

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

*Es Organo Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría.
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. TEODORO F. PUGA
POTOSI 4320 — CAPITAL

PREMIO "APTA - F. ANTONIO RIZZUTO" A LA MEJOR LABOR 1973. CATEGORIA REVISTAS CIENTIFICAS
INTERNATIONAL STANDARD SERIAL NUMBER: ISSN 0325-0075

Precios de suscripción:

Rca. Argentina (1 año) \$ 500.—
Exterior (1 año) u\$s 15.—
Número suelto \$ 50.—

CORREO ARGENTINO CENTRAL B	FRANQUEO PAGADO CONCESION N° 1706
	TARIFA REDUCIDA CONCESION N° 813

GRAFICA  EDITORA

El Colirio es una forma farmacéutica de delicada elaboración.

Como especialista confie en quien se especializa.

LABORATORIOS OFTALMOLOGICOS ARGENTINOS S.A.I.C.I.F.

Colirio

ANTIALERGICO

Hidrocortisona: 0,25 ‰

Clor. de difenhidramina: 0,001 ‰

Clor. de 2-(1-naftilmetil)

-2-imidazolina: 0,05 ‰

Metilcelulosa: 0,5 ‰



Colirio

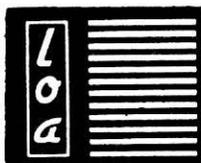
VASOCONSTRICTOR - DESCONGESTIVO

Tetrahydro-naftil-imidazolina: 0,10 ‰

Colirio

ANTIBIOTICO - POMADA

Cloramfenicol Succinato: 1 ‰



LABORATORIOS OFTALMOLOGICOS ARGENTINOS S.A.I.C.I.F.
Dr. Juan F. Aranguren 344 - Buenos Aires



Elaborado bajo licencia de ITALSEBER S.p.A. - Milano - Italia

DIRECTOR DE PUBLICACIONES: Dr. Teodoro F. Puga
SUB-DIRECTOR DE PUBLICACIONES: Dr. José A. Bodino

SECRETARIOS DE REDACCION

Dr. Ariel Armada
Dr. Carlos A. Azmat
Dr. Vicente C. Castiglia
Dr. José María Ceriani Cernadas
Dra. Lila Chiappara
Dr. Roberto De Napoli
Dr. José Enrique Flores
Dr. Oscar García Gutiérrez

Dr. Miguel Granja
Dr. Juan J. Heinrich
Dra. Flora Ortiz
Dr. Jorge Schanton
Dra. Ana Graciela Veglia
Dr. Jorge B. Vukasović
Dr. Antonino Zaccaria

CORRESPONSALES

Dr. Nedo Albanesi (B. Blanca)
Dr. Oscar Caballero (Mendoza)
Dra. Iraida S. de Cabrol (E. Ríos)
Dra. Velia E. de Caino (La Plata)
Dr. Jorge N. Carné (Rosario)
Dr. Alfredo Fort (R. C. Pcia. Bs. As.)
Dr. Rubén Haidar (Santa Fe)

Dr. Carlos A. Mansilla (Santiago del Estero)
Dr. Valois Martínez Colombres (h) (San Juan)
Dr. Alejandro Mines (Tucumán)
Dr. Luis Premoli Costas (Salta)
Dra. Llobal Schujman (Tucumán)
Dr. Leonardo M. Vanella (Río Cuarto, Córdoba)

COMISION ASESORA

Prof. Dr. Raúl P. Beranguer
Prof. Dr. Felipe de Elizalde
Prof. Dr. Alfredo Larguía

Prof. Dr. Juan J. Murtagh
Dr. José E. Rivarola
Prof. Dr. José R. Vásquez

**COMISION DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA
1975-1977**

Presidente:
Vicepresidente:
Secretario General:
Tesorero:
Director de Publicaciones:
Secretario de Relaciones:
Secretario de Actas:
Bibliotecario:
Vocal:
Vocal:

Dr. Jorge M. Nocetti Fasolino
Dr. Horacio Aja Espil
Dr. Narciso A. Ferrero
Dr. Angel Plaza
Dr. Teodoro F. Puga
Dr. Carlos A. Gianantonio
Dr. José L. Dibetto
Dr. Néstor Aparicio
Dr. Eduardo D. Plater
Dr. Carlos A. T. Cambiano

MIEMBROS SUPLENTES

Dr. Jorge C. Cavagna
Dr. Oscar Morgenstern
Dra. Emma O. Correa de Araujo

Dr. Raúl O. Ruvinsky
Dr. Carlos A. Toriano

SUMARIO

Tomo LXXIII - Núm. 9/10 - Diciembre de 1975

20 de octubre - Día de la Pediatría

EDITORIAL 129

XXII Jornadas Argentinas y
XVII Jornadas Rioplatenses de Pediatría 138

ARTÍCULOS ORIGINALES

Valor del recuento absoluto de neutrófilos
en diagnóstico de infección bacteriana
en el recién nacido

Enrique Gebara, Hugo Donato 133

JORNADAS Y CONGRESOS

Simposio Nacional de Pediatría Social 139

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Criterios de diagnóstico y tratamiento
de las diarreas en la infancia 143

ATENEOS BIBLIOGRÁFICOS

Publicaciones recientes 146

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

Programa Entidad Matriz 1976 148

INFORMACIONES

Carta dirigida a los poderes públicos
con motivo de la Semana de la Pediatría 149

20 de octubre - Día de la Pediatría

En cumplimiento de una resolución de la Comisión Directiva anterior, entre el 20 y 25 de octubre se realizó por primera vez en todo el país, la conmemoración de la SEMANA DE LA PEDIATRÍA.

De una u otra forma todas las Filiales y Regiones de la Sociedad Argentina de Pediatría realizaron actos alusivos a la celebración. En numerosos centros pediátricos de todo el país, los pediatras se reunieron en sesiones científicas y en actos comunitarios, poniendo de relieve la fecha que se recordaba.

La Entidad Matriz estuvo presente fundamentalmente a través de los medios masivos de comunicación, culminando la recordación el 24 de octubre en un emotivo acto donde fueron entregados los diplomas de Miembros Honorarios Nacionales a los Dres.: Juan J. Murlagh, José E. Rivarola, Raúl P. Beranger, José E. Celoria, Felipe de Elizalde, Rodolfo Kreutzer, Alfredo Larguía, José M. Valdez, Humberto Notti, Luis F. Leloir, J. C. Recalde Cuestas y Nolasco Cornejo Costas.

En esa oportunidad el Presidente de la Sociedad Dr. Jorge Noceti Fasolino dijo:

Por vez primera, en sus sesenta y cuatro años de existencia, la Sociedad Argentina de Pediatría hace un alto en su camino para celebrar sencillamente, pero con júbilo y esperanza, la SEMANA DE LA PEDIATRÍA, extendida a partir del Día de la Pediatría, día 20 de octubre, elegido en recuerdo de aquella fecha de 1911, en que se fundara la Sociedad, y en homenaje a quienes fueron pioneros de la Pediatría argentina.

Nuestra joven República, vivía todavía los ecos gozosos del festejo del centenario de la gloriosa gesta de Mayo. Los fundadores, imbuidos de ideales progresistas y consubstanciados con el empuje de una Nación en marcha hacia sus grandes destinos, ponían los cimientos de una Institución, cuyos objetivos eran y siguen siendo por demás sublimes: mejorar la salud y el bienestar del niño, elevar el nivel de la educación pediátrica y estimular la investigación científica.

Señalamos entre el reducido grupo de precursores y a modo de ejemplo, algunos que brillaron en el firmamento de la Medicina argentina con fulgor que todavía ilumina nuestro quehacer pediátrico: Acuña, Aráoz Alfaro, Centeno (su primer presidente), de Elizalde, Gaing, Navarro, Schweitzer, Sisto.

Los renovadores conceptos de la pediatría europea, iban modificando la clásica medicina de los albores del siglo, y paulatinamente los progresos de las Ciencias básicas, de las técnicas radiológicas y de laboratorio, enriquecían los procedimientos diagnósticos. La Sociedad Argentina de Pediatría se constituyó entonces en receptáculo y vehículo apto de difusión de aquellos avances. Otros prestigiosos hombres de ciencia ya desaparecidos, fueron entonces los portadores de la antorcha que encendieron los fundadores. Cibilis Aguirre, Larguía, Casaubón, Garrahan, Bazán, Del Carril, Arana y muchos otros, acrecentaron el prestigio de la Institución y al igual que los pediatras que la han dirigido en un pasado todavía cercano y que nos acompañan hoy en esta celebración, demostraron su vocación de servicio con tal autoridad moral y científica, que la hermandad pediátrica resultó robustecida, posibilitando el arribo a un presente de grandeza.

Hoy la Sociedad Argentina de Pediatría es miembro de la Asociación Latinoamericana de Pediatría y de la Asociación Internacional de Pediatría. Cuenta con 3.600 médicos que asisten a niños en toda la vasta extensión de nuestro territorio y que integran 30 filiales en 6 regiones, sólidamente unidas a la Entidad Matriz. No entraremos a detallar la permanente, variada y múltiple actividad docente y científica que desarrolla. Sólo deseo mencionar, que a continuación de la organización del exitoso

XIV Congreso Internacional de Pediatría de octubre próximo pasado, en el presente año, el Simposio de Pediatría Social y las cinco Jornadas Regionales de Pediatría, exteriorizan el dinamismo de sus asociados. Asimismo la Pediatría Nacional ha comenzado a prepararse para participar en el tradicional encuentro que siempre constituyeron las Jornadas Argentinas. Paraná, en mayo próximo, será su sede y recibirá cordialmente no solo a los pediatras argentinos, sino también a los uruguayos, con quienes compartiremos las XVII Jornadas Pediátricas Rioplatenses, que se reanudarán luego de 15 años.

Retornando al motivo de este acto, conviene puntualizar que la Sociedad Argentina de Pediatría al instituir este día y esta semana, ha preferido no titularlos como del "Pediatra", sino como de la "Pediatría", Medicina del hombre del futuro, cuyo imperioso llamado nos impulsará a dedicarle nuestras vidas y nuestros desvelos. Su objetivo es procurar el bienestar del niño, para nosotros, del niño argentino, que espera nuestra dedicación y superación, como garantía de salud integral para su porvenir.

El sentido que pretendemos incorporar a la celebración de este día y de esta semana, es prioritariamente, el de intentar llegar a la comunidad en una tarea de acercamiento y de educación sanitaria personal y a través de los medios de difusión: prensa escrita, oral y televisiva, poniendo el acento en la promoción y protección de la salud de la niñez. Esta actitud es coherente con los objetivos actuales de la Asociación que sin descuidar lo relativo al progreso de la Clínica Pediátrica y lo relacionado a la Medicina curativa, y atendiendo a la realidad sanitaria argentina, apunta hacia una docencia universitaria y una educación popular basadas en las normas de Salud Comunitaria. Como dice José Renán Esquivel, para estas normas, los factores sociales y ambientales son los más importantes en la etiología de la enfermedad, la Medicina es preventiva por excelencia, el médico es de la familia y de la comunidad y no de la viscera y de la institución hospitalaria.

Consideramos que el tripode imprescindible para poder llevar a buen término la organización de la atención médica pediátrica, lo constituyen los poderes públicos, el equipo de salud y la Comunidad. Es por eso que también nos hemos acercado a las autoridades sanitarias nacionales ofreciendo soluciones para los problemas vinculados a la asistencia médica del niño argentino.

En los señores periodistas que nos acompañan invitados especialmente para este acto, expreso el agradecimiento de la Sociedad Argentina de Pediatría a todos aquellos que han puesto sus instrumentos de difusión, al servicio de esta noble y patriótica tarea. Si bien esta generosa colaboración no tiene compensación económica, es capaz de engendrar bienestar en el sector de población más vulnerable a la enfermedad; nuestros niños. Ellos son pues en última instancia vuestros deudores.

En este modesto acto en el que clausuramos la Semana de la Pediatría, la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Pediatría ha querido homenajear a sus miembros honorarios argentinos designados desde 1979 a la fecha, a quienes todavía no se les había hecho entrega de sus respectivos diplomas.

El artículo 14 de los Estatutos dice: Podrán ser Miembros honorarios: a) los médicos que se hubieran distinguido de un modo sobresaliente en los estudios de Pediatría o especialidades afines, sean argentinos o extranjeros; b) los médicos que hubieran protegido de un modo particularmente eficaz la Asociación, los Hospitales de Niños y todas las Instituciones destinadas al estudio de la Pediatría. Pues bien, este selecto núcleo de Pediatras, de Docentes e Investigadores, colma sobradamente las exigencias. Todos ellos merced a largos años de fructífera tarea, han contribuido a mejorar la atención médica de la niñez y a formar discípulos que continúan en el presente la labor por ellos iniciada. Es por toda la conocida, por otra parte, su adhesión incondicional a la Asociación a la que dedicaron gran parte de su vida y las condiciones morales que los adornan, virtud esencial para poder servir de referencia a las futuras generaciones de pediatras.

