

ARCHIVOS ARGENTINOS de PEDIATRIA

Editores

La Prensa Médica Argentina

Junín 845, Buenos Aires, Argentina

Administración (números sueltos, suscripciones, envíos y cambios de domicilio): Tel. 83-9796 y 80-3782.

Publicidad y Contaduría, exclusivamente: Tel. 83-9484.

Se distribuye a todos los miembros de la Sociedad Argentina de Pediatría por convenio especial con los Editores, y además por suscripción paga. Aparece mensualmente. Inscripta en la Propiedad Intelectual bajo el N° 1.152.966.

TODA CORRESPONDENCIA CON LA DIRECCION CIENTIFICA
DE LA REVISTA DIRIGIRLA A:
DIRECTOR DE PUBLICACIONES - DR. JUAN C. DERQUI
LAPRIDA 1791 — CAPITAL

Precios de suscripción:

Rca. Argentina (1 año) \$ 20.—
Exterior (1 año) u\$s. 15.—
Número suelto \$ 2.—

Correo Argentino Central B	Franqueo Pagado Concesión N° 1706
	Tarifa Reducida Concesión N° 813

DIRECTOR DE PUBLICACIONES: Dr. Juan Cruz Derqui
SUB-DIRECTOR DE PUBLICACIONES: Dr. Fernando Mendilaharsu

SECRETARIOS DE REDACCION

Dr. Delio Aguilar Giraldes	Dra. Sara Tamburini de Escars
Dr. Armando Calcarami	Dr. Eddie Invernizzi
Dr. José María Ceriani Cernadas	Dr. Armando C. Maza
Dr. José María Cullen Crisol	Dr. Jorge Parral
Dr. Mariano Detry	Dra. Célida Ramírez
Dr. Jorge Luis Dibetto	Dr. Alejandro Rosa Rivarola
Dr. Eduardo Nicolás Echezarreta	Dr. Osvaldo A. Stoliar
	Dr. Alberto O. Zambosco

CORRESPONSALES

Dr. Nedo Albanesi (B. Blanca)	Dr. Carlos A. Mansilla (Santiago del Estero)
Dr. Oscar Caballero (Mendoza)	Dr. Valois Martínez Colombes (h) (San Juan)
Dra. Iraida S. de Cabrol (E. Ríos)	Dr. Alejandro Mines (Tucumán)
Dra. Velia E. de Caino (La Plata)	Dr. Luis Premoli Costas (Salta)
Dr. Jorge N. Carné (Rosario)	Dra. Llobal Schujman (Tucumán)
Dr. Alfredo Fort (R. C. Pcia. Bs. As.)	Dr. Leonardo M. Vanella (Río Cuarto, Córdoba)
Dr. Rubén Haidar (Santa Fe)	

COMISION ASESORA

Prof. Dr. Raúl P. Beranguer	Prof. Dr. Juan J. Murtagh
Prof. Dr. Felipe de Elizalde	Dr. José E. Rivarola
Prof. Dr. Alfredo Larguía	Prof. Dr. José R. Vásquez

SECRETARIA

Sra. María Elisa Ibáñez

COMISION DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA
1973 - 1975

Presidente: Prof. Dr. Gustavo G. Berri
Vicepresidente: Prof. Jorge M. Nocetti Fasolino
Secretario General: Dr. Horacio Aja Espil
Director de Publicaciones: Dr. Juan Cruz Derqui
Tesorero: Dr. Angel Plaza
Secretario de Relaciones: Prof. Dr. Roberto J. Caligari
Primer Vocal: Prof. Dr. Eduardo D. Plater
Segundo Vocal: Dr. Roberto E. Entenza
Bibliotecario: Dr. Roque Emiliani
Secretario de Actas: Dr. Juan José Reboiras

SUMARIO

Tomo LXXI - Número 9 - Noviembre de 1973

A nuestros lectores

Técnica de alimentación parenteral

I. Borenstain, A. Schygiel, E. Yahbes 262

Pediatría XIV informa 271

insuperable



Delver



INCUBADORA ELECTRONICA

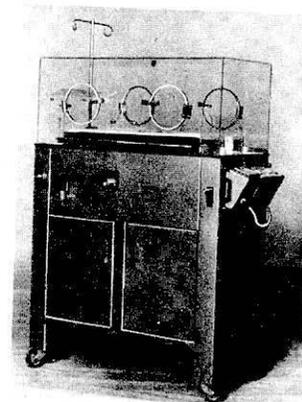
DE TERAPIA INTENSIVA

**PARA RECIEN NACIDOS
DE ALTO RIESGO**

Con Servo - Control

Temperatura, Oxígeno y Humedad controlados

La primera fabricada en Latinoamérica



FABRICA: Laboratorios Electrónicos DELVER

Asesor Científico Ad-Honorem: **Dr. JUAN VICENTE CLIMENT**

(Profesor Adjunto de la Catedra de Medicina Infantil-Universidad Nacional de La Plata)

Solicite folletos explicativos

Laboratorios Electrónicos

Delver

ADROVER Y LOGIOCO

Calle 3 N° 1520 - Tel. 39370 Y 48781 - LA PLATA

A nuestros lectores

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA agradece profundamente a todos los que de una u otra manera contribuyeron a la tarea de este año mil novecientos setenta y tres.

Importantes trabajos fueron presentados en los Números Especiales, verdaderos aportes de pediatría práctica, que permitieron actualizar e informar a todo ese contingente de colegas que, dispersos por nuestro país, ejercen una medicina de amplio contenido social.

Temas diversos fueron tratados en los Números Ordinarios, completando así el programa trazado.

Pero aún resta mucho por hacer...

El año que pronto se inicia, y que podríamos denominar "el año de Pediatría XIV" nos compromete a todos por igual.

Un estupendo Congreso está en marcha organizado en forma impecable que, con un programa científico verdaderamente apasionante, será el barómetro de nuestra capacidad.

ARCHIVOS así lo comprende, e invita a todos sus lectores a colaborar, esperando trabajos importantes que reflejen el espíritu de investigación, la experiencia y la inquietud de nuestra Escuela, objeto en estos momentos del unánime reconocimiento internacional.

Hagamos nuestro el desafío, convencidos de que no podemos, ni debemos fallar.

Dentro de pocas horas el tañir de las campanas nos anunciará un nuevo año.

Deseamos ventura para todos, y que la felicidad de vuestros hogares mitigue el esfuerzo del trabajo cotidiano.

Deseamos que, unidos en la fe y el respeto, nos podamos sumar todos los argentinos que buscan mediante el reencuentro y la paz, ubicar a nuestro maravilloso país en el lugar que le corresponde en el concierto de las naciones.

Técnica de alimentación parenteral

ISAAC BORENSTAIN
ADOLFO SCHYGIEL
EDUARDO YAHBES

Trabajo premiado con el "Premio Delio Aguilar Giraldes" año 1971 otorgado por el jurado integrado por el Prof. Dr. José M. Albores, Dr. Tomás Banzas y Dr. Bernabé Canthon.

La aplicación práctica de alimentación intravenosa ha logrado un estado anabólico en circunstancias que generalmente se acompañan de respuesta catabólica y de recuperación de situaciones clínicas catastróficas que antes se consideraban irreversibles.

Para lograr la síntesis y anabolismo tisular hacen falta grandes cantidades de principios nutritivos esenciales: nitrógeno, calorías, vitaminas y minerales y éstos pueden suministrarse mediante la hiperalimentación parenteral.

Esta deberá considerarse como un método terapéutico primario y no como modificación de la terapia intravenosa habitual.

Historia

La terapia intravenosa se remonta a 1616 cuando William Harvey descubre la circulación sanguínea.¹ En 1656, Sir Christophen Wren, arquitecto y astrónomo inglés, es el primero en introducir cerveza, vino y opio en perros.^{1 2} En 1662 Richard Lower, de Oxford hace las primeras publicaciones de inyecciones en

dovenosas y transfusión de sangre en animales² y basado en las mismas, Jean Baptiste Denis, médico de Luis XIV, hace la primera transfusión documentada en "Clismática Nova" con sangre de cordero a un ser humano en París, 1667.¹ Se desconocía completamente el papel de los microorganismos, esterilización, pirógenos, etc. Fue Claude Bernard en 1843, el primero en introducir azúcares en animales³ y Dudolph Matos, en 1891, de New Orleans autor de la primera publicación de administración salina intravenosa en el tratamiento del shock quirúrgico.⁴ El descubrimiento de los conceptos básicos de microbiología por Pasteur y la subsecuente aplicación de los principios de sepsis y antisepsia de Lister, comienzan a dar seguridad al método. Los primeros pasos hacia la obtención de una emulsión de lípidos para uso parenteral se dieron al emplear Yamakawa lecitina de huevo como emulsionante en la década del veinte, y con los estudios ulteriores de emulsionantes por otros grupos.⁵ Cuthbertson, en 1930 describe un proceso catabólico mucho mayor que el que corresponde al trastorno de los tejidos, en pacientes so-

metidos a traumatismos.⁶ Se dio un gran paso en la nutrición parenteral cuando Elman en 1937, en perros hipoproteínicos, demostró que los aminoácidos inyectados por vía parenteral junto con glucosa eran utilizados rápidamente.⁷ Aunque otros autores han logrado balance nitrogenado positivo, lo complicado de sus métodos y lo poco uniforme de sus resultados han desalentado el empleo clínico amplio de la alimentación parenteral intensa.

