



Intoxicación por monóxido de carbono, experiencia en un Hospital Pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires

Mucormicosis cutánea y pulmonar en un paciente pediátrico con leucemia linfoblástica aguda de alto riesgo. La importancia de la intervención quirúrgica y del uso de la terapia farmacológica combinada

Síndrome de Mauriac. Reporte de un caso

Tres años internada: acciones posibles cuando el hospital es lo cotidiano

Interacción entre pediatras, familiares y amigos en el deporte. Rendimiento, lesiones y razonamiento clínico durante un evento recreativo de pádel



REVISTA DEL HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

Vol 16 N° 3 Año 2025

ISSN 1853-1563

Esta revista es propiedad de la Asociación de Profesionales
del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Montes de Oca 40
1270 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

asociacion.profesionales.hp@gmail.com
www.apelizalde.org

Editor

Fernando Torres

Editor Honorario

Raquel E. Wainsztein

Editores Asociados

Jeanette Balbaryski
Gustavo Debaisi
Paula Dominguez
Raúl Gómez Traverso
Gastón Bellia Munzón
Javier Potasznik
Alejandra Pringe

Secretaria

Andrea Mermolja

Diseño y Diagramación

Bravia Creativa

Asociación de Profesionales Hospital Pedro de Elizalde

Presidente

Jeanette Balbaryski

Vicepresidente

Fernando Torres

Secretaria General

Vilma Pigliapoco

Tesorero

Julio Biancolini

Secretario Científico

Paula Domínguez

Secretaria de Prensa

Carolina Davenport

Sec. Relaciones Instit.

María José Chiolo

Secretario Actas

Roxana Fernandez

Revisor Cuentas 1

Stella Maris Souto

Revisor Cuentas 2

Celia Koltan

Vocal N° 1

Claudia Insua

Vocal N° 2

Paula González Pannia

Publicación cuatrimestral.

Los artículos de esta revista no pueden ser reproducidos total o
parcialmente, sin el permiso escrito de la Asociación de Profesionales
del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

La Dirección no se responsabiliza por los conceptos vertidos en los
trabajos y notas publicadas, las que tienen su autor responsable.



Editorial

Alerta por las bajas coberturas en vacunación: una responsabilidad de todos

Vivian Bokser

4

Artículo Original

Intoxicación por monóxido de carbono, experiencia en un Hospital Pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires

Daniel Dozoretz, Amelia Pauca Pauca, Facundo Juárez, Alejandra Carro.

6

Reporte de Caso

Mucormicosis cutánea y pulmonar en un paciente pediátrico con leucemia linfoblástica aguda de alto riesgo. La importancia de la intervención quirúrgica y del uso de la terapia farmacológica combinada

Marta Ynés Lavergne, María Belén Leone, María Soledad Sznitowski, Eliana Florencia Laurino, Micaela Muras

11

Síndrome de Mauriac. Reporte de un caso

Malena Silberkasten, Erika San Martín, María Eugenia Andrés

16

Artículo Especial

Tres años internada: acciones posibles cuando el hospital es lo cotidiano

María Paula Gómez, Sabrina Natalia Morinelli

20

Artículo de Opinión

Interacción entre pediatras, familiares y amigos en el deporte. Rendimiento, lesiones y razonamiento clínico durante un evento recreativo de pádel

Juan Pablo Ferreira, Stella Maris Souto, Héctor Cairoli, Fernando Torres, ChatGPT (OpenAI)

24

Pediatría al día

Taquicardia Paroxística Supraventricular

Guillermo Schwartz, Jorge Scaglione

28

Alerta por las bajas coberturas en vacunación: una responsabilidad de todos

Vivian Bokser¹

A mediados del siglo XX, en la región de las Américas la POLIO paralizaba a más de medio millón de niños por año, hasta que en la década del 50, un médico estadounidense, Jonas Salk creó la primera vacuna eficaz. Los resultados se anunciaron el 12 de abril de 1955, y la vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) de Salk se autorizó ese mismo día. Para 1957, los casos anuales de Polio se redujeron de 58 000 a 5600, y para 1961, solo quedaban 161 casos en Estados Unidos. En 1984, se registró el último caso de poliomielitis por el virus salvaje en Argentina.

Salk estaba comprometido con el acceso equitativo a su vacuna y entendía que los esfuerzos de eliminación no funcionarían sin una vacunación universal de bajo costo y gratuita. Por ello, se autorizó a seis compañías farmacéuticas para producir IPV, y Salk no obtuvo beneficios por compartir la formulación ni los procesos de producción. En una entrevista de 1955, cuando le preguntaron quién era el propietario de la patente de la IPV, respondió: «Bueno, diría que la gente. No hay patente. ¿Se podría patentar el sol?».

Las vacunas constituyen una de las medidas sanitarias que mayor beneficio han producido y siguen produciendo a la humanidad, previniendo enfermedades que antes causaban grandes epidemias, muertes y secuelas.

Según los datos relevados por el Ministerio de Salud de la Nación, durante el año 2024 se logró revertir la tendencia de los últimos

años en el descenso en las coberturas del Calendario Nacional de Vacunación (CNV) y alcanzar valores superiores a los registrados en 2023. Sin embargo, las coberturas actuales aún arrojan cifras alarmantes, donde por ejemplo las coberturas de la segunda dosis de Triple viral (Sarampión, Rubéola Paperas) o Polio están por debajo del 50 %, es decir, menos de la mitad de los niños acceden a estas dosis. Esto quiere decir que en Argentina más de 200.000 niños de 5 años se encuentran sin cobertura, 200.000 niños susceptibles.

Mediante el concepto de inmunidad de rebaño, se puede comprender cómo la protección colectiva frente a una enfermedad se logra de manera indirecta, evitando que las personas no inmunizadas se infecten. En consecuencia, la disminución de las coberturas de vacunación no solo afecta a quienes no están vacunados, sino que incrementa el riesgo para el conjunto de la población, vacunados y no vacunados.

Como vimos anteriormente, la historia señala que durante la década de 1950, alrededor de medio millón de niños quedaron paralizados a causa de la poliomielitis en Estados Unidos. Sin embargo, setenta años después, y pese a contar con una vacuna gratuita y de acceso universal, en nuestro país aún existen más de medio millón de niños en situación de riesgo.

¹ División Protección y Promoción de la Salud - Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

La Coqueluche o tos convulsa presenta un patrón cíclico con picos epidémicos cada 3 a 5 años. Para proteger al grupo más vulnerable menor de 6 meses de vida, tenemos inmunoprevención con la vacunación a los 2, 4, 6, 15-18 meses y a los 5 años con componente pertussis, y desde 2009 se inició la vacunación a los 11 años. En el año 2012 se recomendó la vacunación contra tos convulsa para embarazadas a partir de la semana 20 de gestación y se incorporó esta indicación al CNV en el año 2013 con el propósito de lograr el pasaje transplacentario de anticuerpos para proteger al lactante durante los primeros meses de vida y de esta manera disminuir la morbi-mortalidad por coqueluche en lactantes pequeños.

La recomendación actual es vacunar con dTpa (triple bacteriana acelular) luego de la semana 20 de gestación, en cada embarazo, independientemente de la edad, antecedente de vacunación con dTpa u otras vacunas con componente antitetánico y del tiempo transcurrido desde el embarazo anterior. La introducción de las vacunas antipertussis ha contribuido a la disminución de la incidencia global de la enfermedad. La vacunación de la población pediátrica y la vacunación de la embarazada son dos estrategias que se sinergizan para disminuir la circulación de coqueluche y la morbimortalidad en los grupos más vulnerables. Sin embargo, actualmente estamos transitando un incremento de números de casos, con coberturas de la vacuna triple bacteriana acelular (dTpa) a los 11 años de 54 % en 2024, mientras que en la embarazada las coberturas a nivel nacional apenas superan el 70 %.

Referencias

1. Coberturas de Vacunación 2015-2024. 4to Informe especial Observatorio de la Infancia y Adolescencia. Julio 2025.
2. OMS .Historia de las vacunas. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/spotlight/history-of-vaccination/history-of-polio-vaccination>
3. Boletín Epidemiológico Nacional N°786, SE 49, Año 2025

Como hemos visto, al vacunarse no solo se protege quien recibe la vacuna, sino también a quienes no pueden hacerlo. De este modo, la vacunación contribuye al cuidado de la comunidad y a la prevención de brotes de enfermedades reemergentes que pueden afectar a toda una sociedad. Debido a las bajas coberturas, aumenta el riesgo de introducción de patógenos que anteriormente estaban controlados.

Una vez más, contamos con un recurso fundamental: distintos esquemas de vacunación orientados a los diversos grupos etarios. No obstante, la vigilancia epidemiológica evidencia un aumento de los casos de coqueluche, con un preocupante impacto en la morbimortalidad de los niños más pequeños.

Vacunarse es un derecho, pero también un deber y una responsabilidad colectiva, ya que sus efectos trascienden la esfera individual y alcanzan a toda la población. A lo largo del tiempo, las vacunas han adquirido una dimensión social basada en principios de equidad y universalidad. Sin embargo, como sociedad aún enfrentamos el desafío de asumir plenamente este deber, comprendiendo que cada decisión personal tiene repercusiones colectivas. La responsabilidad colectiva y el cuidado del otro constituyen, entonces, el eje central de este compromiso. Vacunarse se convierte así en un acto de solidaridad y de compromiso con el bienestar común que fortalece la salud pública.

Intoxicación por monóxido de carbono, experiencia en un Hospital Pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires

Daniel Dozoretz¹, Amelia Pauca Pauca¹, Facundo Juárez¹, Alejandra Carro¹.

Resumen

Introducción. El monóxido de carbono (CO) es un gas tóxico, producto de la combustión incompleta de materiales carbonados. La intoxicación por CO constituye una causa relevante de morbimortalidad de origen toxicológico a nivel mundial. Su diagnóstico suele retrasarse debido a la inespecificidad de las manifestaciones clínicas y a las propiedades fisicoquímicas del gas. La población pediátrica presenta una vulnerabilidad especial para esta intoxicación. El objetivo de este estudio fue describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con intoxicación por CO, asistidos en una unidad de Toxicología.

Material y métodos. Estudio retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron las consultas por intoxicación por CO realizadas en la Unidad de Toxicología entre enero de 2015 y agosto de 2025.

Resultados: Se analizaron 61 historias clínicas. 29 pacientes correspondieron al grupo de 6 a 14 años, con predominio femenino. Fueron asistidos durante los meses invernales 56 pacientes y entre las 18:00 y las 05:00 horas 44 pacientes. Las principales fuentes fueron braseros, calefones y generadores eléctricos. Consultaron dentro de las dos horas posteriores a la presencia de síntomas 38 pacientes. Los síntomas más frecuentes fueron cefalea, náuseas, vómitos y dolor abdominal; presentaron síncope 13 pacientes y convulsiones 2 pacientes. La concentración promedio de carboxihemoglobina fue 13,3 %, con un máximo de 31,1 %. Todos recibieron oxígeno normobárico, 12 pacientes requirieron oxigenoterapia hiperbárica y 1 paciente asistencia respiratoria mecánica.