Señores: La Sociedad Argentina de Pediatría acorde con lo estipulado en el artículo 5º de sus Estatutos tiene una orientación exclusivamente científica. Cada 29 de octubre volverá a comunicarse con la Comunidad, de la que ha nacido, de la que se nutre, a la que se debe para transmitirle su experiencia y sus consejos para preservar la salud de sus más jóvenes grupos etarios. Nuestro compromiso no puede conocer desmayos o claudicaciones, ni aun ante condiciones adversas. Hace pocos meses en Rosario con motivo de las Jornadas de Pediatría de la Región Litoral, expresaba este pensamiento: "Como ciudadano nos corresponde estar inmersos en un "habitat" económico, social, cultural y político, que presiona, influye y a veces perturba el equilibrio anímico, y espiritual del médico. Sin embargo, cuando ejercemos la labor pediátrica ¡Cómo deseáramos mantener sereno el ánimo, templado el espíritu, sin angustias el corazón y sin extrañas preocupaciones la mente, para poder volcarnos íntegramente en el desenvolvimiento de la vocación! Si contemplamos nuestro alrededor cercano y lejano, avizoramos odios y guerras, violencias y desamparo. Cuesta sobreponerse a todo aquello que reduce la condición humana a límites degradantes. A pesar de todo, hemos de continuar portando en nuestra frente, el sello de la paz y del amor, fuentes inagotables de inspiración, para poder cumplir fielmente con nuestro deber".

Para finalizar y, antes de pasar a la entrega de los diplomas a los miembros Honorarios Nacionales, en nombre de los integrantes de la Comisión Directiva y en el mio propio, agradezco a todos los que nos han acompañado en esta celebración confiando en que prosigan con el apoyo y la participación permanente, en el quehacer diario de nuestra querida Sociedad Argentina de Pediatría.



En nombre de los homenajeados agradeció el Dr. Humberto J. Notti.
SR. PRESIDENTE. SRES. COLEGAS. AMIGOS TODOS:

El honorable Directorio de la S.A.P. me ha encomendado la grata y difícil tarea de hacer uso de la palabra en este acto académico, de hondo significado emotivo para todos, pero especialmente para los miembros honorarios en cuyo nombre expresaré algunas ideas en relación a la fecha que nos reúne, pero en forma especial me referiré a la familia, en su ineludible compromiso de luchar en favor de la salud integral del hijo, y en la gestión obligatoria y calificada del pediatra en esta trascendente labor, actuando como médico y educador.

Agradezco vivamente la alta distinción que me habéis hecho considerando que este honor es una magnífica, pero excesiva compensación a la labor que pueda haber desarrollado en mis 45 años de ejercicio profesional y 33 de docencia, pero sobre todo del singular cariño que tengo a la Institución que hoy nos cobija y a la niñez a la que he servido con vocación durante estos años.

Desde mi graduación como médico en 1929 he sido testigo como actor o espectador pero siempre en forma solidaria, del progreso ininterrumpido de la S.A.P. y de su profundo interés con los problemas del niño, primero especialmente en el Gran Buenos Aires, y luego en toda la extensión de nuestra patria, ya sea con la fundación de las filiales, hecho que se inició hace más de 7 lustros con las de Córdoba y Mendoza y luego con las Jornadas Argentinas de Pediatría que tuvieron su nacimiento en 1950 y se reeditaron anualmente con una gran concurrencia de colegas y con un interés desbordante por la problemática del menor en todos sus aspectos.

Por haberlas vivido intensamente, puedo afirmar sin temor a equivocarme que sumada a cursos, cursillos y conferencias de prestigiosos especialistas, ellas fueron la GRAN ESCUELA PEDIATRICA ARGENTINA, que recorrió en junción de docencia, diálogo y amistad todos los rincones de nuestro país, ofreciendo una inestimable colaboración al conocimiento del hombre en la edad de crecimiento y desarrollo, y por lo tanto en misión de auténtico argentinismo y como consecuencia aportando elementos al progreso y bienestar de nuestra patria.

Siempre nos acompañaron prestigiosos pediatras latinoamericanos, que no sólo trajeron su experiencia, sino que fueron auténticos hermanos gozando así de su amistad y solidaridad, vaya para ellos nuestro fraternal recuerdo.

Las actas de cada jornada son testigos de lo afirmado anteriormente. No es mi intención avanzar más sobre la historia de la S.A.P., de la que ya se ocupó nuestro Presidente Jorge Nocetti Fasolino, sino que ha sido mi deseo como hombre del interior fijar la fecha en que se inició la unidad de los pediatras y de la pediatría argentina, unión de sólidas y fructificantes realizaciones que posteriormente se han consolidado con tanto acierto y eficacia hasta el momento actual.

Esta benemérita Institución no sólo se ha ocupado de aspectos puramente científicos, académicos y de investigación, sino que ha llegado a toda la población en tareas de educación y servicio, y a las autoridades nacionales, provinciales y municipales, como asesora en candentes y cruciales problemas referidos a la minoridad, pero está cada vez más convencida que para llevar a feliz término la trascendente e impostergable misión de disminuir la morbimortalidad infantil y lograr una niñez sana de cuerpo y

espíritu, la comunidad en cada uno de sus integrantes debe conocer las necesidades del niño y la forma de lograr en plenitud como persona humana, y comunidad biopsicoemocional y social, su bienestar, que en última instancia es el bienestar, desarrollo y paz de la sociedad.

Robert Debré, Presidente del Centro Internacional de la Infancia dijo en 1968, que el porvenir de la Pediatría reside en su capacidad para penetrar en la vida íntima de la familia, de la escuela y de la universidad.

Yo me permitiría agregar a este sabio concepto en función puramente aclaratoria, que todo pediatra si quiere cumplir adecuadamente con su trascendente responsabilidad, tiene la obligación ineludible de hacer una biopsia social del ambiente en que se desenvuelve la vida del niño (habitat y medio cultural), y al mismo tiempo debe ser un educador de la familia, y no olvidar las conclusiones ilustrativas y pragmáticas a que arribó J. Bowlby en su ya clásico libro: "Los cuidados maternos y la salud mental", sobre todo en esta época en que está de moda la liberación de la mujer.

Ya es un axioma aceptado por todos que la instrucción de los padres no es suficiente para lograr salud integral de los hijos y que la enseñanza a los progenitores referida a los problemas inherentes al niño y a la forma de solucionarlos, representa una disciplina básica en favor de la cultura y bienestar de la comunidad.

Debemos siempre tener en cuenta que los niños aprenden lo que viven, y que la educación del hijo se realiza con las motivaciones, experiencias y aprendizajes del medio familiar y del grupo social al que pertenece.

Considero que por ignorar o subestimar esta verdad inconcusa, es que no se ha valorado debidamente que la crisis del mundo actual es la crisis de la formación del hombre y el hombre se forma desde su niñez y en el hogar.

Pretender hacer un hombre nuevo a partir de un adulto, es ignorar lo más elemental sobre el período etario en que se forma la personalidad del ser humano que como lo sabemos es en los primeros años de vida.

El gran prócer argentino José Manuel Estrada escribió en 1862: "La Sociedad Civil se forma de la Sociedad Doméstica, como en su modelo más natural y más lógico.

"No creáis que avanzo mucho y menos una paradoja lo que voy a deciros: No se decide la suerte de los pueblos en los comicios electorales ni en el tumulto de los clubes. La decisión está hecha de antemano; allí se manifiesta pero se hace en la familia y siendo niños."

"No me preguntéis ¿por qué aquel político envuelto en un incurable egoísmo, se labra su propio bienestar dañando los intereses del pueblo?

No me preguntéis ¿dónde ha adquirido el otro esa sed insaciable que lo domina de asentar su despolismo sobre la ruina de la libertad de todos?

"El egoísta es un hombre que ha vivido sin familia y sin afecto, que ha renegado del sentimiento y de los más suaves instintos de la naturaleza; es el hijo que ha visto tranquilo a su padre sumido en la miseria, y a su madre en el dolor" y más adelante: "El hombre sale formado del seno de la familia y como el ave al abandonar su nido sale revestida del vistoso plumaje que hace adornarla, así al abandonar el hogar va revestido de las virtudes que han de ser su gloria, o de los vicios que han de ser su anatema ante Dios y ante la sociedad."

"El orador fogoso que agita los parlamentos, el tribuno que perora en los clubes, el político que trabaja o intriga, el magistrado que gobierna, el guerrero que lucha, todos han sido formados en el secreto de la sociedad doméstica y en los altos puestos oficiales van a dar lo que allí recibieron.

"La familia viciosa dará el egoísta, el caudillo, el demagogo y el tirano.

"La familia de conducta ajustada y honorable, educará a sus hijos en la nobleza y honradez, en la grandeza de ánimo y en el heroísmo de la abnegación, engendrará los Washington y los Belgranos, esas almas escogidas, que anonadan su individuo ante la majestuosa personalidad, el interés casi divino y la voluntad soberana de la Patria."

Estos sabios y siempre actuales conceptos de Estrada, expresados a las madres en un discurso dedicado a ellas hace 113 años, deben ser un Evangelio para los gobernantes, padres y la sociedad toda, pues no debemos olvidar que el hogar bien organizado y con funcionamiento normal es la isla de seguridad del mundo, del niño y del adolescente, y que el hogar no es solo un abrigo cultural, emocional y moral.

La S.A.P. reitera su inquebrantable voluntad de seguir luchando por la niñez. Hoy envía su mensaje de amor al niño que habita nuestro suelo, fue fundada en 1911, y por rara coincidencia en el mismo año fue celebrado en nuestro país por primera vez el día de la madre, que sin duda es la primera, permanente y principal educadora del hijo, por supuesto asociada a la presencia rectora del padre.

Señores:

Reitero mi cordial agradecimiento por haberme ofrecido esta prestigiosa tribuna de la S.A.P., y en nombre de sus miembros honorarios, me adhiero al grato y trascendente acontecimiento que hoy nos ha reunido, encontrando a la misma en plena marcha ascendente en servicio a la comunidad, y refiriéndome a nuestra querida Sociedad anfitriona, repito con Lucrecio: "Es agradable acudir a las fuentes puras y beber en ellas."

Valor del recuento absoluto de neutrófilos en diagnóstico de infección bacteriana en el recién nacido

ENRIQUE GEBARA

Médico de la sección de Neonatología del Policlínico "Alejandro Posadas".

HUGO DONATO

Médico de la sección Hematología del Policlínico "Alejandro Posadas".

Se investigó la utilidad del recuento absoluto de neutrófilos en el diagnóstico de infección neonatal.

El estudio incluyó 61 niños recién nacidos de más de 72 hs de vida, que se dividieron en dos grupos: Grupo 1, compuesto por 43 niños sanos, y Grupo 2, compuesto por 18 niños con infecciones bacterianas.

En el grupo de niños sanos se compararon los valores obtenidos en recién nacidos de término y pretérmino, no demostrándose diferencia significativa. En este grupo la media fue 2.230 ± 1.219 neutrófilos por mm^3 , mientras que en el grupo de niños infectados fue de 6.402 ± 4.376 neutrófilos por mm^3 . Se encontró diferencia significativa ($p < 0.001$) entre recuento leucocitario total, número absoluto de neutrófilos y número absoluto de neutrófilos no segmentados de ambos grupos.

Se estableció el límite máximo de lo normal ($\bar{x} + 2 SD$) en 4.668 neutrófilos por mm^3 , encontrándose que el 66,6 % de los niños infectados presentaron valores por encima de este límite.

Se demostró correlación significativa ($p < 0.001$) entre recuento leucocitario total y número absoluto de neutrófilos en ambos grupos.

El hallazgo de cifras elevadas del número absoluto de neutrófilos es altamente sugestivo de infección bacteriana en el recién nacido.

Las infecciones bacterianas en el recién nacido siguen siendo una importante causa de morbimortalidad en nuestro medio. Las causas predisponentes son múltiples, e incluyen tanto factores extrínsecos (deficientes condiciones socioeconómicas, falta de higiene) como factores intrínsecos (respuesta inflamatoria disminuida,³ déficit de IgM² ausencia de IgA secretoria,¹⁷ déficit de complemento,⁷ etc.).

Como los signos clínicos de infección son en general, inespecíficos,⁸ y los hemocultivos frecuentemente dan resultados negativos, continuamente se está tratando de encontrar elementos de laboratorio con alto grado de especificidad para el diagnóstico. Una de las pruebas que más esperanzas había despertado al ser descrita es la prueba de nitroazul de tetrazolio,¹¹ pero prontamente se de-

mostró su falta de valor en niños recién nacidos.^{5,11} La atención de los investigadores últimamente se ha dirigido a las anomalías que se pueden encontrar en el examen de los neutrófilos mediante las técnicas convencionales. El hallazgo de alteraciones en el citoplasma de los polimorfonucleares, como ser granulaciones tóxicas y vacuolas, se encuentra en un moderado número de recién nacidos con enfermedades infecciosas, al igual que en niños mayores y adultos.^{15,20,21} Por el contrario, el valor de los cambios cuantitativos de los neutrófilos, descritos por Haider¹⁰ y otros autores,^{19,20} a partir de 1972, parece tener un elevado porcentaje de positividad.

