



Órgano oficial de la Sociedad Uruguaya de Pediatría / Año 2017 / Volumen 26 / N° 1

Comisión Directiva

Dr. Alfredo Cerisola
PRESIDENTE

Dra. Alicia Fernández
VICEPRESIDENTE

Dra. Mónica Pujadas
SECRETARIA GENERAL

Dra. Catalina Pinchak
TESORERA

Dra. Coralito López
SECRETARIA DE ACTAS

Dra. Rosario Jurado
COORDINADORA DE COMITÉS

Dr. Andrés Alves
COORDINADOR ÁREAS
ESTRATÉGICAS Y ASUNTOS
LABORALES

Sumario

Editorial **pág 1**

Congreso Uruguayo de Pediatría **pág. 2**

Bienvenida nuevos socios **pág 3**

Informa Secretaría de Desarrollo Profesional
Médico Continuo **pág 4**

Importancia del adecuado control
pediátrico **pág 4**

Informe Comité de nutrición **pág 6**

Invitación a socios **pág 16**

Biblioteca: nuevas incorporaciones **pág. 17**

Eventos **pág 18**

Defender, promover y transformar la realidad de los niños, niñas y adolescentes

La Academia Americana de Pediatría (AAP) estimula a sus integrantes a desarrollar “advocacy” a favor de los niños, niñas y adolescentes. Escuchándolos y leyendo sus propuestas, no es fácil encontrar una traducción literal, pero podemos decir que significaría “hablar en nombre de nuestros pacientes”. Hemos conversado con su presidente, Dr. Bernard Dreyer, y con otros integrantes de la AAP sobre la importancia que tiene que los pediatras y la sociedad científica que los nuclea, en nuestro caso, la Sociedad Uruguaya de Pediatría, desarrollen ese rol, y ese tema es el que quiero comentar en esta oportunidad.

En nuestra práctica diaria escuchamos, observamos y analizamos la realidad de nuestros pacientes en el sentido más amplio del término. Tenemos clara conciencia que su salud está relacionada con factores personales, familiares, sociales, económicos y culturales, entre otros. Además de lo relacionado estrictamente con el control de su salud, nos preocupamos por su situación familiar, por realizar gestiones para que puedan ir a un CAIF o a un Jardín de Infantes, porque puedan acceder a los beneficios sociales que les corresponden y por comunicarnos con otros integrantes de los equipos de salud para poder abordar mejor determinados problemas.

Pero, seguramente, esos problemas individuales de nuestros pacientes coinciden con los problemas de muchos otros niños y adolescentes. Además de buscar una solución para un problema en concreto, visualizamos que hay situaciones que mejorarían si lográramos cambios perdurables a nivel de la sociedad en su conjunto. Es claro que no somos los únicos ni los primeros responsables directos de esas situaciones, pero nuestra voz y el conjunto de nuestras voces, pueden jugar un papel importante para lograr mejores condiciones y oportunidades para un crecimiento y desarrollo saludables de nuestros niños, niñas y adolescentes.

Esa línea de trabajo la empezamos a construir con el desarrollo de un programa de comunicación social al que denominamos “Mi Pediatra”. Entendimos que era fundamental que la SUP tuviera canales de comunicación con la población en su conjunto. Con el tiempo, además de difundir información sobre diferentes temas relacionados con la salud infantil, fuimos siendo cada vez más conscientes que podíamos realizar acciones que tuvieran efectos a nivel de promoción y prevención en salud.

De esa forma, realizamos campañas para promover una alimentación saludable en los hogares y en las escuelas, para estimular y lograr mejores niveles de actividad física, para lograr mayor adherencia a los programas de inmunización en general y en particular de las vacunas recomendadas no obligatorias, para la promoción de las pautas de sueño seguro en los recién nacidos y lactantes, para la prevención de lesiones en los siniestros de tránsito, para la prevención de lesiones por la pirotecnia, para estimular oportuna y adecuadamente el desarrollo de nuestros niños y para defender el acceso equitativo a los tratamientos de estimulación específicos para los niños con trastornos del desarrollo y problemas de aprendizaje, para promover una adolescencia saludable así como espacios de rehabilitación adecuados para los adolescentes en conflicto con la ley, etcétera, etcétera.

La fuerza de esas propuestas depende de múltiples factores. En primer lugar, del reconocimiento que la población tiene hacia los pediatras como profesionales competentes y confiables en el cuidado y la promoción de la salud de los niños, niñas y adolescentes. En segundo lugar, de la seriedad y responsabilidad con la cual presentamos los problemas, los explicamos con argumentos bien fundamentados, así como nuestra disponibilidad para escuchar las preguntas y atenderlas como corresponden. Eso implica estudiar en profundidad cada situación, analizarla críticamente en forma individual y colectiva, informarnos sobre realidades similares en otros países, ver alternativas y posibles acciones efectivas o innovar desde nuestro mejor saber y entender si consideramos que los problemas planteados no tienen antecedentes similares. Además, ha sido y es fundamental contar con un equipo de asesores en comunicación que nos orienten sobre la mejor forma de realizar estas actividades.

Todo esto depende, básicamente, del grado de compromiso que nos proponemos asumir con nuestros niños, niñas y adolescentes y sus familias, y de promover que cada vez más pediatras recibidos y en formación estén dispuestos a apoyar, siendo socios y –en la medida de las posibilidades de cada uno– participando activamente en la Sociedad Uruguaya de Pediatría. De esa forma, nuestra SUP podrá seguir construyéndose como una herramienta de inestimable valor para transformar la realidad y mejorar la calidad de vida de nuestros niños, niñas y adolescentes.

Dr. Alfredo Cerisola
Presidente de la Sociedad Uruguaya de Pediatría

XXXI CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRÍA

"Conectad@s con el Siglo XXI"

24
25
26 **OCTUBRE**
27 **2017**

Radisson Victoria Plaza Hotel

Organiza: Sociedad Uruguaya de Pediatría



Jornada de
Emergencia
pediátrica

Jornada de
Infectología
pediátrica

IX Jornada
del Pediatra
Joven del Conosur

Seminario sobre
Desarrollo
en la Infancia



INSCRIPCIONES:

Exclusivamente por web a partir del
martes 2 de mayo de 2017

Formulario de inscripción: www.sup.org.uy

NO SE REALIZARÁN INSCRIPCIONES EL DIA DEL EVENTO
El costo de inscripción incluye la Fiesta de Clausura
el viernes 27 de octubre de 2017

Descripción	Pesos Uruguayos Hasta 30/09/2017	Pesos Uruguayos Desde 01/10/2017
Médicos, Licenciados y Técnicos socios SUP	\$ 2900	\$ 3900
Médicos, Licenciados y Técnicos No socios SUP	\$ 5400	\$ 6500
Aux. Enfermería y Estudiantes No Socios	\$ 1900	\$ 2900

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS CIENTÍFICOS

www.sup.org.uy



Secretaría Organizacional: IR Soluciones Empresariales
info@irsolucionesempresariales.com.uy - +598 99 489 081 - +589 95 590 345

Secretaría Sociedad Uruguaya de Pediatría:
secretaria@sup.org.uy - www.sup.org.uy - +598 2709 1801



