



NOTICIAS Metropolitanas

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
REGIÓN METROPOLITANA



Por una niñez y
adolescencia sanas
en un mundo mejor

AÑO XXXV

Diciembre 2025

N° 94

Coronel Díaz 1971/75 • (1425) Ciudad de Buenos Aires • Tel.: 4821-8612 • Fax: 4821-2318

E-mail: regionmetropolitana@sap.org.ar • Facebook: [Pediatras Metropolitanos Argentinos](#) • Instagram: [@pedmetarg](#)

Directora Titular

Dra. Viviana Edith Soligo

Primer Director Asociada

Dr. Maximiliano Schianni

Segunda Directora Asociada

Dra. Lilian Sosa

Coordinadores

Zona Norte noviembre 2025

Dra. Irene Dechiara, Dra. Susana Mabel Rosso,
Dra. Cristina D'Afflito, Dra. Graciela Robbio,
Dra. Silvia Daveggio

Zona Oeste noviembre 2025

Dra. Gladys Convertini, Dra. María Florencia Barril,
Dra. María Cecilia Rizzuti, Dra. Gladys Borja,
Dra. Beatriz Lauge

Zona Sur noviembre 2025

Dra. Claudia Corigliano, Dra. Claudia Buscio,
Dr. Claudio Mauritzen, Dr. Pablo Aubone

Asesores ex Directores

Dr. José Luis Cervetto

Dra. Beatriz Burbinski

Dr. Domingo Longo

Dr. Gustavo Bardaui

Dr. Saúl Gleich

Dr. Leonardo Vazquez

Dra. Débora Rocca Huguet

Dr. Edgardo Flamenco

Dr. Carlos Luzzani

Dr. Alberto Libanio

Dra. Claudia Vaccarelli

Grupo Editorial Región Metropolitana

Dres. Carlos Luzzani, María Cecilia Rizzuti,
Mirta Vázquez y Claudia Corigliano

ÍNDICE

- Celebraremos el inicio de un nuevo ciclo en la Sociedad Argentina de Pediatría 2
Viviana Edith Soligo
- Actividades de la Región 4
- Pediatras destacados..... 6
- Encuentro provincial de prevención, rescate y atención prehospitalaria en ahogamientos. Conclusiones, Ramallo 2024..... 7
María Florencia Barril
- Encuesta alimentaria en niños de 1 a 3 años internados en el Hospital Dr. Carlos Bocalandro "Un panorama nutricional temprano" 9
Sandra Spatafora, F. Alfonso, C. Espiño, R. Oyola, M. Palazzi, M. Sotelo
- Historia de nuestros hospitales: Hospital Zonal General de Agudos Mariano y Luciano De La Vega..... 12
María Gabriela Bontá
- Cepas probióticas en pediatría: entre la evidencia científica y los mitos persistentes..... 15
Christian Boggio Marzet, Mabel Carosella, Ingrid Gerold
- Perlitales Legales. Mercedes Regina Acuña 19
- Boletín bibliográfico 94 20
Carlos Luzzani
- Adendum 22
- Despedida 23

"El pediatra es el médico de cabecera del niño/a y del adolescente"

NOTICIAS METROPOLITANAS es una publicación de la **Región Metropolitana** de la **Sociedad Argentina de Pediatría**.
El contenido de sus artículos no expresa, necesariamente, la opinión de los editores.

EDITORIAL

CELEBREMOS EL INICIO DE UN NUEVO CICLO EN LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA

El 20 de octubre, Día del Pediatra para los argentinos, se inició un nuevo ciclo en la Sociedad Argentina de Pediatría, que se desarrollará hasta 2027. Los metropolitanos seguiremos trabajando y convocando a colegas para que juntos trabajemos en resaltar la importancia del cuidado de la niñez, etapa de la vida en que, como todo lo que involucra a los seres humanos, requiere aceptar la complejidad del proceso de maduración de individuos que finalizan su vida intrauterina con indefensión extrema. Necesitamos ser protegidos y guiados por otros sujetos con habilidades suficientes para criar y educar durante muchos años. El desarrollo físico, psicoemocional, moral y espiritual necesario para llegar a ser sujetos con autonomía y capacidad de conducir la propia existencia y a la comunidad de pertenencia con justicia, es paulatino, pero nunca se alcanza plenamente antes de los 20 años.

La Pediatría como especialidad médica moderna, surgió de la clínica de adultos durante el siglo XIX. Fue largo el tiempo que se requirió para alcanzar consenso sobre que los niños y las niñas desarrollan patologías que no pueden ser comprendidas solo en base al conocimiento del funcionamiento del organismo de los adultos. La conciencia sobre que el desarrollo integral del sujeto humano es multifacético y transita etapas que no pueden saltarse o ignorarse, aún no es completa en la sociedad.

Compartimos con muchas otras especies la capacidad proteger a quienes consideramos indefensos. Pero somos los únicos entes biológicos sobre el planeta capaces de reflexionar sobre lo que observamos, otorgando un valor moral a nuestras acciones y las de los demás. Aunque con enormes condicionamientos algunos logran imaginar mundos posibles en medio de condiciones muy desfavorables. Esas personas son seres capaces de sostener la virtud de la esperanza, que implica confianza a pesar de todos los males que existen.

Los Pediatras, como personas llamadas a cuidar la vida, no podemos evitar sentir horror cuando advertimos que por acción u omisión se descuida o se daña a quienes se debería proteger. Y que discursos falaces pueden obnubilar la conciencia de muchos limitando la capacidad de comprender la necesidad de justicia para cada persona. Como profesionales universitarios reconocidos por el Estado, especialistas en salud infantil, necesitamos del resto de la sociedad. Los avances científicos permiten prevenir muchas de las enfermedades que azolaron a los niños durante siglos, pero en nuestros días no se está logrando evitar que la desinformación se imponga sobre los argumentos que presentamos. El incumplimiento de los esquemas de vacunación de probada eficacia, la escasa relevancia que se otorga a la necesidad protegernos de todas formas de trauma y de ayudar a los jóvenes a sentirse parte de la sociedad para no caer en la desesperación son desafíos que debemos enfrentar.

Ojalá que, durante este período, los Pediatras de la Región Metropolitana logremos ser un poquito más eficientes y eficaces en la protección de la vida y el derecho de cada niño niña y adolescente, aplicando las mejores evidencias científicas para que puedan desplegar plenamente sus capacidades.

— “¿Quién eres, hermosa criatura? —exclamó Pandora—

— Soy la Esperanza —contestó el brillante ser.”

— ... “¿Querrás quedarte para siempre a nuestro lado? —preguntó Epimeteo.

— No me moveré mientras me necesitéis —contestó la Esperanza sonriendo—”

(Del mito griego “La caja de Pandora”)

Viviana Edith Soligo

Directora Titular de la Región Metropolitana
de la Sociedad Argentina de Pediatría

¿Cómo acceder a ser Miembro Titular SAP?

Según el Estatuto de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), para ser Miembro Titular se requiere poseer la Certificación de Médico Pediatra otorgada por la SAP o por Instituciones con las cuales la Sociedad, a través del Consejo de Evaluación Profesional (CEP), tenga un convenio de reciprocidad.

Los socios que no posean la certificación señalada pero cuenten con una antigüedad de 10 años o más como adherente, hayan realizado una residencia completa en Clínica u otra disciplina Pediátrica y acrediten antecedentes relevantes en la Pediatría, pueden solicitar ser miembros titulares.

En el caso de la Región Metropolitana, cuando los Directores consideren que la solicitud de un asociado ha acreditado los méritos suficientes para ser Miembro Titular, deberá comunicarlo a la Comisión Directiva, quien evaluará dicha acreditación.

¿Por qué ser Miembro Titular?

Porque tiene voz y voto en las Asambleas y reuniones de la SAP; puede ser elegido miembro de la Comisión Directiva, del Tribunal de Honor, del Órgano de Fiscalización, del Consejo de Evaluación Profesional (CEP), del Consejo de Acreditación de Espacios de Formación (CAEF), ser Director de Región, Coordinador de Distrito en el caso de la Región Metropolitana, ser Secretario y Prosecretario de los Comités Nacionales y Presidente de las Subcomisiones.

Si cumplís con los requisitos y querés ser Miembro Titular, escribinos al mail de la Región Metropolitana (regionmetropolitana@sap.org.ar) para que te enviemos toda la documentación solicitada para la evaluación.

Dra. Lilian Sosa

2ª Directora Asociada

Dr. Maximiliano Schianni

1ª Directora Asociada

Dra. Viviana Edith Soligo

Directora Titular

COMUNICACIÓN CD SAP

“Gramática y estilo. Es necesario respetar las reglas del idioma empleado en la redacción y utilizar un estilo apropiado para la información científica. La SAP apoya la equidad, diversidad e inclusión en materia de género. A los fines exclusivos de facilitar la lectura, en la redacción utiliza el genérico tradicional, sin que ello represente jerarquías ni exclusiones.”



ACTIVIDADES DE LA REGIÓN

ENCUENTROS METROPOLITANOS 2026

Sexta Edición (a distancia)

A desarrollar del **25-04-2026 al 28-11-2026**, 9.30 a 10.45 horas
(4^{to} sábado de cada mes).