Conclusión. Se remarca la importancia de la intoxicación por CO por ser un cuadro frecuente, potencialmente letal y con un tratamiento accesible y efectivo.

Palabras clave: Intoxicación por monóxido de carbono; Monóxido de carbono; Carboxihemoglobina; Toxicidad.

Correspondencia: Dra. Alejandra Carro. alecarro1971@gmail.com
Trabajo recibido el 22 octubre 2025 y aprobado el 20 diciembre 2025

Introducción

El monóxido de carbono (CO) es un gas generado a partir de la combustión de materia orgánica como carbón, madera o hidrocarburos como butano y propano (conocidos como gas de red o envasado), gasoil o kerosene, en un medio deficitario de oxígeno, por artefactos de calefacción o generadores de energía. Tiene la particularidad de ser inodoro, incoloro y no irritante, lo que dificulta su detección¹.

La intoxicación por monóxido de carbono es una de las causas más comunes de intoxicación fatal y suele caracterizarse por la presencia de signos y síntomas inespecíficos, representando un problema de salud pública grave a nivel mundial^{2,3,4,5}. Esta intoxicación habitualmente se presenta en el hogar, principalmente en los meses invernales y durante las horas nocturnas, manifestándose primero en los niños de los grupos familiares afectados^{6,7,8}.

Los signos y síntomas presentes en la intoxicación suelen ser inespecíficos. Los cuadros se dividen en "leve", ante la presencia de cefalea, mareos y vómitos y "moderados/graves" ante la presencia de alteraciones visuales o auditivas, irritabilidad o llanto, debilidad, confusión, síncope, convulsiones, coma y alteraciones cardíacas⁹.

En lactantes puede presentarse un cuadro, también inespecífico, con irritabilidad, llanto persistente, rechazo del alimento, deterioro del sensorio e hipertensión de la fontanela anterior⁹.

¹ Unidad de Toxicología. Hospital general de Niños Pedro de Elizalde

La intoxicación en contexto de embarazo siempre se considera de gravedad debido a que la hemoglobina fetal posee mayor afinidad por el CO⁹. A raíz de un escaso conocimiento de la población en general¹⁰ y del equipo de salud, el grado de sospecha y diagnóstico suele ser bajo, lo que podría explicar el retraso o la ausencia de la consulta⁵¹.

La confirmación de esta intoxicación se realiza con la medición del porcentaje de hemoglobina unida al CO o carboxihemoglobina (COHb), por medio de métodos bioquímicos en sangre³. Se considera normal hasta 2 % en no fumadores y hasta 7 % en fumadores¹. El tratamiento consta de la administración de oxígeno suplementario al 100 % normobárico (a presión atmosférica) o hiperbárico (a 2,5 atmósferas), según sea requerido¹.

El objetivo del presente estudio es describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes asistidos de forma presencial en la Unidad de Toxicología del Hospital Pedro de Elizalde, entre enero de 2015 y agosto de 2025.

Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo a partir de la información obtenida de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de intoxicación por monóxido de carbono asistidos en la Unidad de Toxicología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde desde el 1 de enero de 2015 hasta el 31 de agosto de 2025. Se excluyeron las historias clínicas de pacientes asistidos inicialmente en otras instituciones y aquellas que no contaban con la información suficiente para su procesamiento.

Se realizó el análisis descriptivo de la población, las características clínicas y el tratamiento recibido. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo del paciente, mes y franja horaria del día en que ocurrió la consulta, gravedad del cuadro clínico (Leve o

Moderado/Grave), signos y síntomas, latencia, fuente o artefacto que generó el CO, nivel de COHb y medidas terapéuticas recibidas. Se utilizó para la carga y procesamiento de datos el programa Excel 2021 y para el cálculo de los intervalos de confianza el programa PSPP 2.0.1. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

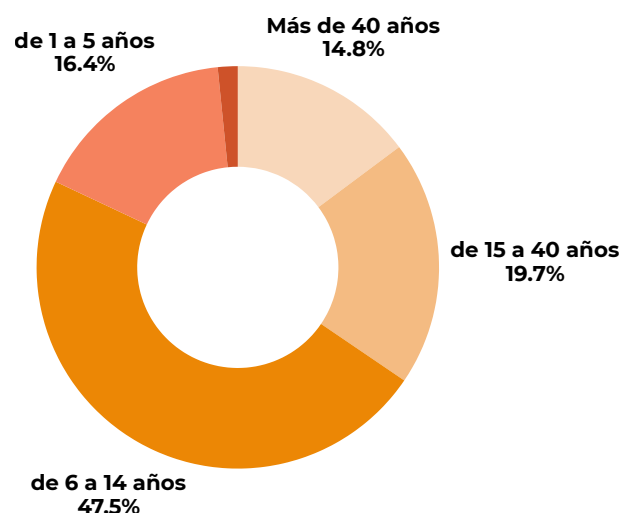
Resultados

Se incluyeron 61 historias clínicas, 29 pacientes correspondieron al rango etario entre los 6 y los 14 años (47,5 %; IC95% 35,0-60,1) (Figura 1), con predominio del sexo femenino con 40 pacientes, lo que representa el 65,6 % de los casos (IC95% 54,1-77,1).

En relación al mes de la consulta, 56 pacientes (91,8 %; IC95% 84,9-98,7) fueron asistidos en los meses invernales (junio, julio y agosto). Respecto a la franja horaria, 43 pacientes (78,2 %; IC95% 67,3-89,1) se presentaron entre las 18 horas y las 05 horas (Figura 2).

Se observó un predominio de casos asociados al uso de braseros, en 31 pacientes (50,8 %; IC95% 38,3-63,3), seguidos por los calefones y generadores eléctricos (Figura 3).

Figura 1: Distribución de la población según rango etario (n=61)



Acerca de la signosintomatología, 25 pacientes (41,0 %; IC95% 28,7-53,3) presentaron al momento de la evaluación cuadros moderados/graves, 31 pacientes (50,8 %; IC95% 38,3-63,3) presentaron cuadros leves y 5 pacientes (8,2 %; IC95% 1,3-15,1) no presentaron síntomas. La cefalea fue el síntoma descrito con mayor frecuencia, seguida por náuseas, vómitos y dolor abdominal. En 13 pacientes se observaron cuadros de síncope (21,3 %; IC95% 10,9-31,7) y en 2 pacientes convulsiones (3,3 %; IC95% 0-7,7) (Figura 4). Sobre 55 pacientes, 38 asistieron al hospital dentro de las dos primeras horas luego del inicio de la signosintomatología (69,1 %; IC95% 56,9-81,2) (Figura 5).

Al momento de la consulta, la mediana de la concentración de COHb fue de 13,45 %, (IIC 7,75-19,48) y un máximo de 31,1 %. Todos los pacientes fueron tratados con oxígeno al 100 % normobárico, 12 pacientes (19,7 %; IC95% 9,7-29,6) requirieron oxígeno hiperbárico y 1 paciente requirió asistencia respiratoria mecánica.

Discusión

La intoxicación por CO representa una patología frecuentemente subdiagnosticada y prevenible, potencialmente fatal. Los lactantes y los niños son un grupo de riesgo y presentan con mayor frecuencia signos y síntomas de intoxicación respecto a los adultos, a partir de su mayor tasa metabólica y mayores requerimientos de oxígeno¹¹. En el presente estudio se observa un predominio de pacientes entre los 6 y 14 años. Cabe señalar que, aunque el hospital es un centro pediátrico, el abordaje de esta intoxicación incluye a todo el grupo familiar.

La sintomatología observada con más frecuencia en estos pacientes, coincidiendo con otras series, corresponde a cuadros leves, con cefalea, mareos y vómitos. Dentro de los cuadros graves se observan síncope, ataxias, convulsiones y un cuadro de coma. El 69,7 % (n=39) presentó más de un signo o síntoma^{3,6,7,9}.

Al igual que lo descrito por Dozoretz et al. en la ciudad de La Plata, en nuestro estudio observamos que la mayor proporción de casos se asocia a braseros como fuentes de CO. Es importante recordar que en estos artefactos se realiza la combustión de materia sólida, generalmente madera, leña o carbón, sin un sistema de ventilación al exterior, asociándose a la producción de grandes concentraciones de monóxido en períodos breves de tiempo a comparación de los combustibles líquidos o gaseosos^{12,13} y por lo tanto se ha vinculado con mayor riesgo de cuadros de mayor gravedad⁸. El uso de braseros representa una fuente de gran riesgo para esta intoxicación y ha sido descrito por numerosos autores como popular en países en desarrollo, principalmente en poblaciones de bajos recursos, como alternativa económica de calefacción^{3,10,12}.

Respecto de la estacionalidad, observamos que el 91,8% de los casos ocurrieron durante los meses invernales, en nuestra región correspondiente a junio, julio y agosto, en los que se registran los días con temperaturas más bajas¹⁴. Hallazgos similares fueron reportados por Vural et al. en Turquía y Dozoretz et al. en la Ciudad de La Plata, Argentina^{3,6}.

Identificamos una mayor proporción de consultas entre las 18 horas y las 05 hs, en concordancia con otros estudios^{3,6,7,15}, esta distribución se ha asociado probablemente a la mayor presencia de personas dentro del hogar en horarios vespertinos y nocturnos, sumado en ocasiones a la escasa ventilación ambiental y el mayor uso de artefactos de calefacción durante los días fríos³.

El diagnóstico de esta intoxicación se basa en el cuadro clínico, la disponibilidad y exposición a fuentes de CO y frecuentemente la presencia de convivientes con cuadros de similares características. De ser posible se debe confirmar mediante la realización de una cooximetría. En la población estudiada se identifican valores de

COHb > 7 % en el 78 % (n=46), con un promedio de COHb de 13,3 %, menor a los observados por Unsal et al. en 2014 y Dozoretz et al. en 2025^{3,8}.

