

SUMARIO

MESAS REDONDAS:

- Urgencias en Pediatría. Coordinadores: *Prof. Dr. Raúl P. Beranger* y *Dr. José E. Rivarola* 125
- Pediatría Social - Asistencia Médico Social - Problemas Sociales de la Alimentación. Coordinador: *Prof. Dr. José R. Vásquez* 147



Matersal

KASDORF

GALÁCTAGOGO HORMONAL VITAMÍNICO

Protege madre e hijo

Tres veces al día
una cucharadita



Envase de 80g
de granulado

DBI

Marca reg. de Clorhid de Fenformina

el agente hipoglicémico oral
de "amplio alcance"

... reduce con seguridad el azúcar
sanguíneo en la diabetes ligera,
moderada y grave, en niños y adultos

**empiece
despacio
vaya
despacio**

VENTA, DISTRIBUCION Y ATENCION DEL CUERPO MEDICO

CASIMIRO POLLEDO S. A.

COMERCIAL - GANADERA - INDUSTRIAL E INMOBILIARIA

Alsina 2934 - T. E. 97-1071/75 - Buenos Aires

un logro original de los laboratorios de investigación de
u. s. vitamin & pharmaceutical corporation

Arlington-Funk Laboratories
Nueva York, E.U.A

La norma de "¡empiece despacio! ¡vaya despacio!" en el uso de DBI, permite a un número máximo de diabéticos disfrutar de la comodidad, bienestar físico y regulación satisfactoria de la terapéutica por vía oral en casos de:

diabetes del adulto, estable
diabetes inestable (labil)
diabetes juvenil
diabetes resistente a la sulfonilurea

"¡Empiece despacio! ¡vaya despacio!" Significa dosis inicial pequeña (25 ó 50 mg en dosis fraccionadas, por día) con aumentos pequeños (25 mg) cada tercer o cuarto día hasta que los niveles de azúcar sanguíneos quedan regulados adecuadamente. La inyección de insulina se reduce gradualmente al par que se aumenta la dosis de DBI. Con DBI sólo se logra generalmente dominio satisfactorio de la diabetes estable ligera.*

Con la norma "¡empiece despacio! ¡vaya despacio!".

Más de 3000 diabéticos sometidos a tratamiento diario con DBI se han estudiado cuidadosamente por períodos varios hasta de tres años. No se notaron cambios histológicos ni funcionales en el hígado, sangre, riñones, corazón ni en otros órganos.

DBI (N¹-β-fenetilbiguanida) se ofrece en tabletas blancas, ranuradas, de 25 mg cada una, en frascos de 30 y 100.

* Nuestros representantes en cada país enviarán, a solicitud, un librete con instrucciones completas sobre la dosis para cada clase de diabetes y demás información pertinente.

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA

PUBLICACION MENSUAL

Organo de la Sociedad Argentina de Pediatría

Fichado

Cincuentenario de la Sociedad Argentina de Pediatría

Mesa Redonda;

Urgencias en Pediatría

Coordinadores: PROF. DR. RAUL P. BERANGER
y DR. JOSE E. RIVAROLA

Dr. Beranger: Esta Mesa Redonda sobre el tema "Urgencias en Pediatría" se caracteriza por no tener relatores, de manera que ha de funcionar recibiendo preguntas que serán respondidas por sus integrantes de acuerdo a la naturaleza de las mismas.

Participan de ella los Dres. Salvador de Majo (Endocrinólogo), Héctor J. Vázquez (Neurólogo), Carlos Gianantonio (Internista), Gustavo Berri (Cardiólogo), Emilio Astolfi (Toxicólogo), Pedro Visciglio (que responderá a todo lo relacionado con recién nacidos), Marcos R. Llambías (Cirujano), Juan Carlos Arauz (Endoscopista), Martín Girado (Neurocirujano), Horacio Aja Espil (Cirujano), y como invitados especiales los Profesores Pierre Royer, de París, Angel Ballabriga, de Barcelona y Ricardo Yannicelli, de Montevideo, quienes nos honran con su presencia en estas "Jornadas Cincuentenario de la Sociedad Argentina de Pediatría".

Nuestros distinguidos colegas podrán apreciar que se ha contemplado la posibilidad de encarar las urgencias de los variados aspectos de la patología infantil con la intervención de distinguidos profesionales especializados, sobre la base de los actuales conocimientos de la etiopatogenia y fisiopatología de las enfermedades de la infancia.

Esperamos que nos hagan llegar las preguntas para comenzar de inmediato nuestra labor.

Pregunta el doctor Milioni: Causas y tratamiento de las convulsiones en el recién nacido.

Contestan los doctores: H. J. Vázquez, P. Visciglio y Prof. Ballabriga

Dr. Vázquez: Son múltiples los factores causales, capaces de originar convulsiones en el recién nacido. Fundamentalmente, el más importante, es la anoxia perinatal y sobre todo la hemorragia intracraneana (subdural), aracnoidea, intracerebral.

Las etiologías que siguen, aunque menos frecuentes, deben tenérselas presente: eritoblastosis, hipocalcemia, hipovitaminosis B₆, toxoplasmosis, etc.

El tratamiento en lo posible debe ser etiológico, pero mientras llegan los datos del laboratorio, se debe actuar sintomáticamente administrando oxígeno, Luminal ($\frac{1}{4}$ de ampolla) y/o Ampliactil ($\frac{1}{4}$ de ampolla).

Ante la primera convulsión debe actuarse enérgicamente para hacer la profilaxis del "estado mal convulsivo" (sucesión de convulsiones sin recuperación del conocimiento entre cada episodio). La convulsión aislada, de por sí, no entraña peligro de vida, en cambio, el "estado de mal" puede llevar a la muerte.

Si las convulsiones persisten, entonces se lo hiberna con Gardenal, Ampliactil y Fenegan a razón de 5 mg de cada droga por kilogramo de peso y por dosis; se repite esta dosis cada dos horas hasta conseguir la desconexión. Conseguida esta se indica la mitad de la dosis cada seis horas el primer día y cada ocho horas el segundo día.

Prof. Ballabriga: En principio, el criterio que seguimos es el siguiente: Ante cualquier caso sospechoso, en el cual se puede considerar la posibilidad de que haya un proceso inflamatorio, decidimos hacer punción lumbar. Esa decisión viene llevada por el hecho de que de este modo, se facilita el diagnóstico y se puede hacer un tratamiento etiológico bien orientado, es decir, identificación del germen lo más rápidamente posible y orientación etiológica de la terapéutica. En los casos de sospechas de hemorragia cerebral supraaracnoidea pura del recién nacido si no hay una indicación específica o prolongación de las crisis o síntomas de hipertensión nos abstenemos de practicar punción lumbar.

Dr. Visciglio: A lo dicho por el Dr. Vázquez solamente podría agregar que hay dos afecciones en el recién nacido que ha de tenerse en cuenta ante un problema convulsivo. Una, las meningitis que son bastantes más comunes de lo que generalmente se cree. Debe tenerse en cuenta que en el recién nacido las meningitis, son provocadas generalmente por gérmenes de origen intestinal, y que cursan por lo general con líquido hemorrágico. Por consiguiente, al obtener mediante la punción lumbar un líquido hemorrágico no hay que descartar nunca la investigación de gérmenes, para no despistar una meningitis, que puede estar oculta por este proceso. Ante la duda, siempre es conveniente instituir un tratamiento antibiótico, para no dejar pasar por alto un proceso que puede tener tales consecuencias.

En cuanto al tratamiento, lo único que podría agregar, a lo ya expresado por el Dr. Vázquez es que afectando notablemente las convulsiones la parte respiratoria del recién nacido es imprescindible, importantísimo, el papel de la oxigenoterapia en estos casos.

Pregunta el doctor Bago: ¿Cuáles son los tratamientos más efectivos —tanto preventivos como curativos— de las laringitis sub-glóticas?

Pregunta el doctor Llabres: Tratamiento de las laringotraqueítis agudas en la primera infancia.

Contesta el doctor Aráuz:

Dr. Aráuz: El tratamiento en la laringotraqueítis consiste en combinar los corticoides con los antibióticos.

En la laringitis subglótica recidivante usa simplemente corticoides y no tiene inconvenientes de aplicarlos cada vez que se presente el acceso. Si hay insuficiencia respiratoria grave procede a la traqueotomía.

Pregunta el doctor Kreutzer: ¿En qué porcentaje de casos fue necesario efectuar traqueotomía en la laringitis subglótica?

Pregunta el doctor Macera: ¿Cuál es el tratamiento correcto de la laringitis subglótica severa y cuáles son las medidas a tomarse cuando la misma no cede a la administración adecuada de corticoesteroides?

Contesta el doctor Aráuz

Dr. Aráuz: Primero hace el diagnóstico correcto, con laringoscopia para descartar otras causas (cuerpos extraños). Luego si no cede el tratamiento médico (corticoides y antibióticos) hacer la traqueotomía. El niño está mal ventilado, pero no por falta de oxígeno, sino por exceso de anhídrido carbónico. Esto es muy importante porque el tratamiento inadecuado lleva a la acidosis respiratoria con consecuencias que pueden ser irreversibles. En cuanto al porcentaje de traqueotomías realizadas no tiene estadística pero con el actual tratamiento médico, las realiza excepcionalmente (5 ó 6 por año). Hace diferencia entre la simple laringitis subglótica y la laringotrqueobronquitis costrosa en la que se agrega el problema de la secreción. En estos casos la bronco-aspiración más agentes físicos humectantes (alevaire) pueden resolver el problema.

Pregunta el doctor Milioni: ¿El estridor del recién nacido es un problema de urgencia en algún caso?

Contesta el doctor Aráuz

Dr. Aráuz: El estridor corresponde casi siempre a una causa benigna que es la aspiración de las partes blandas del vestíbulo laríngeo. A veces responde a malformaciones, quistes de laringe, sinequias de comisura anterior, doble arco aórtico, quistes de mediastino, etc. Señala que el timo no es causa de estridor y condena la radioterapia en el R. N. con hipertrofia de timo.

Pregunta el doctor Torres: Tratamiento de la anuria en sus más frecuentes etiologías en el niño.

Contestan el profesor Royer y el doctor Gianantonio

Prof. Royer: Las causas de anuria en el niño son las mismas del adulto y pueden ser, por obstrucción de las vías excretoras o mecánicas, por nefropatías orgánicas, por insuficiencia renal funcional y naturalmente el tratamiento varía con las diferentes causas. Las anurias mecánicas son más raras en el lactante, pueden ser por litiasis fosfocálcica y cistinúrica, y por compresión como ocurre en los tumores del tipo nefroblastoma. En el recién nacido también puede faltar la diuresis por agenesia renal bilateral.

Las anurias más frecuentes son aquellas ligadas a una insuficiencia renal funcional como ocurre en la deshidratación con colapso. Otra causa de anuria en el lactante y niño mayor son las glomerulopatías agudas y las enfermedades vasculares agudas.

En conjunto las anurias son más frecuentes en el lactante antes de los dos años que en el niño mayor. Con respecto al tratamiento la indicación puede ser como en el caso de una litiasis renal o cuando existe un tumor que comprime las vías de excreción. En estos casos la intervención quirúrgica está indicada. En cambio en las anurias por insuficiencia renal funcional de la deshidratación la terapéutica es restablecer la volemia y la diuresis tratando el shock vascular. Para el problema más específico de la anuria por nefropatía es comprensible que no existe tratamiento etiológico a indicar. Sin embargo una observación importante es que en la anuria ligada al período neonatal y de las primeras semanas de la vida por trombosis y obliteración la indicación de la nefrectomía ha cambiado el pronóstico que antes era casi siempre

mortal, mientras que en la actualidad las $\frac{3}{4}$ partes de los niños restablecen la diuresis una vez extirpado el riñón trombosado. En las demás nefropatías no hay tratamiento etiológico como no sea la indicación de antibióticos en las glomerulopatías infecciosas anúricas porque la preocupación en estos enfermos debe ser luchar contra la infección secundaria y obtener el restablecimiento del equilibrio electrolítico. Según mi experiencia en más de 40 casos de anuria seguidos en los dos últimos años, se consigue mantener con medidas relativamente sencillas un buen equilibrio electrolítico en los lactantes mejor que en los niños mayores y los adultos. En resumen, el tratamiento consiste en limitar el aporte de agua a 500 ml por día por m² de superficie corporal, un aporte calórico de 40-50-60 por kg. día en forma de glúcidos y lípidos exclusivamente y corregir los trastornos hidroelectrolíticos y sobre todo la hiperkalemia si se presenta. En estos tratamientos por vía parenteral usamos un cateter plástico en la cava inferior lo que permite dar substancias en cantidad y durante largo tiempo sin inconvenientes. Utilizamos la solución glucosada hipertónica al 40-50 % y soluciones grasosas con buena tolerancia. Los resultados son lo suficiente buenos como para que se utilicen poco los métodos de diálisis artificial. En principio dos métodos son usados por nosotros en los dos últimos años, la diálisis peritoneal y la hemodiálisis por riñón artificial. Sin extendernos en detalles es evidente que esta última es delicada antes de los 4 años e imposible de realizar antes de los dos años por el volumen de los aparatos, por lo que reservamos la diálisis peritoneal exclusivamente cuando se trata de niños por debajo de los cuatro años. Los métodos conservadores son preferidos por los buenos resultados obtenidos con menos riesgo para el niño. ¿Cuáles son entonces las indicaciones de la diálisis extracorpórea? Aquellas fundadas en las cifras de urea y potasio son discutibles. La experiencia es que la cifra de urea en sangre cuando se limita el aporte calórico no pasa de 4-5 gr. y es bien tolerada. En cuanto a la hiperkalemia existen variaciones considerables en el curso del mismo día y no se puede basar en una determinación de 7-8 mEq la indicación de una diálisis extrarrenal inmediata. Las indicaciones son sobre todo clínicas. Cuando presenta un síndrome neurológico y persistente y no cede después de 10-12 horas al tratamiento conservador con limitación del aporte calórico. Deseo agregar algo más: en las nefropatías anúricas desgraciadamente estamos a menudo en presencia de nefropatías vasculares como nefrosis cortical y aunque se logra mantenerlos en buen estado, estos niños terminan muriendo de anuria. Sin embargo para el conjunto el pronóstico ha mejorado y alrededor de 2/3 de nuestros anúricos han curado.

Dr. Gianantonio: Es muy poco lo que desearía agregar a lo dicho por el profesor Royer. Coincidimos en la alta frecuencia de la insuficiencia renal aguda en el niño, sobre todo en el lactante, por debajo de los dos años. Nosotros, en algo menos de tres años hemos asistido a más de 40 niños anúricos en el Hospital de Niños de Buenos Aires.

Desearía recalcar la evolución que ha sufrido la terapéutica de este problema. Anteriormente los niños morían por sobrecarga circulatoria debida a la sobrehidratación. Este problema no es ya frecuente con las medidas conservadoras que el profesor Royer ha mencionado.

En una segunda etapa fue la hiperkalemia la causa más importante de deceso de estos pacientes. En este momento nosotros podemos controlar muy efectivamente la hiperkalemia con un tratamiento conservador correcto, la utilización de resinas de intercambio catiónico y con los procedimientos de diálisis.

En este momento el problema más serio y no resuelto es el de la infección. Esta es frecuente y de difícil tratamiento, pues los antibióticos a las dosis habituales están formalmente contraindicados en el niño anúrico.

Antibióticos tales como la kanamicina, estreptomycin, polimixina, tetraciclinas, etc. alcanzan rápidamente niveles muy altos al no ser excretadas ejerciendo entonces acciones tóxicas. Es entonces fundamental la prevención de la infección a través del aislamiento y de las medidas de asepsia.

Si bien estamos de acuerdo con la opinión del profesor Royer sobre las dificultades del empleo del riñón artificial en pacientes pequeños, desearía mencionar que un paciente nuestro de menos de 15 kilogramos de peso fue dializado con éxito en la Cátedra del profesor A. Lanari y que el grupo del Hospital de Clínicas ha dializado con éxito dos lactantes de menor peso.

Este detalle es importante porque plantea la posibilidad de que en un futuro, mejores aparatos de diálisis y técnicas más perfectas permitan aplicar este procedimiento a pacientes pequeños sin el riesgo actual.

La diálisis peritoneal, con la que tenemos bastante experiencia es muy bien tolerada y eficaz.

Pregunta el doctor Huarque Falcón: ¿La neumopatía ampollosa (neumatocelos) es tributaria de la cirugía?

Contesta el doctor Llambías:

Dr. Llambías: Creo que sí. La neumopatía ampollosa secundaria estafilocócica hipertensiva, las trato con toracotomía mínima y drenaje irreversible. Si la causa es una disgenesia de pulmón, una vez estudiada correctamente, procedo a la lobectomía, sin embargo, con cautela. Si la ampolla no es de gran tensión prefiero tratamiento médico, si aparece disnea y aumenta de tamaño; toracotomía mínima. Si las ampollas son varias he llegado a colocar hasta 4 sondas drenando cada una de ellas por separado. Lo que antes resolvía con toracotomía amplia, hoy lo soluciono con cirugía mínima.

Pregunta el doctor Milioni: Criterio para considerar problema de urgencia una ictericia del recién nacido.

Contestan el profesor Ballabriga y los doctores Visciglio y Llambías

Prof. Ballabriga: Naturalmente, antes hay que establecer un diagnóstico correcto de cual ha sido la causa de la ictericia del recién nacido. Una breve visión al problema, podemos establecer un diagnóstico diferencial del siguiente modo: primero, estamos frente a un problema de iso-inmunización, ¿sí o no? Segundo: este problema de iso-inmunización es frente a la constelación Rh o frente al grupa A B O, ¿sí o no? Descartado ya una serie de problemas que entonces nos permitirán establecer si la conducta ha de ser urgente o no. El criterio de conducta urgente o no, lo estableceremos por una parte con el criterio de si las pruebas de sensibilización han salido positivas o negativas. Si se está produciendo un fenómeno de hemólisis brusco o no y si la tasa de bilirrubina indirecta está aumentando rápidamente y ver a qué límite ha llegado. Aparte de esto, descartada la constelación A B O y los grupos Rh, hemos de considerar los problemas de hiperbilirrubinemia no ligada a isoimmunización y que a mi juicio, tal vez constituya la parte de discusión diagnóstica y terapéutica que pueda ser más interesante.

Criterio a seguir como conducta de urgencia: establecer exanguíneo-transfusión sí o no y a qué límite.

Personalmente, el criterio que seguimos en nuestro servicio es de espera hasta los 20 miligramos de bilirrubina indirecta por ciento y cada vez un criterio de más espera y menos recambio en este sentido.

Actualmente, el empleo o no de ácido glucurónico por vía intravenosa en perfusión, en este sentido, la experiencia en la literatura mundial es contradictoria y la

experiencia personal nuestra también lo es. Es decir, cuando se administran perfusiones de ácido glucurónico, que en general empezamos a hacerlos por encima de los 16 mgms. por ciento, la caída de la curva de bilirrubinemia después de la perfusión no permite establecer de un modo exacto si verdaderamente se ha empezado a producir una conjugación ligada a la terapéutica o ha empezado el mecanismo espontáneamente. Otros problemas que pueden condicionar a una ictericia de recién nacido, podrán ser aquellos en relación a procesos infectivos por sepsis. Pero el hecho de la urgencia lo podremos únicamente establecer en el problema de la incompatibilidad Rh. En ese sentido, el criterio nuestro —repito— es esperar a las cifras de 20 miligramos por ciento. En el caso en el cual hay una prueba de Coombs positiva, es decir los fenómenos de sensibilización positivo, naturalmente siempre estaremos preparados para realizar un recambio si llegara el momento.

Dr. Visciglio: En primer lugar se puede afirmar que toda ictericia que comienza dentro de las primeras 24 horas, constituye un problema de urgencia. Por lo menos es urgente establecer el diagnóstico etiológico, para poder tomar las medidas terapéuticas adecuadas. En este sentido, lo más inmediato es descartar la ictericia hemolítica por incompatibilidad fetomaterna, Rh o A B O.

En las ictericias del segundo y tercer días se afirma que cifras de bilirrubina indirecta superiores a los 20 mg. % requieren una terapia de sustitución. Creo que deben ser separadas las formas eritroblastósicas de las que responden a otra etiología. En las primeras, exanguineotransfusiones; en las otras, expectación en cuanto a esta terapia se refiere. Valorar el estado general y el incremento de las cifras del pigmento; no atenerse a una cifra límite.

Dr. Llambías: Yo solamente quiero aclarar con respecto a lo que dijo el Dr. Visciglio, la experiencia que nosotros tenemos en las exanguineotransfusiones con el Dr. Pagniez. Nosotros en realidad, no le damos tanto valor a la Coombs, sino que le damos más valor a la bilirrubina. Por otra parte, en lo que respecta a la exanguineotransfusión, en todos los casos que llevamos, que ya son unos cuantos cientos, no hemos tenido ningún problema imputable a las técnicas que empleamos. Por lo tanto no creemos que el riesgo de la exanguineotransfusión deba ser tan grande como para dejar al niño sin hacerle el lavado de sangre. Nada más; quería aclarar ese concepto en base a nuestra experiencia.

Pregunta el doctor Di Bártolo: Conducta terapéutica en los accidentes vasculares por aneurisma intracraneano.

