

# Noticias

SECCIÓN A CARGO DE **PAOLA VIOLA<sup>a</sup>** Y **SILVIA TONINI<sup>b</sup>**

## 4 de octubre. Día del Voluntario Hospitalario

Queremos saludar muy especialmente al equipo de Voluntarias que desde hace 58 años nos ayudan y acompañan en el hospital.



*“No es cuanto hacemos, sino cuánto amor ponemos en lo que hacemos”.*

## 20 de octubre. Día de la Pediatría *Desafíos de los pediatras de ayer y de hoy\**

Los pediatras somos médicos que elegimos trabajar con y por los niños, niñas y adolescentes. Somos defensores de sus derechos fundamentales. Creemos en ellos y les creemos a ellos, aprendemos de ellos y con ellos. Cuando ellos no pueden hablar, los pediatras somos su voz. Nos movilizan valores como el respeto, el amor, la empatía, la ecuanimidad y la compasión.

Un niño crece en un entorno familiar, cultural y social. Los pediatras trabajamos con la familia y la comunidad, incluso antes de que un niño nazca. Tenemos el privilegio y la responsabilidad de acompañar a las familias en la crianza. Somos parte de un entramado socio cultural que debemos comprender, para intentar modificar.

a. Médica pediatra de planta. Consultorios Externos HNRG  
b. Médica pediatra. Ex médica de planta HNRG

Con el desarrollo de la ciencia y la tecnología, hemos encontrado respuesta a enfermedades que atenaban contra la vida de la población. Hoy emergen problemáticas como la malnutrición, los problemas del desarrollo, la violencia, el maltrato infantil y enfermedades reemergentes, como el sarampión o la sífilis congénita. Los pediatras necesitamos una formación integral para comprender la complejidad de los motivos de consulta actuales. Esto obliga a trabajar en equipo desde un enfoque interdisciplinario. Los desafíos actuales que tenemos los pediatras hoy, se relacionan con los cambios culturales vinculados con el rol de la mujer en la sociedad, las nuevas composiciones familiares, las identidades de género, las migraciones y el crecimiento de la pobreza.

Reconociendo las bondades de la tecnología, no podemos dejar de mencionar el impacto negativo que esta genera en la relación de los padres con los hijos, reemplazando espacios de comunicación y tiempo compartido. Este es otro de los desafíos que los pediatras debemos asumir.

Volviendo a los clásicos... adherimos a la concepción del Pediatra de uno de nuestros maestros, el Dr. Florencio Escardó, quien decía "No soy un médico de niños, soy pediatra. La pediatría es la medicina del hombre y le incumbe todo lo que a cuidado y encauce físico se refiere (alimentación, higiene), y todo lo que a cuidado y encauce psicosocial se refiere (regulación afectiva de la vida familiar)".

En la época actual pensamos la pediatría desde la concepción de la salud integral y el enfoque de derechos.

Aprendimos también, de otro de nuestros maestros, el Dr. Carlos Gianantonio que nuestro deber es "acompañar siempre, curar tal vez...".

**DRA. NATALIA REGATKY y DRA. KARINA GUTSON<sup>a</sup>**

a. Médicas Pediatras. División Promoción y Protección de la Salud. HNRG

\* **Aclaración:** cuando en este escrito se menciona "niño/s" hacemos referencia a niños, niñas y adolescentes.

---

## 29 de octubre. Día Mundial de la Psoriasis

El 30 de mayo de 2013, la Organización Mundial de la Salud decidió instituir el 29 de octubre como Día Mundial de la Psoriasis, reconociendo que la psoriasis es una enfermedad crónica, no contagiosa, desfigurante e incapacitante. De esta manera propone implementar todos los esfuerzos necesarios para mejorar la salud del 2-3% de la población mundial que sufre psoriasis. La psoriasis aparece con frecuencia durante la adolescencia y la edad adulta y solo el 10-15% de los casos aparecen durante la edad escolar.<sup>1</sup>

Es una enfermedad inflamatoria de la piel inmunomediada por los linfocitos T, crónica y sistémica. Se caracteriza por la hiperproliferación y diferenciación de los queratinocitos, angiogénesis y vasodilatación dérmica. Estos procesos se inician por una respuesta innata exagerada a estímulos aún desconocidos y se mantienen por una estimulación persistente de los linfocitos Th en individuos genéticamente predisuestos.