Esta actividad pertenece a la Red Nacional de Educación Continua SAP.

Le corresponde 1 Crédito - 10 horas.

Sin evaluación final.

Realizado por *Comité Metropolitano de Educación Continua.*

Inscripción: consultar en regiónmetropolitana@sap.org.ar

Programa puede estar sujeto a cambios, en el orden de las clases.

- **25-04-26**

Novedades en el calendario nacional de inmunizaciones.

Propuestas de la CONAIN

Dra. Ángela Gentile

- **23-05-26**

Detección oportuna de los trastornos del desarrollo: Banderas Rojas.

Dra. Gladys Mabel Convertini

- **27-06-26**

Sospecha de enfermedad neuromuscular pediátrica en APS.

Dra. María del Carmen Martínez Perea

- **25-07-26**

Educación sexual integral en la consulta con infancias y adolescencias.

(1ª parte)

Dra. Laura Nieto

- **22-08-26**

Nuevos desafíos en la enseñanza en Pediatría

Dra. Lilian Sosa

Dra. Débora Rocca Huguet

- **26-09-26**

**Educación sexual integral en la consulta con infancias y adolescencias
(2° parte)**

Dra. Vanesa Méndez

- **24-10-26 Trastorno afectivos en la infancia y adolescencia: diagnóstico diferencial, abordaje clínico y estrategias terapéuticas para el Pediatra**

Dr. Darío Sanguineto

- **28-11-26 Patología dermatológica frecuente**

Dra. Romina Plafnik

Curso

“ESTRATEGIAS PRÁCTICAS EN PEDIATRÍA AMBULATORIA”

28° Edición. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Desde el **jueves 19 de marzo al 10 de diciembre de 2026**

Horario: 10 a 12 horas

Modalidad presencial

140 horas docentes.

Forma parte de la Red Nacional de Educación Continua, SAP.

Región Metropolitana

Otorga créditos para la recertificación.

Directora: *Dra. Magali Hamui*

Coordinadoras: *Dra. Ana Kannemann, Dra. Luciana Lombardo,
Dra. Belen Giorgetti, Dra. Mercedes Manjarin*

Colaboradora docente: *Dra. Miriam Bonadeo*

Informes e inscripción: Cursoeppa@gmail.com



PEDIATRAS DESTACADOS

La REGIÓN METROPOLITANA de la SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA dedica este espacio a reconocer y felicitar a integrantes de la misma, por diferentes eventos que los involucraron

Dra. MARÍA FLORENCIA BARRIL

En el contexto de la Semana Latinoamericana de Prevención de Ahogamiento, desde el Comité de Prevención de Lesiones de la Región Metropolitana queremos compartir las conclusiones del “Encuentro Provincial de Prevención, Rescate y Atención Pre hospitalaria en ahogamientos” que se realizó en Ramallo, provincia de Buenos Aires, en noviembre del 2024.

En ese encuentro la **Dra. María Florencia Barril**, disertó sobre prevención de ahogamiento y manejo del paciente ahogado pediátrico. Participaron para capacitarse, guardavidas de toda la provincia de Buenos Aires y Cuerpo de Bomberos. Se realizaron encuentros teóricos y prácticos.

La **Dra. Barril María Florencia** es Especialista en Pediatría, integrante del Comité de Prevención de lesiones de la Región Metropolitana, secretaria del Comité de Prevención de lesiones SAP.

Les compartimos a continuación, en la página siguiente, las conclusiones.

Dra. CLAUDIA VACCARELLI

La **Dra. Claudia Vaccarelli**, Directora Titular de la Región Metropolitana, período 2023/25, fue partícipe de varias actividades en el 42º Congreso Nacional de Pediatría.

Consejo Consultivo,
septiembre 2025, en el
marco del 42 CONARPE
en la Ciudad de
Mar del Plata.
¡Gracias a todos por
tener siempre en cuenta
las propuestas
presentadas por la
Región Metropolitana!

Hermoso momento
compartido en la
Presentación Oral de
trabajos libres de
Infectología
CONARPE 2025





ENCUENTRO PROVINCIAL DE PREVENCIÓN, RESCATE Y ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN AHOGAMIENTOS”

CONCLUSIONES, Ramallo 2024

Dra. María Florencia Barril

Se destacó la importancia de implementar campañas educativas dirigidas a la población general y grupos vulnerables, como niños, adolescentes y jóvenes, remarcando el impacto socioeconómico que conlleva esta problemática de salud pública.

A nivel mundial, como así también en nuestro país, los ahogamientos afectan con mayor frecuencia a edades tempranas, por lo tanto, se hizo evidente la necesidad de promover espacios acuáticos libres de riesgos, lesiones y violencia, conforme a la Declaración de la Convención sobre los Derechos del Niño. Además, se declara fundamental promover la enseñanza de natación a edades tempranas y las campañas de prevención a nivel escolar entendiendo a los niños y niñas como efectores de prevención y salud en sus entornos familiares.

TRABAJO INTERDISCIPLINARIO

El trabajo conjunto entre el estado, instituciones educativas, servicios de emergencias médicas, personal médico y sanitario, bomberos, guardavidas socorristas y otras organizaciones no gubernamentales, es clave para desarrollar estrategias integrales que reduzcan los índices de morbi mortalidad por ahogamientos.

Se declara, por tanto, la necesidad de protocolos estandarizados, para la formación, prevención, atención pre e intra hospitalaria, tratamiento y rehabilitación, además de la recolección de datos y estadísticas con un enfoque común de

todos los actores que intervienen en este tipo de incidentes.

CAPACITACIÓN EN RESCATE Y PRIMEROS AUXILIOS

Se identificó la necesidad de trabajar en un nuevo paradigma para la formación capacitación y entrenamiento de guardavidas, personal sanitario y emergencias, médicos y otras fuerzas intervinientes en situaciones de ahogamientos.

El entrenamiento y uso de nuevas tecnologías y técnicas de rescate, como así también el entrenamiento y capacitación con simulaciones de alta fidelidad para adquirir las habilidades necesarias en reanimación cardiopulmonar en estas situaciones especiales de reanimación es, sin dudas, un aspecto central para abordar.

En este sentido se declara la imperiosa necesidad en el corto plazo de una normativa estatal que permita el uso de oxígeno por parte de los profesionales guardavidas, normativa que debería además garantizar la capacitación y certificación en el uso y administración de oxígenos de dichos profesionales.

La rápida y adecuada intervención para revertir la hipoxia en estas situaciones de reanimación, es uno de los factores pronóstico que mejoran la supervivencia de estos pacientes y minimizan sus secuelas. Ergo, el uso de oxígeno es uno de los elementos indispensables en la atención prehospitalaria de las víctimas de ahogamiento.



INVESTIGACIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS

La falta de estadísticas consistentes y actualizadas dificulta el análisis de las causas y tendencias de los ahogamientos. Hoy día no se cuenta con estadísticas precisas, ya que solo se lleva registro de las muertes por ahogamiento. Este registro también está subestimado, habida cuenta que no se cuentan como ahogamientos las muertes en accidentes náuticos, naufragios o desastres naturales entre otros. Además, no se tiene registro de aquellas víctimas ahogadas con secuelas de distinta magnitud. La falta de políticas públicas que sistematicen la recolección y análisis de datos creando un sistema centralizado de registro de incidentes, impide una mejor comprensión y orientación de dichas políticas, obligando a asumir acciones con base en estadísticas de otros países.

FACTORES DE RIESGO Y CONTEXTO LOCAL

Se subrayó que los factores asociados al ahogamiento revisten características comunes en todo el mundo, pero afectan con mayor incidencia en los países de ingresos medios y bajos, sumado a la variabilidad según el entorno: playas, piscinas, ríos o zonas inundables. Es crucial adaptar

las estrategias a las características y necesidades locales.

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA BÁSICA Y AVANZADA

Más allá del rescate inmediato, y la adecuada atención por parte de los primeros respondientes, se destacó la importancia de contar con recursos y formación comunes que garantice una primera respuesta y una posterior atención médica especializada.

Incluyendo la Gestión de Crisis, el cuidado y autocuidado emocional para los/as afectados/as y profesionales de primera respuesta.

ROL DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN

Se recomendó el uso de los medios la difusión para la creación y difusión de campañas de sensibilización, concientización y prevención, brindando información sobre seguridad acuática, evitando la promoción de conductas

de riesgo y priorizando la sensibilización social.

COMPROMISO POLÍTICO Y FINANCIAMIENTO

Finalmente, se hizo un llamado a los gobiernos y distintos organismos para priorizar la prevención del ahogamiento en las agendas de salud pública y asignar los recursos necesarios para implementar las iniciativas propuestas.

El congreso concluyó con un compromiso conjunto para fortalecer la cultura de prevención, mejorar la capacitación en respuesta a emergencias y fomentar políticas públicas que aborden el ahogamiento como una prioridad provincial y nacional.