Fue recién en 1967, cuando Dudrick y colaboradores⁸ demostraron que se lograba una nutrición parenteral prolongada con crecimiento normal y buen desarrollo en pequeños perritos sometidos a inanición durante un plazo mayor de 255 días.

En 1968⁹ los mismos autores publicaron los datos de seis pacientes quirúrgicos en quienes se logró un balance nitrogenado netamente positivo, luego de una terapia prolongada.

Buscando nuevas fuentes calóricas, entusiastas publicaciones recientes han hecho renacer el interés en el uso de emulsiones de lípidos.¹⁰ El alto potencial en calorías y bajo la osmolalidad de las emulsiones de lípidos hacen aparecer a las grasas como fuente muy conveniente para este tipo de alimentación.^{12, 13}

Componentes de la solución

Ha sido materia de preocupación y estudio de la pediatría en los últimos años el conocimiento de las necesidades y requerimientos nutricionales del lactante y niño sano para su crecimiento y desarrollo normal (ver tabla 1).

Lamentablemente se sabe poco acerca de las necesidades para la reparación y anabolismo del niño en condiciones metabólicas desfavorables. Las pruebas de laboratorio demostraron que es posible lograr un crecimiento y desarrollo normal en un niño enfermo, por vía intravenosa, tomando como fundamento los principios alimenticios del lactante sano.⁸

Al aumentar la experiencia con la alimentación parenteral quizás necesiten

Sustancia	Requerimiento oral		Dosis intravenosa	
Proteína	2.5	mg/kg	4	gm/kg
Calorías	115	kcal/kg	125	kcal/kg
Agua	150	ml/kg	125	ml/kg
Sodio	46	mg/kg	4-5	mEq/kg
Potasio	58	mg/kg	4-5	mEq/kg
Cloro	150	mg/kg	4	mEq/kg
Calcio	218	mg/kg	3-4	mEq/kg
Fósforo	218	mg/kg	5-6	mEq/kg
Magnesio	60	mg/kg	2	mEq/kg
Hierro	6	mg/kg	0.02	mg/kg
Cobre	0.07	mg/kg	0.022	mg/kg
Cobalto	—	—	0.014	mg/kg
Manganeso	0.2	mg/kg	0.04	mg/kg
Zinc	0.3	mg/kg	0.04	mg/kg
Iodo	0.07	mg/kg	0.015	mg/kg
Vitamina A	1500	U.I.	3000-4000	U.I.
Tiamina	0.4	mg	15-20	mg
Riboflavina	0.5	mg	3-4	mg
Piridoxina	0.25	mg	4.5-6	mg
Acido ascórbico	30	mg	150-200	mg
Vitamina D	400	U.I.	300-400	U.I.
Vitamina E	—	—	1.5-2	U.I.
Niacina	6	mg	30-40	mg
Acido pantoténico	—	—	7.5-10	mg
Fitonadiona	1.5	mg	1-1.5	mg
Acido fólico	0.35	mg	0.5	mg
Cianocobalamina	1	ug	1	ug

TABLA 1

REQUERIMIENTOS NUTRITIVOS DIARIOS EN PEDIATRÍA

modificarse las necesidades para el organismo enfermo.

Teóricamente la solución ideal para nutrición parenteral debiera contener elementos nutritivos equivalentes a los de una dieta bien equilibrada.

Para preparar la solución nutritiva comenzamos por calcular la necesidad global de líquidos y el total de calorías, en base a la necesidad estándar por peso corporal.

El volumen de agua debe adaptarse a cada paciente según su fisiopatología subyacente. La cantidad máxima de aporte calórico como hidratos de carbono se ve limitado por la aparición de una diuresis osmótica cuando se supera una concentración mayor del 25 % o un ingreso o una velocidad que sobrepase 1,2 gramos por kilo de peso y por hora. Utilizamos como fuente calórica glúcida, la glucosa en solución al 50 % dado que aún no se han aclarado las posibles ventajas de otros azúcares como fructuosa, invertasa y otros polioles.¹¹

Dado que la finalidad del método es obtener un balance nitrogenado positivo, el componente proteínico se aporta como

solución balanceada e isotónica de aminoácidos puros y cristalinos, adicionada de sorbitol. Este preparado evita los problemas del plasma entero y se utiliza de manera más completa que muchos hidrolizados. La dosis de 4 a 6 gramos por kilo de peso/día, parece tolerarse adecuadamente y permitir el crecimiento (ver tabla 2).

TABLA 2

Aminoácidos por 100 ml		Multivitaminas por 10 cms	
L-arginina	0,250 g	Acido ascórbico	500 mg
L-histadina	0,200 g	Vitamina A	10.000 U.I.
L-fenilalanina	0,250 g	Vitamina D	1.000 U.I.
L-isoleucina	0,200 g	Cl. de tiamina	50 mg
L-leucina	0,250 g	Riboflavina	10 mg
L-lisina	0,280 g	Niacinamida	100 mg
L-metionina	0,250 g	Cl. piridoxina	15 mg
L-treonina	0,160 g	Pantenol	25 mg
L-triptófano	0,060 g	Acet. a tocoferol	5 mg
L-valina	0,200 g		
Glicocola	2,900 g		
Cloruro de potasio	0,149 g		
Sorbitol	5 g		

En situaciones especiales puede existir la necesidad de aumentar el aporte calórico sobre todo si el tratamiento va a durar más de cuatro semanas. Hoy se dispone de lípidos emulsionados que proporcionan ácidos grasos esenciales y cuya tolerancia a la dosis de 2 g por kilo/día y administrados en 4 horas, es excelente.^{2,3} Su aplicación será valorada por nosotros en un estudio posterior.

Dada su falta de disponibilidad en el mercado farmacéutico nacional cubrimos su aporte así como el de oligoelementos con transfusiones de sangre entera a la dosis de 10 ml por kg dos veces por semana.

En razón del desconocimiento de las necesidades vitamínicas para este tipo de terapia y con el objeto de evitar la aparición de síndromes carenciales, aportamos un preparado multivitamínico a la dosis de 0,5 ml/kg/día, cuya composición se detalla en tabla 2. Diariamente se agrega 1 mg de vitamina K, y bisemanalmente se inyecta por vía intramuscular 7,5 mg de ácido fólico y vitamina B₁₂, 500 microgramos.

Las necesidades diarias de calcio y fósforo se cubren a la dosis recomendada de 4 y 6 mEq/kg/día.

La composición y concentración de la solución final se detalla en tabla 3 y 4.

Material y técnica de preparación

Se reacondicionó un sector del Servicio de Pediatría del Hospital José María Ramos Mejía para dedicarlo exclusivamente a la terapia parenteral, y se lo transformó en un ambiente semi-quirúrgico, aséptico, aislado del exterior, ventilado por un sistema de aire acondicionado no filtrado.

El ingreso al mismo previo lavado y cambio total de ropas fue riguroso; la madre del paciente era obligada a colocarse gorro, botas y camisolín. Todo el material técnico-quirúrgico: balanza, aspirador, cajas de cirugía, jeringas, medicamentos, etc. se separó como dotación propia del sector. Fue instalada una estufa de esterilización a seco. La provisión de material para uso diario en su mayoría se eligió del tipo descartable. Se diseñó y construyó una campana de acrílico con Sterilamp bactericida para ser utilizada en la manipulación y mezcla de los componentes de la solución (fig. 1). La preparación de la misma fue realizada diariamente por los médicos del sector, previo cambio de ropas, lavado antiséptico y colocado de camisolín y guantes estériles, dentro de la campana de acrílico previamente descrita.

La base de nuestro sistema es un frasco estéril con tapón de goma y al vacío de capacidad variable: 250 y 500 cm³. Los aminoácidos y la solución de dextrosa, que son las fuentes de calorías y proteínas, se aspiran hacia el vacío del frasco a través de una tubuladura. De la misma forma se añaden los electrolitos y vitaminas.

Para la administración de la solución se utilizó una bomba peristáltica de velocidad regulable, Holter RDO74, que permite un flujo constante de 2,5 a 210 ml por hora (fig. 2).

El circuito de tubuladuras de ingreso y egreso de la bomba fue armado en forma original para permitir su esterilización por óxido de etileno y embolsado, lo cual permitió tener equipos disponibles para su utilización en todo momento.