Se la puede reconocer clínicamente por su lesión característica de placa eritemato-escamosa, de escama blanco nacarada que prefiere rebordes óseos y reproduce la lesión ante mínimos traumatismos.

Se asocia con afecciones comórbidas graves, como enfermedades cardiovasculares, obesidad y diabetes.<sup>2</sup> Las personas afectadas sufren estigmatización, discriminación social y laboral. Al menos un tercio de los pacientes con psoriasis también experimentan afectación articular (artritis psoriásica).<sup>3</sup>

Existen distintas formas clínicas. Podemos agruparlas para su mejor manejo en formas generalizadas y localizadas, estables e inestables.

Las formas generalizadas se distribuyen en gran parte de la superficie corporal como la psoriasis vulgar y la guttata; en cambio las formas parciales son aquellas localizadas en palmas, plantas, cuero cabelludo, región genital, uñas, invertida o flexural entre otras.

Las formas inestables son las que pueden exacerbarse y poner en riesgo la vida del paciente como la eritrodérmica y la pustulosa generalizada. Estas últimas suponen un compromiso del 90% o más de la superficie corporal con inflamación (eritema, edema) y descamación persistente. Esto produce el cuadro clínico



denominado fallo cutáneo agudo y representa una urgencia dermatológica por su posible descompensación hemodinámica y sepsis.

Se puede medir la enfermedad y clasificarla en formas leves, moderadas y graves, utilizando diferentes puntajes: BSA (área de superficie corporal), PASI (índice de gravedad del área de psoriasis), DLQI (índice de calidad de vida dermatológica). La puntuación PASI es útil tanto en la evaluación de la gravedad de la enfermedad como para la monitorización del tratamiento y esta puntuación es muy utilizada en estudios clínicos.

Usando el BSA: cuando la superficie del cuerpo que se ve afectada se encuentra por debajo del 2% representa una forma leve de enfermedad, entre el 2 y el 10% moderada y más del 10% severa. También se considera moderada a severa en pacientes con un BSA menor del 5% si involucra áreas sensibles como las manos, pies, cara o genitales. Las lesiones en áreas visibles o difíciles de tratar pueden afectar la función diaria en detrimento de la calidad de vida en mayor grado que las lesiones en otras ubicaciones corporales.

Otro puntaje que se utiliza para este propósito es el DLQI, un cuestionario de 10 preguntas respondidas por el paciente que se refiere a su experiencia de la semana pasada.

Las opciones de tratamiento disponibles para controlar la enfermedad incluyen terapia tópica, fototerapia, tratamiento oral y terapia biológica. La elección del tratamiento se basa en la gravedad de la enfermedad, la presencia de comorbilidades y el historial de tratamiento (capacidad de respuesta, tolerabilidad).

Muchos pacientes con psoriasis moderada a severa no reciben tratamiento o solo reciben tratamiento tópico e informan insatisfacción con el tratamiento, síntomas mal manejados y el impacto continuo de la enfermedad en la calidad de vida. Cada opción de tratamiento presenta un conjunto único de beneficios, riesgos de seguridad, horarios de dosificación y requisitos de monitoreo.<sup>4</sup>

Las formas leves de psoriasis se pueden controlar mediante el tratamiento local con: corticoesteroides tópicos, análogos de la vitamina D3 (calcipotriol), combinaciones de corticoesteroides tópicos y calcipotriol, alquitranes, queratolíticos, emolientes. Para el tratamiento de formas leves, también se usa fototerapia. Las formas moderada y moderada-severa requieren fototerapia (UVB, UVA, PUVA) y / o tratamiento sistémico. El tratamiento sistémico clásico estándar está representado por metotrexato, acitretin y ciclosporina. Aunque son efectivos presentan numerosos efectos secundarios, tanto a corto como a largo plazo; y muchos pacientes presentan formas de enfermedad que son resistentes a estas terapias estándar.<sup>5,6</sup>

