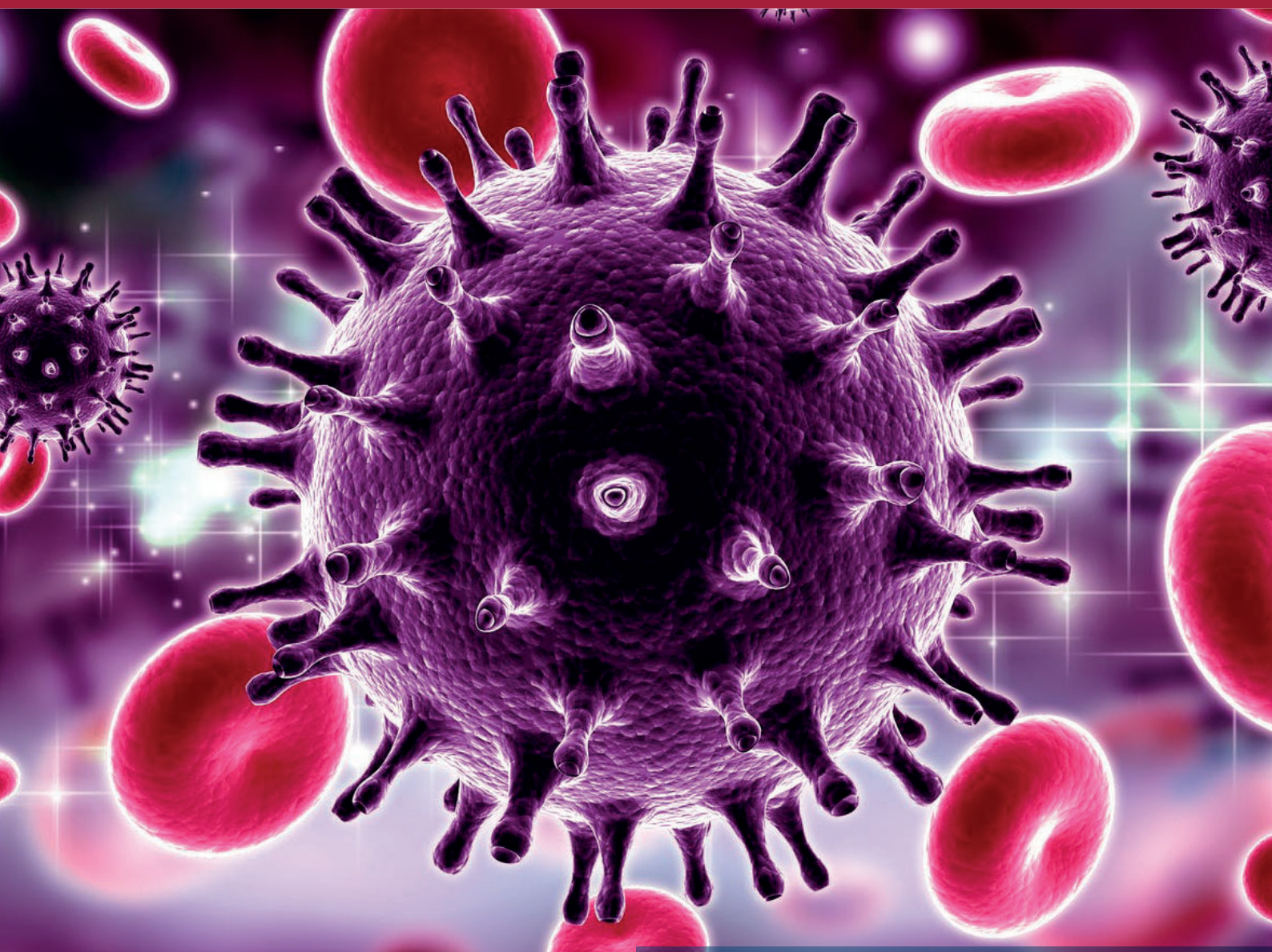


Infecciones de Transmisión Sexual





NUEVA FÓRMULA
CON
PREBIÓTICOS,
POSTBIÓTICOS
Y HMO.

**MEJORA LA RESPUESTA INMUNOLÓGICA
LIGADA AL INTESTINO,
Y LA MICROBIOTA DEL BEBÉ.¹⁻⁶**

NUTRILON A.R. 1 Y A.R. 2



CON GOMA DE SEMILLA DE ALGARROBA

clínicamente comprobado que **REDUCE** los episodios
de **REGURGITACIÓN EN UN 78%.⁷**



NUTRICIA Profesional.com
Sitio exclusivo para profesionales médicos

1. Rodríguez-Herrera A J *pediatr Gastroenterol Nutr* 2016⁸;62:Abstract G-P-230 (p422) - 2. Herrera AR et al *J Pediatric Gastroenterol Nutr* 2015;61:516-17 - 3. He Y.Y. et al. 2014;*Mucosal Immunol* 7 (6):1326-133 - 4. Newburg et al. *J of Nutrition* 2016; doi:10.3945/jn.115.220749(8) - 5. ESPGHAN poster Varasteh et al. June 7 '19 - 6. ESPGHAN oral N-O-011 Mischke et al. Jun 6 '19 - 7. Wenzl et al *J Pediatr* 2003;141:e355-e359.

NOTA IMPORTANTE:

La lactancia materna es la mejor forma de alimentación para el lactante. La introducción con biberón puede conducir al abandono de la lactancia natural y la posibilidad de revertir esta decisión es limitada; de ahí que la alimentación en base a fórmulas lácteas debe llevarse a cabo sólo ante la dificultad real de suministrar al lactante leche materna. El uso de sucedáneos de la leche materna en forma inadecuada y/o innecesaria repercute en el estado de salud del lactante y afecta los aspectos sociales y económicos de la alimentación. Mantener la práctica natural como medio de mejorar la salud y la nutrición de lactantes y niños de corta edad es preocupación prioritaria de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) y del Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (U.N.I.C.E.F.). El Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna (OMS - 1981) tiene como objetivo contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de sucedáneos de la leche materna, cuando éstos son necesarios. **Material exclusivo para profesionales de la salud. Prohibida su distribución al público general.**

La Junta Electoral en Asamblea Ordinaria del 17 de octubre de 2019 puso en funciones a la nueva Comisión Directiva de Sociedad de Pediatría de Rosario por el período 2019-2021, la cual tendré el honor de presidir.

Me acompañan en esta nueva gestión, profesionales que representan a toda la Comunidad Pediátrica, tanto del sector público como del privado.

Con la renovación de las autoridades de los Comités de Estudios Científicos buscaremos mantener la motivación en temas de interés, enfocándonos en la PREVENCIÓN de las nuevas epidemias del siglo XXI – malnutrición, obesidad, adicciones, abuso – como así también temas específicos de cada especialidad.

Continuar la relación fluida con Entidad Matriz, filiales de Región Litoral y del resto del país seguirá siendo nuestro compromiso.

Mantendremos la interrelación con el Colegio de Médicos de la Pcia. de Santa Fe, la Asociación Médica de Rosario, el Círculo Médico y Universidades tanto públicas como privadas

Seguiremos propiciando nuestra llegada a la Comunidad, reforzando la difusión de temas de interés general como la promoción de la salud de niños, niñas y adolescentes intentando posicionarnos como referentes para consultas de temas que preocupan a la sociedad.

Gracias al apoyo de la Fundación Leo Messi concretaremos la rotación de nuestro quinto becario para la Beca de Perfeccionamiento en el Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona.

