



NOTICIAS Metropolitanas



Por un niño sano
en un mundo mejor

**SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
REGIÓN METROPOLITANA**

Coronel Díaz 1971/75 • (1425) Capital Federal • Tel.: 4821-8612 • Fax: 4821-2318
E-mail: metropolitana@sap.org.ar

EDITORIAL

Director Titular

Dr. Gustavo Bardaui

1er. Director Asociado

Dr. Saúl Gleich

2do. Director Asociado

Dr. Leonardo Vázquez

Coordinadores:

Distrito Sur:

Dr. Mirta Anone / Dr. Jorge Celestino /
Dr. Miriam Bonadeo / Dr. Edgardo Flamenco /
Dr. Clara Massola de Muiños / Dra. Mariana
Rodríguez Ponte / Dr. Rubén Porto

Distrito Oeste:

Dr. Aída Barbato / Dra. Mariel Caparelli /
Dr. Gladys Convertini / Dr. Fausto Ferolla /
Dr. Alberto Libanio / Dr. Juan Luis
Marsicovetere / Dra. Débora Rocca Huguet

Distrito Norte:

Dr. Alejandro Ameijeira / Dr. Carlos Luzzani /
Dr. Juan Carlos Peuchot / Dra. Lilia Rabinovitz /
Dra. Miriam Vasalo / Dra. Mirta Vázquez

Asesores ex Directores:

Dr. Ángel Plaza / Dr. Miguel Ángel Naser /
Dr. Ricardo Straface / Dr. Jorge Buraschi /
Dr. José Luis Cervetto / Dra. Beatriz Burbinski /
Dr. Domingo Longo

SECCIONES

• Editorial	1
• Actividades de la Región.....	3
• Entrevista al Dr. Teodoro Puga	4
• Boletín Bibliográfico	7
• IX Jornadas de la Región Metropolitana de la SAP	30
• Curiosidades	11
• Frases célebres	14
• La importancia nutricional del huevo en la alimentación de bebés y niños	15
• Con la tasa de mortalidad infantil sólo no alcanza	17

¿Qué son los ODM?

Los objetivos del desarrollo del milenio (ODM) es una iniciativa de carácter global, que se creó en el 2000 en las Naciones Unidas, firmada por todos los países del mundo. Consta de un conjunto conciso de objetivos y metas cuantificables, a alcanzar en el 2015. A este movimiento se sumaron la OMS y la OPS. Los objetivos en nuestro país son:

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- Alcanzar la educación básica universal.
- Promover trabajo decente.
- Promover la igualdad de género y la autonomía de las mujeres.
- Reducir la mortalidad infantil.
- Mejorar la salud materna.
- Combatir el HIV, TBC y Chagas.
- Asegurar un medio ambiente sostenible.
- Promover una asociación global para el desarrollo.

El discurso de nuestra Presidenta, Dra. Margarita Ramonet (27-10-08) habla de los objetivos del milenio y resalta para ello la importancia de la APS (iniciada en Alma Atta en 1978) y que el gran desafío del milenio va a ser luchar contra la inequidad. Siguiendo esos objetivos, SAP y UNICEF firmaron un convenio de cooperación en salud materno-infanto-juvenil y el tema prioritario es dar apoyo a la estrategia nacional para la reducción de la mortalidad materno infantil. Estos puntos del convenio son:

- Salud materno infantil más allá de las cifras.
- Prevención de bacteriemias neonatales.
- Propuesta para mejorar las coberturas de vacunación en la Argentina.
- La prevención, asistencia e integración de los pacientes con HIV/Sida, en la adolescencia.
- Estrategias preventivas en relación al consumo de alcohol para niños, niñas y adolescentes.

El principal activo que tiene la SAP es el recurso humano, con una clara voluntad de política sanitaria desde la conducción y un firme compromiso con necesidades y requerimientos de nuestra comunidad. Tres de cuatro millones de las muertes neonatales que ocurren en el mundo, cada año, podrían ser evitadas con la implementación de intervenciones de bajo costo y sin necesidad de tecnología altamente desarrollada. Estas son las conclusiones de los autores de una nueva serie denominada "Supervivencia Neonatal", que se publicó en el 2005 en *The Lancet*. En el comentario de introducción, el editor Richard Horton, escribe: "El objetivo de la presente serie es borrar, de una vez por todas, la idea que sin tecnología, no se puede bajar la mortalidad neonatal". Un 40% de las muertes en menores de 5 años ocurren en el primer mes de vida. Tres cuartas partes de las muertes neonatales ocurren en la primera semana, con el riesgo más elevado de muerte en el primer día. Globalmente, las tres causas directas más importantes de muerte neonatales son los nacimientos de pretérmino, infecciones y asfixia. Un 72% de las muertes neonatales se pueden prevenir con intervenciones simples y costo efectivas. Estas son intervenciones para las cuales tenemos evidencia:

- Inmunización con toxoide tetánico, en el embarazo.
- Detección sistemática de sífilis y *Estreptococo agalactiae*.
- Parto limpio.
- Lactancia materna inmediata y exclusiva.
- Tratamiento de los casos de neumonía de la comunidad.

La SAP hace una gran inversión en recurso humano, programas de educación continua, becas de perfeccionamiento e investigación, cursos, consensos y comparte los objetivos del milenio. Todo esto también es asumido por la Región y es un compromiso desde su creación. Los trabajos del Dr. Néstor Vain y col. publicados en *The Lancet*, en forma de resumen, dicen: "No aspiren, no es necesario". El mejor momento para pinzar el cordón umbilical en recién nacidos es entre 30 y 120 segundos, lo que está asociado a menor necesidad de transfusiones y menor frecuencia de hemorragia intraventricular. "Antes de pinzar el cordón, esperen un minuto". Por último, se debe realizar una auditoría del proceso de atención, a partir de un resultado indeseado. La comunidad participa no sólo como fuente informativa, sino como vehículo de acciones posibles y debe incorporarse desde el comienzo de la programación. ▀

Dr. Gustavo Bardaui
Director Titular

“El pediatra es el médico de cabecera del niño y del adolescente”

**GRUPO EDITORIAL
REGIÓN METROPOLITANA**

Editores de

Noticias Metropolitanas: Dres. Leonardo Vázquez y Carlos Luzzani

Boletín Bibliográfico: Director: Dr. Ricardo Straface

Colaboradores: Dres. A. Ameijeira, S. Gleich, C. Luzzani,
J.L. Marsicovetere, L. Vázquez, M. Vázquez

ACTIVIDADES DE LA REGIÓN METROPOLITANA

► **Curso Intensivo**

“Enfoque Multidisciplinario en Medicina Interna”. Hospital Prof. Dr. Alejandro Posadas.

Día: jueves 21 de octubre de 2010, de 8 a 16 hs.

Informes e inscripción: 4469-9300, internos 1414-1413.

Dirección: Marconi e Illia s/n, El Palomar.

► **VII Jornadas Farmacéuticas del Oeste**

“Salud y Desarrollo Infantil”. Influencia del contexto ambiental, social y familiar

Organizadas por las filiales de La Matanza, Merlo, Moreno, Morón, Hurlingham e Ituzaingó, pertenecientes al Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires, conjuntamente con miembros de la Sociedad Argentina de Pediatría.

A desarrollarse los días 27 y 28 de agosto del corriente año, en la sede de la Unión Industrial del Oeste, parque industrial La Cantábrica, sita en Tres Arroyos N° 329, de Haedo, partido de Morón.

Temario

► **Día:** viernes 27 de agosto, 21.30 hs.

- **Conferencia Plenaria: El niño y el medio ambiente**

Disertante: Dra. María Inés Lutz.

► **Día:** sábado 28 de agosto, 14.00 a 20.00 hs.

- **Conferencia: Enfermedades transmitidas por alimentos**

Disertante: Dr. Gustavo Bardauil.

- **Conferencia: Farmacovigilancia. Medicamentos inapropiados en pediatría**

Disertante: Prof. Farm. Andrea Paura.

- **Conferencia: Enfermedades respiratorias**

Disertante: Dr. Claudio Pedra.

- **Conferencia: Secuelas de violencia infantil, maltrato y divorcios**

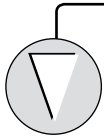
Disertante: Lic. Graciela Zoughout.

- **Conferencia: Drogas de estrecho margen terapéutico - Medicina integradora**

Disertante: Farm. Paulo Cáceres Guido.

- **Conferencia: Enfermedades comunes de la piel**

Disertante: Dr. Juan Luis Marsicovetere.



ENTREVISTAS a quienes nos muestran el camino

Dra. Patricia Cirigliano

Entrevista al Dr. Teodoro Puga

La brillante trayectoria del Dr. Teodoro Puga despierta al ser designado Practicante Mayor por concurso entre 1949 y 1952. Accede luego a jefaturas hospitalarias, en veintiocho años continuos de servicios a nivel municipal, donde llegó a ejercer la Secretaría de Salud.