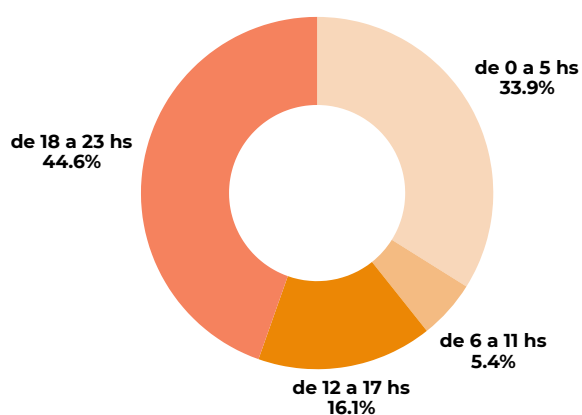
La mayor parte de las consultas se produjeron con latencias menores a 2 horas, coincidiendo con lo observado por Sahin et al. y Dozoretz et al.^{3,7}. El dato de la latencia es de gran importancia debido a que la permanencia prolongada respirando aire ambiente, alejado de la fuente de CO puede alterar el valor del nivel de COHb, disminuyendo significativamente el dosaje¹.

El tratamiento de esta intoxicación se basa en el aporte de oxígeno. En nuestra población todos los pacientes fueron tratados con oxígeno al 100 % de forma normobárica, un paciente requirió de asistencia respiratoria mecánica y 12 pacientes requirieron oxígeno hiperbárico, tratamiento indicado ante la presencia de signos de gravedad como afectación neurológica transitoria (síncope o convulsiones) o permanentes (coma), compromiso cardiovascular, falta de respuesta al tratamiento con oxígeno de forma normobárica, COHb mayor a 20 % o en contexto de embarazo.

Conclusión

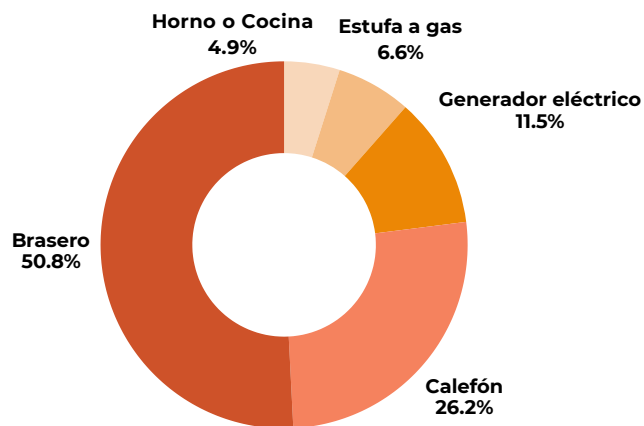
Los resultados de este trabajo se encuentran en coincidencia con la

Figura 2: Distribución de casos según rango horario de consulta (n=55)*



*Sin datos: 6 casos

Figura 3: Fuentes de monóxido de carbono (n=61)



bibliografía general de otras regiones, la frecuencia fue mayor durante los meses de invierno y en horario vespertino. El uso de braseros, dispositivos de calefacción precarios, inseguros y de alto riesgo, fue la primera causa.

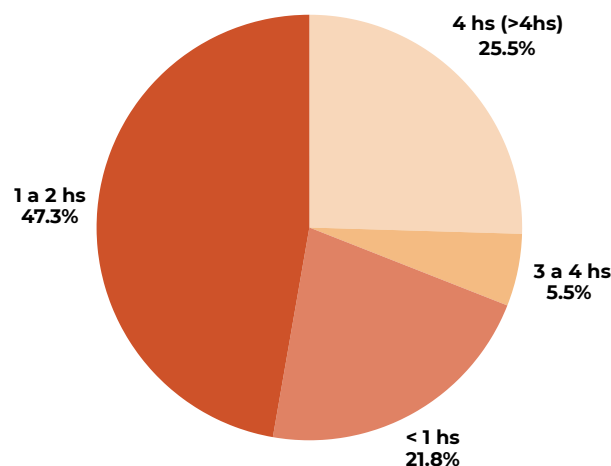
Los síntomas observados con mayor frecuencia fueron cefalea, mareos, náuseas y vómitos, todos ellos inespecíficos.

Se remarca la importancia de la intoxicación por CO por ser un cuadro frecuente, potencialmente letal y con un tratamiento accesible y efectivo. Esperamos que la disponibilidad de información actualizada sobre la situación en nuestra población sea de utilidad para diseñar estrategias de prevención orientadas a la población general y capacitaciones específicas para los equipos de salud.

Figura 4: Signos y síntomas (n=56)*



*5 casos sin síntomas y 39 casos presentaron más de un signo o síntoma.

Figura 5: Distribución de casos según tiempo de latencia entre la identificación del cuadro y la consulta (n=55)*.

*Sin datos: 6 casos.

Referencias

1. Tomaszewski C. Carbon monoxide. En: Goldfrank's Toxicologic Emergencies. 11ª ed. Nelson LS, Howland MA, Lewin NA, Smith SW, Goldfrank LR, Hoffman RS, editores. McGraw-Hill Education; 2019. p. 1663-1675.
2. Long J, Sun Y, Zhao J, Liu J, Peng X. Temporal trends of carbon monoxide poisoning mortality at the global, regional and national levels: a cross-sectional study from the Global Burden of Disease study, 1990 and 2017. *BMJ Open*. 2021; 11(11): e053240.
3. Dozoretz D, Pauca A, Traverso C. Intoxicación Por Monóxido de Carbono en Pacientes Pediátricos y sus Familias, Atendidos en el Hospital Sor María Ludovica. *Ludovica Pediátrica*. 2025; 28 (01): 8-16.
4. Sayed M, Tamim H. Carbon monoxide poisoning in Beirut, Lebanon: Patient's characteristics and exposure sources. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*. 2014; 7(4): 280-284.
5. Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Prevención y Control de las Intoxicaciones. Guía de prevención, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica de las intoxicaciones por monóxido de carbono. 2a ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2016. Serie: Temas de Salud Ambiental N° 06. ISBN 978- 950-38-0115-4.
6. Vural A, Dolanbay T. Early and late adverse clinical outcomes of severe carbon monoxide intoxication: A cross-sectional retrospective study. *PLoS One*. 2024;30;19(8): e0301399.
7. Sahin S, Carman KB, Dinleyici EC. Acute poisoning in children; data of a pediatric emergency unit. *Iran J Pediatr*. 2011; 21(4):479-84.
8. Unsal Sac R, Taşar MA, Bostancı İ, Şimşek Y, Bilge Dallar Y. Characteristics of Children with Acute Carbon Monoxide Poisoning in Ankara: A Single Centre Experience. *J Korean Med Sci*. 2015: 1836-1840.
9. Damin FC, Gonzalez Negri MR coordinadores. Consenso Universitario de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Intoxicaciones por Monóxido de Carbono. Universidad de Buenos Aires. 2019. CONSENSO.
10. Dozoretz D, Zappitelli N, Popity A, Traverso C. Grado de conocimiento sobre monóxido de carbono en adultos acompañantes de pacientes internados en un hospital pediátrico. *Ludovica Pediátrica*. 2024; 27(1):6-14.
11. Kind T. Carbon monoxide. *Pediatr Rev*. 2005; 26(4):150-151.
12. Casey JC, Ortega J, Coffey E, Hannigan M. Low-cost measurement techniques to characterize the influence of home heating fuel on carbon monoxide in Navajo homes. *Science of The Total Environment*. 2018; 625:608-618.
13. Winder C. Carbon monoxide-induced death and toxicity from charcoal briquettes. *Med J Aust*. 2012 Sep 17;197(6):349-50.
14. Servicio meteorológico nacional 2 (Disponible en <https://www.smn.gob.ar/estadisticas>) citado el 24 de marzo de 2025.
15. Öz E, Küçükkeleşçe O, Kurt O, Vural A. Carbon monoxide poisoning: beyond survival - mortality, morbidities, and risk factors, a Turkey sample. *PeerJ*. 2023 Sep 28;11:e16093. doi: 10.7717/peerj.16093. PMID: 37790623; PMCID: PMC10542819

Mucormicosis cutánea y pulmonar en un paciente pediátrico con leucemia linfoblástica aguda de alto riesgo. La importancia de la intervención quirúrgica y del uso de la terapia farmacológica combinada

Marta Ynés Lavergne¹, María Belén Leone¹, María Soledad Sznitowski¹, Eliana Florencia Laurino¹, Micaela Muras¹

Resumen

La mucormicosis es una infección fúngica invasiva poco frecuente; la neutropenia es el principal factor de riesgo asociado. En pediatría las formas clínicas más frecuentes son la pulmonar y la rinocerebral. El tratamiento combina la desbridación quirúrgica precoz y los antifúngicos de amplio espectro.

Se describe el caso de un adolescente con leucemia linfoblástica aguda y mucormicosis cutánea y pulmonar, que requirió intervenciones quirúrgicas reiteradas más terapia combinada de anfotericina y posaconazol como tratamiento.

Se resalta la necesidad del alto índice de sospecha de esta entidad en pacientes inmunocomprometidos para instaurar rápidamente el tratamiento quirúrgico. Además, se destaca al posaconazol como terapia de salvataje en combinación con anfotericina liposomal.

Abstract

Mucormycosis is a rare invasive fungal infection; Neutropenia is the main associated risk factor. In pediatrics, the most common clinical forms are pulmonary and rhinocerebral. Treatment combines early surgical debridement and broad-spectrum antifungals.

It is described the case of an adolescent with Acute Lymphoblastic Leukemia and cutaneous and pulmonary Mucormycosis, who required repeated surgical interventions plus combined therapy of Amphotericin and Posaconazole as treatment.

A high index of suspicion of this entity in immunocompromised patients is needed to quickly establish surgical treatment. In addition, Posaconazole stands out as a therapeutic alternative for oral administration.

Introducción

La mucormicosis es una infección fúngica causada por hongos de la clase *Zygomycetes*, compuesta por Entomoftorales y Mucorales. De estos últimos, el *Mucor* spp. es una de las especies más frecuentemente encontradas como causales de enfermedad¹.

Es una infección fúngica invasiva (IFI) que ocurre en pacientes inmunosuprimidos, principalmente neutropénicos. Su tratamiento consiste en terapia antifúngica sistémica más desbridamiento quirúrgico precoz de la lesión, con el objetivo de lograr bordes libres de infección².

La anfotericina B liposomal, con efecto fungistático, es el tratamiento de primera línea. El posaconazol, un antifúngico triazólico de amplio espectro, se utiliza en casos de refractariedad o intolerancia a la anfotericina y como tratamiento de mantenimiento^{1,3}.

Se presenta el caso de un adolescente con leucemia linfoblástica aguda (LLA) que desarrolló mucormicosis cutánea y pulmonar, con necesidad de reiteradas intervenciones quirúrgicas junto con terapia combinada de anfotericina y posaconazol como tratamiento.

Correspondencia: Dra. Marta Lavergne cem62022@gmail.com

Trabajo recibido el 17 diciembre 2024 y aprobado el 11 diciembre 2025

¹ Departamento de Medicina Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Caso clínico

Paciente varón de 11 años, con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda B común de alto riesgo e hipogammaglobulinemia severa en fase de re-inducción. Con antecedente de fungemia por *candida tropicalis* y osteomielitis crónica de escápula y de segundo arco costal izquierdo por *Aeromonas Hydrophila*.