Invito a los Pediatras, Pediatras en formación y a todos los profesionales relacionados con la atención de niños, niñas y adolescentes a acercarse a nuestra Sociedad para participar y aportar ideas e inquietudes que nos permitan crecer.

Convoco a las Empresas Medicinales a que nos acompañen en esta etapa para poder llevar a cabo nuestros proyectos.

Solo me resta agradecer a todos los integrantes de la nueva Comisión Directiva que decidieron acompañarme en este nuevo período, en el que esperamos poder cumplir con los objetivos que nos hemos trazado.

Para finalizar es mi deseo que pasen muy FELICES FIESTAS y un próspero AÑO NUEVO.

Dra. Patricia Elena Waelkens
Presidente Sociedad de Pediatría de Rosario

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ROSARIO

Presidenta: Dra. Patricia Elena Waelkens

Vicepresidenta: Dra. María Carolina Viteri

Secretaria General: Dra. Elsa Beatriz Mindel

Tesorero: Dr. Carlos Alberto Badías

Secretaria Científica: Dra. Gloria Bandin

Secretaria de Actas y Reglamentos:

Dra. Melina Enjuto

Secretario de Relaciones Institucionales:

Dr. Oscar Raul Romanini

Secretaria de Comités y Grupos de Trabajo:

Dra. Sonia Morero

Secretaria de Publicaciones y Biblioteca:

Dra. Mariángeles Viviana Jeich

Vocales:

Dr. Juan Pablo Destefanis

Dra. Silvia Edith Giorgi

Dr. Gustavo Lazarte

Síndicos:

Dra. Adela Armando de Bertone

Dr. Ricardo Ariel Bentatti

Comité de Honor:

Dra. Elena Cisaruk de Lanzotti

Dra. Julia G. de Viu

Dra. Martha Néida Lahoz García

Dra. Estela del Mar Morales

Dr. Adalberto Enrique Palazzi

Dra. Ziomara Reeves de Balbarrey

Dra. María Isabel Renny

HORARIOS

Mes de Enero

Lunes a Viernes: 8 a 13 hs

REGIÓN LITORAL

Directora Titular: Dra. Nora Racigh

1º Director Asociado:

Dra. Natalia Gamba

2º Director Asociado:

Dr. Gustavo Sebastian Bled

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA

Presidente: Dr. Omar Leonardo Tabacco

Vicepresidente 1ra: Dr. Rodolfo Pablo Moreno

Vicepresidente 2do: Dra. Maria Eugenia Cobas

Secretaria General:

Dra. Verónica Sabina Giubergia

Prosecretaria General:

Dra. Elizabeth Patricia Bogdanowicz

Tesorero: Dr. Miguel Javier Indart de Arza

Secretaria de Comités y Grupos de Trabajo:

Dra. Rosa Inés Pappolla

Secretario de Relaciones Institucionales:

Dr. Manuel Rocca Rivarola

Secretaria de Educación Continua:

Dra. Lucrecia Georgina Arpi

Secretaria de Filiales y Delegaciones:

Dra. Fabiana Gabriela Molina

Secretario de Actas:

Dr. Alejandro Eugenio Pace

Secretario de Medios y Relaciones

Comunitarias: Dr. Juan Bautista Dartiguelongue

Vocal 1ro.:

Dr. Gonzalo Luis Mariani

Vocal 2do.:

Dr. Eduardo Federico Cáceres Collantes

Vocal 3ra.:

Dra. Cristina Iris Gatica



SARAMPION

SANTA FE HOY



DRA. SOLEDAD GUERRERO
PROGRAMA AMPLIADO INMUNIZACIONES
PROVINCIA DE SANTA FE

Diagnóstico confirmatorio



Se dispone de pruebas serológicas con mediciones de IgG e IgM específicas, biología molecular con aplicación RPC-TR y aislamiento viral. **La ejecución de PCR, de rápido procesamiento con muestras respiratorias / orina confirma la enfermedad y permite la genotipificación del agente**

Estudios con biología molecular y secuenciación han permitido definir ocho linajes del virus salvaje (A, B, C, D, E, F, G y H) y dentro de ellos reconocer 23 genotipos (A, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, E, F, G1, G2, G3, H1, y H2).

Resulta relevante recalcar que los títulos de IgM, que son confirmatorios de enfermedad, se detectan desde el 3° día del exantema y se mantienen positivos por 30 a 60 días en la mayoría de los sujetos enfermos y que, para la evaluación de IgG se requiere de la elevación de cuatro veces el título de ellos entre fase aguda y convalecencia de la enfermedad.

Calendario de Vacunación Nacional Vigente



La vacuna Triple Viral es efectiva en la prevención del sarampión. Esta vacuna es obligatoria y debe ser aplicada a los niños al cumplir el año de vida con un refuerzo al ingreso escolar, según el Calendario Nacional de Vacunación

De 12 meses a 4 años: deben acreditar por lo menos **una dosis** de vacuna Triple viral (sarampión-Rubéola-Paperas). La mayoría de este grupo recibió durante *Octubre a Noviembre 2018* 1 dosis **EXTRA** por campaña

A partir de los 5 años, adolescentes y adultos hasta 54 años (RN 1965) deben acreditar **dos dosis** de vacuna Doble y/o Triple viral. Las personas nacidas antes de 1965 **NO** necesitan vacunarse porque se consideran protegidas por haber estado en contacto con el virus salvaje.

Todo el personal de salud debe acreditar dos dosis de vacuna Doble o Triple viral para estar adecuadamente protegido o serología (IGG positiva)



SARAMPION – recomendaciones para viajeros al exterior



El Ministerio de Salud de la Nación indica contar con **esquema de vacunación completo para la edad según Calendario Nacional de Vacunación:**

- De 12 meses a 4 años: deben acreditar por lo menos **DOS DOSIS** de vacuna triple viral (sarampión-rubéola-paperas).
- Mayores de 5 años: deben acreditar **DOS DOSIS** de vacuna doble o triple viral.
- Las personas nacidas antes de 1965 **NO** necesitan vacunarse porque se consideran protegidos por haber estado en contacto con el virus.
- Es recomendable que **los niños entre 6 y 11 meses de vida inclusive, que viajen al exterior reciban una dosis de vacuna triple viral**. Esta dosis es adicional y no debe ser tenida en cuenta como esquema de vacunación regular. (**por ahora no dentro de Argentina**)
- En caso de niños menores de 6 meses de vida, se sugiere aplazar y/o reprogramar viajes

La vacuna debe ser aplicada al menos 15 días antes del viaje para que el sistema inmune genere defensas suficientes. Si es la 2º dosis puede aplicarse 24 horas previas al viaje ya que es un refuerzo No pierdas la oportunidad de vacunarte.

