270. PMID: 19454182.
- Noori NM, Miri-Aliabad G, Boryri T, et al. Comparación de los efectos de acetaminofén más ibuprofeno para tratar la fiebre en comparación con cualquiera de los dos por separado en niños febriles. *Zahedan J Res Med Sci*. 2016;18(7):e7952. doi:10.17795/ZJRMS-7952

CAMINAR Y CARGAR BIEN: RECOMENDACIONES ACTUALIZADAS SOBRE CALZADO Y MOCHILAS EN LA INFANCIA

Dra. María Victoria Puig
Especialista en Traumatología y Ortopedia
Ortopedista Infantil

Resumen

Desde el nacimiento hasta la adultez, el cuerpo humano se moldea bajo la interacción entre la genética y las fuerzas externas que ejercen peso, movimiento y aprendizaje (fuerza de gravedad y acción muscular). En la infancia, estas influencias determinan la postura, la marcha y la estructura músculo-esquelética futura. Como cuidadores de la salud en las infancias, somos guardianes de estas etapas críticas del desarrollo.

En este artículo reflexionamos sobre cuánto y cómo debe cargar un cuerpo en crecimiento —desde los pies hasta la espalda— y ofrecemos recomendaciones actualizadas basadas en la evidencia reciente sobre el uso del calzado y las mochilas escolares.

Comprender la biomecánica del crecimiento nos permite acompañar mejor a las familias en decisiones cotidianas que previenen lesiones y favorecen la autonomía motriz, el equilibrio emocional y la salud integral.

Introducción

El desarrollo corporal de cada niño o niña es el resultado de una danza entre la herencia genética y las experiencias del entorno. Por un lado, la información que recibimos de nuestros progenitores nos define como mamíferos bípedos, con una estructura anatómica similar entre individuos. Por otro lado, la exposición a la gravedad, la carga, el movimiento, nuestra nutrición y el ambiente modelan de manera única la postura, los músculos y las articulaciones.

Cada cuerpo adulto cuenta una historia sobre la infancia: los cuidados recibidos, las oportunidades de juego, el contacto con el suelo, la libertad o la restricción del movimiento. La espalda puede reflejar tensiones emocionales; los pies, el tipo de trabajo o el contexto cultural.

Como profesionales que cuidamos las infancias, sabemos que nuestras recomendaciones tienen peso. Por eso, reflexionamos aquí sobre cuánto y cómo debe cargar un cuerpo en desarrollo a lo largo de las edades, y cómo podemos brindar orientación práctica para favorecer un crecimiento sano.

Todo empieza por los pies

Durante los primeros días de vida, el recién nacido conserva una postura flexionada, similar a la que tenía en el útero materno: caderas aducidas, pies en varo, brazos flexionados sobre el tronco. Este tono semi contracto refleja la memoria intrauterina y la adaptación al canal del parto. Con el paso de las semanas, los miembros se extienden, el control motor avanza desde el tronco hacia las extremidades, y comienzan los primeros apoyos del pie contra la superficie.

A medida que domina la posición supina y el control cefálico, el lactante explora el suelo, ganando tono muscular y propiocepción. Este proceso permite que, en torno al año de vida, logre ponerse de pie, explorar y desplazarse. Cada paso es una conquista neuromotora y emocional.

En ese primer año ocurren millones de sinapsis que integran la información proveniente de piel, tendones, músculos y vísceras. Cuando restringimos esos estímulos mediante calzado rígido o dispositivos que inmovilizan, o cuando intervenimos para que aprendan un movimiento (andadores, sillitas, zapatos duros, enseñarle a rolar, a caminar), privamos al cerebro de una fuente esencial de aprendizaje sensorial.