Ingresó por cuadro de neutropenia y pancreatitis aguda. Como hallazgo presentaba lesión en pulpejo del dedo índice de mano izquierda, secundaria a traumatismo, indolora, de color rojo vinoso, sin signos de flogosis, de 1.5 a 0.5 cm, de límites bien definidos, de 10 días de evolución (Imagen 1).

Se realizó biopsia de la lesión donde se aislaron elementos fúngicos (filamentos de *Eumycetes*), se indicó anfotericina B liposomal por diagnóstico de mucormicosis cutánea por lo que se procedió a la búsqueda de focos profundos para descartar compromiso sistémico (tomografía de cerebro y senos paranasales, ecocardiograma, ecografía abdominal y fondo de ojo). La tomografía de tórax mostró como hallazgo patológico consolidación bilateral con imágenes de vidrio esmerilado y derrame pleural derecho interpretándose como compromiso micótico secundario.

Al quinto día de tratamiento, el paciente presentó una nueva lesión en el pulpejo del dedo mayor de la mano izquierda con características similares a la lesión inicial. Ante este hallazgo, se indicó desbridamiento quirúrgico de ambos dedos al décimo día de tratamiento con anfotericina, identificándose nuevamente elementos fúngicos en el estudio anatomopatológico (*Mucor Racemosus Complex*).

En consenso con infectólogos y traumatólogos se decidió la amputación de la primera falange del dedo mayor y nueva debridación del dedo índice al día 25 de tratamiento. Al día 30 de tratamiento, una nueva biopsia de control por punch de herida quirúrgica del dedo mayor demostró actividad fúngica por lo que se definió amputación completa del tercer dedo y nuevamente se comprueba persistencia de la infección en el extremo distal. Finalmente, al día 35 de tratamiento, luego de una exéresis en cuña del metacarpo, se confirmó en todas las muestras (directo, cultivo y la anatomía patológica) bordes libres de lesión micótica (Imagen 2).

En esa instancia se decidió asociar posaconazol vía oral (jarabe) al tratamiento ya instalado. Destacamos que el paciente presentó una neutropenia profunda y prolongada de 20 días de evolución, con requerimientos de factores estimulantes de colonias de granulocitos hasta la recuperación de fagos. Luego de 20 días de tratamiento combinado se otorgó el egreso hospitalario con posaconazol, requiriendo 59 días totales de internación.

El paciente presentó hipokalemia asociada al uso de posaconazol, que requirió de suplementación oral y, en ocasiones, debió internarse para correcciones endovenosas de potasio. Presentó una buena evolución del cuadro infectológico, sin recaídas de la infección, con resolución de su IFI. Además, el niño completó el esquema de tratamiento de la LLA transcurridos dos años del diagnóstico.

Discusión

Las especies de mucorales que más frecuentemente producen *mucormicosis* son *Rhizopus spp.*, que causa más del 50 % de los casos, seguido de *Mucor spp.*, *Lichteimia* y *Corymbifera*. Son hongos ubicuos, ya que pueden encontrarse en vegetales en descomposición, semillas, frutas, suelo, excretas animales o en cualquier sustrato que contenga carbohidratos, donde esporula y puede ser transportado a distancia en el aire. Al igual que el *Aspergillus*, también se encuentran en el ambiente hospitalario. Se caracterizan por ser aeróbicos, por lo que tienen afinidad por zonas aireadas del cuerpo. De este modo, al inhalar las esporas, éstas pueden colonizar los senos paranasales. En algunos casos, se puede adquirir por ingestión inadvertida o inoculación cutánea de esporas^{1,2}.

El estado inmunológico del individuo es el principal factor para el desarrollo de mucormicosis. El recuento de neutrófilos sería uno de los componentes necesarios, junto con los macrófagos, para generar una respuesta inmune a este patógeno, al prevenir la germinación de las esporas. Es por esto que, a su vez, la recuperación de los fagocitos es necesaria para el control y recuperación de la enfermedad².

La mucormicosis es una IFI; se describen 6 formas de presentación clínica (rinocerebral, pulmonar, cutánea, gastrointestinal, diseminada y miscelánea o atípica)⁴. En los individuos inmunocomprometidos se produce una rápida invasión de los tejidos y, sobre todo, de los vasos sanguíneos, llevando a la trombosis y su consecuente necrosis. Y, además, puede producirse una diseminación de la enfermedad a través de émbolos sépticos².

Figura 1. Lesión en pulpejo del dedo índice de mano izquierda, secundaria a traumatismo, indolora, de color rojo vinoso, sin signos de flogosis, de 1.5 a 0.5 cm, de límites bien definidos.



Debe entenderse como una enfermedad de muy baja frecuencia, la mayoría de los reportes presentan casos aislados¹. En la bibliografía publicada en nuestro país, en los últimos 10 años se registraron en un hospital pediátrico sólo 9 casos de IFI por *Mucorales*³. Sin embargo, hay que tener en cuenta que se trata de una infección que ha ido aumentando en número de casos en los últimos años en pacientes receptores de trasplante de células hematopoyéticas y en pacientes con patologías hematológicas malignas. Actualmente, las enfermedades hematológicas constituyen el factor predisponente principal en el 60% de los casos¹. Es una enfermedad con alta mortalidad⁴, se describe entre un 56 a 64 % en la población pediátrica^{1,5}. La edad menor a un año y la infección diseminada son factores de riesgo independientes⁶.

Los estudios por imágenes se utilizan para evaluar la extensión de la infección y definir el desbridamiento quirúrgico. Las de elección son la tomografía computada y la resonancia magnética^{1,4}.

Imagen 2. Exéresis en cuña del metacarpo

El diagnóstico se realiza a través de la biopsia con la visualización de las hifas, las cuales son largas, con ancho de 10 a 30 μ m no septadas, que adoptan a menudo formas curvas o de cintas ramificadas en ángulo recto. Sin embargo, su aislamiento es dificultoso, lo cual puede retrasar el diagnóstico^{2,4}.

Los principios generales para un tratamiento exitoso son: el diagnóstico precoz, la reversión de los factores predisponentes, la recuperación de fagos, el desbridamiento quirúrgico amplio y el tratamiento antifúngico precoz².

La droga de elección es la anfotericina B liposomal de 5 a 7 mg/kg/día^{1,4,7}. Hasta el momento no hay consenso acerca de la duración del tratamiento, el cual tiene como principal objetivo el control de los factores desencadenantes que favorecieron la infección y la mejoría clínica con resolución de las imágenes.

Existen casos de enfermedad refractaria a la primera línea de tratamiento o de intolerancia a la anfotericina debido a la toxicidad, es aquí donde se instaura el tratamiento de salvataje⁸. Si bien, la mayoría de los azoles no tienen actividad significativa contra los *Zygomycetes*, el posaconazol, un azol de amplio espectro y disponible vía oral, presentó en un estudio multicéntrico

pediátrico tasas de éxito de 60 a 70% como terapia de rescate para la zigomicosis en pacientes con IFI probada o probable que previamente habían recibido por lo menos dos antifúngicos en forma combinada o secuencial. Se propone que el uso de posaconazol permitiría reducir la dosis de anfotericina B liposomal generando una mejor tolerancia y adherencia al tratamiento^{1,3,6,9}.

La buena evolución de nuestro paciente, sin recaídas de la infección, con tratamiento ambulatorio con posaconazol como monoterapia, es coincidente con otros reportes de casos, como los presentados por Ojeda-Diezbarroso et al.⁹ y Maffia et al.¹⁰, mientras que la evolución menos favorable de la serie de casos de Rosanova et al.³ podría haberse debido a la conjunción de la gravedad de la enfermedad de base y de la IFI con requerimiento de tratamiento de salvataje. Consideramos que es importante la presentación de estos casos ya que, actualmente, el uso de posaconazol está aprobado como profilaxis y tratamiento de algunas IFI en adultos y en niños mayores de 13 años⁹.

En nuestro caso se utilizó la suspensión oral ya que era la presentación disponible, al igual que en Rosanova et al.³. Sin embargo, la llegada de formulaciones endovenosas y de comprimidos gastroresistentes permite concentraciones plasmáticas mayores y más sostenidas en el tiempo, lo cual permite que sea una opción para tratamientos prolongados luego de un período inicial con anfotericina B liposomal⁸.

Por último, los efectos adversos del posaconazol más frecuentemente encontrados son fiebre, náuseas, vómitos, dolor abdominal, cefalea, hepatotoxicidad e hipokalemia¹¹. Como en nuestro paciente, al igual que lo hallado por Rosanova et al.³, el evento adverso asociado más frecuente fueron los trastornos hidroelectrolíticos,

en particular, la hipopotasemia, sin necesidad de interrumpir el tratamiento antifúngico.

Conclusiones

Uno de los factores favorecedores de la mucormicosis es la neutropenia prolongada y profunda, como en el caso de nuestro paciente, que facilita la colonización de tejidos, por lo que la recuperación de la función fagocítica debe ser fundamental para limitar la enfermedad fúngica y su cura definitiva.

Siendo una patología que requiere de un alto índice de sospecha diagnóstica para iniciar un tratamiento quirúrgico precoz y agresivo, junto con el tratamiento farmacológico concomitante en pacientes inmunocomprometidos, debe tenerse presente la posibilidad de esta grave infección y prontamente realizar la toma de muestra de los tejidos comprometidos.

Por último, como en el caso descrito, el uso de azoles como el posaconazol constituye una alternativa terapéutica actual, que permite la continuidad del tratamiento con una forma de administración vía oral.