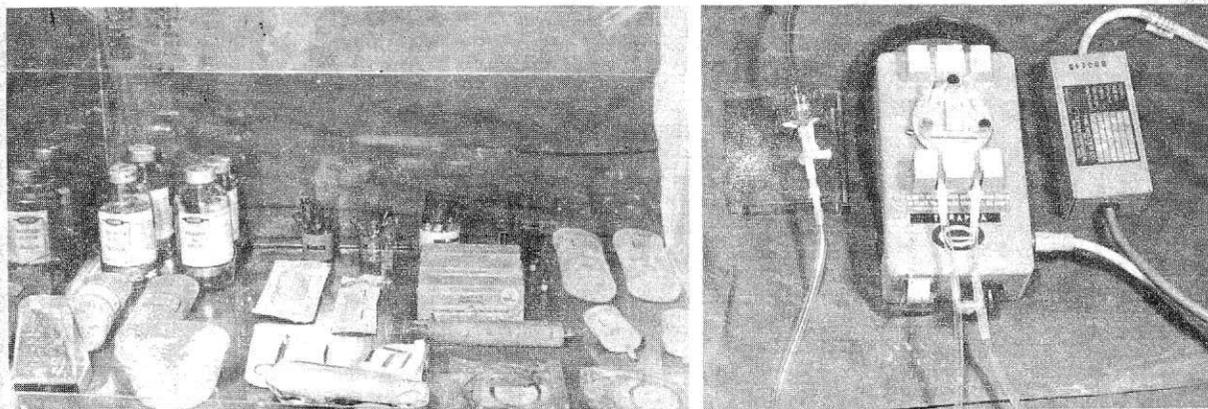


FIG. 1: Campana de acrílico con sterilamp bactericida utilizada en la manipulación y mezcla de los componentes de la solución. FIG. 2: Bomba peristáltica de velocidad regulable Holter RDO 74.

TABLA 3
COMPOSICION DE LA SOLUCION ESTANDAR

Necesidades kg/24 hs.	H ₂ O 125-150	Na ⁺ 5-6 mEq	K ⁺ 4 mEq	Ca ⁺⁺ 5 mEq	Mg ⁺⁺ 2 mEq	PO ₄ 4 mEq	Pr 4g	H de C g	Calorías
Aminoácidos 50	80		1,6				4	4	32
Dextrosa 50 %	60							30	120
Sulfato de magnesio 50 %	0,24				1,9				
Fosfato potásico 13,5 % 2 mEq/cm ³	1,2		2,4			2,4			
Cloruro sódico 20 % 3,4 mEq/cm ³	2	6							
Gluconato de calcio 10 %	0,5			4,45					
Multivitaminas	2								
Vitamina K ₁	0,5								
Totales	146,44	6	4	4,45	1,9	2,4	4	34	152
Solución de aminoácidos 50	Sachet por 100 cm ³ Lab. Roux OCEFA								
Sulfato magnesio	Ampollas 2 cm ³ = 1 g envasado en Lab. Franco Inglesa								
Fosfato potásico	Ampollas 5 cm ³ = 10 mEq envasado en Lab. Franco Inglesa								
Cloruro sódico	Ampollas 10 cm ³ = 34 mEq envasado en Lab. Franco Inglesa								
Dextrosado 50 %	Frasco vidrio 500 cm ³ Lab. Rivero								
Multivitaminas	VI Sinalin Im. V. Amp. 10 cm ³ Lab. U.S. Vitamin Corp.								
Vitamina K	Konaktion 1 mg ampollas 0,5 cm ³ Lab. Roché								
Vitamina B 12-ácido fólico	Anemidox ampollas 2 cm ³ Lab. Merck								

TABLA 4
CONCENTRACION DE NUTRIMENTOS
Y MINERALES EN LA SOLUCION PARENTERAL

Constituyente	Contenido/litro
Proteína (como aminoácidos)	26,6 g
Glucosa	226 g
Sodio *	40 mEq
Potasio *	26 mEq
Calcio	29 mEq
Magnesio	13 mEq
Fósforo	16 mEq
Calorías	1.003 Calorías

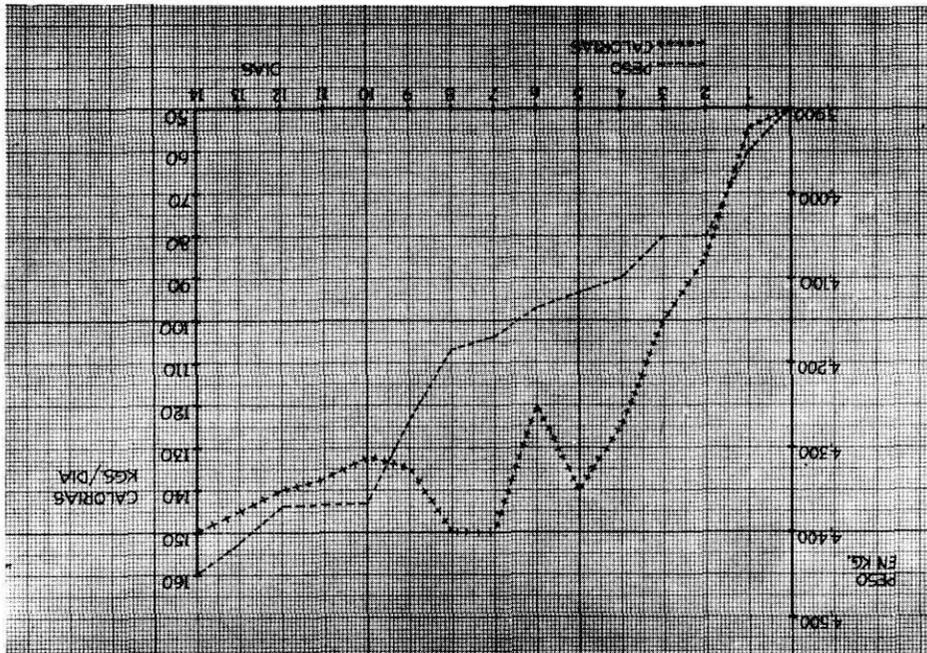
* Luego modificado según necesidad.

Administración

El éxito del método depende en gran medida de la colocación y mantenimiento del catéter venoso central.

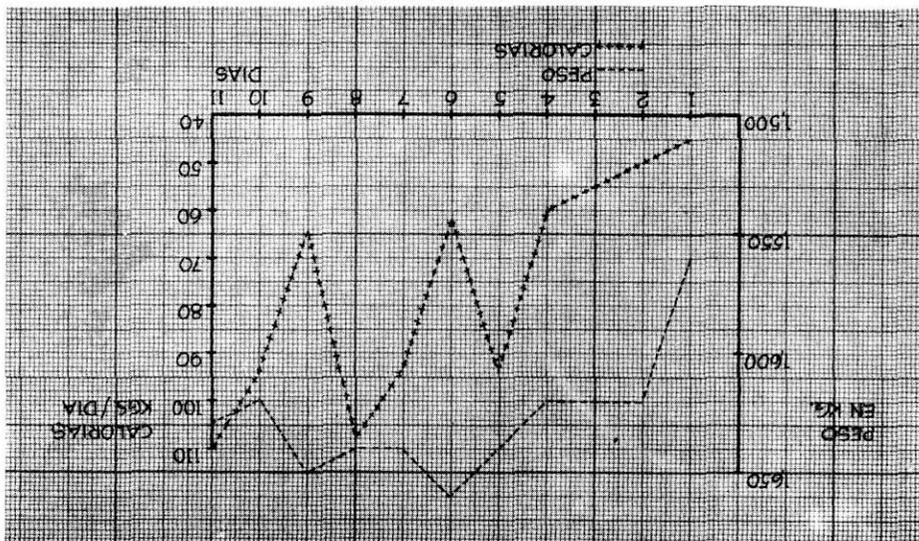
Se canaliza de preferencia la vena yugular externa, con ligadura y se pasa un catéter radiopaco de goma siliconada —diámetro interno 625 micrones— (Silastic/tubing) que se hace progresar 5 centímetros hasta llegar a vena cava superior. Este avance a veces se ve dificultado por la maleabilidad del catéter.

GRAFICO N.º 2: CASO N.º 2: L. S. L. Representación de las calorías y la evolución diaria del peso



Puede hacerse control radioscópico para asegurar la posición. (Se empleó esta técnica en el segundo caso).
 En el primer paciente de nuestra experiencia, debido a hematomas de ambas yugulares se debió canalizar cayado de safena. Fue imposible hacer progresar el Silastic, por lo que se colocó un catéter de polivinilo de diámetro adecuado y heparinizado. El mismo se conservó permeable durante toda la internación.

GRAFICO N.º 1: CASO N.º 1: M. J. Representación de las calorías y la evolución diaria del peso.



En el sitio de salida de la sonda, se coloca crema de gentamicina y vendaje estales se enrolla parte del catéter y se lo fija con tela adhesiva. Se realiza antisepsia local cada 72 horas.

Como norma general no se realizan extracciones de sangre por el catéter de infusión, para evitar riesgos de oclusión y/o infección.