En los últimos años, la terapia biológica se ha utilizado cada vez más para tratar las formas moderadas-severas o severas de psoriasis: inhibidores de interleucina (IL) -12, IL-23, factor de necrosis tumoral (TNF) - $\alpha$  e IL-17 adalimumab, etanercept, infliximab, ustekinumab, ixcekizumab.<sup>6</sup>

La evidencia creciente indica que los tratamientos sistémicos para la psoriasis que reducen la inflamación podrían ayudar a reducir los riesgos de eventos cardiovasculares y mejorar la patología asociada con la ECV.<sup>7,8</sup>

1. Rotaru M, Iancu G, Postole M. Factoriinfectiosi - triggeriiimportantiaipsoriazisului la copil. Transilvanica Medical Acta Magazine 2007. Disponible en: <https://www.emcb.ro/article.php?story=20070423165949408>.
2. Davidovici BB, Sattar N, Prinz J, et al. Psoriasis and systemic inflammatory diseases: potential mechanistic links between skin disease and co-morbid conditions. J Invest Dermatol. 2010; 130 (7):1785-96.
3. Gladman DD, Antoni C, Mease P, et al. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. Ann Rheum Dis. 2005;64 Suppl2:ii14-7.
4. Van de Kerkhof PCM, Reich K, Kavanaugh A, et al. Physician perspectives in the management of psoriasis and psoriatic arthritis: results from the population-based Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis survey. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015; 29 (10):2002-10.
5. Teodorescu AC. Tratamentul biologic pentrupsoriazis si posibilelecomplicatiiinfectioase. Revista Romana de Boliinfectioase. 2012; XV (4): 279-284.
6. Smith CH, Anstey AV, Barker JN, et al. British Association of Dermatologists' guidelines for biologic interventions for psoriasis 2009. Br J Dermatol. 2009;161(5): 987-1019.
7. Wu JJ, Guérin A, Sundaram M, et al. Cardiovascular event risk assessment in psoriasis patients treated with tumor necrosis factor- $\alpha$  inhibitors versus methotrexate. J Am Acad Dermatol. 2017; 76(1):81-90.
8. Ahlehoff O, Skov L, Gislason G, et al. Cardiovascular outcomes and systemic anti-inflammatory drugs in patients with severe psoriasis: 5-year follow-up of a Danish nationwide cohort. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015; 29 (6):1128-34.

**DRA. IANINA MÁSSIMO<sup>a</sup>**

a. Servicio de Dermatología. HNRG.

---

Octubre.

## Mes de la Concientización sobre el Cáncer de Mama

La detección temprana del cáncer de mama aumenta las posibilidades de cura. Para ello, todas las mujeres entre los 50 y los 69 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de cáncer de mama, deben realizarse una mamografía cada uno o dos años.

### Factores de riesgo y prevención

- Ser mayor de 50 años.
- Antecedentes personales de cáncer de mama o de enfermedad pre-neoplásica de mama.
- Antecedentes familiares de cáncer de mama.
- Tratamiento previo con radioterapia dirigida al tórax.
- Terapia de reemplazo hormonal.
- Primera menstruación a edad temprana.
- Edad avanzada en el momento del primer parto o nunca haber tenido hijos.
- El sobrepeso, sedentarismo y consumo excesivo de alcohol son factores que se pueden evitar para disminuir el riesgo de tener cáncer de mama.

El cáncer de mama hereditario representa solo alrededor del 5-10% de todos los casos de este tipo de cáncer.

### ¡AYUDEMOS A GENERAR HABITOS SALUDABLES!

Durante todo el mes, en el país, se realizaron diferentes actividades para difundir y concientizar. En este marco, la artista plástica Valeria Feliú expuso su obra en la muestra "100 mujeres x las mujeres".



*"Que el desconocimiento no nos impida ver la realidad". Óleo sobre tela*

Fuente: <https://www.argentina.gob.ar/salud/cancer/tipos/cancer-de-mama>



## 12 de Noviembre. Día Mundial de la Neumonía

Desde hace 10 años, la Coalición Mundial contra la Neumonía Infantil busca sensibilizar a la población mundial sobre el problema de salud que constituye la neumonía e intenta promover las intervenciones necesarias para prevenirla y tratarla adecuada y oportunamente.