Referencias

1. Cofré F, Villarroel M, Castellón L, Santolaya ME. Tratamiento exitoso de una mucormicosis rinocerebral persistente en un paciente pediátrico durante el debut de una leucemia aguda. *Rev Chilena Infectol* 2015; 32 (4): 458-63 doi: 10.4067/S0716-10182015000500015.
2. Spalloni MP, Chávez A, Avilés C, Cofré J. Mucormicosis en Pediatría. *Rev Chil Infect* 2004; 21 (1): 17-25 doi: 10.4067/S0716-10182004000100003
3. Rosanova MT, Voto C, Mussini MS, Sarkis C, Gómez S, Sberna N, Carnovale S, Caracciolo B, Lede R. Uso de posaconazol en niños: experiencia en un hospital pediátrico de alta complejidad. *Arch Argent Pediatr*. 2018 Jun 1;116(3):e451-e454. doi: 10.5546/aap.2018.e451. PMID: 29756722.
4. Cornely OA, Alastruey-Izquierdo A, Arenz D, Chen SCA, Dannaoui E, Hochhegger B, et al. Mucormycosis ECMM MSG Global Guideline Writing Group. Global guideline for the diagnosis and management of mucormycosis: an initiative of the European Confederation of Medical Mycology in cooperation with the Mycoses Study Group Education and Research Consortium. *Lancet Infect Dis*. 2019 December; 19(12): e405–e421. doi:10.1016/S1473-3099(19)30312
5. Däbritz J, Attarbaschi A, Tintelnot K, Kollmar N, Kremens B, von Loewenich FD, Schrod L, Schuster F, Wintergerst U, Weig M, Lehrnbecher T, Groll AH. Mucormycosis in paediatric patients: demographics, risk factors and outcome of 12 contemporary cases. *Mycoses*. 2011 Nov;54(6):e785-8. doi: 10.1111/j.1439-0507.2011.02025.x. Epub 2011 May 30. PMID: 21623951.
6. Zaoutis TE, Roilides E, Chiou CC, Buchanan WL, Knudsen TA, Sarkisova TA, Schaufele RL, Sein M, Sein T, Prasad PA, Chu JH, Walsh TJ. Zygomycosis in children: a systematic review and analysis of reported cases. *Pediatr Infect Dis J*. 2007 Aug;26(8):723-7. doi: 10.1097/INF.0b013e318062115c. PMID: 17848885.
7. Tissot F, Agrawal S, Pagano L, Petrikos G, Groll AH, Skiada A, Lass-Flörl C, Calandra T, Viscoli C, Herbrecht R. ECIL-6 guidelines for the treatment of invasive candidiasis, aspergillosis and mucormycosis in leukemia and hematopoietic stem cell transplant patients. *Haematologica*. 2017 Mar;102(3):433-444. doi: 10.3324/haematol.2016.152900. Epub 2016 Dec 23. PMID: 28011902; PMCID: PMC5394968.
8. Martín Gómez MT, Salavert Lletí M. Mucormicosis: perspectiva de manejo actual y de futuro. *Revista Iberoamericana de Micología* 38 (2021) 91–100
9. Ojeda-Diezbarroso K et al. Successful posaconazole salvage therapy for rhinocerebral mucormycosis in a child with leukemia. Review of the literatura. *Rev Iberoam Micol*. 2019;36(3):160–164. <https://doi.org/10.1016/j.riam.2018.07.008>
10. Maffía SA, Goyeneche B, Sormani MI, Esposto S. Mucormicosis en un niño con leucemia linfoblástica aguda. Reporte de caso. *Arch Argent Pediatr*. 2025;123(4):e202410544.
11. Kersemaekers WM, van Iersel T, Nassander U, et al. Pharmacokinetics and Safety Study of Posaconazole Intravenous Solution Administered Peripherally to Healthy Subjects. *Antimicrob Agents Chemother*. 2015;59(2):1246-51.

Síndrome de Mauriac. Reporte de un caso

Malena Silberkasten¹, Erika San Martín¹, María Eugenia Andrés¹

Resumen

El síndrome de Mauriac es la máxima expresión de la diabetes mellitus tipo 1 mal controlada. Debido a los avances en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes, se describe con poca frecuencia. Se caracteriza por la presencia de glucogenosis hepática reversible con insulización adecuada. Aunque la hepatomegalia está presente en la mayoría de los casos no es patognomónica del síndrome. Se puede manifestar de forma incompleta o completa con hepatomegalia, aumento de las transaminasas, dislipidemias, rasgos cushingoides, retraso en el crecimiento y desarrollo. Se presenta un caso evaluado en el Hospital de Niños Pedro de Elizalde, Buenos Aires.

Palabras clave: Mauriac; Diabetes mellitus tipo 1

Abstract

Mauriac syndrome (MS) is the maximum expression of poorly controlled type 1 diabetes mellitus. Due to advancements in the diagnosis and treatment of diabetes it is now rarely reported. It is characterized by the presence of hepatic glycogenosis and reversible hepatomegaly with adequate insulin therapy. Although hepatomegaly is present in most cases, it is not pathognomonic of MS. It can manifest in an incomplete or complete form with hepatomegaly, elevated transaminases, dyslipidemia, cushingoid features, growth delay, and pubertal delay. We report a clinical case evaluated at Pedro de Elizalde Children's Hospital in Buenos Aires.

Keywords: Mauriac, Type 1 Diabetes

Introducción

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad crónica definida por el déficit de insulina. Se caracteriza por un estado de hiperglucemia crónica acompañada de alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas.

La DM1 tiene numerosas complicaciones que suelen empezar en la edad pediátrica y se manifiestan principalmente en la edad adulta. Muchas guardan relación con el mal control metabólico y la hiperglucemia sostenida en el tiempo. Típicamente se describen complicaciones microvasculares como la retinopatía, nefropatía y neuropatía, y macrovasculares como afectación coronaria, cerebrovascular y vascular periférica.

Otras complicaciones de la DM1 son las alteraciones en el crecimiento y desarrollo, afectación psicológica, psiquiátrica y los trastornos autoinmunes.

El síndrome de Mauriac (SM) es la máxima expresión de la DM1 con mal control metabólico. Fue descrito por primera vez en 1930 por Paul Mauriac como una tríada asociada al mal control de la DM1 caracterizada por hepatomegalia, rasgos cushingoides y retraso puberal^{1,2}. Con la introducción de la insulina de acción lenta, el automonitoreo y la HbA1c, la incidencia del SM ha disminuido significativamente como consecuencia de la mejoría en los controles glucémicos³.

Correspondencia: Dra. Malena Silberkasten. malenasilber@gmail.com

Trabajo recibido el 24 julio 2025 y aprobado el 4 diciembre 2025

¹ Nutrición y Diabetes Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

A pesar de no contar con los datos de la incidencia por el escaso número de casos reportados, se estima que la presentación es más frecuente en la adolescencia y adultez temprana sin diferencias entre varones y mujeres^{2,4,5}.

El mecanismo propuesto para explicar el desarrollo de la glucogenosis hepática comienza con la hiperglucemia crónica producto del déficit de insulina y el mal control metabólico. La administración intermitente de bolos de insulina asociada al aumento de los niveles de cortisol como hormona contrarreguladora ante la hipoglucemia, estimulan el depósito hepático de glucógeno que explicaría la hepatomegalia⁶. Todos los síntomas y signos revierten al lograr el control glucémico⁷.

Se presenta un caso clínico descriptivo que cumple los criterios del SM en una paciente DM1 seguida en el servicio de Nutrición y Diabetes del Hospital Pedro de Elizalde de Buenos Aires.

Se obtuvo el consentimiento de la madre y el asentimiento de la paciente para la publicación del caso y las fotos de la paciente.

Caso clínico

Paciente de 15 años, portadora de DM1 de 10 años de evolución e hipotiroidismo secundario a una tiroiditis de Hashimoto desde los 7 años, con mal control metabólico y antecedente de 3 internaciones por cetoacidosis diabética (última en terapia intensiva pediátrica).

Al examen físico se evidenciaba retraso del crecimiento, con ausencia de pico de empuje puberal, y del desarrollo puberal (estadios de tanner: mamas 2, vello pubiano 3 y ausencia de menarca), hepatomegalia, lipodistrofias en abdomen y antebrazos, rasgos cushingoides y edema con godet ++ en miembros inferiores (Imágenes 1, 2 y 3).

Presentaba ecografía abdominal con hepatomegalia y aumento de su ecogenicidad. En el laboratorio se constataba dislipemia (colesterol total 255 mg/dl, HDL 66 mg/dl, LDL indeterminada por hipertrigliceridemia, triglicéridos 497 mg/dl), que en conjunto con la clínica cumplía criterios para un SM completo.

Al concurrir al servicio realizaba un tratamiento intensificado con insulina basal-bolo (1 UI/kg/día de insulina glargina y aspártica según glucemias preprandiales). Se decide su internación para ajuste de insulina y reeducación de la paciente y su familia.

Luego de 11 días de internación se otorga el alta hospitalaria con mejoría en sus controles metabólicos, disminución de la ecogenicidad y tamaño hepático, y con un descenso marcado de la dosis de insulina glargina a 0.5 UI/kg/día

Imagen 1.



Discusión

El SM es una entidad poco conocida y subdiagnosticada en niños y adolescentes con DM1 mal controlada, situación que nos obliga a sospechar su existencia y buscar los signos característicos con la finalidad de establecer el diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno. Existen factores predictores de mala adhesión al tratamiento, los cuales deben ser considerados durante el seguimiento de los pacientes con DM1 con mal control metabólico. Dentro de estos se encuentran: la existencia de un solo progenitor, la ausencia permanente de uno de los progenitores a las instancias de instrucción, problemas psiquiátricos en la casa y familia que necesita inicialmente asistencia social³.

Imagen 2.



La educación es el aspecto fundamental en la atención del paciente diabético y clave para un tratamiento exitoso. Debe ser personalizada y adaptada al paciente y su familia, impartida por un equipo multidisciplinario especializado en educación diabetológica. La familia, como en toda enfermedad crónica, juega un papel muy importante, debido a que el apoyo que pueda brindar influirá sobre el pronóstico a corto y largo plazo.

El inicio de la pubertad es uno de los periodos críticos influyentes en el seguimiento y tratamiento de los pacientes con DM1, en el que confluyen factores alimentarios, endocrinológicos, metabólicos y psicoemocionales a tener en especial consideración. Por este motivo los púberes con DM1 requieren un control nutricional e insulínico riguroso para prevenir complicaciones asociadas, incluida el SM.

El síndrome se caracteriza por la presencia de glucogenosis hepática y hepatomegalia reversible con insulinización adecuada. Sus formas clínicas son variables pudiendo manifestarse de forma incompleta o completa con hepatomegalia, aumento de las transaminasas, dislipidemias, rasgos cushingoides, retraso en el crecimiento y retraso puberal, lo cual corresponde con la presentación clínica de la paciente descrita. Además presentaba edema en miembros inferiores sin hipoalbuminemia ni afectación cardíaca y renal, reportado en artículos anteriores⁸.

Imagen 3.



Es importante destacar que tras la adecuada insulinización y reeducación de la paciente se logra la reversión clínica de la hepatomegalia, mejoría en el laboratorio y la reducción en los requerimientos totales de insulina.

Queda demostrado la importancia del monitoreo, la aplicación adecuada de insulina y la educación continua de los pacientes y sus familias para el manejo de esta enfermedad y el tratamiento exitoso.