El objetivo de este trabajo es confirmar la importancia del recuento absoluto de neutrófilos y

del recuento absoluto de neutrófilos no segmentados en el diagnóstico de infección neonatal.

Material y métodos

Se estudiaron 61 niños recién nacidos que se dividieron en dos grupos, uno compuesto por recién nacidos sanos (controles) y el otro por recién nacidos con infecciones internas.

Grupo 1 (control) compuesto por 43 niños con más de 72 horas de vida, incluyendo tanto niños de término como pretérmino, ya que no se demostró diferencia significativa en relación a E. G.

En cada paciente de este grupo se tomaron dos muestras de sangre para analizar, la primera entre el tercero y el séptimo día de vida, y la segunda una semana después de esta.

Grupo 2 (recién nacidos infectados) compuesto por 18 niños cuyas edades varían entre 4 y 28 días de vida, que presentaron septicemia, meningitis o neumonía detectados después de las 72 horas de vida (tabla 1).

Los criterios diagnósticos requeridos fueron:

a) Para el diagnóstico de septicemia, positividad de un hemocultivo o aislamiento del mismo germen en dos o más cultivos de diferente localización; algunos niños en los cuales no se obtuvo desarrollo bacteriano en ningún cultivo, se consideraron infectados cuando presentaron tres o más de los siguientes signos clínicos o de laboratorio simultáneamente, en ausencia de otras causas que lo justificaran (alteraciones metabólicas, trastornos de la termorregulación, etc.): acidosis metabólica, apnea o dificultad respiratoria, signos de coagulación intravascular diseminada, ictericia recurrente, fiebre, escleredema, embolias sépticas en piel y mucosas.

b) Para el diagnóstico de meningitis, se requirió la presencia de dos o más de los siguientes elementos (Overall, 1973)¹⁰: cultivo de líquido cefalorraquídeo positivo, pleocitosis mayor de 20 células con predominio neutrófilo, hipoglicorraquia menor del 50% de la glucemia realizada simultáneamente, visualización de gérmenes en extendido según técnica de Gram.

c) Para el diagnóstico de neumonía, cuadro clínico de dificultad respiratoria asociado a imagen radiológica compatible.

En cada paciente de este grupo se tomó una única muestra de sangre para analizar, antes de comenzar con el tratamiento antibiótico.

El recuento leucocitario total fue realizado en cámara de Neubauer, de acuerdo con las técnicas habituales. Simultáneamente con la obtención de sangre para recuento se realizaron dos extendidos, que fueron tenidos según el método de May Grünwald-Giemsa, y luego leídos para determinar la fórmula leucocitaria.

Tanto el recuento leucocitario total como la lectura de los extendidos fueron realizados por uno

TABLA 1
Características de los Recién Nacidos infectados

Nº	Diagnóstico	Cultivos	Otros elementos
1	Meningitis	No desarrollo	Pleocitosis e hipoglicorraquia en LCR.
2	Septicemia	Hemocultivo: <i>E. coli</i> . Coprocultivo: <i>E. coli</i> .	
3	Artritis séptica	No desarrollo.	
4	Septicemia	Hemocultivo: <i>Pseudomonas</i> .	
5	Septicemia	No desarrollo.	Acidosis metabólica, escleredema y petequias.
6	Septicemia	Hemocultivo: <i>E. coli</i> .	
7	Septicemia	No desarrollo.	Acidosis metabólica grave, petequias, escleredema.
8	Septicemia	Hemocultivo: <i>E. coli</i> . Urocultivo: <i>E. coli</i> . Cultivo de líquido articular: <i>E. coli</i> .	
9	Neumonía	No desarrollo.	Imagen radiológica.
10	Septicemia	Hemocultivo: <i>Enterobacter</i> . Cultivo LCR: <i>Enterobacter</i> .	
11	Septicemia	No desarrollo.	Acidosis metabólica, crisis de apnea, fiebre.
12	Neumonía	No desarrollo.	Imagen radiológica.
13	Septicemia	No desarrollo.	Acidosis metabólica, ictericia recurrente, embolias sépticas en piel.
14	Septicemia	No desarrollo.	Acidosis metabólica, escleredema, petequias, hemorragias múltiples.
15	Septicemia	No desarrollo.	Acidosis metabólica, escleredema, fiebre.
16	Neumonía	No desarrollo.	Imagen radiológica.
17	Septicemia	Hemocultivo: <i>Bacilo gramnegativo</i> . Cultivo de LCR: <i>Bacilo gramnegativo</i> .	
18	Meningitis	No desarrollo.	Pleocitosis e hipoglicorraquia en LCR.

	Recuento leucocitario total	Recuento absoluto de neutrófilos	Recuento absoluto de neutrófilos no segmentados
Recién Nacidos sanos	6.400 ± 2.811 (1.600 — 13.100)	2.230 ± 1.219 (171 — 6.000)	152 ± 185 (0 — 1.000)
Recién Nacidos infectados	11.878 ± 7.356 (2.000 — 28.000)	6.402 ± 4.376 (440 — 14.080)	1.337 ± 1.932 (0 — 7.704)

TABLA 2

Recuento leucocitario y diferencial en Recién Nacidos sanos y en Recién Nacidos infectados

de los autores (H.D.) que desconocía el diagnóstico del niño.

Resultados

Grupo 1 (control).

El recuento leucocitario total fue de 6.400 ± 2.811 leucocitos por mm^3 , variando entre 1.600 y 13.000 leucocitos por mm^3 . El recuento absoluto de neutrófilos varió entre 171 y 6.000 neutrófilos por mm^3 , con una media de 2.230 ± 1.219 neutrófilos por mm^3 . El número absoluto de neutrófilos no segmentados varió entre 0 y 1.000 por mm^3 , con una media de 152 ± 185 neutrófilos no segmentados por mm^3 (tabla 2).

Entre las muestras tomadas en la primera y segunda semana de vida, no se demostró diferencia significativa para ninguno de los tres parámetros estudiados.

Grupo 2 (recién nacidos infectados): la edad gestacional de los niños de este grupo varió entre 32 y 41 semanas con una media de 36,5 semanas.

El recuento total de leucocitos fue de 11.878 ± 7.356 leucocitos por mm^3 con un rango entre 2.000 y 28.000 leucocitos por mm^3 . El recuento absoluto de neutrófilos osciló entre 440 y 14.080 neutrófilos por mm^3 con una media de 6.402 ± 4.376 neutrófilos por mm^3 . El número absoluto de neutrófilos no segmentados varían entre 0 y 7.704 por mm^3 , con una media de 1.337 ± 1.932 neutrófilos no segmentados por mm^3 (tabla 2).

Comparación entre recién nacidos sanos y recién nacidos infectados. Se demostró diferencia significativa ($p < 0,001$) entre el recuento leucocitario total, entre el número absoluto de neutrófilos y entre el número absoluto de neutrófilos no segmentados de ambos grupos.

Se estableció el límite máximo de lo normal ($\bar{X} + 2 \text{SD}$) en 12.007 leucocitos por mm^3 , encontrándose que el 38,8% de los niños infectados (7 de 18) presentaron valores por encima de este límite (fig. 1). Para el recuento absoluto de neutrófilos el límite máximo de lo normal se estableció en 14.668 neutrófilos por mm^3 , encontrándose que

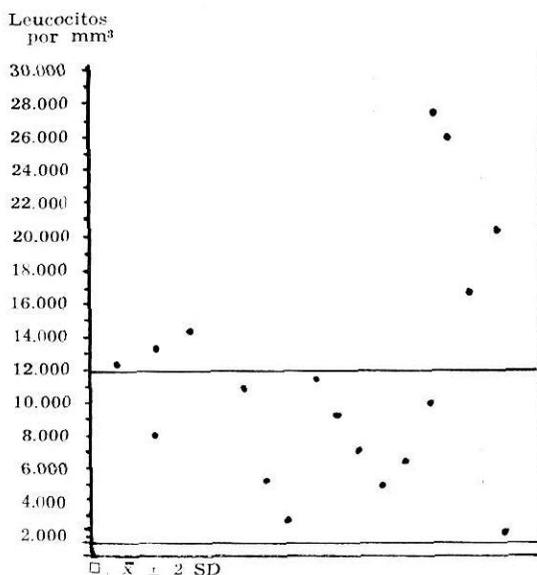


Fig. 1: Distribución de los valores de Recuento Leucocitario Total en Recién Nacidos infectados.

el 66,6% de los niños infectados (12 de 18) presentaron valores superiores a este límite (fig. 2). En la misma forma se estableció que el límite máximo de lo normal fue de 522 neutrófilos no segmentados por mm^3 , encontrándose que el 38,8% de los niños infectados (7 de 18) presentaron valores por encima de este límite (fig. 3).

Correlación entre recuento leucocitario total y número absoluto de neutrófilos en recién nacidos sanos: se encontró correlación positiva entre ambos parámetros ($r = 0,7726$), significativa para un nivel de $P < 0,001$ (fig. 4).

Correlación entre recuento leucocitario total y número absoluto de neutrófilos en recién nacidos infectados: se encontró correlación positiva entre

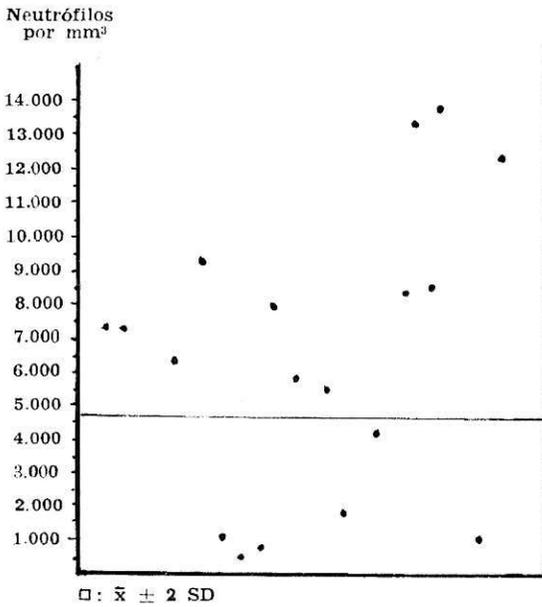


Fig. 2: Distribución de los valores de Recuento Absoluto de Neutrófilos en Recién Nacidos infectados.

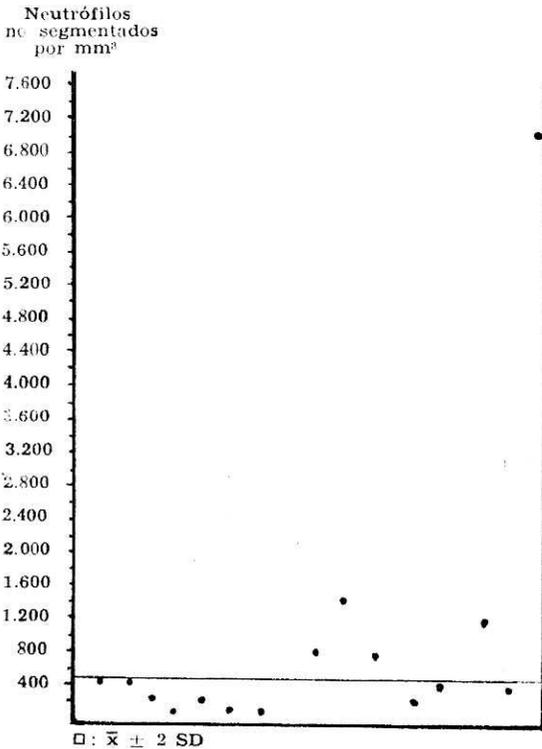


Fig. 3: Distribución de los valores de Recuento Absoluto de Neutrófilos no segmentados en Recién Nacidos infectados.

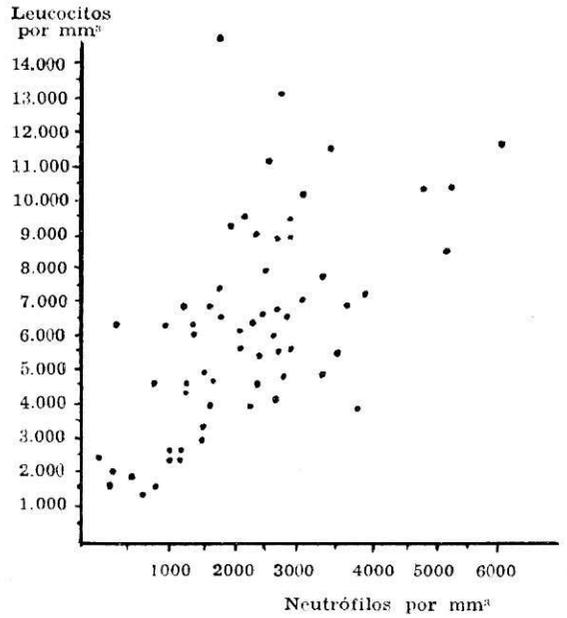


Fig. 4: Correlación entre Recuento Leucocitario Total y Recuento Absoluto de Neutrófilos en Recién Nacidos sanos.