### Datos y cifras de la OMS

- La neumonía es responsable del 15% de todas las defunciones de menores de 5 años.
- La neumonía puede estar causada por virus, bacterias u hongos.
- La neumonía puede prevenirse mediante inmunizaciones, una alimentación adecuada y control de factores ambientales.
- La neumonía causada por bacterias puede tratarse con antibióticos, pero solo un tercio de los niños que padecen neumonía reciben los antibióticos que necesitan.

El Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de la Neumonía (GAPP) de la OMS y el UNICEF tiene por objetivo acelerar el control de la neumonía combinando diversas intervenciones de protección, prevención y tratamiento de la enfermedad en los niños, con medidas como las siguientes:

- **protección** de los niños de la neumonía, entre otras cosas promoviendo la lactancia natural exclusiva y el hábito de lavarse las manos y reduciendo la contaminación del aire en interiores (humo de cigarrillo);
- **prevención** de la neumonía mediante la vacunación, el lavado de las manos con jabón, la reducción de la contaminación del aire doméstico, la prevención del VIH y la profilaxis con trimetoprima-sulfametoxazol en los niños infectados por el VIH o expuestos a él;
- **tratamiento** de la neumonía, sobre todo procurando que todos los niños enfermos tengan acceso a una atención sanitaria correcta (dispensada por un agente de salud comunitario o bien en un centro de salud cuando la afección revista gravedad) y reciban los antibióticos y el oxígeno que necesitan para sanar.

Fuente: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>

---

## 12 de noviembre. Día Mundial de la lucha contra la Obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica que, en las últimas décadas, continúa incrementándose en todo el mundo, incluso en edades tempranas. Según la OMS, en 2016, el 18% de los niños y adolescentes entre los 5 y 19 años y 41 millones de niños menores de 5 años presentaban sobrepeso u obesidad. Más del 80% de esos niños viven en países en desarrollo.

Además, es altamente preocupante que no solo se observa un aumento en la prevalencia sino también en la severidad de la obesidad en la mayoría de los países.

A nivel nacional, según la 2° Encuesta Mundial de Salud Escolar publicada en 2012, en el grupo de adolescentes de 13 a 15 años, aumentó el exceso de peso del 24,5% al 28,6% y la prevalencia de obesidad pasó del 4,4% al 5,9% comparada con la realizada en el año 2007. Señala además el incremento del sedentarismo en este grupo etario, como uno de los factores importantes de este aumento.

Recientemente se conocieron los resultados preliminares de la Segunda encuesta de Nutrición y Salud (ENNyS 2) con datos realmente alarmantes: el exceso de peso en niños y niñas menores de 5 años alcanza al 13,6% de la población estudiada y en el grupo de 5 a 17 años asciende a 41,1%. Los grupos sociales de menores ingresos evidenciaron mayores índices de exceso de peso a expensas de mayor prevalencia de obesidad, que fue un 21% mayor en el quintil de ingresos más bajos respecto del más alto. La encuesta

además pone en evidencia las bajas tasas de lactancia materna exclusiva a los 6 meses (poco más del 40% de los niños la alcanzan) y el consumo de frutas y verduras que están muy por debajo de las recomendaciones (solo 1/3 de la población de 2 y más años consumió fruta una vez al día en los últimos tres meses). A la poca frecuencia de patrones dietarios saludables se agrega el consumo de bebidas artificiales azucaradas, productos de pastelería, y/o facturas, galletitas dulces, cereales con azúcar, cuyo consumo en niños y adolescentes supera ampliamente al consumo de los adultos.

La escuela, que podría resultar una ventana de oportunidad para la adquisición de hábitos saludables, no promueve modificaciones en estos hábitos inadecuados: en pocas instituciones se ofrece agua segura como bebida, frutas y leche como colaciones y la mayoría no cuenta en su currícula con la actividad física diaria recomendada.

La aparición de obesidad está determinada por la interacción dinámica entre el bagaje genético, el ambiente y el desarrollo tempranos. Su etiopatogenia es compleja. En su desarrollo coexisten una alimentación hipercalórica y desestructurada con niveles reducidos de actividad física, que determinan la acumulación del exceso de energía en forma de tejido adiposo.