Contesta el doctor Girado:

Dr. Girado: Estos accidentes en los niños no son tan frecuentes como en el adulto. Causa más común, aneurismas saculares y malformaciones arteriovenosas o circuloideas (meningismo y L.C.R. hemorrágico debe llamar la atención).

Hacen angiografía por vía arterial humeral para el diagnóstico y la terapéutica quirúrgica.

Pregunta el doctor Rivas: Tratamiento de la insuficiencia suprarrenal aguda.

Contestan el doctor De Majo y el profesor Royer

Dr. De Majo: La insuficiencia suprarrenal aguda es generalmente observada en pediatría en los siguientes casos:

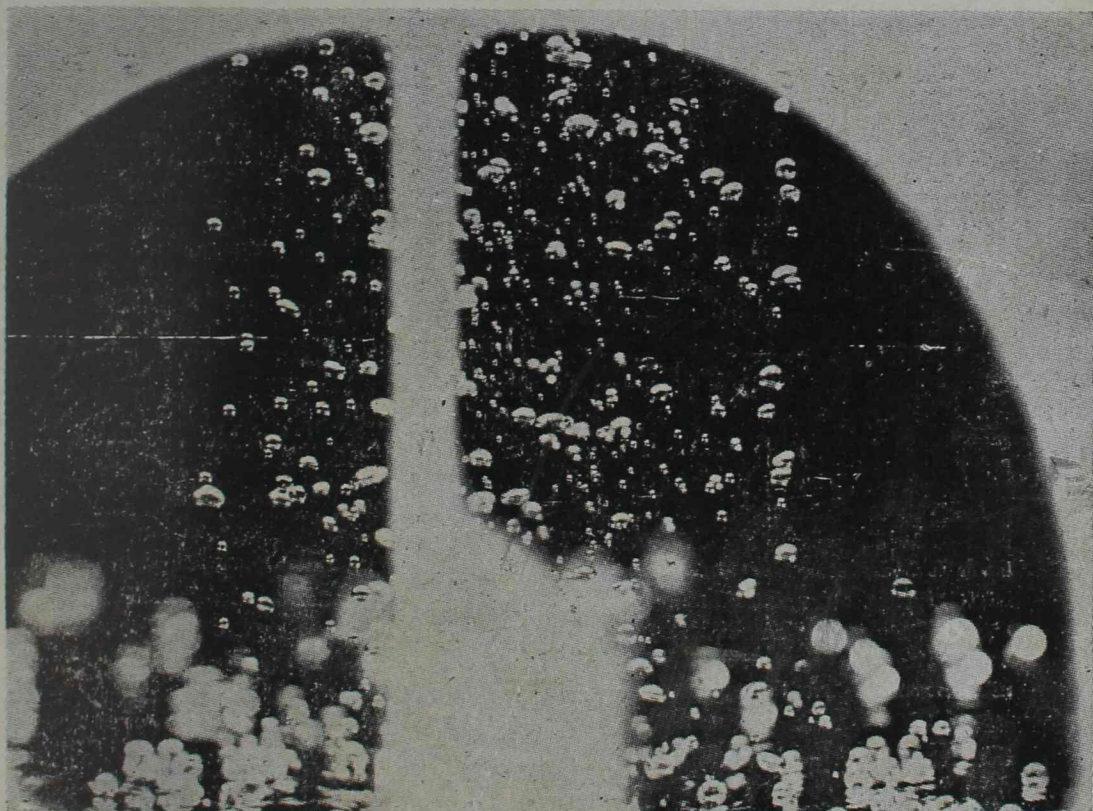
- 1º) En la hiperplasia suprarrenal congénita que se acompaña de crisis Addisonianas.
- 2º) En la enfermedad de Addison descompensada.
- 3º) En el síndrome de Waterhouse-Friederichsen.

en la falta de oxígeno
aguda y crónica

Ampollas,
gotas, perlas

Micorén[®]

Respirotónico



J. R. Geigy S.A., Basilea (Suiza)
Departamento farmacéutico



Representantes y distribuidores:
Geigy Argentina S.A.
Departamento farmacéutico
Leandro N. Alem 822
Buenos Aires

en síntomas múltiples

algias

fiebres

infecciones

catarros

estados bronquiales

excitación

medicación combinada

Termobron

supositorios

simple

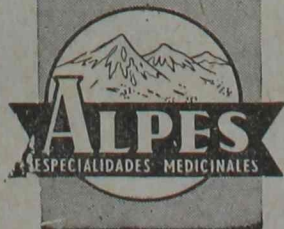
ANTITERMICO
ANALGESICO
ANTIGRIPAL

compuesto

ANTITERMICO
ANTISEPTICO
BRONCO-PULMONAR

Lactantes (1/2 gramo)
Niños (1 gramo)
Adultos (2 gramos)

CAJAS DE 6 SUPOSITORIOS



DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS NAZCA 366 - T. E. 611 3672 BUENOS AIRES

El primero de los casos nombrados es el más importante por su frecuencia relativa y éxito terapéutico que depende grandemente de la precocidad diagnóstica.

Debe ser sospechado siempre en el recién nacido que sin causa aparente falla en progresar de peso, no recuperando siquiera el del nacimiento; presenta vómitos que suelen comenzar a los 10 ó 20 días de vida y que sin deshidratación o con ella hace un intenso colapso periférico que se destaca dentro de este cuadro. La existencia de malformación de los genitales externos cuando se trata de un paciente del sexo femenino confirma el diagnóstico.

El tratamiento debe ser enérgico y rápidamente iniciado con suero fisiológico y glucosado, D.O.C.A., generalmente en dosis elevadas (10 mgrs.), y acetato de cortisona en la dosis de 50 mgrs. cada 6 a 8 horas. La caída intensa de la tensión arterial puede hacer necesaria la administración de nor-adrenalina juntamente con el suero glucosado endovenoso cuando fuera rebelde el tratamiento anterior. La evolución del cuadro determinará la dosis a seguir.

La descompensación que hubiere sufrido el paciente en los raros casos de enfermedad de Addison es tratada en idéntica forma y su repetición debe ser evitada vigilando estrechamente las necesidades del tratamiento de mantención. Igual carácter profiláctico tiene el tratamiento tendiente a evitar una insuficiencia suprarrenal aguda en los pacientes sometidos a la excisión quirúrgica de tumores que comprometen la función hipofisaria.

Prof. Royer: En la mesa redonda anterior este problema fue tratado en forma extensa por lo que quizás interese conocer nuestro punto de vista sobre un tema que no fue discutido y que es insuficiencia suprarrenal aguda o subaguda que se observa en el curso de la corticoterapia prolongada en el niño y en el lactante. Cuando ha sido sometido durante varios meses o años por enfermedades como asma, poliartritis, la suspensión del tratamiento puede provocar una serie de accidentes cuyo mecanismo es bastante conocido. Hay dos elementos que intervienen en estos accidentes suprarrenales agudos. El primero es el bloqueo de la actividad corticosuprarrenal propiamente dicha porque no es excitada por una secreción normal de corticotrofina. Este problema no es demasiado serio porque está demostrado que hay una recuperación de esta actividad de 10-12 días. Por el contrario el segundo elemento, el bloqueo de la elaboración hipotalámica anterohipofisaria de la corticotrofina p.d. no se tiene ningún recurso para ponerla en marcha de inmediato. Estamos ante la siguiente situación en la práctica: poco a poco la utilización de la hidrocortisona ha disminuído a expensas de los corticoides de síntesis (fluorados-metilados) cuyo poder de bloqueo sobre el hipotálamo es mucho más importante y excede el poder de substitución glucocorticoide. Por consiguiente cuando después de utilizarlos largo tiempo se disminuyen progresivamente, estamos en la situación de que el bloqueo del hipotálamo persiste y el poder de substitución corticoesteroide es débil. Aun antes de suspender el tratamiento estamos en insuficiencia suprarrenal. Diversos cuadros clínicos que corresponden a este estado han sido descriptos, entre ellos la apariencia de un tumor cerebral, con cefalea, vómitos, edema de papila, signos neurológicos diversos, con diagnóstico confuso. Para evitar esta situación confusa debe hacerse la disminución de las dosis con cortisona cuya actividad bloqueadora es equivalente a la actividad glucocorticoide, y en los últimos tiempos agregar ACTH para evitar el bloqueo de la actividad de la suprarrenal.

Pregunta: En un prematuro edematoso con atresia de esófago, ¿qué conducta preoperatoria debe seguirse? ¿Cuál es la intervención más conveniente? ¿Cuándo y cómo debe alimentarse?

Contestan el doctor Aja Espil, el profesor Ballabriga y el doctor Aráuz:

Dr. Aja Espil: Deben solucionar en el preoperatorio el edema. Hecho el diagnóstico de atresia de esófago, la urgencia operatoria no es inmediata y puede tomarse varias horas para preparar al enfermo con los cuidados especiales: aspiración de la bolsa esofágica, posición Trendelenburg invertido, ambiente de oxígeno humidificado y dilucidar el problema del edema.

En cuanto a la intervención preferimos la técnica de Sulamaa alimentando al niño precozmente.

Prof. Ballabriga: El problema reside en el peso del prematuro. Las posibilidades son mayores cuanto mayor sea el peso. Por debajo de 2 kilos los resultados son siempre fatales. La causa del edema influye en la conducta a seguir. El balance administrando dextrosa y proteínas endovenosas podrá tolerarse unos días, pero si el peso es muy bajo difícilmente se lo pondrá en condiciones de operar.

Dr. Aráuz: Suele ser muy útil el examen endoscópico previo para saber a qué altura está la fístula y saber si es única o doble.

Pregunta el doctor Calcarami: Tratamiento actual del coma hepático.
Contestan el profesor Royer y el doctor Gianantonio:

Prof. Royer: La terapéutica, a mi juicio, es la inyección masiva de glucosa por vía endovenosa en forma de dosis importantes de suero glucosado hipertónico que dan un aporte calórico de 80 calorías por kg./día. En los casos de síndrome hemorrágico importante se puede ensayar, casi siempre sin éxito, influenciar las anomalías del complejo protrombínico con vitamina K y transfusiones de sangre. En el coma hepático el factor importante es la intoxicación por el amoníaco, que se puede atenuar disminuyendo el aporte de proteínas y aminoácidos por vía bucal y evitando el peligro de hemorragia.

Dr. Gianantonio: Durante muchos años de actividad en el Servicio de Emergencia del Hospital de Niños he tenido oportunidad de observar un buen número de niños en coma hepático, siendo contadas las sobrevidas.

El profesor Royer no ha mencionado el uso de córticoesteroides; si bien no estamos muy seguros de su importancia los hemos empleado a dosis altas en varios casos, siguiendo la experiencia publicada en adultos.

En nuestro medio existe una sal de arginina, el glutamato de arginina, que reúne los dos factores que mencionara el profesor Royer. Esta se ha mostrado bastante útil para modificar los signos neurológicos, aunque por cierto sin modificar la evolución propia de la falla hepática.

Otra consideración muy breve sobre los trastornos electrolíticos que sobrevienen en el coma hepático. Estos enfermos tienen una alcalosis respiratoria debida a la estimulación directa del amoníaco sobre el centro. El pH alto favorece la incorporación de amoníaco por las células y por lo tanto la agravación de los fenómenos neurológicos.

Se aconseja incorporar a las mezclas hidratantes, ricas en dextrosa, cloruro de potasio en concentraciones relativamente elevadas.

Estas consideraciones son algo teóricas, pues el pronóstico, sobre todo en las hepatitis hepatolíticas, no se ha modificado sustancialmente.

Pregunta el doctor Caligari: Tratamiento terapéutico de la taquicardia paroxística del niño.

Pregunta el doctor Macera: Conducta terapéutica frente a una taquicardia paroxística del lactante.

Pregunta el doctor Bago: ¿Cuál es la mejor terapéutica de la crisis de taquicardia paroxística y su prevención?

Contesta el doctor Berri:

Dr. Berri: En lo que se refiere a la crisis de taquicardia paroxística supraventricular en el lactante podemos decir que, en nuestra experiencia, ellas se presentan con mayor frecuencia durante los dos primeros meses de vida. La insuficiencia cardíaca es motivada por la extrema taquicardia presente (que como es sabido oscila entre doscientos y trescientos por minuto) y por la duración de la crisis. El cuadro clínico se caracteriza por una frecuencia a menudo incontable, con manifestaciones de insuficiencia cardíaca, y en su etapa final con colapso. Y, en esas circunstancias, el médico está obligado a tratar esta verdadera emergencia cardiovascular. Hasta hace unos años utilizábamos el prostigmin por vía intravenosa a la dosis de tres décimas de miligramo (0,6 mililitro de la ampolla de prostigmin, que tiene 1,1 mililitro), es decir, aproximadamente media ampolla de prostigmin, teniendo atropina a mano, para inyectar también por vía intravenosa, en caso necesario. Como tuvimos la desgracia de perder dos pacientes como consecuencia de la inyección, hemos cambiado nuestra conducta terapéutica y en la actualidad utilizamos la digital para el tratamiento de la taquicardia paroxística supraventricular del lactante. La digital es empleada a la dosis doble de la que utilizamos habitualmente para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca del lactante, es decir, 0,12 mgr. de Cedilanid por kilogramo de peso y por día, dividida en cuatro inyecciones por vía intramuscular o intravenosa. Se debe continuar con esta dosis hasta la desaparición de la crisis, controlando la frecuencia cardíaca antes de cada inyección, pues esta dosis de digital es muy elevada. Si esta medicación fracasara, o aparecieran los signos de intoxicación digitalica, se debe recurrir a las maniobras de excitación vagal —como también se deben ensayar antes de comenzar con la administración de digital— o a otras drogas: procainamida (Pro-nestyl, Squibb), sulfato de quinidina inyectable, prostigmin, etc. Una vez que la crisis ha cesado, que se puede comprobar fácilmente por el examen clínico, se debe entonces recurrir, como preventivo de una nueva crisis, a la digital (pero a dosis de mantenimiento) o al sulfato de quinidina, a la dosis de diez a veinte centigramos por día (esta última especialmente cuando se trata de crisis repetidas y con un síndrome de Wolff-Parkinson y White).

Pregunta el doctor Etchegoyen: Terapéutica del coma diabético.

Contestan el profesor Royer, el doctor De Majo y el doctor Gianantonio:

Prof. Royer: Quisiera ser esquemático en la exposición del plan utilizado para combatir el coma diabético en el niño. Los resultados obtenidos son actualmente excelentes y en los últimos 10 años no hemos perdido ningún enfermo.

Los principios son diferentes a los empleados anteriormente, pues se prefiere en la actualidad restablecer en primer término el equilibrio hidroelectrolítico y luego continuar con las dosis de insulina necesaria para restablecer la conciencia que se obtiene con dosis muy moderadas.

Estimo la no necesidad de la utilización de la insulina desde el comienzo del tratamiento, pues debe tratarse primero la acidosis y rehidratar en parte al niño.

El esquema muy simple utilizado hasta ahora es el siguiente: 1º) Perfundión endovenosa de solución bicarbonatada hasta bajar el pH plasmático a las cifras normales de 7,35-7,40 mediante controles periódicos cada hora. Cuando la acidosis está reducida empezamos la perfusión de solución de cloruro de sodio isotónico o inyectamos en ese momento insulina a la dosis de una unidad por kg. de peso en cada inyección. La perfusión de solución de suero salino se continúa un día, dos días, hasta la aparición de cloruro de sodio en la orina. Es el control del cloruro de sodio en la orina

quien nos indicará cuándo puede suspenderse la perfusión. En tercer lugar se agrega suero glucosado, cuando la glucemia en sangre comienza a descender 2 gr. por lt. o cuando la glucosuria comienza a disminuir. Después se agrega a la perfusión cloruro de potasio a la dosis de 400 a 500 mg. por kilo y por día cuando la diuresis se ha restablecido. En cuanto al ritmo de insulina y de cantidad se repite cada 4 horas desde que el pH comienza a normalizarse. La continuidad de estas inyecciones depende de las cetosis en sangre.

Insisto en la cantidad muy importante de agua, de sales de sodio y de potasio que es necesario dar a estos enfermos.

Dr. De Majo: Pudiera tener interés, desde el punto de vista práctico, comentar un ensayo de "standardización" del tratamiento del coma diabético incluyendo la medicación potásica desde el comienzo según la experiencia de los doctores Sires, diabetólogo, y Sánchez y colaboradores, en el aspecto electrolítico, quienes tienen a su cargo estos pacientes en Casa Cuna.

Se administró así, desde un comienzo, potasio por vía endovenosa en solución fisiológica satisfaciendo necesidades basales y déficit previos, calculados en 7 mEq por kilo de peso. El control de la kalemia mostró un descenso de la misma como exponente del temprano ingreso del potasio al ámbito intracelular a pesar de la hiperkalemia previa y de la administración del potasio, explicable por la administración de insulina que hacemos a la dosis de 2 U. por kilo de peso, correspondiendo la mitad por vía endovenosa.

Dr. Gianantonio: Yo quería decir tan sólo una cosa que se refiere a la causa por la cual muchos niños caen en coma diabético.

Hay que recordar que esa causa es la infección, muy frecuentemente, y que esa infección está presente durante el coma. Con frecuencia esa infección es pulmonar. Nosotros hemos visto fallecer niños en coma diabético, porque no se pudo controlar la neumonía o la bronconeumonía, tan severa, que se presenta en niños con hiper glucemia y desequilibrio. De modo tal que la incorporación de antibióticos y sobre todo una buena semiología, dentro del coma, buscando la causa por la cual el niño ha caído, a veces es muy simple, porque es la suspensión de la insulina o una transgresión dietética sostenida; pero, cuando es la infección, es absolutamente imprescindible pesquisarla y tratarla muy activamente durante el período de coma. Quizá una consideración, que es paralela a ésta, es cuando la acidosis diabética realmente ha conducido a la situación de coma, es muy importante obtener una vía aérea libre, el evacuar el estómago, si es que está distendido, cosa que es bastante frecuente, a fin de evitar la aspiración de vómitos o secreciones, aún durante las primeras horas. Es muy penoso perder un niño, bien tratado bajo otro punto de vista, por descuidar medidas tan simples como son las de atención de todo paciente comatoso.

Pregunta: ¿Es de indicación quirúrgica de urgencia la hernia diafragmática?
¿Debe drenarse de urgencia el neumomediastino?

Contesta el doctor Llambías:

Dr. Llambías: La hernia diafragmática diagnosticada debe ser operada. Este concepto aún no ha sido bien comprendido. Si bien es cierto que hay quien llega a la edad adulta con una hernia diafragmática, sin trastornos, hay otros que sufren accidentes graves y aun fatales. Es partidario de la toracocolaparotomía en el tratamiento quirúrgico.

Pregunta el doctor Rosetti: Conducta quirúrgica ante un recién nacido con aplasia diafragmática izquierda con insuficiencia cardiorespiratoria.

Contestan el doctor Llambías, el profesor Yannicelli y el doctor Aja Espil:

Dr. Llambías: Solución muy difícil. Ha utilizado el injerto de fascia lata sin resultado.

Dr. Yannicelli: En las agenesias no tiene experiencia. Está de acuerdo con el doctor Llambías en las hernias diafragmáticas en general. Es menos intervencionista en las pequeñas hernias hiatales. En cambio considera de urgencia cualquier tipo de hernia diafragmática que amenace complicación, ha operado un solo caso de hernia traumática, que considera muy raro en el niño.

Dr. Aja Espil: De acuerdo con los doctores Llambías y Yannicelli, especifica que existe una indicación de urgencia precisa en la hernia del hiatus de Bochdalek en el recién nacido.

Pregunta el doctor Di Bartolo: ¿El mielocelo en el recién nacido requiere terapéutica de urgencia?

Contesta el doctor Girado:

Dr. Girado: Hasta hace poco tiempo se aconsejaba esperar hasta los dos años de edad en los meningocele no fisurados. Actualmente los operan precozmente, respetando la placa neural que introducen en el canal raquídeo las adherencias de las raíces.

Pregunta el doctor Cabana: Tratamiento de la intoxicación por aspirina.

Pregunta el doctor Kreutzer: Intoxicación por ácido acetil-salicílico. Su frecuencia y tratamiento.