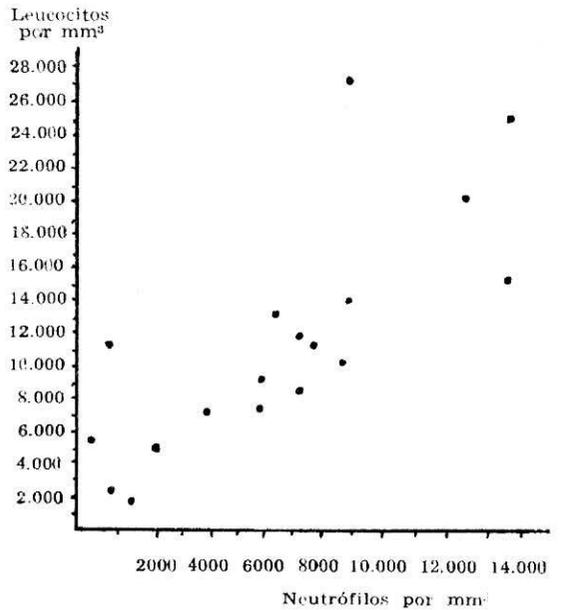


Fig. 5: Correlación entre Recuento Leucocitario Total y Recuento Absoluto de Neutrófilos en Recién Nacidos infectados.

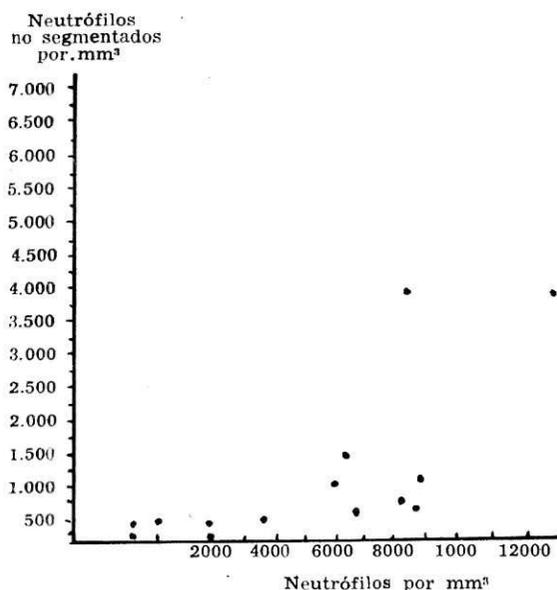


Fig. 6: Correlación entre recuento absoluto de neutrófilos y recuento absoluto de neutrófilos no segmentados en Recién Nacidos infectados.

ambos parámetros ($r: 0,8229$), significativa para un nivel de $P < 0,001$ (fig. 5).

Correlación entre número absoluto de neutrófilos y número absoluto de neutrófilos no segmentados en recién nacidos infectados: se encontró correlación positiva entre ambos parámetros ($r: 0,8612$), significativa para un nivel de $P < 0,001$ (fig. 6).

Discusión

A partir de 1970 en que M. Xanthou relata una minuciosa descripción de las variaciones del cuadro hematológico en el recién nacido normal¹⁹ varios autores, incluida la misma Xanthou, han tratado de establecer el valor del recuento absoluto de neutrófilos como parámetro de infección en esa edad.^{1, 9, 10, 20} Si bien las distintas investigaciones realizadas coinciden en varios aspectos, las discrepancias observadas en otros hacen sospechar que el recuento absoluto de neutrófilos no es tan útil como inicialmente se presumía para el diagnóstico de infección neonatal.

Uno de los hechos claramente establecidos es que, normalmente, el número de neutrófilos alcanza

un máximo durante las primeras 24 horas de vida, y luego va descendiendo gradualmente hasta estabilizarse, entre el tercero y el quinto día de vida, en los valores que mantendrán durante el primer mes.^{15, 16, 18, 19} Este valor oscila aproximadamente en los 4.000 neutrófilos por mm^3 , según los resultados de Akenzua y colab.¹ y de Xanthou,¹⁹ si bien nosotros hemos encontrado valores más bajos (2.230 neutrófilos por mm^3). Aunque en este aspecto no hay discrepancias mayores, éstas surgen al tratar de establecer un límite máximo en niños normales, ya que mientras Xanthou¹⁹ lo establece en 7.000 neutrófilos por mm^3 , Akenzua y colab.¹ lo elevan hasta 10.580 y en nuestro estudio es de 4.668 neutrófilos por mm^3 .

Si bien en todos los trabajos realizados hasta el presente, incluidas nuestras observaciones, se encuentra diferencia significativa entre el número de neutrófilos de niños sanos y de niños infectados,^{1, 9, 10, 20} el porcentaje de falsos negativos —niños infectados con cifras de neutrófilos, dentro del rango normal— varía ampliamente: 0% según Haider,¹⁰ 15% según Gregory y Hey,⁹ 33,4% según nuestras observaciones, 37,5% según Xanthou,²⁰ 89% según Akenzua y col.¹ Estas diferencias probablemente puedan explicarse por las diferencias existentes en las técnicas utilizadas, así como por el escaso número de casos estudiados en cada grupo.

Dado que es característico en la respuesta a la infección, el aumento de formas jóvenes circulantes de neutrófilos,^{12, 20} algunos autores han tratado de encontrar en este parámetro una ayuda más útil que el número absoluto de neutrófilos para diagnosticar infección,^{1, 4} pero también en este aspecto hay discrepancias (mientras Akenzua y col.¹ encuentran que el 89% de sus recién nacidos infectados tienen valores de neutrófilos no segmentados por encima de lo normal, en nuestro estudio, ese porcentaje se reduce al 38,8%).

Uno de los parámetros que se consideran de valor limitado para diagnosticar infección en esta etapa de la vida es el recuento leucocitario total;²⁰ sin embargo nosotros hemos encontrado que dicho parámetro también es útil, aunque la incidencia de falsos negativos es mayor que para el recuento absoluto de neutrófilos. Inclusive, hemos encontrado correlación significativa entre ambos parámetros, ya sea en recién nacidos sanos o recién nacidos infectados. La existencia o no de correlación no se menciona en los trabajos anteriores. Basados en nuestros datos, pensamos que el hallazgo de cifras elevadas de número absoluto de neutrófilos es altamente sugestivo de infección neonatal y, por lo tanto, creemos justificada su inclusión dentro de los exámenes de rutina de recién nacidos en quienes se sospeche infección bacteriana.

XXII Jornadas Argentinas y XVII Jornadas Rioplatenses de Pediatría

PROGRAMA PRELIMINAR

INVITADOS ESPECIALES A LOS DOS EVENTOS

Dres. **ROBERTO CALDEYRO BARCIA** y **CARLOS BAUZA** (Uruguay), **CALIL K. FARHAT** (Brasil), **GUSTAVO GORDILLO** y **ANGEL GARDIDA CHAVARRIA** (México), **I. VILLA ELIZAGA** y **L. NAVAS MIQUELOA** (España) y **ALFREDO LANARI** (Argentina)

XXII Jornadas Argentinas de Pediatría

Paraná 9-12 de mayo de 1976

Tema Central

"Urgencias en Pediatría".

Subtemas

- "Urgencias Neurológicas y Neuroquirúrgicas" S.A.P.
- "Urgencias en trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido base", Filial Córdoba.
- "Urgencias en aparato respiratorio" Filial Corrientes.
- "Urgencias en picaduras de insectos", Filial Entre Ríos.
- "Urgencias en el Recién Nacido", Filial La Plata.
- "Urgencias en accidentes en la infancia", Filial Mendoza.
- "Urgencias cardiológicas en la infancia", Filial Rosario.
- "Urgencias en Urología y Nefrología", Filial Río Cuarto.
- "Urgencias Digestivas", Filial Santa Fe.
- "Urgencias iatrogénicas", Filial Tucumán.

Mesas Redondas

- "Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Infantil", Coordinador: Dr. Salvador de Majo.
- "Asma Infantil", Coordinador: Dr. Oscar Anzorena.
- "Atención Pediátrica Primaria en la R. Argentina", Coordinador: Dr. Jorge A. Mera.
- "Síndrome Nefrótico: Normas de Diagnóstico y Tratamiento", Coordinador: Dr. Luis E. Voyer.
- "Urgencias en Alergia e Inmunología", Pte. Dr. Rafael Paurici, Coordinadores: Dres. R. H. de Lellis y R. O. Tracchia.
- "Patología del Pretérmino", Coordinador Dr. Rodolfo D. Dameno.
- "Cuadros Respiratorios Agudos en Patología Habitual", Coordinador: Prof. Dr. José Raúl Vázquez.
- "Patología Regional", Coordinador: Dr. Carlos A. Cambiano, Presidente: Dr. Carlos A. Ray.
- "Infecciones Severas en la Infancia", Coordinador: Dr. Daniel Stamboulian.
- "Urgencias médico-quirúrgicas en el R.N.", Coordinador J. V. Climent.
- "Constipación: enfoque clínico y quirúrgico" Coordinador: Dr. E. Carpaneto.

"Infección Prenatal". Presidente: Dr. Horacio Z. Macera. Coordinador: Dr. Ignacio Di Bartolo.
 "Hepatitis Aguda". Coordinador: Dr. Ricardo Licastro.
 "Patología por gramnegativos en la infancia". Dr. Oscar Rafaél Turró.
 "Control de salud para la madre y el niño". Coordinador: Dr. Roberto Baratchuk.
 "Aspectos fisiopatológicos y clínicos de la insuficiencia respiratoria aguda". Coordinador: Dr. Héctor Parral.
 "Alteraciones de crecimiento y maduración intrauterina". Coordinador: Dr. Jacobo Halac.
 "Adelantos recientes en Terapia intensiva". Coordinador: Dr. J. A. Vaccaro.
 "Tumores Cerebrales". Coordinador: Dr. Federico J. Viñas.
 "Neurología Neonatal". Coordinador. Dr. Jacobo Halac.
 "Infecciones Neonatales". Coordinador: Dr. Roberto Zamar.
 "El niño propenso a la infección: El sistema inmune en el niño. - Dinámica del sistema inmune. - Infección respiratoria recidivante. - El laboratorio inmunológico en pediatría. - Avances en inmunoterapia". Coordinador: Dr. Guillermo Bustos.
 "Enfermedad de Chagas". Coordinador: Dr. Leopoldo Coarasa.
 "Algunos aspectos de las supuraciones pleuropulmonares". Coordinador: Dr. Julio A. Mazza.
 "Meningitis purulenta". Coordinador: Dr. Sixto González.

"Asistencia del niño politraumatizado". Coordinador: Dr. Adolfo Brook.
 "Problemática de la adopción". Coordinador: Dr. Marcos Cumsmisky.
 "Convulsiones en la infancia". Coordinador: Dr. Alfredo Fort.
 "El laboratorio general en las Nefropatías". Coordinador: Dr. Alberto Lubetkin.
 "Fiebre reumática". Coordinador: Dr. Carlos A. Miretti.
 "Diarreas agudas en la infancia". Coordinador: Dr. Mario Delgado.
 "Infección hospitalaria". Filial Santa Fe.

Correlatos:

"Tórax agudo quirúrgico". Correlator: Dr. Roberti Volante. Filial Salta.
 "Urgencias hematológicas". Correlator: Dr. Elio Palmisano. Filial San Francisco - Córdoba.
 "El deprimido grave como emergencia en Neonatología". Filial San Juan.

Temas Recomendados

Se han recepcionado aproximadamente veinte. Pueden ser presentados dos por cada Filial.
 Presidente del Comité Organizador: Dr. Oscar J. Ronchi.
 Correspondencia a: Casilla de Correo N° 175. Paraná - Entre Ríos.

XVII Jornadas Rioplatenses de Pediatría

Paraná 13-14 de mayo de 1976

Mesas Redondas Argentinas:

"Meningitis Bacterianas". Coordinador Dr. O. Otheguy.
 "Problemas del Pre-escolar". Coordinador: Dra. E. Moreno.
 "Adelantos en atención del R.N. de alto riesgo". Coordinador: Dr. J. Halac.
 "Alimentación del lactante". Coordinador: Dr. A. O'Donnell.