En lactantes, la solución nutritiva se infunde a velocidad constante y ritmo variable para asegurar un ingreso uniforme, lo cual se logra mediante la bomba peristáltica. En la extremidad distal de la tubuladura se conecta un filtro de membranas de 0,22 micrones (Millipore Corporation) que protege el sistema de probable transmisión de agentes contaminantes, impidiendo asimismo las embolias gaseosas. Todo el sistema de tubuladuras y el filtro se reemplazan cada tres días o con mayor frecuencia si es necesario.

Las transfusiones de sangre se realizan por otra vena.

Vigilancia y controles

Se comenzó haciendo el cálculo acuoso-calórico, y se aumentó la mezcla vigilando la tolerancia durante las veinticuatro horas, hasta lograr el máximo de eficacia metabólica y la asimilación de los principios nutritivos. Cada mañana se calcularon los requerimientos a partir de estudios séricos y urinarios o clínicos y se agregaron los electrolitos, vitaminas y oligoelementos en proporciones adecuadas.

Como parámetros básicos para la alimentación sin riesgos se practicaron diariamente determinaciones de peso corporal, diuresis, equilibrio hidrosalino, control de orina mediante tirillas reactivas, control de glucemia mediante método glucosa-oxidasa. Trisemanalmente se realizó control de ionograma, urea, y creatinina en sangre y orina, glucemia, hematócrito y hemoglobina y cultivos diversos. Al comienzo y finalización del tratamiento se realizó hepatograma, proteinograma, aminoácidos en sangre, orina y líquido

cefalorraquídeo, metabolismo nitrogenado, y dosajes de calcio y fósforo en sangre y orina.

En esta primera etapa, seleccionamos a los pacientes pasibles de este tipo de terapia de acuerdo al grado de desnutrición tiempo de diarrea, tipo de infección e intolerancia reiterada a la alimentación oral.

Casos clínicos

CASO 1: M. J. H. C. N° 94651. Sexo femenino. Nacida el 19-6-71 por parto operatorio, cesárea, en la maternidad de este hospital, a las 35 semanas de edad gestacional. Peso de nacimiento 2000 gramos.

A las 48 horas presenta ictericia, depresión neurológica, llanto débil, onfalitis. Es medicada con ampicilina a la dosis de 150 mg/kg/día y kanamicina a la dosis de 15 mg/día, se practican cultivos, se alimenta con "leche maternizada" 50 cal/kg y 75 cm³ de agua/kg. A los cinco días presenta Coombs directa negativa y una bilirrubina total de 16,5 mg/% con una directa de 0,9 mg/%, regular estado general por todo lo cual se piensa que se encuentra infectada y se mantienen los antibióticos. El 24-6 bilirrubina total 15 mg/% y el 25-6 12,95 mg/%. El 26-6 evoluciona regularmente, hipotónica, depresión neurológica, se rota de ampicilina a cefalosporina a la dosis de 100 mg/kg/día. Sigue con alimentación oral. El 28-6 continúa icterica pero mejor vitalidad. El 29-6 se constata desarrollos de Pseudomonas aureoginosa y bacilo Proteus en exudado de fauces. El 30-6 presenta distensión abdominal, se rota de kanamicina a gentamicina a la dosis de 2 mg/kg/día. El 2-7 hipotónica, distendida, no regula temperatura, se coloca venociclis, se corrige la basemia en 5 ml³. El 3-7 se intenta realimentar por vía oral, se corrige basemia. El 6-7 al cumplirse 12 días con cefalosporina se suspende y se agrega polimixina B manteniéndose la gentamicina, desarrolla coli enteropatógeno en coprocultivo. El 13-7 presenta un peso de 1560 gramos con enteritis hemorrágica tipo necrotizante, por lo que se agrega como

TABLA CORRESPONDIENTE
A GRAFICO N° 1

PLAN DE ALIMENTACION PARENTERAL
ADMINISTRADO A M. J.
(CASO N° 1)

Día	Peso	Agua ml/kg/día	Proteínas g/kg/día	H. de carbono g/kg/día	Calorías kg/día
1	1,560	100	0	11	45
2	1,620	100	0	12	50
3	1,620	93	1,70	12,5	55
4	1,620	77	1,80	13,75	60
5	1,640	95	2,5	20,5	94
6	1,660	68	1,75	14,5	62
7	1,640	90	2,45	20,5	93,5
8	1,640	101	2,65	24,5	108
9	1,650	70	2	15	64
10	1,620	150	2,5	21	94
11	1,630	110	3	25	100

medicación carbenicilina a la dosis de 400 mg/kg/día y se decide pasar a alimentación parenteral. Se comienza con un peso de 1560 gramos y se aporta líquidos y electrolitos para corregir deshidratación, a razón de 100 ml/kg y 45 calorías kilo. Se realiza plan de estudio y control de alimentación parenteral. (Gráfico N° 1). El 23-6 se pasan glucosa 25 gr/kg, proteínas 3 gr/kg, calorías 110 kg., peso 1630 gramos. El 24-7 se comienza a realimentar mientras se complementa el aporte con alimentación parenteral; buen estado general, activa, buen reflejo de succión, se suspenden los antibióticos. El 26-7 informe de hemocultivo: negativo, cultivo de solución parenteral residual: negativo, coprocultivo: citrobacter y monilias. El 30-7 se suspendió todo aporte por vía parenteral, cultivo del catéter tras haber estado colocado en vena yugular externa durante 17 días: negativo. Alta el 2-8-71 con un peso de 1690 gramos y muy buen estado general, tolerancia al alimento por vía oral, cultivos negativos.

Comentario: Se trata de una recién nacida de 2.000 gramos de peso quien presenta un cuadro de infección enteral y parenteral, con evolución tórpida de 24 días de duración, que la lleva a un cuadro clínico de enteritis hemorrágica necrotizante y un peso de 1.560 gramos. Se la somete a un plan de alimentación parenteral. Dado el cuadro clínico severo y el peso del paciente, se hizo un planteo de aportes nutritivos cauteloso y con control estricto no pudiéndose superar la tasa de 25 gr/kg de glucosa, 3 gr/kg de proteínas y 110 calorías/kilo, por presentar glucosuria (2.5 gr/l) constante y protiduria (— de 300 mg/l). La curva de peso positiva se ajustó a estos aportes restringidos.

En prematuros y neonatos suele ser necesario comenzar con una solución a mitad de concentración (se diluyó con agua destilada) y aumentar gradualmente la glucosa y proteínas hasta llegar a valores máximos entre el sexto y décimo día.

En este niño con desnutrición crónica el peso corporal permaneció constante durante varios días. Luego se comenzó a apreciar el aumento.

Como el peso inicial incluye el agua corporal de la inaniación, la curva chata de comienzo la interpretamos como resultado de la proteinización que reemplaza esa pérdida de agua corporal. La misma permitió una restitución de la tolerancia a la alimentación oral.

CASO 2: L. S. L. H. C. N° 96474. Se trata de un lactante de sexo masculino de 5 meses y 20 días de edad al ingreso, nacido de parto a término, espontáneo y eutócico. Peso de nacimiento 2.900 gramos, sin patología neonatal, operado a los 40 días de edad de hernia inguinal.

Ingresó en la sala el 20-8, con antecedentes de haber estado internado en el Hospital Argerich desde el 10-7 hasta el 18-8 por un cuadro de deshidratación y diarrea de evolución tórpida y prolongada. En los estudios realizados se constató una infección urinaria y enteral a coli enteropatógena, la cual se medicó. Durante su internación padeció de una neumopatía. Fue dado de alta el 18-8 con un peso de 4.400 gramos.

Al ingreso a nuestro servicio pesaba 3.900 gramos y presentaba un cuadro de deshidratación de más de un 10% con estado acidótico, se corrigió el medio interno y se lo hidrató por vía intravenosa. En los estudios realizados se constató infección urinaria a *Proteus* y coprocultivo con desarrollo de *Salmonella typhimurium* tipo 4, 12; i — 1, 2 se lo medicó con gentamicina a la dosis de 2 mg/kg/día y se intentó realimentación oral. La evolución fue tórpida con episodios de despeños diarreicos al relimentarse a pesar de haberse probado tolerancia a diversos tipos y concentraciones de leches en polvo. Se rota a los 10 días de medicación de gentamicina a polimicina E a la dosis de 4 mg/kg/día. Continúa con mala evolución llegando a un peso de 3.950 gramos y estando bien hidratado, por lo que considerando que el cuadro lleva una duración de dos meses desde su internación anterior, se decide iniciar plan de alimentación parenteral.

Se inicia el mismo el 10-9 con un peso de 3.950 gramos y la evolución de la misma se detalla en el gráfico N° 2.

El 14-9 se constata foco clínico de neumopatía en pulmón izquierdo, por lo que se lo medica con dicloxacilina a la dosis de 50 mg/kg/día y kanamicina a la dosis de 15 mg/kg/día. Durante el tratamiento se realizaron cultivos: de solución, hemocultivo, coprocultivo, urocultivo, filtro de la tubuladura, resultando todos negativos.

