

## Consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia temprana y su atención médica

### *Alcohol consumption in early adolescence and medical care*

Las bebidas alcohólicas, producto de la fermentación de cereales o jugos de frutas, han sido utilizadas durante miles de años por distintas civilizaciones, como la egipcia, la china, la grecorromana, las culturas precolombinas, entre tantas otras, ya sea en rituales o para uso recreativo social. En la civilización griega, se realizaban los cultos dionisiacos, en los que los participantes, a través de la embriaguez, buscaban el acercamiento a su dios. Para la mitología romana, Dioniso asumió el nombre de Baco y su nombre persiste en los actos bacanales, en referencia al desenfreno o desinhibición que caracterizan a la intoxicación etílica aguda (*Figura 1*).

En la Edad Media, las bebidas alcohólicas eran conocidas como “espíritus” y se utilizaban ampliamente con fines curativos.<sup>1</sup>

Durante el siglo XVIII, el consumo de bebidas alcohólicas aumentó en la población, favorecido por la legislación que fomentaba el uso de cereales para elaborar bebidas destiladas, sumado al mayor desarrollo industrial de las civilizaciones.

En el siglo XIX, se percibió un cambio de actitud y surgieron campañas para promover el uso moderado de alcohol. Fue así como, en algunos países, hasta se prohibió la fabricación, venta, importación y exportación de alcohol. La ley seca trajo aparejado el comercio ilegal y el contrabando de bebidas alcohólicas para satisfacer la demanda del mercado, hecho que obligó a cancelar la prohibición. En nuestro país, se aplica una ley seca especial en época de elecciones horas antes y después de los comicios.

Hoy en día, en nuestra sociedad, el alcohol es la droga psicoactiva más común entre los adolescentes.<sup>2</sup> Distintos trabajos coinciden en que el 49%-76% de los jóvenes de entre 10 y 14 años ha consumido bebidas alcohólicas;<sup>3-5</sup> este es el rango de edades más vulnerable para el inicio del consumo de alcohol. Esta situación se repite en nuestro país y en otros de América Latina.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la abstinencia de alcohol en menores de 18 años, ya que el riesgo de dependencia

FIGURA 1: El triunfo de Baco, de Velázquez, pintura de 1629, conservada en el Museo del Prado, Madrid. Representa al dios Baco, quien ofrece vino a los hombres para que se olviden temporalmente de sus problemas y alude al efecto embriagador del alcohol.



futura disminuye cuanto más tarde es el inicio del consumo de bebidas alcohólicas. Coincidiendo con la legislación actual que, en nuestro país, prohíbe la venta a menores de 18 años, queda en evidencia, de esta manera, que nos encontramos frente a un complejo problema de salud pública. Además, la modalidad actual de consumo que se observa en los jóvenes es el patrón del consumo abusivo o riesgoso de alcohol durante los fines de semana, en ámbitos de nocturnidad, al salir con sus pares, situación en la que existe mayor tolerancia familiar y del entorno.<sup>5,6</sup>

Este consumo episódico excesivo de alcohol –CEEA– (se refiere al consumo de grandes cantidades de alcohol en pocas horas),<sup>4</sup> característico de las salidas de fines de semana de adolescentes y jóvenes apunta a la intoxicación etílica aguda, en la que se registran preferencias de bebidas destiladas de alta graduación alcohólica, como vodka, ginebra o tequila,<sup>5</sup> a veces, también mezcladas con medicamentos, asociación que se conoce como jarra loca.<sup>7</sup>

Esta modalidad de consumo trae como consecuencias del estado de intoxicación alcohólica aguda mayor incidencia de accidentes de tránsito, situaciones de violencia familiar o callejera, embarazos no deseados y contagio de enfermedades de transmisión sexual. A esto hay que sumarle la acción de medicamentos u otras drogas ilícitas, ya que es frecuente ver policonsumo de sustancias.

Es en estos CEEA, durante los cuales los adolescentes consumen bebidas de alta graduación, cuando alcanzan niveles muy altos de alcohol en sangre en forma rápida, que se reflejan en un veloz deterioro del estado de conciencia. El coma alcohólico es un motivo de ingreso frecuente a los servicios de emergencia en jóvenes sin desarrollo de tolerancia alcohólica, es decir, en bebedores episódicos u ocasionales. Esta situación ejemplifica el consumo desenfrenado, sin límites que se puede apreciar en nuestra sociedad cotidianamente.