Mesas Redondas Uruguayas:

"Cirugía de urgencia en el niño". Coordinador: Dr. Walter Taibo Canale.
 "Neoplasias mesenquimáticas malignas". Coordinador: Dr. J. Lorenzo.
 "Tracto urinario en el niño". Coordinador: Dra. R. Badanian de García Fontes.
 "Utilidad de la medicina nuclear en el diagnóstico de las afecciones pediátricas". Coordinador: Dr. Alvaro Osorio.
 Presidente del Comité Organizador: Prof. Dr. J. Nocetti Fasolino. Cnel. Díaz 1971, Capital Federal.

Temas libres

SUMMARY

The absolute PMN count was investigated as a mean of diagnosis in neonatal sepsis. This study includes 61 newborns 72 hrs or older, divided in two groups: Group 1: Formed by 43 healthy children and Group 2: 18 children with bacterial infections. In group 1 results were compared between the healthy term and pre-term newborns without finding significative differences.

In this group the mean PMN count was 2230 ± 1219 per mm^3 , while in the infected child group, the PMN count was 6402 ± 4376 per mm^3 . Significance was found ($p < 0,001$) on the total leukocyte count, absolute PMN and absolute band forms between the two groups.

The maximum normal value was established ($x \pm 2$ SD) at 4668 PMN per mm^3 finding that 66% of the infected newborns were over this limit.

The leukocyte count and total PMN were positively related in both groups ($p < 0,001$), finding an elevated total PMN count is highly suggestive of bacterial infection in the newborn child.

REFERENCIAS

- 1 AKENZUA G. I., HUI Y. T., MILNER R., ZI-PURSKY A.: Neutrophil and band counts in the diagnosis of neonatal infections. *Pediatrics*, 54: 38, 1974.
- 2 ALFORD C. A.: Estimaciones de inmunoglobulinas en el diagnóstico de infección fetal. *Clin. Pediatr., N.A.*, 18: 99, 1971.
- 3 ALTEMEIER N., SMITH R.: Immunologic aspects of resistance in early life. *Pediat. N. A.*, 12: 663, 1965.
- 4 BUETOW K. C., KLEIN S. W., LANE R. B.: Septicemia in premature infants: The characteristics, treatment and prevention of septicemia in premature infants. *Amer. J. Dis. Child.*, 110: 29, 1965.
- 5 COCCHI P., MORI S., BECATTINI A.: N. B. T. tests in premature infants. *Lancet*, 2: 1426, 1969.
- 6 EMERSON W. A., ZIEVE P. D., KREVANS J. R.: Hematologic changes in septicemia. *J. Hopk. Med. J.*, 126: 69, 1970.
- 7 FISHEL C. N., PEARLMAN D. S.: Complement components of paired mothers cord sera. *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, 107: 695, 1961.
- 8 GOTOFF S. P., BERHMAN R. E.: Neonatal septicemia. *J. Pediatr.*, 76: 142, 1970.
- 9 GREGORY J., HEY E.: Blood neutrophil response to bacterial infection in the first month of life. *Arch. Dis. Child.*, 47: 749, 1972.
- 9 GREGORY J., HEY E.: Blood neutrophil response to bacterial infection in the first month of life. *Arch. Dis. Child.*, 47: 749, 1972.
- 10 HAIDER S. A.: Polymorphonuclear leucocyte count in diagnosis of infection in the newborn. *Arch. Dis. Child.*, 47: 394, 1972.
- 11 HUMBERT J. R., KURTZ M. L., HATWAY W. E.: Increased reduction of nitroblue tetrazolium by neutrophils of newborn infants. *Pediatrics*, 45: 125, 1970.
- 12 MARSH J. C., BOGGS D. R., CARTWRIGHT G. E., WINTROBE M. M.: Neutrophil kinetics in acute infection. *J. Clin. Invest.*, 46: 1943, 1967.
- 13 OVERALL J. C.: Neonatal bacterial meningitis: Analysis of predisposing factors and outcome compared with matched control. *J. Pediatr.*, 76: 499, 1970.
- 14 PARK B. H., FIKRIG S. M., SMITHWICK E. M.: Infection and nitroblue tetrazolium reduction by neutrophils. *Lancet*, 2: 532, 1968.
- 15 SCHILLING V.: The blood picture and its clinical significance (including tropical diseases). *A Guide Book on the Microscopy of Blood*. Gradwohl R.B.H., ed., St. Louis, 1929.
- 16 SMITH CH.: *Hematología pediátrica*. Ed. Salvat. Barcelona, 1969.
- 17 TOMASI T.: Secretory immunoglobulins. *N. Eng. J. Med.*, 287: 500, 1972.
- 18 WALLSTEIN M.: Normal blood in infants and children. En Dowey H.: *Hand book of Hematology*. N. York, P. B. Hoeber Inc., vol. II, 1938.
- 19 XANTHOU M.: Leucocyte blood picture in healthy full-term and premature babies during neonatal period. *Arch. Dis. Child.*, 45: 242, 1970.
- 20 XANTHOU M.: Leucocyte blood picture in ill newborn babies. *Arch. Dis. Child.*, 47: 741, 1972.
- 21 ZIEVE P. D., HAGSHENASS M., BLANKS M., KREVANS J. R.: Vacuolization of the neutrophil. An aid in the diagnosis of septicemia. *Arch. Int. Med.*, 118: 356, 1966.

Simposio Nacional de Pediatría Social

SEGUNDO TEMA CENTRAL. Huerta Grande (Córdoba). Setiembre 1975

ORGANIZACION DE LA ATENCION MEDICA PEDIATRICA EN LA ARGENTINA *Documento Final*

El presente documento propone la adopción de una modalidad de atención médica pediátrica basada en el cuidado primario del niño dentro de su medio familiar y con énfasis en la atención ambulatoria.

En el primer lugar se mencionan brevemente las razones que justifican la prioridad de las acciones de salud infantil y se fundamentan en forma sumaria los criterios sobre los cuales se basa la modalidad de atención pediátrica propuesta.

En la parte central del documento se describen las características que reviste la modalidad propuesta y se señalan los requisitos necesarios para el personal profesional y técnico que desarrolle las correspondientes acciones de salud.

Finalmente, se proponen algunas medidas que pueden acelerar la transición desde nuestra forma actual de practicar la pediatría hacia el logro del nuevo modelo.

1) Prioridad de la salud infantil

Es bien sabido que el campo de la salud, en especial el de la salud infantil y del adolescente, es solo una parte del complejo mundo del bienestar personal y social. La salud, individual y colectiva, de los miembros de una sociedad depende en gran medida de la influencia de otros factores sociales, económicos y culturales que se relacionan íntimamente con ella.

Dentro de ese conocido contexto puede afirmarse, sin embargo, que la salud infantil tiene un valor intrínseco inapreciable, por la doble razón de ser la niñez un estadio de la vida que requiere el mayor apoyo de toda la sociedad y porque en

ella reside el potencial humano futuro de una nación. Por ello la calidad y cantidad de los servicios de salud infantil de un país están en relación no solo con el grado de desarrollo alcanzado, sino con el valor que para la sociedad tienen el respeto por la persona humana, la promoción del núcleo familiar y las relaciones de justicia social entre los hombres.

2) Características de la infancia

Desde el punto de vista de la atención pediátrica, las características de la infancia pueden configurarse en tres rasgos principales:

- El niño es una persona en etapa de crecimiento y desarrollo, inserta en un medio familiar del cual depende.
- Tiene gran susceptibilidad y vulnerabilidad a muy distintas noxas biológicas y sociales.
- Requiere una vigilancia y apoyo constante para mantener su salud.

Esta caracterización de la infancia define para la familia un papel de generadora de salud que debe ser complementada por la escuela y otras instituciones sociales, y supone para el médico y otros miembros del equipo una tarea permanente de promoción y protección de esa salud y una activa participación en la recuperación y rehabilitación de niño enfermo. A su vez, el concepto de salud utilizado aquí supone un equilibrio inestable, un verdadero continuo de salud-enfermedad con límites a veces imprecisos. También implica que la mortalidad es tan solo la expresión última del daño a la salud, pero que muchos más seres sufren injurias no letales que se expresan por una menor duración y calidad de sus vidas y una inferior aptitud para incorporarse exitosamente a la sociedad.

3) La salud infantil en nuestro país

La resultante de todos los factores que influyen en la infancia se manifiesta en un relativo estancamiento de los niveles de salud, uno de cuyos indicadores más evidentes son las altas tasas de mortalidad infantil.

De las muchas causas que producen, desde hace mucho tiempo, ese efecto, se consignan algunas que tienen particular relación con la atención médica pediátrica:

- La desigual distribución de la riqueza y, en general, las bajas condiciones socioeconómicas que soporta una parte importante de nuestra población.
- La falta de organización y mala distribución de los recursos humanos y materiales destinados a la salud infantil, y la limitación de los financieros.
- La ausencia de una política sanitaria positiva que guarde continuidad a través de los cambios de funcionarios y que posibilite la consolidación, y ulterior evaluación, de los programas que se desarrollan actualmente en forma aislada.
- Las barreras económicas, culturales y administrativas, que producen una importante restricción en el acceso igualitario de las familias a la atención médica.
- El predominio, en el manejo de las instituciones de salud y de educación médica, de los intereses profesionales o de grupo sobre las necesidades de la población destinataria de los servicios.
- El valor que nuestra cultura médica brinda a la utilización de tecnología compleja y el énfasis otorgado a la atención de la enfermedad en detrimento del cuidado de la salud, que han contribuido a desviar esfuerzos destinados a garantizar una atención médica primaria adecuada.
- La frecuente utilización de modalidades o esquemas extranjeros de organización sanitaria, trasladados desde otros países sin un adecuado proceso de cotejo y adaptación a nuestra realidad.

Nuestro país presenta, sin embargo, características que favorecen la provisión de servicios de salud accesibles y calificados. Si bien existen importantes núcleos de población rural dispersa, la mayor parte de la población vive en agrupamientos urbanos o cerca de ellos, lo que facilita la accesibilidad física. Existe una notoria abundancia de personal médico, incluyendo pediatras, que —aunque mal distribuido y con una formación academicista— constituye un factor primordial para el logro de una atención médica suficiente. Comienza a extenderse una progresiva conciencia acerca de los requerimientos de salud de la población y un criterio revalorizador del papel de la atención médica primaria. Finalmente, se dispone de numerosos centros pediátricos con capacidad potencial de innovación científica y tecnológica.

4) Modelo de pediatría propuesto

Teniendo en cuenta las particularidades características de la infancia, los límites propios del campo de la salud y las condiciones que presenta nuestro país en materia de salud y atención médica, se propone a continuación una modalidad de pediatría estimada como apta para dar respuesta a las necesidades planteadas por la población infantil. Los términos modelo y modalidad, usados aquí indistintamente hacen referencia a una orientación o énfasis de la atención pediátrica capaz de ser aplicado dentro de diversos sistemas de atención médica.

El modelo propuesto se basa en la consideración de la familia como la principal generadora de salud para los hijos. Cuando se dan adecuadas condiciones sociales y económicas, y un respeto por las pautas culturales propias, una familia desempeña eficazmente gran parte de las funciones que corresponden al cuidado de la salud de los niños. Frente a este papel de la familia, el modelo postula la existencia de un pediatra cuyo rol sea el de un consultor de los problemas de salud que contribuye a garantizar un adecuado crecimiento y desarrollo del niño, vela por el cumplimiento de las acciones más habituales de fomento y protección e indica las medidas necesarias para recuperar la salud perdida. Esta relación entre familia y pediatra variará según los niveles de percepción de salud y enfermedad, la demanda de atención médica y la accesibilidad a servicios sanitarios de la familia, todos los cuales son funciones del nivel económico-social alcanzado por ésta.

La modalidad de atención pediátrica postulada se centra en el cuidado primario de la salud, que comprende las acciones integrales de baja complejidad instrumental realizadas en forma ambulatoria, en consultorios periféricos y el domicilio del paciente. Esta nueva orientación busca equilibrar la actual tendencia a realizar acciones de salud de tipo curativo o recuperativo, con base en establecimientos de atención médica y con énfasis en la hospitalización y en la utilización de métodos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad instrumental.

El cambio de criterio propuesto se refiere menos al tipo de acciones a promover que al espíritu con que ellas se realicen. No supone negar el valor de los adelantos tecnológicos, sino ponerlos al servicio de las necesidades primarias de salud de la población infantil. En este sentido, baja complejidad significa la utilización de recursos sencillos de diagnóstico y tratamiento pero, al mismo tiempo, la de un recurso profesional altamente calificado en el encuadre complejo de la relación médico-paciente.

La modalidad propuesta requiere, para su desarrollo, una mutua identificación entre el médico o equipo de salud involucrado y el grupo de familias a su cargo. Esto es, que un pediatra general debe ser la puerta de entrada única y obligada de una población claramente definida.