Por eso, las recomendaciones actuales insisten en no forzar la bipedestación ni el uso del calzado antes de tiempo. En niños sanos, sin hipoxia ni síndromes genéticos, la marcha y la postura se desarrollan según la codificación genética y las oportunidades de exploración libre. La ansiedad familiar por alcanzar hitos “a tiempo” puede acelerar el logro, pero no la calidad del movimiento, y esa diferencia se evidencia luego en la coordinación, el equilibrio y el desempeño deportivo.

De la pierna a la espalda: la carga y la mochila

El desarrollo del equilibrio y la postura continúa durante la infancia escolar. Con la incorporación a la vida educativa, el cuerpo infantil enfrenta nuevas cargas: el peso del cuerpo, el mobiliario escolar y, especialmente, las mochilas.

La literatura reciente subraya que el exceso de peso y el uso inadecuado de mochilas se asocian a dolor de espalda, alteraciones posturales y fatiga muscular.

Las guías actuales sugieren que el peso de la mochila no debe superar el **10–15%** del peso corporal del niño o niña, que debe distribuirse simétricamente con ambos tirantes ajustados al tronco. Además, es fundamental revisar el diseño: respaldo acolchado, tiras anchas, cinturón pélvico y tamaño acorde a la espalda del usuario. La evidencia de los últimos años muestra que los niños que transportan mochilas pesadas presentan mayor inclinación anterior del tronco, alteraciones en la marcha y aumento de la presión discal lumbar. Estas adaptaciones, mantenidas en el tiempo, pueden generar dolor y riesgo de lesiones músculo-esqueléticas en la adolescencia.

Como profesionales, debemos reforzar el vínculo entre **desarrollo motor y autonomía**: no se trata sólo de evitar la sobrecarga, sino de enseñar a cargar bien, promover pausas activas y movimientos que compensen la posición sentada prolongada. La prevención del dolor de espalda comienza con la educación postural desde la primera infancia.

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA LAS FAMILIAS

Sobre el calzado infantil

- Evitar zapatos antes de que el niño camine por sí mismo.
- Preferir suelas flexibles, livianas y sin taco.
- Permitir caminar descalzo en ambientes seguros.
- Usar medias abrigadas que no compriman los pies.
- Revisar el calzado cada 2-3 meses: los pies crecen rápido.



Sobre las mochilas escolares

- Peso máximo: 10–15 % del peso corporal.
- Usar ambos tirantes y ajustarlos al cuerpo.
- Mochilas con respaldo acolchado y cinturón pélvico.
- Guardar los objetos pesados cerca de la espalda.
- Promover pausas y estiramientos durante el día.



Sobre el movimiento en general

- Evitar el uso prolongado de andadores, hamacas o sillitas.
- Fomentar el juego libre y el contacto con el suelo.
- Supervisar, no reemplazar, la iniciativa motriz del niño.

Conclusiones

Caminar y cargar bien son aprendizajes que acompañan toda la vida. Desde el primer contacto del pie con el suelo hasta la mochila escolar, cada experiencia corporal deja una huella estructural y emocional. Promover un desarrollo postural saludable requiere integrar evidencia científica con sensibilidad clínica. Nuestro rol es guiar a las familias, ofrecer información actualizada y proteger la autonomía motriz de cada infancia. El equilibrio que buscamos en la vida adulta empieza, literalmente, desde los pies.

ENLACES ÚTILES

- Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age (WHO) – guía específica para menores de 5 años (recomendaciones sobre actividad, tiempo sedentario y sueño)
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550536>
- WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour (2020) – guía general (incluye recomendaciones para niños y adolescentes).
Organización Mundial de la Salud:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

REFERENCIAS

- Jiang X, et al. Understanding foot conditions, morphologies and functions in children and adolescents: a systematic review. Front Bioeng Biotechnol. 2023;11:1192524.