Caso sospechoso: Fiebre y exantema

(cualquier edad, independientemente del antecedente de vacunación)

Completar ficha

Tomar muestras

Notificación inmediata

ACCIONES DE CONTROL

Visita a domicilio dentro de las 48 horas



Vacunación de bloqueo



Evaluación de contactos institucionales (escuelas, club, trabajo)



Monitoreo de cobertura de la zona

**Indicador de Calidad del Programa**

Tasa de Notificación: 2 casos /100.000 habitantes

Muestras de laboratorio**Suero**

- Tomar siempre al momento de la primer consulta, no perder oportunidad
- Tomar una segunda muestra de suero 10-20 días después de la primera si:
 - Primera muestra fue tomada antes del 4 día post exantema, porque puede ser un falso negativo.
 - Siempre que haya un resultado IgM positiva, para confirmar
 - Cuando la primer muestra tenga un resultado IgM indeterminada

Orina

- Hasta el día 14 post exantema (mayor rendimiento hasta día 7)
- Refrigerar y enviar en envases fríos (4 a 8°C). Deben llegar al laboratorio que la procesará en < 48hs. NO CONGELAR

Hisopado o aspirado nasofaríngeo (HNF o ANF)

- Hasta el día 7 post exantema (mayor rendimiento hasta día 5)
- Refrigerar y enviar en envases fríos (4 a 8°C). Deben llegar al laboratorio que la procesará en < 48hs. NO CONGELAR

TODO LOS CASOS DEBEN SER ESTUDIADOS EN FORMA SIMULTANEA PARA SARAMPION Y RUBEOLA

- ✓ Todos los casos positivos o indeterminados deben derivarse al Laboratorio Nacional de Referencia INEI ANLIS Carlos G Malbrán.



Click para acceder a más Información



ALERTA SARAMPIÓN

¿Qué es el sarampión?

Es una enfermedad viral potencialmente grave y muy contagiosa.



SÍNTOMAS

- FIEBRE ALTA
- SECRECIÓN NASAL
- TOS
- CONJUNTIVITIS
- MANCHAS BLANCAS EN LA BOCA Y CARA INTERNA DE LA MEJILLA
- MANCHAS ROJAS EN LA PIEL



RECOMENDACIONES ANTE CIRCULACIÓN DEL VIRUS DE SARAMPIÓN Y RIESGO DE REINTRODUCCIÓN EN LA ARGENTINA



PREVENCIÓN

La única forma de prevenir la enfermedad es con la **VACUNACIÓN ADECUADA**.

VACUNA TRIPLE VIRAL

- Previene el sarampión, la rubeola y las paperas.
- Se aplica a los 12 meses de vida y al ingreso escolar (5-6 años).

No hay tratamiento específico para la enfermedad.

RECOMENDACIONES PARA VIAJEROS

(Brasil, Canadá, Colombia, Guatemala, Estados Unidos, Europa, México, Perú y Venezuela)

- Verificar tener completo el esquema de vacunación.
- Niños, de 6 a 11 meses, deben recibir una dosis de esta vacuna.
- En caso de presentar síntomas durante el viaje o dentro de las tres semanas del regreso, consultar inmediatamente al médico.



Por un niño sano
en un mundo mejor

SAP

SOCIEDAD ARGENTINA
DE PEDIATRÍA

www.sap.org.ar

Av. Coronel Díaz 1971/75 (C1425DDF) - CABA - Argentina
Tel. (54-11) 4821-8612 - institucional@sap.org.ar



Como cuidar y cuidarnos! Pensando en Dengue

Dra. Carolina Cudós
Programa Provincial de Epidemiología

Caso sospechoso

Diagnóstico, evaluación de la fase y severidad de la enfermedad

- ¿Es dengue?
- ¿Que fase del dengue?
(febril/crítica/recuperación)
- ¿Existen signos de alarma?
- ¿Cual es el estado de la hemodinamia e
hidratación?
- ¿Tiene choque?

Categorización de los pacientes

Decisiones Manejo

- En dependencia de las manifestaciones clínicas y otras circunstancias, el paciente puede:
 - Ser enviado a su casa – **Grupo A**
 - Ser hospitalizado – **Grupo B**
 - Requiere tratamiento de emergencia – **Grupo C**
- **Notificación de la enfermedad**

Nuevas perspectivas del dengue/Corrales-Aguilar y Hun-Opfer

Dengue con o sin signos de alerta			Dengue severo
Sin signos de alerta	Con signos de alerta		1. Permeabilidad vascular severa 2. Hemorragia severa 3. Disfunción severa de órganos
Sospecha de Dengue Zonas endémicas de dengue con FIEBRE + dos de los siguientes criterios • Náuseas, vómitos • Exantema • Dolores articulares • Prueba del torniquete positiva • Leucopenia CONFIRMACIÓN DE LABORATORIO	Signos de alerta • Dolor abdominal • Vómitos persistentes • Hemorragia de mucosas • Edema • Letargo o agitación • Hepatomegalia > 2 cm • LAB: aumento en HTO con disminución de plaquetas REQUIERE OBSERVACIÓN E INTERVENCIÓN MÉDICA		1. Permeabilidad vascular severa que conlleva a: • Choque (SSD) • Acumulación de fluidos que causa fallo respiratorio 2. Hemorragia severa • Evaluada por el clínico 3. Disfunción severa de órganos • Hígado: AST o ALT > 1000 • SNC: pérdida de consciencia • Disfunción cardíaca y de otros órganos

Figura 2. Clasificación revisada de dengue por gravedad de caso (adaptado de Dengue: Guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control- Nueva edición 2009. Ginebra, OMS; 2009)

Fisiopatología de las formas graves

- Teoría secuencial: una segunda infección por otro serotipo produce una amplificación de la infección mediada por anticuerpos o inmuno amplificación (Cummings et al., 2005).
- Otras teorías consideran: diferencias en la patogenicidad de las cepas virales explican las formas graves del dengue (Anantapreecha et al., 2005).
- Los primeros linfocitos en activarse son los CD4 y posteriormente los CD8, con liberación de citoquinas (Cardier et al., 2005), generando una respuesta inmunológica que puede ser protectora (y conducir a la curación) o patogénica con una “desregulación” que se caracteriza por una producción excesiva de citoquinas; cambio de la respuesta tipo TH1 a TH2 (Mabalirajan et al., 2005) e inversión del índice CD 4 / CD8.
- El exceso de citoquinas produce aumento de la permeabilidad vascular con extravasación de plasma hacia el espacio extravascular, que es la alteración fisiopatológica fundamental del dengue (Basu, 2008)

Click para acceder
a más Información



Recomendaciones de la SAP para vivir y disfrutar un verano saludable

Cómo evitar los golpes de calor

- Hidratarse, beber agua segura con mayor frecuencia, aun sin sed.
- Elegir lugares frescos, ventilados y mojarse frecuente.
- Vestirse con ropas holgadas.
- Aumentar la frecuencia de las mamadas en los mas chiquitos. Estimular siempre la lactancia materna.
- No realizar deportes o actividad física al aire libre los días de mucho calor.



Ante algunos de los siguientes síntomas podemos estar frente a un golpe de calor: dolor de cabeza, náuseas, vómitos, mareos, decaimiento, irritabilidad, desmayos, sudoración excesiva, piel roja y caliente, tendencia al sueño y debilidad muscular o fiebre, consultar siempre a tu pediatra.

Cómo protegernos del sol



evitar el sol entre las 10 y las 16 hs.



protectores solares de amplio espectro contra UVA/UVB media hora antes de la exposición y renovar cada 2 hs en bebés mayores de 6 meses.



usar gorro, anteojos de sol y remera con mangas.



buscar preferentemente la sombra.



NO exponer al sol a bebés menores de 1 año.



La exposición solar a las radiaciones ultravioletas (UVA y UVB) en la infancia es responsable de hasta el 90% del cáncer de piel en el adulto.