Bienvenida a nuevos socios

Se aprobó el ingreso de:

Dra. Yanetsy Albelo	Treinta y Tres
Dra. María Victoria Araujo	Montevideo
Dra. Manuela Arce	Montevideo
Dra. Shirley Batista	Trinidad
Dr. Bruno Bentancur	Las Piedras
Dra. Patricia Bermúdez	Montevideo
Dr. Daniel Burgueño	San Carlos
Dra. Stephanie Cardozo	Montevideo
Dra. Elfia Castro	Rivera
Dra. Victoria Coedo	Maldonado
Dra. Ana Clara Curbelo	Montevideo
Dra. Lucía De La Puente	Montevideo
Dra. Ana Durán	Montevideo
Dra. Andrea Haller	Montevideo
Dra. Lucía Ibarra	Montevideo
Dr. Luis Ibarra	Montevideo
Dr. Gabriel Laguna	Montevideo
Dra. Leticia Maino	Tarariras
Dra. Ana Milovidov	Salto
Dra. Gabriela Morales	Montevideo
Dr. Nicolas Noroya	Montevideo
Dra. Shadia Padilla	Montevideo
Dra. Silvia Pintos	Montevideo
Dr. Manuel Py Pérez	Melo
Dr. Mateo Ríos	Montevideo
Dr. Anderson Rodríguez	Rivera
Dra. Valentina Rosado	Tacuarembó
Dra. Nara Rosas	Montevideo
Dr. Martin Saavedra	Montevideo
Dra. Karina Salmi	Florida
Dra. Camila Silveira	Montevideo
Dra. Gabriela Troche	Montevideo
Dra. Marina Urgoiti	Montevideo

El por qué del taller EMC: Dermatología pediátrica

COORDINADORAS: Dras. Mariela Álvarez, Agustina Acosta, Claudia Guebenlian.

DOCENTES: Andrea De Cunto, Andrea Torres.

En cuanto a la importancia del taller de dermatología pediátrica, destacamos la frecuencia de las consultas dermatológicas en la labor del pediatra. Las afecciones de piel son un porcentaje importante de la consulta diaria por lo creemos que es fundamental el transmitir conocimientos sobre las dermatosis más frecuentes, su correcto diagnóstico y tratamiento.

El objetivo del curso es brindar conocimiento y herramientas para poder diagnosticar y tratar pacientes con afecciones dermatológicas frecuentes. Si bien la dermatología pediátrica es muy extensa, se seleccionaron temas que vimos como necesarios ya sea por lo habitual de su presentación (como es la Dermatitis atópica o las dermatosis eritemato-escamosas) como otros que presentan terapéutica más reciente como son los Hemangiomas infantiles.

Metodología: se trabajaron en grupos en base a talleres con Viñetas e historias clínicas guiadas por un docente, para luego hacer una puesta en común y un cierre para reafirmar los conocimientos adquiridos mediante una charla teórica por parte de los coordinadores de la actividad.

Resultado: se obtuvieron buenos resultados, esto se vio en la participación activa en los talleres así como en el pre y postest; en donde en todos los casos se generó un aumento en el porcentaje obtenido, lo que certifica de una manera objetiva el aprendizaje generado.

Mensaje: “la semiología de las lesiones es fundamental para el correcto diagnóstico y tratamiento de las afecciones de piel”.

A la brevedad comunicaremos una nueva fecha de realización de esta actividad.

Importancia del adecuado control pediátrico

Para los pediatras los niños y sus familias son nuestra razón de ser. Trabajamos desde nuestra Sociedad de igual modo en que lo hacemos en cada consulta, apostando y ayudando a que logren el máximo nivel posible de salud y bienestar. Recordando la frase pronunciada en marzo de 1915 por el Dr. Luis Morquio, fundador de la Sociedad Uruguaya de Pediatría: “Todo lo que concierne al niño sano o enfermo no nos debe ser indiferente”.

El rol del pediatra en el primer nivel de atención, y su lugar como médico referente en el cuidado de la salud de niños y adolescentes, no es una preocupación del pediatra sino una necesidad real de los niños, adolescentes y sus familias. Desde la SUP promovemos el derecho de los niños y adolescentes a acceder a la consulta pediátrica basada en el concepto de equidad, procurando que cada uno pueda recibir la atención de acuerdo a sus necesidades.

Además del acceso al control pediátrico en sí mismo, apostamos a brindar atención de la más alta calidad a nuestros pacientes, y en tal sentido cumplir con nuestra labor en un marco de respeto de los principios de la ética médica: BENEFICENCIA, buscar lo mejor para el paciente y su familia; NO MALEFICENCIA, no dañar; JUSTICIA, dar a cada persona lo que necesita; AUTONOMÍA, los padres y el niño o adolescente tienen derecho a recibir información y participar de las decisiones. Un buen médico “se toma su tiempo” para atender a cada uno de sus pacientes y realizar todos los pasos necesarios meticulosamente. Atender apurados no solo genera disconformidad y entorpece cualquier relación humana, sino que va en contra de la atención digna que merecen nuestros pacientes.

La supervisión de la salud completa y amplia, centrada en su familia y su ámbito comunitario, requiere que el niño o el adolescente sea evaluado en un continuo según el modelo biopsicosocial y que el cuidado de la salud, por lo tanto, se realice integrando aspectos de salud, educacionales y sociales. La supervisión de la salud de cada niño comprende finalmente un variado y complejo paquete de servicios que se brindan durante toda la edad pediátrica. Incluye actividades y acciones preventivas y de tamizaje, que son recomendadas universalmente, pero que también deben ajustarse a las necesidades particulares de cada niño en el contexto de su familia y comunidad.

Cada control ofrece una oportunidad única para identificar problemas reales, intervenir oportunamente en trastornos potenciales y realizar derivaciones oportunas en caso de detectar problemas graves o que sobrepasen el nivel terapéutico de la atención primaria. Es recomendable para cada edad contar con una agenda de 4 o 5 prioridades específicas, (las cuales se abordarán en detalle luego para cada edad), considerando siempre además las inquietudes propias que el niño y sus padres traen a la consulta.

La Convención de los Derechos del niño a la que Uruguay adhiere, sostiene que niños y niñas tienen derecho al mayor grado de salud posible, sin importar su raza género o condición social; la consulta Pediátrica es un escenario privilegiado a la hora de pensar en proteger y potenciar el crecimiento y desarrollo del niño es una de las primeras miradas de afuera y se hace continua en el tiempo. Resulta fundamental crear un ambiente confiable y establecer un encuentro empático para poder escuchar y observar las competencias del niño y su familia para criarlo.

Es por esto que desde el punto de vista de políticas públicas, la forma en que estas apoyan la creación de capacidades durante toda la vida permitirá la creación de sociedades con más oportunidades y con mayores equidades. En este sentido, en Uruguay, los uruguayos a través de la Estrategia Nacional para la infancia y adolescencia (ENIA 2030) hemos sido capaces de proyectar una imagen para la niñez; se han firmado decretos que refieren al tiempo destinado a evaluar a niños y adolescentes, que hoy entendemos que se deben seguir profundizando para poder detectar tempranamente y amortiguar las vulnerabilidades propias de estas etapas vitales.