Contesta el doctor Astolfi:

Dr. Astolfi: La intoxicación con aspirina, en nuestro país, no registra el número de casos que se justificaría de acuerdo con la literatura mundial. En Estados Unidos es un problema que lleva un primer término en la casuística, con un veinte por ciento del total de niños intoxicados. Nosotros vemos, esporádicamente, alguno que otro caso. En cuanto al valor que tiene la aspirina infantil en la intoxicación con ácido acetil-salicílico, quiero comprender la pregunta del colega, en el sentido de si las nuevas aspirinas, con gustos agradables, han incidido en un auge de la intoxicación salicélica. Aparentemente, debemos convenir que sí. Desde el advenimiento de este nuevo tipo de aspirina se ha notado un incremento en las intoxicaciones con ácido salicélico. En Estados Unidos ha habido una relación de cinco casos de intoxicados con aspirinas infantiles por cada caso de niño intoxicado con aspirinas de adultos. Vale decir que el sabor amargo previene, en cierto modo, la intoxicación accidental por aspirina. En cuanto a la intoxicación en sí, se da una paradoja, un contrasentido biológico, entre la acidosis metabólica que ocasiona la aspirina y la alcalosis respiratoria por el estímulo directo del centro bulbar. De ahí que haya cierta anarquía en la literatura en el enfoque terapéutico que hace a la pregunta cuestionada. Los enfermos —los niños en nuestro caso— pueden presentarse con un pH neutro o alcalino. La mayoría se presenta con un pH ácido. El niño se encuentra con su alcalosis como signo llamativo de la intoxicación con ácido acetil-salicílico. Hasta hace poco tiempo, era una guía de pronóstico la investigación de la salicilemia. Se daba niveles de cuarenta miligramos por ciento como índice aceptable para poder conducir a un pronóstico benigno en un niño intoxicado con ácido acetil-salicílico. Hoy día se sabe perfectamente bien que este dato es falso. La aspirina tiene una vida media en nuestro organismo que se ha calculado en alrededor de cuarenta horas. Y se ha estudiado también un gradiente de eliminación. Vale decir que la salicilemia que encontremos en un niño intoxicado, en determinado momento no tendrá valor en ningún sentido si no se conoce el tiempo transcurrido desde que se intoxicó. A este respecto hay una interesante tabla matemática, muy precisa, que dice que el logaritmo de la cantidad de ácido acetil-salicílico ingerida en el momento de la intoxicación es igual al logaritmo de la cifra hallada en el momento que se busque, más una multiplicación del tiempo

transcurrido en horas por una constante que es quince milésimos. Es decir: si nosotros enfrentamos el caso de un niño intoxicado con aspirina, aparte del cuadro clínico que presente, y queremos hacer un pronóstico sobre la gravedad del mismo, no nos será útil el dato de su salicilemia si no va acompañado del tiempo transcurrido desde que se intoxicó. No es muy engorroso aplicar esta pequeña fórmula, y, una vez que se ha obtenido el antilogaritmo, si las cifras están por debajo de ochenta —que es un número abstracto— el pronóstico suele ser benigno, al margen de la gravedad que presente el niño en ese momento. Si las cifras están entre ochenta y ciento diez, el pronóstico es un interrogante. Si están entre ciento diez y ciento cincuenta, el pronóstico es grave, y si están por encima de ciento cincuenta el pronóstico es mortal. Vale decir que no hay paralelismo entre el cuadro clínico del niño intoxicado y su futuro. El tratamiento ha sido también objeto de muchas controversias en cuanto a si es útil administrar soluciones alcalinas tendientes a incrementar el pH en un niño que está con una alcalosis respiratoria. Sin entrar a discriminar los pro y los contra, últimamente se acepta que debe darse, en forma precoz, bicarbonato de sodio. Los argumentos que avalan esta terapéutica son los siguientes: en las soluciones hidroelectrolíticas que se preparan para atender al niño enfermo de acuerdo al ionograma, se agregará un plus de bicarbonato. El bicarbonato aumenta en un setenta por ciento la excreción de ácido salicílico por el riñón. Se han hecho experiencias en animales y en intoxicados y se ha visto que los que se han tratado precozmente con bicarbonato se han curado en un lapso de doce a veinticuatro horas más rápido que los que se han dejado cursar espontáneamente. En segundo término, el peligro derivado de incrementar algo la alcalosis, agregando bicarbonato, a un niño con alcalosis respiratoria, no ha demostrado ser tan grave como el peligro de dejarlo con su acidosis metabólica provocada por el ácido acetil-salicílico. En el fondo, volvemos a un viejo axioma de la toxicología, que dice que los ácidos deben tratarse con alcalinos y los alcalinos con ácidos.

Pregunta el doctor Martínez Castro Videla: Tratamiento de urgencia del coma barbitúrico.

Contesta el doctor Astolfi:

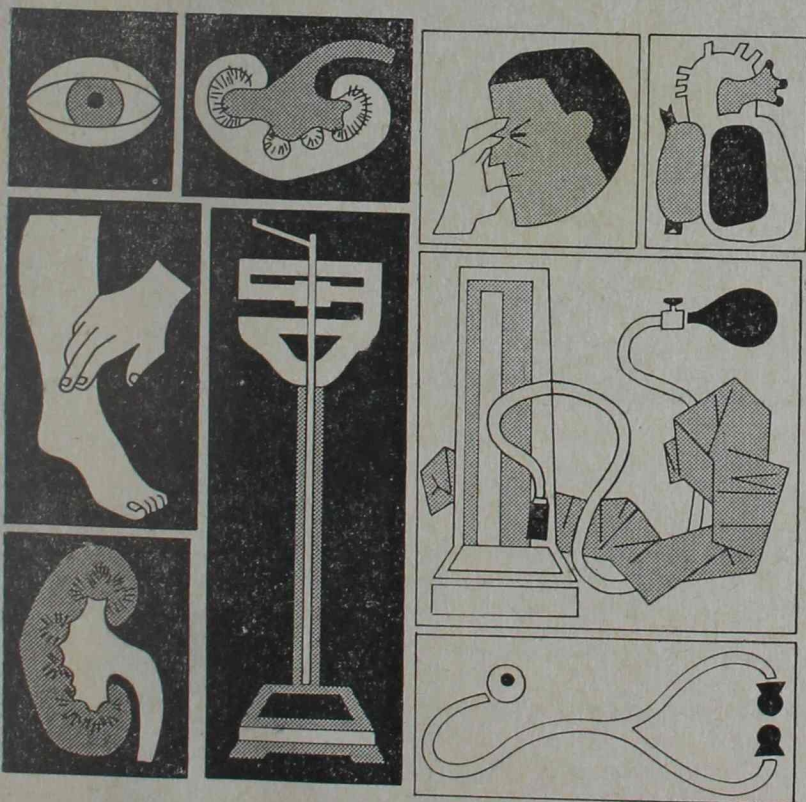
Dr. Astolfi: En el tratamiento del coma barbitúrico existe también, aparentemente, cierta anarquía en la literatura internacional. Y me parece que es por no poderse ubicar en el problema. Se lee, por ejemplo, que la escuela sueca aconseja la oxigenación como medida prevalente, aun haciendo abstracción de todos los otros medicamentos. La literatura clásica aconseja las drogas analépticas y las drogas convulsivas del tipo de la picrotoxina estriénina y similares. Actualmente los franceses aconsejan la terapéutica del medio interno con las soluciones alcalinas, también bicarbonatadas, para combatir la acidosis y mejorar al enfermo. En definitiva, son diversos enfoques. Otros son partidarios del riñón artificial para poder rescatar algo del barbitúrico del medio interno. Nosotros englobamos la intoxicación barbitúrica, el coma barbitúrico, desde un punto de vista eminentemente práctico para los pediatras, como una intoxicación por droga depresiva. Es decir: incluimos con un mismo denominador a los niños en coma, ya sea por barbitúricos, ataráxicos, gangliopléjicos, meprobamatos o cualquiera otra droga que tiende a sedar el sistema nervioso. El tratamiento y el enfoque será similar. Hay pequeños matices en cuanto a las dosis. Es decir, el meprobamato es más benigno en sus consecuencias que el barbitúrico, pero no hacen al fondo de la cuestión. Si nos llega un niño en coma por una droga depresiva, lo encaramos con la misma terapéutica sin entrar a dilucidar mucho cuál es la droga cuestionada. Creemos que la acción de todas estas drogas se efectúa sobre todo el organismo. Es decir, hay una depresión del sistema nervioso que provoca la pérdida de conciencia o la suspensión de la conciencia, el colapso y el coma; hay depresión del centro

En el edema y la hipertensión

RENESE

P-2525

DOSIS USUAL: 1 a 4 mg. por día



- Elevada excreción de sodio
- Excelente cociente Na/K
- Acción durante 48 horas
- Perfecta tolerancia
- Unica medicación en la hipertensión leve

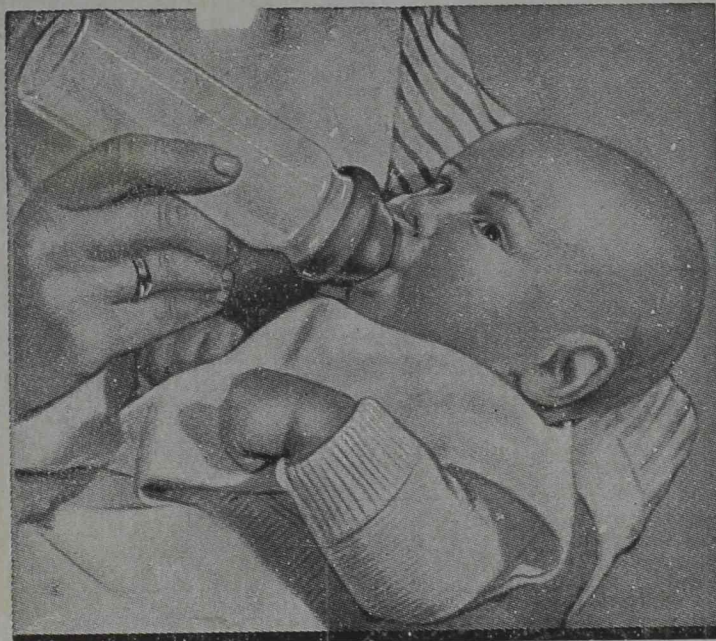
Comparado a dosis óptimas, RENESE es superior



PFIZER ARGENTINA S.A.C.I.

MIÑONES 2195 - BUENOS AIRES

¡Nuevo dietético Nestlé!



Indicaciones:

- Alimentación normal del lactante desde su nacimiento.
- Lactancia mixta.
- Regímenes o dietas ricos en proteínas.
- Alimentación "inicial" del prematuro.

Prodieton

LECHE EN POLVO SEMIDESCREMADA Y ACIDIFICADA

Esta leche se halla ya azucarada por el agregado de maltosa-dextrina y sacarosa.

La acidificación ha sido lograda por medio de un cultivo de fermentos lácticos seleccionados.



CONTENIDO NETO 450 GRs.

respiratorio y hay una depresión metabólica con acidosis; una depresión cardiocirculatoria con hipotensión, taquicardia, shock. Es decir, que está "en menos" todo el organismo. Y nuestra terapéutica debe conducir a combatir, al unísono, todos estos factores. Es decir: damos preponderancia a todas las escuelas en lo que tienen de positivo. Los primeros que fueron entusiastas de la oxigenoterapia creyeron que la solución estaba en mantener la respiración, y supongo que tienen mucho de razón en ello. Pero no está de más tampoco utilizar el riñón artificial para quitar algo del veneno. Y no está tampoco de más utilizar algún analéptico para tratar de combatir la profunda depresión de las funciones vitales, sobre todo el nivel de la corteza cerebral. Y tampoco está de más administrar soluciones alcalinas que favorezcan el restablecimiento del enfermo. Así que, sintetizando, nosotros recogemos el beneficio derivado de cada una de estas escuelas. En primer término, la parte respiratoria de un niño intoxicado con barbitúrico, en coma, es primordial. Aún llegamos a aconsejar su traslado a un centro respiratorio. Estos niños enfermos no pueden ser manejados en una guardia hospitalaria o en un sitio sanatorial si no es por colegas idóneos, que sepan, al detalle, la mecánica respiratoria y las medidas adecuadas para mantener respirando a ese niño. La segunda situación será la de contemplar si valdrá la pena aplicar el riñón artificial. Aquí hay que hacer hincapié en una salvedad. Si se llega a aplicar el riñón artificial, no se deben omitir todas las otras terapéuticas. En cuanto al tratamiento alcalino quedará a cargo del internista, de acuerdo al control del ionograma, y creyendo que una solución alcalina favorece como antídoto el mejoramiento del pH y la excreción de los barbitúricos. En cuanto al capítulo farmacológico —que lo dejamos especialmente para el final—, dentro de la gran gama de drogas analépticas cardiorespiratorias podrán usarse las que estén más habituados en el dominio diario. No sé si es indiferente que el médico apele a la coramina, cardiazol, micorén, estriénina, picrotoxina, etc. Hay dos o tres detalles sobre los que quiero hacer hincapié. El Bemegrín —que es el nombre comercial del megimide— (metil-etil-glutarimida) ha resultado una droga útil para el tratamiento barbitúrico. No es, en modo perfecto, un antídoto. Continúa en el plano de los antagonistas, es una droga convulsivamente, como lo prueba fehacientemente la hiperdosificación, que lleva al sujeto a contracturas musculares y convulsiones, igual que con cualquiera de las otras drogas dominadas hasta hace poco tiempo. En cuanto al resto del tratamiento, hay que señalar dos cosas: si se utiliza la picrotoxina, conviene hacerlo en soluciones al milésimo y no en las clásicas ampollas, porque es una droga peligrosa. Si se utiliza la estriénina, también aconsejamos colocarla en el líquido de perfusión. Esto tiene por objeto evitar un error muy frecuente en el tratamiento del coma barbitúrico, que es que el niño pase del coma a convulsiones, sin haber despertado del mismo, en cuyo caso le sumamos una nueva intoxicación. Como signos de alerta para la hiperdosificación, aparecen con algunos medicamentos crisis estornutatorias. Si se trata de estriénina, picrotoxina, o similares, tendrá mioclonias o ligeras contracturas tetaniformes que nos hablan de hiperdosificación. Si el enfermo entra en francas convulsiones, nos obligará a tener que tratarlo con barbitúricos, con lo que caemos en una paradoja. No hay dosificación en el tratamiento de estos niños. Se aconseja espaciar, cada veinte o treinta minutos, con paciencia, la aplicación de cualquiera de estos medicamentos analépticos convulsivantes y esperar. Y no dejar de hacer, de consuno, todas las medidas de índole general de la buena clínica.

Pregunta el doctor Ruvinsky: Hemorragia digestiva en el recién nacido. Etiología, frecuencia y tratamiento.

Contestan el profesor Ballabriga y los doctores Aja Espil, Llambías y Visciglio:

Prof. Ballabriga: Señala la importancia de la ectopía gástrica parcial en su patogenia. Ha observado hemorragia aún en el primer vómito de recién nacido. Naturalmente que en el diagnóstico diferencial clínico se debe tener en cuenta la serie de causas conocidas.

Dr. Aja Espil: Señala también que la causa más importante puede ser la hernia de hiatus esofágico; pero que es necesario descartar otras lesiones, como la úlcera gastroduodenal o exulceraciones. También tiene en cuenta las hemorragias por pólipos y divertículos de Meckel. Si la hemorragia no cede con tratamiento médico debe intervenir antes de que sea tarde para ello.

Dr. Llambías: Comenta la observación de dos recién nacidos con hemorragia por atresia de duodeno con páncreas anular. El diagnóstico se hizo tardíamente pues los clínicos estaban buscando el cuadro hemorrágico sin estudio radiológico simple del abdomen.

Dr. Visciglio: Señala las hemorragias digestivas producidas por anoxia del R. N. La anoxia de los centros hipotalámicos, por vía del sistema nervioso vegetativo, provoca ulceraciones en la región del antro gástrico. El tratamiento es el de la anoxia. La hipoprotrombinemia tiene un rol menos importante que la anoxia en estas hemorragias. No deben olvidarse las causas espúreas por deglución de sangre en el momento del parto. Pueden descartarse por la reacción del hidróxido de sodio.

Prof. Ballabriga: No coincide con el doctor Visciglio. Ha examinado 248 autopsias correspondientes a prematuros con hemorragias gástricas, en niños muertos por anoxia, o entubados con sondas de polietileno plástico. Las lesiones histológicas encontradas en estómago fueron superficiales, incapaces de conducir a una hemorragia. Ha realizado estudios experimentales produciendo anoxia en cobayos recién nacidos y lograda la depresión completa cerebral no ha observado lesiones hemorrágicas digestivas.

Pregunta la doctora Schweiz: Tratamiento de la asfixia blanca del recién nacido.
Contesta el doctor Visciglio:

Dr. Visciglio: En la llamada asfixia blanca corresponde realizar las maniobras habituales de reanimación. Desobstrucción de vías aéreas, oxigenación inmediata sin emplear presiones demasiado altas por el peligro de rotura alveolar. El empleo de estimulantes cardio-respiratorios, es materia de discusión. Creo que el uso de cafeína, coramina o Micorén puede ser de utilidad en ciertos casos de depresión respiratoria por el uso de drogas analgésicas a la madre.

Pregunta el doctor Tanzi: Estado actual del tratamiento de la membrana hialina.
Contestan el profesor Ballabriga y el doctor Visciglio:

Prof. Ballabriga: En cuanto al problema de la reanimación, nuestra experiencia coincide con la del doctor en el sentido de hacer una cuidadosa aspiración y después el empleo de aparatos mecánicos, prudentemente, con toda la discusión que podría venir al respecto de la utilización de aparatos mecánicos, para establecer una respiración espontánea. En lo que ya no estamos de acuerdo es en el empleo de los analépticos. Nosotros no utilizamos ningún tipo de analéptico, salvo la cafeína, en algún caso, pero no sobre todo coramina o preparados de tipo similar, por el aumento del consumo cerebral de oxígeno que pueda ocasionar el empleo de estos preparados. En algunos otros, como el micorén, por ejemplo, que en algunas clínicas obstétricas había habido alguna tendencia a inyectarlo por vía intrafunicular, hemos tenido ocasión de comprobar, personalmente, la aparición de fenómenos de gangrena de las extremidades después de su inyección. Fenómenos de gangrenas de extremidades, a discusión, también, el por qué pudo ser producido, si por un hecho de arteritis o no.

En uno de ellos, llegando incluso a tener que practicar una amputación de extremidades. Sobre el problema de la membrana hialina, pues, nuestra experiencia coincide en el hecho primero de que prácticamente no existe ningún tratamiento viable en el estado actual de los conocimientos. Segundo, en que los casos que puedan ser considerados como recuperados tras un tratamiento cabría poner en duda, precisamente, si se estaba frente a una membrana hialina o no. El diagnóstico, apoyado en el hecho clínico, puede coincidir el hecho clínico con muchos otros de los fenómenos de insuficiencia respiratoria del prematuro, recién nacido, no ligados a la presencia de membrana hialina, e incluso la imagen radiológica puede estar muy en discusión con respecto a algunos de los problemas del síndrome respiratorio meconial, sin membrana hialina. Un método que, creo yo, puede ser de utilidad para el diagnóstico en vida de la membrana hialina y, por tanto, para unas deducciones terapéuticas, es la investigación en el exudado faríngeo, poniendo un hisopo en la faringe, y, entonces, recogiendo sobre un cubre material, para entonces tratar de visualizar en vida la posibilidad del estudio de material hialino. En este sentido actualmente en nuestro servicio trabajamos en conexión con escandinavos, y también con para luego valorar la actitud terapéutica que se tenga frente a estos niños. Por el momento consideramos que no existe un tratamiento específico. Un hecho que debería llamar la atención —por lo menos es el criterio que nosotros seguimos— es el de la limitación en la administración de oxígeno, limitación de oxígeno ligada al hecho experimental que, en el animal, la administración de elevadas dosis de oxígeno puede conducir a la aparición de membrana hialina.

Dr. Visciglio: La etiología de la membrana hialina es desconocida. Por tanto el tratamiento específico no se conoce. Lo que debe hacerse es colocar al niño en un ambiente sobresaturado de humedad hasta un 100 %, oxigenoterapia y cuidados generales. En cuanto al uso de detergentes, neblinas, etc., no hay una opinión uniforme al respecto. Hasta el momento actual, la membrana hialina muy poco nos deja hacer.

Preguntan los doctores Tanzi y Alí: Tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda en el niño.

Contesta el doctor Berri:

Dr. Berri: Entiendo que la pregunta de los doctores Tanzi y Alí se refiere al bloqueo completo aurículoventricular en el niño. Porque, indiscutiblemente, es el tipo de bloqueo que puede traer insuficiencia cardíaca. En el recién nacido y lactante, la frecuencia cardíaca en casos de bloqueo completo aurículoventricular es alrededor de sesenta, setenta por minuto, a diferencia de lo que sucede en el niño mayor y sobre todo en el adulto, que la frecuencia cardíaca oscila entre treinta y cuarenta por minuto. En esas circunstancias, es necesario aumentar la frecuencia cardíaca. Para ello, en el momento actual, disponemos de drogas, sucedáneos de la epinefrina, como pueden ser el Aleudrin y el Isuperel. El Isuperel, que es el isopropilarterenol (Winthrop), se utiliza por vía sublingual, o rectal o por vía inyectable (intramuscular o endovenosa), de acuerdo con la gravedad del caso. Administrando por vía oral, se colocan los comprimidos de diez miligramos por debajo de la lengua y se los deja disolver. La dosis es de medio a un comprimido cada hora, dos o tres horas de acuerdo con la respuesta, continuándose crónicamente con esta medicación, a los efectos de mantener una frecuencia cardíaca adecuada (alrededor de ochenta por minuto). En casos de urgencia o en presencia de un síndrome de Adams-Stockes, se puede recurrir a la vía inyectable: un centímetro cúbico por vía intramuscular o por vía intravenosa, haciendo la dilución de un centímetro cúbico en cuarenta centímetros cúbicos de dextrosa al cinco por ciento, y administrando a razón de un centímetro cúbico por minuto. Si esta medicación resultara inefectiva se puede recurrir

a los marcapasos externos, que tienen el inconveniente de que producen calambres musculares, o a la colocación de un electrodo intramiocárdico. Indiscutiblemente que recién después que los medicamentos citados han aumentado la frecuencia ventricular al estimular los centros supraventriculares se puede recurrir a los glucósidos cardioactivos para aumentar el volumen minuto cardíaco.