Como contrapartida, se plantea para el médico o el equipo de salud, una responsabilidad profesional que trascienda a cada acto médico en particular para transformarse en una responsabilidad por el mantenimiento de niveles óptimos de salud en las personas a su cargo.

El cuidado primario de la salud requiere continuidad de la atención médica. En el modelo descrito se propone lograrlo por dos mecanismos. Uno de regionalización o, por lo menos, coordinación entre los niveles de atención pediátrica ambulatoria y los servicios de internación y de consulta especializada, que permita la referencia de pacientes desde y hacia cada uno de los niveles. Otro de funcionamiento del médico como guía de las familias en el complejo mundo de la atención pediátrica, indicando las derivaciones a otras fuentes de cuidado que se necesiten y recibiendo de ellas nuevamente al paciente para su seguimiento y atención posteriores.

Este papel de pediatra general, pediatra de familia o de cabecera, puede ser desempeñado en nuestro país por distintas personas. La disponibilidad de profesionales con formación o experiencia en medicina infantil y su concentración, junto con la población, en las áreas urbanas, hace que se postule al pediatra como médico general de los niños y adolescentes que viven en las ciudades. Su lugar podrá ser ocupado por médicos generales en los pequeños pueblos y por otros miembros del equipo de salud, especialmente capacitados, en los casos de población rural dispersa. Sea el pediatra, el médico general u otro trabajador, se entiende que lo esencial para el cuidado primario de la salud es que no se fragmente entre distintos miembros del equipo sino que uno de ellos asuma el papel central de puerta de entrada, consultor y guía antes mencionado, apoyándose en la colaboración del resto y con la necesaria supervisión técnica.

La atención pediátrica hasta aquí mencionada se refiere especialmente a los niños en su medio familiar. El modelo propuesto, sin embargo, supone la extensión del ámbito de la pediatría a la adolescencia, tal cual es acepado universalmente. Asimismo, se señala la necesidad de brindar un cuidado primario adecuado a aquellos menores de edad que se encuentran fuera del núcleo familiar en hogares, asilos, orfanatos, etc.

Por último, debe puntualizarse que esta modalidad pediátrica, basada en la atención primaria y con las características de personalización de trato, continuidad de cuidado e integralidad de las prestaciones, se plantea, como de aplicación universal a todos los niveles y tipos de población, cualquiera sean sus particularidades socio-culturales, y a los tres subsectores —público, obras sociales y privado— que tiene la atención médica en nuestro país. En el mismo sentido, se señala que el modelo propuesto alcanzará la plenitud de su potencial dentro de un sistema que asegure el acceso igualitario de toda la población a los servicios de salud, sin discriminaciones ni barreras económicas, sociales o administrativas. Esto per-

mitirá, además, la utilización de normas comunes de trabajo para todos los efectores así como registros médicos y administrativos homogéneos que faciliten una adecuada evaluación de la atención brindada.

5) El pediatra de familia requerido

La modalidad propuesta plantea para el pediatra general una serie de requerimientos y condiciones diferentes a los exigidos por el actual modo de brindar atención profesional.

Por un lado el pediatra deberá conocer acabadamente las bases científicas del cuidado de la salud infantil, por cuanto se trata de aplicar el conocimiento técnico a la práctica diaria y no de sobresimplificar la atención hasta un nivel puramente empírico. Por otra parte, las características de la atención primaria obligan al profesional a un manejo adecuado de las ciencias de la conducta, como antropología, psicología social, etc., y un conocimiento de la realidad familiar y social en que se encuentra inserto cada niño bajo su responsabilidad. Finalmente, se plantea un cambio en la actitud del médico que, de corrector de episodios de enfermedad, debe asumir un papel activo de promotor de la salud.

Para formar el tipo de personal requerido para la atención primaria deberán enfatizarse, tanto en pre como post-grado, la enseñanza de la medicina ambulatoria y de las bases científicas de la puericultura, y la práctica de terreno en unidades periféricas y en contacto directo con las familias. No obstante, la sola enseñanza de estos aspectos es insuficiente para generar en el estudiante o el recién graduado un cambio de actitud duradero si no se acompaña de una modificación en los sistemas de atención médica acorde con la modalidad pediátrica propuesta.

Un problema aún mayor que formar nuevo personal, es la reconversión laboral de los médicos y otros miembros del equipo de salud que ya se encuentran en el pleno ejercicio de sus profesiones. La orientación seguida hasta ahora de modo prevalente provee al graduado de una información enciclopédica y de una actitud academicista que lo hacen valorar más la perfección técnica de un acto profesional que la resultante de toda su actividad sobre la salud de la población, y lo inducen a descuidar aspectos del medio familiar y social que influyen en la relación salud-enfermedad.

El pediatra con formación academicista, enfrentado con un medio necesitado de atención médica primaria, sufre una seria frustración profesional al comprobar que las actitudes, conocimientos y técnicas aprendidos no se corresponden con las necesidades planteadas por la población. En estos casos, será necesario acentuar la actualización y el perfeccionamiento técnico dirigidos a que el pediatra centrado en la enfermedad se transforme en un pediatra centrado en la salud individual y colectiva de los niños a su cargo. Para ello,

además de la actividad docente en centros pediátricos, será menester la utilización de unidades periféricas de atención donde se practique el cuidado primario de la salud y, por tanto, se una la teoría sobre cómo encarar los problemas médicos con su práctica concreta.

Un factor de principal importancia para conseguir un refuerzo de la actitud preventiva y social de los pediatras es la obtención de condiciones de trabajo que favorezcan la asunción de responsabilidades efectivas por la salud de las familias. Entre ellas, destacamos: una vinculación estrecha con los otros pediatras y demás trabajadores de la salud actuantes en el mismo medio, una relación adecuada y expedita con centros de atención médica que presten apoyo técnico y sirvan de fuentes de nuevos conocimientos científicos, un régimen de trabajo que facilite al pediatra la disponibilidad de tiempo suficiente para dedicarle a la persona de sus pacientes y una retribución que, en cantidad y forma de pago, garantice al profesional una vida decorosa acorde con su función social.

En condiciones adecuadas de ejercicio, la atención primaria implica para el pediatra el logro de una gratificación profesional genuina, por cuanto se basa no solo en el desarrollo de sus propias habilidades técnicas sino en una relación directa con las familias a su cuidado.

6) Medidas que concurren al logro del modelo propuesto

La mayor parte de los requisitos que plantea el desarrollo de la modalidad pediátrica propuesta han sido consignados previamente. Sólo queda sugerir algunas medidas que colaboren para lograr la meta deseada en un menor tiempo.

En primer lugar debe destacarse nuevamente el papel principal que, en cualquier esquema de atención pediátrica, juegan la promoción social de los grupos menos favorecidos y el logro de adecuados niveles de desarrollo económico para toda la población.

La segunda línea de trabajo se refiere a la reformulación de los objetivos de la enseñanza médica y pediátrica de pre y post-grado. Para ello debería estimularse a las universidades e instituciones que tienen escuelas de medicina o programas de residencia a replantear la orientación de su tarea hacia la formación de profesionales aptos para el cuidado primario de la salud, sin descuidar la formación de especialistas e investigadores para los otros niveles de la atención médica. En este sentido se enfatiza la utilidad de incrementar las actividades de entrenamiento extramural, en unidades periféricas y en contacto inmediato con la población, y se señala la conveniencia de acelerar la formación de pediatras mediante residencias de más corta duración.

Una tercera meta a conseguir, tal vez la más importante, se relaciona con aspectos de la organización de atención pediátrica. Por un lado será necesario alentar el desarrollo de unidades de atención ambulatoria (centros de salud, dispensarios, consultorios, etc.) donde se lleven a cabo acciones integrales de salud en directo contacto con las familias y asumiendo responsabilidad efectiva por una población definida. Por otro, corresponderá asegurar una activa participación de los usuarios en las decisiones generales y locales que afectan el sistema de atención pediátrica. Por último, promover —por los mecanismos que en cada caso correspondan— la gratuidad de la atención pediátrica en el momento de la prestación, eliminando coseguros, bonos moderadores, cheques, etc., de modo de garantizar a los sectores más desprotegidos una fácil accesibilidad al sistema de salud.

Finalmente, se plantea una reorientación de la actividad profesional de la Sociedad Argentina de Pediatría, a cuyos efectos se propone:

- Declarar prioritarias dentro del campo de la salud a las acciones de atención materno-infantil, puntualizando el papel que en este sentido debe haber a la Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil.
- Señalar la importancia que la financiación oportuna y suficiente de los programas de atención pediátrica tiene para el logro de adecuados niveles de salud en la población infantil.
- Procurar que se enfatizen las acciones de atención pediátrica primaria, en consonancia con el modelo anteriormente propuesto, dentro de los programas de salud infantil del sector público y de obras sociales, extendiendo el mismo criterio a la medicina pediátrica privada.
- Promover la realización de actividades docentes y de investigación sobre atención pediátrica primaria que motiven el cambio de actitud de los pediatras hacia esa modalidad de cuidado de la salud.
- Desarrollar técnicas de autoevaluación de la práctica pediátrica-ambulatoria que refuercen la importancia de la atención primaria.
- Destinar una sección, dentro de Archivos Argentinos de Pediatría, a la publicación de investigaciones, estudios y experiencias sobre atención pediátrica primaria.

El tema central de atención pediátrica fue analizado en cuatro grupos de discusión coordinados por los Dres. Néida F. de Busso, Carlos J. García Díaz, Roberto I. M. Mateos y Elsa M. Moreno. Se utilizó como base de discusión el documento preparado por un grupo constituido, además de las personas mencionadas, por los Dres. Norberto Baranchuck, Antonio Bellora, Vicente Castiglia, Alberto Dal Bo, Nelly De Fina, Carlos A. Gianantonio y Alberto C. Manterola. Actuó como coordinador en la preparación y la redacción final del documento el Dr. Jorge A. Mera.

Crterios de diagnóstico y tratamiento de las diarreas en la infancia

La "Reunión sobre Diarreas" citada por la Sociedad Argentina de Pediatría fue realizada los días 16 y 17 de diciembre de 1975, en los hospitales Pedro de Elizalde y Niños de Buenos Aires, con la participación de jefes de servicios de pediatría y profesionales del área del Gran Buenos Aires. Se arribó a una serie de conclusiones que a continuación se exponen, como criterios para el diagnóstico y tratamiento de las diarreas en la infancia.

Etiología de las diarreas infantiles

Se admite que en alrededor del 30 % de las diarreas infantiles, se encuentran en materia fecal gérmenes probablemente causantes de la enfermedad E. Coli enteropatógeno, Shigella, Salmonella.

Pero este concepto debe ir unido a los conocimientos sobre la acción patogénica de los gérmenes, su poder invasor o la capacidad de producir enterotoxinas.

Es probable que el resto de las diarreas sean producidas por múltiples causas y focos infecciosos parenterales, factores ambientales y/o dietéticos, infecciones virales, parasitarias, colonización microbiana del intestino delgado, etc.

Parámetros de gravedad

Se distinguen como parámetros de gravedad tres aspectos: 1) gravedad inmediata; 2) gravedad mediata; y 3) gravedad tardía o riesgo.

1) *Gravedad inmediata*: Está dada por el grado de deshidratación, la desnutrición, la edad del enfermo y la presencia de infección.

Se consideran así: *Diarreas leves*: deshidratación menor del 5 %, niño eutrófico o desnutrido de primer grado, mayor de 6 meses y no infectado y *Diarreas graves*: deshidratación mayor de 10 %, desnutrido de segundo o tercer grado, menor de 2 meses, infectado.

Esta distinción es importante por la complejidad del servicio que el paciente requiere para su atención. Se clasifican 5 niveles de complejidad.

- a) Atención ambulatoria.
- b) Atención ambulatoria más observación de tolerancia oral.
- c) Hospital de día (Centro de hidratación, oral y/o endovenosa.
- d) Internación completa (24 horas).
- e) Alta complejidad.

Las diarreas leves pueden ser atendidas en los niveles a), b), o c) de acuerdo a las circunstancias, pero las diarreas graves requerirán al menos, un centro de complejidad d).

Los casos intermedios podrán tratarse según una u otra modalidad según sus características evolutivas y dependiendo del juicio clínico.

La demanda espontánea a los centros de alta complejidad no se deriva en el primer momento, salvo falta de disponibilidad de camas.

2) *Gravedad mediata*: La que corresponde al niño internado; depende fundamentalmente de su edad, estado nutritivo e infección al ingreso; pero también desnutrición iatrogénica, aparición de complicaciones e infecciones intrahospitalarias.

3) *Gravedad tardía o riesgo*: Corresponde a la posible aparición, posterior al egreso, de otros procesos relacionados con la patología inicial. De-

pende del nivel socio-económico, accesibilidad a la atención médica, condiciones médicas al egreso y la educación sanitaria que la familia haya recibido.

Se clasifica en riesgo alto, moderado y bajo.