Calidad asistencial

Numero de pacientes por hora

El acuerdo marco de 8/2014 firmado a nivel de las Comisión Asesora Mulipartita (CAM) (falta firma de DINATRA) respecto a cantidad de pacientes por hora en consulta pediátrica de policlínica sostiene que las opciones para las empresas privadas serán:

- 1) Cinco pacientes por hora y doble turno en pacientes para referenciarse o
- 2) Cuatro pacientes por hora sin doble turno.

Deja un margen para negociar en cada empresa.

Reconocemos que este acuerdo representa un avance, pero estamos convencidos que el tiempo, que el pediatra puede dedicar a sus pacientes, es una variable fundamental a la hora de lograr mejoras en los distintos indicadores de salud de la infancia.

Es además, una herramienta fundamental a la hora de lograr una relación médico-paciente/familia adecuada que fortalezca el primer nivel de atención.

La SUP, en el entendido de que:

- 1) La consulta pediátrica es la base de una medicina clínica integral, donde se deben obligatoriamente incorporar conceptos de promoción y prevención de salud (guía anticipatoria).
- 2) El primer nivel de atención es la puerta de entrada del niño y su familia al sistema de salud.
- 3) La consulta pediátrica requiere de una interacción entre el pediatra, el niño y sus padres que necesariamente no debe ser limitada por factores como el tiempo de consulta. Esto dignificará la labor del pediatra, pero redundará en una mejor atención del niño.
- 4) El buen resultado de ésta interacción influye decisivamente en la mejora de la salud bio-psico-social de nuestros niños.

De acuerdo con la postura histórica de la SUP, proponemos que:

- 1) El tiempo de consulta para el primer nivel de atención debe ser de 15 minutos por paciente (cuatro pacientes por hora), con las siguientes consideraciones:
 - a) Los recién nacidos, niños y adolescentes que acudan al control en salud por primera vez con un pediatra deberán agendarse en doble turno (30 minutos).
 - b) Los niños y/o adolescentes que concurren a consulta (no a control) jamás deberán ser valorados en un tiempo menor a 15 minutos, como lo establece el decreto ministerial 460/2001. Las consultas espontáneas, por tanto, deben estar contempladas, dejando dos turnos libres por consulta a este fin (incluyendo prestadores públicos no ASSE: Militar, Policial, BPS, Intendencia y otros no ASSE).
 - c) Se establezca doble turno (30') para los controles de recién nacidos, 4 meses, 6 meses, 12 meses, 18 meses, 4 años y 12 años en base a las condiciones propias de estas edades.
- 2) El concepto de equidad, aplica en forma fundamental a estos considerandos, por lo que estos preceptos tienen igual validez si el paciente se asiste en el sector público o privado del SNIS. En este mismo sentido, la región del país en el que se realice la consulta, no modifica estas consideraciones.
- 3) Es prioridad establecer mecanismos de control y regulación que aseguren el cumplimiento de lo antes definido.

Podrán encontrar el documento completo en la página web de SUP: www.sup.org.uy

Secretaría Asuntos Laborales

Dr. Andrés Alves
Dra. Gabriela Cancela
Dra. Ana Fraga
Dra. Silvia Hernández
Dra. Diana Sastre
Dra. Rosario Satriano
Dr. Rodrigo Suárez

Comisión Directiva

Dr. Alfredo Cerisola
Dra. Alicia Fernández
Dra. Mónica Pujadas
Dra. María Catalina Pinchak
Dra. Coralito López
Dra. Rosario Jurado
Dr. Andrés Alves
Dra. Ana Casuriaga

De lo que se dice a lo que se hace en la comida de nuestros niños

Lípidos

Dra. Rosario Satriano

La importancia de la grasas en la nutrición y desarrollo humano no dependen solo de la cantidad sino de la calidad de la mismas.

Funciones

- Principal fuente de energía (1 g = 9 kcal)
- Retrasan vaciamiento gástrico y motilidad intestinal.
- Aportan características organolépticas: sabor, textura y palatabilidad.
- Facilitan absorción de vitaminas liposolubles.
- Principal reservorio de energía del organismo.
- Integran de todas las estructuras tisulares y organelo celulares del organismo.
- Regulan metabolismo de los lípidos.
- Regulan sensibilidad de insulina y desarrollo de los adipocitos.
- Intervienen y regulan la expresión genética.
- Algunos lípidos son esenciales e intervienen en la síntesis de docosanoides y eicosanoides.
- Son determinantes del crecimiento, desarrollo del niño y de la salud del individuo a largo plazo.

Requerimientos de energía

- 1er semestre: 40%-55% del VCT
- 2 años: 30%-35% del VCT
- Distribución:
 - 10% grasas saturadas (<1% grasas trans)
 - 7-10% grasas poliinsaturadas
 - Resto monoinsaturadas
- La grasa total de la dieta
 - 3 a 4,5% de la energía total ácido linoleico
 - 0,5 a linoleico
 - 0-6 meses 0,5 w3 (g) - w6 (g) 4,4
 - 7-12 meses 0,5 w3 (g) – w6 (g) 4,6

Grasas trans

- Naturales
- Industriales

Naturales:

- Ácido linoleico conjugado (CLA): Grasas lácteas y carnes de ruminantes que no han sufrido modificación industrial
- Reduce LDL y Colesterol
- Disminuye aterosclerosis

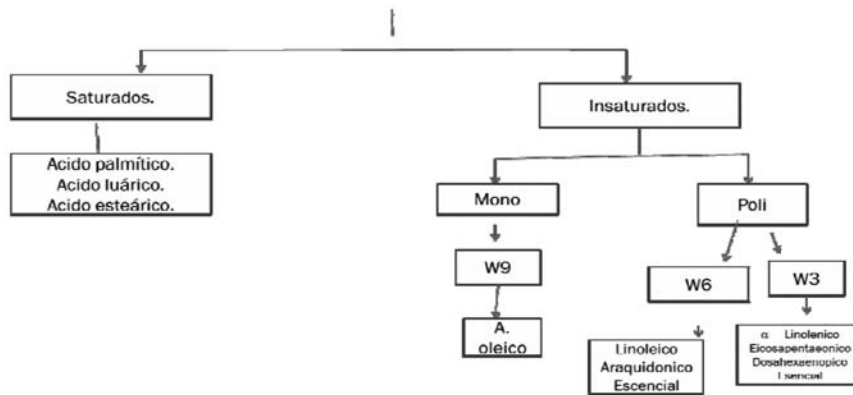
Industriales:

- Hidrogenación de los aceites vegetales.
- Acción opuesta en el metabolismo lipídico al CLA
- Se encuentran en los alimentos fritos, productos de panadería, alimentos procesados y margarinas.