Pregunta el doctor Cesarsky: Tratamiento inicial de las quemaduras del esófago.
Contesta el doctor Aráuz:

Dr. Aráuz: Saber cuál ha sido el agente cáustico y su concentración. Abstenerse de maniobras bruscas de lavajes gástricos. Si es por soda cáustica en polvo, administrar por ingestión una sustancia ácida (vinagre, jugo de limón). Cuando es por ácidos, administrar alcalinos (solución jabonosa es la más eficaz). Antibióticos y corticoides desde el primer momento. Saber que el enfermo evoluciona hacia la estrechez. A partir de la primera semana, cuando baja la fiebre, dilataciones antes que la estrechez se produzca. Existe un período silencioso de aparente curación, de 20 a 40 días, seguido de estenosis graves. Cuando el niño ha ingerido álcalis la secuela es una estenosis de esófago, cuando ingiere ácidos la estenosis será a nivel del antro y píloro.

Pregunta el doctor Macera: Emergencia frente a una miocarditis inespecífica del lactante.

Pregunta el doctor Alvarez: ¿En todos los casos de miocarditis inespecífica y de endocarditis bacteriana se hace tratamiento anticoagulante? ¿Cómo lo hacen?

Contesta el doctor Berri:

Dr. Berri: Dos preguntas que son semejantes y se complementan. Una de ellas se refiere al empleo de los anticoagulantes en casos de miocarditis inespecífica y de endocarditis bacteriana y la otra es el tratamiento de la miocarditis inespecífica en el lactante. Comenzaremos a responder la segunda pregunta, que pienso tiene gran interés en el momento actual, en razón de que estamos asistiendo —por lo menos en nuestra experiencia— a una recrudescencia de miocarditis inespecífica en la infancia. En efecto, recientemente hemos examinado en el Hospital de Niños seis lactantes con miocarditis inespecífica, miocarditis intersticial, también llamada virósica, porque en algunos centros médicos se ha logrado aislar el coxsackie grupo B. En nuestra experiencia, la miocarditis se presenta con mayor frecuencia en los lactantes. Esta afección se caracteriza por un cuadro de insuficiencia ventricular izquierda aguda (taquicardia marcada, disnea y ritmo de galope) asociado en la mayoría de los casos con hepatoesplenomegalia. El tratamiento de esta emergencia cardiovascular consiste en colocar el paciente en carpa de oxígeno —en posición semisentada— y administrar los compuestos cardiotónicos, córticoesteroides y gamaglobulina. Entre los primeros preferimos aquellos de acción rápida, tipo estrofanol, por vía intravenosa, o lanatósido C. (Cedilanid, Sandoz), por vía intravenosa o intramuscular. En el lactante, la dosis que se administra de Cedilanid es de 0.06 mgr/kg/día, lo que equivale a 3/10 ml/kg/día, repartido en dos o tres inyecciones diarias. Esta dosis de ataque se debe mantener por espacio de cuarenta y ocho horas, para luego continuar con la dosis de mantenimiento, que es de alrededor de 11 gotas de Digalene por kilogramo de peso y por día. En lo que se refiere a los córticoesteroides, damos nuestra preferencia a la prednisona o prednisolona por vía oral, a la dosis de dos miligramos por kilogramo de peso y por día. Si se trata de una forma sobreaguda, recurrimos a los córticoesteroides por vía inyectable (Decadrón, Merck, Sharp y Dohme). Dado que en algunos pacientes hemos observado descenso de la gamaglobulina, le asociamos también esta medicación. Es importante recordar que para hablar de curación de esta afección se debe obtener una normalización del cuadro clínico, elec-

trocardiográfico y radiológico y que el reposo debe prolongarse hasta que la frecuencia cardíaca se encuentre en las cifras normales.

Si bien es cierto que la miocarditis inespecífica y la endocarditis bacteriana son enfermedades embolizantes, con respecto a esta pregunta diré que no utilizamos la medicación anticoagulante de rutina en estas afecciones. En caso de presentarse una embolia comenzamos con heparina, a razón de un miligramo por kilogramo de peso y por hora, controlando el tiempo de coagulación, que debe ser llevado al doble de lo normal. En el momento de comenzar el tratamiento, y antes de administrar derivados cumarínicos, se debe determinar el tiempo de protrombina, que en algunos pacientes, especialmente en los cianóticos, se lo encuentra espontáneamente aumentado. Si el tiempo de protrombina se hallare en un porcentaje aceptable, se debe entonces administrar un derivado cumarínico simultáneamente con la heparina, para suspender esta última (a los dos o tres días) cuando el porcentaje del tiempo de protrombina esté entre el 25 % y el 30 %.

Pregunta el doctor Carpaneto: Tratamiento actual del íleo meconial.

Contesta el doctor Llambías:

Dr. Llambías: Es uno de los más difíciles de solucionar. Manifiesta que en el verdadero ileus ha empleado todas las técnicas, desde la inyección de pancreatina hasta resección. La exteriorización del asa aferente y eferente con aspiración de la primera y la inyección de pancreatina en la segunda es una solución. También las enemas de agua oxigenada y las de pancreatina al 3 %. Lo mismo la administración oral de esta última. Recuerda que el ileus meconial es sólo una manifestación de una enfermedad general del recién nacido.

Pregunta el doctor Rivas: ¿En la insuficiencia renal aguda donde no sea posible practicar diálisis peritoneal es aconsejable efectuar la exanguineotransfusión?

Pregunta el doctor Torres: Tratamiento de la hipertensión en la glomérulo nefritis.

Contestan el doctor Gianantonio y el doctor Berri:

Dr. Gianantonio: Con respecto a la primera pregunta desearía que también fuese analizada por el doctor Berri. Hay un gran porcentaje de niños con nefritis aguda que son hipertensos, quizás el sesenta al setenta por ciento. Pero no en todos ellos la hipertensión es un problema que requiere cuidados muy particulares, porque con la simple restricción de líquidos y de sodio se logra superar la fase hipertensiva sin problema.

Para la hipertensión severa, con síntomas cardíacos o neurológicos, no hay, a mi criterio, ninguna medicación totalmente eficaz.

Por lo pronto, el sulfato de magnesio es un buen hipotensor, pero con una toxicidad tan evidente que su empleo no puede ser sistemático. El serpasol, actualmente en boga, es un buen hipotensor, con la ventaja de su acción sedante en estos niños ansiosos. Se emplea habitualmente a la dosis de una décima de miligramo por kilogramo, por vía intramuscular. La asociación de apresolina con serpasol, por vía intramuscular y a dosis similares, es realmente muy útil.

No tenemos experiencia con los bloqueadores ganglionares, pero se acepta que no están indicados en la nefritis aguda porque producen una caída muy marcada del flujo sanguíneo renal y pueden agravar la insuficiencia del órgano.

Recientemente hemos tenido oportunidad de utilizar la guanetidina, con resultados muy buenos y excelente tolerancia.

Con respecto a la segunda pregunta, es poco frecuente que no se pueda efectuar una diálisis peritoneal. Sin embargo, en una intervención abdominal reciente la pre-

sencia de peritonitis, adherencias peritoneales o gran distensión intestinal, pueden hacer peligroso su empleo.

Ahora bien, creo que no se puede plantear la posibilidad de utilizar alternativamente procedimientos de diálisis o exanguineotransfusión porque no son procedimientos comparables en sus efectos.

La exanguineotransfusión no es satisfactoria para extraer úrea y potasio. Es, en cambio, extremadamente útil para controlar la hipervolemia, la anemia y la insuficiencia cardíaca, frecuentes en estos niños a su ingreso.

Dr. Berri: Estamos en un todo de acuerdo con el doctor Gianantonio, en lo que se refiere al tratamiento de la hipertensión arterial en la glomerulonefritis. Lo único que quería recordar, quizás para algunos de los presentes que no está familiarizado con la guanetidina (Ismelin Ciba), que viene en comprimidos de 10 a 40 mgs. y que se utiliza a razón de diez a cuarenta centésimas de mgs. por día. Eso es lo único que quería recordar.

Pregunta el doctor Huarque Falcón: Conducta terapéutica frente a la hidrocefalia congénita aguda, particularmente en caso de toxoplasmosis.

Contestán los doctores Girado y Gianantonio y el profesor Ballabriga:

Dr. Girado: Debe resolverse cuanto antes para evitar el daño neurológico, que es tanto mayor cuanto más pequeño sea el niño. Los procedimientos quirúrgicos actuales son los drenajes del L.C.R. al sistema venoso. Usa la válvula de Joltor o la de Pudens, haciendo la anastomosis desde el ventrículo hacia la vena cava a través de la yugular. Es muy importante evitar la infección y el líquido cefalorraquídeo debe ser completamente limpio para utilizar este procedimiento, por el peligro de producir una septicemia, endocarditis y embolias sépticas pulmonares.

En el caso de la toxoplasmosis considera que debe tratársela sólo como una hidrocefalia común, agregando el tratamiento médico de la primera.

Dr. Gianantonio: Cita un medicamento del cual no tiene experiencia, encontrado en la literatura. Es una combinación de sulfadiazina con bretilium que ha dado buenos resultados en el adulto.

Prof. Ballabriga: El problema de la hidrocefalia en estos casos está ligado a la gravedad de la infección toxoplasmática. Si la infección es general el tratamiento quirúrgico de la hidrocefalia será inoperante, porque domina el fenómeno de sepsis. El hallazgo de un L.C.R. xantocrómico y con toxoplasmas en el sedimento contra-indica la intervención. Esta se hará en las formas subagudas, en que la hidrocefalia es residual, como secuela de una toxoplasmosis no activa en ese momento.

El tratamiento en su experiencia se reduce al empleo del preparado sulfamídico Daraprim.

Los resultados parecen bastante negativos porque cuando se hace el diagnóstico las lesiones anatomopatológicas existentes son muy avanzadas, con gran número de granulomas toxoplasmáticos y lesiones destructivas. No cree que en el R.N. se pueda hablar de conducta terapéutica activa realmente eficaz.

Pregunta el doctor Di Bartolo: Conducta terapéutica de la urgencia ante el espasmo del sollozo. ¿Requiere tratamiento prolongado con barbitúricos?

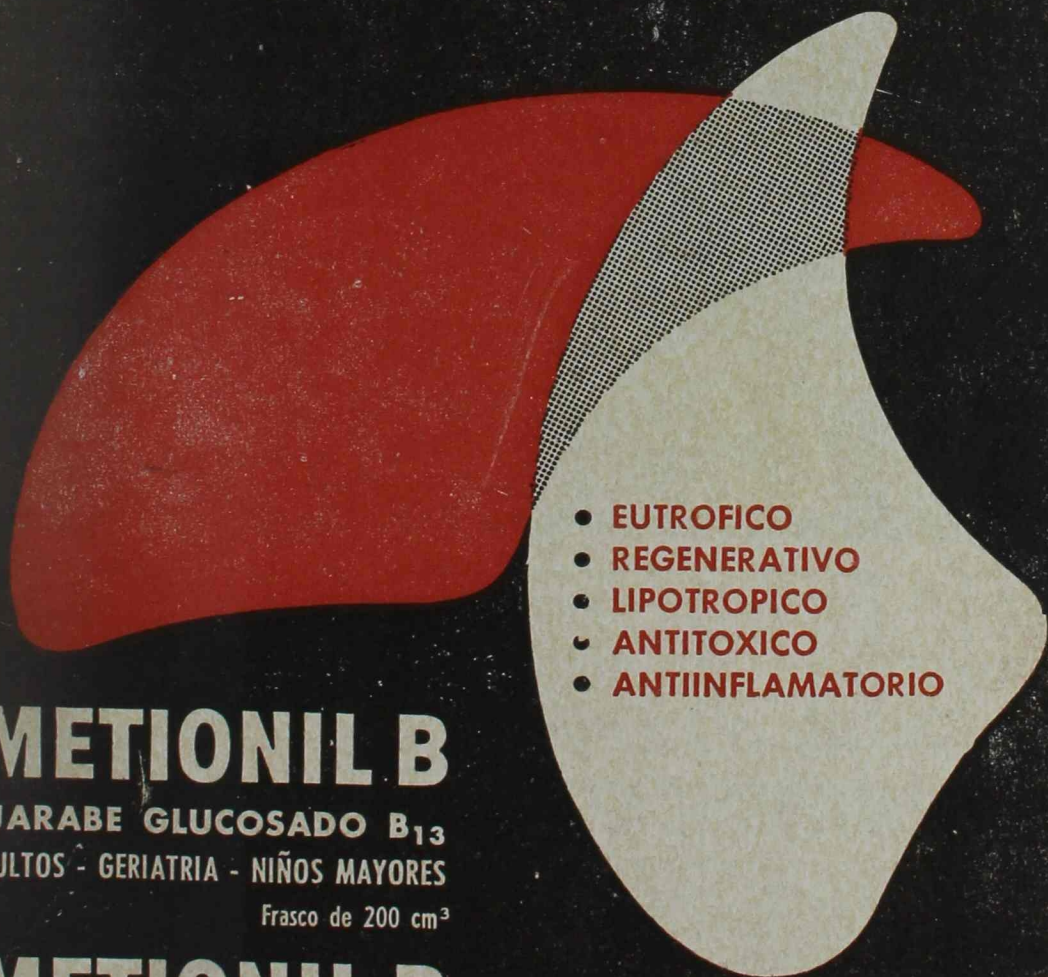
Contesta el doctor H. J. Vázquez:

Dr. H. J. Vázquez: El ataque en sí no requiere tratamiento, porque es breve y cede antes que el médico pueda llegar. Lo importante es el tratamiento de fondo.

Ante todo conviene aclarar que el espasmo de sollozo no forma parte del síndrome epiléptico. Es unánime la opinión de que estos niños deben ser tratados psíquica-

con
B
ACIDO
OROTICO
VITAMINA **13**

nuevo
eutrófico
específico
de la
célula
hepática...



- EUTROFICO
- REGENERATIVO
- LIPOTROPICO
- ANTITOXICO
- ANTIINFLAMATORIO

METIONIL B

JARABE GLUCOSADO B₁₃
ADULTOS - GERIATRIA - NIÑOS MAYORES

Frasco de 200 cm³

METIONIL B

INFANTIL B₁₃ (GOTAS)
LACTANTES Y NIÑOS DE 1a. y 2da. INFANCIA

Gotero de 30 cm³

QUIMICA

DUMONT FRERES-DUFREY S. R. L.

CHARCAS 5013/15 - TEL. 71-3269 - BUENOS AIRES



EN JARABE...Y GOTAS...

LEDERMICINA*

Demetilclortetraciclina LEDERLE

UNIVERSALMENTE ACEPTADA EN INFECCIONES PEDIÁTRICAS

DESDE ALEMANIA. Los resultados obtenidos en 74 niños de diversas edades confirman su superioridad en lo que se refiere a aceptación por el enfermo, eficacia terapéutica y conveniencia de administración. En la mayoría de los casos sólo fueron necesarias 2 tomas al día.¹

AL JAPÓN. En 75 enfermos, los resultados fueron superiores o iguales a los de otros antibióticos de amplio espectro... aun con dosis muy inferiores en miligramos. Todos los casos de neumonía atípica y disentería bacilar respondieron bien.²

A ESPAÑA. Los resultados obtenidos en 10 niños con infecciones resistentes a otros antibióticos fueron francamente

buenos y en ocasiones impresionantes. No se observaron efectos secundarios.³

Y A NORTE AMÉRICA. Todos los 42 niños con escarlatina se restablecieron con LEDERMICINA demetilclortetraciclina extra activa; 32 niños estaban afebriles a las 48 horas de iniciada la terapéutica.⁴

CAPSULAS: 150 mg • JARABE: 75 mg/5 cm³ • GOTAS PEDIÁTRICAS: 60 mg/cm³

1. Kienitz, M.: *Med. Klinik* 55:2064 1960. 2. Fujii, R., y col.: *En Antibiotics Annual 1959-60*, Antibiotic, Inc., New York, N. Y., p. 433. 3. González Meneses, A.: *Rev. Esp. Pediatr.* 16:695-701 (septiembre-octubre) 1960. 4. Lichter, E. A., y col.: *A.M.A. Arch. Int. Med.* 105:601 (abril 1960).

* Marca Registrada



LABORATORIOS LEDERLE División de CYANAMID DE ARGENTINA



CHARCAS 5051/63 • T. E. 772-4031 • BUENOS AIRES

mente, pues en todos ellos ese fenómeno no es más que la expresión somática de problemas de conducta.

Cuando los accesos son espaciados indicamos solamente psicoterapia, pero cuando son muy frecuentes la asociamos con hidantoinatos (0,03-0,05 de epamín por la mañana) y barbitúricos (2-3 luminaletas antes de dormir), no sin antes aclarar a los padres que la medicación anticonvulsiva instituida no implica de ninguna manera el diagnóstico de epilepsia.

Pregunta el doctor Zamora: ¿En cirugía es frecuente el síndrome de palidez e hipertermia? Su tratamiento.

Contestan los doctores Aja Espil y Gianantonio:

Dr. Aja Espil: Actualmente el cuadro no es frecuente por la vigilancia estricta de la temperatura en el postoperatorio. Actuando antes que el síndrome se instale. Una vez producido esto, puede curarse con la hibernación.

Dr. Gianantonio: Interpreta el síndrome con una hipernatremia, muy severa. Cree que actualmente este síndrome por un mayor conocimiento del pre y postoperatorio se observa menos.

Pregunta el doctor Quiroga: Dosis de albúmina humana en prematuros y en recién nacidos a término. En Kernicterus tiene experiencia el profesor Ballabriga sobre la existencia de lisolecitina, que favorecería la hemólisis. ¿Qué conducta terapéutica se seguiría?

Contesta el profesor Ballabriga:

Prof. Ballabriga: Las experiencias hechas con albúmina humana concentrada, por nuestra parte, han sido hechas con un preparado al 15 %. Este preparado al 15 % difiere en general del preparado utilizado en los Estados Unidos, que suele ser al 25 %; es un preparado pobre en sales, con un contenido de cloruro sódico inferior al 3 ‰, un contenido en globulinas solamente del 0,5 %, una viscosidad de 2,8, es decir, es un preparado de viscosidad inferior al de la sangre. La dosis que hemos utilizado en el período experimental osciló entre un gramo de albúmina por kilo de peso a cinco gramos de albúmina por kilo de peso y día, para quedarnos con una dosis media de dos gramos de albúmina por kilo de peso, que viene a corresponder a trece centímetros cúbicos y medio del preparado de la solución al 15 %. El preparado ha sido perfectamente bien tolerado. La experiencia nuestra, en este momento, se reduce a más de un centenar de perfusiones realizadas en prematuros, todos ellos de peso inferior a dos kilos, algunos de ellos de novecientos cincuenta y de mil gramos, y hechas lo mismo el segundo día de la vida que a lo largo del primer mes. La reinyección es completamente bien tolerada, sin que aparezcan fenómenos de intolerancia de orden anafiláctico, y únicamente queremos llamar la atención en los fenómenos que se producen después de la inyección. Se produce una disminución de los valores del hematocrito, haciendo hematocritos seriados, para luego una recuperación con un plazo al volumen normal otra vez, en un plazo que tiende a oscilar de tres a seis horas después de la inyección. La necesidad de la inyección lenta es completamente imprescindible, dado que —en el conejo, que es donde más hemos experimentado la tolerancia— la velocidad de inyección —como si mal no recuerdo ayer comentábamos— supone que velocidades inferiores a dos centímetros cúbicos del preparado por minuto pueden llegar a hacer tolerar cantidades globales de siete gramos de albúmina por kilo de peso, mientras que la muerte se produce por edema agudo de pulmón, utilizando únicamente cinco gramos de albúmina por kilo de peso, cuando se hace la inyección brusca, con tiempo superior a cuatro centímetros cúbicos. En cuanto a la segunda parte de la pregunta, ¿qué experiencia sobre la existencia de la lisolecitina? El único conocimiento que tenemos

en el momento del problema es, seguramente, el mismo que tiene el autor de la pregunta: el trabajo publicado hace uno o dos meses, si mal no recuerdo, en el "American Journal of Diseases of Children", el cual se refiere a este aspecto. No tenemos, pues, ninguna experiencia personal sobre este problema, trabajo que nos ha parecido de un gran interés en el momento que lo leímos, pero que lamento no poder contestar.

Pregunta el doctor Martínez Castro Videla: Tratamiento del tétano del recién nacido.

Contesta el doctor Visciglio:

Dr. Visciglio: La seroterapia constituye la base del tratamiento: 10.000 unidades de antitoxina por kg/peso en una sola dosis, y por vía intramuscular o subcutánea. Poco útil repetir la dosis. Asociar penicilina: 50.000 unidades por kg/peso y día; evita la infección asociada. Sedantes: luminal, 0,10-0,20 g. por día; de luminal sódico. Reposo, alimentación por sonda. El tratamiento local de la herida umbilical exige los cuidados indispensables, pero en cuanto a la exéresis quirúrgica está en revisión, aconsejándose la conducta abstencionista.