Cuidarnos
es disfrutar
del verano



Por un niño sano
en un mundo mejor

SAP

SOCIEDAD ARGENTINA
DE PEDIATRÍA

www.sap.org.ar

Av. Coronel Díaz 1971/75 (C1425DQF)
CABA - Argentina - Tel. (54-11) 4821-8612
institucional@sap.org.ar

LESIONES POR PIROTECNIA

PREVENIR ES SALUD

- ✱ *Los fuegos artificiales y elementos similares pueden provocar quemaduras y daños oculares en las personas, asustar y lastimar a los animales y afectar al medio ambiente.*
- ✱ *Al menos el 25% de los accidentados son espectadores. Se han reportado casos de lesiones graves en los ojos a una distancia de 30 metros del artefacto explosivo.*
- ✱ *Los niños son cerca del 50% de las víctimas y el grupo de 10 a 15 años es el más afectado.*



- Alrededor del **40%** de las lesiones son en la cabeza (los ojos en el **15 a 30%** de los casos).
- **20 a 40% AFECTAN** miembros superiores, manos y dedos.
- No existe pirotecnia segura ni de bajo riesgo. Todas pueden producir lesiones.
- Los niños se pueden lesionar con artefactos pirotécnicos aunque sean supervisados por adultos.
- Muchos niños se lesionan sólo por estar observando.
- *El uso de pirotecnia debe quedar reservado para espectáculos oficiales con operadores entrenados. El uso familiar SIEMPRE conlleva riesgos.*

ANTE UNA LESIÓN O QUEMADURA



Lavar la zona con agua fría



Colocar paños humedecidos en el lugar de la quemadura (sin aplicar presión)

NO remover la piel resquebrajada ni reventar las ampollas.

NO colocarse cremas, ungüentos, dentífrico, alimentos congelados, ni grasa, porque estos pueden empeorar el cuadro.

Acudir siempre al servicio de emergencia más cercano.



PREVENIR ES PRIMORDIAL



Por un niño sano en un mundo mejor

SAP

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA

www.sap.org.ar

Av. Coronel Díaz 1971/75 (C1425DQF)
CABA - Argentina - Tel. (54-11) 4821-8612
institucional@sap.org.ar

URETRITIS EN EL VARON ADOLESCENTE

Las I.T.S (infecciones de transmisión sexual) constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades transmisibles que se presentan en todos los grupos etarios (prevalentemente en personas entre 15 a 50 años), cuyo elemento en común es fundamentalmente el compartir la vía sexual como mecanismo de transmisión.

En la actualidad, son más de treinta las infecciones clasificadas como de transmisión predominantemente sexual. En los últimos años se ha registrado a nivel mundial un marcado incremento de las I.T.S. en la adolescencia sumado a un descenso en la edad en la cual se diagnostican.

Se han estudiado e identificado múltiples y variadas causas que nos permiten explicar este fenómeno, como por ejemplo:

- Relaciones sexuales frecuentes con múltiples parejas.
- Prácticas sexuales sin protección o riesgosas.
- Circulación en la comunidad en general, en los grupos de adolescentes y en las redes sociales una serie de mitos o creencias que favorecen la difusión de I.T.S.
- Falta de acceso a Educación Sexual Integral, educación que los capacite para evitar las conductas que favorecen el contagio o para incorporar aquellas que previenen las I.T.S.
- Falta de acceso a educación formal o alternativa.
- Menor probabilidad de que solicite información o tratamiento apropiado debido a temor, ignorancia, timidez o inexperiencia en éste grupo etario.
- El riesgo de adquirir Trichomonas, Herpes genital, Papiloma Virus Humano (PVH), es mucho mayor cuando los jóvenes se exponen por primera vez a las ITS.
- Las adolescentes mujeres son más susceptibles a las infecciones debido a la inmadurez

del cuello uterino.

- La experiencia sexual temprana puede causar lesiones del tejido vaginal, lo cual hace que las adolescentes sean más vulnerables a las ITS.
- Los adolescentes que inician la actividad sexual a una edad temprana tienen más probabilidades de tener mayor número de compañeros sexuales durante su vida.
- Situaciones de abuso.
- Efectos de la intoxicación por abuso de alcohol y otras sustancias en el ejercicio de la sexualidad entre los adolescentes.
- Cronología del desarrollo cognitivo y de las conexiones con el lóbulo pre-frontal.

En la etapa adolescente, disminuye la percepción de riesgo y la capacidad de prever las consecuencias de los actos, favoreciendo el "acting out", frecuente en las conductas de esta edad. El control de las ITS se hace difícil porque hay dificultad para cambiar comportamientos, para lo cual la sola información resulta insuficiente. Muchas veces los portadores de las ITS no presentan o no reconocen sus síntomas. El tratamiento no es siempre simple o efectivo, hay resistencia bacteriana a los antibióticos.

Resulta útil considerar las infecciones de transmisión sexual en la adolescencia (I.T.S.A) como una enfermedad centinela y no dejar de investigar problemas subyacentes en la situación presentada: asociación con otras I.T.S, asociación con embarazo no deseado, la práctica promiscua e indiscriminada del ejercicio de la sexualidad lo que a su vez puede ser síntoma de una depresión clínica o de una falla en los procesos de individuación, sexuación e independización u otras situaciones emocionales complejas, y no dejar de pensar que puede ser la parte visible de una situación de abuso sexual.

Todo lo enunciado abre la puerta para pensar

en las I.T.S.A como un fenómeno complejo, en el sentido que le da Morin al concepto. Conviene, entonces, pensarlas como un fracaso en la atención primaria de la salud integral de los adolescentes. En algún punto fracasa la labor preventiva haciéndonos llegar tarde.

El manejo de este problema en el grupo etario al que nos estamos refiriendo requiere del pediatra un cambio de enfoque.

Uretritis en el varón adolescente

En la adolescencia las causas más frecuentes de uretritis son las infecciones, en su mayoría, de transmisión sexual. De manera que podemos comenzar diciendo **que en el adolescente varón sexualmente activo o con posibilidades de serlo, que, sin ninguna condición predisponente, presente piuria, disuria u otro síntoma de infección urinaria baja conviene pensar en primer lugar en ITS.**

Las condiciones predisponentes a las que hacemos referencia implicarían anomalías congénitas, vejiga neurogénica o enfermedades sistémicas como diabetes o inmunodeficiencias.

Los síntomas que pueden llevar al adolescente a consultar van desde molestias o ardor al orinar hasta disuria franca, secreción uretral de características diversas, prurito de la uretra o el meato, orinas turbias. Debemos tener en cuenta que, sobre todo en el varón, son muy frecuentes las formas oligo o asintomáticas por lo que el signo orientador puede ser la piuria o leucocituria (más de cinco elementos por campo) en un examen de orina rutinario. Relacionado con este punto creo útil pensar en la posibilidad de investigar I.T.S. en todos los adolescentes de riesgo como parte de su manejo integral, la detección y diagnóstico de adolescente de

riesgo es una de las habilidades imprescindibles del médico los atiende.

Confirmada la inflamación uretral por los hallazgos de leucocitos o piocitos en secreción uretral o en orina de chorro inicial pasamos al diagnóstico diferencial.

Resulta útil la distinción entre U. infecciosas y no infecciosas. En la adolescencia las causas no infecciosas son las menos frecuentes, nos planteamos este diagnóstico diferencial frente al fracaso del tratamiento anti-infeccioso o a la negatividad de los métodos de pesquisa para los diversos agentes involucrados en las uretritis.