Referencias

1. Mauriac P. Gros ventre, hépatomégalie, troubles de la croissance chez les enfants diabétiques traités depuis plusieurs années par l'insuline. *Gaz Hebd Med Bourdeaux*. 1930;26:402-10.
2. Fox MT, Tamaroff J, Percy AG, Baker S, Altshuler C, Baluyot M, Stewart RW. Hepatomegaly and short stature in a 14-year-old with type 1 diabetes mellitus: case report. *Fam Pract*. 2021 Jun 17;38(3):360-364.
3. Haller MJ, Silverstein JH, Rosenbloom AL. Type 1 Diabetes in the Child and Adolescent. In: Lifshitz F, editor. *Pediatric Endocrinology*. 5th ed., vol. 1. Informa Healthcare; 2007. p. 70.
4. Mahesh S, Karp RJ, Castells S, et al. Mauriac syndrome in a 3-year-old boy. *Endocr Pract*. 2007;13:63-6.
5. Maia FF, Araújo LR. Mauriac's syndrome: uncommon form of type 1 diabetes mellitus. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2002;46:310-5.
6. Flotats Bastardas M, Miserachs Barba M, Ricart Cumeras A, et al. Hepatomegaly due to glycogen storage disease and type 1 diabetes mellitus. *An Pediatr (Barc)* 2007;67(2):157-60.
7. De Laffolie J, Kamrath C, Burchert D, Böttcher C, Wudy SA, Zimmer KP. Reversible severe glycogenic hepatopathy in type 1 diabetes. *Wien Med Wochenschr*. 2022 Apr;172(5-6):144-147.
8. Oeschgera V, Prieto M. Síndrome de Mauriac en Argentina en el siglo XXI. Serie de 5 casos. *Arch Argent Pediatr* 2014;112(2):e46-e49
9. Lechuga Sancho AM, Blanca JA, Lechuga Campoy JL. Hipocrecimiento de origen nutricional y por enfermedades crónicas En: Pombo Arias M, Tratado de endocrinología pediátrica. 4 ed. Madrid: McGraw-Hill, 2009: 188-99.
10. Ela min A, Hussein O, Tuvemo T. Growth, puberty, and final height in children with Type 1 diabetes. *J Diabetes Complications* 2006; 20(4):252-6.
11. Caraballo C, Neri S, González I, et al. Síndrome de Mauriac: una entidad subdiagnosticada. *Revista GEN*. 2020; 74(3): 97-101.
12. Lombardo F, Passanisi S, Gasbarro A, Tuccari G, Ieni A, Salzano G. Hepatomegaly and type 1 diabetes: a clinical case of Mauriac's syndrome. *Ital J Pediatr*. 2019 Jan 7;45(1):3.

Tres años internada: acciones posibles cuando el hospital es lo cotidiano

María Paula Gómez¹, Sabrina Natalia Morinelli¹

Resumen

Las internaciones prolongadas plantean a los equipos de salud un desafío para acompañar a las infancias cuando el hospital se transforma en el hogar permanente.

La hospitalización significa una ruptura abrupta en la rutina cotidiana determinando una privación ocupacional, familiar, social y cultural.

A través del análisis de un caso buscamos describir el rol de Terapia Ocupacional durante una internación prolongada en un Hospital General: ¿es posible trabajar sobre un proyecto de vida en el marco de un contexto hospitalario?

El caso de L. nos permite visibilizar los aportes y beneficios obtenidos a través de la disciplina promoviendo el hacer significativo y la construcción de la identidad ocupacional.

Abstract

Prolonged hospitalizations pose a challenge for healthcare teams in supporting children when the hospital becomes their permanent home.

Hospitalization represents an abrupt disruption of everyday routines, resulting in occupational, familial, social, and cultural deprivation.

Through the analysis of a case, we aim to describe the role of Occupational Therapy during a prolonged hospitalization in a General Hospital: is it possible to work on a life project within a hospital setting?

The case of L. allows us to highlight the contributions and benefits achieved through the discipline, promoting meaningful occupation and the construction of occupational identity.

Agradecimientos

A la Dra. María José Chiolo, al equipo de docentes y directivos de la Escuela Hospitalaria y a sus acompañantes terapéuticas quienes fueron sostén de L. y de las intervenciones interdisciplinarias.

Correspondencia: María Paula Gómez. tomapago@gmail.com

Trabajo recibido el 17 diciembre 2024 y aprobado el 20 octubre 2025

Introducción

Las internaciones prolongadas plantean a los equipos de salud un desafío importante a la hora de acompañar a las infancias cuando el hospital se transforma en el “hogar permanente” y la prolongación está vinculada a la falta de recursos o dificultades en la articulación interinstitucional para la externación y no estrictamente en la resolución de los problemas de salud.

La hospitalización de un niño, niña o adolescente trae consigo el aislamiento, la separación de su casa y entorno, el encontrarse en un espacio reducido y con un acceso controlado. La pérdida de la intimidad y la disponibilidad del cuerpo en las prácticas hospitalarias. La reglamentación de las actividades por la modificación de todos sus hábitos respecto a la comida, higiene personal, sueño, entre otros¹.

En términos ocupacionales significa una ruptura abrupta en la rutina cotidiana y en los roles (hijo, hermano, alumno, participante de una actividad recreativa, etc.) determinando una privación ocupacional familiar, social y cultural. Considerando a su vez que tres años en la vida de un niño, niña o adolescente conlleva una serie de cambios relacionados con el crecimiento y desarrollo que requieren de una intervención también dinámica.

¹ Salud Mental. Equipo internación/interconsulta. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

El objetivo de este artículo es describir el rol y las intervenciones desde Terapia Ocupacional (TO) durante una internación prolongada en un hospital general de niños.

Una intervención posible desde la Terapia Ocupacional

Para Simó Algado, Terapia Ocupacional es el arte y la ciencia de capacitar y empoderar a las personas (grupos, comunidades) para que puedan desarrollar un proyecto de vida pleno a partir del desarrollo de ocupaciones significativas, que potencien tanto su independencia como su interdependencia, aportando sentido a sus vidas².

¿Cuáles son las posibilidades de trabajar en pos de un proyecto de vida en el marco de una internación? ¿Con qué herramientas contamos para poder aportar sentido y significado en la vida de un niño?

Partiremos para el análisis de este caso desde el modelo Persona - Ambiente - Ocupación - Desempeño³. Este modelo describe una interacción entre los factores de la persona y del ambiente (Figura 1), los cuales pueden sostener, posibilitar o restringir el desempeño ocupacional.

La intervención de TO se concibe como un proceso que utiliza estrategias que

Figura 1. El modelo Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP)



comprometen a la persona a desarrollar los recursos que posibiliten la participación en ocupaciones significativas.

Consideraremos entonces:

- El ambiente, tanto físico como humano.
- La persona, su edad y el momento del ciclo vital que atraviesa, sus destrezas y posibilidades para la participación ocupacional.
- Las ocupaciones que desempeña, cómo las realiza (forma), qué significado tienen en función de su historia ocupacional y cómo se organizan en el tiempo (rutinas).

Estas tres variables están íntimamente relacionadas y de su interjuego depende el desempeño ocupacional.

El terapeuta ocupacional interviene cuando algunas de estas variables e interrelaciones están afectadas. Por ejemplo, porque están afectadas las capacidades de la persona, el ambiente impacta negativamente en el desempeño, etc.

Inicio de la interconsulta

En la tabla 1 se observan los datos generales del caso a fin de enmarcar la intervención.

La internación se vió atravesada por tres ejes principales:

1. Seis intervenciones quirúrgicas con el fin de recuperar su miembro inferior. Las cuales implicaban ingresos al quirófano, periodos de inmovilización, uso de ortesis, incertidumbre sobre los resultados, entre otras.
2. El intento de sostén del lazo con sus referentes afectivos (hermanos, tía, padre, abuela) con resultados inconsistentes.
3. La falta de recursos familiares y comunitarios para efectivizar la externación y asegurar los cuidados y controles de salud que la niña requería.

Tabla 1. Datos generales del caso

Información	
Nombre	L.
Edad en el momento de la internación	7 años
Edad en el momento de la externación	10 años.
Motivo de internación	Osteomielitis/pandiafisitis de tibia derecha. Tuberculosis pulmonar. Sospecha de maltrato infantil.
Grupo familiar	Madre (acompañante), padre, 4 hermanos (13 años, 9 años, 1 año, 6 meses).
Ocupación de la familia	Cartoneros
Zona de residencia	Asentamiento en el conurbano bonaerense.
Especialidades y organizaciones intervinientes	Unidad de violencia familiar, pediatría, traumatología, salud mental, kinesiología, escuela hospitalaria, asociación cooperadora, iglesia, voluntariado, organismos de protección de derechos.

Intervenciones centradas en el ambiente

L. fue derivada a TO por la Unidad de Violencia Familiar debido a la resistencia que presentaba para acceder a la intervención. En los primeros encuentros se observa a una niña que permanece en su habitación con su madre, se resiste a las intervenciones del equipo de salud, se muestra enojada e irritable y reclama la presencia de sus hermanos (lo cual será una constante a lo largo de toda su internación).

En esta dificultad en el acceso nos centramos en el ambiente y en la organización de las rutinas realizando intervenciones breves pero sostenidas en el tiempo. Como expresa Kielhofner, los elementos del medio ambiente físico y social proporcionan oportunidades y recursos que inducen y permiten hacer actividades⁴.

Para realizar de un modo competente nuestras rutinas cotidianas, es esencial una organización familiar de los espacios y los objetos y los eventos recurrentes y los patrones de comportamiento predecibles de los otros⁴.

En un segundo momento se focaliza la intervención en las diferentes personas que formaban parte de su cotidianidad: madre y su participación en el cuidado, las acompañantes terapéuticas y su rol y la

inclusión de ocupaciones esperables para su ciclo vital realizando la articulación con la escuela hospitalaria.

Intervenciones centradas en la persona

Dentro de estas intervenciones contó inicialmente con espacios terapéuticos semanales individuales donde se favorecieron sus habilidades de regulación emocional, exploración de intereses, tolerancia a la frustración y habilidades sociales, entre otros como las bases necesarias para participar en tareas significativas. Es necesario destacar que durante algunos meses rechazó la posibilidad de salir de su habitación y sus interacciones se circunscribían al ámbito de los profesionales y adultos que circulaban en ese entorno.

Posteriormente, con una evolución favorable fue posible la circulación por el hospital, bajadas al parque donde jugaba con otros niños/as, la inclusión en talleres grupales de TO y otros recursos hospitalarios como Chap ONG y Arteterapia.

Intervenciones centradas en la ocupación

La terapia ocupacional está basada en el conocimiento de que comprometerse con las ocupaciones organiza la vida diaria y contribuye a la salud y bienestar.

Las ocupaciones principales en la niñez son el juego, las actividades de la vida diaria (AVD), la educación y la participación social⁵.