El 23-9 se obtuvo sangre para dosaje de aminoácidos, orina para aminoaciduria y líquido cefalorraquídeo para dosaje de aminoácidos y mucopolisacáridos. El 25-9 se realiza balance nitrogenado. El 28-9 se reinicia alimentación por vía oral y se comienza a decrecer en forma paulatina el plan de alimentación parenteral. El 2-10 comienza con alimentación exclusivamente por vía oral y el 11-10 es dado de alta con un peso de 4.820 gramos.

TABLA CORRESPONDIENTE
A GRÁFICO N° 2

PLAN DE ALIMENTACION PARENTERAL
ADMINISTRADO A L.S.L. (Caso N° 2)

Día	Peso	Agua ml/kg/día	Proteínas g/kg/día	H. de carbono g/kg/día	Calorías kg/día
1	3.950	127	1,7	12,5	55
2	4.050	135	2,5	20	85
3	4.050	150	3,8	21,5	100
4	4.100	145	3,9	27,5	125
5	4.120	130	3,9	31	140
6	4.130	115	3,2	22,5	120
7	4.170	140	4	34	150
8	4.180	142	4	34	150
9	4.270	131	3,7	31,5	135
10	4.370	132	3,6	31	132
11	4.370	132	3,6	31	137
12	4.370	133	3,7	31,3	140
13	4.410	137	3,75	32,5	145
14	4.450	142	4	34	150

Comentario: Se trata de un lactante de 5 meses y medio de edad, que presenta un cuadro de desnutrición y diarrea incontrolable de dos meses de evolución, provocada por una infección enteral y parenteral.

Se comenzó con 55 calorías/kg para llegar rápidamente a la solución ideal; la curva de peso fue demostrativa de las virtudes del método. En ningún momento presentó glucosuria ni proteinuria, a pesar de llegar a recibir 34 gr/kg de glucosa y 4 gr/kg de proteínas/día. Se realizó balance nitrogenado con resultado positivo y los niveles de aminoácidos en sangre, orina y líquido cefalorraquídeo fueron normales, lo cual permite descartar una probable toxicidad a nivel de sistema nervioso central.¹⁴ Se encontró una excreción alta de glicocóla en orina que se interpreta por la alta concentración de este aminoácido en la solución.¹⁵

Se comenzó a realimentar con leche en polvo que contiene ácidos grasos de cadena mediana. La tolerancia fue perfecta.

RESUMEN

La inaniación debida a disfunción del tracto gastrointestinal contribuye en proporción notable a la mortalidad infantil.

Durante mucho tiempo se han buscado métodos de tratamiento intravenosos capaces de aportar todos los principios nutritivos esenciales para mantener la vida

y promover el crecimiento y desarrollo adecuado.

En el pasado, las grasas intravenosas, soluciones hipertónicas de glucosa o aportes alcohólicos habían logrado éxito relativo, debido a su toxicidad, dificultades de administración o contenido calórico inadecuado.

Hoy se puede perfundir una solución casi ideal que contenga elementos nutritivos equivalentes a los de una dieta bucal bien equilibrada.

Ha sido claramente demostrado que es posible determinar el crecimiento infantil y reponer la pérdida de peso mediante la alimentación intravenosa como único medio de nutrición.¹⁶

El éxito dependerá en gran parte de una técnica rigurosa.

La administración de esta solución concentrada de glucosa y aminoácido representa riesgos reales de infección y potenciales como diuresis osmótica por sobrecarga brusca de glucosa, crisis hipoglicémicas por hiperinsulinismo si se interrumpe bruscamente la infusión, complicaciones por la posición del catéter ya que solamente su ubicación en zonas de gran flujo sanguíneo permitirá un nivel estable en sangre, y en fin, siempre debe considerarse la posibilidad de deficiencias nutricionales inadvertidas que podrán apreciarse a largo plazo mediante seguimientos longitudinales.

Es por ello que debe asegurarse la más estricta asepsia y antisepsia en el manejo de las soluciones, tubuladuras, catéter, etcétera.

Las posibilidades de infección se reducen al mínimo si se utiliza un sistema de infusión cerrada para evitar la contaminación por el aire, un filtro de membrana para asegurar la esterilidad de la solución una campana aislante para mezclar y manipular solución y una técnica estricta para colocación y mantenimiento del

catéter. El personal de enfermería debe estar al tanto de su responsabilidad.

La solución básica empleada en nuestros pacientes contiene 22,6 % de glucosa, 2,66 % de proteínas y 1.003 calorías por litro (1 mililitro = 1 caloría).

Se apreció en ambos un aumento de peso corporal, fuerza muscular y actividad, a pesar que presentaban un conjunto de estados habitualmente asociados con una respuesta catabólica.

Nuestra experiencia inicial es alentadora. Cualquier niño con incapacidad para ingerir o absorber alimentos por los mecanismos fisiológicos normales podrá ser beneficiado por el método.

Ello hace prever un aumento considerable de posibilidades terapéuticas y una utilización generalizada de alimentación parenteral en los Servicios de Pediatría de nuestro medio, a pesar de las incógnitas lógicas que plantea todo tipo de medicina experimental.^{17 18}

Nuestro sincero agradecimiento a:

Sr. Director del Hospital J. M. Ramos Mejía, Dr. Vicente Mazzáfero, Sr. Jefe del Servicio de Psiquiatría, Dr. Juan Mónaco, Cooperadora del Hospital Ramos Mejía, quienes posibilitaron la planta física y el equipamiento técnico. Dra. Alcira Nesse, quien tuvo a su cargo el estudio de aminoácidos, en la Facultad de Bioquímica de la Universidad de Buenos Aires. Dr. Horacio Urquijo, Cirujano del Servicio del Prof. Dr. Sánchez Zinny, quien realizó las canalizaciones venosas. Dr. Heinrich A., quien realizó los balances nitrogenados en el Hospital de Niños de Buenos Aires. Laboratorio Química Ariston S.A., contribuyó económicamente para solventar gastos parciales en la compra de la bomba Holter. Laboratorio Roux Oeefa, se ocupó de esterilizar la bomba de óxido de etileno todo el material termolábil. Laboratorio U.S. Vitamin Corp., suministró las vitaminas y material bibliográfico relacionado. Farmacia Franco Inglesa, preparó, envasó y donó las ampollas con solución de electrolitos. Todo el personal de Enfermería del Servicio de Pediatría; sin su esfuerzo y colaboración este trabajo no hubiera sido posible.

SUMMARY

Inanition arising from a disfunction of the digestive tract is a main factor contributing to child death rates.

Intravenous therapy procedures have been attempted for a long time to provide every essential nutrients required to maintain life, and to promote proper growth and development.

Intravenous fats, dextrose hypertonic solutions, or alcoholic preparations used in the past, were met with only a limited success on account of their toxicity, administration problems, or a lack of proper caloric contents.

Today we are able to infuse an almost ideal solution with a nutrient power equivalent to a well balanced oral diet.

It was clearly demonstrated that it is possible both to stimulate growth and to prevent any loss of weight using intravenous feeding as the only nutritional source.¹⁶

Success is mainly dependant on a rigorous technique.

Administration of such a concentrated solution of dextrose and amino-acids poses some real infection risks, as well as some potential inconveniences such as osmotic diuresis from a sudden overload of sugar, hyperinsulinic hypoglycemic crises when infusion is suddenly stopped, complications due to catheter positioning, as only when catheter is in high flow areas stable blood levels are reached, and besides the possibility should be always considered about any inadvertent nutritional deficits which can only be detected in the long run after complete longitudinal follow-ups.

This is why in the handling of solutions, catheters, tube lines, etc., a most stringent asepsy and antisepsis is in order.

Infection risks are minimized if a closed infusion system is used to prevent aereal contamination, and a membrane filter is set to insure the sterility of the solution, and an insulating bell is used for mixing and handling solutions, and maintenance of the catheter. Nursing personnel should be quite aware of their responsibilities.

Contents of main solution we use with our patients are as follows: dextrose, 22,6 %; protein, 2,66 %, equivalent to 1,003 cal/liter (1 cal/ml).

In both patients increases were noted in their body weights, muscular power and activity, despite their having a type of conditions usually associated with a catabolic response.

Our first experiences are promisory. Any child prevented from ant food intake or absorption through physiological mechanisms will benefit by this means.