La prevención del consumo de alcohol y drogas debe abordarse y entenderse dentro del concepto global de educación para la salud.<sup>8</sup> Es indispensable crear programas de concientización de los riesgos que genera el consumo episódico y abusivo de alcohol.

Borrás Santiesteban señala la falta de documentación que permite determinar el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes y de coordinación entre el área de salud y las escuelas, y manifiesta la necesidad de establecer

una consulta para adolescentes. Otro aspecto para destacar del trabajo del mismo autor es que la vía más frecuente para obtener información sobre la prevención del consumo de bebidas alcohólicas fue la televisión y, en ningún caso, se mencionó al personal de salud.

Esto demuestra que los medios masivos de comunicación son muy importantes en la difusión de información sobre temas sensibles de salud, incluso las adicciones, y debería articularse con profesionales especialistas en el tema. ■

Dra. Siloia Cabrerizo

Pediatra, toxicóloga

Centro Nacional de Intoxicaciones

Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.396>

## REFERENCIAS

1. Contreras Morales CA, del Campo MC. Productos de la fermentación alcohólica; un beneficio para la salud [Internet]. [Acceso: 10 de junio de 2016]. Disponible en: [http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/jspui/bitstream/10819/2613/1/Fermentaci%C3%B3n%20alcoh%C3%B3lica%20un%20proceso\\_Carlos%20Contreras\\_USBCTG\\_2015.pdf](http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/jspui/bitstream/10819/2613/1/Fermentaci%C3%B3n%20alcoh%C3%B3lica%20un%20proceso_Carlos%20Contreras_USBCTG_2015.pdf).
2. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Sexto Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en estudiantes de enseñanza media. Buenos Aires: SEDRONAR; 2014. [Acceso: 13 de junio de 2016]. Disponible en: <http://scripts.minplan.gob.ar/octopus/archivos.php?file=4121>.
3. Schaffer C, Arizaga V, Albarenque M, Haseitel B. Alcoholismo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina* 2004;139:24-8. [Acceso: 10 de junio de 2016]. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/revista/revista139/alcohol.htm>.
4. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Lineamientos para la atención del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2012. [Acceso: 10 de junio de 2016]. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2012-10-31\\_lineamientos-atencion-alcohol.pdf](http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2012-10-31_lineamientos-atencion-alcohol.pdf).
5. Cabrerizo S, Varela S, Lutz MI. Encuesta sobre abuso de alcohol y medicamentos en adolescentes de cuatro escuelas del conurbano bonaerense. *Arch Argent Pediatr* 2014;112(6):504-10.
6. Míguez HA. Patrones culturales de la alcoholización social en estudiantes bonaerenses. *Vertex Rev Argent Psiquiatr* 2009;20(87):325-8.
7. Cabrerizo S, Docampo PC. Alcohol y mezcla de fármacos: modalidad de abuso frecuente. *Arch Argent Pediatr* 2010;108(5):e111-3.
8. Pons Diez J, Berjano Peirats E. El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social [Internet]. [Acceso: 10 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/alcohol/jovenes/docs/consumoAbusivo.pdf>.

## Genética y epigenética, el caso de la hipercolesterolemia

### *Genetic and epigenetic, the case of hypercholesterolemia*

Los investigadores que describieron el genoma humano, para comunicarlo pusieron como ejemplo la importancia de los genes en el desarrollo de las enfermedades con mayor impacto en salud pública. Ellos referenciaron las variaciones genéticas de la APO E y su rol en el desarrollo de hipercolesterolemia y enfermedades cardiovasculares. El tema es importante y nos llama a reflexión la evolución del conocimiento en las últimas décadas.