Desde 1966 actuó como Jefe de Equipos. Con numerosos trabajos científicos premiados, fundó y dirigió la Escuela de Puericultura del Instituto Materno Infantil, en Lanús. Luego de ocupar cargos directivos llegó a Presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría. Coordinó, fue Secretario y Expositor en numerosos Congresos. Dictó 68 Conferencias magistrales. Teodoro Puga lleva la docencia en su ADN. Se entiende que tenga discípulos tan notables y que le quieran tanto. La necesidad de difusión popular del saber científico le ocupó en forma persistente. FUNDASAP acrisola hoy su experiencia editorial como Director de Publicaciones en el Hospital "Dr. Pedro de Elizalde", Secretario de Redacción de "Archivos Argentinos de Pediatría" y de la Revista Argentina de Perinatología y Puericultura". La Editorial Médica Panamericana lo convocó para supervisar las traducciones de dos colecciones originales en inglés y francés. Siendo Director Científico impulsó la edición de catorce libros. Dirigió en esa editorial, para la "Biblioteca Pediátrica" quince publicaciones.

El Dr. Puga germina la idea, plasmada en la creación y presidencia de Fundación de la Sociedad Argentina de Pediatría (FUNDASAP) que desarrolla múltiples actividades: "Construyendo puentes, con el niño, su familia y la comunidad".

N.M.: ¿Cuándo decidiste que serías médico?

Dr. Teodoro F. Puga (T.P.): Al fin del secundario. Una vez estaba con mi mamá en la cocina, y le dije: "Voy a ser médico"... Y lo fui.

N.M.: ¿Cómo afronta un pediatra la enfermedad grave?

T.P.: La facultad te enseña lo biológico. Hay que enseñar a los médicos cómo hacer y conversar con la gente. Esto recién aparece en el último tramo de la educación hospitalaria. A un médico joven le diría que no se ocupe solamente de la enfermedad, que ve grave, sino que hable con los padres, con los amigos y con el enfermo, porque es muy importante

lo psicológico y lo social, no sólo lo biológico. Decía Escardó: "Pensar no sólo en lo biológico sino también en lo psicológico-social, en la interdisciplina, en la transdisciplina". Florencio Escardó modernizó la Pediatría. Cuando abrió la cátedra en el Hospital de Niños, a un cuarto le puso *J. Korczak*, un educador comunitario. Habló a

las diádas y con padres, abuelos, nietos... La familia entera. Escardó organizó todo. Tuvo una discípula de lujo, Aurora Pérez. En el Hospital de Niños, en su Sala 17, fue el primero que puso a las madres con los niños (internación conjunta). Todos lo atacaban. Aún así, lo hizo y lo defendió. Por fin, se difundió no sólo por todos los hospitales sino por el mundo.

N.M.: ¿Y tu preocupación por lo social?

T.P.: Pensé que había que educar para la salud, no sólo a los médicos sino a la comunidad. Hay que explicar todo y evitar que alguien por los medios diga cualquier cosa y lo crean. FUNDASAP acaba de lanzar dos libros: uno es "*El cuidado de los hijos*" (Aguilar-Alfaguara), con más de treinta autores pediatras de la SAP; ellos le explican a los profesionales. El otro es el tuyo, "*El Libro para los Padres del Tercer Milenio*", que es muy importante para la gente, para que los padres, la comunidad y todos los que rodean al médico puedan aprender. El médico es un factor, pero los demás son muchos factores; lo psicológico, lo social y la transdisciplina. Lo supo bien Mamerto Acuña, que fue un gran presidente de la SAP. Era correntino y ejercía en el Clínicas. Tenía un gran sentido social, quizás por venir del interior.

N.M.: ¿Corporizaste esa visión en FUNDASAP?

T.P.: Sí. Ya Presidente de la SAP, establecí la Secretaría de la Comunidad, pero se hizo muy poco en esa dirección. Por eso hace 20 años, imaginando a futuro, pensé en crear FUNDASAP, para educar a la comunidad, a la familia, a los chicos; no para lo biológico, sino para lo psicológico y lo social. Acá en FUNDASAP Ediciones, actualizamos nueve libros de Escardó. Actualizaron Ageitos, Boggiano, Baranchuk, Matera y yo mismo. El primer libro fue "*Los Derechos del niño*". Nunca antes se había actualizado. Fue el primero en Argentina y América Latina. El libro de Arnaldo Rascovsky (era pediatra, psicoanalista y psiquiatra) "*El filicidio*" (del que habla

todo el mundo) lo actualicé con su hijo Andrés Sergio, también psicoanalista. El conocimiento popular es fundamental. La promoción y la prevención harán que la gente tenga mejor calidad de vida. Soy contrario a que un médico cualquiera aparezca y diga por televisión cosas que ni sabe. Estemos atentos. Por eso hicimos "El cuidado de los hijos" y por eso valoramos tu libro.

N.M.: *Muchas gracias. Cuéntame un poco de tu vida.*

T.P.: Siempre fui familiar, con una esposa muy compañera, que me va a acompañar hasta el final, porque nos entendemos muy bien. Tuvimos cuatro hijos. La mayor, médica, María Marta, Fernando, antropólogo, María Gabriela y Ricardo que es Programador de Sistemas.

N.M.: *Escribiste "Nietología y Abuelidad" para FUNDASAP ¿Puro sentimiento, no?*

T.P.: Sí. Tengo 13 nietos. La segunda nieta Maggi, tuvo un varón, Facundo, hace un mes. Ahora tengo un bisnieto... el primer bisnieto y estoy "chocho" con él. Le regalé el "Facundo" de Sarmiento... Sabés, mi hijo Ricardo se llama así por Ricardo Balbín. Fui muy político en una época...

N.M.: *Valoré tu compromiso en momentos difíciles (fue emocionante y te aplaudieron mucho). Dijiste en una reunión en la SAP: "las sociedades, las organizaciones intermedias, son las que tienen que ponerse de pie para defender la Democracia". ¿Te acuerdas?*

T.P.: ¡Claro! Así lo sentí siempre y creo que ahora hay que volver a decirlo fuerte, porque las organizaciones deben defender la Democracia. Pero que no agarremos el camino equivocado, sino como lo hizo Alfonsín, que fue un gran demócrata.

N.M.: *Ganaste muchos concursos...*

T.P.: En efecto, en Wilde aprendí la cultura de la gente y que hay que salir del hospital. Inauguré las Áreas Programáticas de los Hospitales, cuando fui Secretario de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. En Wilde, en seis años, llegamos a tener veinte camas cuando me fui. Creando la Escuela en Lanús saqué adelante, no a la Pediatría, sino la Puericultura para que las enfermeras y la gente en general supieran muchas cosas. Allí empecé con la Residencia en Pediatría. A los Residentes no sólo los dejaba en el Hospital (Pediatría, Neonatología o Consultorio externo) sino que iban dos veces por semana a trabajar con la gente. Creé un consultorio en la comunidad, en Villa Ofelia. Aprendían lo que era vivir fuera del Hospital. Gané el concurso en el Hospital Durand y fui Jefe de Pediatría durante varios años. Trabajamos con María Luisa Ageitos, con Dalamón y con Vucasovick. Estando

en el Durand, me llamaron de parte de Alfonsín y de Aldo Neri, para ser Secretario de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

N.M.: *¿Del Hospital surgieron los Maestros?*

T.P.: Claro. Te hablé de Acuña, Escardó, muchos que estaban en el Garrahan y la sala sexta del Hospital de Clínicas y muchos más. No te los quiero nombrar todos porque no caben. También en el Pedro de Elizalde.

N.M.: *Teodoro o Tolo, como por tu segundo nombre te llaman tus amigos, en tu opinión ¿que ha sido lo más importante en tu trayectoria?*

T.P.: Pensar... no en los médicos, sino en educar a la gente, a los del barrio, los parientes, la madre, el padre, todos los hijos, los nietos, los bisnietos. Educar a la comunidad fue y es lo más importante para mí, de ahí la importancia de tu libro.

N.M.: *Para abreviar en lo escrito ¿hay obra disponible?*

T.P.: La facultad nunca tuvo mucha obra. Sólo el decano Jaim Etcheverry hizo algunas transformaciones. Creó una cátedra de Atención Primaria. Me llamó y la hice. Todos los alumnos en primer año tenían previamente que hacer los módulos de Atención Primaria. Los llamábamos MAP. ¿Sabes cómo les decían los médicos de siempre y los profesores de siempre?: "el MAP, Medicina a la... M".

N.M.: *¿Cambió la mentalidad?*

T.P.: Sí. Se cambió. Después de Etcheverry vino Matera y ahora Bussi, que es muy bueno también y está cambiando cosas, pero el Hospital de Clínicas es un desastre. Luchan lo público y lo privado.

Las organizaciones son negocio, lo público se viene abajo. Hoy no se destacan los del hospital público, sino los de afuera. Yo me ocupé de la pirámide: arriba la alta complejidad (el Garrahan) y abajo los Centros de Salud, lo primero que inauguré cuando fui Secretario de Salud, ¿sabés que fue?; un Centro de Salud, en un barrio pobre, cerca de Lugano; se llamó *Gabriela Laperrier de Coni*.

N.M.: *Para cerrar, cuéntame sobre tu espléndida corbata.*

T.P.: Hace quince años empecé a regalar un viaje a los nietos. Fuimos a Sudáfrica con mi señora y las mayores: María y Maggi. Por televisión vi a un Ministro con la corbata puesta con la bandera, como ésta que ves ahora. La busqué, la busqué, la encontré, me la guardé, y ahora...

N.M.: *En plena Copa del Mundo es el momento de lucirla. Muchísimas gracias Doc...*

T.P.: Que tengas mucho éxito con el libro.