Se describen como causas no infecciosas:

- Síndrome de Reiter: uretritis seca asociada a artritis y conjuntivitis y lesiones mucocutáneas, resultado de una respuesta hiperinmune.
- Cuerpo extraño uretral, en general asociado a hematuria.
- Traumatismo uretral autoinducido o iatrogénico (en general tiene el antecedente que nos orienta en el diagnóstico, pero a veces requiere de técnicas complejas de atención primaria para poder preguntar correctamente).
- Estrecheces uretrales.
- Cristaluria.
- Contacto con espermicidas vaginales (uretritis química)
- En la adolescencia temprana, peripuberal, se describe una entidad: la U. bulbar que se asocia con disuria, gotas de sangre en el meato y microhematuria, es una enfermedad benigna, autolimitada y crónica, conviene tranquilizar al paciente y a los padres una vez hecho el diagnóstico por descarte.

Uretritis infecciosas:

Las uretritis infecciosas se dividen clásicamente en gonocócicas (U.G) y no gonocócicas (U.n.G). La existencia en el varón de formas asintomáticas que hemos mencionado y que actualmente se describen no solo para Chlamydia Trachomatis y Trichomonas sino también para Neisseria Gonorrhoeae, y la consabida falta de estadísticas confiables en nuestro país hace dificultoso hablar de la importancia de cada una dentro del total de las uretritis.

La U.G. clásicamente se manifiesta luego de un periodo de incubación de 2 a 7 días (promedio 4 días), después del contacto sexual con disuria y flujo uretral purulento y abundante, mientras que la U.n.G. tiene una incubación 7 a 14 días si es producida por Chlamydia, la disuria en general se describe como menos intensa y el flujo uretral suele ser blanco, gris o transparente, puede haber prurito uretral o perineal asociado a poliquiuria.

La Chlamydia Trachomatis es el germen causal de alrededor del 50% de las U.n.G sintomáticas, un 10 a 20% se deben a Ureaplasma Urealyticum, otro 10% a Trichomonas Vaginalis, se describe el hallazgo de Cándida Albicans, Micoplasma o lesiones de herpes o chancro sifilítico del meato. En un 20 a 30 % de los casos no se puede identificar el germen causal.

Diagnóstico:

La clínica no aporta datos patognomónicos para diferenciar la etiología de la uretritis.

En la secreción uretral la piuria o leucocituria (más de cinco elementos por campo de 1000 X), constituye una fuerte evidencia para el

diagnóstico de uretritis.

Existiendo la posibilidad de tomar una muestra de flujo uretral podemos confirmar el diagnóstico de U.G con una tinción de Gram que muestre diplococos intracelulares Gram negativos, el 98% de estos pacientes tendrá un cultivo positivo para gonococo, el cultivo en el medio de Thayer- Martin tiene alta sensibilidad y especificidad.

Para el diagnóstico de Chlamydia se pueden realizar Técnicas de PCR (sensibilidad 85-95% especificidad 99%). Si no disponemos de técnicas de PCR podemos realizar Elisa o inmunofluorescencia directa (anticuerpos monoclonales).

El cultivo, que es más lento, técnicamente complicado y tiene un 100% de especificidad, está indicado como diagnóstico de certeza y tiene importancia en casos de abuso.

Las Trichomonas pueden visualizarse directamente en una preparación húmeda o cultivarse muestras de secreción uretral u orina centrifugada.

Tratamiento:

Consideramos el tratamiento de la uretritis como de cualquier ITS una situación comunicacional compleja que exige técnicas adecuadas para obtener una compliance adecuada, que tengan en cuenta el entorno adolescente y se maneje desde lo cognitivo y conductual.

El tratamiento integral comprende:

- Detección y tratamiento de la pareja y eventuales contactos (terapéutica farmacológica adecuada, oportuna y por tiempo útil en ambos miembros de la pareja).

- Detección y tratamiento de patología subyacente.
- Detección de factores psico - sociales predisponentes.
- Información y educación para la salud.
- Seguimiento adecuado.

Así conceptualizado el tratamiento incluye:

1) Informar y discutir con el adolescente sobre las secuelas posibles de la ITS, para él y su pareja, de donde se deducirá la importancia del cumplimiento del tratamiento y las visitas de seguimiento.

2) Hablar sobre los modos de contagio y la prevención de las ITS mencionando el profiláctico en su doble función de prevenir las ITS y embarazo no deseado.

3) Asegurar el tratamiento de la pareja ya sea discutiendo con el adolescente su concurrencia al servicio, o mediante comunicación **escrita** al médico clínico o ginecólogo tratante.

4) Procurar que la pareja se abstenga de mantener relaciones sexuales hasta 7 días después del comienzo del tratamiento para evitar las reinfecciones.

Opciones terapéuticas:

Para Chlamydia:

1 o 2 gramos de azitromicina oral en dosis única (la dosis de 1 gramo de azitromicina se asocia con tasas de curación sub-óptimas, lo que se obtiene con una dosis de 2 gramos pero tiene efectos secundarios gastrointestinales frecuentes) o 100 mg. de doxiciclina oral cada 12 horas durante 7 días.

Se proponen como alternativas:

Eritromicina base 100 mg. O etilsuccinato de eritromicina 800 mg., 4 veces por día durante 7 días.

Ofloxacin 300 mg 2 veces al día durante o levofloxacin 500 mg. Diarios, ambos por 7 días.

Para N. Gonorrhoeae:

400 mg. de cefixima via oral dosis única, o 125 mg. de ceftriaxona I. M. Dosis única o

En adolescentes mayores dosis única de 500 mg de ciprofloxacina, 400 mg. de ofloxacin, o 250 mg. de levofloxacin o 800 mg. de norfloxacina por via oral **MÁS TRATAMIENTO** para Chlamydia a menos que hayamos obtenido un laboratorio negativo para Chlamydia.

Considerar resistencia de los gonococos a la penicilina.

Para Trichomonas:

Dosis única de 2 gramos de metronidazol a ambos miembros de la pareja en forma simultánea y se recomienda abstinencia sexual hasta que ambos estén asintomáticos.

Debemos asegurarnos una visita de seguimiento una semana a diez días después de la primera consulta, en la cual evaluamos clínicamente la uretritis y los resultados de los cultivos de secreción uretral y de los urocultivos de chorro inicial (uretritis) y chorro medio (infección urinaria). De acuerdo con la epidemiología (noción de foco y de riesgo del contacto) y tratamiento instituido, evaluaremos la necesidad de otros exámenes complementarios: VDRL, Serología para hepatitis B y C, detección de HIV, etc., dada la posible concomitancia de otras I.T.S.

Complicaciones:

Las complicaciones más frecuentes de la uretritis, son la prostatitis (raras en el adolescente) y la epididimitis-orquitis. Esta última se presenta como un escroto agudo, en nuestro caso en un adolescente sexualmente

activo, con antecedentes de secreción uretral o disuria. Puede haber fiebre y alteración del estado general. El lado afectado del escroto presenta la tríada de dolor, rubor y calor, el testículo y el epidídimo en **posición normal**, se encuentran inflamados y dolorosos. Los gérmenes implicados más frecuentemente son Gonococo, Chlamydia Trachomatis, y en los que han practicado sexo anal, E. Coli.

Exámenes complementarios:

- Examen directo de exudado uretral, Gram y cultivo.
- Urocultivo con orina del primer chorro.
- Evaluar serología para HIV, Hepatitis y VDRL.
- Ante la duda el ecodoppler testicular aporta datos valiosos.

Las complicaciones de la epididimitis pueden ser azoospermia (50% de las no tratadas) y atrofia testicular (el 25% en pacientes sin tratamiento adecuado).