La importancia de esta evaluación implica la necesidad de las siguientes acciones:

a) Definir el alta riesgo, para concentrar acciones en ese grupo de niños, con anotación expresa en la historia clínica del nivel de riesgo al egreso.

b) Derivación hacia centros cercanos al lugar de vivienda. El alta podrá ser progresiva, con algunos controles posteriores en el lugar de internación.

v) Entregar a la familia un resumen de la historia más las indicaciones por escrito al egreso.

Recursos mínimos

1) Para atención ambulatoria de diarreas, con o sin observación de tolerancia oral y hospital de día se necesitan:

- Balanza apropiada.
- Soluciones hidratantes estériles.

2) Para el nivel de complejidad de internación de 24 hs, se requiere además un laboratorio mínimo (hemograma, orina, leucocitos en materia fecal) posibilidades de radiología y personal de enfermería.

3) Para el nivel de alta complejidad se requieren además posibilidades de bacteriología, ionograma y equilibrio ácido-base.

Tratamiento hidroelectrolítico

1) *Vía endovenosa*: la vía endovenosa está habitualmente indicada en:

- a) Deshidratación superior al 7-8 %, shock, acidosis.
- b) Septicemia.
- c) Ileo, vómitos incoercibles, fracaso comprobado de la hidratación oral.

La *cantidad de líquidos* a administrar depende del grado de la deshidratación y eventualmente de la cantidad de pérdidas concurrentes. El total puede variar entre 150 y 200 ml/kg/día.

El ajuste final se hace por el control del peso del niño a las 6, 15 y 24 horas. Se consideran metas razonables la recuperación del 40 % del déficit previo a las 6 hs., del 60 % a las 15 horas y del 80-90 % a las 24 horas.

El *ritmo de infusión* debe asegurar que el 50 % del total del líquido calculado para las 24 horas se administre en las primeras 6 horas y el 50 % restante a las 18 horas siguientes.

En el caso de preshock al ingreso, administrar en la primera hora 20 ml/kg de la misma solución hidratante. En caso de shock 20 a 30 ml/kg de solución fisiológica de ClNa o bicarbonato de sodio 1/6 molar en la primera hora.

La *concentración electrolítica* de las soluciones a administrar depende del estado de osmolaridad del niño.

En deshidrataciones isotónicas se usarán concentraciones de aproximadamente 40 mEq/l de cloro, 60 mEq/l de sodio y 20-30 mEq/l de potasio.

Se prepara con:

20 mEq/l de Cl Na	
20 mEq/l de Cl K	en solución glucosada
40 mEq/l de CO ₂ H Na	al 2-5 % - 500 cm

En deshidrataciones hipotónicas francas se elevan las concentraciones de Cl a 60 mEq/l y de Na a 80 mEq/l.

En las deshidrataciones hipertónicas, se comienza con la misma solución para deshidratación isotónica y a las 6 hs, se pasa a una solución con 20 mEq/l de Cl y 30 mEq/l de Na.

Si hay acidosis y después del aporte de bicarbonato de sodio o lactato de sodio se administrará gluconato o cloruro de calcio 50 a 100 mg/kg.

Se sugiere que las soluciones estándares sean preparadas en forma central para evitar manipulaciones que puedan producir contaminación y aumentar el trabajo de enfermería.

Se usará preferentemente la venopuntura y excepcionalmente la canalización.

El cambio de tubuladura debe hacerse cada 24 hs, y el de la solución cada 12 horas.

2) *Vía oral*: *Indicaciones*: deshidratación menor del 7-8 %, sin complicaciones y con buena tolerancia oral.

La *cantidad y composición* de los líquidos debe ser igual que para la vía endovenosa. La glucosa no debe superar el 3 % de concentración.

El ritmo debe ser al comienzo de muy pequeños volúmenes (cucharaditas) en forma frecuente 1 ó 2 cucharaditas cada 5 minutos.

Tratamiento medicamentoso

1) ANTIBIÓTICOS

a) *Pacientes ambulatorios* en ausencia de focos parenterales sólo requieren antibióticos por vía sistémica alrededor de 1 % de los casos. Por vía oral solo si se sospecha una diarrea por gérmenes toxigénicos (hipersecretores).

b) *Pacientes internados*: en ausencia de focos parenterales, y/o sepsis, inicialmente solo requieren antibióticos por vía sistémica los niños con enteritis (distensión y dolor abdominal, vómitos, diarrea profusa, mucopurulenta o sanguinolenta, con leucocitos abundantes en materia fecal y signos radiológicos presentes).

Antibióticos a usar: Gentamicina, Ampicilina, Colistín y Polimixina B.

Por vía oral solo se indicarán antibióticos si se trata de una diarrea por gérmenes toxigénicos.

Drogas a usar: Gentamicina, Polimixina B, Colistín y Trimetoprima-Sulfametoxazol.

En los niños menores de 1 mes y/o desnutridos graves se emplearán antibióticos por vía sistémica.

2) MEDICACIÓN SINTOMÁTICA

Se desaconsejan depresores del peristaltismo intestinal que favorecen la penetración bacteriana, forman un tercer espacio y tienen acción tóxica.

Para el tratamiento de vómitos incoercibles se desaconsejan las drogas antieméticas y en cambio se sugiere el empleo del lavado gástrico y/o colocación de sonda nasogástrica.

Es aceptable el uso de preparaciones que contienen caolín, pectina, bismuto o sorbitol.

Alimentación en la diarrea

Un intento de asignar criterios para la dietética en diarreas debe basarse en las características del paciente en cuanto a edad, estado nutricional y patología concomitante.

1) *Diarrea moderada en niños eutróficos o desnutridos leves sin otra patología.*

Cortos períodos de ayuno con soluciones glucoelectrolíticas y realimentación con pecho (si era la alimentación previa) o con diluciones de leche al medio con agregado de glucosa o sacarosa. No es necesario hacer restricciones especiales de proteínas en la ingesta.

2) *Diarrea de mayor gravedad y duración con deshidratación que requiere internación:*

Ayuno hasta compensar las pérdidas hidroelectrolíticas y los trastornos del equilibrio ácido-base. Realimentación progresiva con fórmulas preferentemente libres de lactosa, no más de 2 o 3 días y luego reemplazar progresivamente por la alimentación habitual del niño.

3) *Diarreas graves o prolongadas en desnutridos, generalmente infectados.*

Ayuno hasta compensar deshidratación. Realimentación con fórmulas sin lactosa, reemplazada por glucosa o sacarosa al 3 o 5%. Los aceites vegetales ricos en ácidos grasos poliinsaturados están indicados. La proteína de elección es la caseína, no más de 5 g/kg/día y no más del 20% de las calorías totales de la dieta.

Estas fórmulas se aportarán en concentraciones crecientes. Se considerará después el aporte de otros alimentos en forma progresiva de acuerdo con la tolerancia.

Consideraciones generales sobre alimentación en diarreas:

- Dentro de lo posible se debería utilizar leches en polvo.
- En el hospital debería lograrse la preparación de fórmulas sin lactosa y con aceites vegetales.
- No se deben preparar en el hospital cocimientos que resultan caldos de cultivo.

Infección hospitalaria

Es un problema importante cuando se internan niños, especialmente lactantes, por su alta proporción y su repercusión sobre los enfermos.

Principales vías de infección: manos del personal y familiares, agua, biberones, soluciones hidroelectrolíticas, pañales, instrumental.

FACTORES QUE INCLUYEN

a) Edad y estado nutritivo del niño: mayor infección hospitalaria mientras menor el enfermo (máximo en los recién nacidos) y en los desnutridos.

b) Falta de cumplimiento de normas de higiene y aislamiento.

Etiología: los gérmenes más comunes en el caso de infecciones transmitidas por las manos son los enteropatógenos. En las soluciones la contaminación se produce por *Klebsiella* o *Serratia*. Puede haber también infecciones por estafilococo o *Pseudomonas*.

RECOMENDACIONES

1) Lavado de manos sistemático antes y después de tocar a un enfermo, con agua y jabón o soluciones desinfectantes.

2) Preparación aséptica o estéril de biberones.

3) Eliminación rápida de los pañales usados en la sala de internación, en recipientes cerrados.

4) Separación física de los niños (si es posible) o al menos evitar el hacinamiento de lactantes.

5) Preparación de las soluciones endovenosas en forma aséptica. No dejar una tubuladura más de 24 horas y tratar de evitar el uso de una misma solución más de 12 horas.

6) Desechar el hervido como medio de esterilización de materiales.

7) Limpieza frecuente de las salas de internación.

8) Control de la infección mediante algún método ágil de vigilancia.

Control ambulatorio de las diarreas.

Su prevención

1) Difundir y mantener a nivel médico un programa de educación continua y periódica sobre prevención primaria, tratamiento ambulatorio y criterios de gravedad de la diarrea.

2) Insistir en la capacitación de pre y postgrado sobre el valor de la atención primaria, como una mejor forma de relación médico-paciente, que evite derivaciones e internaciones más costosas.

3) Normatizar periódicamente y con criterio local métodos de diagnóstico y tratamiento de la diarrea.

4) Elevar la calidad de los consultorios externos de hospitales y centros de salud, mediante rotación periódica obligatoria de los profesionales.

5) Fomentar la lactancia materna.

6) Programar educación sanitaria a todo nivel sobre prevención de diarreas y consulta precoz.

Publicaciones recientes

"L'HONNEUR DE VIVRE". TMOIGNAGE. Por Robert Debré. Stock-Hermann Edit. Paris 1974. Un volumen de 462 páginas.

El Prof. Debré era una de las figuras esperadas en 1974 en Bs. As., para rendirle nuestro homenaje en *Pediatría XIV*.

Este maestro de 93 años aún activos, pero como nuestro BORGES casi privado de la vista, presenta en este magnífico libro su testimonio sobre más de 65 años de labor en la Medicina, tanto en la clínica como en la docencia e investigación pediátricas.

Sin dudas la *Pediatría* y la *Enseñanza Médica* en Francia dieron un giro favorable por su activa influencia, coincidente con la presencia de su hijo Michel como primer ministro del Presidente Charles de Gaulle. Sus ideas docentes y las reformas hospitalarias fueron elaboradas en los años grises de la ocupación de París por los alemanes y aplicadas años después para provecho de los estudiantes y médicos jóvenes.

Debré fue un renovador cuando el "Patron" de la Cátedra, como aún se llama a los Profesores franceses, vivía de glorias auténticas pero no actuales, mientras que los médicos alemanes después de la primera guerra, de la que como en la segunda salieron perdedores, avanzaban en los conocimientos fundamentales de la *Pediatría*.

Su mente fresca no solo se manifestó en esta magnífica autobiografía con detalles de su vida médica y de ciudadano enamorado de su Francia, sino que en sus posturas era siempre de avanzada, como cuando en 1973 fue testigo en París y defendía en conferen-

cias y publicaciones, con la vehemencia de un joven, la liberación del aborto y la paternidad responsable en su país. Sus palabras allí y en Mónaco tuvieron una resonancia que provocaron cambios en la legislación.

En mesas redondas sobre Tuberculosis, B. C.G., Infecciones virósicas y enseñanza de la *Pediatría* que tuvo la suerte de compartir en Cursos y Congresos, no sabíamos qué admirar más si su erudición o su forma galana de hablar.

Fue latino en sus charlas, pero sajón en sus exigencias, en el cumplimiento serio de la información, en la investigación o en el respeto al tiempo.

El *Preámbulo* y los 11 capítulos de este libro, que bien llama "El honor de vivir", muestran las horas de triunfo y amarguras que le tocaron vivir a su país y a él mismo en tantas épocas distintas.

Refleja su vida y la de su familia en la lejana infancia, en el mundo burgués de Sedan de la Prefectura de Ardennes donde nació el 7 de diciembre de 1882 y relata los cambios de la sociedad cuando estaba en su apogeo el Proceso Dreyfus. Sus pasiones sociales y políticas, lógicas en los años jóvenes, persisten activas en su actual otoño. Confiesa Debré la influencia que tuvo en su formación un año entero de estudios vividos en Inglaterra. Su actividad múltiple no lo alejó de la realidad francesa e internacional. Pocos países en los 5 continentes no recibieron la visita de Debré.

Se empenó después de 1945 en que funcionara en París el Centro Internacional de la Infancia que ayudó a crear y que sostienen y difunden sus discípulos.

La resistencia de la que tomó parte en la segunda guerra, lo vinculó con muchos héroes y allí nació su amistad y la de sus hijos con el Gral. De Gaulle de quien relata pasajes de su vida.

Como padre muestra su orgullo por el triunfo de Michel, el financiero y político y de Oliver, famoso pintor de quien muchos tenemos una viñeta hecha en pocos trazos de la cabeza del Profesor Debré.

Este libro no solo evoca la vida familiar y médica del autor, sino que describe las bellezas amadas de su país y de las personalidades y países del mundo entero, refleja su espíritu que muchos conocimos cuando se lo invitaba a una charla de sobremesa o en una descripción clínica del enfermo.