ORGANIZACIONES PARTICIPANTES





ENCUESTA ALIMENTARIA EN NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS INTERNADOS EN EL HOSPITAL Dr. CARLOS BOCALANDRO

“Un panorama nutricional temprano”

Lic. Spatafora Sandra

Jefa del Servicio de Alimentación y Dietoterapia

Equipo de trabajo:

Licenciadas Alfonso F., Espiño C., Oyola R., Palazzi M., Sotelo M.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo), llevado a cabo en el Hospital Carlos Bocalandro, durante el período junio 2024/ junio 2025.

La población objetivo estuvo constituida por familias de niños y niñas de 1 a 3 años que se encontraban internados en el servicio de Pediatría, durante los primeros días de internación. Se incluyeron aquellas familias que otorgaron consentimiento para participar y cuyos niños cumplían con los criterios de edad establecidos.

La recolección de datos se realizó mediante una encuesta diseñada por el servicio de alimentación, que cuenta con profesionales competentes y entrenados. La encuesta estuvo compuesta por preguntas cerradas (para la obtención de datos cuantitativos) y abiertas (para recabar percepciones y opiniones de las familias). El cuestionario fue administrado de forma presencial por profesionales de nutrición, en formato de entrevista directa.

Las variables relevadas incluyeron hábitos alimentarios, consumo de ultra procesados, comensalidad, lactancia, alimentación complementaria, consumo de diferentes grupos de alimentos, etc. Las respuestas cerradas se codificaron para su análisis estadístico, mientras que las respuestas abiertas se categorizaron de acuerdo con temas

emergentes identificados durante la revisión de los datos.

El análisis cuantitativo se realizó utilizando estadística descriptiva, expresando los resultados en frecuencias absolutas y relativas (%). Para el análisis cualitativo, se efectuó una interpretación temática de las respuestas abiertas, identificando patrones y aspectos relevantes en las percepciones de las familias.

RESULTADOS

N = 95 familias

Lactancia materna

El 84,4% de las familias encuestadas refirió que los niños recibieron lactancia materna.

El 28% la sostuvo hasta el año de vida y el 23% hasta los dos años. El resto no logro sostenerla más allá de los 7 meses. Aunque los datos son alentadores en cuanto al inicio de la lactancia, se observa una interrupción temprana en su continuidad, alejándose de las recomendaciones de la OMS.

1. Alimentación complementaria momento de inicio

El 86,3% de las familias introdujo alimentos luego de los 6 meses, y un 13,7% lo hizo antes. Este resultado se alinea, mayoritariamente, con las recomendaciones de la Sociedad Argentina

de Pediatría y UNICEF, que sugieren comenzar a partir de los 6 meses, ya que en la mayoría de los casos se encuentran establecidos los hitos del desarrollo que permitirían la introducción de alimentos sólidos (profusión, sostén cefálico maduración de deglución agarre).

2. Tipos de alimentos introducidos

- **Hortalizas A y B:** 82,2% incorporó zapallo o calabaza, y 18,9% zanahoria.
- **Carnes:** 40% incorporó pollo como una de las primeras proteínas animales.
- **Hortalizas C:** 58,9% incorporó papa en sus primeras comidas.
- **Ultra procesados:** 3,3% comenzó la alimentación complementaria incluyendo salchichas, hamburguesas o papas fritas.
- **Frutas:** solo el 34,4% incorpora frutas en los primeros meses. De estos, el 14,4% ofreció manzana, el 11,1% banana y el 8,9% pera.
- **Legumbres:** el 34,7% de los niños no consumió ni consume ningún tipo de legumbre.

3. Información previa y uso de sal y azúcar

El 71,6% de las familias recibió información sobre cómo debe ser la alimentación complementaria. Sin embargo, el 62,8% refirió ofrecer alimentos con sal y azúcar antes de los 3 años. Este dato refleja una brecha entre el conocimiento y la práctica.

4. Consumo de bebidas azucaradas

El 74,5% de los niños consume habitualmente jugos artificiales y gaseosas, lo cual contrasta con las recomendaciones de evitar estas bebidas en menores de 5 años por su alto contenido de azúcar y bajo valor nutricional.

5. Consumo de ultra procesados

El 91,6% de las familias refirió que sus hijos consumen ultra procesados regularmente, como golosinas y snacks. Adema, el 25,5% reconoció que los utiliza como premio, castigo o consuelo emocional, lo que refuerza vínculos poco saludables con la comida desde la infancia.

6. Métodos de cocción

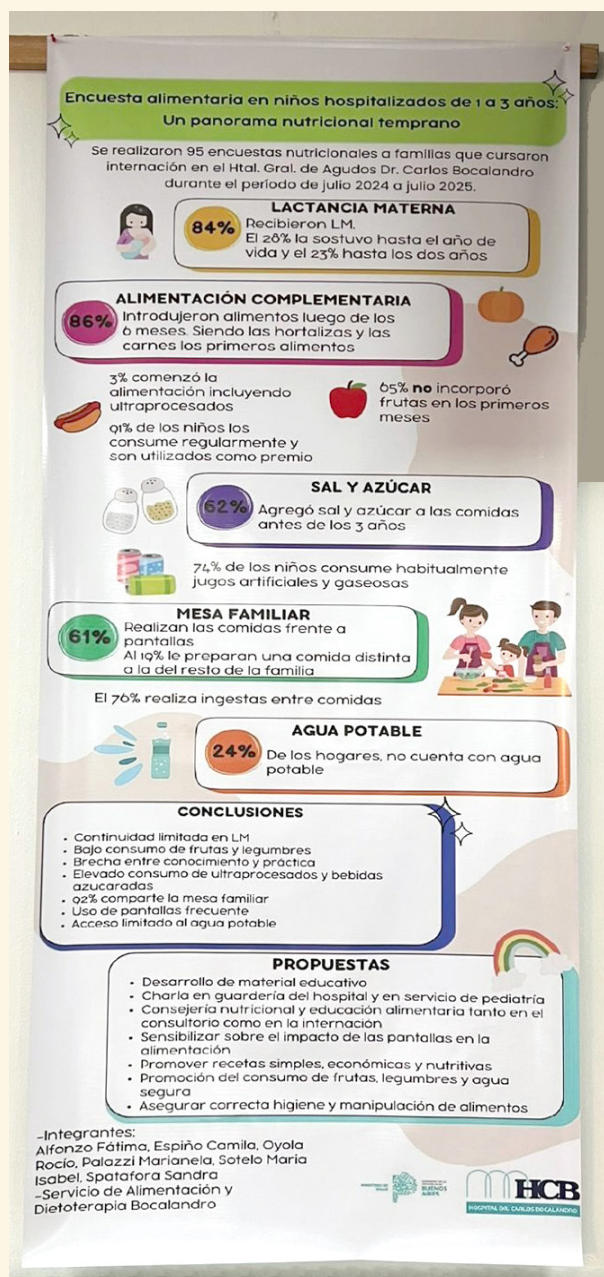
El 69,5% de las familias elige el horno y hervido como método de cocción predominante. Le siguen las frituras (35,8%).

7. Fraccionamiento de comidas

El 97% de los niños realiza 4 comidas principales, aunque un 76,8% realiza ingestas entre comidas, indicando una práctica frecuente de "picoteo". Esto genera una ingesta de alimentos que son sub registrados y que tienden a generar una carga extra de calorías.

8. Uso de pantallas durante las comidas

El 61,7% de las familias refiere que los niños comen habitualmente frente a pantallas (TV, celulares, tablets), lo que afecta negativamente la atención, el vínculo con el alimento y la autorregulación del apetito.



9. Comensalidad

El 92,6% de los niños comparte la mesa con su grupo familiar, pero el 19,1% recibe una comida diferente a la de los adultos, lo que puede afectar su adaptación a la alimentación familiar y fomentar la selectividad alimentaria.

10. Acceso al agua potable

El 24,5% de las familias no cuenta con acceso a agua potable, lo que condiciona la higiene e inocuidad de los alimentos y predispone a aumentar el consumo de bebidas industrializadas.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

Desde el Servicio de Alimentación del hospital Bocalandro, consideramos que los resultados de esta encuesta ofrecen una radiografía preocupante, pero sumamente valiosa, sobre la situación alimentaria de la primera infancia. Se observan patrones persistentes de introducción precoz de alimentos ultra procesados, junto a una baja incorporación de frutas, legumbres y carnes en el primer mes de alimentación complementaria. Esta tendencia limita la diversidad y densidad nutricional de la dieta infantil, dificultando una alimentación adecuada desde el inicio.

Consideramos fundamental reforzar la educación alimentaria dirigida a familias y cuidadores, especialmente en torno a la no adición de sal y azúcares en esta etapa. Estas prácticas no solo alteran el perfil sensorial natural de los alimentos, sino que también fomentan selectividad alimentaria y preferencias desequilibradas a largo plazo.

Otro aspecto crítico identificado es el uso habitual de pantallas durante el acto alimentario, lo cual genera dispersión, desconexión con el

alimento y con el entorno, y reduce la posibilidad de desarrollar una relación consciente y saludable con la comida. En paralelo, la frecuencia elevada de picoteo entre comidas impacta negativamente tanto en la calidad nutricional como en la construcción de hábitos.

Un dato especialmente alarmante es que el 91,6 % de los niños consume ultra procesados de manera regular, y en uno de cada cuatro hogares los alimentos son utilizados como premio o consuelo emocional, evidenciando un escenario de alimentación emocional desregulada desde edades tempranas. Este contexto requiere intervenciones urgentes y sostenidas.