Pregunta el doctor Di Bartolo: Intoxicación por anilina. Terapéutica apropiada. Tratamiento de la intoxicación con plastilina.

Contesta el doctor Astolfi:

Dr. Astolfi: El problema de la intoxicación anilínica se reduce al enfoque terapéutico de la metahemoglobinemia que ocasiona. Por tanto, el pronóstico es, en este caso, muy benigno. La cianosis universal del niño que acompaña su buen estado general, puede hacerla sospechar. La fuente intoxicante es, en la mayoría de los casos, las tintas de imprenta que tienen anilina libre. El tratamiento se reduce a administrar por vía endovenosa azul de metileno, al uno por ciento, en dosis exactas de un miligramo por kilo de peso. El azul de metileno, que es cloruro de metiltionina, tiene la virtud de blanquear al niño en pocos minutos, pero si se excede la dosis de uno a dos miligramos por kilo de peso, o se repite con mucha frecuencia, se vuelve de por sí meta-hemoglobinizante, con lo que viene a perjudicar el tratamiento. Además, nosotros aconsejamos el uso del "Citomac", que es el citocromo C., fermento respiratorio; también se puede utilizar la vitamina C. en un cóctel, que podríamos llamar un poco aforísticamente "respirador químico". Ninguna de estas dos drogas, ni el ácido ascórbico, ni el citocromo C., ha desplazado el valor del azul de metileno. La oxígeno terapia parece superflua, aunque algunos la aconsejen. En cuanto a la intoxicación con plastilina, hemos sabido del caso de un niño que ingirió, por el manipuleo en los jardines de infantes cuando trabajan con este material tan accesible. La plastilina tiene su poder tóxico en la presencia de sulfuro de carbono. De manera que podemos remitir la intoxicación con plastilina al capítulo del sulfuro de carbono. El sulfuro de carbono tiene la virtud de obrar como un liquefactor de las grasas, y por ende actúa a nivel de la corteza cerebral produciendo sopor, una especie de anestesia, y convulsiones. De ahí que el niño, aparte de una violenta irritación gastrointestinal, pasará en seguida a un cuadro de naturaleza neurológica, caracterizado en primer término por un episodio convulsivo y en seguida por una narcosis, remediando en cierto modo lo que puede ocurrir con cualquier anestesia de índole general. El tratamiento para el sulfuro de carbono —valga para la plastilina— será exclusivamente sintomático según el momento en que nos toque atender al niño intoxicado.

Pregunta el doctor Cesarsky: Tratamiento inicial de quemaduras de esófago.

Contesta el doctor Arauz:

Dr. Arauz: Bueno; habrá que considerar primero, saber bien qué es lo que el niño ha ingerido y en qué concentración. Cuando eso es posible y las causas más frecuentes en nuestro medio son soda cáustica en polvo, que se vende desaprensivamente en las ferreterías, para uso doméstico, y la solución de soda cáustica que preparan los pintores para remover pintura. Una vez que el niño ha ingerido y llega a una guardia hospitalaria en estas condiciones, según nuestra experiencia es mejor no hacer maniobras bruscas de lavajes gástricos, sino más vale la administración de una sustancia ácida. Lo más corriente en cualquier ambiente es el vinagre o el jugo de limón. Cuando por el contrario debemos administrar un alcalino, la solución jabonosa es la más eficaz. Pero a nuestra manera de ver lo más importante, es administrar desde un primer momento antibióticos y corticoides. Y tener bien formada la idea de que por poco que haya ingerido el niño seguramente va a tener una estenosis de esófago. Son muy pocos los que se salvan de ella. De manera que, deben ser tratados con el método clásico, a partir de la primer semana, cuando baja la fiebre, con dilataciones, sin esperar a que se haga la estenosis para iniciar la dilatación. Porque todos estos casos tienen un período de silencio de aproximadamente de veinte a cuarenta días, en los cuales mejoran los síntomas y mejora la deglución, viniendo posteriormente con estenosis muy serias de tratar y, sobre todo, en ese momento existen complicaciones que hacen que existan riesgos que no se presentan cuando el tratamiento se inicia en forma precoz. Conviene también recordar que es más o menos seguro que si el niño ha tomado álcalis, va a tener estenosis de esófago. Mientras que si ha tomado ácidos, va a tener una estenosis de estómago y principalmente trastornos a nivel del píloro con la evacuación del estómago.

Coordinador Prof. Beranger:

Con esta última respuesta damos por terminada la labor de esta mesa redonda.

En mi carácter de coordinador del aspecto clínico nada debo agregar a las consideraciones claras, precisas e ilustrativas que han hecho los participantes del panel respondiendo a la diversidad de preguntas que le fueran formuladas.

Debo agradecer la presencia de tan elevado número de pediatras, así como también reconocer el enorme interés demostrado por conocer la actualización de las urgencias terapéuticas que a diario nos impone la práctica pediátrica y por sobre todo, debo considerar que hemos sido altamente prestigiados por la colaboración de los Profesores Royer, Ballabriga y Yannicelli, cuyas intervenciones en el desarrollo de esta mesa redonda han servido para poner de manifiesto sus profundos conocimientos de la patología infantil.

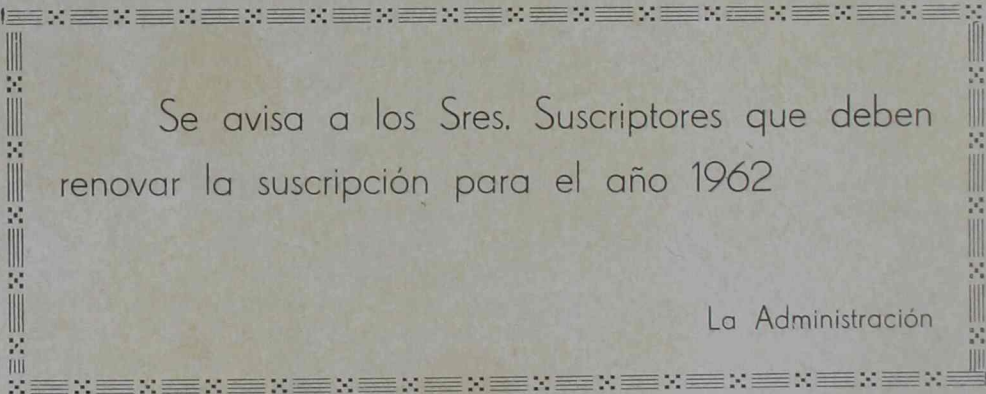
Coordinador Dr. Rivarola:

Felicito a todos los participantes de la Mesa Redonda y especialmente a los doctores Ballabriga, Yannicelli y Royer.

Señala refiriéndose a lo expuesto que las neumopatías ampollosas son un peligro en potencia, deben ser vigiladas; en caso necesario drenarlas como el doctor Llambías dice. La Toracotomía amplia queda relegada a las ampollas recidivantes o aquellas que se mantienen mucho tiempo.

En las atresias de esófago lo mejor es la anastomosis en un tiempo. Pero si las condiciones son malas resolver las operaciones menores. Gastrotomía, no para alimentar si hay fístula inferior, sino para aspirar el estómago para evitar el pasaje de su contenido al pulmón. Reconocer las malformaciones asociadas. Señala respecto al punto expuesto por el doctor Ballabriga sobre la gangrena de las extremidades por inyección hecha en el cordón umbilical, que ha observado varios casos de parálisis localizados en el territorio del ciático poplíteo externo por esa misma etiología y que curan al cabo de un año.

Nada más y muchas gracias.



Se avisa a los Sres. Suscriptores que deben
renovar la suscripción para el año 1962

La Administración

Mesa Redonda:

Pediatría Social - Asistencia Médico Social Problemas Sociales de la Alimentación

Coordinador: Prof. Dr. JOSE R. VASQUEZ

Problemas sociales de la alimentación.

por el PROF. DR. HUMBERTO S. NOTTI ★

La salud y la educación son componentes trascendentales de la economía de todo país. Está demostrado que sin nutrición normal no hay salud y sin alimentación correcta no hay nutrición normal. Si aplicamos este concepto a cualquiera de los períodos etarios, comprobaremos que si la mujer embarazada no se alimenta bien, el niño puede morir, o nacer con afecciones carenciales o prematuro; si es la nodriza la que tiene el déficit de nutrimentos, el hijo se desarrolla con carencias; si al menor no se le provee de los alimentos llamados protectores o de alto valor biológico, su crecimiento y desarrollo será deficiente, y si es el joven o el adulto el que no come lo que debe, su vida se extinguirá prematuramente.

Es un hecho que ya nadie discute que en los llamados pueblos subdesarrollados la mortalidad infantil es francamente superior a la de los otros, y que a ello contribuye especialmente la desnutrición que facilita las infecciones en general y muy particularmente diarreas y procesos del árbol respiratorio.

El médico de hoy no puede ocuparse solo de las enfermedades, sino especialmente del cuidado y promoción de la salud, entendiéndola a ésta como la define la O.M.S., y para cumplir correctamente con su trascendente misión debe comprender los grandes problemas sociales para lo cual deberá pasar de la cabecera del enfermo a la cabeza de la sociedad, vale decir, aplicar los principios de la medicina social que considera a la persona integrando una comunidad y en permanente interrelación con los elementos animados e inanimados que lo circundan. El médico para interpretar acabadamente a su enfermo debe comprender la colectividad en que actúa y vive y como inciden sobre él las fuerzas sociales y culturales. Se ha dicho y con razón que la salud y la enfermedad representan variaciones de un mismo proceso cual es el adaptación del individuo a su ambiente natural en busca de un estado de equilibrio con todo lo que lo rodea y que permanentemente lo estimulan. Así como es indispensable para la vida normal el equilibrio del hombre con su medio interno, vale decir, la homeostasis, lo es igualmente con el medio social. La enfermedad resulta así un fenómeno dinámico que solo puede ser interpretado como corresponde cuando se analiza la relación con el medio. Esta concepción de la salud y de la enfermedad como

★ Cátedra de Medicina Infantil de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.C. Filial Mendoza.

expresiones de un mismo fenómeno justifica la orientación de la medicina moderna, y por lo tanto, de los criterios de curación y prevención.

El médico de hoy debe tener un concepto claro de lo que significa "desarrollo de la comunidad" donde el esfuerzo de una población se suma al de su gobierno para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de la colectividad, bajo el lema de "esfuerzo propio y ayuda mutua".

Se ha afirmado que las dos necesidades fundamentales del hombre son la alimentación y la salud. Si hacemos un poco de historia con respecto a estos factores de bienestar humano, comprobaremos que hace un siglo, el promedio de vida, mayor entre los ricos y menor entre los pobres, se reducía a unos 40 años. Gracias a los descubrimientos científicos y técnicos que han progresado más en los últimos 50 años que en los 2.000 anteriores, poseemos hoy los conocimientos y el poder necesarios para una producción de alimentos que permitiría vivir en buen estado de salud a una población dos veces mayor que la del mundo actual, y para eliminar o controlar la mayoría de las enfermedades mortales.

El promedio de vida a comienzos de este siglo llegaba a 50 años y para muchos niños nacidos ahora, es de unos 70 años, pero esto sucede para los habitantes de los países desarrollados, vale decir, un tercio de la población del mundo; en cambio para los dos tercios restantes, la vida probable en el momento de nacer, es solo de 30 a 40 años. Esto significa que 1.600 millones de personas mueren especialmente en la infancia o prematuramente, a causa de enfermedades que pueden evitarse y a falta de alimentos que podrían suministrarse.

No debemos olvidar que el concepto de libertad para un pueblo hambriento no es el mismo que tienen los integrantes de una comunidad con un alto nivel de vida, y por lo tanto aquellos no están dispuestos a luchar por ella.

Si nos concretamos a los alimentos diremos que las personas deben comer de acuerdo a sus necesidades y no de acuerdo a sus medios o posibilidades. El médico aconseja cuáles son los alimentos protectores de la salud que al individuo le corresponden sobre todo en las etapas más vulnerables de la vida (mujer embarazada, nodrizas y niños), y los medios económicos (producción, conservación, distribución, precios razonables, etc.), culturales y sociales, reducen las posibilidades de su adquisición y consumo, con lo que se hace un grave daño a la salud y a la paz, prosperidad y felicidad de la raza humana.

Las cifras de mortalidad infantil en nuestro país, está en íntima relación con la mala nutrición.

Si en los países más adelantados mueren menos de 20 por cada mil nacidos vivos, y en la Argentina la cifra es de 60, quiere decir que podríamos salvar dos de cada 3 niños que mueren.

De los 45.000 fallecimientos al año podríamos rescatar 30.000 y además de eso debemos tener en cuenta las condiciones precarias de salud de buen número de los que se salvan.

El médico debe conocer todos los factores que repercuten sobre la salud y la enfermedad de los individuos para plantearlos en sus justos límites, pero en la mayor parte de los casos no es él quien puede resolverlos. Si hablamos por ejemplo del Kwashiorkor, veremos que en último término es un problema de educación, producción agropecuaria y de economía. En este sentido me parece apropiado transcribir una frase del inglés Lord Boyd Orr, primer director general de la F.A.O. y premio Nobel de la Paz en 1949. Dice: "En las civilizaciones occidentales, el objetivo de la producción alimentaria no ha sido la cantidad requerida para abastecer las necesidades humanas, sino la que puede venderse con fines lucrativos".

Dado de que el tiempo de que dispongo es muy breve, me concretaré a dar algunos conceptos sobre alimentación escolar, por considerar a la escuela como el organismo fundamental para actividades de educación nutricional, y a la educación como la mejor arma de que dispone la medicina social para el cuidado y promoción de la salud y lucha contra las enfermedades. En este sentido el médico debe actuar especialmente "con la gente" y no "para la gente".

Para hacer programas de alimentación, ya sea en relación con la salud, la educación o la producción agropecuaria, el Estado, con la ayuda de los organismos técnicos y la comunidad tendrá que hacer encuestas nutricionales y alimentarias en sus aspectos biológico, económico y cultural, no sólo en las zonas urbanas sino especialmente en las rurales, preocupándose por las deficiencias en el estado de nutrición y en los hábitos de alimentación.

Previo a todo esto deben hacerse campañas de educación sobre problemas de nutrición, pues solamente con el contacto interpersonal o colectivo, el individuo comprenderá la importancia de su colaboración en el programa proyectado y la trascendencia que tendrá el mismo en la comunidad.

El escolar desnutrido tiene falta de vitalidad; como consecuencia de ello no asiste a la escuela o lo hace en forma irregular, y en los que concurren hay escaso rendimiento o mal aprovechamiento.

Para resolver estos graves problemas son necesarios poner en ejecución programas de alimentación escolar, adaptados a cada país y a cada región, debiéndose tener en cuenta los recursos alimentarios locales y si ellos fueran insuficientes llevar a la práctica planes de producción de alimentos de alto valor biológico.

Las granjas y huertas escolares y comunales, y la administración de alimentos en forma de refrigerios, almuerzo y aún de merienda, siempre que junto con el aporte de alimentos tengan un fin educativo, tienen extraordinaria importancia.

Para cumplir con su misión de enseñar nutrición y alimentación a los niños de acuerdo a los principios de la escuela activa, las maestras deben recibir una enseñanza adecuada, para lo cual esta materia debe integrar los curriculum de las escuelas normales y del magisterio, pero no en forma superficial como se ha hecho hasta ahora, sino dándole la trascendencia social que ella tiene, y las maestras que están en funciones debe preparárselas de acuerdo a un plan de emergencia.

Como lo ha sostenido el "Seminario regional Sudamericano de Alimentación Escolar", el maestro debe conocer los problemas nutricionales de la región y la relación alimentos, alimentación, nutrición, salud y debe estudiar la pedagogía aplicada a la enseñanza de la alimentación.

Como en todo programa de salud deben plantearse los principios normativos, organizativos, ejecutivos y hacerse la evaluación, ya sea durante la puesta en marcha del programa para ratificar o rectificar rumbos o al finalizar el mismo, y en cuanto a lo que se refiere nutrición, con el concepto de que no solo es un problema médico, deben coordinar su acción organismos de salud pública, educación, agricultura y economía.

Suscintamente diré que los problemas más graves de mal nutrición en Latinoamérica son debidos a deficiencia o falta de consumo de proteínas, por lo cual ellas deben integrar toda dieta, teniendo muy especialmente en cuenta la leche de buena calidad, ingerida en cantidad suficiente y en forma habitual por la cantidad de calcio, vitaminas y proteínas que contiene. Para reemplazar a ésta en los países que no la producen se han preparado mezclas alimenticias con harina de soja, o de maní o pescado.

Nadie discute ya la trascendencia social que tiene la buena alimentación de la población, que ha hecho escribir a Mc Carrison: "Actualmente nada existe más importante que la preocupación por una mejor nutrición del pueblo, ninguna necesidad más apremiante que la divulgación de las cuestiones referentes a la alimentación", y Glanzmann agrega, que las bases teóricas y las aplicaciones prácticas de la nutrología de hoy nacieron del niño sano o enfermo.

Esta inquietud existe en todos los países y también en los organismos internacionales como la O.M.S.; F.A.O.; UNICEF, UNESCO, I.I.N., etc., que prestan asistencia técnica o material a las naciones que lo soliciten, y constituye en estos momentos uno de los motivos de más preocupación en política nacional e internacional, pero debemos tener en cuenta que la solución no debe ser transitoria y con carácter de emergencia, sino que debe ser integral haciendo que los recursos alimentarios del pueblo estén asegurados.

La medicina de hoy necesita fundamentalmente evitar las enfermedades y promover la salud considerada como un completo estado de bienestar físico, mental y social, para lo cual el médico debe aceptar al individuo integrando una comunidad y en permanente interrelación con el medio que lo circunda.

El médico, y muy singularmente el pediatra, tiene la obligación de ocupar con dignidad y responsabilidad el puesto de privilegio que le tiene asignado el mundo actual, y sólo así podrá tener vivencia en grado superlativo la frase de Homero: "Pues, es un médico, un hombre que vale por muchos hombres".

PEDIATRIA SOCIAL DE SAN JUAN *

Autores:

Dra. Carolina Nastri de Fisher - Dra. Ethel Schabelman de Miodovsky - Dra. Graciela de Yesurón - Dr. César Aguilar Torres - Dr. Julio Daroni - Dr. Fernando Julio Moreno - Dr. Ramón Elizondo - Dr. Bernardo González - Dr. Roberto Billella - Sr. Aurelio Pertile (Asesor Estadístico) **

San Juan, provincia andina, comprendida entre los paralelos 28° y 32° de latitud Sud, tiene una superficie de 96.493 Km², una población según el último censo de 1960, de 353.202 habitantes, siendo la población de su capital de 106.247 habitantes. Esta población habita la cantidad de 69.531 viviendas.

Nuestro clima, se caracteriza por ser seco, con grandes oscilaciones térmicas, con precipitaciones anuales inferiores a los 200 mm.; la azotan vientos frecuentes, siendo el más característico, el viento Zonda, de elevada temperatura y seco.

La actividad económica principal, es la agricultura, teniendo una superficie cultivada de 82.000 Has., regadas por los ríos San Juan y Jaehal. La explotación agrícola es principalmente, la vid y el olivo, con 39.019 Has. de vid y 2.383 de olivos, existiendo otros cultivos menores. Otra fuente importante de ingreso para la provincia es la minería.

Vivienda: Se calcula que un 15 % de la población de la capital de San Juan, continúa residiendo en las viviendas de emergencia. El capital privado ha construido hasta el presente 14.034 viviendas, y el Estado ha contribuido con la construcción de barrios, con un total de 2.236 casas, todas las cuales son higiénicas y antisísmicas (22,46 %). En el área suburbana y rural, predomina la edificación de adobes, casi

* Filial San Juan de la Sociedad Argentina de Pediatría.

** Agradecen la colaboración prestada por el Director del Servicio Provincial de Salud, Dr. Valois Martínez Colombes.

siempre revocadas con techo de caña y barro o quincha. Según el último censo, 40.231 viviendas serían de este tipo, es decir el 55,09 %.

Población: Según los datos de la tabla sobre población de San Juan, el 38,76 % de la población corresponde a los menores de 15 años, en tanto que el 59,7 % asimila los menores de 20 años, lo cual parece indicar la juventud de la misma; solo el 4,1 % de ellos sobrepasa los 65 años. Las edades de 15 a 20 años representan el 53,1 % del total a los efectos de la productividad. Si se considera, que existe un 23,8 % de la población total, constituida por mujeres en edades fértiles y que los menores de 15 años, suman otro 38,7 %, puede estimarse que potencialmente, uno de los aspectos del programa de Higiene Materna e Infantil, deberá extender su acción aproximadamente al 62 % de los individuos de cada localidad.

Distribución de la población: Casi las 2/3 partes de la población, se distribuye a lo largo del Río San Juan, en un área relativamente pequeña, que corresponde al Valle del Tulúm. La segunda distribución en importancia, se asienta en el Valle de Jachal. Otras concentraciones secundarias se localizan en los afluentes de los ríos Calingasta e Iglesias, así como en Valle Fértil y en las vías de comunicaciones.

Densidad de la población: La densidad de la población en el año 1960, es de 3,7 habitantes por Km². Siendo la relación de población urbana 46 % (162.373 Hab.) y rural 54 % (190.829 Hab.).