N.M: *Está escrito: "A los árboles por sus frutos los reconoceréis. Del árbol bueno, saldrán frutos buenos". He aquí el testimonio de dos discípulos amados del Dr. Teodoro Puga, el Dr. Ricardo Dalamón (RD) y el Dr. Jorge B. Vucsovick (JV). Ambos son pediatras de excelencia que consideran relevante su encuentro vital con él y expresan a N.M. recuerdos y sentimientos. Señalan algunos hitos revolucionarios en la historia de la Pediatría en la cual Puga ha inscripto capítulos imborrables.*

LOS TESTIMONIOS

JV: Teodoro Puga organizó la formación a nivel de excelencia de un numeroso grupo de pediatras que luego desarrollaron su accionar en el país. Tuvo la característica de saber escuchar de cada uno las inquietudes profesionales y vocacionales. Nunca trabajó. Siempre empujó hacia adelante.

RD: Ingresé a la Residencia y él era Jefe de Pediatría en el Hospital de Lanús. Era muy formal y riguroso con las obligaciones y horarios (él llegaba primero). Éramos todos muy jóvenes. Aprendí mucho a su lado. Puga fue y es un luchador infatigable. Entendí su cosmovisión de la Pediatría social cuando pocos hablaban de ello.

JV: Puga gestó la salida a la comunidad en Villa Ofelia, Monte Chingolo. Era una enorme barriada trabajadora, humilde y carenciada, con el más alto índice de mortalidad infantil, en la provincia de Buenos Aires. Con una enfermera idónea muy comprometida con la comunidad, atendíamos hasta 70 niños por tarde. Se logró con un trabajo intenso: bajar el nivel de mortalidad, vacunar y dar atención sanitaria en una nueva construcción. Eso, a pesar de la precariedad: habitación prestada, piso de tierra, luz portátil de un vecino, un tacho con agua y banquitos de cajones de manzana.

RD: Presentamos ese trabajo en el Congreso Internacional de Pediatría de 1974, en Buenos Aires. En aquella época, fue un enorme sacrificio por lo precario del centro. No comprendíamos que esa experiencia nos marcaría para toda la vida. Puga obligaba a rotar una vez por semana y durante toda la Residencia por una sala de Atención Primaria, ese centro de Villa Ofelia, una zona humilde cerca de Lanús.

JV: Debe reconocerse a Teodoro Puga ser uno de los efectivos promotores de la atención pediátrica de adolescentes y jóvenes en la Argentina. Su accionar me hizo sentir más comprendido, ayudado y acompañado. Siendo Puga Secretario de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires, logró que en 1984, que el Honorable Consejo Deliberante, elevara por ordenanza el techo de atención en Pediatría de

catorce a veinte años y cambiara la denominación por Departamento Materno Infanto Juvenil. También con él desarrollamos una cruzada pionera en Lanús, que extendió y difundió positivamente la lactancia materna.

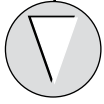
RD: Conmigo fue muy generoso. Al finalizar mi residencia me designó como médico de planta en Hospital Durand, donde había ganado una jefatura y, poco tiempo después, me solicitó acompañarlo en su carrera por la presidencia de la Sociedad Argentina de Pediatría (corría 1981). Ganó las elecciones y en su gestión al frente de la SAP, lo secundé como Secretario Técnico de la Sociedad. Siempre valoré la oportunidad de haber estado cerca de su gestión societaria.

JV: Con Teodoro Puga estimulamos la Educación para la Salud con la comunidad en el Hospital y en la SAP, junto con el Dr. Saúl Bioca y la Dra. en Trabajo Social, Dora García. Elaboramos con un equipo de salud (pediatras, psicólogos y asistentes sociales) una "Cartilla de los padres y el niño" que durante años se entregó a las parturientas en el Hospital de Lanús, el Hospital Durand y el Sanatorio Güemes, donde Teodoro Puga había sido Jefe. Él llevó la cartilla traducida al italiano e inglés a congresos en Italia, América Latina y al Congreso Internacional de Pediatría en la India.

RD: Puga es idealista, luchador, apasionado. Radical, muy inteligente, tremendamente emprendedor, con una enorme capacidad de trabajo y constancia a toda prueba. Hoy dirijo un Servicio de Pediatría y siempre lo tengo presente con su bonhomía y sencillez. Está el hombre en la toma de decisiones y reconozco que su recuerdo en la gestión me ayuda siempre a resolver conflictos con los colegas.

J V: Me identifico con Teodoro Puga desde el gran afecto y por haber aprendido de ese rasgo destacable en su personalidad a valorar, reconocer, apoyar el trabajo profesional con colegas e interdisciplinar. De él aprendí a resaltar lo valioso con independencia de ideologías, competencias y narcisismos comunes a la naturaleza humana, lo que me permitió trabajar sanamente con compañeros y amigos por y con los adolescentes.

RD: Como profesional crecí a su lado y siempre confié en mí como amigo. Siendo abuelo, me honró con la posibilidad de atender a todos sus nietos porteños. Muchos años después, tengo el orgullo de atender a su primer bisnieto, Facundo. Hace días hablamos por teléfono. Me dió enorme placer encontrarlo con la lucidez y entusiasmo que siempre le conocí. El Teodoro que conozco y admiro. A través de **NM** le envió este mensaje: ¡salud querido Tolo!... **►**



1) EL PESO EN LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA Y OBESIDAD A LOS 3 AÑOS DE EDAD

Muchos estudios han mostrado la asociación entre el peso del nacimiento y obesidad después. La mayoría ha encontrado que el peso de nacimiento más alto estaba asociado con un alto índice de masa corporal en la niñez y madurez. La mayoría, sin embargo, relevó la edad gestacional retrospectivamente o no ajustaron por edad gestacional. Este nuevo estudio (*Harvard Medical Study*, Boston, MA) involucra 559 niños en el Proyecto Viva, un estudio prospectivo-continuo de mujeres embarazadas y sus chicos. La talla y peso fue medida con precisión en el nacimiento, a los 6 meses y a los 3 años, el Z-Score de peso para talla al nacimiento se ajustó con la edad gestacional y Z-Score de peso para talla a los 6 meses se ajustó para Z-Score de peso para talla al nacimiento. Los investigadores fueron entonces capaces de predecir el efecto independiente Z-Score de peso para talla de nacimiento y Z-Score a los 6 meses sobre Z-Score del índice de masa corporal, grosor del pliegue cutáneo y obesidad (IMC para la edad y género > del percentil 95) a los 3 años. A esta última edad, 9% de los chicos estaban obesos. Los aumentos más rápidos en peso para talla a los 6 meses de vida estaban asociados con alto aumento de riesgo de obesidad y adiposidad en la edad de 3 años. Estos efectos fueron independientes de varios potenciales confundidores, que incluyen estado socioeconómico, madre fumadora, ganancia de peso gestacional e índice de masa corporal pre-embarazo. El peso para talla del nacimiento era sólo mínimamente asociado con estos resultados antropométricos. Los autores especulan que intervenciones tempranas para prevenir la ganancia de peso rápida en los primeros meses de vida puede ayudar a reducir el riesgo de obesidad en la niñez. Aunque el amantamiento estaba independientemente asociado con un menor predominio de obesidad en la edad de 3 años, el modo de alimentar no era un confundidor en este estudio. Finalmente, el nivel educativo y de ingreso de la población del estudio era bastante alto. Por consiguiente, no puede asumirse que los resultados puedan generalizarse a otros grupos socio-económicos.

Taveras E.M. et al. *Pediatrics* 123:1177-1183, mayo 2009.

Comentario: *A pesar del hecho que este estudio se llevó a cabo con gran atención en la exactitud y en eludir confusores, es más bien un salto grande de fe que las intervenciones tempranas para prevenir la ganancia de peso rápida en los primeros seis meses de vida puedan prevenir obesidad, sobre todo cuando nosotros no sabemos: a) el posible inconveniente de tales intervenciones en un organismo rápidamente (aun cuando sea demasiado rápidamente) creciente; b) si, aun cuando tales medidas eran efectivas en corto término, ellos tendrían un impacto verdaderamente significativo en el sobrepeso, obesidad y su efecto en su salud en la vida adulta. (R. Goldbloom). ▀*

2) VENTA INDISCRIMINADA DE CIGARRILLOS A MENORES DE EDAD EN TIJUANA, BAJA CALIFORNIA. ¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO MAL?

Introducción: en México, desde 1984, la Ley General de Salud prohíbe la venta de cigarrillos a menores de edad. A pesar de ello, encuestas recientes realizadas en México muestran una prevalencia de tabaquismo en adolescentes que oscila entre 13 y 28%.

Métodos: se seleccionaron aleatoriamente 10 regiones en la ciudad de Tijuana, Baja California. En cada zona fueron elegidos 15 negocios que vendían cigarrillos; se formaron 4 equipos para los intentos de compra, cada uno incluyendo un menor de edad (14-17 años de edad).

Resultados: de 150 intentos de compra, 99 (66%) tuvieron éxito; estos intentos fueron significativamente más exitosos cuando el menor era mujer, si el expendedor no preguntaba edad o pedía identificación y no había letreros que prohibían la venta de cigarrillos a menores. En regresión logística, sólo la presencia de carteles prohibiendo la venta a menores y la petición del documento de identificación al menor se asociaron, significativamente, con un intento fallido de compra.