- Oerlemans M, et al. Foot orthoses for flexible flatfeet in children and adults: a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord. 2023;24(1):60.
- Hughes HL, et al. Guidelines for recommended footwear for healthy children. Healthcare (Basel). 2025;13(13):1578.
- World Health Organization. Developmental milestones and motor skills: early childhood movement. WHO; 2023.
- American Academy of Pediatrics. *Choosing appropriate shoes for children*. AAP Policy Statement; 2023.
- Sociedad Argentina de Pediatría. *Recomendaciones sobre calzado infantil y juego libre*. SAP Córdoba; 2024.
- Bajin MS, et al. *Influence of school bag on lumbar segment in children*. Front Pediatr. 2022;10:1045666.

- Nanehkeran N, et al. Musculoskeletal risks in schoolchildren: ergonomic challenges and backpack load. *MedRes Arch.* 2025;13(4):6563.
- Mohanty PP, et al. Effect of backpack weight on posture in school children: an updated review. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2024;37(2):285–93.
- Negrini S, et al. Ergonomics of school furniture and backpacks in children: updated recommendations. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2023;59(5):673–82.
- Brzek A, et al. *Optimal schoolbag weight and its influence on body posture.* *BMC Public Health.* 2022;22(1):2098.
- Negrini S, et al. *Backpack design and spinal health in children.* *Eur Spine J.* 2023;32(3):487–95.
- Mwaka ES, et al. *Postural effects of backpack load on children and adolescents.* *Childs Nerv Syst.* 2024;40(1):89–99.

- Kistner F, et al. Lumbar spine load and posture in schoolchildren carrying backpacks. Spine (Phila Pa 1976). 2023;48(12):1221-9.
- Brzęk A, et al. Children's posture and school bag weight: a systematic review. Int J Occup Med Environ Health. 2022;35(3):305-15.
- World Health Organization. Global standards for healthy movement behaviours in children aged 0-17 years.WHO; 2023.
- Karimi MT, et al. Role of sensory input in postural control development. Gait Posture. 2023;99:145-53.
- López M, et al. Pediatric postural health: from prevention to practice. Arch Argent Pediatr. 2024;122(2):134-41.
- Papalia A, et al. Footwear and motor development in early childhood. J Pediatr Orthop. 2023;43(4):e289-94.
- Hughes S, et al. Integrating posture education in primary care pediatrics. Pediatr Phys Ther. 2024;36(1):11-8.

EL DESAFÍO DE DIRIGIR UNA NUEVA MATERNIDAD

Dr. Luis Ahumada

Pediatra Neonatólogo

Magister en Gerencia Y Administración de Servicios De Salud

Tras más de cuarenta años de trayectoria profesional, recibí la convocatoria de las nuevas autoridades ministeriales para asumir la dirección de la **Nueva Maternidad Provincial “Br. Gral. Juan Bautista Bustos”**, institución inaugurada apenas siete meses antes. Se trataba de un establecimiento con características singulares: un edificio moderno de amplios espacios, diseñado para 125 unidades de internación neonatal y 130 de adultos, equipamiento tecnológico de primer nivel y, sobre todo, la integración de tres servicios materno-neonatales de la ciudad de Córdoba.

Esta fusión –sin antecedentes similares a nivel nacional– dio origen, desde su apertura, a la maternidad con mayor capacidad instalada y con la oferta de servicios más amplia del país, fortalecida además por la conjunción de los recursos humanos provenientes de las instituciones predecesoras.

La propuesta de asumir la dirección representaba un **desafío significativo**, acentuado por la situación crítica que atravesaba nuestra maternidad hermana, el Materno Neonatal, cuya excepcional y desafortunada circunstancia reciente había impactado tanto en su capacidad operativa como en la percepción pública, a pesar de su reconocida trayectoria en salud perinatal. A ello se sumaba el complejo contexto social de los últimos años, con un marcado incremento de **personas que migraron del sistema privado al público** y con la creciente problemática asociada a la marginalidad y al consumo de sustancias.