Los niños en países de bajos y medianos ingresos son más vulnerables a la mala nutrición prenatal y en la infancia. Y al mismo tiempo, están expuestos a una alimentación alta en grasa, alta en azúcares, alta en sal, densamente energética y de baja densidad de micronutrientes, que suele ser más económica, pero de menor calidad nutricional.

Dado el fracaso de las estrategias actuales de tratamiento para reducir la obesidad, es de fundamental importancia intentar actuar antes de la instalación de la misma.

El riesgo de persistencia de la obesidad a lo largo de la vida y sus consecuencias futuras sobre la salud cardiovascular señalan la importancia de implementar estrategias de prevención aún desde antes de la concepción.

Los hábitos alimentarios se forman en la infancia, un período crítico en el que una nutrición óptima es importante para mantener el crecimiento y asegurar un futuro saludable.

La prevención primordial es la estrategia más costo - efectiva para prevenir la instalación de los factores de riesgo que condicionarán la calidad de futura.

**DRA. MIRIAM TONIETTI<sup>a</sup>**

a. Servicio de Nutrición. HNRG.

---

## **XXXII Jornadas del Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”. XII Jornadas de Enfermería**

Entre el 6 y el 8 de noviembre pasado se realizaron las XXXII Jornadas del Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez” y las XII Jornadas de Enfermería, en el hospital y en el Palais Rouge. En el marco de las mismas se realizó el II Simposio de Actualización en Inmunizaciones. En un año muy difícil en nuestro país, la tarea fue muy ardua desde el punto de vista económico. Pero podemos decir con gran satisfacción que lo logramos. Y fue gracias al esfuerzo de un equipo excepcional de profesionales que dieron todo para el desarrollo de las mismas, empezando por la Lic. Mónica García Barthe, presidente de la Asociación de Profesionales, los Comités Organizador y Científico y muchos miembros del equipo de salud del hospital, como la Dra. Angela Gentile. No puedo dejar de mencionar a la Industria Farmacéutica y otras empresas, ya que sin su apoyo no hubiera sido posible realizarlas.

De un total de 1550 inscriptos, se acreditaron 1027 (66%). 65% médicos, 33% otros profesionales de la salud y 2% estudiantes. El 81% de los asistentes fue de CABA, 18% de la provincia de Buenos Aires, 10% del interior y 1 extranjero. Cabe destacar que hubo un 37% de asistentes de otros hospitales, hecho que sigue mostrando el interés que despiertan nuestras jornadas, pioneras en la educación pediátrica.

El nivel científico de las conferencias, mesas redondas, talleres y simposios fue de excelencia y hubo alta concurrencia en todos. Se presentaron 124 trabajos a poster y 5 a premio que fueron discutidos por un equipo de prestigiosos profesionales.



No quiero dejar de agradecer a María Claudia Iturregui y su equipo de New Meetings que nos acompañó nuevamente en la organización y a la que ya consideramos parte de nuestro hospital por su amor y dedicación.

En mi carácter de secretaria del Comité Organizador agradezco la confianza que me brindó el hospital y al excepcional equipo de colaboradores, sin el cual las jornadas, no se hubieran logrado. ¡Suerte para las próximas!

**DRA. MARÍA ROSA SIMSOLO<sup>o</sup>**

a. Secretaria Comité Organizador. HNRG.

---

## 14 al 19 de noviembre. Semana del Prematuro

### **Lema 2019: *Tengo derecho a que mis derechos se cumplan.***

Esta iniciativa conjunta entre UNICEF y la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación comenzó hace 10 años y tiene como objetivo dar visibilidad al tema del nacimiento prematuro y su impacto sobre la salud pública y la sociedad. No sólo pretende crear conciencia sobre los derechos de los niños y niñas que nacen “antes de tiempo”, sino también movilizar a los miembros de los equipos de salud y a la comunidad toda, para garantizar su protección y cumplimiento efectivo. En 2010 fueron identificados y definidos diez derechos esenciales, que constituyen el Decálogo de los Derechos de los recién nacidos prematuros y han dado forma a los temas centrales de cada campaña a lo largo de la última década. La tarea, sin duda, no concluye aquí, sino que nos compromete a seguir trabajando juntos hasta lograr su plena vigencia para todos los niños.