En el diagnóstico diferencial, conviene considerar el trauma y la torsión testicular, que se observa en pacientes más jóvenes (entre 7 y 14 años), en la cual observamos el testículo anormalmente ascendido, cuyo dolor no se alivia al ascenderlo y hay una ausencia de síntomas génito-uritarios o antecedentes de los mismos.

El esquema de tratamiento propuesto:

Ceftriaxona I.M. única dosis de 250 mg. más Doxiciclina 100 mg. dos veces por día durante 10 días. Si sospechamos infección por bacilos Gram negativos Ciprofloxacina 500 mg. dos veces al día o Levofloxacina 500 mg. una vez al día ambas durante 10 días.

Prevención en Salud Sexual:

Considerando las I.T.S.A como un fracaso en la atención integral de su salud sería conve-

niente plantearnos el "llegar antes". "Llegar antes" significa para nosotros poner el acento en la tarea preventiva con un enfoque que tenga en cuenta:

- El autocuidado,
- El respeto,
- La comunicación y
- La ganancia de placer además de la prevención de ITS, embarazo y violencia de género.

"Llegar antes" significa, planificar las acciones de prevención antes del inicio de la actividad sexual, enfatizar la relación del Hebiatra con el joven, en la comunicación humanizada y personalizada, con mensajes claros, cerciorándonos de que sean comprensibles, pensar intervenciones mínimas en la consulta con el adolescente, sin eludir nunca en la consulta el tema de la sexualidad, promover los espacios de Consejería en los distintos ámbitos: salud, educación y en la comunidad ya que lamentablemente la ley sobre Educación Sexual Integral no ha sido de aplicación e instrumentación muy regular.

Al proponer acciones se deben tener en cuenta las necesidades locales y la voz de los adolescentes con respecto a la problemática.

Los mejores niveles de efectividad, eficiencia y eficacia de emprendimientos y programas para jóvenes se logran en la medida que garanticen una real y activa participación de los mismos en su elaboración. Con una metodología dialógica horizontal y participativa. La educación sexual es efectiva si es un verdadero diálogo, honesto y profundo, sobre todos y cada uno de los temas. Convendría llevar a cabo estas acciones dentro de políticas integrales de atención de adolescentes, con personal que funcione como equipo, y que esté capacitado y motivado para hacerlo.

Debemos distinguir entre *Sexosofía*: el conjunto de principios conocimientos que el educador tiene acerca de su propia e íntima experiencia de su función sexual; se refiere a

la filosofía acerca del sexo y el erotismo que se tiene en relación a si mismo , individual o colectivamente, incluyendo valores ya sean personales o culturalmente compartidos y Sexología: la disciplina que se encarga del estudio de la sexualidad y de la función erótica en seres humanos con la mayor aproximación científica posible. Conviene que el educador tenga siempre presente la necesidad de separar ambos conceptos en su tarea.

La prevención debería contemplar el lograr cambios en el comportamiento y conductas aprendidas o sugeridas por el medio cultural en el que se desarrolla el adolescente, situación compleja que no se resuelve con la sola información.

La transmisión de conocimientos no es suficiente para crear prácticas más responsa-

bles con respecto a la sexualidad. Es necesario emplear técnicas elaboradas de comunicación y didáctica. De esto donde surge la necesidad de educarnos para educar en sexualidad. Al no hacerlo se podría correr el riesgo de hacer daño en el intento de construir.

Dr. Ramiro Amato
Pediatra - Hebiatra

La **hebiatría** (del griego ἡβη [hébe] 'juventud') es la rama de la medicina que estudia al adolescente y sus enfermedades. El término procede del griego hēēbee ('pubertad') e iatrea ('curación'), pero sus fines son mucho más extensos que la mera curación de las enfermedades de los adolescentes, ya que esta especialidad estudia al joven desde los diferentes aspectos: biológicos, psíquicos y sociales que influyen en el adolescente normal como también en el que padezca alguna enfermedad.



Es mi deseo, desde la secretaria científica y de todo el comité organizador, agradecer a quienes asistieron y nos acompañaron durante los cuatro días de trabajo intenso. Sin esta asistencia no estaríamos disfrutando del éxito del mismo.

Quienes conformamos el equipo organizador y científico, hemos trabajado durante dos años para concretar este prestigioso 39 Congreso Argentino de Pediatría en la ciudad de Rosario, bajo el lema **Educación en prevención hacia una vida plena**.

Luego de un arduo proceso de reflexión, discusión y consenso asumimos desarrollar diferentes ejes temáticos, jerarquizando a la **Prevención** como el principal.

Consideramos que ellos aportan al enriquecimiento del pensamiento y de la tarea de los pediatras de todo el país, de países que nos rodean y más lejanos, a la vez que es la oportunidad de congregar a otros profesionales, como valiosos aliados en la tarea de propiciar el progreso de la ciencia y lograr la excelencia en la asistencia de nuestra infancia, adolescencia y sus familias.

Este Congreso es sin duda un hecho singular que pretende mancomunar esfuerzos, permitir una interacción transversal y afianzar encuentros con afectos muy fuertes y comprometidos.

Agradecemos a los **destacados invitados del exterior**, que reservaron tiempo de sus congestionadas agendas para compartirnos sus saberes, sus experiencias, ya sea en las sesiones plenarias o en las mesas temáticas que componen esta programación académica.

En igual sentido destacamos la numerosa oferta de **trabajos de investigación en las presentaciones orales o en póster**.

En estos trabajos es donde se evidencia el amplio espectro de temas y experiencias que se ofrecen, para que puedan adaptarse a los distintos contextos profesionales e institucionales, mostrando la presencia de un importante capital científico en nuestro Congreso.

El programa, extenso y abarcativo, se conformó con 130 actividades, distribuidas en conferencias, talleres, cursos, sesiones interactivas, mesas redondas, diálogos con expertos, tren de regiones, pasando revista y rayuelas.

Los temas incluyeron desde la **Prevención** hasta la **Medicina de precisión**, abordando problemáticas actuales de consulta frecuente, de enfermedades poco frecuentes y complejas, en el marco de la realidad social de nuestros pacientes y sus familias.

La **Prevención** ha sido el eje central que atravesó los temas tan excelentemente abordados: Prevención de lesiones, de la violencia y maltrato hacia pacientes y profesionales, medidas preventivas para lograr un ambiente saludable, favoreciendo la lactancia materna, la prevención de enfermedades infecciosas abordando el dinámico tema de las vacunas, la prevención de enfermedades no transmisibles, afianzando criterios para una adecuada prescripción de la actividad física.

Quiero mencionar mesas redondas en las que participaron especialistas de reconocida experiencia quienes trataron temas de consulta frecuente y de elevada prevalencia, como son las enfermedades relacionadas con la nutrición, las enfermedades alérgicas, gastrointestinales, respiratorias, nefrológicas, dermatológicas y la detección oportuna de trastornos del crecimiento y de los trastornos del neurodesarrollo. El equipo de diagnóstico por imágenes acompañó con significativos aportes las distintas problemáticas presentadas.

Se abordaron aspectos específicos de realidades que preocupan a nuestros pediatras y sus familias, brindando herramientas para el uso adecuado de las tecnologías de la información y la comunicación.

La salud presente en la escuela, trabajo conjunto del pediatra y del docente desde el jardín maternal hasta finalizar la escolarización, mesa redonda que brindó conceptos valiosos para fortalecer este vínculo.

Como ejemplo de trabajo, continuo, inter y transdisciplinario, cuyo objetivo es lograr el más alto nivel de salud y calidad de vida de los pacientes y sus familias, ha sido la visión actual de la Transición desde el pediatra al médico de adultos.