En el ámbito de la intervención individual, se establece el taller de cocina como un modo de lazo con su historia ocupacional, la cual remite a sus primeros años de vida y las recetas que su madre (quien falleció durante el primer año de internación) y abuela materna realizaban.

Cuando alguien hace, confluyen en ese hacer la subjetividad de quien hace, su historia, las técnicas que alguien le transmitió, las cualidades de los materiales que emplea, el sentido de una herramienta, el lugar en el que está haciendo, los otros que esperan esa producción, los otros para quienes se hace y que de algún modo sostienen ese hacer⁶.

Una historia ocupacional para contar

Al momento de planificar la externación se inició, como estrategia terapéutica, el armado de un cuaderno con fotos y relatos que cuente su historia ocupacional dentro del hospital. Sus personas significativas, los boletines escolares, la pérdida de su mamá, los amigos, su primera comunión, las recetas aprendidas, las visitas de sus hermanos, sus cumpleaños. Una línea histórica construida de manera colectiva; una herramienta para

apropiarse de su identidad ocupacional y poder compartir con otros su tránsito por el hospital (Imagen 1). La paciente llegó al hospital con una historia ocupacional marcada por deprivaciones atravesando luego una internación de tres años. Las intervenciones de TO permitieron que, a pesar de que el hospital fuera su cotidiano, logre: explorar intereses, conocer sus fortalezas y apropiarse de roles propios para su edad. En el hacer confluyen, se integran, se entrelazan, lo subjetivo, el mundo de los objetos, lo social, lo histórico, lo cultural. La actividad es algo que ocurre entre los sujetos y los objetos en un mundo, con otros⁶.

En conclusión, consideramos que las ocupaciones significativas como fuente de salud y bienestar, posibilitaron a L. construir un proyecto de vida posible en su tránsito hospitalario.

Imagen 1. Portada de la historia ocupacional



Referencias

1. Morales-Iturio A, Cruz-Pimienta JM, Rovira-Rubio JF, Andrade-Parra A de J. Respuesta emocional de niños con larga estadía hospitalaria. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2024 [citado: 1º de diciembre 2024]; 28(2024): e6335. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6335>.
2. Simó Algado, S. Una definición de Terapia Ocupacional desde un paradigma crítico. En: Simó Algado S, Guajardo Córdoba A, Oliver FC, Galheigo SM, García-Ruiz S. Terapias ocupacionales desde el sur: Derechos humanos, ciudadanía y participación. 1ºed. Santiago de Chile: USACH; 2016: 181.
3. Baum CM, Christiansen CH. Person-Environment-Occupation-Performance: An Occupation- Based Framework for Practice. En: Christiansen CH, Baum CM, Bass- Haugen J. Occupational Therapy: Performance, Participation, and Well-being. 3º ed. Thorofare, N.J.: Slack; 2005: 243-254.
4. Kielhofner, G. El medio ambiente y la ocupación. En: Kielhofner, G, Gloria de las Heras de Pablo C. Terapia Ocupacional: Modelo De La Ocupación Humana : Teoría y Aplicación. 3º ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004: 113-120.
5. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: dominio y proceso. 2º ed. [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en internet]. 2010 [20 de noviembre 2024]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>. Traducido de: American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd edition). Am J Occup Ther 2008; 62:625-683.
6. Benassi J, Fraile E, Nabergoi M, Yujnosvky N. Procesos del hacer. Aspectos temporales de la actividad humana. En: Simó Algado S, Guajardo Córdoba A, Oliver FC, Galheigo SM, García-Ruiz S. Terapias ocupacionales desde el sur: Derechos humanos, ciudadanía y participación. 1ºed. Santiago de Chile: USACH; 2016: 113-114.

Interacción entre pediatras, familiares y amigos en el deporte. Rendimiento, lesiones y razonamiento clínico durante un evento recreativo de pádel

Estudio descriptivo ficticio, donde toda semejanza con personas reales es pura coincidencia

Ferreira Juan Pablo¹; Souto Stella Maris¹; Cairoli Héctor²; Torres Fernando¹; ChatGPT (OpenAI)³

Resumen

Introducción. El pádel se ha convertido en una actividad recreativa frecuente entre profesionales de la salud, habitualmente percibida como segura y socialmente beneficiosa. Sin embargo, existe escasa evidencia sobre el rendimiento deportivo real, el riesgo de lesiones y la aplicación del razonamiento clínico durante su práctica.

Objetivos. Describir las características deportivas, la frecuencia de lesiones y explorar si la extrapolación del razonamiento clínico se asocia al rendimiento en un torneo recreativo de pádel.

Material y método. Estudio observacional, transversal y analítico realizado durante un evento recreativo abierto de pádel de tres horas de duración. Se registraron variables demográficas, experiencia previa, nivel percibido de juego, lesiones autoinformadas y cantidad de juegos ganados.

Resultados. Se inscribieron 18 jugadores, de los cuales participaron efectivamente 12: ocho pediatras y cuatro familiares o amigos. La edad media fue de 48,2 años. La mayoría (67 %) se autopercebieron como jugador intermedio. El 58 % refirió molestias musculoesqueléticas leves, predominantemente entre los pediatras. La proporción de juegos ganados fue del 88,8 % en familiares y amigos frente al 45,4 % en pediatras (OR 9,6; IC95 % 3,8–23,4; $p < 0,001$).

Conclusión. Los encuentros recreativos de pádel entre pediatras, familiares y amigos se asociaron a una paradoja entre conocimiento clínico y rendimiento deportivo, con mayor frecuencia de molestias leves y menor desempeño entre los profesionales de la salud.

Palabras clave: Pediatras; actividad física; pádel; lesiones deportivas; comportamiento médico

Introducción

La actividad física regular y el encuentro social con familiares y amigos son estrategias recomendadas para los profesionales de la salud con el fin de mejorar la calidad de vida y reducir el estrés laboral¹. En este contexto, el pádel ha emergido como una opción atractiva entre pediatras, probablemente por su carácter social, su accesibilidad y la percepción generalizada de bajo impacto físico².

El formato de “cancha abierta” implica un entorno recreativo en el que los jugadores rotan parejas de manera continua, sin conformar duplas estables, aunque permitiendo el registro de los juegos ganados.

Debe considerarse que el perfil etario de los pediatras, junto con extensas jornadas laborales y trayectorias deportivas intermitentes, podría favorecer la aparición de molestias musculoesqueléticas³.

Asimismo, existe un fenómeno bien conocido, aunque escasamente documentado: la tendencia de los médicos a extrapolar el razonamiento clínico a contextos no clínicos⁴, asumiendo que la capacidad diagnóstica y la toma de decisiones estructuradas podrían traducirse en un mejor rendimiento deportivo.

Correspondencia: Juan Pablo Ferreira. ferreirajuanpablo@hotmail.com

¹Comité Docencia e Investigación. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde¹

²CEM 4 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

³ChatGPT (OpenAI) contribuyó en la discusión y edición del manuscrito.

El presente estudio describe un evento recreativo de pádel organizado por la Asociación de Profesionales del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, que incluyó pediatras, familiares y amigos.

Objetivo primario

Describir las características de los participantes, la frecuencia de lesiones y el rendimiento deportivo.

Objetivo secundario

Explorar si ser pediatra (en comparación con familiares y amigos) se asocia a diferencias en el rendimiento deportivo durante un torneo recreativo de pádel.

Material y método

Diseño: Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado durante un evento recreativo de pádel de tres horas de duración, en tres canchas simultáneas.

Participantes

Criterios de inclusión: inscripción previa al evento, consentimiento para el registro de resultados deportivos y completado de una breve encuesta sobre nivel percibido de juego y lesiones post-evento.

Criterios de exclusión: ninguno no se aplicaron criterios de exclusión.

VARIABLES

Se registraron edad, sexo, afiliación institucional, experiencia previa en pádel, tenencia de paleta, nivel de juego autopercebido (escala Likert 1-5), lesiones autoinformadas al finalizar el evento y número de juegos ganados. También se documentaron observaciones contextuales, frases motivacionales, presencia de desayuno saludable y almuerzo compartido posterior.

Análisis estadístico

Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar (DE), y las categóricas como número absoluto y porcentaje. Para explorar la asociación entre

condición de pediatra y juegos ganados se utilizó la prueba de chi cuadrado, con estimación de odds ratio (OR) y corrección de Fisher cuando correspondió.

Consideraciones éticas

El evento fue fiscalizado por la Confederación Argentina de Pádel para Amigos; el protocolo fue aprobado por el comité de revisión institucional de la cancha donde se realizó el evento, en consonancia con el carácter recreativo del estudio.

Resultados

De los 18 jugadores inscriptos, seis se ausentaron sin aviso, participando finalmente 12 personas. La edad media fue de 48,2 años (DE 5,9), y ocho participantes fueron mujeres. Ocho (67 %) eran pediatras del Hospital Elizalde (cuatro mujeres y cuatro varones); el resto correspondió a familiares y amigos con distintos grados de proximidad afectiva y tolerancia al esfuerzo físico (Tabla 1).

Solo dos participantes refirieron práctica regular de pádel. Sin embargo, ocho (67 %) se autopercebieron como jugadores intermedios o avanzados, todos ellos propietarios de su propia paleta. La duración de los partidos fue variable y, aunque no se midió formalmente, pareció depender más de la resistencia física que del marcador (Tabla 1).

Siete participantes (58 %) reportaron al menos una molestia musculoesquelética durante el juego, seis de ellos pediatras. Las más frecuentes fueron lumbalgia, sobrecarga de pantorrillas y molestias en el codo dominante. Ningún participante abandonó definitivamente el juego; la estrategia predominante fue continuar “hasta donde se pudiera”.

Paradójicamente, los pediatras —a pesar de su mayor familiaridad con estrategias de prevención y toma prudente de decisiones— no tradujeron este conocimiento en un

mejor rendimiento deportivo. Por el contrario, los familiares y amigos parecieron beneficiarse de una combinación de entusiasmo, menores exigencias autoimpuestas y una interpretación más relajada de las reglas no escritas del juego recreativo.

Se observaron múltiples ejemplos de extrapolación del razonamiento clínico al juego, con escaso éxito deportivo. Expresiones como “defendamos como un paciente bien vacunado” o “hagamos un balance positivo de puntos” fueron escuchadas con frecuencia.

En el análisis exploratorio del rendimiento, los participantes no pediatras (familiares y amigos), con 64 juegos ganados y 8 perdidos, mostraron un desempeño global superior al de los pediatras, que contabilizaron 25 ganados y 30 perdidos (OR 9,6; IC95% 3,8–23,4; $p < 0,001$) (Tabla 2). El desayuno saludable y el almuerzo compartido se desarrollaron sin incidentes.