### **Derechos del prematuro**

- La prematuridad en muchos casos se puede prevenir y toda mujer tiene derecho a controles durante su embarazo.
- Los recién nacidos prematuros tienen derecho a nacer y recibir atención en lugares adecuados.
- El recién nacido prematuro tiene derecho a recibir atención acorde a sus necesidades, considerando su peso al nacer, sus semanas de gestación y sus características pensando en su futuro.
- Tienen derecho a recibir controles adecuados de enfermería, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia.
- Los bebés nacidos de parto prematuro tienen derecho a ser alimentados con leche materna.
- Tienen derecho a la prevención de la ceguera por retinopatía del prematuro.
- Un bebé que fue un prematuro de alto riesgo, luego del alta, debe acceder a programas especiales de seguimiento.
- La familia de un bebé prematuro tiene derecho a recibir información y participar de las decisiones con respecto a su salud a lo largo de su atención neonatal y pediátrica.
- El recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado todo el tiempo por su familia.
- Las personas que nacen prematuramente tienen el mismo derecho a la integración social que las que nacen a término

**Fuente:** <http://semanadelprematuro.org.ar/>

---

## 14 al 20 de noviembre. Semana Mundial de Concienciación sobre el uso de los Antibióticos

La Resistencia Antimicrobiana (RAM) es uno de los problemas de Salud más preocupantes en la actualidad en el mundo. Si bien desde el descubrimiento de la Penicilina en 1940 el uso de antibióticos permitió grandes avances en la medicina, favoreciendo el tratamiento y la curación de numerosas enfermedades que de otro modo eran letales, a poco de su descubrimiento el desarrollo de resistencia a los antibióticos emergió como un problema también creciente.

Los antimicrobianos eficaces son imprescindibles en salud humana, tanto para medidas preventivas como curativas, para proteger a los pacientes frente a enfermedades potencialmente mortales y para garantizar que puedan llevarse a cabo procedimientos de alta complejidad, tanto quirúrgicos como quimioterápicos, trasplantes, etc. con escasos riesgos. En este contexto, la mayor sobrevida secundaria a procedimientos quirúrgicos o farmacológicos complejos, o el uso de terapias que alteran notablemente la respuesta inmunológica del huésped, son exitosos en la medida en que frente a la emergencia de eventuales complicaciones infecciosas sea posible contar con antibióticos eficaces para su tratamiento.

La farmacorresistencia es un proceso natural, sin embargo, se ha visto exponencialmente aumentado debido al uso inapropiado de antibióticos. Por todos conocidos, los ejemplos sobre uso inapropiado de antibióticos incluyen: el uso excesivo de antibióticos en infecciones ambulatorias que no lo requieren, la automedicación sin prescripción médica, la no aplicación de las restricciones de venta bajo receta archivada en las farmacias, el incumplimiento de la posología, el uso de antibióticos de amplio espectro en el ámbito hospitalario entre otros. Frente a ello, el surgimiento de microorganismos con sensibilidad disminuida a los antibióticos, trae aparejado una serie de consecuencias: mayores costos en salud por tratamientos médicos de más alto costo, internaciones más prolongadas que pueden traducirse en mayor mortalidad. Esta situación implica diversos grados de complejidad: desde bacterias multirresistentes (aquellas que son resistentes al menos a tres clases de antibióticos), de resistencia extrema (cuando son resistentes a la mayoría de ellos) o bien bacterias panresistentes (es decir resistentes a todos los antimicrobianos existentes). Y este problema de tan alta severidad puede ponerse de manifiesto no solamente en infecciones adquiridas en el hospital, sino también en infecciones de inicio en la comunidad.

Por otra parte, el uso no apropiado de antibióticos ocurre, no sólo en la utilización de los mismos en salud humana, sino que involucra también salud animal y producción de alimentos, por lo cual el mal uso y abuso sistemático de estos fármacos ha puesto en riesgo a todas las naciones.

Es por ello que la OMS se refiere a la resistencia a los antibióticos, como “una de las mayores amenazas para la salud mundial, la seguridad alimentaria y el desarrollo”.