Conclusiones: poner señalamientos prohibiendo la venta de cigarrillos a menores y que el expendedor pida un documento de identificación, constituyen medidas sencillas y de muy bajo costo que pudieran reducir de manera significativa la venta de cigarrillos a menores en nuestra ciudad.

Goodman-Meza D., Valles-Medina A. M., Laniado-Laborín R., Martínez-Ruiz J. C., Castro-García J. S., Dávalos F. A. Bol Med Hosp Infant Mex 2009;66 (3)234-240).

Comentario: Dada la frecuencia del hábito de fumar en menores de edad, en nuestro país, sin que se tome ninguna medida que busque evitarlo, no es un dato menor considerar el ejemplo de México como algo a imitar. ▀

3) ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO EN DISPLASIA BRONCOPULMONAR

La Displasia Broncopulmonar (DBP) es una de las secuelas más frecuentes que afecta al recién nacido de muy bajo peso. Esto es, a pesar de los avances de la medicina perinatal de los últimos años, como la administración de corticoides antenatales, surfactante exógeno, nuevos modos y estrategias de ventilación mecánica, mejoría de la nutrición parenteral y el uso más cuidadoso del oxígeno. El objetivo de la presente revisión es analizar y describir los recientes avances en la prevención y tratamiento de la DBP. Nuevas terapias preventivas han emergido, habiéndose demostrado que la administración de vitamina A y cafeína disminuyen la incidencia de esta afección. Los corticoides postnatales también disminuyen la incidencia de esta enfermedad, pero por sus efectos neurológicos a largo plazo, no se recomiendan actualmente. La administración de corticoides en la DBP establecida reduce el uso de ventilación mecánica y mejora la función pulmonar del recién nacido. Otras intervenciones preventivas como la administración de antioxidantes y óxido nítrico inhalado están siendo estudiadas. La persistencia del ductus arterioso se ha asociado a displasia, por lo cual, el cierre farmacológico precoz podría tener relevancia en la prevención de esta. Los nuevos modos de ventilación mecánica, como la ventilación sincronizada y la ventilación de alta frecuencia, no han disminuido la incidencia de esta enfermedad. Cualquiera sea el tipo de ventilación utilizada, debe aplicarse con la menor

presión inspiratoria y concentración de oxígeno requeridas, para mantener un adecuado intercambio gaseoso. El rango de saturación arterial de oxígeno recomendado para el niño prematuro, aún es motivo de estudio, pero la recomendación actual más ampliamente aceptada es aquella que oscila entre 88% y 95%.

Conclusión: La vitamina A y la Cafeína son drogas efectivas en la prevención de la DBP. Faltan estudios para determinar con mayor exactitud el posible rol del cierre temprano del ductus arterioso persistente y de la administración de esteroides post natales en la prevención de esta enfermedad. Bancalari M., Aldo. Rev. chil. pediatr. 2009;80(4): 309-322. ▀

4) INFECCIONES DE PIEL POR STAFILOCOCO AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD

El *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad (CA-MRSA) tiene un aumento importante como causa de infecciones de piel y tejidos blandos (SSTIs), particularmente en abscesos. La sensibilidad antibiótica ha cambiado en muchos países con el tiempo. La utilización de antibióticos (ATB) particularmente en abscesos es controvertida.

Varios estudios se han realizado para evaluar la terapia antibiótica junto con la incisión y drenaje. Para los abscesos, el fracaso clínico era asociado a la falta de incisión adecuada y drenaje y no al ATB, sin tener en cuenta el tamaño del absceso y el medicamento utilizado.

Para las infecciones de tejidos blandos (impétigo o celulitis sin absceso), no había ninguna diferencia en la resolución clínica de infección por MRSA, aun cuando era resistente al ATB elegido para la terapia.

La terapia antibiótica de CA-MRSA: aunque los gérmenes aislados en SSTIs siempre fueron resistentes a las penicilinas semi-sintéticas, como Dicloxacilina y Cefalosporina de primera generación y casi siempre sensibles a Trimetoprima-Sulfametoxazol (TMX-SMX), la sensibilidad para otro ATB vía oral no fue predecible.

La resistencia a Clindamicina ha estado aumentando, sobre todo si tiene resistencia a eritromicina, para lo que es necesario tener pruebas de sensibilidad antibiótica. El tratamiento de CA-MRSA SSTIs también puede ser infructuoso con TMX-SMX si el inóculo de CA-MRSA es alto, como en los abscesos no drenados.

El dilema al que nos enfrentamos es saber si son necesarios los ATB para el tratamiento de infecciones de tejidos blandos por CA-MRSA SSTIs y cuáles pueden tratarse con la incisión y drenaje exclusivamente. La ecografía es útil para identificar una colección y puede cambiar la impresión clínica en 22 a 56% de casos.

De los ensayos clínicos controlados, aleatorizados, que han evaluado el papel de los ATB para el tratamiento de abscesos, sólo uno sugiere que hay un beneficio en la utilización de los mismos. Ninguno evaluó la suficiencia de la incisión inicial y del procedimiento del drenaje.

Llera y Leva notaron que la falla del tratamiento podía deberse a una incisión y drenaje inadecuados. El dolor, la ansiedad durante la incisión y drenaje afectan la suficiencia del procedimiento. También, si era hecho por cirujanos, el procedimiento era probablemente mejor. Sólo un estudio mencionó el uso de sedación.

Aunque Lee encontró más fracasos del tratamiento si los ATB discordantes fueron usados después de la incisión y drenaje de abscesos mayores a 5 cm, otros estudios no apoyan este hallazgo. Otro problema planteado es si los ATB se tomaron como se prescribieron. Duong et al. encontraron una proporción de complacencia de 66% en su estudio. Desde que la resistencia a clindamicina ha aumentado en varios países durante los últimos años, hay preocupaciones sobre los efectos colaterales y eficacia en el tratamiento con TMX-SMX de abscesos que no se han drenado.

Es importante determinar si los ATB son necesarios para tratamiento de los pacientes con abscesos que se han drenado adecuadamente y no están extremadamente comprometidos (fiebre alta, CRP>13, exantema medido por toxina, hipotensión).

La celulitis presenta la situación más difícil, particularmente si no hay material para cultivar. Ciertamente, la ecografía sería muy útil para definir las colecciones inaparentes. La terapia antibiótica

debe guiarse por las sensibilidades antibióticas locales del CA-MRSA.

La posibilidad de infección por estreptococo grupo A β -hemolítico (GAS) debe ser considerada, sobre todo si el paciente tiene erisipela o shock tóxico. Doxiciclina y TMX-SMX no son eficaces para la celulitis debida al GAS o si hay un absceso insospechado.

Los pacientes tratados ambulatoriamente deben ser controlados en 24 hs. El impétigo y la foliculitis pueden tratarse tópicamente con Mupirocina, sin embargo, la resistencia a este procedimiento ha ocurrido, por lo que el tratamiento debe juzgarse clínicamente.

Prevención de infecciones de piel y tejidos blandos: la descolonización intranasal con Mupirocina y los lavados con Clorhexidina, han tenido algún éxito en la eliminación de la portación de CA-MRSA entre los contactos cercanos de pacientes, pero no es completamente eficaz y requiere identificación del contacto.

Esta estrategia se ha intentado en los grupos de alto riesgo con éxito a corto plazo, pero muchos pacientes se volvieron a recolonizar y algunos desarrollaron resistencia a Mupirocina. La estrategia de eliminar la trasmisión del CA-MRSA puede necesitar la descolonización del ambiente.

Conclusiones: CA-MRSA se ha vuelto una causa importante de SSTIs. Los datos actuales sugieren que pueden tratarse con éxito exclusivamente los abscesos con la incisión y drenaje, excepto si el paciente está sumamente enfermo. El ATB es la opción para la celulitis y debe guiarse por el predominio de CA-MRSA en la comunidad y su perfil de susceptibilidad antibiótica. Los estudios futuros deben usar la ecografía para identificar las colecciones que requieran drenaje. La sedación en el procedimiento también es importante para asegurar una incisión y drenaje eficaz.

Odell, Christine A. Current Opinion in Pediatrics 2010;22:273-277. ■

ADENDUM

“Los hombres siempre desaprueban lo que no son capaces de hacer.”

Cristina II (1626-1689), Reina de Suecia

Agéndelo:

X JORNADAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE LA SAP DISTRITO NORTE

Viernes 8 y sábado 9 de abril de 2011

VIOLENCIA EN EL ÁMBITO INFANTO JUVENIL ***Una realidad que nos preocupa***

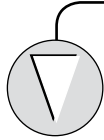
- ▶ **Objetivos:** Establecer el origen de una verdadera enfermedad emergente en nuestra sociedad (reconociendo la multicausalidad del mismo), exponer los actuales medios de detección y tratamiento, trabajar en talleres sobre el impacto del tema en los diferentes ámbitos y la elaboración de propuestas de cambio, buscando finalmente conclusiones que permitan sugerir un modo de acción realista y unificado en Capital y Conurbano, para el tratamiento y la contención de los afectados.