La morbimortalidad en Europa por enfermedad cardiovascular (ECV) entre 1990 y 1992 presentaba una gran disparidad entre países. La mortalidad de los hombres de 45 a 74 años en Escocia llegaba a 655/100 000 habitantes por año, en Francia era de 142/100 000 habitantes por año, es decir 4,5 veces superior. Las mujeres escocesas de la misma edad presentaban una mortalidad 7,5 veces mayor que las francesas.<sup>1</sup>

Estudios posteriores demostraron que en Europa, con un *pool* genético constante, ocurren variaciones en las tasa de ECV por cambios medioambientales ocurridas en el tiempo, que demuestran el rol de la dieta. Variaciones en la dieta Europea desde el Norte hacia el Sur comenzaban a explicar numerosos hallazgos. Estudios de la composición del tejido adiposo demostraban un aumento en la incorporación de ácidos grasos monoinsaturados en los países del sur junto a una disminución de las grasas saturadas. Se estudió entonces el rol de las grasas, en particular grasas saturadas, y su relación con la ECV y los beneficios de los ácidos grasos Omega 3 y Omega 6.<sup>2,3</sup>

La APO E es uno de los mayores constituyentes de la lipoproteína de muy baja densidad (VLDL en su sigla en inglés). La APOE juega un importante rol en el metabolismo de las lipoproteínas y tiene 3 isoformas comunes: E2, E3, E4, codificadas por 3 alelos, apoE2, apoE3, apoE4, que se ubican en el cromosoma 19. Las tres formas difieren en sus propiedades funcionales: Alelo apoE4 se asocia con niveles incrementados de Colesterol y LDL Colesterol, y el Alelo apoE2 se asocia en el sentido opuesto.<sup>4</sup>

En el Norte de Europa, Estados Unidos y Canadá (poblaciones Caucásicas) la prevalencia de portadores de APO E 4 es de 13 a 17%. En China es baja, de 5 a 7%, mientras que en África es de 20 a 30%. Desde el norte de Europa (Finlandia)

hacia el sur (Grecia) esta prevalencia cae del 18% al 8%. La asociación entre los portadores del alelo ApoE4 y niveles elevados de colesterol es importante en las poblaciones que consumen una dieta rica en grasas saturadas y colesterol. Es menor en las poblaciones que consumen una dieta con un perfil de lípidos más saludable (por ej., mediterránea). Es decir que para que la asociación sea puesta en evidencia primero debe existir una dieta aterogénica.<sup>1</sup>

Décadas pasadas a través del programa de prevención del infarto en la Argentina (PROPIA) se logró una amplia difusión de los riesgos de la hipercolesterolemia y las medidas nutricionales para enfrentar el problema. El Dr. Marcelo Tavella y su grupo, mediante numerosas intervenciones y publicaciones, fueron pioneros en nuestro país alertando sobre el problema de la hipercolesterolemia en adultos, y extendiendo la prevención a niños. Se estudiaron, en poblaciones de riesgo adultas, las apolipoproteínas (Apo B en particular), y en años más cercanos, junto a la Dra. Virginia Bañares, la prevalencia de portadores de APO E 4.<sup>5</sup>

En el año 2005, con una muestra de una elevada prevalencia de hipercolesterolemia en estudiantes; y luego en 2009 a través de una experiencia de intervención con buenos resultados, el grupo de Río Cuarto, Córdoba, encabezados por el Dr. Alberto Lubetkin y el Bioquímico J. A. Robledo, publicaron en *Archivos Argentinos de Pediatría* una intervención en escolares con resultados muy interesantes.<sup>6,7</sup>

Tanto el grupo del Dr. Tavella como el Dr. Robledo, nos mostraban que los esfuerzos podían saldarse con buenos resultados.

En el año 2015 el Comité de Nutrición de la SAP publicó el consenso del manejo de las dislipidemias en Pediatría. Excelente trabajo que incorpora el tamizaje a los 6 años.<sup>8</sup>

Sin embargo, para disminuir el riesgo poblacional son necesarias políticas con continuidad y el compromiso de las máximas autoridades sanitarias nacionales y provinciales. La Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR – Ministerio Salud de Nación) muestra que luego del aumento que se observó entre la primera y segunda encuesta estamos en un "Plateau" en la prevalencia de hipercolesterolemia.<sup>9</sup>