Ante esta crisis, la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2015, adoptó un Plan de Acción Mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos, en el que se establecieron cinco objetivos:

1. Mejorar la concientización y la comprensión de la resistencia a los antimicrobianos a través de comunicación, educación y formación efectiva.
2. Reforzar los conocimientos y la base científica a través de la vigilancia y la investigación.
3. Reducir la incidencia de las infecciones con medidas eficaces de saneamiento, higiene y prevención de las infecciones.
4. Utilizar de forma óptima los medicamentos antimicrobianos en la salud humana y animal.
5. Preparar argumentos económicos a favor de una inversión sostenible que tenga en cuenta las necesidades de todos los países y aumentar la inversión en nuevos medicamentos, medios de diagnóstico, vacunas y otras intervenciones.

Ahora bien, llevar a cabo este plan exige la necesidad de un enfoque basado en el concepto de UNA SALUD, que requiere la coordinación de numerosos sectores y agentes internacionales, en particular la medicina y la veterinaria, pero también la agricultura, finanzas y medio ambiente, además de consumidores bien informados. Bajo este concepto, trabajan en conjunto la OMS junto a la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), al cual adhirieron



numerosos países miembros de la Organización de las Naciones Unidas.

En Argentina, en el año 2015, se creó la Comisión Nacional de Control de la Resistencia Antimicrobiana (CoNaCRA), por Resolución conjunta 834/15 del Ministerio de Salud de la Nación. La estrategia argentina se basa en el trabajo articulado de las instituciones que conforman CoNaCRA:

Los principales ejes de trabajo de esta comisión son:

- Vigilancia de la resistencia antimicrobiana en humanos
- Vigilancia de la resistencia antimicrobiana en animales
- Vigilancia de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS)
- Concientización sobre el uso de los antibióticos
- Comunicación y capacitación

En el Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", el laboratorio de microbiología, lleva a cabo la identificación de los agentes causales de los procesos infecciosos y el estudio de la sensibilidad antibiótica, basado en determinar los mecanismos de resistencia, a fin de favorecer un tratamiento antibiótico apropiado acorde a los microorganismos identificados como agentes causales del proceso.

Por otra parte, el Servicio de Infectología realiza también un programa piloto para el uso apropiado de antimicrobianos, llevando a cabo diferentes acciones, entre las que se incluyen análisis de uso apropiado de antimicrobianos mediante estudios de corte transversal en las diferentes unidades de internación del hospital, tanto de clínica, cirugía, traumatología y unidades críticas (unidad de cuidados intensivos, terapia Intermedia, neonatología y unidades de internación de pacientes inmunosuprimidos), como así también la implementación junto a la división farmacia del hospital del uso de planillas de antibióticos de uso restringido, con la finalidad de favorecer y controlar el uso apropiado de antimicrobianos.

Nuestro desafío hacia el futuro se centra fundamentalmente en mejorar el conocimiento de la RAM en nuestro medio, continuar con la vigilancia activa de microorganismos resistentes, como así también propiciar la utilización de antimicrobianos en forma óptima fortaleciendo las medidas iniciales implementadas mediante la concreción de un programa de uso apropiado de antimicrobianos. Es importante concientizar que la única posibilidad de enfrentar esta problemática es a través de una acción conjunta que cuente con el compromiso continuo de todos los efectores involucrados en el uso de antimicrobianos.

**SERVICIO DE INFECTOLOGÍA, Departamento de Medicina y Laboratorio de Microbiología. HNRG.**

---

## 21 de noviembre. Día Nacional de la Enfermería

Desde el comité editorial de la revista queremos saludar a todos los profesionales de la salud que están al servicio de la comunidad, colaborando en la prevención de las enfermedades, promoción, protección y recuperación de la salud y en la rehabilitación individual, familiar y comunitaria.

---

## 3 de diciembre. Día del Médico

En 1953, la Organización Panamericana de la Salud proclamó el 3 de diciembre como Día Panamericano del Médico. La propuesta estuvo a cargo del Dr. Remo Bergoglio en representación de la Federación Médica Argentina y en homenaje al doctor Carlos Juan Finlay, un médico y científico cubano, que descubrió el papel del mosquito *Aedes Aegypti* en la transmisión de la fiebre amarilla.