En la misma modalidad de la inter y la transdisciplina, los encuentro referentes a Adop-

ción, Sexualidad y género resultaron espacios de debate enriquecedor y orientador para el pediatra en su consultorio.

Nos nutrimos de las novedades aportadas por el grupo de trabajo de medicinas integrativas, visitándonos relatores estudiosos y comprometidos con el tema.

Además, hemos considerado pertinente incluir un espacio muy especial para considerar aspectos relacionados con nuestras infancias vulnerables, la problemática de las Adicciones, la Discapacidad.

Los Neonatólogos abordaron temas de distintas complejidades, que permitirán brindar una atención adecuada y de calidad en esta etapa crítica de la vida. También organizaron y participaron en un taller de Actualización en Reanimación Neonatal.

Fue un momento de encuentro para Pediatras en formación, grupo que trabaja en forma muy enriquecedora conectados entre filiales a través de modalidades presenciales y virtuales.

Los pediatras especializados en Emergencias y cuidados críticos organizaron cursos referentes a: Actualización en reanimación cardiopulmonar para médicos y Triage hospitalario: destinado a médicos y enfermeros, ambos contaron con la asistencia esperada y los objetivos logrados.

El Observatorio en Salud de la Infancia y Adolescencia de SAP, mostró variables e indicadores, destacando los beneficios de esta herramienta que permite a los pediatras hacer un diagnóstico de situación en cada una de las regiones.

Fortaleciendo la actividad intersectorial y con el objetivo de favorecer en forma conjunta acciones de colaboración en actividades técnicas, científicas y de capacitación, la SAP

ha firmado convenios con entidades gubernamentales, ministeriales, con OPS /OMS, con otras sociedades científicas y en el marco del congreso se mostró el impacto social de estas acciones, a través de su inclusión en actividades del programa científico.

El compromiso de nuestra sociedad con la comunidad estuvo presente a través de actividades abiertas, coordinadas por miembros de nuestros comités científicos y grupos de trabajo. A saber: taller de RCP para la comunidad, trabajo junto al Ministerio de Educación que reunió a docentes de toda la provincia de Santa fe, abordando la temática de prevención de lesiones, alimentación saludable y prevención de adicciones, un domingo de encuentro y juego con los abuelos en la Granja de la infancia y una jornada con expertos en deportología el Centro recreativo municipal.

Un especial reconocimiento a todas las empresas farmacéuticas que han estado presentes para la realización de estos eventos con sus stands comerciales y los Simposium.

Un enorme agradecimiento, con mucho afecto al equipo del comité científico, al resto del comité organizador y a todo el personal administrativo y de coordinación del evento.

Debo concluir diciendo que el congreso se desarrolló en un marco de integración científica y social, que nos permitió compartir conocimientos enriquecedores, para favorecer nuestro desarrollo profesional en beneficio de nuestros pacientes y sus familias.

¡Muchas gracias!

Dra. Elsa Mindel

*Secretaria Científica del 39º Congreso
Argentino de Pediatría*



**El CONARPE
en imágenes**

Pestaña Galería



UN NIÑO DE OTRO PLANETA

HABÍA UNA VEZ UN NIÑO, QUE TENÍA SIEMPRE MUCHAS GANAS.

¿GANAS DE QUÉ?

DE TODOOOO.

GANAS DE JUGAR.

GANAS DE REÍR MUY FUERTE.

GANAS DE CORRER MUCHO.

GANAS DE COMER COSAS RICAS.

GANAS DE CANTAR TODAS LAS CANCIONES DEL MUNDO.

GANAS DE DORMIR... A VECES.

GANAS DE VOLAR... SIEMPRE.

DE HACER RONDAS, DE INVENTAR JUEGOS, DE HACER COSQUILLAS.

PERO UN DÍA, SE LE OCURRIÓ LA IDEA MÁS LOCA,

LE DIERON GANAS DE VIAJAR A OTRO PLANETA,

PARA VER CÓMO ERA, NOMÁS,

PORQUE ESTE PLANETA LE GUSTABA BASTANTE.

SE LO CONTÓ A SU MAMÁ,

LA MAMÁ LE DIJO "BUENO".

SE LO CONTÓ A LA SEÑO,

LA SEÑO LE DIJO "¡QUÉ GRAN IDEA!"

SE LO CONTÓ A SUS AMIGOS.
Y, OBVIO, TODOS QUISIERON VIAJAR TAMBIÉN.

¿Y, A DÓNDE IRÍAN?

YA QUE PODÍAN ELEGIR, MEJOR BUSCAR UN LINDO PLANETA.



¿UNO CON DINOSAURIOS?

MMM, MEJOR NO. ERA PELIGROSO.

¿UNO CON NIEVE?

LA NIEVE ERA HERMOSA, ¡PERO QUÉ FRÍOOO!
MEJOR UN PLANETA CON MUCHO SOL, Y CON UN MAR CON OLAS,

Y CON PLAZAS PARA JUGAR,

Y ÁRBOLES PARA TREPAR.

ENTONCES, SÓLO QUEDABA ARMAR LA NAVE ESPACIAL.

SE ACORDÓ DE LA CAJA DE CARTÓN QUE HABÍA GUARDADO EL ABUELO:

¡ESA DONDE VINO LA ESTUFA, QUE ERA GIGANTE!

HABÍA QUE PONERLE UNA ANTENA, Y

DIBUJARLE UNA VENTANA,

PARA PODER VER EL CIELO Y LAS ESTRELLAS.
Y UNA ESCALERA, PARA BAJAR AL PLANETA
CUANDO LLEGARAN.

¡QUÉ EMOCIÓN! ¡TODO LISTO!

EL NIÑO SE FUE A DORMIR, PREPARADO PARA
EL VIAJE.

ESA NOCHE SOÑÓ CON ESTRELLAS, CON
PÁJAROS,

SOÑÓ QUE JUGABA EN LA PLAYA MIRANDO EL
MAR,

Y QUE EL VIENTO SE LE METÍA EN LA BOCA,
MEZCLADO CON LA ARENA TIBIA.

EL NIÑO MASTICABA LA ARENA DESPACITO,
PARA QUE SU MAMÁ NO SE DIERA CUENTA.
Y SE REÍA CON LA BOCA CERRADA, HACIENDO
FUERZA,

PARA QUE NO ENTRARA MÁS VIENTO ARENOSO.
A LA MAÑANA, SE DESPERTÓ TODO ENREDADO
EN LAS SÁBANAS.

SE RASCÓ LA CABEZA Y LE SALIÓ UN POCO DE
ARENA DE ENTRE LOS PELOS.
"¡HIJO, ANDÁ A LAVARTE LAS MANOS ANTES DE
DESAYUNAR,

SE NOTA QUE ANOCHE NO TE LAS LAVASTE!,
DIJO LA MAMÁ.

"¡Y PEINATE UN POCO, MIRÁ ESOS PELOS,
PARECE QUE VINIERAS DE OTRO PLANETA!"

Y SE VE QUE SÍ, SE VE QUE VENÍA DEL OTRO
PLANETA,

PORQUE LA NAVE ESPACIAL ESTABA TODA
GASTADA,

TENÍA ARENA HASTA EN LOS PIES Y LOS OJOS
LLENOS DE ESTRELLAS.

Y SE MORÍA DE SUEÑO, SE LA HABÍA PASADO
JUGANDO TODA LA NOCHE.