This is why we foresee a high increase of therapeutic possibilities and a general acceptance of parenteral feeding in every pediatric services in our midst, despite all logical questions posed in any kind of experimental medicine.^{17,18}

REFERENCIAS

- 1 ANNAN G. L.: *Bull N.Y. Acad. Med.*, 15: 622, 1939.
- 2 JAMES R.: *Medicinal Dictionary*, London 1745, vol. 3.
- 3 FOSTER M.: *Claude Bernard*, New York, Longmans Green Co., 1899.
- 4 MATAS R.: *Ann. Surg.*, 79: 643, 1924.
- 5 HOLT L. E. Jr., TIDWELL H. C., SCOTT T. Mc.: *J. Pediat.*, 6: 151, 1935.
- 6 CUTHBERTSON D. P.: *Biochem. J.*, 24: 1244, 1930.
- 7 ELMAN R., WEINER D. O.: *J.A.M.A.*, 112: 796, 1939.
- 8 DUDRICK S. J., RHOADS J. E. y VARS H. M.: *Fortschr Paraenteralen Ernährung*, 2: 16, 1967.
- 9 DUDRICK S. J., WILMORE D. W., VARS H. M., RHOADS J. E.: *Surgery*, 64: 134, 1968.
- 10 WRETTLAND A.: *Acta Chir. Scandiv. Suppl.*, 325: 31, 1964.
- 11 GEYER R. P.: *Parenteral Nutrition Physiol. Rev.*, 40: 150, 1960.
- 12 VELA A. R., HARWIG M., MARRERO R., COHN J.: *Amer. Journal of Clin. Nutrition*, 16: 80, 1965.
- 13 HALLBERG D.: *Acta Physiol. Scand.*, 64: 306, 1965.
- 14 DUDRICK J., RHOADS J.: *J.A.M.A.*, 215: 939, 1971.
- 15 FÜRST P., HALLGREN B., BERTIL J.: *Acta Medica Scand. Suppl.*, 472: 283, 1967.
- 16 DUDRICK S., WILMORE D., VARS H., RHOADS J.: *Annals of Surgery*, 169: 974, 1969.
- 17 DUDRICK S., LONG J., STEIGER E., RHOADS J.: *Clínica Médica de N. América*, 84: 577, 1970.
- 18 FILLER R. M., ERAKLIS AS., RUBIN UG., DAS J. B.: *New England Journ. of Med.*, 281: 589, 1969.



**INFORME AL COMITE EJECUTIVO DE LA ASOCIACION
INTERNACIONAL DE PEDIATRIA DEL XIV CONGRESO
INTERNACIONAL DE PEDIATRIA (Dr. Gustavo G. Berri)**

Buenos Aires, 5-7 de diciembre, 1973

Entre el 3 y el 9 de octubre de 1974 se realizará en la ciudad de Buenos Aires el XIV Congreso Internacional de Pediatría.

1) Locales

a) *Salas de Sesiones:* Dicho congreso se llevará a cabo en el Buenos Aires Sheraton Hotel que, juntamente con el Plaza Hotel (ubicado a tres cuadras del anterior), ofrece las siguientes facilidades:

<i>Ubicación</i>	<i>Nº</i>	<i>Tema provisorio</i>	<i>Letra</i>	<i>Capacidad asientos</i>	
Sala principal	1 p. b.	Centrales	A	1.700	:
Sala	1 p. 24	Nutrición	Q	230	:
Sala	1 p. 2º	Crecimiento y Desarrollo	D	138	:
Sala	2 p. 2º	Metabolismo	E	130	:
Sala	3 p. 2º	Nefrología	F	130	:
Sala	4 p. 2º	Neurología	G	130	:
Sala	5 p. 2º	Pediatría Social	H	130	:
Sala	6 p. 2º	Cardiología	I	120	:
Sala	7 p. 2º	Gastroenterología	J	138	:
Auditorio	p. 1º	Endocrinología	B	230	:
Subsuelo Sal. 1		Emergencias pediátricas			
		Radiología y medicina nuclear	K	135	:
Subsuelo Sal. 2		Oncología	L	135	:
Cancha Tenis	Nº 1	Neonatología	M	520	:
Cancha Tenis	Nº 2	Psiquiatría	N	520	:
Sobrecochera	Nº 1	Enfermedades inf.	O	150	:
Solarío	Nº 1	Neumonología	P	130	:
Golden Horn	p. b.	Inmunología	C	160	:
		Total asientos		4.826	:

B. A.
Sheraton
Hotel

Ubicación	Nº	Tema provisorio	Letra	Capacidad asientos	
Sala	1 p. 1º	Cine	R	160 :	
Sala	4 p. 1º	Genética	T	150 :	
Sala	5 p. 1º	Toxicología	U	60 :	
		Farmacología			Plaza
Sala	6 p. 1º	Especialidades Quirúrgicas	V	60 :	Hotel
Sala	9 p. 1º	Hematología y Educac. Médica	W	60 :	
Sala	2 p. 1º	Reuniones conjuntas más cine	S	600 :	
		Total asientos		1.090	
Total ambos hoteles:			Sheraton	4.826	
			Plaza	1.090	
				5.916	

Debemos señalar que entre los locales señalados arriba existen algunos (cancha de tenis, sobrecochera, solarío y subsuelo) que deberán ser construidos íntegramente por el Comité Organizador del Congreso Internacional de Pediatría.

b) *Oficina de Inscripción, Banco y Cambio, Turismo, Exposición Científica.*

Estarán ubicados estos locales en el subsuelo del Buenos Aires Sheraton Hotel que cuenta con una superficie de casi 4.000 m². Esta área será repartida entre los locales de la Oficina de Inscripción, Banco y Cambio, Orientación, Degustación, dos auditorios y la Exposición Científica (130 stands en 420 m²).

c) *Exposiciones Técnica e Industrial.*

Se realizarán en el subsuelo del Buenos Aires Sheraton Hotel y en el Centro Municipal de Exposiciones de la Ciudad de Buenos Aires. Este último (10.000 m²) se encuentra a cinco minutos de automóvil del Sheraton Hotel. Estamos programando realizar allí una Exposición Médica Mundial, donde se expondrán los últimos adelantos en equipos bioquímicos, así como también productos farmacéuticos y dietéticos.

En este Centro de Exposiciones se llevará a cabo la recepción del Presidente del Congreso (después de la ceremonia de apertura) y dos conferencias con almuerzo por día.

2) Hoteles

Los hoteles de la ciudad de Buenos Aires se clasifican en seis categorías:

Lujo	Primera B
Especial	Turística
Primera A	Standard

De acuerdo con las reservas ya comprometidas en la actualidad, no se dispone para la venta de camas en las cuatro primeras categorías.

El Comité Organizador ha reservado un total de 4.948 camas. Hasta el momento actual han sido señadas por agencias de turismo extranjeras 2.048 camas y 2.016 reservas comprometidas, lo que puede elevar a más de 7.500 el número total estimativo de inscriptos.

3) Programa Científico

Teniendo presente que éste es el primer Congreso Internacional de Pediatría que se realiza en el Hemisferio Sur, el Comité Organizador consideró conveniente variar la política y orientación general de los temas centrales con respecto a los congresos anteriores. Por ello, y en lugar de considerar temas o afecciones determinadas, los cinco temas centrales versarán sobre:

El niño en dos de sus edades críticas:

I día) El feto, el recién nacido.

II día) El adolescente.

El niño del presente:

III día) El niño en el mundo en desarrollo.

IV día) El niño en el mundo desarrollado.

El niño y el futuro:

V día) Líneas de progreso.

Estos temas centrales se desarrollarán en Sesión Plenaria con tres conferencias cada día de 30 minutos de duración (entre las 9 y 10:30 horas) durante los días 4, 5, 7 y 8 de octubre y un simposio de 14:30 a 18 horas, el 9 de octubre. Por su parte, las sesiones ordinarias se desarrollarán en todos los salones en forma simultánea en el horario de 11 a 12:40 horas, de 14:30 a 18 horas los días 4, 5, 7 y 8 de octubre y de 9 a 12:40 horas el día 9 de octubre. En las 23 sesiones simultáneas se desarrollarán 25 especialidades de la pediatría y el tema central (destinado al pediatra general), además de las sesiones de temas libres que serán intercaladas con las sesiones para especialistas.

Los coloquios tendrán una duración de 100 minutos y a diferencia de los simposios, además de los panelistas podrá contarse con la participación del público en la discusión. Los simposios breves durarán 100 minutos y los largos 200, pudiendo incluirse en estos últimos los temas libres por invitación, de 10 minutos de duración. Constará asimismo el programa de temas libres de 10 minutos de duración con 5 minutos de discusión, de temas libres de 10 minutos de duración, de temas libres de 5 minutos de duración y de temas libres leídos por el título (cuyo resumen constará en las Actas del congreso).

El número de conferencias, simposios, coloquios y sesiones de temas libres programados es el siguiente:

Sesiones Plenarias

— 3 conferencias por día de 30 minutos de duración los días 1º, 2º, 3º y 4º	12
— 1 simposio de 200 minutos de duración el 5º día	1

Sesiones Ordinarias

— Conferencias de 30 minutos de duración	12
— Simposios de 200 minutos de duración	31
— Simposios de 100 minutos de duración	42
— Coloquios de 100 minutos de duración	110
— Sesiones de Temas Libres de 100 minutos de duración	55

Total 263

El total de invitados por el Comité Organizador para integrar el programa científico es de:

— Disertantes	24
— Coordinadores	184
— Panelistas	920

Total 1.128

(Ver lista de invitados por nombre y por países). Quisiéramos destacar aquí que a pesar de nuestros esfuerzos no pudimos concretar la participación activa de Rusia ni de la mayoría de países socialistas, y tampoco de la República Popular China en el programa científico.