Institución Gremial de San Juan (Colegio Médico): Antes de entrar a explicar las tablas demográficas, que es la base de este trabajo, consideramos necesario destacar dos aspectos de la Sanidad de nuestra Provincia, de características propias, bien definidas y muy particulares, que son, Colegio Médico, Dirección de Maternidad e Infancia y Servicio Provincial de Salud, porque ellos influyen en forma directa, sobre los aspectos médicos sociales de la niñez, en beneficio de las clases más necesitadas de la población de nuestra provincia; desde el mes de enero de 1957, existe en San Juan, un régimen de atención para los afiliados de obras sociales, mutuales, gremios, etc., etc., que en su momento fue el primero del país, por la amplitud del personal médico, de sanatorios y de las entidades señaladas, que entraron en el mismo.

Dicho régimen consiste en que, tanto los médicos socios del Colegio Médico (el 98 % de los profesionales activos de la provincia) como la totalidad de los sanatorios, delega en la institución gremial, la tarea de contratar con las obras sociales y mutuales, las condiciones y aranceles con que se atenderán a sus afiliados, es de destacar que se benefician con estos contratos, más o menos 60.000 habitantes de la provincia, de los cuales 30.000 son niños. Las condiciones contractuales más dignas de ser destacadas son las siguientes:

1º) Libre elección del médico o sanatorio por el enfermo; para ello se ha establecido la obligatoriedad, por parte de las obras sociales o mutuales, de tener en lugares visibles las nóminas de socios del Colegio y de los sanatorios que atenderán a sus agentes; asimismo se ha establecido que las boletas de atención médica sean entregadas por personal que en ningún caso debe ser médico; a los efectos de estas directivas debieron ser eliminados todos los médicos orientadores que en el momento de entrar en vigencia prestaban servicio a una u otra obra social o mutual. En el momento actual no existe ningún médico asistencial; se permite, sí, y perfectamente reglamentada, la existencia de médicos de control e inspectores, cuyas funciones son las de controlar tratamientos, ausentismo, etc., pero en ningún caso la de asistir al enfermo de la obra social o mutual como médicos tratantes.

2º) Los convenios se efectúan exclusivamente entre el Colegio Médico y la entidad respectiva y excluye toda posibilidad de firmar contratos laterales.

3º) En virtud de lo dicho en el apartado 3 es el Colegio el que entiende en todos

los problemas que por atención deficiente, falta de pago, etc., se susciten en las relaciones con las obras sociales y Mutuales.

El régimen en vigencia, si bien fue resistido en principio por algunas entidades que no comprendieron el problema en toda su significación, tiene como principales defensores a esas mismas instituciones que no aceptan ninguna variación en lo que se refiere a la posibilidad de disminuir alguno de sus derechos, en lo que atañe a la elección de los médicos y sanatorios, así como el número de los que les prestan servicios.

Cada institución tiene un régimen distinto en lo que se refiere a los beneficios que se otorgan a sus agentes siendo los más característicos los siguientes: 1º) La Obra Social o Mutual toma a su cargo la totalidad de los gastos que ocasione la atención de sus agentes: caso de Y.P.F., Y.C.F., Industria y Comercio, Gas del Estado, Dasa, etc. 2º) La obra social toma a su cargo una parte de los gastos que ocasione la atención de sus afiliados, debiendo éstos pagar la diferencia, ya sea a la misma obra social o al médico o al sanatorio; en esta situación se encuentra la Obra Social de la Provincia, Bancarios, Agua y Energía, etc. 3º) La obra social o mutual, toma solo a su cargo la consulta en consultorio y en domicilio, y los restantes servicios son pagados por el agente, pero en base a los aranceles fijados por obras sociales y mutuales; en esta situación se encuentran en general los gremios, cuyos recursos no les permiten una mayor amplitud en las prestaciones; tal es el caso del Sindicato Gráfico, Sindicato de Prensa, Unión Obrera Molinera, Sindicato Unico Trabajadores Públicos, etc. Para los agentes de estas entidades es que se está contemplando la posibilidad de una atención integral por cuenta de las patronales respectivas.

En la actualidad el Colegio Médico de San Juan, se encarga de la facturación elevación, cobro y distribución de sus honorarios a los médicos. El régimen obtenido por el Colegio Médico, gracias a la solidaridad del cuerpo médico de San Juan, ha permitido, además de la innegable mejora en la atención médica a un grupo de la población, a cuyos alcances se ha puesto la mejor medicina del medio, un fortalecimiento de la institución gremial, que, al contar con medios seguros económicos puede desarrollar una acción social entre sus socios de mayor envergadura.

Este régimen ha sido complementado, por iniciativa del Colegio Médico, por una ley de retribución de servicio, incluida ahora en el actual Código Sanitario. Esta ley posibilita el cobro a la obra social o mutual respectiva o compañía de seguros, de los gastos que demande la atención de sus agentes atendidos en hospitales o puestos sanitarios de la provincia. Con este instrumento legal se evitará la actual situación por lo cual muchas compañías de seguros o patronales hacen atender a sus agentes en hospitales, sin ningún desembolso. Asimismo resultarán principales beneficiarios los empleados y obreros rurales, cuya asistencia médica adecuada es sistemáticamente burlada por los responsables. De esta manera también serán beneficiados los médicos que atienden personas amparadas por algún régimen de previsión y los servicios médicos provinciales que percibirán los importes respectivos por internación y derecho. En el día 26 de septiembre de 1961, se firmó contrato con Y.P.F., para que el Servicio Provincial de Salud les dé atención médica a sus obreros.

En resumen puede decirse del régimen en vigencia para la atención de obras sociales y mutuales, que es bueno por lo siguiente:

- 1º) Pone al alcance de núcleos de pocos recursos de la población la mejor medicina posible en la provincia.
- 2) Porque ha dignificado al médico en sus relaciones con las obras sociales y mutuales, permitiéndole una mayor tranquilidad en su trabajo y sin dependencia de

patronales que algunas veces son injustas y arbitrarias, como se ha visto en diversos conflictos de todos conocidos.

3º) Porque al establecer la libre elección del médico por el paciente, y el sanatorio, establece la competencia, ya que el enfermo irá a quien mejor le atienda. Con esto mejora la medicina que se brinda.

4º) Porque ha dignificado al afiliado de la mutual, sustrayéndolo del hospital y permitiéndole acceso a los consultorios privados en igualdad de derechos que el cliente particular.

5º) Porque sirve de extraordinaria experiencia previa, por los datos estadísticos que se obtienen al estar todo centralizado en el Colegio Médico, para un futuro Seguro de Salud, ya que si bien el sistema actual es muy bueno, no es el ideal.

6º) Porque ha fortalecido al Gremio Médico y permitido un mayor sentido de solidaridad entre los médicos de la Provincia.

Servicio Provincial de Salud: La sanidad pública de nuestra provincia se encuentra regida por una nueva organización llamada *Servicio Provincial de Salud*, y que reemplaza a la anterior Secretaría de Salud Pública desde el 1º de abril de 1961. Dentro del Servicio Provincial de Salud, los Departamentos de Salud, de Promoción y Protección revisten capital importancia, ya que de ellos dependen las acciones relacionadas con: Higiene Maternal e Infantil, Servicio Social, Educación Sanitaria, Examen Periódico de la Población, Medicina Sanitaria, Viviendas, Control Agua y Excretas, Inmunizaciones, Control de Alimentos, etc., etc. Maternidad e Infancia se encuentra constituido por un Centro Piloto, 12 Centros, 12 Subcentros y 16 Postas, y su personal técnico consiste en 18 médicos pediatras, 11 médicos clínicos, 7 médicos obstetras, 14 obstétricas, 20 visitadoras sociales con título y autorizadas. El número de camas de maternidades de la provincia es de 180 y el número de camas pediátricas es de 244.

A través de los centros maternos infantiles se suministra leche en polvo a los niños menores de un año; los alimentos son entregados por intermedio del Servicio Social previa ficha y contra entrega de vales tipo cheque. No solo se realiza medicina asistencial, sino que progresivamente se va creando en la madre la conciencia del *Control del Niño Sano* vigilando su peso y orientando la alimentación. En la lucha contra las diarreas estivales, se cuenta en la actualidad con una Sala de Hidratación en el Servicio de Pediatría del Hospital Rawson, donde se realizan venoclisis y gastroclisis y en los centros alejados se hace la hidratación por gastroclisis. Los totales realizados en 1960 alcanzan a 1.204 venoclisis y 511 gastroclisis.

Dentro del plan de Inmunizaciones de toda la provincia, los centros maternos infantiles realizan vacunaciones (BCG, vacuna triple, vacuna Salk, antitífica y anti-variólica). De las 230.000 vacunas realizadas en la provincia en el año 1960, 40.000 se realizaron en los Centros Maternos Infantiles. En los Centros Maternos Infantiles realizan vacunaciones (BCG, vacuna triple, vacuna Salk, antitífica y anti-variólica). De las 230.000 vacunas realizadas en la provincia en el año 1960, 40.000 se realizaron en los Centros Maternos Infantiles. En los centros maternos infantiles se realiza atención odontológica consistente en curaciones, extracciones y obturaciones. Las embarazadas concurren periódicamente para su control y son orientadas para que sus partos sean atendidos en maternidades o con control profesional. A través de los Servicios de Hemoterapia del Hospital Rawson e Instituto Municipal, se realizan las determinaciones Rh para enfrentar el problema de las incompatibilidades. Es de destacar que en nuestro medio el Rh (—) es del 7%, por lo tanto menor al que existe en otros lugares del país que alcanza al 15%.

La educación sanitaria realizada por médicos parteros y visitadoras sociales ha comprendido 1.488 actos de divulgación en 1960, consistente en charlas científicas, películas, títeres, etc. Se han creado 20 Clubs de Madres donde se enseña a leer y escribir a los analfabetos y se realizan labores y diferentes trabajos manuales. La División de Bioestadística del Servicio Provincial de Salud, nos ha proporcionado los datos que configuran nuestro trabajo y que nos da panorama sobre natalidad, Mortalidad Neonatal, Mortalidad Infantil, etc., etc.

Comentario gráfico sobre natalidad: La natalidad durante los once últimos años se ha mantenido por encima de un 30 %, observándose una tendencia a descender entre los años 1953 y 1959, hasta alcanzar su mínimo en 1960 con un 28,9 %. El 48 % de los partos son atendidos en establecimientos oficiales según cifras del año 1960. Una cantidad adicional no despreciable recibe atención en maternidades privadas. Solamente dos pequeños grupos (Caucete, Calingasta) que cubren una población de 30.000 habitantes registran el 96 % de los nacimientos en Servicios de la Provincia. Los nacimientos según filiación nos ponen de manifiesto el aumento progresivo de la legitimidad.

Causas de defunciones generales, maternas, neonatales e infantiles. — 1º) *Causas generales:* De acuerdo a nuestra estadística, las principales causas de mortalidad en los años 1957, 1958, 1959, más del 40% corresponden a aquellas enfermedades sobre las cuales se pueden emprender acciones preventivas: Tuberculosis, Infecciones agudas del aparato respiratorio, Gastroenteritis y colitis, Infecciones y enfermedades propias de la infancia, etc. La mortalidad general es del 8,3‰ de la población.

Estas cifras traducen la necesidad de considerar como aspecto fundamental, dentro de los programas de salud pública las acciones de protección y promoción de Salud. Desde el comienzo del año 1960, se implantó el Certificado Médico de Defunción de tipo internacional, que ha permitido un mejoramiento visible en la formulación del diagnóstico de la causa de muerte. Buenos Aires y Chaco tienen estadística.

2º) *Causas maternas:* Las principales causas de mortalidad materna nos indican que las mismas pueden ser prevenidas.

La tasa de mortalidad materna es baja, sin embargo es conveniente ampliar el período de observación del problema. De las causas de muertes maternas, puede derivarse que los cuidados prenatales requieren una atención especial dentro del programa maternoinfantil. La mortalidad materna en nuestra provincia es del 1,9‰ de nacidos vivos. Es 4 veces más alta que los países que tienen la menor tasa de mortalidad materna: Norte América, Canadá, Suecia y Noruega.

Cifras de defunciones neonatales: Los datos precedentes deben tomarse con ciertas reservas en razón de lo expuesto anteriormente, sobre los certificados médicos. La correspondiente a 1960, con la adopción del Certificado Médico de Defunción, la certificación es un poco mejor, pero aún tiene reservas debido a la situación que crean los nacidos muertos, que son contados como nacimientos y luego como defunciones, por lo que por lo menos las defunciones fatales tardías es una proporción que no se conoce, están incluidas en las defunciones neonatales. No obstante todo lo dicho, también estos datos ponen de manifiesto la falta de atención prenatal adecuada. recientemente se ha implantado en nuestra provincia el Certificado de Nacimiento Muerto, que cambiará las características de las cifras.

4º) *Mortalidad infantil:* La tasa de mortalidad infantil es elevada. Durante los últimos años se ha mantenido alrededor del 70‰ nacidos vivos. La mortalidad infantil en nuestra provincia alcanza el 25,1% de la mortalidad ge-

neral, cifra importante si consideramos que este porcentaje corresponde a una edad que representa el 3,7 % de la población total de la provincia, coincidiendo con las cifras de toda Latinoamérica, donde la población de menores de 1 año está calculada en un 3 a 4 por ciento de la población total. Aun cuando los datos anteriores están sujetos a revisiones, reflejan la realidad, ya que el análisis de los datos de mortalidad infantil, correspondiente a 1960, señalan una tasa de 72,3 ‰ de nacidos vivos, cifra comparable con la de los años anteriores. Se tiene la sospecha de que las tasas son aún más elevadas en los departamentos. Como índice de comparación con todo el territorio de la República Argentina, la tasa de mortalidad era:

Año 1940	90 ‰
Año 1950	68 ‰
Año 1952	67,5 ‰

En el año 1950, veinticinco países del mundo se mantenían con tasas inferiores al 50 ‰.

Mortalidad según edades, años 1958-1960: Debe hacerse notar que el porcentaje de defunciones en el primer mes de vida es sumamente alto y destaca una deficiencia en el Servicio de Protección del Infante. La distribución de las muertes de niños en relación a la edad cumplida en el momento de la muerte, es la siguiente: 37,6% fallecen antes de cumplir el primer mes de vida (4 semanas). De este total el 65,5% fallecen antes de cumplir los primeros siete días de vida y a su vez de estos fallecidos en la primera semana el 54,4% corresponden al primer día. Es más importante si se considera que la mayor parte de las defunciones, en este grupo de edad, están clasificadas dentro de las enfermedades propias de la primera infancia. Los porcentajes indican que de cada 1.000 niños que nacen, cerca de 60 mueren antes de los seis meses.

Principales causas de mortalidad infantil: La tabla precedente muestra los datos obtenidos del Certificado Médico implantado en el año 1960. Las principales causas de mortalidad infantil son los padecimientos agudos de los aparatos digestivos y respiratorios. El segundo caso se explica por una falta de protección del niño contra la acción del medio ambiente, posiblemente las condiciones inadecuadas de viviendas es la causa más importante. La gastro-enteritis, la diarrea del recién nacido y la intoxicación alimentaria que pueden asimilarse dentro del primer grupo, constituye el problema más destacado, según la tabla anterior. Juntos alcanzan el porcentaje más elevado de las causas de muerte, traduciendo en su conjunto deficiencias en la vigilancia médica y en la educación de la madre. Las enfermedades de la primera infancia indican la ausencia de una adecuada atención médica en la primera semana de vida. Se destaca que las mayorías de las causas son más susceptibles de controlarse, mediante la acción persistente y planeada, que integran aspectos preventivos, de promoción y restauración de la salud.

CONCLUSIONES

- 1º Mejorar la información estadística y para ello;
 - a) Crear en los médicos pediatras la conciencia de informar correctamente y con detalles la certificación de enfermedades y causas de defunciones.
 - b) Capacitar al personal encargado de la recolección de los informes estadísticos. En esta forma la estadística cumplirá su verdadera función y permitirá encarar la solución de problemas de orden social.
- 2º Mejorar la asistencia Materno-Infantil;

- a) Con la instalación y funcionamiento de un número adecuado de Centros Maternos-Infantiles en las distintas zonas de la Provincia.
- b) Desarrollar un plan que abarque el problema en todos sus aspectos;
 - 1) Asistencia de la embarazada y su examen periódico.
 - 2) Control del Niño Sano.
 - 3) Provisión a la madre embarazada y al niño, de leche en cantidad y calidad suficiente.
- c) Realizar un plan de Educación Sanitaria de la Comunidad.
- d) Incluir en todos los planes de protección materno-Infantil al *Servicio Social*.

Pediatría Social. Componente Odontopediátrico

por la DRA. MARIA INES EGOZCUE

Estos primeros 50 años de la prestigiosa Sociedad Argentina de Pediatría se cumplen en un momento de tremendo progreso de la Medicina el que especialmente se refleja en la firme tendencia hacia la prevención de la enfermedad.

La Odontología, siguiendo ese avance científico universal presenta actualmente soluciones sociales muy satisfactorias para un enorme campo de su patología.

Feliz oportunidad ésta que nos permite a los odontopediatras dialogar con nuestros colegas pediatras sobre problemas comunes del cuidado sanitario de la población infantil.

El pediatra, por su situación estratégica de entrar en contacto con el niño desde su nacimiento y por el prestigio y afecto con el cual está revestida su figura tiene un anchísimo campo en la prevención de las enfermedades bucodentarias y —aunque parezca paradójal— puede hacer mucho más que el propio dentista.

¿Qué aporte hace la odontología en el terreno sanitario? El ión fluor. Se ha comprobado en forma irrefutable que incorporado al agua de bebida previene la carie dental en un 70%. Siendo la caries, después del resfrío común, la enfermedad de mayor frecuencia en el mundo civilizado, y teniendo su incidencia mayor en la infancia, es fácil colegir la trascendencia de ese descubrimiento.

La Organización Mundial de la Salud, respalda esta medida, aconsejando y urgiendo a los pueblos del mundo para que la adopten, por considerarla, después de exhaustivos estudios por parte de los expertos, como *segura, eficiente, económica y de sencilla aplicación*.

Nuestro país no la tiene todavía. En 1956 se presentó al Gobierno por un pedido que hiciera la Dirección de Odontología del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, un informe detallado sobre la necesidad de fluorurar las aguas de la Capital llevándola a un nivel óptimo de 1 parte por millón de fluor.

Personalmente creo que si este gran privilegio que me incumbe hoy como representante de la Asociación Argentina de Odontología para Niños frente a la Sociedad Argentina de Pediatría, sirviera para sensibilizar a los pediatras en pro de esta medida sería un trascendente jalón en el devenir de ambas profesiones.

Los alcances de la fluoruración como solución social son muy grandes y es la única salida que se encuentra al pavoroso desequilibrio entre necesidades acumuladas, nece-

sidades actuales, número de dentistas y costo (especialmente para la clase social más necesitada).

En Estados Unidos, la Asociación Médica, la Asociación Dental y todas las instituciones de Salud Pública la apoyan enérgicamente; igualmente lo hace en Europa la Federación Dental Internacional que abarca los más responsables centros de investigación.

En el caso de no haber aguas corrientes o como en nuestro país por no haber llegado aún este progreso, disponemos de otra solución: la topicación con fluoruros de las superficies dentarias. Ultimamente se ha incorporado el fluoruro de estaño que va teniendo varias ventajas sobre el más conocido fluoruro de sodio, y arroja un 50% de disminución de caries.

Otra tarea preventiva en que el pediatra puede colaborar con resultados probabilísimamente mejores que los nuestros, es en el establecimiento de una sana política alimentaria respecto de la ingestión de hidratos de carbono. En esto también hay ya conclusiones muy concretas. El famoso estudio de Vipeholm —muy citado en las revistas pediátricas— nos ha dado una elasticidad muy grande en el manejo del espinoso problema del chico y las golosinas.

Sabiendo cuán afecto es el chico a los dulces y cuánto los necesita como gratificación de situaciones displacenteras, podemos darlos con bastante tranquilidad. Si son las bebidas sin alcohol que tanto les gusta, se sabe que su poder cariígeno es escaso por tener todo el azúcar en solución; los caramelos aumentan su ataque cuanto más pegajosos y adhesivos. El chocolate, probablemente por su alto contenido lípido, no es demasiado perjudicial. Unas palabras respecto de la oportunidad de la ingestión: mejor durante las comidas que entre comidas. Un enjuagatorio o cepillado, después de comerlos barre con los restos hidrocarbonados que son, en última instancia los que se transformarán en el ácido destructor del esmalte. Masticar el caramelo es menos perjudicial que chuparlo, por el largo tiempo que el azúcar permanece en la boca.

Otro campo en el que puede la odontopediatría aportar soluciones sociales que eviten el abandono y descuido en que muchas bocas de escolares se encuentran, es el respetuoso manejo de la personalidad del niño sobre todo cuando necesita atención odontológica en la preescolaridad (sabemos que uno de los períodos de mayor incidencia de caries es desde los 4 a los 6 u 8 años). Nuestras largas y laboriosas intervenciones en la zona oral deben hacerse siempre cuidando no traumatizar el psiquismo infantil pues de agentes de salud podemos convertirnos en enfermantos (verdadera iatrogenia) y dejar una boca bien curada pero un chico primero, y un adulto después con el aún famoso temor al dentista. Por eso, más de una vez cuando un pediatra nos envía un niño para extraerle alguna pieza, no siempre podemos hacerlo con la urgencia solicitada o con la que trae la ansiedad maternal. Aquí ambas profesiones pueden prestarse mutua ayuda. Si el pediatra confía en nosotros nos enviaremos un niño preparado.