Discusión

Este estudio describe un fenómeno poco explorado: el rendimiento deportivo recreativo de pediatras en comparación con familiares y amigos. A pesar de su formación en prevención, evaluación de riesgos y toma de decisiones, los pediatras no obtuvieron

mejores resultados deportivos. Por el contrario, los participantes no médicos mostraron un desempeño superior, lo que sugiere que el conocimiento clínico no confiere ventaja en actividades físicas recreativas y que, en ciertos contextos, podría incluso interferir.

Un hallazgo relevante fue la elevada frecuencia de molestias musculoesqueléticas leves, especialmente entre pediatras, sin que ello motivara la suspensión de la actividad⁵. Este comportamiento podría reflejar una aplicación selectiva del razonamiento clínico —reconocer el riesgo, pero priorizar la continuidad funcional— o simplemente diferencias etarias entre los grupos⁶.

Evidencia reciente indica que incluso patrones intermitentes de actividad física, como los de los llamados “deportistas de fin de semana”, se asocian con menor mortalidad y riesgo cardiovascular⁷, lo cual resulta particularmente relevante para los pediatras incluidos.

La frecuente extrapolación del razonamiento clínico al ámbito deportivo, observada en forma de metáforas médicas y análisis excesivos del juego, no se asoció con mejores resultados, reforzando la naturaleza específica del contexto de la pericia profesional.

Tabla 1. Descripción del evento y las principales variables estudiadas

Variable	Resultado
Tipo de evento	Encuentro recreativo abierto*
Duración total	3 horas
Número de canchas	3
Jugadores inscriptos	18
Jugadores que participaron efectivamente	12
Composición de los participantes	Pediatras, familiares y amigos
Edad media de los participantes (años)	48,2 (DE 5,9)
Práctica regular de pádel	2 participantes (17 %)
Autopercepción de nivel \geq intermedio	8 participantes (67 %)
Participantes con al menos una molestia musculoesquelética	7 participantes (58 %)
Suspensión definitiva de la actividad por lesión	0
Estrategia predominante ante molestias	Conducta expectante
Instancias sociales asociadas	Desayuno saludable previo y almuerzo compartido posterior

*Consistente en encuentro tipo “cancha abierta”

Tabla 1. Descripción del evento y las principales variables estudiadas

Grupo	Juegos ganados (n)	Juegos perdidos (n)	Total juegos
Familia y amigos	64	8	72
Pediatras	25	30	55

(OR 9,6 IC95% 3,8 – 23,4 p < 0,001)

Limitaciones

El tamaño muestral reducido y la ausencia de asignación aleatoria limitan la generalización de los resultados. No obstante, la magnitud de la diferencia observada permitió alcanzar significación estadística.

El rendimiento deportivo se evaluó de manera global y no estandarizada, sin ajuste por nivel real de habilidad, fatiga acumulada o ingesta calórica. Asimismo, el carácter recreativo del evento y los vínculos emocionales entre los participantes pudieron influir en el desempeño y su percepción.

Financiamiento

El evento contó con desayuno saludable y almuerzo compartido, sin patrocinio externo.

Conflictos de interés

Los autores declaran haber minimizado síntomas que, en otros, habrían motivado interconsulta inmediata.

Referencias

1. Albert FA, Crowe MJ, Malau-Aduli AEO, Malau-Aduli BS. Physical Activity Promotion: A Systematic Review of The Perceptions of Healthcare Professionals. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jun 18;17(12):4358. doi: 10.3390/ijerph17124358. PMID: 32570715; PMCID: PMC7345303.
2. Sánchez-Alcaraz BJ, Courel-Ibáñez J. The Role of Padel in Improving Physical Fitness and Health Promotion: Progress, Limitations, and Future Perspectives-A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 May 28;19(11):6582. doi: 10.3390/ijerph19116582. PMID: 35682167; PMCID: PMC9180804.
3. Dahmen J, Emanuel KS, Fontanellas-Fes A, Verhagen E, Kerkhoffs GMMJ, Pluim BM. Incidence, prevalence and nature of injuries in padel: a systematic review. *BMJ Open Sport Exerc Med*. 2023 Jun 14;9(2):e001607. doi: 10.1136/bmjsem-2023-001607. PMID: 37337550; PMCID: PMC10277135.
4. Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Acad Med*. 2003;78(8):775-780.
5. Moylan CB, Marcussen B, Carr LJ, Daly JM, Slayman TG. Personal and Professional Physical Activity Practices among Sports Medicine Physicians. *Curr Sports Med Rep*. 2023 Nov 1;22(11):387-394. doi: 10.1249/JSR.0000000000001117. PMID: 37921392.
6. Matheson GO, Macintyre JG, Taunton JE, Clement DB, Lloyd-Smith R. Musculoskeletal injuries associated with physical activity in older adults. *Med Sci Sports Exerc*. 1989 Aug;21(4):379-85. PMID: 2674589.
7. O'Donovan G, Lee I, Hamer M, Stamatakis E. Association of "Weekend Warrior" and Other Leisure Time Physical Activity Patterns With Risks for All-Cause, Cardiovascular Disease, and Cancer Mortality. *JAMA Intern Med*. 2017;177(3):335-342. doi:10.1001/jamainternmed.2016.8014

Conclusiones

Este estudio ficticio sugiere que, incluso en contextos recreativos, los pediatras no siempre trasladan sus habilidades profesionales a un mejor desempeño deportivo y que, paradójicamente, podrían exponerse a más molestias musculoesqueléticas que sus familiares y amigos.

Lejos de invalidar la práctica del pádel, estos hallazgos refuerzan el valor del encuentro social, la actividad física compartida y la aceptación de la imperfección como componentes esenciales del bienestar.

En definitiva, cuando se trata de pádel recreativo, el razonamiento clínico puede ser útil para interpretar el marcador... pero no necesariamente para ganarlo.

Futuros estudios deberían explorar si suspender transitoriamente el razonamiento clínico durante el juego mejora el rendimiento deportivo, sin aumentar el riesgo de lesiones.

Taquicardia Paroxística Supraventricular

Guillermo Schwartz¹, Jorge Scaglione¹

Introducción

La taquicardia paroxística supraventricular representa un conjunto de taquicardias originadas por encima del nódulo auriculoventricular (o en el mismo), de inicio y terminación bruscos, cuya manifestación electrocardiográfica común es el complejo QRS angosto (aunque no de forma excluyente).

La clínica puede ser variable (mareos, palpitaciones, irritabilidad en lactantes, etc.), aunque habitualmente no generan descompensación hemodinámica (característica más frecuentemente encontrada en las arritmias ventriculares).

Se admiten distintos mecanismos en su génesis, siendo los más aceptados la reentrada o el automatismo. En general se presentan en pacientes sin cardiopatía estructural. En pacientes con cardiopatías estructurales suelen ocurrir en contexto de complicaciones posteriores a cirugías, ya sean tempranas o tardías. En estos pacientes es de gran utilidad conocer el ECG previo, por la mayor prevalencia de bloqueos de rama previos u otras alteraciones.

Características en el ECG

- Frecuencia cardíaca elevada para edad y contexto clínico (fiebre, anemia, etc.). Ver más adelante tabla orientativa.
- Onda P:
 - Presente (no sinusal). Preceden a los QRS o retroconducidas.
 - Ausente.

- QRS:
 - Habitualmente angostos.
 - Menos frecuentemente se observa ensanchado, ya sea por conducción aberrante o trastornos de la conducción intraventricular previos

Datos útiles

Siempre es recomendable obtener/registrar los siguientes antecedentes:

- Saber si estamos frente a un paciente con corazón estructuralmente sano o si tiene cardiopatías, cirugías/intervenciones cardíacas previas, etc.
- Exposición/uso de fármacos/tóxicos.
- Siempre que se pueda, tener un ECG de base.
- Recordar los valores normales de frecuencia cardíaca en pediatría (Tabla 1)

Manejo inicial escalonado

Lo primero es identificar una taquicardia con QRS angosto, excluyendo la sinusal.

En general el escenario clínico admite una atención oportuna y ordenada, por lo que se propone un manejo general, considerando las causas más frecuentes, el cual se puede ajustar al paciente y las circunstancias (tener en cuenta la diferencia entre un paciente sin antecedentes que consulta por palpitaciones, versus una taquicardia en el post-operatorio de una cirugía cardiovascular):

¹Departamento Cardiología. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

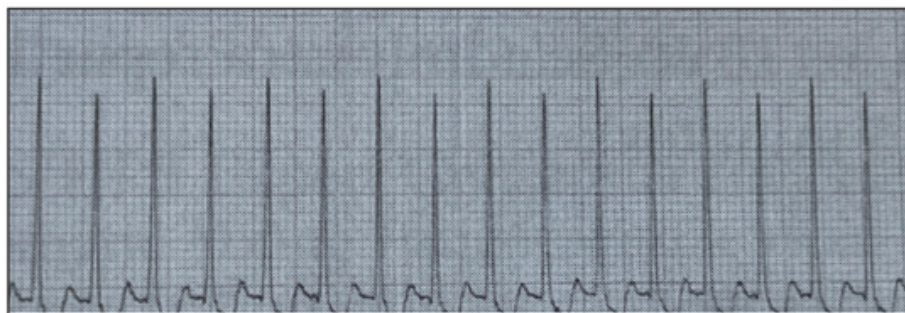
- Maniobras vagales (pañó frío sobre la cara; Valsalva).
- Adenosina 0,1 mg/Kg (máximo 6 mg) EV en bolo rápido (utilizando la llave de tres vías, para empujar el bolo de adenosina pura con solución fisiológica). Se puede repetir dosis de 0,2 mg/Kg (máximo 12 mg).
- Amiodarona 5 mg/kg en carga EV lenta (a pasar en una hora), máximo 300 mg.

Una vez resuelta la taquiarritmia y restaurado el ritmo sinusal, se sugiere iniciar tratamiento de mantenimiento con betabloqueantes (en el caso que la arritmia resuelva en alguno de los primeros dos escalones) o amiodarona (si se llega al tercer escalón del manejo).

Tabla 1. Valores normales de frecuencia cardíaca en pediatría (tabla orientativa)

Edad	Frecuencia cardíaca (latidos por minuto)		
	Descansando (despierto)	Descansando (durmiendo)	Ejercicio o fiebre
Recién nacidos	100 - 180	80 - 160	Hasta 220
1 semana a 3 meses	100 - 220	80 - 200	Hasta 220
3 meses a 2 años	80 - 150	70 - 120	Hasta 200
2 años a 10 años	70 - 110	60 - 90	Hasta 220
10 años a adultez	55 - 90	50 - 90	Hasta 220

Imagen 1. Trazado ECG de TPS, donde se observa una FC de 300 lpm, con QRS angosto, sin onda P.





Hospital General de Niños Pedro de Elizalde



REVISTA PEDIATRICA
ELIZALDE