“Algunas investigaciones realizadas con las razas bovinas están mostrando que los sistemas de producción pastoril determinan que la carne tiene una mejor composición de ácidos grasos que la producida en sistemas de base de granos”

2007. América Latina libre de grasas trans industriales. OMS. FAO

ÁCIDOS GRASOS



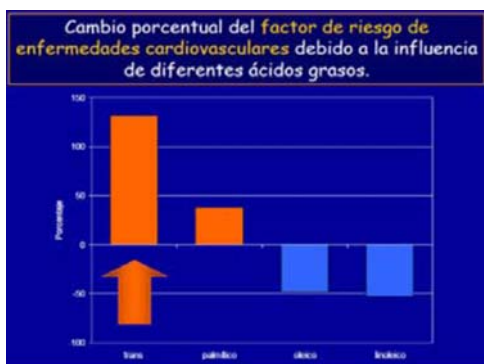
- Los ácidos grasos trans no superen el 1% del aporte total de energía.
 - Rotulado obligatorio que especifique “grasas trans” en alimentos.
 - Sustituir grasas trans por AGPI y AGM.
Ácidos grasos trans de origen industrial. Consumo y posibles sustitutos vs. Ácidos grasos trans “naturales”.
- Vieitez I. Grompone M. 2012

Recomendación de OPS/OMS
un máximo de 2% de trans en aceites vegetales y margarinas untables.

Recomendación de OPS/OMS
un máximo de 5% de trans para las grasas y los aceites incorporados en los alimentos.

Efectos ácidos grasos w3 en la salud

Crecimiento	Efecto positivo en pretérminos
Función visual	Mejora agudeza visual en neonatos
Función cognitiva	Mejora funciones motoras y del aprendizaje
Perfil lipídico	Disminución de la hipertrigliceridemia



Aporte de Ácidos Grasos de los distintos aceites

100 ml	W3 (gr x %)	W6 (gr x %)	W9 (gr x %)
Canola	7.3	14.0	50.5
Soja	7.07	49.7	23.9
Maíz	1.4	52.5	32.1
Girasol	0.1	62.2	24.9
Alto oleico	1.5	27.7	0.0
Oliva	0.5	9.9	69.6

NutriGüia.2014

Diversidad alimentaria en niños de 24 a 47 meses

Grupos de alimento	1v/semana	2 o 3 v/sem	4 a 6 v/s	7 v/s	ns/me	Total
Lácteos y derivados	0,7%	3,4%	3,6%	91,7%	0,6%	100%
Carnes	3,1%	24,4%	26,9%	44,8%	0,8%	100%
Pescado	71,7%	22,6%	2,9%	1,9%	0,9%	100%
Verduras y frutas	16%	31,9%	14,1%	37,2%	0,8%	100%
Cereales	3,5%	36,1%	26,8%	33%	0,6%	100%
Panes y galletas	1,1%	8,7%	9,2%	80,5%	0,5%	100%
Azúcar y dulces	4,2%	14,2%	9,6%	71,4%	0,6%	100%

En amarillo se indica la frecuencia de consumo recomendada en la GABA

Tensión arterial	Disminución
Sistema inflamatorio	Afecto antiinflamatorio
Sistema inmune	Prevención de alergias y enfermedades autoinmunes
Trastornos del comportamiento e hiperactividad	Mejoría

Referencias bibliográficas

- Grompone MA. Grasas Trans en la alimentación y estrategias para su disminución. Montevideo: CHSC, 2010.
- Riobo P, Breton I; FESNAD. Ingesta grasas trans; situación en España. *Nutr Hosp* 2014; 29(4): 704-711.
- Motard-Belanger A, Charest A, Grenier G, Paquin P, Chouninard Y, Lemieux S, et al. Study of the effect of trans fatty acids from ruminants on blood lipids and other risk factors for cardiovascular diseases. *Am J Clin Nutr* 2018 Mar; 87(3): 593-9.
- Fernandez E, Martinez J, Martinez V, Moreno J, Collado L, Hernandez M, et al. Documento de Consenso: importancia nutricional y metabólica de la leche. *Nutr Hosp*; 31(1): 92-101.
- Moreno J, Galiana M, Dalmau J. ¿Por qué dudamos si la leche de vaca es buena para nuestros niños? *Acta Pediatr Esp*. 2012; 70(9): 369-75.
- Moreno J, Galiana M, Dalmau J. ¿Por qué dudamos si la leche de vaca es buena para nuestros niños? *Acta Pediatr Esp*. 2012; 70(10): 399-402.
- Haug A, Hostmark A, Harstad O. Bovine milk in human nutrition: a review. *Lipids Health Dis* 2007; 6: 25.
- Scharf R, Demmer R, DeBoer M. Longitudinal evaluation of milk type consumed and weight status in preschoolers. *Arch Dis Child* 2013; 98: 335-40.
- DeBoer M, Agard H, Scharf R. Milk intake, height and body mass index in preschool children. *Arch Dis Child* 2015; 100: 460-65.
- Gil-Campos M, Dalmau J. Comité de Nutrición Asociación Española de Pediatría. Importancia del ácido docosahexaenoico (DHA): funciones y recomendaciones para su ingesta en la infancia. *An Pediatr* 2010; 73: 142.e1-8.
- Carrillo L, Dalmau J, Martinez J, Sola R, Perez F. Grasas de la dieta y salud cardiovascular. *An Pediatr* 2011; 74: 192.e1-192.e16.
- Dalmau J, Vitoria I. Calidad en las grasas en la dieta y desarrollo infantil. *Acta Pediátrica* 2013; 71(3): 77-80.
- Briend A, Legrand P, Bocquet A, Girardet J, Bresson J, Chouraqui J, et al. Lipid intake in children under 3 years of age in France. A position paper by the Committee on Nutrition of the French Society of Paediatrics. *Arch Pediatr* 2014 Apr; 21(4): 424-38.
- Niinivirta K, Isolauri E, Laakso P, Linderborg K, Laitinen K. Dietary counseling to improve fat quality during pregnancy alters maternal fat intake and infant essential fatty acid status. *J Nutr* 2011 Jul; 141(7): 1281-5.
- Birch E, Carlson S, Hoffman D, Fizzlerlad-Gustafson K, Fu V, Drover J et al. The DIAMOND (DHA Intake and measurement of neural development) Study: a double-masked, randomized controlled clinical trial of the maturation of infant visual acuity as a function of the dietary level of docosahexaenoic acid. *Am J Clin Nutr* 2010 Apr; 91(4): 848-59.
- Koletzko b, Boey C, Campoy C, Carlson S, Chang N, Guillermo-Tuazon M, et al. Current information and Asian perspectives on long-chain polyunsaturated fatty acids in pregnancy, lactation, and infancy: systematic review and practice recommendations from an early nutrition academy workshop. *Ann Nutr Metab* 2014; 65(1): 49-80.
- Uauy R. Grasas y aceites para una vida saludable. En: Olivares S, Zacarías I. Informe final: Estudio para revisión y actualización de las guías alimentarias para la población chilena. Santiago: Ministerio de Salud, 2013: 56-69.

Requerimientos de proteínas en la infancia.