De acuerdo a la evidencia, la realización de actividad física y una alimentación saludable ayudan a reducir y prevenir el desarrollo del colesterol elevado, más allá de la carga genética, poniendo nuevamente en evidencia la fuerza de los factores epigenéticos. En ese sentido, el Ministerio de Salud de la Nación, desde la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles, propuso una serie de medidas en pos del cambio de hábitos, entre otras, el Plan Argentina Saludable, la guía de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares, y la campaña "Argentina 2014 Libre de Grasas Trans", que modificó el Código Alimentario Argentino, para limitar la cantidad permitida de grasas trans en los alimentos industrializados. También desde el ministerio, mediante el programa REDES, en su momento se dispuso la distribución de estatinas a través del programa REMEDIAR a los efectores del primer nivel de atención para las personas con indicaciones precisas. Todos debemos abogar por la continuidad de estas políticas, evaluar el impacto de las mismas, corregir lo corregible, y no bajar los brazos frente a esta epidemia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, que como plantea el Consenso de la Sociedad Europea de Aterosclerosis, la hipercolesterolemia familiar está escasamente diagnosticada y tratada.<sup>10</sup>

Nuevamente el grupo del Dr. Robledo aborda el tema abriendo una ventana a los aspectos genéticos en su artículo publicado en este número de *Archivos Argentinos de Pediatría* "Relación entre factores genéticos y medioambientales con la hipercolesterolemia en niños" (página 419). Sus resultados muestran el peso de la carga genética estimada a través de los antecedentes familiares positivos en niños escolares, que son más fuertes en esta investigación que otros factores de riesgo. Es muy importante este tipo de estudios, que permiten abrir el camino a futuras investigaciones.

La nutrición aplicada a la salud pública, debería comenzar a considerar como utilizar información proveniente de investigaciones en nutrición y genómica. Es probable que la mayor comprensión de las variaciones genéticas, los factores de riesgo y la sensibilidad a las dietas terapéuticas, primero influyeran a la nutrición clínica y luego a la nutrición en salud pública.

Sería deseable que los pediatras estemos todos comprometidos y mostremos resultados de intervenciones, o estudios que nos permitan conocer cuál es la carga genética de nuestra población, difundiendo la importancia del tema abordado desde la infancia, que es la ventana de oportunidad del ciclo de vida para trabajar en prevención. ■

Dr. Horacio F. González

Instituto de Desarrollo en Investigaciones Pediátricas (IDIP)  
Hospital de Niños de La Plata (Min. Sal/ CIC-PBA)

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.398>

## REFERENCIAS

- Gibney MJ, Gibney ER. Diet, genes and disease: implications for nutrition policy. *Proc Nutr Soc* 2004;63(3):491-500.
- Woodward M, Tunstall-Pedoe H, Batty GD, Tavendale R, et al. The prognostic value of adipose tissue fatty acids for incident cardiovascular disease: results from 3944 subjects in the Scottish Heart Health Extended Cohort Study. *Eur Heart J* 2011;32(11):1416-23.
- Clarke R, Shipley M, Armitage J, Collins R, et al. Plasma phospholipid fatty acids and CHD in older men: Whitehall study of London civil servants. *Br J Nutr* 2009;102(2):279-84.
- Vincent S, Planells R, Defoort C, Bernard MC, et al. Genetic polymorphisms and lipoprotein responses to diets. *Proc Nutr Soc* 2002;61(4):427-34.
- Bañares VG, Peterson G, Aguilar D, Gulayin R, et al. Association between the APOE\*4 allele and atherosclerosis is age dependent among Argentine males. *Hum Biol* 2005;77(2):247-56.
- Lubetkin AM, Robledo JA, Siccardi LJ, Rodríguez MI. Prevalencia de hipercolesterolemia en la población estudiantil de una localidad de la provincia de Córdoba. *Arch Argent Pediatr* 2005;103(4):298-304.
- Robledo JA, Siccardi LJ, Cosio F, Rodríguez MI, et al. Disminución de hipercolesterolemia infantojuvenil tras dos años de intervención. *Arch Argent Pediatr* 2009;107(6):488-95.
- Comité de Nutrición de la Sociedad Argentina de Pediatría. Consenso en el manejo de dislipidemias en pediatría. *Arch Argent Pediatr* 2015;113(2):177-86.
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2013. [Acceso: 29 de junio de 2016]. Disponible en: [http://www.ms.sal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015\\_09\\_04\\_encuesta\\_nacional\\_factores\\_riesgo.pdf](http://www.ms.sal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf)
- Nordestgaard BG, Chapman MJ, Humphries SE, Ginsberg HN, et al. Familial hypercholesterolaemia is underdiagnosed and undertreated in the general population: guidance for clinicians to prevent coronary heart disease: Consensus statement of the European Atherosclerosis Society. *Eur Heart J* 2013;34(45):3478-90.