Por último, el 24,5 % de las familias no cuenta con acceso a agua potable, lo que no solo condiciona la higiene y la seguridad alimentaria, sino que también favorece el consumo de bebidas azucaradas como reemplazo del agua, con consecuencias significativas para la salud.

Frente a estos resultados, que podemos extrapolar con los indicadores nacionales, destacamos la necesidad de implementar estrategias integrales y sostenidas que promuevan una alimentación adecuada desde el nacimiento, con especial énfasis en:

- Evitar o retrasar el consumo de alimentos ultra procesados.
- Fomentar el consumo de alimentos frescos, variados y seguros.
- Promover entornos de alimentación saludables, libres de pantallas.

Solo mediante una acción coordinada entre sectores de salud, alimentación, cuidado y educación podremos avanzar en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en etapas futuras y contribuir a un desarrollo infantil más saludable y equitativo.



Historia de nuestros hospitales

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS MARIANO Y LUCIANO DE LA VEGA

Moreno. Provincia de Buenos Aires

Dra. María Gabriela Bontá

Médica Pediatra. Coordinadora de docencia e investigación del HMLV

El Hospital Zonal General de Agudos “Mariano y Luciano de la Vega” es una institución pública dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Por sus características este es un hospital general zonal de agudos de segundo nivel de complejidad, con una producción anual de egresos hospitalarios en aumento: 10.664 (2024), 5.017 cirugías programadas y no programadas, el número de partos y cesáreas en descenso, siendo en 2024 de 2.290, 87.223 atenciones en Consultorios Externos. Las consultas en Consultorio Pediatría (CAI) pasaron de 12.513 en 2019 a 10.379 observándose un aumento importante en las consultas/atenciones por Guardia: de 112.207 en 2019 (pre pandemia) a 212.231 en 2024.

Fue fundado en 1912 como hospital municipal hasta el año 1999, en el que pasó a formar parte de los efectores provinciales. Se encuentra ubicado en el partido de Moreno, segundo cordón del conurbano bonaerense, siendo el único hospital general del distrito.

El partido de Moreno tiene una población de 576.632 habitantes de acuerdo a los resultados del Censo 2022, que indica que tuvo un aumento poblacional de 27,43% con relación al conteo censal anterior. Por la cantidad de habitantes, ocupa el sexto lugar (de mayor a menor) dentro de los 24 partidos del GBA. En cuanto a la pirámide poblacional, la natalidad comienza a decrecer en los últimos 10 años, a partir del rango de 5 a 9 años, la base se reduce, primero levemente y luego de manera notoria en el último lustro.

El hospital integra la red sanitaria local del sector público junto a la Maternidad Estela de Carlotto, la UPA 12 y los Centros de Atención Primaria de la Salud municipales. También forma

parte de la red de atención de la Región Sanitaria VII de la provincia de Buenos Aires, interactuando con los hospitales provinciales de los diez municipios que la componen y los Hospitales Nacionales Sommer y Posadas.

Las **autoridades actuales** son:

Directora Ejecutiva: *Dra. Dora Agüero.*

Directores Asociados: *Dres. Matías Provenzano, Federico Cristofanetti y Soledad Fernández.*

El Hospital está organizado por cuidados progresivos, brindando atención a la salud con promoción, prevención, asistencia y rehabilitación a toda la comunidad de manera oportuna, accesible, adecuada, manteniendo la gratuidad y la equidad. Atento a los principios de Hospitales Humanizados, en este hospital se prioriza el reconocimiento de los derechos de pacientes y trabajadores, promoviendo el desarrollo de vínculos saludables.

Cuenta con servicios de emergencia para personas adultas y pacientes pediátricos, laboratorio, radiología y diagnóstico por imágenes las 24 hs.





Proceso de recuperación del conjunto edilicio.

Dispone de internación en ginecología y obstetricia, pediatría, clínica médica, cirugía general, traumatología, neonatología, unidad de terapia intensiva de adultos y neonatal.

Se realiza atención ambulatoria en múltiples especialidades: anestesiología pre quirúrgica, cardiología (pacientes adultos y pediátricos), cirugía general, cirugía maxilofacial, cirugía torácica, cirugía vascular, clínica médica, enfermedades crónicas no transmisibles, consultorio de lactancia, dermatología y alergias, diabetología (incluida gestacional), diversidad de género, endocrinología, gastroenterología, ginecología infanto-juvenil, adultas y climaterio, infectología, kinesiología, neumonología, neurocirugía, neurología, nutrición, oftalmología, oncología, otorrinolaringología, atención integral de adolescentes, reumatología, servicio social, traumatología y urología.

Además cuenta con programas como AUPAR (rondas de cuidado en comunidad de consumo), el Consultorio de Abordaje a Personas en Situación de Calle (CAPSC), el Servicio de Área Programática y Redes en Salud (SAPS), el Programa de Salud para Veteranos de la guerra de Malvinas y diversos comités permanentes (docencia e investigación, ética en investigación, garantía de derechos sexuales y reproductivos, control de infecciones y análisis de causa raíz de muerte materna, cuidados a trabajadores en situación

de consumos problemáticos, violencias y úlceras y lesiones).

El Hospital tiene una sede del registro civil, por lo que los niños y niñas nacidos allí inician el trámite de DNI al momento del alta.

También se realizan prácticas ambulatorias de servicios de laboratorio, radiología y diagnóstico por imágenes, donación de sangre y plaquetas y anatomía patológica

Combina servicios de alta complejidad de resolución de patologías y cuadros graves de alto riesgo, con otro de resolución ambulatoria.

Es sede de capacitación pre y posgrado para personal y estudiantes de distintas universidades como la UBA, la Universidad Nacional de La Matanza, la Universidad Favaloro, la Universidad de José C. Paz, la Universidad Nacional de Hurlingham y la Universidad de Morón.

Cuenta con residencias dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y de la Escuela de Gobierno en Salud "Floreal Ferrara" en trece especialidades: clínica médica, clínica quirúrgica, pediatría, tocoginecología, neonatología, obstetricia, kinesiología, anestesia, ortopedia y traumatología, cirugía maxilofacial, terapia Intensiva, infectología y emergentología. También alberga pre residencias en clínica médica, emergentología, pediatría y neonatología.

Funciona la Escuela de Enfermería "Lucía Ba-

rrientos", dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia, que dicta carreras y posgrados, además de ser sede de prácticas de varias instituciones. Los comités de docencia e investigación y de ética, trabajan de manera conjunta, organizando la jornada anual del hospital en octubre de cada año, con presentación de trabajos científicos y relatos de experiencia.

En cuanto al nombre del hospital, según informa la periodista local Alicia Vicchio, en el periódico de Moreno Digital, Mariano y Luciano de la Vega fueron quienes donaron el terreno donde se erigió el hospital municipal, que se encuentra en el predio lindero del hospital provincial. El albacea de los donantes eligió a dos médicos - Julio Méndez y Nicolás Repetto - para evaluar el

terreno, quienes recomendaron adquirir otro más apropiado. Es así que se compra el predio actual, diciendo: "...De acuerdo con este y previa consulta al entonces Intendente don Eduardo Gnecco y algunos miembros del Concejo Deliberativo, procedí a la compra del predio que hoy ocupa el hospital, por la módica suma de \$ 8.000 moneda nacional, teniendo la ventaja de estar en el lugar indicado por los asesores científicos, sobre la calle principal y a una distancia conveniente del centro...".

Es responsabilidad de la comunidad de Moreno garantizar que en ese predio se realicen actividades relacionadas con la salud de la población; de no ser así, debe devolverse a los herederos de los donantes.

Bibliografía

- Página del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, datos de epidemiología del Hospital y el periódico de Moreno Digital.





CEPAS PROBIÓTICAS EN PEDIATRÍA: ENTRE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA Y LOS MITOS PERSISTENTES

Dr. Christian Boggio Marzet¹, Dra. Mabel Carosella², Dra. Ingrid Gerold³

INTRODUCCIÓN

El interés por el uso de las cepas probióticas en niños ha crecido exponencialmente en las últimas dos décadas. Sin embargo, junto con la evidencia científica, han circulado numerosos mitos que confunden tanto a profesionales como a familias. En Pediatría es especialmente importante distinguir entre afirmaciones generales (ej. “los probióticos curan todo”) y resultados específicos, dependientes de cepa, dosis, población y condición clínica. Las recomendaciones actuales subrayan que los efectos son especie (y cepa) dependientes y que no todas las formulaciones valen para todas las indicaciones.

Mito 1: “Todos los probióticos funcionan igual; si una marca no está, otra sirve”

Realidad científica: los efectos de los probióticos son específicos de la cepa. Un *Lactobacillus* de una marca puede tener acciones distintas a otra cepa de la misma especie. Por ejemplo, la evidencia que respalda la reducción de la duración de la diarrea aguda en niños corresponde mayoritariamente a *Lacticaseibacillus rhamnosus* GG (ATCC 53103) y a *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745. Sumar datos de distintas cepas sin distinguirlas puede llevar a conclusiones

erróneas. Las revisiones sistemáticas y las guías pediátricas recomiendan evaluar la evidencia por cepa y por desenlace clínico antes de extrapolar resultados.