Características generales

Dra. Cristina Estefanell

Suponen el 17% de la masa corporal. Después del agua las proteínas representan la mayor proporción en la composición de los diferentes tejidos. Tienen funciones estructurales, intervienen en la contracción muscular, son transportadores de numerosas sustancias (por ejemplo hemoglobina) en el plasma, catalizadores en las membranas celulares, reguladores de procesos de diferenciación celular y desarrollo celular. Son fuente de energía si el aporte de carbohidratos es insuficiente. Son macromoléculas compuestas por cadenas de aminoácidos, plegadas en estructuras tridimensionales de diverso tamaño y complejidad, contienen 16% de nitrógeno. La proteína dietaria provee al organismo los aminoácidos requeridos para la síntesis de proteínas corporales y otros compuestos nitrogenados. Las proteínas no se depositan como tales, son continuamente degradadas y resintetizadas en el organismo. Los aminoácidos ingeridos en exceso se metabolizan de la siguiente manera, el componente nitrogenado es convertido en urea y los ketoácidos son usados para la producción de energía en el ciclo de Krebs. Existen 20 aminoácidos que componen las proteínas, pero hay nueve que no pueden ser sintetizados por el ser humano. Son los aminoácidos esenciales: leucina, isoleucina, lisina, metionina, treonina, triptofano, valina, histidina. Todos los compuestos nitrogenados no proteicos del organismo, con excepción de las vitaminas, son sintetizados a partir de aminoácidos. Se destacan la taurina y la carnitina que se sintetizan a partir de cisteína y lisina y cuya función es transportar ácidos grasos al interior de la mitocondria.

Requerimiento

Es el ingreso promedio diario de proteínas que cubre las necesidades para la mayoría de los individuos sanos. Variable de acuerdo a edad sexo y estado fisiológico.

A diferencia de los requerimientos de energía, los proteicos son independientes de la actividad física. Son máximos en el prematuro y recién nacido y son los del adulto a partir de los 16 años. La necesidad de proteínas para el crecimiento es variable, es el 55% del total de las proteínas ingeridas hasta los 3 meses y desciende al 10% a partir de los 8 años.

AMDR: Es el rango aceptable de distribución de macronutrientes. Se ha calculado para intentar frenar el desarrollo de enfermedades crónicas. Proteínas hasta el 20% del total de energía de 1 a 3 años y hasta el 30% de 4 a 18 años.

Proteínas a administrar

En los primeros 6 meses, las proteínas de la leche materna constituyen el *gold standard*. La cantidad total de proteína se calcula a partir de la composición promedio en la leche humana y una ingesta promedio de 750 ml diarios. Luego de los 6 meses se calcula por método factorial analizando el balance nitrogenado (diferencia entre el nitrógeno ingerido y el excretado), pérdidas por orina, sudor, heces. Ajuste por la eficiencia en que la proteína dietaria es empleada, así es deseable que sea altamente digestible más del 95%, con los aminoácidos esenciales cubiertos. Ejemplos: LECHE, CARNE Y HUEVOS son los de la mejor calidad. La proteína vegetal tiene menor digestibilidad (70%-80%), no tiene todos los aminoácidos esenciales o se alteran con la cocción. Sin embargo, como los aminoácidos limitantes en cada vegetal son diferentes combinando diferentes vegetales es posible obtener todos los aminoácidos esenciales. Ejemplo: el aminoácido limitante en las legumbres es la metionina y en los cereales es la lisina. Como ejemplo si combina arroz con porotos o lentejas se aportan todos los aminoácidos. Se recomienda mantener un aporte diario del 50% de proteínas de origen animal y la otra mitad de origen vegetal. El exceso dietario de proteínas se transforman en grasa y sobrecargan los riñones. Las proteínas de origen animal a diferencia de las vegetales, son las que están asociadas a grasa saturada por lo que el exceso de proteínas animales aumenta la prevalencia de la obesidad. Según ESPGHAN 2014 el 96% de niños menores de 3 años consumen hasta 4 veces más de las proteínas necesarias. Habría asociación en el adulto con mayor aterosclerosis y cáncer en relación al consumo excesivo de carne roja.

Fisiología

La existencia de AA circulantes es estímulo para la síntesis proteica y como los AA no se depositan, lactantes y niños deben recibir proteínas en diferentes etapas del día. El *turnover* es rápido en células sanguíneas y gastrointestinales y lentas en músculo y colágeno. El *turnover* es más rápido cuando más pequeño sea el niño. Los aminoácidos liberados de la destrucción de proteínas endógenas son reciclados. El requerimiento diario es lo que se pierde por heces, orina y descamación.

Amino Acid Scoring Patterns Based on the Estimated Average Requirements(EAR) for Protein and Indispensable Amino Acid:

Amino Acid	Infants	Children(1-3y)	Adults(+18y)
Histidine	23	18	17
Isoleucine	57	25	23
Leucine	101	55	52
Lysine	69	31	27
Methionine + cysteine	38	25	23
Phenylalanine + tyrosine	87	47	41
Threonine	47	27	24
Tryptophan	18	7	6
Valine	56	32	29
Total indispensable amino acids	495	287	262

Pediatric Nutrition Handbook 6th edition

CONTRIBUTION OF MAINTENANCE AND GROWTH TO PROTEIN NEEDS OF INFANTS AND CHILDREN:

Age	Protein Gain* (gr/kg.day)	Intake(% of total) Growth	Intake(% of total) Maintenance
0.5 - 3 mo	0.49	55	45
3 - 6 mo	0.30	43	5
6 - 12 mo	0.18	31	69
1 - 3y	0.10	20	80
4 - 8y	0.046	10	90

Pediatric Nutrition Handbook 6th edition

Digestión

Comienza en el estómago a través de la pepsina y el ácido clorhídrico, continúa en el duodeno por acción de las enzimas pancreáticas, y de la enteroquinasa del enterocito que rompe la proteína en péptidos. La actividad enzimática aumenta rápidamente luego de los primeros días de vida y alcanza los valores del adulto a los 3 años de edad. Los oligopéptidos son hidrolizados en el duodeno por el carboxilo y aminopeptidasa que liberan de tripéptidos y aminoácidos desde la etapa fetal. Los aminoácidos absorbidos pasan a integrar el pool de aminoácidos circulantes que interactúan con los tejidos, estimulando la síntesis proteica. La estimulación de la síntesis proteica por el influjo de los aminoácidos de la dieta es la razón primaria por la que se recomiendan en el lactante comidas a intervalos frecuentes durante el día. Las proteínas corporales son continuamente sintetizadas y degradadas. El *turnover* es alto en la médula y tubo digestivo o más lento como en el colágeno y músculo. Los aminoácidos liberados de la destrucción proteica son reutilizados para formar nueva proteína. Se pierde una pequeña fracción por la descamación de la piel, uñas y cabello. Esta fracción debe ser aportada y constituye el requerimiento diario cuando el crecimiento cesa.

En suma la biosíntesis de proteínas está sometida a un proceso de regulación muy complejo, regulado genéticamente, a través de los RNA mensajeros. La producción se realiza en el citosol y en el retículoendoplásmico.