Su casa en la planta baja de la rue de l'Université llena de libros, obras de arte y cuadros de su hijo Olivier era su club donde reunía a sus discípulos de ultramar y a sus amigos de las letras, artes, ciencias, política y finanzas de París.

Cuando personalmente lo invitamos a concurrir a Pediatría XIV prometió venir, pero sus hijos con lógica, temieron por su salud resentida y dejaron que siguiera expresando sus fecundos recuerdos como lo hace en este volumen, cuya lectura recomiendo no solo a los que lo conocen sino a los estudiosos de la Historia de la Pediatría Francesa.

TERATOLOGY. Por C. L. Berry y D. Posivillo. Londres 1975. Con la contribución de 20 colaboradores. Springer, Berlín, N. York (en inglés). Un volumen de 260 páginas con 84 figuras.

Desde los trabajos experimentales de War-kany en Cincinnati y después de la tragedia con la talidomida, esta especialidad ya ocupa un lugar destacado, no solo para la industria química farmacéutica y los departamentos gubernamentales que son responsables de probar y aprobar las drogas, sino para los obstetras y pediatras en especial, como para los genetistas, embriólogos toxicólogos, etc. Representa este libro un valioso aporte por sus enfoques y actitudes prácticas en lo experimental y clínico, así como el conocimiento de la influencia del medio fetal y propone nuevos métodos para reducir los riesgos de defectos innatos y atacar viejos problemas aún no resueltos.

Estudia los nuevos enfoques y las dificultades e impactos que produce el malformado en la familia y en otros individuos y revisa el efecto adverso de agentes potencialmente teratogénicos, frente al desarrollo de la inteligencia y el comportamiento. En la prevención y tratamiento de las malformaciones es de gran utilidad para los distintos especialistas.

PROF. ALBERTO CHATTÁS

ACLARACION SOBRE EL TRABAJO PUBLICADO EN ARCH. ARGENT. PEDIAT.

Tomo 73 - Nº 4/5 - Julio-Agosto 1975 - pág. 85-91

"Estudio bacteriológico del tracto gastrointestinal de niños entóxicos y desnutridos con diarreas agudas y crónicas"

Teresa Elguer Instituto Nacional de Microbiología "Carlos G. Malbrán" Vélez Sarsfield 563. Buenos Aires.

Kumi Ogawa Instituto de Gastroenterología "Dr. Jorge Pérez Compagné" - Hospital Italiano - Buenos Aires

Horacio Toccalino Politécnico "Alejandro Posadas" - Ramos Mejía

U. Neto Fagnandes

AGRADECIMIENTOS: Dr. Luis BUSTOS FERNANDEZ - Instituto de Gastroenterología "Dr. Jorge P. Compagné" - Hospital Italiano.

Srtas. Elida Canale, G. Spizzamiglio, y N. Rastellini

Sres. A. Oiler y R. Galanti.

El trabajo fue realizado en el Instituto Nacional de Microbiología "Dr. Carlos G. Malbrán" - Bs. As.

Actividades científicas

Programa Entidad Matriz 1976

SUBCOMISION DE EDUCACION CONTINUA

Programa de actividades científicas

Abril

7-8: Reunión de Coordinación Pediátrica. "Criterios de diagnóstico y tratamiento en bronconeumopatías agudas", a cargo del Comité de Tisiopneumología.

21: Reunión de Coordinación Pediátrica (Evaluación) "Criterios de diagnóstico y tratamiento de las diarreas de la infancia", a cargo del Comité de Salud Pública.

26-30: Curso sobre: "Ginecología Infanto-juvenil. Director Dr. H. Mora. Curso nocturno en la Sede de la S.A.P.

Mayo

9-12: XXII Jornadas Argentinas de Pediatría.

13-15: XVII Jornadas Pediátricas Rioplatenses, Paraná, Entre Ríos.

Junio

1º - Curso realizado juntamente con la Cátedra de Pediatría UNBA. Director Dr. Vásquez José Raúl. 27 de mayo al 12 de agosto, 21 a 23.30 hs. en el local de la S.A.P. los días jueves.

21-26: "Ortopedia y Traumatología" Director Dr. J. Derqui. Curso nocturno 21 a 23 hs. Sede S.A.P. Concurrencia matutina voluntaria al Hospital de Niños.

Julio

Continúa curso día jueves.

19-31: "Curso Intensivo Teórico Práctico" para médicos del interior del país. Director Dr. C. Cambiano. Curso a tiempo completo (100 horas).

Agosto

SEMINARIO

7: "Residencia en Pediatría". Coordinador: Dr. C. Gianantonio.

CURSO

23-28: "Pediatría Sanitaria y Social". Director: Dr. Carlos A. Ray. Horario nocturno: Sede de la S.A.P.

Setiembre

MESA REDONDA

11: "Sistema de Atención Médica". Comité de Salud Pública. "Curso de Nefrología" Comité de Nefrología.

Octubre

MESA REDONDA

6: "Aspectos Médico-Legales del ejercicio de la Pediatría".

Reunión de coordinación. "Criterios de diagnóstico y tratamiento en bronconeumopatías" (evaluación). Comité de Tisiopneumología.

CURSO

18-23: "Infectología". Directores: Dres. Raúl Ruvinsky y Daniel Stambouljan.

Noviembre

2-13 "Patología pediátrica habitual". Curso intensivo para Médicos con antigüedad menor de 5 años y ejercicio profesional en el Gran Buenos Aires, 100 horas.

12-16 "Aspectos de Farmacología y Terapéutica Infantil" (VI Congreso Latinoamericano de Farmacología). Coordinador: Dr. César Martínez Meyer.

CURSO

22-27 "Neonatología". CEFEN.

Diciembre

MESA REDONDA

"Organización de Servicios Pediátricos". Comité de Salud Pública.

Carta dirigida a los poderes públicos con motivo de la Semana de la Pediatría

Buenos Aires, 20 de Octubre de 1975.
Al Sr. Secretario de
Salud Pública de la Nación
Dr. Florencio Casavilla
S/D.

De nuestra mayor consideración:

La Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Pediatría se dirige a usted para solicitarle preferente consideración de los siguientes puntos:

- Reconocimiento de la Sociedad Argentina de Pediatría como Asesora Natural en el sector de atención pediátrica.
- Reconocimiento oficial de los Títulos de capacitación que la Sociedad Argentina de Pediatría otorga y/u otorgare.

- Apoyo económico y/o de los recursos necesarios para la puesta en marcha de los programas de Educación Continua y Educación Sanitaria elaborados por esta Comisión Directiva.

Documenta esta petición el memorándum adjunto, que en apretada síntesis pretende describir los fines y objetivos de la Sociedad Argentina de Pediatría y de su actual Comisión Directiva.

Sin otro particular, y agradeciendo desde ya la atención que pueda dispensar a esta solicitud, saludamos a usted muy atentamente,

DR. NARCISO FERRERO
Secretario General

DR. JORGE NOCETTI FASOLINO
Presidente

La Sociedad Argentina de Pediatría fue fundada en 1911, como una Sociedad Científica sin fines de lucro (*Personería Jurídica* N° 000.240). Desde entonces ha desarrollado sus actividades en forma ininterrumpida, hasta la fecha.

Actualmente posee más de 3.600 socios en toda la República, agrupados en 30 Filiales que conforman 6 Regiones.

Los fines de su constitución fueron y siguen siendo:

- Contribuir al progreso de la Pediatría y sus Especialidades, de la Puericultura y de la Pediatría Sanitaria y Social.
- Publicar Trabajos Científicos, para lo cual edita la Revista Archivos Argentinos de Pediatría.
- Difundir los conocimientos y los progresos de la Medicina Infantil mediante la organización o asesoría de Cursos de Especialización y/o Actualización.
- Vincularse con las Cátedras de Pediatría de las Universidades Estatales o Privadas, para obtener un intercambio mutuo y armónico, las esferas de la docencia e investigación.
- Organizar Congresos y/o Jornadas Científicas Regionales, Nacionales y/o Internacionales.
- Realizar Sesiones Científicas periódicamente.
- Mantener una Biblioteca.
- Promover ante los Poderes Públicos el reconocimiento de la Sociedad Argentina de Pediatría como asesora natural en el área.
- Otorgar Títulos de Capacitación, procurando de los Poderes Públicos el reconocimiento de los mismos. Para el logro de es-

tos fines se creó en 1967 el Tribunal de Evaluación Pediátrica con el propósito de elevar, mejorar y controlar los niveles de formación. Sus objetivos pueden sintetizarse en:

- a) Otorgamiento de Títulos de Capacitación Pediátrica o de sus Especialidades.
- b) Evaluación de los Servicios de Pediatría para determinar aquellos capacitados para formación de Pediatras y Especialidades Pediátricas. Hasta la fecha se han evaluado 71 Servicios de Pediatría en todo el país.

Desde su creación en 1967 han solicitado el Título de Médico Pediatra 1.620 Médicos, socios y no socios, habiéndose otorgado a 1.072. Las pruebas de Capacitación fueron realizadas en diferentes Centros Pediátricos del país.

Se inició el otorgamiento del Título de Pediatra Neonatólogo y el de Pediatra Cirujano.

Cada provincia o colegio médico tiene diferentes exigencias y requiere diferentes niveles de capacitación para otorgar títulos de especialidades. A través de la Sociedad Argentina de Pediatría se establecen criterios uniformes y niveles científicos adecuados a la formación del tipo de médico pediatra que necesita el país. El Colegio Médico de la Provincia de Buenos Aires lo ha entendido así y reconoce entre los antecedentes para conceder el título de Pediatra, la aprobación del examen de Médico Pediatra de la Sociedad Argentina de Pediatría.

La Sociedad está dirigida por una Comisión Directiva integrada por 10 miembros, cuyo mandato es de 2 años, con la posibilidad de reelección.

La actual Comisión Directiva (1975/77) fijó como objetivos prioritarios de su gestión:

- Brindar un Servicio Gratuito de capacitación y asesoramiento a la comunidad sobre temas Pediátricos, por medio de Conferencias, Charlas y Publicaciones, utilizando los medios masivos de comunicación a su alcance. En este año se ha participado en 16 audiciones de T.V., 6 radiales y numerosas publicaciones periodísticas.
- Brindar actualización científica a sus socios por medio de audiovisuales, fotocopias de artículos de revistas nacionales y/o extranjeras, que les permita aumentar su caudal de información. Actualmente este plan está en vías de ejecución.
- Instrumentar un sistema de autoevaluación por encuestas, elaboradas por técnicos que permitan medir el nivel informativo y formativo de los médicos que atienden niños. Sus resultados facilitarán la adecuación de la educación continua de post-gradado e in-

clusivo el curriculum del pre-gradado universitario.

- Prestar un servicio de consultas a todos los pediatras del país que así lo soliciten para acrear a ellas la experiencia y los conocimientos de los especialistas más capacitados en las distintas disciplinas. Este servicio se encuentra en plena ejecución.
- Activar la solicitud ante los poderes públicos, del reconocimiento de la Sociedad como Asesora Natural en el área pediátrica y el reconocimiento oficial de los Títulos por ella otorgados.

Dentro de los eventos más importantes organizados últimamente por la Sociedad se destacan:

- El XIV Congreso Internacional de Pediatría, celebrado en Buenos Aires en Octubre de 1974 y declarado de interés nacional. Entonces se reunieron 5.000 pediatras del mundo en torno del lema: "Por un niño sano en un mundo mejor", brindando la imagen de la capacidad organizativa del país, para encuentros de esta magnitud quedando de manifiesto el nivel de la pediatría argentina.
- El Simposio Nacional de Pediatría Social (Huerta Grande sept./75, patrocinado por el Ministerio de Bienestar Social, en el cual como temas centrales se discutieron los problemas de Atención Médica Pediátrica en el país y aspectos preventivos y sociales de la Enseñanza de la Pediatría en el pre-gradado universitario.
- Las cinco Jornadas Regionales de Pediatría en: Rosario, Río Cuarto, Tandil, Bahía Blanca y Tucumán, en las cuales prioritariamente se trataron temas referentes a la patología de las respectivas zonas de influencia.
- Ya están en plena tarea organizativa: las XXII Jornadas Argentinas de Pediatría y las XVII Jornadas Pediátricas Rioplatenses, a celebrarse en Paraná en mayo próximo.
- De lo expuesto surge que los objetivos de la actual Comisión Directiva se proyectan no solo sobre los Socios y médicos en general, sino sobre la comunidad, en un intento de educación sanitaria de la misma.
- La Sociedad Argentina de Pediatría abre así sus puertas hacia la población para contribuir a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud del niño argentino.

Buenos Aires, 20 de Octubre de 1975
1911 - Aniv. de la Fundación de la SAP - 1975
Día de la Pediatría.