Frente a esta realidad, la decisión de aceptar la responsabilidad se sostuvo en la convicción de que Córdoba necesitaba –y merecía– un espacio de excelencia en salud perinatal, con condiciones propicias para consolidar el modelo de **Maternidad Segura y Centrada en la Familia**. Esta filosofía, desarrollada en la Maternidad Sardá de Buenos Aires, donde me formé como neonatólogo, ha guiado toda mi práctica profesional.

Al asumir el cargo, la primera decisión fue elegir a quien me acompañaría en la conducción institucional.

La elección fue natural: la **Dra. Mirta Ferreyra**, con quien había trabajado en la gestión de servicios de neonatología durante casi tres décadas. Juntos emprendimos el objetivo de posicionar a la maternidad como un referente nacional y un modelo de vanguardia.

Para ello establecimos **tres pilares de gestión**: la mejora continua de la calidad, la seguridad del paciente y el enfoque de cuidado centrado en la familia. Este marco estratégico requirió fortalecer el trabajo en equipo, optimizar las relaciones interpersonales y ampliar progresivamente la cartera de servicios.

Con base en recomendaciones locales e internacionales, se designó un **Comité Técnico de Calidad y Seguridad** integrado por profesionales que dejaron temporalmente sus funciones asistenciales para revisar, actualizar y proponer procesos institucionales destinados a mejorar la eficiencia y eficacia de la atención materno-infantil. Se implementaron indicadores de gestión, análisis de eventos adversos, encuestas de satisfacción anónimas, la oficina **“Hospital te escucha”**, y se protocolizaron los procesos asistenciales de manera integral, entre otras acciones orientadas a la mejora continua.

En línea con los requisitos para constituirse como una Maternidad Segura y Centrada en la Familia, la institución adoptó múltiples prácticas: ingreso irrestricto de madres y padres en todas las áreas, acompañamiento durante trabajo de parto, parto y puerperio (tanto en salas especialmente acondicionadas —UTPR— como en quirófano), un cuerpo de voluntarias **“Abrazadoras”**, residencia para madres con 21 camas, promoción activa de la lactancia materna exclusiva, internación conjunta madre-hijo (tanto para el RN sano como para el que está en condiciones alta de internación), **cursos de Preparación Integral** para la Maternidad y atención integral de gestantes y recién nacidos en todos los niveles de complejidad —excepto cirugía cardíaca compleja—.

Los servicios incluyen medicina fetal y alto riesgo obstétrico, terapias respiratorias y neurológicas neonatales de máxima complejidad, seguimiento interdisciplinario del recién nacido de alto riesgo hasta la edad escolar, promoción del neurodesarrollo, UTI de adultos, ginecología en todas sus subespecialidades, fertilidad básica y programas educativos para el alta.

En total, la maternidad dispone, en la actualidad, de **76 unidades** de internación neonatal (24 correspondientes a UTIN), **80 camas** para internación conjunta y de ginecología, y **6 camas** de UTI de adultos.

Entre los principales logros alcanzados se destacan: la realización de **400 cirugías mensuales** —segunda cifra más alta entre los hospitales públicos provinciales—, **5.400 nacimientos anuales, 150 a 200 consultas diarias por guardia**, la primera cirugía fetal realizada en la institución, la atención de un nacimiento de cuatrillizos prematuros y la consolidación como principal referente provincial en salud perinatal. En 2025, la maternidad obtuvo la acreditación nacional como institución de nivel avanzado de calidad, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación.

En síntesis, aun en un contexto complejo, la institución logró posicionarse como **uno de los centros materno-neonatales más importantes de Argentina**. Este avance fue posible gracias al compromiso y la dedicación de los equipos de salud y administrativos que integran la maternidad.



Revista Cordobesa de Pediatría 2025



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



**Sociedad Argentina de
Pediatría Córdoba**



sapcordoba.com.ar

Revista Cordobesa de *Pediatría*



REVISTA RCP SAP CÓRDOBA

Diciembre 2025



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



[Sociedad Argentina de
Pediatría Córdoba](https://www.facebook.com/SociedadArgentinaPediatraCordoba)



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