Referencias bibliográficas

1. Weaver L, Walker W. Uptake of macromolecules in the neonate. In: Leberthal E, ed. Human Gastrointestinal Development. New Cork, Raven Press; 1989:731-748.
2. Gil A. Sánchez F. Síntesis, degradación y recambio de las proteínas. En: Gil A. Tratado de Nutrición. Buenos Aires: Panamericana, 2010; 119-148.
3. Guías de Alimentación. Bases para su desarrollo en América Latina. Caracas. Informe de la Reunión de la Universidad de las Naciones Unidas y la Fundación Cavendes. Arch Latinoamer Nutr 1988; 38: 376-426.
4. Complementary feeding. En: Pediatric Nutrition Handbok. AAP. 6 ed. Elk Grove Village: AAP, 2009.
5. Leis R, Tojo R, Ros L. Nutrición del niño de 1-3 años, preescolar escolar. En: Gil A. Tratado de Nutrición. Buenos Aires: Panamericana, 2010; 227-256.
6. OMS. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño. Ginebra: OMS, 2003.

Consumo de agua en niños y adolescentes sanos

Dra. Karina Machado

A. Importancia del agua para la salud^(1,2)

- Es el principal nutriente del cuerpo humano, esencial para numerosos procesos fisiológicos.
- Es esencial para la estructura y función del aparato circulatorio. Actúa como medio de transporte de nutrientes y otras sustancias. Tiene un papel muy importante en el mantenimiento de la temperatura corporal. Participa activamente como sustrato en numerosas reacciones químicas y es el producto final de todos los procesos de oxidación.

- El contenido corporal total de agua presenta grandes variaciones entre los individuos, determinadas sobre todo por edad, sexo y cantidad de tejido adiposo.
- Es el componente individual de mayor magnitud en el ser humano, con un valor promedio de 60% del peso corporal en el adulto, y entre 45 y 75% en el niño. En el recién nacido representa 79% de su peso; al año de vida 60%. El contenido de agua varía mucho entre los diversos tejidos, siendo mayor en músculos y vísceras y mínimo en tejido adiposo y hueso.
- Promover el consumo de agua es esencial en la estrategia de promoción de hábitos saludables de nutrición en la infancia y adolescencia.

B. Necesidades de agua en la infancia^(3,4)

- Las personas sanas compensan rápidamente sobrehidratación o subhidratación, por lo que no es posible identificar un nivel de ingesta de agua que garantice la hidratación, la salud y la reducción del riesgo de enfermedad. Por esto no se pueden establecer ni el consumo necesario promedio estimado (EAR), ni la dosis diaria recomendada (RDA). Tampoco se puede establecer el nivel máximo tolerable de ingestión.
- Las necesidades de agua varían en función de: región, clima, edad, composición corporal, grado de actividad física.
- La ingestión adecuada (IA) se definió a partir de la ingestión observada y en estudios de osmolaridad en orina/sangre.
- Guardan relación con las calorías consumidas: 1 ml por cada caloría consumida (IA entre 1,01 y 1,05 ml/kcal)

Contenido de agua en los alimentos (3, 4)

Los alimentos tienen diferente contenido de agua. Algunos ejemplos son:

- Leche materna y fórmulas: 80%-90%
- Frutas y verduras: 80%
- Comidas calientes: 40%-70%
- Pan: 40%
- Alimentos sólidos: 20%-30%
- Comida rápida: muy bajos contenidos

Ingesta adecuada de agua en la infancia y adolescencia

(Extraído de Vitoria I, Dalmau J. El agua: bebida recomendable para una adecuada nutrición en la infancia)⁽⁵⁾

Recomendaciones de ingesta de agua durante la actividad física

Se recomienda que los niños consuman 150-200 ml de líquido, y los adolescentes 300-400 ml, 45 minutos antes de comenzar el ejercicio. Mientras dure la actividad se recomienda ingerir líquidos cada 20 minutos: 75-100 ml los niños y 150-200 los adolescentes. Es importante que haya siempre agua disponible en bebederos públicos.

Otras recomendaciones:

- portar siempre recipientes con agua simple;
- evitar bebidas azucaradas;
- fomentar consumo de agua, en lugar de bebidas energéticas.

C. Características que debe tener el agua de consumo humano⁽⁶⁻⁹⁾

Diferentes organismos internacionales han regulado la composición del agua para que pueda ser consumida, sin riesgos para la salud. Estos parámetros se pueden esquematizar en:

- Composición química: se ha establecido la concentración máxima y mínima de cloro, sodio, potasio, flúor, nitratos, etcétera.
- Características físicas: se refieren a color, turbiedad, pH, etcétera.
- Contaminantes tóxicos: están definidas las concentraciones máximas tolerables de algunas sustancias (arsénico, cadmio, cianuro, cromo, mercurio, plomo, hidrocarburos, plaguicidas, etcétera). Este capítulo está en permanente revisión.
- Parámetros microbiológicos. Se miden a través de:
 - Cantidad de microorganismos
 - Turbidez
 - Cloro residual (RC). La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda concentraciones por encima de 0,5 mg/l-1. En Uruguay el MSP recomienda RC entre 0,2 y 0,5 mg/l-1. La normativa de OSE establece un valor máximo, pero no valores mínimos.
 - Parámetros de control de desinfección: pH, valores totales de coliformes, desinfectantes residuales.

Ingesta adecuada de agua		
0-6 meses	0,7 L/día de agua	Se asume procedente de lactancia materna
6-12 meses	0,8 L/día de agua	Se asume procedente de lactancia materna, alimentación complementaria y bebidas. Esto incluye unos 0,6 L como líquidos totales (fórmula o leche humana, zumos y agua de bebida)
1-3 años	1,3 L/día de agua total	Incluye unos 0,9 L en agua y bebidas
4-8 años	1,7 L/día de agua total	Incluye unos 1,2 L en agua y bebidas
9-13 años (varones)	2,4 L/día de agua total	Incluye unos 1,8 L en agua y bebidas
14-18 años (varones)	3,3 L/día de agua total	Incluye unos 2,6 L en agua y bebidas
9-13 años (mujeres)	2,1 L/día de agua total	Incluye unos 1,6 L en agua y bebidas
14-18 años (mujeres)	2,3 L/día de agua total	Incluye unos 1,8 L en agua y bebidas

D. Aguas de consumo humano⁽¹⁰⁾

Entre las acciones más importantes como políticas integrales de mejoramiento de la salud de la población se encuentra la vigilancia de la calidad del agua destinada al consumo humano, que permite disminuir los riesgos que pueden derivar de su consumo, mejorando su calidad.

Los países en América Latina cuentan con acciones estructuradas e instituidas legalmente con estos objetivos.

Aguas de consumo humano:

1. Aguas envasadas
 - a. Aguas naturales
 - Minerales naturales
 - Aguas de manantial
 - b. Aguas preparadas
 - Mineralizadas
 - Gasificadas
2. Agua potable

1. Aguas envasadas

- Deben ser exentas de parásitos y microorganismos patógenos
- Deben tener determinadas características físico-químicas en las muestras examinadas. El agua mineral tiene mayor contenido de sales minerales que el agua potable. Puede contener oligoelementos u otros constituyentes.
- Deben ser exentas de compuestos fenólicos, pesticidas, hidrocarburos, aceites minerales, grasas y agentes tensoactivos.