En conferencias, mesas redondas y talleres se desarrollarán los siguientes temas:

- ▶ *Origen de la violencia en nuestra sociedad*
 - ▶ *Violencia familiar*
 - ▶ *Violencia juvenil*
- ▶ *Medios de comunicación y violencia*
 - ▶ *Tratamiento jurídico*
 - ▶ *Indicadores de detección*
- ▶ *Situaciones de violencia en la escuela*
- ▶ *Redes actuales y proyectos de prevención*
 - ▶ *Presentación de casos*

Buscamos la participación de todos los sectores involucrados, entre ellos: Médicos, Asistentes Sociales, Psicólogos, Abogados, Docentes, Periodistas, etc., a quienes invitamos a concurrir, presentar trabajos y ser protagonistas de los talleres previstos.

- ▶ **Sede:** Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica "Dr. Carlos A. Gianantonio"
Salguero 1242. CABA.
- ▶ **Fecha límite para presentación de trabajos (preferentemente referidos al tema central):**
30 de noviembre de 2010.
- ▶ **Enviar on line** a través de página web de Sociedad Argentina de Pediatría:
www.sap.org.ar. Sección Congresos (ver reglamento).



CURIOSIDADES

Hospital de Infecciosas “Dr. Francisco Javier Muñiz”

Dr. Juan Luis Marsicovetere

El nacimiento del Hospital Muñiz está íntimamente relacionado con la epidemia de fiebre amarilla que azotó Buenos Aires en 1871. Analizaremos en esta presentación algunos aspectos relevantes de la vida del Dr. Muñiz y pasaremos revista, a vuelo de pájaro, de algunos acontecimientos, instituciones y lugares relacionados con la epidemia de fiebre amarilla de 1871 y con el Buenos Aires de fines del siglo XIX.

La Casa de Aislamiento era donde se colocaba a las personas con enfermedades desconocidas o mortales para excluirlas por miedo al contagio. Frente a ella se ubicaba, aunque sin coincidir temporalmente, el Cementerio del Sur. Ambos, como consecuencia de la epidemia de Fiebre Amarilla de Buenos Aires de 1871 fueron transformados y llegaron a ser la Casa de Aislamiento, el Hospital de Infecciosas “Dr. Francisco Javier Muñiz”, y a su frente, el Cementerio del Sur, el actual Parque Florentino Ameghino. Como consecuencia del cierre del Cementerio del Sur, se habilitó lo que es actualmente el cementerio de la Chacarita. El Ferrocarril del Oeste (luego Ferrocarril Sarmiento) tiene un papel protagónico en estos sucesos.

FRANCISCO JAVIER MUÑIZ (1795-1871)

Científico argentino, destacado por su actividad médica y por sus investigaciones epidemiológicas, zoológicas y paleontológicas. Es considerado el primer naturalista argentino. Su nombre completo fue Francisco Javier Thomas de la Concepción Muñiz. Nació el 21 de diciembre de 1795 en San Isidro, a escasos 200 metros de la Catedral, cuando esa localidad pertenecía al Partido de la Costa, pago de Monte Grande, provincia de Buenos Aires. Sus padres, Don Alberto José Muñiz y Doña Bernardina Frutos, se trasladaron a Buenos Aires para que Francisco continuara con su educación. A los once años, a pesar de que su edad lo eximía de tal compromiso, se alista como cadete en el Regimiento de Andaluces para intervenir en la heroica defensa de Buenos Aires y es herido de bala en la pierna derecha.

Estudió en el Instituto Médico Militar, fundado por el doctor Cosme Argerich para formar cirujanos para el ejército. Se graduó de médico en 1822, en la Universidad de Buenos Aires, creada el año an-

terior. Obtendría el doctorado en 1844. A partir de 1825, fue designado cirujano militar con el grado de teniente coronel de la Guardia de Chascomús. Allí organizó el primer hospital de campaña y delineó un reglamento que debía seguir el cuerpo de cirugía. Tuvo a su cargo el servicio de hospitales y ambulancias, que contó con treinta y dos carros cubiertos, siendo los primeros de su tiempo preparados para el transporte de heridos en campaña. Precisamente en la localidad de Chascomús y sus alrededores, obtuvo buena cantidad de piezas fósiles, como restos de gliptodonte. Cuando en 1826 estalló la Guerra del Brasil, fue nombrado médico y cirujano principal del Ejército.

En el año 1828, Muñiz se estableció en la Villa de Luján. Ejerció como Médico de Policía, cargo creado por Rivadavia en 1822 para mejorar la salud pública. Este nombramiento consistía, entre otras cosas, en observar y vigilar las condiciones sanitarias de las personas y de los animales (no existían aún los veterinarios), como asimismo combatir el curanderismo, tan arraigado en esa época. Fue el Administrador de la vacuna antivariólica en el partido de Luján. La aplicó a gran número de los pobladores de su jurisdicción y salvó la vida de centenares de personas. La elección del lugar no fue casual. Muñiz sabía que tiempo atrás, en 1788, el dominico Manuel de Torres había dado cuenta de la existencia de un yacimiento fosilífero en las barrancas del río Luján. Realizó sus investigaciones paleontológicas en su tiempo libre, extrayendo de las barrancas del río Luján una extraordinaria serie de fósiles. Por sus propios medios, Muñiz exhumó restos de varias especies animales extinguidas (unas conocidas y otras descubiertas por primera vez), las reconstruyó y estudió con cuidado, comenzando así esta ciencia en el país. Entre sus hallazgos figuran mastodontes, megaterios, toxodontes, milodontes, gliptodontes, caballos y tigres fósiles. Sus trabajos sobre Paleontología Argentina fueron compilados por Domingo Faustino Sarmiento en 1885.

En 1836 combatió una epidemia de escarlatina. En 1844, la ciudad de Buenos Aires quedó desprovista de la vacuna antivariólica, debido al bloqueo anglofrancés. Cabe recordar que, en ese entonces, la vacuna se transmitía de brazo en

brazo. El gobernador Rosas pidió alguna solución a Muñiz. Éste se trasladó a Buenos Aires con una hija de pocos meses recién vacunada, con cuya linfa pudieron ser inoculadas varias personas, con lo que se pudo restablecer el circuito de vacunaciones en la ciudad.

En 1841 le regaló su colección paleontológica a Rosas: once cajones acompañados por una nómina de los fósiles (Florentino Ameghino diría, más tarde, que no se las regaló, que en realidad el gobernador lo obligó a donarlas). Rosas no las valoró en su significado y se las obsequió al almirante francés Dupotet.

Muñiz siguió trabajando y reunió una colección de fósiles más grande aún, que donó en 1857 al actual Museo de Ciencias Naturales Buenos Aires. Sus colecciones fueron estudiadas por grandes paleontólogos de la época como De Gervais y Ameghino. Estableció un vínculo epistolar importante con el científico y naturalista británico Charles Darwin.

El descubrimiento paleontológico más importante de Muñiz fue, según los historiadores de la ciencia, el del tigre fósil por él descrito en 1845. En 1847 terminó su obra "Apuntes topográficos del centro de la provincia de Buenos Aires". La obra es una reseña topográfica, pero también analizaba la composición del suelo y de la geología. En su aspecto humano, estudiaba la incidencia del clima, la alimentación y el trabajo, sobre las características físicas y psíquicas de los habitantes y sobre sus enfermedades más frecuentes.

Tras veinte años de trabajo en Luján, a fines de 1848, resuelve regresar a la escena metropolitana. En abril de 1849, Rosas lo designa Conjuez del Tribunal de Medicina y, en febrero de 1850, se hace cargo de la enseñanza de "Partos, enfermedades de mujeres y niños" en la Facultad de Medicina. Fue el médico personal de Rosas, a quien trataba por una afección prostática y fue nombrado Conjuez del Tribunal de Medicina. Actuó en la batalla de Caseros. En 1853 fue electo diputado del Estado de Buenos Aires, por la sección de la campaña que comprendía Luján y, al año siguiente, senador provincial. Desde 1858 hasta 1862, fue decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. En 1865 sobreviene la Guerra con el Paraguay. Con 70 años a cuestas, Muñiz reitera su patriótica oferta. El Vicepresidente Marcos Paz la acepta y agradece en nombre del país. Vestido de paisano, con instrumental quirúrgico a cuestas, se presenta en el Cuartel General de Paso de los Libres ante el sorprendido General Mitre.

En febrero de 1866 se le recomienda la organización y dirección de todos los hospitales instalados

en Corrientes, donde combate la epidemia de cólera y ayuda a morir a uno de sus hijos. Permanece en Corrientes hasta octubre de 1868, año en que fallece su esposa. En agosto de 1869 renuncia a sus cargos y se retira a la vida privada. La Legislatura de Buenos Aires le rinde homenaje al acordarle una pensión. A comienzos de 1871, la epidemia de fiebre amarilla invade la metrópoli. El médico en su retiro, no olvida su deber hipocrático y auxilia a las víctimas. Alberga en su quinta de Morón al joven Francisco López Torres, amigo de su familia, quien no consigue aislarse del mal. Muñiz lo atiende y muere el 8 de abril, víctima de la fiebre amarilla. Sus restos descansan en la Recoleta. Su familia hizo levantar uno de los más bellos monumentos. Lo encargaron al escultor italiano Ettore Ximénez (1855-1926) quien hiciera también el mausoleo de Manuel Belgrano, inaugurado en 1903 en la Iglesia de Santo Domingo.