## Consideraciones sobre la mortalidad infantil y su componente neonatal

### *Considerations on infant mortality and its neonatal component*

Aproximadamente 3 millones de recién nacidos en el mundo mueren durante el primer mes de vida. Un millón de esas muertes se producen dentro de las 24 h del nacimiento.<sup>1</sup>

La mortalidad neonatal (MN) es la que ocurre en el transcurso de los primeros 28 días de vida, mientras que la mortalidad post neonatal abarca a la que se produce desde el fin del período neonatal hasta el año de edad. Existen un conjunto de factores que influyen y determinan el nivel de mortalidad: biológicos, demográficos, socioeconómicos, culturales, ambientales, de atención de la salud y geográficos. La influencia de estos factores difiere según la edad de los niños menores de un año.<sup>2</sup>

En la MN prevalecen aquellas causas vinculadas con las condiciones de origen perinatal, como la atención de la salud materna, el acceso al control del embarazo, a la atención del parto y del niño durante los primeros días de vida.

La MN durante la primera semana de vida, sobre todo durante los primeros tres días, se halla relacionada en la mayor parte de los casos con la prematuridad, el bajo peso del niño al nacer, la asfixia neonatal, la dificultad respiratoria y las malformaciones congénitas (entre ellas las cardiopatías y las malformaciones del sistema nervioso), mientras que luego de la primera semana, la mitad de las muertes ocurren por sepsis neonatal.<sup>3,4</sup>

Aproximadamente el 61% de las muertes neonatales ocurridas en 2014 en nuestro país –según la revisión de la clasificación realizada en el año 2011 de muertes reducibles– son muertes evitables si se comprometen los esfuerzos para mejorar la calidad de atención materno-neonatal y para adecuar las políticas en salud en consecuencia a las necesidades.<sup>5</sup> Entre estas se encuentran: mejorar la consulta materna oportuna, la cantidad y calidad de los controles del embarazo, regionalizar la atención perinatal según niveles de complejidad de las maternidades con los recursos humanos y tecnológicos apropiados y garantizar la derivación oportuna en tiempo y forma a la madre/niño que lo necesite, así como asegurar el funcionamiento de la red nacional para la resolución quirúrgica de malformaciones congénitas.

También, a nivel mundial entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) adoptados por las Naciones Unidas en 2015 se encuentra el de garantizar que todos los niños tengan vidas sanas y promover su bienestar. Una de las metas del ODS 3 consiste en poner fin, de aquí al 2030, a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años. (Objetivo de Desarrollo Sostenible 3).<sup>6</sup>

Aunque la tasa de mortalidad infantil en niños menores de un año (TMI) en la Argentina se redujo del 16,6‰ en el año 2000 al 10,8‰ en el año 2014, el progreso en la reducción de la TMN ha sido más lento con 7,4‰, abarcando más de dos tercios del componente de la MI.<sup>7</sup> Asimismo se observa que si bien la TMI y la TMN de cada jurisdicción del país también disminuyeron, éstas registran importantes desigualdades que se observan como una tendencia en el tiempo asociada a una mayor incidencia de necesidades básicas insatisfechas.<sup>8</sup>

Por otra parte, con respecto a los partos de madres adolescentes, el 15,6% de los partos en el país durante el año 2013, correspondieron a madres menores de 20 años; con 17 jurisdicciones que superan la media nacional. El parto adolescente es un indicador que muestra la desigualdad en las jurisdicciones, ya que en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) es de 8,8% de los partos mientras que en Formosa y Chaco representa el 24,4% del total de los partos. El porcentaje de RN vivos, hijos de madres adolescentes menores a 15 años, muestra circunstancias que pueden estar relacionadas a situaciones de maltrato infantil y/o violencia de género; como así también, dificultad en el acceso a la educación formal y a los Programas de Salud Sexual y Reproductiva.<sup>9</sup>

En la CABA, la TMN no disminuyó en los últimos años según lo esperado y se observan en las últimas estadísticas una fuerte asociación entre pobreza y mortalidad infantil en las diferentes Comunas de la Ciudad. Es de hacer notar que la CABA tiene un componente de nacimientos y defunciones de hijos de madres residentes sobre todo en los aglomerados de Gran Buenos Aires. Hasta el momento no se ha investigado sobre esta problemática y no se sabe si existen asociaciones

de las mismas al respecto. Es necesario conocer las cifras de dónde nacen y dónde mueren los recién nacidos en nuestro país y qué asociaciones se presentan según la edad de las madres y lugar de residencia de las mismas.