Implicancia clínica: Cuando se indique un probiótico en Pediatría, preferir recomendaciones que especifiquen la cepa (con número de registro cuando exista), la dosis y la duración. Evitar asumir intercambiabilidad entre productos que sólo comparten la especie.

Mito 2: “Los probióticos son completamente inocuos; no hacen daño”

Realidad científica: En niños sanos la mayoría de los probióticos estudiados han demostrado buen perfil de seguridad. No obstante, existen riesgos documentados, especialmente en pacientes vulnerables: niños muy prematuros, inmunodeprimidos o con catéteres centrales han presentado casos de bacteriemia/fungemias asociadas a la administración de probióticos. Por ello, agencias regulatorias han emitido advertencias sobre su uso en neonatos prematuros en entornos hospitalarios y subrayan que ningún producto probiótico para neonatos ha sido aprobado por la FDA como fármaco; hay reportes de lesiones graves y al menos una muerte asociada a productos probióticos en prematuros que motivaron advertencias y retiros. Esto obliga a evaluar riesgo/beneficio en poblaciones de alto riesgo.

Implicancia clínica: En neonatología y en niños con factores de riesgo (catéter venoso central, inmunosupresión grave, perforación intestinal, etc.) su indicación requiere protocolo institucional, producto de calidad microbiológica conocida y vigilancia estrecha.

-
1. Médico Pediatra Gastroenterólogo. Director Maestría Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. USAL.
Coordinador Grupo de Trabajo en Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Gral. de Agudos “Dr. I. Pirovano”. CABA
 2. Médica Pediatra. Grupo Pediátrico Belgrano R
 3. Médica Pediatra. Grupo Médico Lomas de San Isidro.

Mito 3: “Los probióticos curan la diarrea infecciosa en todos los niños”

Realidad científica: la evidencia muestra reducciones modestas en la duración de la diarrea y en algunos desenlaces (p. ej., reducción del tiempo de hospitalización) para cepas concretas, pero la certeza de la evidencia varía entre baja y moderada y hay heterogeneidad entre estudios. Meta análisis y documentos de consenso concluyen que: *L. rhamnosus* GG y *S. boulardii* CNCM I-745 reducen la duración del episodio (orden de 0.9-1 día de media en algunos meta-análisis) y pueden reducir la probabilidad de diarrea prolongada; *L. reuteri* DSM 17938 también mostró reducción en algunos ensayos al igual que *Bacillus clausii* con sus cuatro cepas. Sin embargo, la calidad metodológica y la heterogeneidad explican que la fuerza de la recomendación no sea alta para todas las situaciones.

Implicancia clínica: En gastroenteritis aguda pediátrica, la rehidratación sigue siendo la piedra angular. El uso de cepas con evidencia puede considerarse como terapia coadyuvante (p. ej., *L. rhamnosus* GG o *S. boulardii* en dosis y duración estudiadas), pero no sustituye medidas esenciales ni se recomienda el uso indiscriminado de cualquier producto probiótico.

Mito 4: “Los probióticos previenen todas las complicaciones de la prematuridad (p. ej., enterocolitis necrotizante)”

Realidad científica: la pregunta sobre la prevención de la enterocolitis necrotizante (NEC) en recién nacidos muy prematuros ha sido ampliamente estudiada. Revisiones y meta-análisis combinados sugieren que ciertos probióticos (y en algunos análisis combinaciones de *Lactobacillus* y *Bifidobacterium*) pueden reducir la incidencia de NEC y la mortalidad en prematuros de muy bajo peso; sin embargo, la heterogeneidad de productos, cuestiones regulatorias y señales de seguridad (ver advertencias regulatorias) hacen que muchas sociedades recomienden protocolos locales basados en productos de calidad y con registro riguroso. No es correcto afirmar que “todos” los probióticos previenen NEC: la protección depende de cepa, formulación, población y control de la calidad del producto.

Implicancia clínica: si un servicio neonatológico opta por un programa de probióticos para

prevención de NEC, debe hacerlo con evidencia de la cepa específica, control microbiológico del producto, trazabilidad y protocolos de seguridad.

Mito 5: “Un probiótico que funciona en adultos funciona igual en niños”

Realidad científica: los efectos fisiológicos, la ecología intestinal y la respuesta inmune difieren entre niños y adultos (y entre lactantes y adolescentes). Muchas intervenciones probióticas están evaluadas únicamente en adultos; extrapolar esos resultados a la población pediátrica no es correcto sin ensayos en la edad pediátrica. Las guías pediátricas revisan evidencia específica para niños y frecuentemente no recomiendan generalizar resultados de adultos.

Implicancia clínica: buscar evidencia pediátrica; cuando no exista, actuar con cautela y preferir ensayos en la población objetivo.

Mito 6: “Tomar grandes dosis siempre mejora el efecto”

Realidad científica: para algunas cepas existe indicación de relación dosis-respuesta (por ejemplo, mayores efectos de *L. rhamnosus* GG por encima de ciertos umbrales). Sin embargo, “más” no siempre equivale a “mejor”: dosis, viabilidad del producto, matriz (líquido, polvo), condiciones de almacenamiento y punto final de administración influyen. Además, dosis muy altas sin datos de seguridad en poblaciones vulnerables podrían aumentar riesgos. Por ello, las recomendaciones (cuando existen) señalan dosis estudiadas en ensayos clínicos.

Implicancia clínica: seguir las dosis que han demostrado eficacia en los ensayos para la cepa concreta; no asumir que duplicar la dosis potencia el beneficio sin evidencia.

Mito 7: “Si un probiótico no funciona a los 2-3 días, lo dejo y pruebo otro”

Realidad científica: la respuesta clínica puede variar según la indicación; en gastroenteritis el efecto (reducción del tiempo de diarrea) suele evaluarse en días, pero en otras condiciones (p. ej., prevención de NEC o modulaciones inmunes) los resultados requieren tiempo y poblaciones específicas. Cambiar de producto sin criterio complica la evaluación y puede exponer a riesgos innecesarios. Además, la evidencia en muchas

áreas no respalda probar múltiples probióticos en serie.

Implicación clínica: definir una indicación, escoger la cepa/dosis con respaldo, comunicar a la familia expectativas realistas (qué desenlace se busca y en qué plazo) y reevaluar según protocolo.

Mito 8: “Los probióticos previenen enfermedades gastrointestinales en niños”

Realidad científica: la evidencia actual muestra que el efecto preventivo de los probióticos es limitado y específico para ciertas patologías y cepas. La evidencia para su uso preventivo se limita a situaciones concretas, como la prevención de la diarrea asociada a antibióticos con cepas específicas (*Lactocaseibacillus rhamnosus* GG y *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745). La ESPGHAN destaca que ciertos probióticos pueden reducir la incidencia de diarrea aguda en contextos de alta prevalencia, sin embargo, no existe evidencia suficiente para recomendar su uso preventivo generalizado.

Implicancia clínica: el uso de probióticos debe ser individualizado y restringido a indicaciones específicas

Mito 9: “Todos los probióticos ayudan a prevenir o tratar alergias alimentarias”

Realidad científica: la evidencia más consistente en alergia alimentaria se asocia a *Lactocaseibacillus rhamnosus* GG (ATCC 53103), estudiado como adyuvante en la inducción de tolerancia en alergia a la proteína de leche de vaca y en la prevención de dermatitis atópica. Sin embargo, los resultados son heterogéneos entre cepas y poblaciones. Ensayos con *Bifidobacterium breve* M-16V o *Bifidobacterium longum* BB536 han mostrado resultados variables. Las guías de la ESPGHAN y de la World Allergy Organization (WAO) no recomiendan el uso rutinario de probióticos para prevención primaria de alergias.

Implicancia clínica: evitar recomendar probióticos “para prevenir alergias” sin evidencia en estudios controlados por cepa y desenlace clínico determinado.

Mito 10: “Cualquier alimento con cultivos vivos es un probiótico”

Realidad científica: no todos los productos con bacterias vivas son probióticos. Solo se consideran como tales aquellos que contienen cepas identificadas, viables en la dosis administrada y con evidencia clínica en humanos. Por ejemplo, *Lactobacillus rhamnosus* GG (ATCC 53103), *Bifidobacterium animalis subsp. lactis* BB-12® y *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 cumplen con estos criterios. En cambio, los microorganismos que resultan de los fermentos tradicionales del yogur (*Lactobacillus delbrueckii subsp. bulgaricus* y *Streptococcus thermophilus*) no han demostrado beneficios terapéuticos específicos en ensayos clínicos.

Implicancia clínica: diferenciar entre “alimentos fermentados” y probióticos con respaldo clínico. Verificar cepa, dosis y evidencia publicada en el etiquetado.

Mito 11: “Los probióticos sirven igual por cualquier vía o presentación”

Realidad científica: la viabilidad y la eficacia dependen de la formulación. *Limosilactobacillus reuteri* DSM 17938 y *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 mantienen estabilidad en suspensiones o sobres liofilizados, y su absorción no se modifica al administrarse con alimentos, mientras que algunas bifidobacterias son más sensibles a la temperatura y humedad. La equivalencia entre cápsulas, gotas o sobres debe ser evaluada en ensayos clínicos.