HOSPITAL DE INFECCIOSAS "DR. FRANCISCO JAVIER MUÑIZ"

En el año 1893, siendo Director de la Asistencia Pública el Doctor José Ayerza, se conformó una Comisión que confeccionó el plano del nuevo proyecto del Hospital, de la que participó el Doctor Penna. El conjunto hospitalario receptó en su concepción el pensamiento higienista, inspirado en las ideas reformistas de la Europa del siglo XIX, destacándose un sistema de pabellones, con los ambientes ventilados, distanciados y vinculados entre sí por senderos y jardines circundantes para la curación y prevención de enfermedades, mediante la acción benefactora de la luz natural y el uso adecuado y estético de la vegetación.

En 1893 se pone la piedra fundamental para la construcción de 18 salas en los terrenos de la Casa de Aislamiento, que se transformaría en lo que hoy es el Hospital Muñiz. Desde su inauguración fue adscripta a la Facultad de Medicina y asiento de la Cátedra de Clínica Epidemiológica. El 20 de septiembre de 1901, se inauguró en el Hospital la "Escuela Interna para Niños con Enfermedades Infecciosas", con el objeto de brindar educación a aquellos pequeños que permanecían durante largo tiempo apartados y segregados de la sociedad. En sus más de cien años de existencia, el Hospital Muñiz ha enfrentado todas las epidemias que afectaron a la Argentina a lo largo del tiempo. Desde la poliomielitis a mediados de la década de 1950 y de sarampión en 1969. Ha actuado a partir de la década del '80 como centro de referencia, formador de recursos humanos y colaborando a nivel nacional en la elaboración de normas para

la atención médica, el diagnóstico, el control y la prevención de las enfermedades transmisibles, en las siguientes situaciones sanitarias críticas:

- **Durante 1980-1989:**
 - Pandemia VIH-SIDA: primer hospital del país en asistir y estudiar esta enfermedad.
 - Rebrote de tuberculosis coincidente con la situación mundial.
 - Emergencia de la tuberculosis multirresistente.
- **Entre 1990 y 1999:**
 - Epidemia americana de cólera.
 - Epidemia americana de dengue.
 - Emergencia en la región del síndrome pulmonar por hantavirus.
 - Brotes epidémicos de leptospirosis en el conurbano bonaerense.
 - Emergencia de una nueva rickettsiosis en el NOA.
- **Desde el 2000 hasta la fecha:**
 - Intentos de bioterrorismo (Ántrax) con *Bacillus sp*, similar al antrax.
 - Probabilidad de introducción del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS).
 - Probabilidad de introducción de la *influenza* aviar.
 - Brotes de dengue en todo el norte argentino y dengue hemorrágico en zonas fronterizas.
 - Brotes de leptospirosis en las provincias de Santa Fe, Entre Ríos y Buenos Aires.
 - Brote de fiebre amarilla en el NEA.
 - Brotes de leishmaniasis en el NEA.
 - Reemergencia de la rabia urbana.
 - Corrimiento de la frontera de fiebre hemorrágica argentina.
 - Emergencia de una nueva rickettsiosis en la provincia de Buenos Aires.

En la actualidad, el Hospital Muñiz es un hospital monovalente especializado en enfermedades infecciosas, con prevalencia de pacientes afectados con tuberculosis y VIH/sida, brindando atención médica, asimismo, en casos de botulismo, leptospirosis, tétanos y lepra; contando con un cuerpo profesional que es considerado el más importante a nivel nacional en su especialidad. El nombre de Francisco Javier Muñiz al frente de un hospital entraña un acto de justicia histórica.

CEMENTERIO PÚBLICO DEL SUR-PARQUE FLORENTINO AMEGHINO

Delante del Hospital Muñiz, en un predio que perteneció a la familia Escalada, donde falleció a muy temprana edad Remedios de Escalada de San Martín y en homenaje a otro gran naturalista argen-

tino, está ubicado el Parque Florentino Ameghino. El parque posee un monumento en su centro, que conmemora la valentía y generosidad de los héroes y mártires de la epidemia de fiebre amarilla de 1871. Su autor fue Juan Manuel Ferrari. En este lugar existió un cementerio: el Cementerio Público del Sur, que fue inaugurado en 1867. Colmó su capacidad durante la epidemia de fiebre amarilla. Hasta allí, durante las noches del verano-otoño de 1871, eran llevados los restos de las víctimas. Los encargados de esta lúgubre tarea, eran los presos, a cambio de una reducción de su condena. Se calcula que fueron alrededor de 14 000 las víctimas de la epidemia (el 8% de los porteños de entonces). Clausurado definitivamente el 24 de agosto de 1882. Con posterioridad, varios cuerpos acumulados en el predio, fueron trasladados a otros cementerios, como el caso del escritor José Mármol y del médico Francisco Javier Muñiz. No todos fueron exhumados y se sospecha queden algunas tumbas bajo la superficie del actual parque, como la de la esposa del general Gregorio Aráoz de Lamadrid. Desde el año 1882 fue llamado Parque Bernardino Rivadavia. En el año 1928 se cambió su nombre por el de Parque Ameghino y el nombre de Parque Rivadavia, pasó al actual parque de la avenida Rivadavia, antiguamente llamado Quinta Lezica o Parque Lezica.

CEMENTERIO DE LA CHACARITA

Clausurado el Cementerio del Sur, hubo necesidad de crear otro, habilitándose con tal motivo el Cementerio denominado de la Chacarita Vieja. El terreno del actual Parque Los Andes, frente al Cementerio de La Chacarita, formaba parte de terrenos de La Chacarita de los Colegiales, que pertenecía al colegio jesuita de San Ignacio (recordado por Miguel Cané en su libro *Juvenilia*). A fines del siglo XIX, parte de los terrenos se pusieron en venta y otra parte pasó a formar parte del Estado. La primera sección de este parque tiene un nacimiento lúgubre, como consecuencia de la mortandad producida en la ciudad durante la epidemia de fiebre amarilla. Por ese motivo, el gobernador de Buenos Aires Emilio Castro, creó un cementerio en el actual solar del parque. En 1886 se colmó su capacidad y fue clausurado. Once años más tarde, se trasladaron los restos humanos desde el ya llamado cementerio de la Chacarita vieja al cementerio de la Chacarita nueva, situado en el lugar actual. Fue entonces cuando se planificó el parque, que en un principio se llamó Rancagua, pero que en 1904 fue bautizado con el nombre de Parque Los Andes.

FERROCARRIL OESTE

El trazado original del Ferrocarril General del Oeste partía, desde la hoy llamada Plaza Lavalle, detrás del actual Teatro Colón y llegaba hasta Floresta. Durante la epidemia de fiebre amarilla, se incorporó un tramo del Ferrocarril Oeste, que circulaba por la hoy conocida como avenida Corrientes, hasta el Parque Los Andes, para funcionar como receptora de ataúdes. Dicho tramo partía desde la estación Bermejo, situada en la esquina de la calle homónima (hoy Jean Jaurés) y la avenida Corrientes, y llegaba hasta donde actualmente se encuentra el Parque Los Andes. Además del depósito de cadáveres de Bermejo, había otros dos situados en las esquinas de Corrientes y Medrano y de Corrientes y Scalabrini Ortiz (entonces llamada Camino Ministro Inglés). John Allan, primer conductor de la locomotora *La Porteña*, condujo este lúgubre tren y falleció víctima de la epidemia, a los 36 años. ■

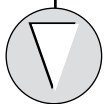
BIBLIOGRAFÍA

- Nicolau, Juan Carlos. Ciencia y técnica en Buenos Aires 1800-1860. Ed. EUDEBA, Bs. As., 2005.
- Chávez, Fermín. La cultura en la época de Rosas. Bs. As., 1991.
- Babini, José. La Ciencia en la Argentina. Biblioteca de América, Libros del tiempo nuevo. EUDEBA, 1963.
- Memoria de la Ciudad, 1893-1894.
- Chávez, Fermín. Iconografía de Rosas y de la Federación. Edit. Oriente., 1970. Anónimo. 1934.
- La medicina en el Río de la Plata. Anuario de la Empresa Bayer. Buenos Aires.
- Babini, J. La evolución del pensamiento científico en la Argentina. Buenos Aires. 1954.

- Furlong, F. Naturalistas argentinos durante la dominación hispana. Cultura Colonial Argentina VII. Huarpes S. A. Bs. As, 1948.
- Muñiz, F. J. Escritos Científicos. Con comentarios de Domingo F. Sarmiento y juicios críticos de Bartolomé Mitre y Florentino Ameghino. La Cultura Argentina. Buenos Aires, 1916.
- Muñiz, M. J. Discurso leído en homenaje al bicentenario del natalicio de Francisco Javier Muñiz. Inédito Buenos Aires, 1995.
- Palcos, A. Nuestra ciencia y Francisco Javier Muñiz. El sabio, el héroe. Biblioteca Humanidades, t. XXIX, Universidad Nacional de La Plata 1-349. 1943
- Sarmiento, D. F. Vida y Escritos del Coronel D. Francisco J. Muñiz. F. Lajouane. Buenos Aires, 1885.
- Sastre, M. El Tempe Argentino o el Delta de los ríos Uruguay, Paraná y Plata. Edición Gratuita del Consejo Nacional de Educación. Buenos Aires, 1943.
- Pizzorno, Ángel. Fiebre Amarilla en Bs. As. mayo de 2006.