El Dr. Meritano y col., evalúan en el presente número si existe asociación entre el lugar de residencia de la madre, el subsector de salud al cual concurrió y la tasa de mortalidad neonatal en la CABA en el período 2011-2012. Se trata de un estudio poblacional a partir de registros confiables. Los autores relevan datos sobre la natalidad y la mortalidad neonatal según el subsector de atención de la madre, tanto público como de la seguridad social y privado, y asimismo datos muy interesantes sobre la magnitud de la problemática de las madres que viven fuera de la CABA pero tienen su parto en instituciones de la CABA y presentan TMN más altas.

El trabajo muestra la importancia de tener registros confiables y deja planteada una discusión sobre los esfuerzos multisectoriales sobre las metas a alcanzar para mejorar el acceso de la población a la salud para superar las desigualdades y los determinantes sociales de la salud.

El problema de la reducción de la mortalidad neonatal es complejo en su análisis. Aun más, se requiere un riguroso y urgente análisis sobre la calidad y las condiciones de vida de los niños y niñas que sobreviven a las patologías del período neonatal.

Para finalizar transcribo las palabras del gran médico y sanitarista argentino Dr. Ramón Carrillo quien dijo: *“El derecho a la salud es uno de los más olvidados, y sin embargo el más trascendente porque se vincula con la dignidad de la persona humana, con la vida colectiva, con la economía nacional e internacional. No es aventurado afirmar que la salud de los pueblos es una condición fundamental para lograr su seguridad social y su paz”*.

Dra. Adriana Aguilar

Editora Asistente

aguilar.publicaciones@sap.org.ar

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.400>

## REFERENCIAS

1. Resumen ejecutivo El compromiso con la supervivencia infantil: Una promesa renovada. Informe sobre los progresos de 2014 [Internet]. [Acceso: 9 de julio de 2016]. Disponible en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/APR\\_Exec\\_Summary\\_Final\\_SP\\_2014.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/APR_Exec_Summary_Final_SP_2014.pdf)
2. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Definiciones y Conceptos en estadísticas de salud [Internet]. [Acceso: 9 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm>
3. Shankar MJ, Natarajan CK, Das RR, Agarwal R, et al. When do newborns die? A systematic review of timing of overall and cause-specific neonatal deaths in developing countries. *J Perinatol* 2016;36 Suppl 1:S1-S11.
4. Sociedad Argentina de Pediatría, UNICEF. Salud materno-infanto-juvenil en cifras 2013. Diez principales causas de muerte en el período neonatal. República Argentina. 2011. Buenos Aires: UNICEF; 2013. [Acceso: 10 de julio de 2016]. Disponible en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/salud\\_SapUnicef\\_cifras2013.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/salud_SapUnicef_cifras2013.pdf)
5. Finkelstein JZ, Duhau M, Abeyá Gilardon E, Ferrario C, et al. Mortalidad infantil en Argentina. 3ª revisión de los criterios de reducibilidad. *Arch Argent Pediatr* 2015;113(4):352-8.
6. Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad en la niñez. Respuesta mundial: Objetivo de Desarrollo Sostenible 3. Nota descriptiva N°178. Ginebra: OMS; 2016. [Acceso: 9 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>
7. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Indicadores Básicos 2015. [Acceso: 9 de julio de 2016]. Disponible en: <http://deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/indiba2015.pdf>
8. Buchbinder M. Mortalidad infantil y desigualdad socioeconómica en la Argentina. Tendencia temporal. *Arch Argent Pediatr* 2008;106(3):212-8.
9. Sociedad Argentina de Pediatría, UNICEF. Salud materno-infanto-juvenil en cifras 2015. Buenos Aires: UNICEF; 2015 [Acceso: 9 de julio de 2016]. Disponible en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/SALUD\\_Sap-Unicef\\_2015\\_web.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/SALUD_Sap-Unicef_2015_web.pdf)