Implicancia clínica: usar la formulación validada en ensayos y respetar las condiciones de almacenamiento y forma de administración recomendadas.

Mito 12: “El uso combinado de muchas cepas aumenta la eficacia”

Realidad científica: algunas combinaciones multicepa, como *Bifidobacterium breve* M-16V + *Bifidobacterium longum* BB536 en prevención de enterocolitis necrotizante, mostraron resultados favorables. Sin embargo, no toda mezcla es sinérgica: diferentes cepas pueden competir entre sí o afectar la estabilidad del producto.

Implicancia clínica: prescribir combinaciones de cepas con respaldo clínico; evitar productos con mezclas de diferentes probióticos sin evidencia en estudios.

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

- 1. Indicación precisa:** indique probióticos que tengan evidencia científica específica de cada cepa, con beneficio clínico demostrado en población pediátrica para la condición específica a tratar.
- 2. Priorizar seguridad:** en prematuros y pacientes inmunocomprometidos, discutir riesgos y protocolos; seguir alertas regulatorias.
- 3. No sustituir medidas terapéuticas:** rehidratación, antibióticos cuando estén indicados, y vacunación no se reemplazan por probióticos.
- 4. Comunicar expectativas:** explicar a las familias qué beneficios suelen ser modestos y dependientes de cepa/dosis. Los probióticos constituyen un coadyuvante dentro de un tratamiento indicado.

CONCLUSIÓN

Los probióticos en Pediatría son una herramienta útil para ciertas indicaciones con cepas específicas. En la actualidad existe evidencia clínica para determinadas entidades: *L. rhamnosus* GG y *S. boulardii* en diarrea aguda, *L. reuteri* DSM 17938 en cólico de lactantes amamantados, algunas combinaciones de cepas para prevención de NEC en prematuros. No obstante, muchos mitos persisten: la idea de que “todos los probióticos son equivalentes, o con efectividad terapéutica en todas las condiciones” no está respaldada por la literatura. La práctica responsable exige elegir cepa, dosis y productos con respaldo científico, evaluar riesgos (especialmente en neonatos y pacientes inmunocomprometidos) y mantenerse actualizado con guías y meta-análisis.

BIBLIOGRAFÍA

- Szajewska, H., Berni Canani, R., Domellöf, M., Guarino, A., Hojsak, I., Indrio, F., Lo Vecchio, A., Mihatsch, W. A., Mosca, A., Orel, R., Salvatore, S., Shamir, R., et al. (2023). Probiotics for the management of pediatric gastrointestinal disorders: Position paper of the ESPGHAN Special Interest Group on Gut Microbiota and Modifications. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 76(2), 232-247. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000003633>.
- Collinson, S. (2020). Probiotics for treating acute infectious diarrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (Versión y identificador en Cochrane: CD003048).
- Sharif, S., et al. (2020). Probiotics to prevent necrotising enterocolitis in very preterm and very low birth weight infants: a systematic review and meta-analysis. [Revisión y análisis en acceso público]. (Ver revisión en PubMed Central para detalle de autores y datos).
- Sung, V., D'Amico, F., Cabana, M. D., et al. (2018). *Lactobacillus reuteri* to treat infant colic: a meta-analysis. *Pediatrics*, 141(1), e20171811.
- Guo, Q., Goldenberg, J. Z., Humphrey, C., et al. (2019). Probiotics for the prevention of pediatric antibiotic-associated diarrhea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019, CD004827.
- Preidis GA, Weizman AV, Kashyap PC, Morgan RL. (2020). AGA Technical Review on the Role of Probiotics in the Management of gastrointestinal Disorders. *gastroenterology*, 159 (2):708-738. e4.doi:10.1053.
- Perceval C, Szajewska H, Indrio F, Weizman Z, Vandenplas Y. (2019). Prophylactic Use of Probiotics for Gastrointestinal Disorders in Children. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 3 (9); 655-662. doi:10.1016/S2352-4642(19)30182-8.
- Fiocchi A, Pawankar R, Cuello-Garcia C, Ahn K, Al-Hammadi S, Agarwal A, et al. World Allergy Organization-McMaster University guidelines for allergic disease prevention (GLAD-P): Probiotics. *World Allergy Organ J*. 2022;15(2):100692.
- Hill C, Guarner F, Reid G, Gibson GR, Merenstein DJ, Pot B, et al. Expert consensus document. The International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics consensus statement on the scope and appropriate use of the term probiotic. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2014;11(8):506-14.
- Hill C, Guarner F, Reid G, Gibson GR, Merenstein DJ, Pot B, et al. Expert consensus document. The International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics consensus statement on the scope and appropriate use of the term probiotic. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2014;11(8):506-14.
- Guarino A, Berni Canani R, Domellöf M, Hojsak I, Indrio F, Lo Vecchio A, et al. Probiotics for the management of pediatric gastrointestinal disorders: Position paper of the ESPGHAN Special Interest Group on Gut Microbiota and Modifications. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2023;76(2):232-47.
- Underwood MA, Sohn K. The microbiota of the extremely preterm infant. *Clin Perinatol*. 2019;46(1):27-45.



Perlitas Legales

MERCEDES REGINA ACUÑA

Justo el 20 de octubre de este año, Día de la Pediatría, nos enteramos de la desaparición física de la autora de este espacio, **Mercedes Regina Acuña**, Médica Pediatra y Abogada (como a ella le gustaba presentarse), nuestra querida *Mecha*. Ser irremplazable como profesional y persona.

Ese fallecimiento, además de doloroso, fue inesperado. Nos dejó a todos sin palabras, preguntándonos ¿qué pasó? De a poco nos fuimos enterando de los pormenores, sin que ello disminuyera el dolor.

Responsable, trabajadora, colaboradora, capaz, íntegra, reservada. Una GRANDE con todas las letras, porque, además, cumplía una condición indispensable para los que merecen esa denominación: era HUMILDE. Su trabajo resaltaba sin otra necesidad que leer lo que escribía o proponía, que siempre era del mejor nivel.

Solía terminar sus mensajes con: “saludito”. Pero dejó una huella imborrable con todas las letras, sin diminutivos. No solo en la Región Metropolitana, también en el Comité de Ejercicio Profesional de SAP.

Qué descanse en merecida paz y sus afectos encuentren la necesaria resignación.

Los Metropolitanos no la olvidaremos.





Boletín bibliográfico 94

Espacio creado por el **Dr. Ricardo Straface**

Dr. Carlos Luzzani

Médico Pediatra

1. EL AUTISMO NO ES UN SOLO TRASTORNO, SEGÚN NUEVOS DATOS

El autismo, diagnosticado en la primera infancia, difiere genética y evolutivamente del autismo identificado posteriormente en el desarrollo de un individuo, lo cual desafía la idea de que se trata de un trastorno único y uniforme, según sugiere una nueva investigación.¹

Los investigadores e investigadoras encontraron que las niñas y los niños diagnosticados en la primera infancia, son más propensos a presentar problemas sociales y conductuales durante la primera infancia y la infancia, mientras que aquéllos diagnosticados más tarde presentan tasas más altas de afecciones como el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y la depresión. Ambos subtipos presentan perfiles genéticos distintos.

“Descubrimos que, en promedio, las personas diagnosticadas con autismo en etapas tempranas y tardías de la vida siguen diferentes trayectorias de desarrollo y, sorprendentemente, presentan distintos perfiles genéticos subyacentes”, declaró en un comunicado de prensa Xinhe Zhang, investigador del estudio y estudiante de doctorado del Departamento de Psiquiatría de University of Cambridge, Reino Unido.

“Comprender cómo surgen las características del autismo no sólo en la primera infancia, sino también en etapas posteriores de la niñez y la adolescencia, podría ayudarnos a reconocer, diagnosticar y apoyar a las personas con autismo de todas las edades”, añadió el autor principal, Varun Warriar, Ph. D., también del Departamento de Psiquiatría de University of Cambridge.

El estudio se publicó en versión electrónica el 1 de octubre en *Nature*.¹

Causa desconocida

El autismo es un trastorno complejo del neurodesarrollo sin una causa conocida. Aunque tradicionalmente se ha reconocido que surge en la primera infancia, muchas personas son diagnosticadas en etapas posteriores de la vida. Aún

no está claro si el autismo identificado en etapas tempranas o posteriores de la vida sigue trayectorias de desarrollo diferentes o presenta perfiles genéticos distintos. Para explorar cómo el autismo reconocido en etapas tempranas puede diferir de los casos identificados posteriormente, los investigadores e investigadoras analizaron datos longitudinales de cuatro cohortes de nacimiento, cada una con 89 a 188 individuos autistas, junto con datos genéticos de más de 45.000 personas de múltiples cohortes internacionales.

Hallaron que aquéllos diagnosticados con el trastorno antes de los 7 años presentaban tasas significativamente más altas de retraso global del desarrollo y discapacidad intelectual, con déficits pronunciados en los hitos motores y del lenguaje.