En la web

- Giacchino, A. Breve biografía del Doctor Francisco Javier Muñiz (1795-1871). 2000. www.fundacionazara.org.ar
- Vadell, E. Francisco Javier Muñiz en el Pensamiento Sarmientino. 2007. www.ambasamericas.net
- Aguilar, H. Dr. Francisco Muñiz 1795-1871. Médico militar, naturalista y paleontólogo. 2008.
- Pelegrinelli, Daniela. Parque Patricios. Breve crónica de un barrio porteño.
- La Gazeta Federal www.lagazeta.com.ar



FRASES CELEBRES...

Dr. Leonardo Vázquez

Estas frases textuales (especialmente seleccionadas) fueron escuchadas alguna vez en un consultorio pediátrico a lo largo de muuuchos años...

Son transcritas con todo respeto, con la única finalidad de esbozar una sonrisa.

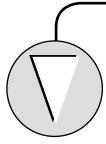
“Cuando me hicieron la ecografía a los seis meses, ya se chupaba el dedo en la panza.”

“Tiene la `chocha` ardida como el infierno.”

“La nebulicé con `infusión fisiológica`.”

“Ya va sola al baño y se `higiene` sola.”

“Tiene mocos verdosos y amarillosos.”



LA IMPORTANCIA NUTRICIONAL DEL HUEVO EN LA ALIMENTACIÓN DE BEBES Y NIÑOS

Lic. Romina Sayar*

La alimentación durante los primeros años de vida adquiere suma importancia por su enorme impacto en el crecimiento y desarrollo de los niños.¹ Este especial cuidado nutricional en la infancia se debe a los elevados y específicos requerimientos, es decir, a la cantidad y calidad de nutrientes necesarios en la velocidad de crecimiento y el óptimo desarrollo del organismo. Los cambios fisiológicos y del desarrollo que ocurren en la infancia son notables.² Además, las conductas alimentario-nutricionales adquiridas en esta etapa de la vida, influyen en el desarrollo de hábitos alimentarios saludables para el resto de la vida de la persona.

La leche materna es el alimento ideal para posibilitar un adecuado crecimiento y desarrollo y, por ende, la mejor fuente de nutrición para los bebés. De manera tal, que existe un consenso entre diferentes organismos nacionales e internacionales (Organización Mundial de la Salud, UNICEF, Academia Americana de Pediatría y la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Argentina) sobre la necesidad de conservar la lactancia materna exclusiva mínimamente hasta los 6 meses de edad y se recomienda continuar hasta los 2 años o más, con la adecuada complementación de otros alimentos, ya que a partir de los 6 meses de edad, aumentan los requerimientos nutricionales y la leche materna no es suficiente para satisfacer dichas necesidades.³

En cuanto a la alimentación complementaria, en la Argentina se observan importantes diferencias respecto del tipo, textura y consistencia de los alimentos brindados a los niños en relación a las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Infantil, dado que los primeros alimentos que recibe el niño están determinados por pautas culturales, mitos y creencias muy arraigados en la población, así también por cuestiones de acceso a los mismos.⁴

La Sociedad Argentina de Pediatría recomienda que los niños de 6 a 12 meses reciban un 50% de proteínas de alto valor biológico, mientras que para los mayores de 1 año ese valor correspondería a un 20 a 40%.⁵ Según la ENNyS (Encuesta Nacional de Nutrición y Salud), los alimentos que se incorporan en la alimentación del lactante hacia el sexto mes de vida en el Gran Buenos Aires, incluyen en su mayoría alimentos pobres en proteínas de este tipo, entre ellos: puré de frutas frescas, puré de vegetales cocidos, pan o galletitas y papillas.⁶ Según las Guías Alimentarias para la Población Infantil, la cantidad de energía requerida del "alimento complementario" oscila entre 65 y 80 kcal/100g. Esto no es fácil de alcanzar en la primera etapa de introducción de los alimentos porque las papillas, dependiendo cuáles sean sus componentes principales, resultan de baja densidad energética. También se destaca la baja densidad calórica en muchos alimentos líquidos como jugos, sopas y caldos que consumen.

En cuanto a la calidad de las proteínas, al ser en su mayoría alimentos vegetales, las mismas presentan deficiencias de *aminoácidos esenciales*.

De los distintos análisis se puede inferir que la alimentación complementaria es suficiente en calorías pero deficiente en proteínas, sobre todo, aquellas de alto valor biológico; esto podría presentar un riesgo mayor en cuanto a la desaceleración del crecimiento, como consecuencia de carencias nutricionales. Es en este punto, donde el alimento huevo adquiere relevancia nutricional. El huevo es un alimento sano y completo considerado protector debido a la cantidad y calidad de nutrientes que aporta protegiendo al individuo de enfermedades por carencias. Según la FAO, el huevo es uno de los alimentos más nutritivos de la naturaleza.⁷ Un huevo aporta 75 calorías, 6,25 g. de proteínas, contiene los 9 aminoácidos esenciales y un valor biológico de 93,7. Luego de la proteína de la leche materna, la proteína del huevo es la que mejor aprovecha nuestro organismo.⁸

Además, contiene todas las vitaminas y minerales (niacina, riboflavina, vitamina A, vitamina E, tiami-

* Centro de Información nutricional.
infocin@opcionestelmex.com.ar
www.infocin.com.ar

na, hierro, magnesio, potasio, selenio, zinc, entre otros) a excepción de la vitamina C.

La yema de huevo aporta hierro de mayor biodisponibilidad que los alimentos vegetales y ácidos grasos esenciales, tales como linoleico y alfa-linolénico, que intervienen en el normal desarrollo del sistema nervioso del bebé. La yema de huevo es la mejor fuente de colina, una sustancia esencial que interviene, junto con el ácido fólico, en la formación del tubo neural.

La yema se puede incorporar hacia el sexto mes de vida. Es ideal para suplementar y fortificar las papillas ya que el hierro, los ácidos grasos esenciales y la colina contenidos en ella, resultan nutrientes esenciales para el crecimiento y el desarrollo funcional del cerebro. Además, su textura suave y sabor agradable es conveniente para los infantes en este período. Con respecto a las grasas de la yema, la misma aporta 5,5 gramos de lípidos, que son en su mayoría insaturados, con predominio de ácido graso oleico.

Ya ha sido demostrado científicamente que el colesterol contenido en la yema no aumenta el colesterol sanguíneo en personas sanas.⁹ Además, en los niños, no es recomendable limitar la cantidad o el tipo de grasas de la alimentación durante los dos primeros años de vida. La restricción de grasas durante los dos primeros años de vida puede traer consecuencias indeseables para el crecimiento y desarrollo, y no ofrece ventajas respecto de la prevención de enfermedades crónicas.⁴

El contenido de hierro de la yema es de gran importancia debido al aumento del requerimiento de este mineral, relacionado con la mayor velocidad de crecimiento y porque los depósitos del bebé alcanzan para sostener su duplicación del peso corporal, la que se produce alrededor del cuarto mes de vida. A partir del quinto mes, el bebé es totalmente dependiente del hierro consumido a través de la dieta.

En cuanto a su temido potencial alergénico, las Guías Alimentarias para la Población Infantil, mencionan que, para algunos alimentos, como el caso del huevo, hay recientes indicaciones, tanto así que si no existen antecedentes de alergia en la familia, la yema puede incluirse en la alimentación a los seis meses de vida.

La colina es una sustancia esencial con propiedades antiinflamatorias que se encuentra en la yema que se mantuvo prácticamente no reconocida hasta 1998, cuando la Academia Nacional de Ciencias

estableció sus recomendaciones. Mucho se ha demostrado en investigaciones recientes sobre la colina acerca de su vital contribución a la salud humana. La colina contribuye al correcto funcionamiento y estructura de las membranas celulares, además interviene en el metabolismo de la grasa y el colesterol, facilita la comunicación intercelular e interviene en la creación de los neurotransmisores responsables de los centros de la memoria y de las contracciones musculares.

El consumo promedio de colina para los niños mayores se encuentra muy por debajo del nivel de consumo adecuado establecido por las recomendaciones nutricionales.¹⁰

Luego, hacia los diez meses de vida, pueden agregar a la alimentación complementaria la clara de huevo. La clara aporta proteínas de la mejor calidad contribuyendo al crecimiento y desarrollo de los órganos y músculos. De esta manera, el niño hacia el año de vida, puede beneficiarse de las cualidades nutricionales del huevo entero.

Un huevo entero provee 75 calorías, 6,25 gr. de proteína, lo cual cubre el 30% del requerimiento diario de un niño de entre 3 y 5 años de edad y 0,72 mg de hierro, que equivalen a un 10% de las recomendaciones de hierro.⁸

Por lo expuesto, y tal como lo recomiendan las Guías Alimentarias para la Población Infantil, para lograr una adecuada alimentación complementaria, es necesario utilizar alimentos variados como cereales, hortalizas feculentas (tubérculos), carnes y huevos, legumbres, verduras, frutas y aceites, como los que se encuentran en los grupos de alimentos representados en la Gráfica de la Alimentación Saludable de las Guías Alimentarias para la población Argentina.⁴

El huevo es un alimento altamente nutritivo que se encuentra disponible y accesible a toda la población. Es por ello que, cuando se trata de la salud y nutrición de los niños, los huevos ofrecen óptimos beneficios para el desarrollo, como así también la prevención de enfermedades por carencia, a la vez que se incorporan hábitos alimentarios saludables. Hoy en día se han revalorizado los beneficios nutricionales de este alimento.