El Dr. Finlay nació en 1833, hijo de un médico inglés residente en Cuba y de una española. Inició sus estudios sobre la fiebre amarilla y el mosquito que azotaban la isla en ese momento. Fueron más de 20 años de arduo trabajo, hasta que sus estudios acerca del carácter vectorial de esta enfermedad se dieron a conocimiento. Las palabras del General Leonard Wood, un médico militar estadounidense, Gobernador de

Cuba en 1900 señalaba: *“La confirmación del Dr. Finlay es considerada como el paso adelante efectuado en la ciencia médica desde el descubrimiento de Jenner para la vacunación contra la viruela”*. Mientras tanto, el doctor William Crawford Gorgas, médico militar que había tratado de erradicar la fiebre amarilla en Santiago de Cuba sin conseguirlo, por iniciativa de Finlay creó una Comisión Cubana de la Fiebre Amarilla que, siguiendo las indicaciones del médico cubano, combatió al mosquito y aisló a los enfermos. En sólo siete meses, la enfermedad desapareció en Cuba. También ayudó a reducir la incidencia y prevalencia de la enfermedad en Panamá durante la campaña americana de la construcción del Canal de Panamá. Antes de esto, cerca del 10% de la fuerza de trabajo moría cada año de la malaria y la fiebre amarilla. Los mismos principios indicados por el doctor Finlay permitieron sin duda terminar con éxito esa gran obra de ingeniería. El Dr. Finlay fallece de un accidente cerebrovascular en su casa de La Habana en 1915.

Tan grande es la figura del Dr. Finlay que hace recordar la epidemia de fiebre amarilla en 1871 en Buenos Aires, donde cayó la inefable figura de Francisco Javier Muñiz junto a otros sacrificados médicos que, víctimas del flagelo, honraron la vocación con la entrega de sus vidas. Nos reconforta decir que algunos de sus nombres estuvieron frente a algunas de las salas del hospital Muñiz: Manuel Gregorio Argerich, su hermano Adolfo, Sinforoso Amoedo, Caupolicán Molina (quien fue enviado al Hospital de Vedia por el Gral. B. Mitre a tratar al Cacique Ignacio Coliqueo, Jefe Mapuche gravemente enfermo, quedando la tribu instalada luego en el actual Los Toldos, Pcia. Bs. As.) Francisco Riva, Gil José Menéndez, Roque Pérez, Guillermo Zapiola, Vicente Ruiz Moreno, entre otros...

Un monumento del escultor Juan Ferrari recuerda en el Parque Ameghino los 14000 muertos de la epidemia. Allí era el cementerio Sur, donde se quemaban los fallecidos (personal de enfermería, de laboratorio y médico) frente al Hospital Muñiz.

Hoy como entonces, el 3 de diciembre volvió a convocar a toda la comunidad hospitalaria a celebrar por los profesionales de todas las épocas, recordando a los que ya no están y que desde la profesión abrieron el camino hacia la ciencia del futuro. Durante el acto, se mencionó el logro de la Indización de nuestra Revista y se entregaron premios y reconocimientos:

- Reconocimiento al Servicio de Epidemiología, por el número especial de vacunas.
- Mención Especial al número de endocrinología (En homenaje al Dr. Juan Heinrich).
- Primer Premio: al trabajo “Nódulos tiroideos, predictores de malignidad” (Patricia Papendiek y col).
- Premio Accedit: al trabajo “Eficacia de una tabla de drogas. Una herramienta eficaz para evitar errores” (Agustín Iglesias y col).

**DR. OSCAR CAPURRO<sup>a</sup> y DR. DOMINGO CIALZETA<sup>a</sup>**

a. Comité Editorial.

#### Fuente

- Finlay CJ (1882). El mosquito hipotéticamente considerado como agente de trasmisión de la fiebre amarilla (presentación: 14 de agosto de 1881). Anales de la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana 18:147-169.
- Finlay CJ. Vida y obra (sitio web dedicado a la vida y obra de Carlos Juan Finlay).