*Inspirado en un NIÑO REAL, que me invitó a
VIAJAR A OTRO PLANETA.*

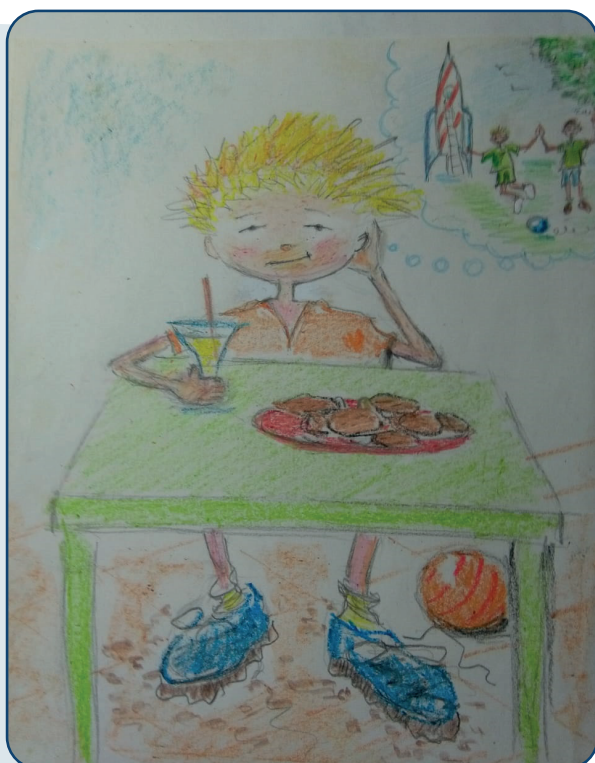
*Y en mi niño MATÍAS, que es el niño más de otro
planeta que conozco.*

María Laura Ré

*Médica Pediatra. Mamá, escritora y promotora de
la lectura en todas las edades.*

marialaura_re@yahoo.com.ar

Dibujos: Gustavo Ré

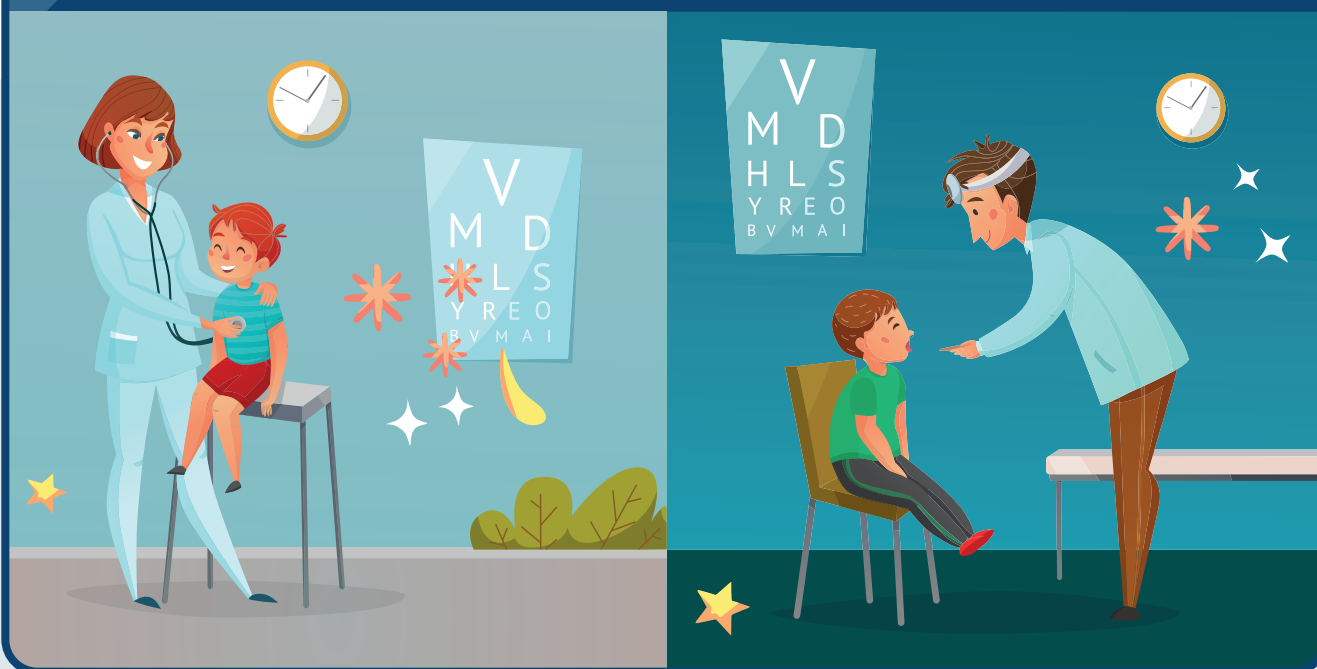


**Gracias por acompañarnos en este gran año
lleno de desafíos! ✨**

Felices fiestas y arranquemos
un 2020 **con mucha SPR:**

**SALUD
PREVENCIÓN
RESPONSABILIDAD**

SPR
SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
DE ROSARIO



NUTRICIA • Bagó
Expertos en nutrición temprana



Nutrilon
ProExpert

La fórmula post-alta NUTRILON PREMATUROS 2 ahora también en formato líquido!

Nutrilon Prematuros 2, acorde a las recomendaciones, **brinda el aporte de nutrientes adecuado para alcanzar el crecimiento óptimo para su edad.**⁽¹⁾

Los niños prematuros que reciben una fórmula post alta **alcanzan valores de peso y talla más adecuados** en comparación con aquellos niños prematuros que reciben una fórmula Etapa 1.⁽²⁾

El formato líquido tiene mayor practicidad y mayor seguridad ⁽³⁾

NUEVO!



NUTRICIA Profesional.com
Sitio exclusivo para profesionales médicos

(1) Agget P et al. Feeding Preterm infants after hospital discharge. A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. JPGN 2006;42:596-603.

(2) Lucas A et al. Randomized trial of nutrient-enriched formula versus standard formula for postdischarge preterm infants. Pediatrics. 2001 Sep;108(3):703-11.

(3) AFSSA Hygiene recommendations for the preparation, handling and storage of feeding bottles. July 2005

NOTA IMPORTANTE:

La lactancia materna es la mejor forma de alimentación para el lactante. La introducción con biberón puede conducir al abandono de la lactancia natural y la posibilidad de revertir esta decisión es limitada; de ahí que la alimentación en base a fórmulas lácteas debe llevarse a cabo sólo ante la dificultad real de suministrar al lactante leche materna. El uso de sucedáneos de la leche materna en forma inadecuada y/o innecesaria repercute en el estado de salud del lactante y afecta los aspectos sociales y económicos de la alimentación. Mantener la práctica natural como medio de mejorar la salud y la nutrición de lactantes y niños de corta edad es preocupación prioritaria de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). El Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna (OMS - 1981) tiene como objetivo contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de sucedáneos de la leche materna, cuando éstos son necesarios. **Para profesionales de la salud exclusivamente. Prohibida su distribución al público general.**

¡Gracias por hacerlo realidad!



Rosario

Santa Fe, Argentina

24 al 27 de septiembre
2019



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
DE ROSARIO

Staff

*Boletín Sociedad de
Pediatría de Rosario.*

Coordinadora:

Dra. Mariangeles Viviana Jeich

Colaboradoras:

Dra. Sonia Inés Morero

Dra. María Carolina Viteri

Catamarca 1935 - 2000 Rosario - Telefax: 0341 425 3062
administracion@pediatriarosario.org.ar