El huevo es, por tanto, un alimento protector y beneficia la salud de bebés y niños; por ello debe incluirse en su alimentación. Incluir huevos en la alimentación aumenta el valor nutricional de las papillas y de todas preparaciones y recetas de alimentos. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Morano J. Tratado de Pediatría. Segunda edición. Editorial: Atlanta. Buenos Aires. 1997;189-190.
2. Fomon, SJ. Nutrición del lactante. Primera edición. Ed.: Mosby/Doyma Libros. Madrid 1995.
3. Torresani M.E. Cuidado nutricional pediátrico. Editorial: EUDEBA. Buenos Aires. 2001;127-129.
4. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Guías Alimentarias para la Población Infantil. Argentina. 2006; 8-42.
5. Comité de Nutrición. Sociedad Argentina de Pediatría. Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años Argentina. 2001;43-44.
6. ENNyS. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, Documento de resultados. Argentina. 2007;67-68.
7. www.fao.org/ag/againfo/subjects/es/eggs.html
8. USDA Nutrient Database for Standard Reference, Release 12 /Eggyclopedia, Unabridged 6/99 (Egg Nutrition Center-USA).
9. JAMA, 1999; 281: 1387-1394. A prospective study of egg consumption and risk of cardiovascular disease in men and women. Frank B. Hu et al.
10. Zeisel SH, da Costa KA. Choline: an essential nutrient for public health. Nutr Rev 2009 Nov;67(7):615-23.



CON LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SÓLO NO ALCANZA

Dr. Saúl Gleich*

Como los certificados de defunción actuales dan información incompleta y muchas veces falsa, el objetivo de nuestro grupo de estudio de la Muerte Infantil (MI) de la Región Metropolitana de la SAP sería:
“Hacia una Historia Clínica completa de cada niño que fallece”

Esto se podría lograr a través del Certificado de Defunción de Fuentes Múltiples en el caso de muertes domiciliarias.

El hecho es que todo niño internado en instituciones, tanto públicas o privadas, tiene una Historia Clínica completa, es decir, que independiente de su evolución, los niños que son dados de alta y los fallecidos tienen ese documento.

Sabemos que el 90% aproximadamente de los fallecimientos ocurren en establecimientos asistenciales con internación, y el 10% restante en domicilio.

¿Por qué no usar la historia clínica de su internación como base de datos útiles para elaborar un diagnóstico completo?

Esto podría ser fácilmente cumplido a través de equipos multidisciplinarios entrenados al efecto, dependientes de las Secretarías de Salud de los

municipios, que recepcionarían las HC y las evaluarían posteriormente para clasificar las variables que el equipo crea necesario usar.

¿Por qué no crear sistemas de comunicación interinstitucionales, que contribuyan a mandar vía correo electrónico, las HC de los niños que fallecen en cada establecimiento?

Este sistema agilizaría enormemente la elaboración de las tasas locales, ya que en general, los niños fallecen fuera del municipio en que residen, sobre todo en el conurbano bonaerense.

Este sistema también se podría poner en función para denunciar los nacimientos de los niños en las instituciones, tanto públicas como privadas, a los municipios de residencia.

Tendrían que tener el aval de decretos municipales que le dieran soporte a la creación de estos grupos de trabajo coordinados por el intendente o el representante del ejecutivo municipal que él delegue, como muestra que estamos ante una política de Estado, y no ante un hecho coyuntural.

* Médico Pediatra

Los informes de la Mortalidad Infantil deben ser lo más completos posibles, para así ser fuente de datos para la creación de programas tendientes a su disminución.

No deben faltar los factores de riesgo más importantes que rodean al evento en general, como los antecedentes perinatales, los antecedentes familiares, el recorrido institucional que precedió al evento de muerte, etc., que no figuran en un simple certificado de defunción.

Sería importante lograr los valores de nacimientos divididos por barrios, con mayor rapidez, así como se logró bajar los tiempos de conocimiento del número de niños fallecidos. Esto redundaría en la rápida georreferencia de las zonas con mayor tasa de MI y, de esa manera, aplicar las políticas locales necesarias para controlar ese valor elevado. Pero no alcanza sólo con la localización de mayor tasa en cada municipio, que generalmente son los sectores en los que coexisten pobreza, NBI, falta de saneamiento ambiental, etc.

Se deberán tener los diagnósticos y definición de criterios de reducibilidad de cada uno de los niños, además de datos fundamentales como salud, educación, edad, número de embarazos, períodos intergestacionales de la madre, etc. Todo lo anterior, para poder elaborar y cruzar indicadores, que el grupo seleccionará como los más representativos en cada localidad.

También, sería importante una auditoría en la gestión de los programas municipales, provinciales y nacionales, de cómo llegan los beneficios a esas familias y su posterior corrección en caso de detectarse fallas.

No es infrecuente que observemos la superposición de programas en algunos sectores y otros carentes de los mismos. Esto genera un mal uso de los recursos, generando asimetrías y una inequidad manifiesta.

En resumen, para tener políticas de salud locales adecuadas en tiempo y forma, se deben tener datos precisos, confiables y completos del evento que se quiera modificar.

Para el caso de la MI, tener la Historia Clínica de la última internación o un certificado de fuentes múltiples para los fallecidos en domicilio, es fundamental para lograr éxitos rápidos y efectivos en la prevención y/o disminución de la misma.

Esto se podría lograr fácilmente y sin altos costos operativos, si hay una decisión política de im-

plementar un sistema comunicacional utilizando tecnología existente en todas las instituciones de salud del país.

Si las instituciones públicas y privadas dedican tiempo y personal para facturar las prestaciones que realizan para recuperar gastos, haciendo múltiples fotocopias y papeleos para ello, ¿no podrían dedicar un pequeño lapso de tiempo para usar un correo electrónico y enviar una HC al municipio de residencia del niño?

Incluso, se podría poner un arancel bajo como módulo de denuncia de niños fallecidos que estaría a cargo de un programa nacional y que seguramente no llegaría a las seis cifras anuales, para así hacer más atractiva la denuncia.

Otra alternativa sería hacer una ley que incluya la mortalidad infantil como “denuncia obligatoria” presentando la HC como una facturación a Obras Sociales.

¿Cuáles serían los grandes desafíos del siglo XXI?

- Descentralizar la información hasta el nivel barrial o municipal por lo menos, para los mismos indicadores que manejan UNICEF y SAP en su informe sobre Cifras de la Salud Materno Infantil.
- Que cada municipio tenga los datos barriales de lo que ocurre alrededor del fallecimiento de un niño (proceso salud-enfermedad-atención-ambiente) y no sólo los números fríos.

La pregunta a contestar hoy:

¿Qué municipio maneja todos estos indicadores a nivel local?:

- Población por edad.
- Población de menores de 5 años.
- Población bajo línea de pobreza/indigencia total.
- Población bajo línea de pobreza/indigencia de 0-18 años.
- Nacimientos por jurisdicción de la madre.
- Tasas de natalidad.
- Recién nacido de madres menores de 15 años.
- Recién nacido de madres de 15 a 18 años.
- Recién nacido de madres menores de 20 años.
- Recién nacido de familia de 4 o más hijos.
- Recién nacido de madre analfabeta o con primario incompleto.

- Recién nacido menor de 2.500 gr.
- Recién nacido menor de 1.500 gr.
- Mortalidad materna.
- Causas de mortalidad materna.
- Tasas de mortalidad infantil.
- Mortalidad neonatal (0-6 días).
- Mortalidad neonatal (7-27 días).
- Causas de mortalidad por criterios de reducibilidad.
- Mortalidad postneonatal.
- Principales causas de muerte MI.
- Principales causas de muerte de 0-5 años.
- Principales causas de muerte de 5-14 años.

Contestar a esta pregunta afirmativamente, en su totalidad, es un gran desafío.

¿Cuántos de estos indicadores maneja cada municipio a nivel barrial?

Además, otro desafío es que esos indicadores sean conocidos con no más de un año de ocurrencia. Por ejemplo, en el último informe de UNICEF-SAP se dan cifras del 2007 y algunas del INDEC 2006.

Soñar no cuesta nada, pero sin sueños o utopías es difícil avanzar.

Y mejorar estos programas es evitar muertes de niños.

Sólo se mejora lo que se conoce en su totalidad. Es por eso que considero que conocer sólo fríos números no alcanza para evitar las muertes reducibles o evitables de nuestros niños.

Para ello, es necesario que las fuentes de datos sean muy variadas.

No sólo las fuentes de oficinas de estadísticas alcanzan. Hay que sumar entrevistas con las familias de los niños fallecidos y los equipos de salud que participaron en el proceso salud-enfermedad-atención del caso para llegar a ese diagnóstico integral. Además, se deben crear en los municipios, equipos multidisciplinarios de expertos en el tema para la recolección y análisis de los datos y su ulterior presentación de propuestas.

Estos resultados deben ser las fuentes en las que se deben basar para la creación de programas, que sean adecuados a la situación local. ▀