Aguas minerales: deben reunir ciertos requisitos en referencia a su composición química⁽¹¹⁾. La cantidad de calcio y magnesio determina la dureza del agua. El Calcio del agua tiene una biodisponibilidad semejante a la de la leche. Una concentración de calcio entre 50 y 100 mg/l, puede ser beneficiosa para la salud.

2. Agua potable

Es aquella que está apta para consumo humano, no presenta riesgos para la salud ni rechazo del consumidor.

- Las concentraciones de sustancias disueltas en el agua varían según la localización geográfica y la época del año.
- La OMS definió valores guía que representan el nivel máximo que garantiza que el agua será agradable a los sentidos y no causará riesgos para la salud.
- En Uruguay la legislación ha establecido, determinados parámetros indicadores y sus límites admitidos para prevenir y controlar los riesgos para la salud humana

Las características sensoriales que debe tener son^(12,13):

- Estar desprovista de olores y sabores extraños.
- Valor máximo admisible de color en la escala platino-combato: 20 unidades.
- Valor máximo admisible de turbiedad: (en unidades nefelométricas, NTU)
 - La turbidez en el agua filtrada indica la presencia de quistes de protozoarios.
 - La legislación uruguaya establece como límites admisibles de turbiedad: 1 NTU para el agua tratada y 3 NTU para el agua distribuida

El agua potable debe reunir las siguientes características con respecto a los parámetros microbiológicos:

- No contener microorganismos patógenos.

- Contenido de bacterias coliformes totales y fecales debe ser de 0 colonias/100 ml
- Contenido de bacterias heterotróficas debe ser menor o igual a 500 ufc/ml.
- No contener *Pseudomona aeruginosa* en 10 ml.

E. Problemática actual. Denuncias sobre mala calidad del agua potable

Si bien en los últimos años se han manejado, desde la prensa, diversas denuncias sobre mala calidad del agua potable en Uruguay, no se cuenta con información oficial que las fundamenten. Un informe elaborado por diferentes organismos de UDELAR en el año 2013 certificó que:

- La contaminación microbiológica no era significativa
- Se constató contaminación con nutrientes: 80% de fuentes difusas provenientes de actividades agropecuarias y 20% provenientes de efluentes industriales
- El contenido de herbicidas, insecticidas, fungicidas no fue significativo.

F. Recomendaciones sobre el hervido del agua potable^(14,15)

Cuánto tiempo debe hervirse el agua para preparar los biberones. La ebullición del agua durante 10 minutos aumenta la concentración de sodio en 2,5 veces y multiplica por 2,4 la concentración de nitratos. La OMS recomienda hervir el agua durante 1 minuto desde que empieza a hervir.

El tratamiento desinfectante del agua para hacerla potable incluye procesos de cloración y filtración. La cloración habitual del agua reduce en 99.9% el riesgo de infección por *Escherichia coli*, rotavirus, hepatitis A y poliovirus tipo 1. Para inactivar quistes de *Giardia* y oocistos de *Cryptosporidium* la dosis de cloro debería ser muy alta. Para asegurar la ausencia de estos quistes y oocistos es necesario que además de clorada, sea filtrada de modo lento.

Referencias bibliográficas

1. Iglesias C, Villarino A, Martínez J, Cabrerizo L, Gargallo M, Lorenzo H, et al. FESNAD. Importancia del agua en la hidratación de la población española: documento. Nutr Hosp. 2011; 26(1): 27-36.
2. Vitoria I. Agua de bebida en el lactante. An Pediatr (Barc) 2004; 60(2): 161-9.
3. Manz F, Wentz A, Sichert-Hellert W. The most essential nutrient: defining the adequate intake of water. J Pediatr 2002; 141: 587-92.
4. Avila H, Aedo A, Levin L, Bourges H, Barquera S. El agua en la nutrición. Reunión de especialistas en pediatría, obstetricia y nutrición sobre el uso del agua natural para mantener un buen estado de salud. Acta Pediatr Mex 2013; 34: 109-114.
5. Vitoria I, Dalmau J. El agua: bebida recomendable para una adecuada nutrición en la infancia. Acta Pediatr Esp 2011; 69(6): 259-266.
6. Heller L, Bastos R, Pinto V. Drinking water standards in South American countries: convergences and divergences. J Water Health 2012; 10(2): 295-310.
7. World Health Organization. Guidelines for drinking-water quality: incorporating first addendum. 3 ed. Ginebra: WHO, 2004. (http://www.who.int/water_sanitation_health/dwq/gdwq0506begin.pdf).
8. Decreto 315/994. Reglamento Bromatológico Nacional. Capítulo 25, sección 1 (Agua). Diario oficial (14 julio 1994).
9. OSE. Norma Interna de Calidad de Agua Potable. Montevideo OSE, 2006. www.ose.gub.uy
10. Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano: avaliando o grau de implementação das ações. Cien Saude Coletiva 2014; 19(10): 4167-84.
11. Fomon S, Ekstrand J, Ziegler E. Fluoride intake and prevalence of dental fluorosis: trends in fluoride intake with special attention to infants. J Pub Health Dent 2000; 60: 131-9.
12. Vitoria I, Climent S, Herrero P, Esteban G. Ebullición del agua y fórmula de inicio. Implicaciones nutricionales. Acta Pediatr Esp 2000; 58: 247-51.
13. Vitoria I, Herrero P, Esteban G, Llopis A. Reconstitución de la fórmula de inicio con agua potable hervida. Implicaciones nutricionales. An Esp Pediatr 1998; Suppl 116: 56.

Invitación a los socios a participar del Programa de Comunicación Social de la SUP

Estimado socio,

Entre los múltiples fines de la SUP, consideramos que es importante jerarquizar el objetivo de promover los conocimientos, las habilidades y la participación de las familias en actividades de promoción y prevención en salud infantil y del adolescente.

Para ello, coincidiendo con la celebración de los 100 años de la SUP, nos propusimos desarrollar un programa específico de acercamiento a la comunidad, cuyo lanzamiento y comunicación oficial se realizó en el Teatro Solís en el mes de diciembre.

El programa se llama “Mi Pediatra” y se desarrolla a través de redes sociales (página de Facebook), sitio web, actividades presenciales y medios de comunicación. El objetivo es profundizar una línea de comunicación directa con los niños en edad escolar y con los adolescentes, con sus madres y padres, y con toda aquella persona que tiene a su cargo el cuidado de niños y adolescentes.

A través de “Mi Pediatra” nos proponemos difundir conocimientos y consejos prácticos sobre la salud infantil y del adolescente, redactados de la manera más clara y sencilla posible, a través de la publicación de columnas y consejos prácticos breves con recomendaciones sobre los más diversos temas.

Estamos invitando a nuestros socios a participar activamente de este programa de comunicación redactando estos contenidos. Para procurar desarrollar estas actividades comunicacionales con el mayor rigor profesional posible, hemos contratado a un equipo de consultores en comunicación – SIGNO – quienes colaboran en lograr que la redacción sea apropiada para transmitir el mensaje de la mejor manera posible y con un formato institucional.

Las notas o columnas se difunden a través de nuestra página web y de las redes sociales de la SUP. Solicitamos que las columnas tengan una extensión ideal de 1.000 caracteres y una máxima de 1.600. Cada columna lleva la firma de su o sus autores. Los consejos prácticos, sintetizados en una o dos frases sobre cada tema, están dirigidos principalmente a su difusión a través de las redes sociales.