¿Cómo puede el pediatra hacer esto? Consideramos que enviar al niño al dentista como miembro integrante de un equipo de trabajadores de la salud y hacerlo cuando el niño completa su dentición primaria (entre los 2 y 3 años) es un excelente introducción del niño a la Odontología. Viene con el gran espaldarazo de que es su médico, que lo conoce y quiere quién lo invita a esa nueva experiencia. Las madres también responden con gran seriedad a esta nueva solicitud del pediatra. Se establece así una primera y excelente conexión entre el pediatra, el niño y el dentista.

Como nuestro quehacer es diferente al médico, vamos dando al niño en visitas que espaciamos de acuerdo al estado bucal, una visión completa de las complicadas y minuciosas técnicas. El niño pequeño acepta muy bien, siempre que se le explique

todo, cualquier intervención por ardua, cansadora o traumática que ella sea.

Aplicaciones de fluoruros, radiografías interproximales para detectar las caries incipientes, son aproximaciones iniciales que previenen grandes mutilaciones posteriores.

Lo que fundamentalmente siente y quiere la odontopediatría de hoy, es un mayor acercamiento a la pediatría. Para nosotros es ya una necesidad urgente, tanto en el campo asistencial privado como en el campo de odontopediatría social.

La síntesis de esta breve presentación es la necesidad que urge al odontopediatra de un mayor acercamiento a su colega pediatra.

Se enfatizan los siguientes conceptos:

- a) siendo la caries, la enfermedad periodontal y la maloclusión, noxas que acrean dolor, infección, masticación deficiente, trastornos de la respiración y del habla, defectos estéticos, temor a la curación, que tienen siempre, con diversa intensidad, profunda repercusión en la salud física y mental del niño;
- b) dado que la moderna medicina con su concepto integral del hombre no parcela al individuo y que en la imposibilidad de abarcar la abrumadora cantidad de conocimientos, encuentra en la labor de equipo una satisfactoria solución; y
- c) siendo la posición del pediatra de trascendente importancia en el cuidado de la salud del niño, sus indicaciones en el ámbito familiar del mismo, respecto de la importancia del cuidado bucodentario asumen carácter relevante por el afecto y el respeto que su figura protectora reviste para los padres y el niño.

En consecuencia, se propone un fraternal acercamiento al colega pediatra para intercambiar el conocimiento necesario con el fin primordial de llevar al niño, común destinatario de ambas disciplinas, todo lo que la actual medicina —fundamentalmente preventiva— puede y debe brindarle.

REFERENCIAS

1. *American Dental Association*. — Council on Public Health: Lack of education major cause in fluoridation loss. *Jada* 53:108, Jul. 1956.
2. *Egozcue, María I.; Erausquin, J. y Katz, S.* — Sobre fluoración de las aguas de consumo. *R. Asoc. Odont. Argentina*, 44:427-45, Nov. 1956.
3. *Elwell, K. R. and Eastlick, K. A.* — Classification and appraisal of objections to fluoridation. The University of Michigan, Ann Arbor, Michigan 1960.
4. *Gustafsson, B. E. et al.* — The Vipeholm caries study. *Acta Odont. Scandinavica* 11:198-206, 1953-54.
5. *Katz, S.* — Actitud anticientífica frente a la fluoración de las aguas de consumo. *R. Asoc. Odont. Argentina*, 43:501-21, Nov. 1955.
6. *Leone, N. C. et al.* — Medical aspects of excessive fluoride in a water supply. A ten year study. En: Shaw J. H., editor *Fluoridation as a public health measure*. The American Assoc. for the Advancement of Science, Washington, D. C., 1954, pp. 110-30.
7. *Ribble, Margaret.* — Derechos del niño. Editorial Nova, Buenos Aires, 1953.
8. *Schlesinger, E. R. et al.* — Newburgh-Kingston caries-fluorine study. §III. Pediatric findings after ten years. *Jada* 52:296-306, Mar. 1956.

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Todo trabajo debe ser original e inédito; los originales deben presentarse escritos a máquina, en papel blanco tamaño carta, con doble interlineado sobre un solo lado de las hojas, en páginas numeradas en orden sucesivo.

El título del trabajo deberá expresar en forma clara y breve su contenido. La extensión máxima, salvo casos excepcionales, será de 15 páginas para trabajos originales y de 8 páginas para los casos y referencias. Estos tendrán una exposición que se ajustará al siguiente orden: 1º introducción; 2º presentación del caso; 3º discusión y 4º conclusiones. Salvo casos excepcionales no se admitirán historias clínicas detalladas.

Cada trabajo irá con un resumen, que no tendrá una extensión mayor de 200 palabras y de ser posible este resumen se acompañará de su correspondiente traducción al francés, inglés y alemán.

Las citas bibliográficas se conformarán de acuerdo al estilo de *Quarterly Cumulative Index Medicus*, mencionando en orden sucesivo: apellido del autor, iniciales de sus nombres, título del trabajo, título de la revista (abreviado), volumen, página y año.

Las citas de libros y monografías, indicará también en orden sucesivo: autor, título, editor, año de la publicación y edición.

Las citas llevarán un número de acuerdo a su presentación en el texto y correspondiente a la numeración de la bibliografía colocada al final y ordenada alfabéticamente.

Las ilustraciones (fotografías, radiografías, microfotografías) deberán hacerse en papel satinado y positivo, de tamaño uniforme (6 x 6 ó 9 x 12 cm.) enfocando exclusivamente la región de interés. Las referencias indispensables irán dentro del campo fotográfico, no al margen. Los dibujos deberán presentarse hechos a tinta china, sobre papel o cartulina blancos y en forma tal que no afecte la presentación tipográfica general de la revista. Cada ilustración llevará al dorso, con lápiz, un número correlativo. En el texto deberá indicarse claramente el lugar que corresponde a cada ilustración.

Cada trabajo llevará como máximo cuatro (4) figuras. Los clisés excedentes serán por exclusiva cuenta del autor.

La aceptación y orden de publicación de los trabajos queda a criterio de la Dirección de la revista.

Las pruebas serán corregidas por el secretario de redacción, salvo pedido especial del autor.

Todo autor que desee folletos de sus trabajos, deberá indicarlo con su firma en la primera página del original, siendo sus costos a cargo del mismo.

El Hijo de Madre Soltera Denuncia e Investigación Obligatoria de la Paternidad para Alimentos

Por los DRES. A. MINUJIN *

y L. MALER **

“ La investigación obligatoria de la paternidad
“ puede ser un freno para el hombre que hace a
“ la mujer víctima de su seducción. En otros ca-
“ sos lo estimula a regularizar su situación civil
“ y, en todos ellos, le obligará a compartir con
“ la madre los gastos de enfermedad, de crianza
“ y de educación de su hijo”.

(Primera Conferencia Nacional de Asisten-
cia Social. República Argentina, año 1934).

R E S U M E N

Datos estadísticos

Faltan en total de la República Argentina por ser incompletos los registros en el interior del país. Para la ciudad de Buenos Aires, con 60.000 nacimientos anuales hay un 12 a 15% de ilegítimos.

En el Instituto de Maternidad Municipal donde trabajamos y donde hemos recogido los datos que se suministran más abajo, el porcentaje de nacimientos ilegítimos oscila entre 35 y 45%. Esto hace que de cada 10 madres que ingresan 4 de ellas dan ese tipo de nacimientos. 1 de cada 3. Como en los 12 Institutos de Maternidad Municipales nacen más del 60% del total de los niños de la ciudad de Buenos Aires, tenemos que por año, los respectivos departamentos de recién nacidos tiene a su cargo 10.000 niños ilegítimos. La diferencia que resulta con el cotejo estadístico del total de la ciudad de Buenos Aires, está dado por la alta proporción de nacidos muertos.

Estas cifras tienden a aumentar

Del 28% que hemos obtenido en la estadística que confeccionamos en el año 1940

(*) Médico del Departamento de Recién Nacidos de la Maternidad del Hospital Fernández y de la Cátedra de Pediatría y Puericultura Dr. Florencio Escardó.

(**) Abogado.

en el Instituto de Maternidad del Hospital Rawson, hemos pasado a la actual en el término de 20 años por: 1º) la disminución de la natalidad en los sectores de población económicamente más favorecidos donde la ilegitimidad casi no existe (Bunge); 2º) El aflujo cada vez mayor, en las últimas décadas, hacia la ciudad de Buenos Aires de mujeres provincianas; 3º) Porque no existe ley de divorcio y es cada vez mayor el número de personas que por esa razón están legalmente impedidas para casarse

Clasificación de los hijos ilegítimos (Instituto de Maternidad Hosp. Fernández)

- a) *Reconocidos por ambos padres: 49%*. Viven en hogares normales
- 1º) Al nacer el niño recién entonces se casan los padres.
 - 2º) Por desidia o por ignorancia los padres no se casan.
 - 3º) Por impedimento legal. Falta de ley de divorcio.
- b) *Reconocidos únicamente por la madre: 51%*. Por abandono del padre a los primeros síntomas de gravidez. En nuestra estadística para el año 1958, único en que se pudo hacer en forma bien discriminada, abandono paterno durante el embarazo, la mortalidad perinatal fue exactamente el doble que en la serie total. Madres casadas y madres del grupo a) 3,9% y 3,4% respectivamente; madres del grupo b) 6%. Así mismo el número de nacimientos prematuros fue casi un tercio más elevado.

Exponemos a continuación las particularidades de este tipo de nacimientos:

LAS MADRES	{	78% son provincianas.
		56% son mayores de 22 años de edad.
		85% trabajan de sirvientas.

LOS PADRES	{	88% es soltero y mayor de edad.
------------	---	---------------------------------

LOS HIJOS	{	15% de las madres son ayudadas por su familia.
		5% la madre fuga abandonando al hijo en la Maternidad.
		5% por ser la madre menor de edad es internada con su hijo en establecimientos especiales para menores.
		75% la madre <i>debe afrontar ella sola</i> la manutención del hijo.

Qué debería hacerse

Llevar a la legislación la resolución aprobada por la Conferencia que transcribimos en el epígrafe y con ello incluir a nuestro país en el grupo de los que tienen (Savatier, R.: "La recherche de la paternité", pág. 287): Grupo c) Legislación que conceden a la vez una paternidad puramente alimenticia, fácil de establecer, y una paternidad de efectos completos, de prueba rigurosamente limitada. Es por otra parte lo que el doctor Achart, del Uruguay, ha aconsejado en sus modificaciones al Código del Niño de su país.

Proponemos

1º) Debe dictarse una ley que permita un juicio ágil y rápido, tendiente a acreditar en forma sumaria la supuesta paternidad de un hombre con relación a un niño para que aquél pase alimentos, permitiéndose en ese juicio toda clase de pruebas, pudiendo el juez apartarse del rigorismo de las mismas, para dictar a conciencia el fa-

llo, concediéndose a estos juicios la rapidez de los interdictos, es decir que en una sola audiencia y en un solo día deberá producirse la prueba de cargo y de descargo, alegato de los profesionales intervinientes, y el juez deberá dictar sentencia.

2º) Estos juicios serán apelables. De haber sido condenado el supuesto padre, a satisfacer alimentos, debe continuar hasta tanto la Cámara de Apelaciones, se expida.

3º) Se impondrá pena de prisión, en la misma forma que expresa el art. de la Ley 13.944 a quien incurra en incumplimiento del pase de alimento.

4º) Los Jefes de Registro Civil, los Directores de Establecimientos de Maternidad, como cualquier particular que conozca la existencia de hijo de padre desconocido, debe ponerlo en conocimiento de la Justicia, para que oficio se inicie el juicio de alimento y obligar al pago de los mismos, sin perjuicio, de que la madre o el menor, en su caso oportunamente inicie la acción filiatoria.

5º) Demostrado en juicio de filiación, que el supuesto padre a quien se le ha obligado a pasar alimento no es tal, la madre que así lo había denunciado incurrirá en el delito previsto y penado por el art. N° 5 de la Ley 13.569 del año 1949 que reprime la "Falsa Denuncia" incorporada al Código Penal.

EL HIJO DE MADRE SOLTERA

Derecho a inscribir al nacimiento el nombre de un padre ficticio

El hijo de padre desconocido se encuentra frente a la sociedad en situación de violencia y humillación al verse obligado a dejar en blanco el espacio destinado al "Nombre y Apellido del padre". El nombre y apellido del padre constituye en nuestro medio actual un dato asimilado a los personales, que se considera imprescindible para la identificación.

El bochorno de tener que declarar pública y reiteradamente que es hijo de padre desconocido lo seguirá toda su vida. Tal humillación comenzará desde que ingresa a la educación primaria. Es poco conocido el sinnúmero de veces que se exige declarar el "nombre y apellido del padre". Tal así para la tramitación de Libreta de Ahorro, para su inscripción en algún Club deportivo o institución social, para el estudio de idiomas, para ingresar a una fábrica, para cumplir el servicio militar, para cobrar indemnización en caso de accidente de trabajo, para contratar seguro de vida, para casarse, inscribir el nacimiento de un hijo, autorizar su cremación, morirse... en todos estos formularios tiene una línea que no puede llenar.

Esta situación de evidente desigualdad y desagrado ha llevado en algunos países a ordenar la supresión de exigir el nombre y apellido del padre como dato personal. En última instancia se ha proyectado para obviar tal inconveniente la adopción de una ingeniosa institución jurídica: "el padre ficticio".

Consiste esta institución en otorgar al recién nacido de padre desconocido un nombre, cuya elección efectúa la madre o la autoridad civil, de una lista de veinte o treinta apellidos habituales en el país de que se trate, destinado a llenar el odioso vacío, y que será llevado por aquél, precedido del apellido materno. A ese padre ficticio se le otorgará igual origen y edad que la madre, dejando constancias de estas consideraciones al pie de la inscripción en el Registro Civil, de su nacimiento.

No corresponde estudiar aquí si el niño debe o no ignorar la verdad de tal situación. La práctica conclusión del procedimiento descripto lleva a dar seguridad y dignidad a quien acude a él, concretando así los anhelos ya ratificados en numerosas declaraciones de derechos humanos, en el sentido de que todos los hombres son iguales sin discriminación de origen.

Las declaraciones son líricamente hermosas, pero es labor del Derecho darles fuerza y sanción jurídica. La adopción de la institución del "padre ficticio", apoyada por distinguidos juriconsultos y autoridades del Registro Civil, da tal solución.

R E S U M E N

Considerando:

- a) Que es evidente la discriminación y prejuicio social de los que es víctima el hijo de padre desconocido o no reconocido por éste;
- b) Que a tales dolencias la reforma legal de la Ley N° 14.367 que elimina la denominación de hijos legítimos e ilegítimos, no las ha erradicado totalmente, sino salvado solo su carácter eliminando ciertas desigualdades jurídicas;
- c) Que es inevitable suprimir en los trámites periódicos a que se encuentra sujeto el individuo integrante de una comunidad el rubro: "nombre y apellido del padre";
- d) Que es necesario dar solución y estado jurídico a tal escollo mediante la adopción de la institución del "padre ficticio";
- e) Que no sería novedad para el Derecho la adopción o creación de una ficción jurídica siempre que ésta involucre solución y felicidad a quienes la invoquen, y no signifique perjuicios a terceros;

Proponemos:

Debe modificarse la actual Ley de Registro Civil a fin de incluirse las siguientes disposiciones tendientes a la regulación de la institución de "padre ficticio":

1. — Las autoridades del Registro Civil de las Personas pondrán a disposición de los encargados de las diferentes oficinas del Registro una lista con veinte nombres y apellidos masculinos corrientes en la República;
2. — Podrán elegir de tal lista un apellido aquellas personas que al momento de nacer o posteriormente no sean reconocidas por el padre. Tal elección podrá además efectuarla la madre, y en su defecto el Encargado del Registro;
3. — Realizada la elección, el nombre y apellido ficticios se consignará en la partida correspondiente;
4. — El lugar y fecha de nacimiento del nombre y apellido elegido corresponderá al de la madre del nacido.
5. — Una vez asentados el nombre y apellido del padre ficticio, en la partida, el titular del mismo podrá usarlo precedido del apellido materno.

Preguntas y Respuestas

Pregunta al Dr. Notti, la Dra. Rodríguez de Casali: ¿Han realizado alguna encuesta local sobre alimentación? ¿Qué problemas han identificado?

Dr. Notti: Estamos trabajando desde hace ya un año y medio, más o menos, y hemos hecho encuestas, sobre todo en las edades más vulnerables de la vida, el niño en todas las edades, estudiándolo en lactante, en primera infancia, segunda infancia, la mujer embarazada y la nodriza y en todos los departamentos, en las escuelas, por ejemplo, estamos haciendo encuestas en primer grado infantil y en tercer grado, por motivos que ya les diré después para no extenderme en este momento, y se han hecho historias médicas, historias nutritivas, historias sociales. Además, en el año cincuenta y cinco, llevamos a Salta un trabajo en colaboración sobre alimentación del niño sano en la ciudad de Mendoza, características regionales. Y dice acá, por ejemplo, en resumen y conclusiones: "nuestro trabajo se ha hecho sobre la base de mil cuatrocientos ochenta encuestas, enfocándolos en sus tres aspectos: clínico, alimentario y social. Del estudio clínico se deduce que un 64,2% de los niños estaría en un déficit con respecto al estado de eutrofia. Dicho porcentaje lo forman en alta escala los niños procedentes del grupo hospitalario y de las escuelas cuyo nivel económico está más bajo". Más adelante dice: "En el aspecto alimentario hemos considerado al niño en todos sus momentos evolutivos. Primer año, segundo año, pre-escolar y escolar, teniendo como patrón de medida lo preconizado por el Instituto Nacional de la Nutrición. En el primer año de edad el mayor porcentaje de niños con alimentación natural corresponde a ambientes de mala situación económica, siendo en el sesenta y cuatro por ciento del total insuficiente la ingesta de hierro y en el cincuenta y ocho por ciento de vitamina C. En el segundo año de edad se deduce la posibilidad de que los alimentos protectores no cubran el mínimo exigible. El aporte de vitamina liposoluble y ácido ascórbico es insuficiente. En la edad pre-escolar solo el cincuenta por ciento cubre las cifras necesarias de alimentos protectores, siendo en el resto marcadamente infranormal el aporte de manteca, huevo y queso. En la edad escolar se repite la situación del período anterior. Y para terminar, del estudio social de las encuestas deducimos como ya lo sostienen otros autores, que la sub-alimentación es un mal de raíces sociales".

Pregunta al Dr. Notti, el Dr. Soria Navarro: ¿No considera propicio que se sugiera a los organismos educacionales nacionales, como medio de educación de poblaciones, la incorporación de la materia "Educación Sanitaria" en el ciclo primario

y secundario, tal como se realiza en Catamarca desde 1957? ¿Podría esa educación colaborar en forma efectiva con la medicina preventiva?

Dr. Notti: Evidentemente, como lo dije en el trabajo cuyo aporte hice en nombre de Mendoza, la educación para la salud, es fundamental. Dije también que debemos los médicos y los organismos sanitarios, trabajar con la gente y no para la gente. Vale decir: no mandarles alimentos, no mandarles ropas, sino hacerles ver por qué se les manda alimentos y ropa, y por qué deben y cómo deben comer los alimentos.

Pregunta al Dr. Kalejman, de San Juan, el Dr. Ray: ¿Cuál es el aporte mensual del empleado u obrero al seguro de salud? ¿Influye a su esposa e hijos la atención? ¿Paga más si tiene más hijos? ¿Cada prestación tiene que pagar algo el beneficiario? ¿Paga los actos quirúrgicos? ¿El seguro de San Juan se parece al I.O.M.A. o al seguro que existe en Mar del Plata?