Por el contrario, quienes fueron diagnosticados más tarde en la infancia o después a menudo mostraban un desarrollo temprano típico, pero con el tiempo desarrollaban dificultades cognitivas y conductuales más sutiles. También eran más propensos a presentar comorbilidades, como el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y la depresión.

Los análisis genéticos revelaron que el grupo diagnosticado tempranamente presentaba variantes raras y deletéreas en genes restringidos, mientras que el grupo diagnosticado más tarde mostraba puntuaciones elevadas de riesgo poligénico para el logro educativo y otros rasgos complejos.

Los investigadores e investigadoras aún no han identificado variantes genéticas específicas asociadas a cada uno de estos perfiles.

Cabe destacar que los investigadores observaron que el perfil genético promedio del autismo diagnosticado posteriormente se asemejaba más al del trastorno por déficit de atención/hiperactividad, la depresión y el trastorno de estrés postraumático que al del autismo diagnosticado en la primera infancia.

“Un próximo paso importante será comprender la compleja interacción entre la genética y los factores sociales que conducen a peores resultados en salud mental en las personas con autismo

diagnosticado posteriormente”, señaló Warrier.

Los investigadores e investigadoras advirtieron contra la generalización excesiva de los resultados del estudio, enfatizaron que la edad al momento del diagnóstico está determinada por factores sociales, culturales y sanitarios, además de la biología. Destacaron que algunos niños y niñas diagnosticados posteriormente podrían haber presentado signos tempranos que pasaron desapercibidos.

Tipos distintos

En un artículo complementario en *Nature News & Views*, Elliot Tucker-Drob, Ph. D., profesor del Departamento de Psicología de University of Texas en Austin, Estados Unidos, afirmó que este estudio proporciona evidencia de que “el momento del desarrollo en que se diagnostica el autismo no es simplemente un efecto secundario de las dificultades para identificar casos más leves a edades tempranas, sino una característica principal que distingue las distintas formas de autismo”.²

“El momento del desarrollo en que se identifica el autismo por primera vez es sólo un posible eje, a lo largo del cual se pueden distinguir los subtipos de autismo, y es posible, si no probable, que existan otros subtipos de autismo mecánicamente separables que aún no se han identificado”, manifestó Tucker-Drob.

En un comunicado del Science Media Centre, una organización sin fines de lucro del Reino Unido, expertos opinaron sobre los hallazgos.

Uta Frith, Ph. D., profesora emérita de Desarrollo Cognitivo del University College London, Inglaterra, afirmó que los descubrimientos la hacen “tener la esperanza de que se descubran más subgrupos y que cada uno encuentre una etiqueta diagnóstica adecuada”.

Es hora de comprender que el autismo se ha convertido en una mezcla de afecciones. Si se habla de una epidemia de autismo, una causa del autismo o un tratamiento para el autismo, la pregunta inmediata debe ser: ¿qué tipo de autismo?, indicó Frith.

Michael Absoud, Ph. D., del King’s College London, Inglaterra, puntualizó que este estudio “confirma que el autismo no sólo es altamente hereditario y abarca un espectro de afecciones, sino que la edad al momento del diagnóstico también es hereditaria”.

Absoud también señaló que los perfiles conductuales se derivaron del Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), una herramienta general de evaluación conductual que no captura rasgos detallados del autismo y la salud mental, se basa en informes de los cuidadores en lugar de evaluaciones clínicas, esto limita la precisión de las trayectorias de desarrollo descritas.

“Se necesita investigación en poblaciones más diversas para replicar los hallazgos, con medidas más detalladas de la calidad de vida, el funcionamiento diario y con una evaluación directa”, concluyó Absoud.

Este estudio fue financiado por Wellcome Trust, UKRI, Horizon Europe y Simons Foundation Autism Research Initiative. Zhang, Ph. D., Warrier, Ph. D., Tucker-Drob, Ph. D., Frith, Ph. D. y Absoud declararon no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.

Megan Brooks;

Medscape Noticias Médicas;

16 de octubre de 2025

2. ¿CÓMO PUEDEN AYUDAR LOS PEDIATRAS A CONTROLAR LAS ALERGIAS ALIMENTARIAS?

Prevención de las alergias alimentarias

La Dra. Mary Grace Baker, alergóloga y pediatra de la Icahn School of Medicine at Mount Sinai, en Nueva York, Estados Unidos, describe el reto de prevenir las alergias alimentarias durante el primer año de vida como una carrera.¹

La estrategia de introducir los cacahuates a edad temprana es la que más se ha estudiado y el ensayo LEAP ha demostrado que administrar pequeñas dosis de cacahuates entre los 4 y los 11 meses de edad es muy eficaz para prevenir las alergias a estos. Otros estudios han obtenido resultados similares con la introducción temprana de productos lácteos (normalmente empezando por yogur o queso y no por leche de vaca) y huevo cocido.²

Pero, ¿deberían todos los niños y niñas empezar a tomar una dosis diaria de mantequilla de cacahuate tan pronto? Muchas familias no parecen pensar así y las redes sociales están llenas de

informes sobre casos peligrosos de alimentación con cacahuates. La decisión debe basarse en el hecho de que el lactante tiene alto riesgo de padecer alergias alimentarias.³

La Dra. Baker enumeró los principales riesgos como dermatitis atópica moderada-grave, un familiar de primer grado con alergia alimentaria mediada por inmunoglobulina E y signos de sensibilidad al huevo.

La urgencia de la introducción temprana es fundamental en lactantes con eccema moderado-grave. “El polvo doméstico contiene cantidades significativas de cacahuete y otros alérgenos alimentarios”, afirmó la Dra. Baker. “Cuando un bebé con mucha inflamación cutánea se expone específicamente a alimentos de su entorno, esa exposición a través de la piel inflamada favorece mucho la alergia”. Por el contrario, el consumo oral de un alérgeno potencial y su paso por el intestino tiende a favorecer la tolerancia.[4]

Los pediatras pueden realizar esta evaluación del riesgo de alergia a los 4 a 6 meses, cuando suelen evaluar la preparación general del lactante para comenzar con los alimentos sólidos. También deben abordar si los bebés necesitan primero pruebas de alergia.

En concreto, en el caso de los cacahuates, la guía adicional del National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NAID) de Estados Unidos recomienda que los lactantes con eccema grave o alergia al huevo se sometan a pruebas de punción cutáneas en el consultorio de un alergólogo. Esta práctica elimina el riesgo de una reacción alérgica y puede disipar los temores de las familias.⁵

Los bebés que no cumplen estos criterios no necesitan someterse a pruebas de alergia al cacahuete y otras guías consensuadas no recomiendan realizar pruebas de alergia antes de introducir alérgenos potenciales distintos de este alimento.⁶

“Es una decisión muy personal e individualizada acerca de que deba realizarse alguna prueba de detección de alergia antes de la introducción, acudir a un alergólogo o introducir el alimento de forma lenta y gradual en casa”, señaló la Dra. Baker.

La especialista recomendó que en zonas con escaso acceso a atención especializada los pediatras, podrían aconsejar a las familias que comenzaran con cantidades muy pequeñas o administrar la dosis inicial de mantequilla de cacahuete, por ejemplo, en el consultorio del pediatra.

¿Qué pueden hacer los pediatras por las infancias que ya tienen alergias?

Una vez que se sospecha de una alergia alimentaria, ¿qué se debe hacer?

“Si alguien acude a usted por una posible reacción alérgica a un alimento, sin duda debe hacer que evite el alimento potencialmente causante”, destacó el Dr. Scott Sicherer, profesor de pediatría y jefe de la División de Alergia e Inmunología Pediátrica de la Icahn School of Medicine at Mount Sinai. “Hable con ellos sobre el tratamiento de las reacciones alérgicas, proporciónese una receta de epinefrina autoadministrable y enséñeles cómo usarla”.

Pero el siguiente paso debería ser derivarlo a un alergólogo certificado, añadió.

El alergólogo puede recomendar un enfoque que se ha vuelto más común en los últimos cinco años: el uso de alimentos como inmunoterapia oral, que consiste en administrar dosis crecientes de alérgenos durante un tiempo con el objetivo de inducir tolerancia suficiente para prevenir episodios adversos a causa de la exposición accidental. El Dr. Sicherer se refiere a este concepto como “seguridad al morder”. Los estudios sobre la inmunoterapia oral han descubierto que esta estrategia puede dar lugar a desensibilización entre 60 % y 80 % a cacahuete, leche de vaca y huevo.⁷

Los primeros pasos se dan en la consulta del alergólogo, donde los pacientes consumen pequeñas cantidades de la proteína alimentaria en varias dosis pequeñas. Si lo toleran, vuelven al día siguiente para repetir la dosis más alta del día anterior. Si todo va bien consumen esa cantidad como si fuera un fármaco a diario, volviendo cada pocas semanas durante un periodo de varios meses, para aumentar gradualmente la dosis hasta alcanzar una dosis de mantenimiento que les permita consumir de forma segura un bocado del alérgeno, que en el caso de la proteína del cacahuete suele ser de 300 mg, es decir, aproximadamente un cacahuete.

Aunque el concepto es sencillo, el Dr. Sicherer esbozó varias reglas y restricciones para los pacientes que se someten a la inmunoterapia oral. Los pediatras pueden ayudar a los pacientes a cumplir con la inmunoterapia oral explicándoles y reforzando estas reglas durante las citas.