De esta forma, queremos acompañar institucionalmente a madres y padres en experiencia inigualable de ver crecer a sus hijos con salud y en la atención de los diversos problemas que pueden presentar, complementando la tarea de educación que realizamos individualmente como pediatras en las consultas médicas y en las actividades presenciales de promoción y prevención de salud.

Exhortamos a todos los socios que deseen unirse en este emprendimiento colectivo, que se comuniquen con secretaría de la SUP (secretaria@sup.org.uy) proponiendo uno o más temas de los que deseen escribir. Como comprenderán, es necesario coordinar para que haya una adecuada distribución de los temas y evitar una excesiva superposición. Acordado el tema con cada uno de ustedes, les enviaremos unas pautas con recomendaciones para la redacción de estos contenidos.

Agradeciéndoles desde ya su disponibilidad para participar, les enviamos nuestros más cordiales saludos

Comisión Directiva

Nuevas incorporaciones



Farmuario 2017: Guía farmacológica y terapéutica / Luis González Machado.



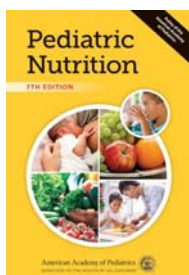
Bullying & Mobbing: haciendo visible lo invisible / Silvana Giachero. Montevideo: Grijalbo, 2017. Donación Editorial Penguin Random House



Guía alimentaria para la población uruguaya: para una alimentación saludable, compartida y placentera/ Ministerio de Salud. Montevideo: MS, 2016. Donación Ministerio Salud



Medicina de la Adolescencia / María Inés Hidalgo Vicario. Barcelona: Océano-Ergon, 2013. Donación Dra. Rosario Satriano



Pediatric Nutrition / American Academy of Pediatrics. Elk Grove Village (IL): AAP, 2014. Donación Dra. Rosario Satriano



Fisiopatología: mecanismos de las disfunciones orgánicas / José Boggia. Montevideo: Bibliomédica, 2017.



Nutriguía / Gabriela González. 10 ed. Montevideo: Nutriguía, 2016.



Genética: un enfoque conceptual / Benjamin Pierce. 5ed. Buenos Aires: Panamericana, 2016.



Traumatismo encéfalo craneano / Marcelo Algorta y Saúl Wajskopf. Montevideo: Oficina del libro, 2016.



Bright Futures Guidelines / AAP. 4ed. Elk Grove Village, IL: AAP, 2017.

Agenda de eventos 2017

Uruguay

12 de agosto
XVI JORNADA CIENTÍFICA DE
PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA (PNIE)
MEDICINA Y PSICOTERAPIA INTEGRATIVA Y OTRAS
CIENCIAS DE LA SALUD
Hotel Kolping
Montevideo
supnieuruguay@gmail.com

18 de agosto
JORNADA “ACTUALIZACIONES EN NEONATOLOGÍA”
Torre de las Comunicaciones ANTEL
Montevideo
chprneo@fmed.edu.uy

18 de agosto
CURSO CONCEPTOS ACTUALES EN PREMATUREZ
Hotel Palladium
Montevideo
sgineuruguay@gmail.com.

agosto – octubre
2do CURSO VIRTUAL DE NEONATOLOGIA
INTERNACIONAL
www.smhap.org/neonato

24 – 27 DE OCTUBRE
XXXI CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRIA. IX
JORNADA DEL PEDIATRA JOVEN
Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel
Montevideo
www.sup.org.uy

Año 2018
8 - 10 de noviembre
CONGRESO INTERNACIONAL DE LA RED
IBEROAMERICANA DE APEGO (RIA) “PERSPECTIVAS
ACTUALES DE LA TEORÍA DEL APEGO EN
IBEROAMÉRICA. INVESTIGACIONES,
INTERVENCIONES Y POLÍTICAS PÚBLICAS”
Montevideo
congreso.montevideo.ria@usuarioria.onmicro-
soft.com

Exterior

7 – 8 de setiembre
X CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA DE
EMERGENCIAS Y IV CONGRESO ARGENTINO DE
RESIDENTES EN EMERGENTOLOGÍA
Palais Rouge
Buenos Aires – Argentina
www.sae2017.com.ar
26 – 29 de setiembre
38° CONGRESO ARGENTINO DE PEDIATRÍA
Orfeo Superdomo y en el Centro de Convenciones Di-
nosaurio Mall
Buenos Aires – Argentina
congresos@sap.org.ar – www.sap.org.ar

28 - 30 de setiembre
PANCREAS 2017
Universidad Católica Argentina
Buenos Aires – Argentina
www.pancreas2017.com

16 – 17 de noviembre
2 CONGRESO LATINOAMERICANO DE DESARROLLO
INFANTIL Y DISCAPACIDAD. EL NIÑO CON
CONDICIONES CRÓNICAS Y DISCAPACIDAD:
PRIORIZANDO LA FUNCIÓN.
Hospital de Pediatría Prof. Dr. J. P. Garrahan
Buenos Aires – Argentina
lara.jornadasaldid2017@gmail.com

Año 2018
23 - 26 de enero
XXVIII CONGRESO CUBANO DE PEDIATRÍA. VII
SIMPOSIO INTERNACIONAL DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL Y PEDIÁTRICA. II SIMPOSIO
INTERNACIONAL DE PUERICULTURA
www.pediatricacuba.com

¡Los invitamos a visitar la nueva web y recomendarla en sus redes sociales! (www.sup.org.uy)

Llamanos: 2709 1801



 INICIO INSTITUCIONAL ▾ NOVEDADES PUBLICACIONES ▾ EVENTOS ▾ MI PEDIATRA ▾ BIBLIOTECA MAS... ▾

Foro
Contacto
Solicitud de ingreso

Sociedad Uruguaya de Pediatría

XXXI CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRIA

"Conectad@s con el Siglo XXI"

24

25

26

**OCTUBRE
2017**

27

Radisson Victoria Plaza Hotel

Organiza: Sociedad Uruguaya de Pediatría



**Jornada de
Emergencia
pediátrica**

**Jornada de
Infectología
pediátrica**

**IX Jornada
del Pediatra
Joven del Conosur**

**Seminario sobre
Desarrollo
en la Infancia**



INSCRIPCIONES:

Exclusivamente por web a partir del
martes 2 de mayo de 2017

Formulario de inscripción: www.sup.org.uy

NO SE REALIZARÁN INSCRIPCIONES EL DIA DEL EVENTO
El costo de inscripción incluye la Fiesta de Clausura
el viernes 27 de octubre de 2017

Descripción	Pesos Uruguayos Hasta 30/09/2017	Pesos Uruguayos Desde 01/10/2017
Médicos, Licenciados y Técnicos socios SUP	\$ 2900	\$ 3900
Médicos, Licenciados y Técnicos No socios SUP	\$ 5400	\$ 6500
Aux. Enfermería y Estudiantes No Socios	\$ 1900	\$ 2900

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS CIENTÍFICOS

www.sup.org.uy