El coordinador de cada coloquio fue seleccionado por el Comité Organizador, quedando a cargo del coordinador la proposición de los nombres de los panelistas. Tanto el coordinador como los participantes en los coloquios recibieron personalmente invitación en forma oficial por el Comité Organizador.

Cada día de sesiones será presidido por un miembro del Comité Ejecutivo de la Asociación Internacional de Pediatría. Los presidentes de las sesiones serán miembros del Consejo Asesor de la Asociación Internacional de Pediatría, relevantes pediatras extranjeros, presidentes de sociedades nacionales de pediatría, etc. Los secretarios de las sesiones serán designados entre los pediatras argentinos.

Se ha contratado el número necesario de intérpretes para traducción simultánea en:

Tres idiomas	5 salas
Dos idiomas	5 salas
Un idioma	1 sala

Debemos señalar aquí que es nuestro proyecto y deseo contar con traducción simultánea en todas las salas.

Además está prevista la realización de 10 conferencias con almuerzo (2 cada día) y 36 charlas con expertos (12 por día durante 3 días, después de las 18 horas). Dichas reuniones serán pagas y por inscripción.

Existen también otras reuniones o reuniones satélites antes del congreso, las que serán: Reunión de Expertos sobre "El Pediatra y la Planificación Familiar"; reuniones del Comité Ejecutivo y del Consejo Asesor; cursos de pediatría para graduados en Buenos Aires y otras ciudades. Reuniones Satélites también durante el congreso: Asamblea de Delegados Nacionales, Editores de Revistas de Pediatría, Directores de Hospitales de Pediatría, reuniones de ex bancarios del Centro Internacional de la Infancia.

A esta fecha el Programa Científico está cubierto con un 80% de participantes y calculamos que para fines de enero de 1974 estará completamente cubierto.

Se está promocionando la Exposición Científica en todo el mundo, pero el Comité Organizador insiste en la importancia de participación activa de los pediatras locales, teniendo presente que los médicos argentinos no ocuparán, salvo alguna excepción y sólo a pedido de los coordinadores, lugar en el programa científico en calidad de relatores.

4) Información General

a) Cuotas de Inscripción

Cuota de inscripción juntamente con la cuota contribución para la Asociación Internacional de Pediatría, será:

—Antes de marzo 31, 1974:

Miembros titulares u\$s 90.

Miembros titulares con menos de 5 años de egresados u\$s 50.

Acompañantes u\$s 55.

—Antes de setiembre 25, 1974:

Miembros titulares u\$s 100.

Acompañantes u\$s 60.

b) Fecha límite para la presentación de trabajos y exhibits: 28-2-74.

c) Programa General

Octubre 1 — Reunión del Comité Ejecutivo.

Octubre 2 — Reunión de Expertos sobre "El Pediatra y la Planificación Familiar".

Octubre 3 — Reunión del Comité Ejecutivo y del Consejo Asesor. Ceremonia de Apertura.

Recepción del Presidente (recepción inaugural).

Octubre 4 — Sesiones Científicas. Excursiones.

Octubre 5 — Sesiones Científicas. Reunión del Consejo de Delegados Nacionales. Recepciones en las Embajadas.

Octubre 6 — Día libre. Almuerzo (asado). Partidos de Polo y Pato. Carrera de caballos.

Octubre 7 — Sesiones Científicas. Reunión del Consejo de Delegados Nacionales.

Octubre 8 — Sesiones Científicas. Cocktail de despedida.

Octubre 9 — Sesiones Científicas. Ceremonia de Clausura.

d) Tareas Realizadas (Organización y preparación)

Después de nuestro regreso de Viena comenzamos las gestiones ante el Gobierno y el XIV Congreso Internacional de Pediatría fue declarado de interés nacional por el Poder Ejecutivo. Creamos un organigrama con un Comité Ejecutivo (integrado por cinco miembros), y un Comité Organizador que lo componen en la actualidad dos vicepresidentes, un secretario general y 13 secretarías (Técnica Administrativa. Prensa y Promoción Nacional. Prensa y Promoción Internacional. Relaciones Nacionales. Exposición Comercial. Exhibits Científicos. Finanzas. Relaciones Internacionales. Programa Social y Cultural. Turismo y Traslados. Hospedaje y Alojamiento. Programa Científico. Relaciones Públicas).

Los secretarios a su vez han designado sus colaboradores, o sea, los comités correspondientes. El Comité de Honor está formado por ocho pediatras argentinos de relevante actuación, quienes se han abocado a la realización de una monografía sobre "Pasado y Presente de la Pediatría Argentina", que será publicada en dos idiomas y distribuida durante el Congreso. Además se aprecia en el organigrama que el Comité Ejecutivo designó asimismo los asesores de finanzas y auditoría externa, asesores técnico-administrativos y el asesor legal. Todos estos profesionales se incorporaron al comienzo de nuestras gestiones, al igual que el agente de turismo oficial del Congreso.

Desde marzo de 1972 comenzamos con reuniones semanales del Comité Ejecutivo o del Comité Organizador. En la actualidad se realizan ocho reuniones mensuales, de las cuales seis pertenecen al Comité Ejecutivo.

Dentro del ritmo de reuniones se llevaron a cabo cada 3 a 4 meses las reuniones plenarias, con la participación de la totalidad de los miembros que trabajan para el Congreso, incluyendo los delegados del interior. Dichas reuniones sirvieron para sintetizar y actualizar la labor desarrollada en ese lapso.* Las fechas de las reuniones plenarias fueron las siguientes: el 6 de mayo de 1972, el 26 de agosto, el 25 de noviembre de ese mismo año, y el 31 de marzo, el 4 de agosto y el 24 de noviembre del año en curso. En general, hemos considerado el año 1972 como el de la infraestructura, el año 1973 el de la promoción y el de 1974, como el de la realización definitiva del Congreso.

Se efectuó un concurso de logotipo entre los pediatras y resultó seleccionado entre los 58 bocetos presentados, el que hoy es nuestro emblema definitivo.

El 1º de diciembre de 1972 se efectuó en la Academia Nacional de Medicina ante las más altas autoridades sanitarias, universitarias y científicas la presentación oficial del XIV Congreso Internacional de Pediatría, haciendo uso de la palabra en ese acto académico el representante de la Oficina Sanitaria Panamericana y el Presidente del Congreso. Posteriormente, el Congreso fue presentado también a las fuerzas vivas del país (Unión Industrial Argentina, Confederación General Económica, Cámara de Productos Farmacéuticos y Dietéticos, Confederación General del Trabajo).

En enero de este año fue inaugurada la pequeña nueva construcción realizada en el Hospital de Niños como sede de la Secretaría del Congreso. En ese local se realizan las reuniones y trabaja el personal administrativo. En la actualidad, un gerente administrativo y 14 empleados trabajan "full-time" para el Congreso, además de los 150 médicos que colaboran en su organización. Se tiene planeado mudar la Secretaría al Buenos Aires Sheraton Hotel unos 10 días antes del comienzo del Congreso. A su vez, la Oficina de Recepción se abrirá una semana antes del comienzo del mismo.

A poco de iniciadas nuestras gestiones se contrataron los servicios de I.B.M. y a través de la computación se van a tener listas de padrones por nombres de inscriptos y países de procedencia, el programa social y nuestra contabilidad.

A principios de este año se editó un folleto preliminar del Congreso del cual se distribuyeron, juntamente con el programa científico, 70.000 ejemplares de cada uno a través de Sociedades de Pediatría y listas de miembros que éstas enviaron, de revistas de pediatría, de agencias de turismo, de ICCA y de la lista de pediatras de los Congresos de Viena y Méjico.

Está a punto de terminarse la impresión del folleto definitivo que se distribuirá paulatinamente entre los médicos incriptos.

Se tiene planeado publicar un volumen de Actas con los temas centrales, que se entregará gratuitamente a los incriptos, reservando diferentes fascículos para las especialidades pediátricas.

Se ha realizado una intensa promoción, no sólo a nivel internacional, sino también a nivel nacional, giras por el interior, congresos de Córdoba y Bariloche, periódicos, radio, televisión, etc. Cabe destacar los siete viajes de promoción al exterior que efectuaron este año seis diferentes parejas de médicos, que cubrieron casi todo el mundo. Estas visitas con asistencia a los principales congresos de esta rama de la medicina, tenían un doble objetivo: promoción y difusión directa y personal del congreso a nivel de los médicos y motivación de la industria farmacéutica o de fabricantes de equipos o instrumental médico para su participación activa en los "exhibits" del XIV Congreso Internacional de Pediatría.