La seguridad es otra cuestión. “Es necesaria una familia que se sienta muy cómoda identificando

una reacción alérgica y tratándola adecuadamente”, indicó para describir lo que hace que un paciente sea elegible para la inmunoterapia oral. Algunos pacientes ya se sienten cómodos evitando el alimento y llevando consigo epinefrina y es posible que no obtengan muchos beneficios adicionales de la inmunoterapia oral.

La última novedad

Omalizumab es un anticuerpo monoclonal inyectable que se une a la inmunoglobulina E libre, el tipo de anticuerpo que desencadena las reacciones alérgicas. Aprobado inicialmente para su uso en el asma alérgica en 2003, un ensayo clínico publicado en 2024 condujo a su aprobación para las alergias alimentarias.⁸

Aunque al parecer omalizumab fue más eficaz que la inmunoterapia oral en un ensayo comparativo, la decisión sobre cuál probar no siempre es sencilla, según la Dra. Sayantani Sindher, pediatra alergóloga e inmunóloga clínica de Stanford Medicine Children's Health, en Stanford, Estados Unidos, que ayudó a realizar los ensayos fundamentales del fármaco.⁹

Una ventaja clara de omalizumab es que permite tratar múltiples alérgenos simultáneamente, mientras que la inmunoterapia oral para más de un alérgeno puede resultar engorrosa. Además, el protocolo para iniciar omalizumab requiere menos visitas al consultorio que la inmunoterapia oral. Las tres primeras inyecciones se administran en el consultorio del alergólogo para que se pueda controlar a los pacientes en caso de efectos adversos y para que aprendan a aplicárselas ellos mismos.

Pero el principal inconveniente es que omalizumab requiere una inyección. “Algunos de mis pacientes pediátricos tienen fobia a las agujas”, agregó el Dr. Sindher. “Están dispuestos a hacer lo que sea necesario para evitar la inyección”, como recibir inmunoterapia oral.

¿Cómo pueden los pediatras apoyar a las familias?

La Dra. Baker comentó que los médicos deben preguntar a familias y cuidadores sobre cómo evitar los alérgenos y sobre cualquier reacción, ya que el médico de atención primaria puede ser el primer punto de contacto cuando un menor sufre una reacción. Las reacciones leves, como urticaria localizada o prurito, pueden tratarse con antihistamínicos orales.

Los médicos también deben revisar periódicamente los signos de anafilaxia con la familia y asegurarse de que se sientan cómodos administrando epinefrina por sí mismos. La Dra. Baker recomendó que los pediatras ayuden a las familias a formular planes de acción para las alergias alimentarias utilizando los materiales publicados por la American Academy of Pediatrics o la Food Allergy Research & Education.^{10,11}

Otra cuestión fundamental para los pediatras es hacer seguimiento del estado nutricional de los pacientes con alergias alimentarias. “Por ejemplo, si un niño o niña evita la leche hay que vigilar su nivel de vitamina D”, puntualizó la Dra. Baker. En niños y niñas que evitan los cereales hay que realizar vigilancia para detectar posible deficiencia de hierro.

Por último, las alergias alimentarias pueden afectar negativamente la calidad de vida y la Dra. Baker destacó la necesidad de tener en cuenta los problemas psicosociales que pueden surgir en pacientes pediátricos con alergias alimentarias, como acoso escolar o trastornos de la conducta alimentaria. El trastorno por evitación restrictiva de la ingesta de alimentos, trastorno alimentario motivado no por la imagen corporal, sino por el miedo a las reacciones a los alimentos, es común en las infancias con alergias alimentarias. Los pediatras se encuentran en una posición privilegiada para reconocer estos factores estresantes y considerar la posibilidad de derivar a estos pacientes a un especialista en salud conductual.

La Dra. Baker declaró haber recibido apoyo para la investigación del NIH/NIAID y Pfizer. Informó que formaba parte del Consejo Asesor Médico de la Asociación Internacional FPIES. El Dr. Sicherer declaró haber recibido pagos por derechos de autor de UpToDate y Johns Hopkins University Press; becas para su institución de parte del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas, Food Allergy Research and Education, Pfizer y Regeneron y honorarios personales de la American Academy of Allergy, Asthma and Immunology como editor adjunto de Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice. El Dr. Sindher ha declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.

Dra. Ann Thomas;
Medscape Medical News;
16 de septiembre de 2025

3. ¿QUÉ SEÑALES DEBERÍAN DESPERTAR LA SOSPECHA DE PEDIATRAS DE UN TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN NIÑEZ Y ADOLESCENCIA?

Con edad promedio de inicio de 12,5 años, incidencia creciente también en sexo masculino y mayor probabilidad de ocurrencia cuando existen antecedentes de trastornos psiquiátricos como depresión, trastorno obsesivo-compulsivo o ansiedad, los trastornos de conducta alimentaria deben estar en el “radar” de las y los pediatras para propiciar tratamiento precoz oportuno, destacó un artículo en Anales de Pediatría escrito por psiquiatras y pediatras de tres centros españoles.

Señales

La estrategia óptima para la detección temprana y el diagnóstico de un trastorno de conducta alimentaria pasa por que el pediatra mantenga alto índice de sospecha y esté particularmente atento a los signos y síntomas que pueden indicar su presencia. “Con frecuencia la queja de presentación es un síntoma somático, como dolor abdominal (que se muestra como la razón de la baja ingesta), estreñimiento, mareos, amenorrea o una ‘intolerancia alimentaria’ que generalmente involucra alimentos densos en calorías. Cualquiera de estos síntomas, especialmente si se asocia con pérdida de peso, debe impulsar al pediatra a explorar la posibilidad de un trastorno de conducta alimentaria”, señaló el documento. Asimismo, advierten sobre las llamadas “presen-

taciones atípicas”, por ejemplo, la imposibilidad de alcanzar el peso esperado o una desaceleración del crecimiento lineal antes de la pubertad. Los síntomas también pueden ser menos evidentes en pacientes pediátricos varones y presentarse bajo la apariencia de un deseo de “estar sano” o “mejorar el rendimiento deportivo”, con énfasis en el aumento de la masa muscular y el ejercicio excesivo.

Implicación

“Consideramos que nuestro artículo es de vital importancia para disponer de una guía práctica y sencilla en la consulta diaria, de cara a la rápida identificación por parte del profesional, pero también para poder aportar a las familias información sobre posibles signos de alarma o cambios en el comportamiento de sus hijos que puedan orientar a dificultades en su relación con la comida”, comentó una coautora, Dra. Covadonga Canga, de la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente de la Clínica Universidad de Navarra, en Pamplona, España, quien reconoció como barrera para el diagnóstico “la falta de síntomas o signos claros de forma incipiente (ocasionalmente se pueden confundir con cambios propios de la edad, rebeldía o adolescencia), lo cual condiciona una identificación tardía de la situación”.

Matías A. Loewy;

Medscape; Noticias y perspectivas;
7 de noviembre 2025

ADENDUM

“TODO FINAL EN LA HISTORIA DEL MUNDO CONTIENE NECESARIAMENTE UN NUEVO INICIO.”

HANNAH ARENDT

Linden-Limmer, 14 de octubre de 1906 - Nueva York, 4 de diciembre de 1975

Johanna Arendt fue una filósofa, historiadora, politóloga, socióloga, profesora de universidad, escritora y teórica política alemana, posteriormente nacionalizada estadounidense, de religión judía y aunque ella no se hacía llamar como tal, puede ser considerada como una de las filósofas más influyentes del siglo XX.



DESPEDIDA

Este número 94 de nuestra querida revista **Noticias Metropolitanas**, será el último en el que figuraré como integrante y responsable del Grupo Editorial. Quedaré como asesor de quienes sigan.

Fueron 22 años y 67 números en los que, con mucho cariño, asumí esa responsabilidad. Desde 2003, primero junto al *Dr. Leonardo Vázquez*, luego acompañado por queridos colegas de la Región, tomé esa tarea.

Espero que los lectores hayan estado conformes con mi desempeño. Puedo decir con tranquilidad que di lo mejor de mí para poder cumplirla, pero ha llegado el momento de pasar la responsabilidad de llevar adelante una de las principales vías de comunicación de nuestra Región, a gente más joven y capaz.

Lamento que este número cuente con menos artículos que los anteriores, pero se dieron una serie de lamentables situaciones que motivaron que la revista sea más escueta, aunque, espero, con la misma aptitud.

Agradezco a quienes integraron la Región en este período por su estupenda colaboración, a la *Editorial Ideográfica* por su indispensable y excelente tarea y a los lectores por su amabilidad al leerla y criticarla o alabarla según corresponda.

Deseo a todos un feliz 2026.

Los abrazo con el corazón!

Carlos Luzzani

Médico Pediatra

La Región Metropolitana
*rinde homenaje en este espacio,
a quienes nos guiaron como Directores Titulares,
lamentablemente desaparecidos físicamente,
pero cuyas enseñanzas nos seguirán acompañando:*

Dr. Ángel Plaza

Dr. Miguel Ángel Náser

Dr. Ricardo Straface

Dr. Jorge Buraschi