Dr. Kalejman: Bueno. Referente a la primera pregunta, "cuál es el aporte mensual del empleado u obrero al seguro de salud", quiero aclarar que en San Juan no existe seguro de salud. Es decir, la institución que existe no se la conoce con ese nombre. Se llama "Obra Social de la Provincia". El aporte que hace el empleado u obrero a la Obra Social de la Provincia, es de un aproximado doce por ciento de su sueldo. Ahora, la pregunta es interesante para hacer algunas aclaraciones. El problema que tenía la asistencia médica en San Juan, es el mismo problema que existe en muchas otras ciudades, por no decir en todas las ciudades de nuestro país. Tenemos allí una cantidad grande de obras sociales y mutuales, que eran atendidas en una forma anárquica, con condiciones particulares, y atendidas unas por unos médicos y otras por otros. En un momento determinado, el Colegio Médico de San Juan dispuso que ninguna obra social o mutual fuera atendida particularmente, por un médico o un grupo determinado de médicos, sino que todas ellas debían ser atendidas en igualdad de condiciones por todos los médicos y por todos los sanatorios de la provincia. De manera que los médicos que atendían obras sociales y mutuales, debieron renunciar a ese privilegio, diré, lo mismo que los sanatorios que tenían suscriptos contratos con determinadas obras sociales y mutuales. Y el Colegio Médico de San Juan, en nombre de todos los médicos —porque al Colegio Médico de San Juan pertenecen todos los médicos de la provincia, prácticamente—, y en nombre de todos los sanatorios, (porque recibió autorización para hacerlo), suscribió contrato en igualdad de condiciones con todas las obras sociales y mutuales, y todos los médicos y todos los sanatorios y todos los afiliados a las obras mutuales y sociales están en un plano de igualdad, en beneficio de los médicos, de la calidad de la medicina y de los enfermos. Bien. La provincia de San Juan, como les digo, tiene entonces la Obra Social de la Provincia, que es a lo que se refiere la primera pregunta. "¿Incluye a su esposa e hijos la atención? ¿Paga más si tiene más hijos?". Sí, incluye a la esposa e hijos, y paga más en este sentido; por cada prestación de servicios que se requiere, el mutualizado o el perteneciente a la obra social, tiene que hacer un aporte. Entonces, lógicamente, hace el aporte correspondiente a la mujer o el hijo, en el caso determinado. Pero el aporte siempre es fijo, de un doce por ciento, por ejemplo, para los empleados de la provincia. "¿En cada prestación tiene que pagar algo el beneficiario?". Sí, y es variable. En unas obras sociales paga una suma, pongamos diez pesos que es lo que yo recuerdo que pagan los empleados de Correos; otras instituciones, como es el DAMSU, que es la obra social de la Universidad de Cuyo, hace el afiliado un aporte más alto. En fin, en una palabra, es variable. "¿Paga los actos quirúrgicos el seguro de San Juan?". Sí, naturalmente, pero sólo una parte. Una parte proporcional que, generalmente, oscila alrededor del cuarenta por ciento del afiliado y el sesenta por ciento la obra social. Más o menos, digo, porque es variable según las distintas obras sociales y mutuales. "¿El seguro de San Juan, se parece al I.O.M.A., de Buenos Aires? ¿O

al seguro que existe en Mar del Plata?'. Bueno, entiendo que lo que hay en Mar del Plata es una cosa similar a lo que tenemos en San Juan. Nosotros reclamamos para San Juan el privilegio de haber sido la primera provincia argentina en la que se impuso este régimen de trabajo que yo les he referido recién.

Pregunta el Dr. González Aguirre: ¿Tienen arancel fijo? ¿Cuál es el monto? El Colegio de Médicos, ¿se sostiene económicamente con el aporte del afiliado? Cuota del afiliado. ¿Es deficitario?

Dr. Aguilar: Bien. Una de las preguntas ha sido casi totalmente contestada ya con la pregunta anterior. Solamente diré que sí tiene arancel fijo, el arancel que se cobra por obras sociales y mutuales es más o menos de ciento veinte pesos en consultorio y ciento cincuenta pesos en domicilio diurno. Ciento cincuenta y doscientos pesos nocturno. Eso en cuanto al monto del arancel. Ahora, pregunta: "¿El Colegio Médico se sostiene con el aporte del afiliado? Cuota del afiliado. ¿Es deficitario?". Evidentemente que no. El Colegio Médico hace un descuento de un diez por ciento de los honorarios que cobra cada médico, porque, como dijo recién el doctor Kalejman, todos los honorarios de los médicos de San Juan los cobra el Colegio Médico mediante un sistema de factura especial, en el cual hace un descuento de un diez por ciento para el Colegio Médico. Además, el Colegio Médico de San Juan, hace un descuento de un cinco por ciento a los sanatorios —que prácticamente son todos los sanatorios que trabajan en la provincia—, por razones de internación y servicios generales. En cuanto a la pregunta de si es deficitario, les diré que no, porque como dato ilustrativo les informaré que en el balance pasado, que se publicó hace pocos días, se acusó un superávit del Colegio Médico en el ejercicio, de ochocientos mil pesos. Por otra parte, como socio, cada médico paga cincuenta pesos mensuales al Colegio Médico de la provincia. Nada más.

Pregunta la Dra. Lilian Casanova y el Dr. Olivieri: La primera, de la doctora Casanova: ¿Se establecieron las causas determinantes del alto pico de mortalidad infantil en el año 1951, en la provincia de San Juan? Contesta la doctora Scherlson.

Dra. Scherlson: No. En realidad no se hizo un estudio sobre el pico de mortalidad del año cincuenta y uno, aunque creemos que, específicamente, no modifica la alta tasa de mortalidad que tiene la provincia, aunque hemos tenido un descenso en los últimos diez años.

Pregunta el Dr. Olivieri: ¿Causas de mortalidad infantil. ¿Se ha investigado vivienda, condición económica (salario), alimentación, escolaridad, legitimidad, etc.?

Dra. Scherlson: Sí. Respecto a las causas de mortalidad infantil, principalmente las referidas al año sesenta, que son las que consideramos más serias en cuanto a estadística. En cuanto a si se ha investigado vivienda, condición económica, alimentación, escolaridad y legitimidad, sí.

Pregunta la Dra. Rodríguez de Casali: ¿Qué promedios de visitas por embarazada han obtenido?

Dra. Schelman: Bien. Lamentablemente, solamente trajimos nada más que la cifra total que, en exámenes obstétricos, realizamos en el año 1960, que fueron de siete mil ciento sesenta y nueve. No hemos traído en detalle las visitas, pero sí después del sexto mes de embarazo se consigue, por lo menos una consulta mensual de la embarazada.

Pregunta la Dra. Ana Nichige de Casalá: ¿Qué porcentaje de embarazadas han podido controlar antes del quinto mes? ¿Realizan atención domiciliaria? ¿En qué forma? ¿Tienen enfermera de Salud Pública en los equipos que trabajan en el programa?

Dra. Schelman: En donde nos preguntan qué porcentaje de embarazadas hemos podido controlar antes del quinto mes. Es evidente que siempre, el monto mayor, digamos, la cifra mayor de concurrencia al Centro, es después del sexto mes de embarazo. Sobre si realizamos atención domiciliaria del parto, y en qué forma, diré: en lo posible no. Se trata de derivar a la Maternidad Central de la provincia, o a los hospitales correspondientes zonales.

Pregunta del Dr. Troncoso, también para la Dra. Schelman: ¿Tienen los centros y postas un área geográfica y una población limitada? ¿Cómo se hace la coordinación entre los distintos centros? ¿Cómo se establece la relación a distintos niveles?

Dra. Schelman: Sí. Los centros y las postas tienen un área geográfica y una población limitada. Creo que no se ha hecho la distribución teniendo en cuenta la población de cada zona, pero sí en consideraciones generales, tomando el mapa, se han tomado áreas de influencia, limitándolas por calles. Es decir, que cuando el paciente concurre, la secretaria del centro materno infantil la ubica geográficamente para ver si corresponde, se la atiende por primera vez, y se le indica a cuál centro debe dirigirse. Y en cuanto a la coordinación entre los distintos centros, creo que la doctora se referirá a las relaciones entre centros, subcentros y postas. Están ubicadas de acuerdo a la población. Por supuesto, las postas en los lugares muy alejados de la provincia, en donde generalmente no existe un médico permanente, sino que el médico del subcentro más cercano lo visita una o dos veces por semana. Y este subcentro, a su vez, depende del centro, y el centro del departamento de promoción dentro del Servicio Provincial de Salud.

Pregunta el Dr. Kalejman a la Dra. Egozcue: Relación entre enfermedades del embarazo y caries de dientes de leche. Relación entre enfermedades de la primera infancia y caries en dientes permanentes.

Dra. Egozcue: Lo que se conoce entre la relación existente entre enfermedades del embarazo y caries en dientes de leche, es lo que yo creo que ustedes deben conocer mucho. Una de las fundamentales motivaciones para acercarnos los odontopediatras a los pediatras, es justamente intensificar estos conocimientos. De la literatura, cosa que ustedes estarán también al tanto, las enfermedades febriles graves en ciertos momentos del embarazo, son las que alteran el germen de los dientes primarios o de leche, que son los que empiezan a formarse, es decir, la parte de calcificación, a partir de la quinta semana. Todo lo que se produzca desde entonces hasta el parto, son cosas que lesionan, efectivamente, para la estructura tan rica especialmente del odontoblasto y del amonoblasto, que son células altamente diferenciadas del organismo. El tipo de lo que aparece, podría ser tanto la amelogénesis imperfecta, la dentinogénesis imperfecta... Ahora bien: exactamente entre esto y enfermedad del embarazo, yo no les podría asegurar. En cuanto a las relaciones de enfermedades de primera infancia y caries en dientes permanentes, no podría asegurarles que haya mucha relación, porque los dientes permanentes calcifican sus coronas a partir del nacimiento. Por ejemplo, el primer molar, que es el que calcifica en el último mes del embarazo o últimos días del embarazo —esto es cosa que está aun en controversia—, pero seguro cuando el niño nace, son estructuras difícilmente atacables. También tienen importancia los accidentes, por ejemplo a los seis meses de vida, un bebe que golpee sus incisivos primarios (puede ser un golpe que pase absolutamente inadvertido). Pero si ese golpe ha sido de tal tipo que tomó el eje central de ese incisivo y rebotó sobre el germen permanente, la presión de ese golpe, ese germen, que está trabajando intensamente nada menos que el rico tejido amelógeno, va a tener una seria abrición, o como se le llame, decoloración, cuando aparezca. Cuando los dientes primarios se infectan y quedan en la boca, algunos creyendo que deben quedar para mantener el espacio, como es

una cosa que todavía desgraciadamente se escucha, también toda esa parte de esas osteítis rareficientes que producen los dientes de leche en el hueso, alteran también el germen de los dientes, sobre todo de los segundos molares que se calcifican bastante tarde. A veces hay niños de cuatro años, que se les toma radiografías, no acusan ninguna zona opaca a los rayos. A los cuatro años y medio, o cinco, recién empieza la calcificación de ese germen. Si mientras tanto ha habido una infección, evidentemente ese germen dentario, con sus zonas de tejidos que van a producir el esmalte, está enfermo y produce un esmalte malo.

Pregunta la Dra. Waissman: ¿Qué opina de la anestesia general en odontopediatría?

Dra. Egozcue: Si es necesario se utiliza. Pero creo que esta pregunta se ha hecho con la intención de saber si usamos con demasiada frecuencia la anestesia general. En mi caso tengo que decir que, decididamente, no. A medida que conocemos más a los chicos, y podemos motivarlos bien, la anestesia local es excelente en niños, pero hay casos que ante la montante angustia, ansiedad y miedo del niño, hay que acercarlo a la anestesia general. Ahora bien, si se lo acerca a la anestesia general, siempre se toman dos recaudos fundamentales: primero, explicarle absolutamente todo lo que se le va a hacer, y con qué se le va a hacer, mostrándole fórceps, mascarillas, etc. Si es posible, llevarlo y mostrarle cómo son las cosas de esa sala, y explicarle para qué son. No separarlo de la madre, y, si es posible, —como lo es a veces en algunos sitios asistenciales privilegiados— poder hacerlo por alguna persona capacitada para interpretar algún juego, para que él exprese sus ansiedades y pueda disminuirlas un poco. Cuando se hace la extracción, una semana después, otra sesión de juego en el que el niño pueda explicar y, mejor dicho elaborar, toda aquella sensación de muerte que el niño tiene cuando se lo separa de la realidad. Sin esos recaudos, no hacemos anestesia general.

Pregunta del Dr. Laje para la Dra. Egozcue: ¿Hay en el comercio algún producto para efectuar la topificación con fluoruros? ¿Cómo es la técnica de la topificación? ¿Con qué intervalo debe realizarse?

Dra. Egozcue: En el comercio existe fluoruro de sodio, pero la topificación, en este momento, como lo dije en mi relato, que es la que acusa el cincuenta por ciento de disminución de caries, se hace con el fluoruro de estaño. No existe aún en el país. Lo tenemos, sí, y hay mucha gente que puede tenerlo —es sumamente barato—, pero hay que traerlo de los Estados Unidos. Ya hay casas dentales que están dispuestas a ponerlo en plaza. La topificación es excelente y rinde sus mayores resultados, en el primer año de erupción del diente. Es decir, cuando un niño de cinco años y medio ya le aparece el molar de los seis años, es el momento ideal para hacer la topificación. La ventaja que tiene la topificación con fluoruro de estaño, es que se hace en una sola sesión. Es una técnica relativamente simple. ¿Con qué intervalo debe realizarse? Prácticamente cada seis meses.

Pregunta el Dr. Kalejman: Conducta a seguir con las caries avanzadas de dientes de leche. ¿Debe extraérselos? ¿Qué consecuencias trae este acto para la dentición permanente, y cómo se previene?

Dra. Egozcue: Es muy frecuente ver bocas de niños con dientes de leche destruídos, que se conservan porque se cree que si se los saca el diente que va a venir va a aparecer torcido, etc. La odontología ha llegado a hacer primores, con todo lo que sea evitar efectivamente que esos espacios se achiquen. Hay mantenedores de espacio, aparatos que se colocan con una sencillez extraordinaria en el momento mismo de la extracción, de modo que no se justifica de ninguna manera que un diente con carie penetrante quede.

Pregunta al Dr. Mañiz a la Dra. Egozcue: ¿Qué tratamientos se pueden hacer en la boca de un niño?

Dra. Egozcue: Todo lo que sea necesario. La odontología ha avanzado en forma extraordinaria y puede hacer muchísimas cosas.

Pregunta del Dr. Souilla, de La Plata, al Dr. Minujín: Incidencia de hijos ilegítimos por incapacidad de los padres para contraer matrimonio por falta de ley de divorcio.

Dr. Minujín: No tengo muchos detalles. Pero puedo darle las siguientes cifras: clasificamos los hijos ilegítimos en dos grupos. Reconocidos por ambos padres y reconocidos únicamente por la madre. Son, prácticamente, la mitad en cada uno de ellos. Es decir, el cuarenta y tanto por ciento de un lado y el cincuenta y tantos por ciento del otro. A su vez, los reconocidos por ambos padres se dividen en tres grupos: aquellos en que al nacer el niño recién entonces se casan los padres; interviene el servicio social, interviene la familia, y entonces... Segundo: aquellos que por desidia o ignorancia los padres se niegan a casarse. Y por último, el tercer grupo: por impedimento legal. Porque uno, o ambos progenitores, son divorciados, y, faltando ley de divorcio, ella no tiene una libreta de casamiento para inscribirlo. Y, aproximadamente, si de cada diez hijos ilegítimos cinco son reconocidos por ambos padres, de éstos, dos (y es una cifra bastante alta) es porque uno o ambos progenitores son divorciados y no pueden casarse nuevamente.

Pregunta del Dr. Ray al Dr. Minujín: Aspectos de la legislación referente al "padre ficticio". Incidencia de hijos de padres desconocidos.

Dr. Minujín: Bueno, el primer punto, lo del hijo ficticio, lo he conversado; lo hemos conversado, durante varios años, con el doctor Del Carril, director del Registro Civil Nacional. Se trata de lo siguiente: es poco conocida la cantidad de veces, desde que se nace hasta que se muere, en que hay que llenar una línea que dice: "Nombre y apellido del padre".

La solución que se propone es la siguiente: de una lista de sesenta nombres comunes que tiene el Registro Civil, la madre podría elegir uno de esos apellidos, inscribirlo con la edad y el domicilio de la madre, anteponiendo antes el apellido del padre al de la madre, y dejando constancia, al pie, de que se trata de un apellido ficticio. En caso de que, posteriormente, la madre llegara a casarse, puede, ante el juez, pedir que se le ponga el apellido del esposo. En cuanto al otro punto, lo acabo de decir.

Pregunta del Dr. Ray al Dr. Minujín: Si cree factible incorporar la legislación que pide las modificaciones que esperan sanción en la Cámara de Senadores de la Ley 12.341, llamada de Maternidad e Infancia.

Dr. Minujín: Hay que incluir ésa y otra más: la cuestión de las madres que trabajan. Es un hecho poco conocido el que están obligadas a abandonar el trabajo un mes y medio antes del parto, y en la mayoría de los partos prematuros, nosotros lo tenemos antes. Es decir, que habría que extenderle el período de reposo a un plazo no menor de dos meses a dos meses y medio, como existe ya en una cantidad de legislaciones y como lo ha instituido por su cuenta una cantidad de instituciones. Por ejemplo, la Fábrica Argentina de Alpargatas concede el reposo absoluto a partir del sexto mes. Pero hay una cosa muy seria. En total, de los tres meses que tiene derecho a faltar entre el mes y medio antes del nacimiento y mes y medio después, la madre cobra nada más que novecientos pesos. Se aumentó, de 500 pesos que cobraba por el total de los tres meses, a 900 pesos. Es decir, que si se enferma de una gripe tiene derecho a cobrar los tres meses, el sueldo completo. Pero si se embaraza, y

tiene un parto, cobra solamente 900 pesos por el total de los tres meses. Entonces, sé que está en este momento en la Cámara de Senadores y deberían incluirse estas otras leyes; por eso la he traído acá, Dr. Vázquez, a fin de ver si de aquí había una presión en el sentido de apoyar medidas tendientes a defender al niño.

Pregunta del Dr. Ray al Dr. Minujín: Si el padre niega la paternidad, ¿cómo saber quién tiene razón? Se puede decir que una persona no es padre, pero ¿cómo asegurar que lo es?

Dr. Minujín: Bueno, doctor Ray; efectivamente, afirmar de una manera absoluta es sumamente difícil. Con la serie de nuevos subgrupos que hay en los Estados Unidos y en Inglaterra en examen de identificación sanguínea, muy minucioso, se puede casi afirmar de que es. Pero nunca en una forma definitiva. En Inglaterra y en los Estados Unidos hay, en algunos lados, laboratorios que se dedican directamente a la investigación de la paternidad. Pero los juicios de filiación que existen en nuestro país son largos y sumamente costosos; mientras tanto, la madre tiene que resolver el problema de la alimentación del hijo. Lo que estamos hablando, proponiendo, es de juicio sumario, que permitan resolver el problema inmediato del niño. En base al buen criterio del juez. Nunca existe la seguridad absoluta.

Pregunta al Dr. Notti del Dr. Manuel Ruiz Moreno: Limitación transitoria de la patria potestad frente a un niño enfermo, para el cual se opone el padre a su tratamiento, por ignorancia o terquedad. ¿No es imperiosa una ley que plantee el juicio sumarísimo?

Dr. Notti: Bueno, ése es el problema, el drama que hemos vivido tantas veces todos los médicos. Con respecto a un diagnóstico correctamente hecho, que necesita un tratamiento inmediato y que el padre o los familiares, por ignorancia, no lo quieren hacer. Nosotros, y así se lo decía yo al doctor Ruiz Moreno.

Creo que Mendoza, junto con la provincia de Buenos Aires, más o menos en el año 1935, tuvo por primera vez Tribunales de Menores. El juez de menores tiene que actuar como un buen padre, no tiene que ajustarse tanto a las leyes. Recuerdo en este momento luxaciones de caderas, por ejemplo, que hecho el yeso el padre lo sacó luego por su cuenta y riesgo. Entonces, mandar una nota concreta al juez diciendo que necesitaba un tratamiento de inmediato. Lo mismo ha pasado con fracturas expuestas y con cuadros peritoneales que han querido llevar a curanderos. Y en todos los casos, el juez, con sólo haber llamado al padre de inmediato, éste ha permitido la intervención quirúrgica, el tratamiento ortopédico, etc.

Creo que el profesor Ruiz Moreno tiene muchísima razón: no es posible que la ignorancia o la negligencia de las personas expongan a un niño a quedar con alguna incapacidad.

Dr. Vázquez (coordinador): Llegamos así al final de esta mesa, titulada de Pediatría Social, que considero una redundancia, porque la Pediatría lleva implícito lo social. Conviene señalar algunos aspectos de los que han sido tratados aquí. Así, el doctor Notti destacó la importancia de salud, nutrición normal y los problemas de la alimentación y la necesidad de criar dentro de los tres ciclos de la enseñanza, los conocimientos necesarios para evitar las carencias y los trastornos graves del primer año de la vida. San Juan, ha hecho resaltar la organización que tiene dos aspectos: el uno en el Colegio de Médicos y en el servicio social de salud y el otro en la organización magnífica que tiene el servicio de maternidad e infancia con los centros y subcentros, que abarcan grandes extensiones de la provincia.

Han sido debatidos problemas de Odontopediatría, tal vez una novedad, dentro de las mesas, que ha realizado la Sociedad Argentina de Pediatría a lo largo de más de trece años. Sin embargo, el número de preguntas llegadas aquí y los problemas que nos ha planteado la relatora demuestran la importancia que ellos tienen, desde el punto de vista social, y la cuantía para promover la salud del niño, que es el fin de todos estos problemas de Pediatría Social. Además, el relato del doctor Minujín, en el cual se auspicia la promulgación de leyes para la mejor defensa del niño y en las que están de acuerdo todos los pediatras. Y si queremos, además, extendernos un poco más, debemos sentar con énfasis que todos han estado de acuerdo en que es necesario realizar una educación sanitaria correcta en todos los niveles para lograr promover la salud, que es en definitiva el fin que todos ambicionamos. Agradecemos a los oyentes la atención que nos han dispensado y el interés que han demostrado por las preguntas que nos han hecho llegar. Buenas tardes.