* Debemos señalar aquí que cada secretaria ha elaborado su cronograma propio.

Al respecto querría enfatizar que el 25 de abril de este año el XIV Congreso Internacional de Pediatría realizó un cocktail en el Buenos Aires Sheraton Hotel donde se agasajó y explicó a los representantes de la industria farmacéutica local e internacional la política que ha de seguir el Congreso.

A nivel del Ministerio de Relaciones Exteriores se mantuvo en 1972 un intercambio de notas con respecto a la entrada en el país de todos los integrantes de las sociedades adheridas a la Asociación Internacional de Pediatría. Debemos señalar que en la actualidad la Argentina mantiene relaciones diplomáticas con todos los países del mundo, incluso con Cuba y China.

El 1º de enero de este año comenzaron los médicos argentinos el pago en cuotas de su inscripción. En la actualidad hay 1.000 médicos argentinos inscriptos y 140 extranjeros.

5) Presupuesto estimativo:

El presupuesto estimativo del Congreso es de 1.100.000 dólares y para ello contamos como fuente de recursos las cuotas de inscripción, los aportes de la industria, los subsidios (gobierno nacional o internacionales que se han gestionado a través del Instituto Nacional de la Salud de los Estados Unidos y de la Fundación de la Nutrición).

Dentro de los egresos, entre los rubros conocidos, debemos mencionar el costo de intérpretes y cabina que supera los 80.000 dólares y la refección del sub-suelo del Sheraton Hotel. Otro aspecto importante de recursos que debemos prever es el de coordinador de coloquios o simposios o conferenciantes de sesiones plenarias que solicitan ayuda económica. Pensamos que en total alrededor de 100 serán los médicos que soliciten tal ayuda económica, que incluye habitualmente los gastos de traslado y de hotel. Hemos solicitado al respecto la colaboración de los transportadores aéreos oficiales (Argentine Airlines, Air France), OEA, UNICEF, UNESCO, Organización Mundial de la Salud y Oficina Sanitaria Panamericana y Embajadas de diferentes países.

- 6) Finalmente quisiera señalar la inestimable labor de los médicos, de los asesores profesionales y del personal técnico y administrativo que colaboran en la preparación de este Congreso. La Sociedad Argentina de Pediatría y su personal también ha significado un positivo aporte por su trabajo. Sin su esfuerzo y la participación activa de todos, no hubiera sido posible cumplir con las etapas y pasos que consigna el presente informe.

7) Inscripción nacional:

Al 30 de noviembre eran 1106 los pediatras argentinos que enviaron la ficha de inscripción provisoria. Debemos comentar que de ellos hay 203 que aún no han abonado ninguna cuota. Se solicita que se haga llegar a esta Secretaría, a la brevedad posible, la Ficha de Inscripción Definitiva, debidamente cumplimentada, acompañando el importe de las cuotas adeudadas, pues en caso contrario la inscripción no será considerada como válida y esos números de inscripción serán otorgados a nuevos adherentes. Se ha establecido que para mantener fijo el costo de la inscripción se debe estar al día en el pago de las cuotas.

8) Nombramiento de delegados hospitalarios:

Para una mejor información de los pediatras del país, el Comité Organizador del XIV Congreso Internacional de Pediatría ha nombrado delegados en los distintos servicios hospitalarios que lo han solicitado. Se reitera este ofrecimiento a los que todavía no lo han pedido.

9) Becas:

Se recuerda que el Comité Organizador ha dispuesto el otorgamiento de una beca equivalente a la Inscripción de un miembro de menos de cinco años de egresado por filial de la S.A.P. Para gestionar la beca la filial correspondiente deberá estar al día con sus obligaciones societarias.

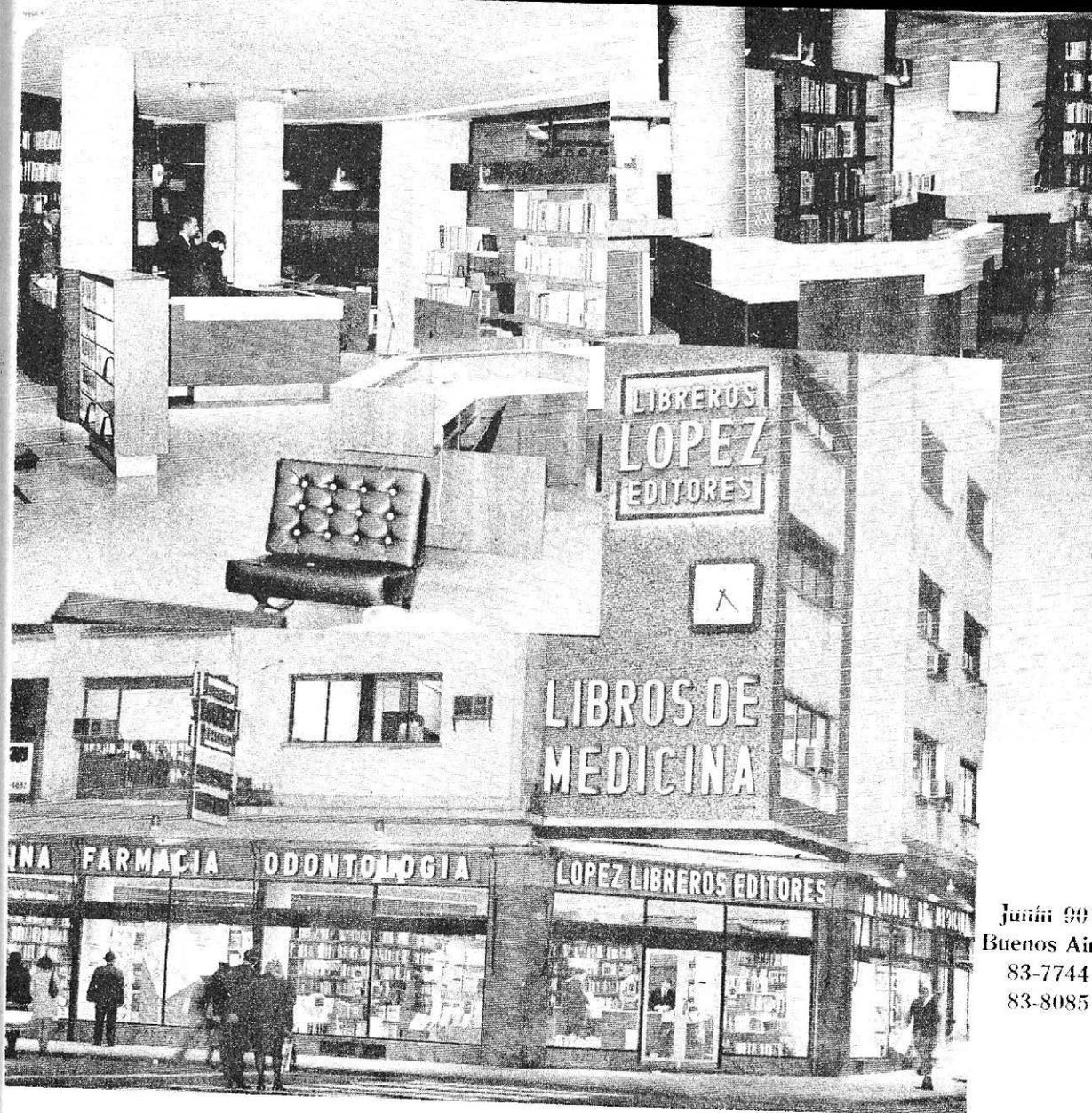
10) Número de inscriptos argentinos:

Alto Valle del Río Negro y Neuquén: 4; Austral (Comodoro Rivadavia): 2; Bahía Blanca: 3; Capital y alrededores: 763; Catamarca-La Rioja: 6; Chaco: 8; Corrientes: 8; Córdoba: 57; Cruz Fueguina: 2; Entre Ríos: 16; La Plata: 5; Mar del Plata: 2; Mendoza: 15; Misiones: 9; Región Centro Pcia. Bs. As. (Tandil): 4; Región Norte Pcia. Bs. As. (Pergamino): 6; Río Cuarto: 2; Rosario: 102; Salta: 3; San Juan: 9; San Luis: 3; Santa Fe: 74; Santiago del Estero: 3. *Total: 1106.*

11) Laboratorios que han comprometido su colaboración con el Congreso:

A la fecha, los siguientes laboratorios han ofrecido oficialmente su colaboración económica para la organización del XIV Congreso Internacional de Pediatría:

Abbott-Ross: U\$S. 20.000.
Johnson & Johnson: U\$S. 20.000.
Milupa: U\$S. 20.000.



Junín 90
Buenos Aires
83-7744
83-8085

Revistas de nuestro fondo editorial

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
PRENSA UNIVERSITARIA
ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA
REVISTA DE LA ASOCIACION MEDICA ARGENTINA
REVISTA DEL HOSPITAL DE CLINICAS
REVISTA DE AGRONOMIA Y DE VETERINARIA