

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA

Publicación Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría

VOLUMEN 80
1/1982

- Pág. 18 Editorial
Pág. 20 Recomendaciones para la confección de trabajos médicos para ser publicados.

Colaboración Internacional

- Pág. 24 Prevención de las crisis de asma en el niño mediante la instrucción de los padres sobre el padecimiento —**Dr. Angel Gardida Chavarria y col.**

Artículos

- Pág. 30 Acetilcolinesterasa en mucosa rectal y aganglionosis —**Dra. Elsa Guastavino y col.**
Pág. 38 Atención médica primaria en adolescentes —**Dr. Gustavo A. Girard y col.**
Pág. 49 El equipo de salud frente a la desnutrición —**Dr. Oscar Anzorena y col.**
Pág. 59 Estudios bacteriológicos y citológicos en la otitis media aguda de la primera infancia —**Dr. V. Padula y col.**
Pág. 67 Comparación del test de la streptozima con el test de la antiestreptolisina en enfermedades postestreptocócicas —**Dra. Olga Pis Diez y col.**

Casuística

- Pág. 71 Litiasis renal: hiperparatiroidismo primario —**Dra. Esther Carmelengo de Rosetto y col.**

Caso del mes

- Pág. 75 Eosinofilia grave —**Dr. L. Beraldy y col.**

Pediatría Práctica

- Pág. 80 Uso de zapatos al comenzar a caminar y tipos de calzado —**Dra. Elsa D. Bisero**
Pág. 83 Desarrollo madurativo de la mano en el primer año de vida —**Dra. Patricia Cecilia Andreozzi**

Pediatría Sanitaria y Social

- Pág. 86 Síndrome del niño abandonado y maltratado —**Dra. María Vidal de Martín y col.**
Pág. 101 Comentario —**Dr. Mario Gutiérrez Leyton**
Pág. 102 Proyecto de creación de una unidad de atención del púber y del joven —**Dr. Enrique Daniel Berner**

Educación Continua

- Pág. 107 Naturaleza y propósitos de las monografías en el campo de la salud —**Dr. Mario Gutiérrez Leyton**
Pág. 111 Docencia de pregrado en pediatría en el hospital interzonal especializado de agudos "Superiora Sor María Ludovica" de La Plata - 1981 —**Dr. Jorge Morano y col.**
Pág. 128 Informe técnico del tribunal de evaluación pediátrica. Prueba objetiva de selección múltiple para optar al título de médico pediatra neonatólogo - 1980.
Pág. 130 Necrológicas
Pág. 132 Sumario 1981



Por un niño sano
en un mundo mejor



ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA

Publicación Oficial de la SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA

Fundada el 20 de octubre de 1911

MIEMBRO DE LA ASOCIACION LATINOAMERICANA DE PEDIATRIA Y DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE PEDIATRIA

Volumen 80
1/1982

International Standard Serial

Nº ISSN 0325-0075

Inscrito en el Reg. de la Prop. Intel

Nº 1.391.085

PREMIO APTA "F. ANTONIO RIZZUTO" a la mejor labor 1973.

Categ. Rev. Científicas

DIRECTOR EDITOR:

Dr. Héctor E. Mora

COMISION NACIONAL ASESORA

Prof. Raúl Beranger, Gustavo Berri, Abel Bettinsoli, Alfonso Bonduel, Juan V. Climent, Angel E. Cedrato, Alberto Chattas, Felipe De Elizalde, Dora S. de Cortis, Ignacio Díaz Bobillo, Carlos A. Gianantonio, Jacobo Halac, Alfredo Larguía, Julio A. Mazza, Francisco Menchaca, Juan J. Murtagh, Jorge Nocetti Fasolino, Humberto Notti, Miguel Oliver, Adalberto Palazzi, Teodoro F. Puga, Carlos A. Rezzónico, José E. Rivarola, Alfonso Ruiz López, Oscar I. Ronchi, Angel F. Segura, Enrique Sujoy, Pedro Tártara, José C. Toledo, Oscar R. Turró, José Valdez, José R. Vázquez.

COMISION DE REDACCION

Dres: Horacio Giberti, Raúl Merech, Horacio J. Olivé, Juan C. Puigdevall, Luis Voyer.

SECRETARIOS DE REDACCION

Boletín Informativo: Dres. José M. Ceriani Cernadas, Ricardo S. Dalamon
Suplemento de Archivos Argentinos de Pediatría: Dres. Gustavo Descalzo Plá, Julio Axenfeld.

TRADUCCIONES

Dras. Patricia M. Houghton y Lic. Gerda Rhades.

CORRESPONSALES NACIONALES

Región I
Dra. Mercedes Riaño Garcés.

Región II

Dr. José Ferrer

Región III

Dr. Eladio Mazzón

Región IV

Dr. Leonardo Vanella

Región V

Dr. Luis E. Segura

CORRESPONSALES EXTRANJEROS

Dres. Eduardo M.T. Bancalari (Miami)

Horacio S. Falciglia (Ohio)

Francisco E. Pflaum (Illinois)

José Straus (Miami)

José Grunberg (Montevideo)

Armando E. Grassi (Nueva York)

Dra. M.H. Benitez de D'onofrio (Lima)

Registro Nacional de Instituciones Nº 0159

Inscrip. Pers. Jurídica Nº C. 4029

Resol. Nº 240/63

SECRETARIA: CORONEL DIAZ 1971/75

1425 Buenos Aires, R. Argentina

- Tel. 821-0612 y 824-2063

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA

COMISION DIRECTIVA (1981-1984)

Presidente: Dr. Teodoro F. Puga

Vice-Presidente: Dr. Oscar Anzorena

Secretario General: Dr. José M. Ceriani Cernadas

Tesorero: Dr. Angel Plaza

Secret. de Asuntos Científicos: Dr.

Carlos A. Gianantonio

Secret. Relaciones: Dr. Raúl Ruvinsky

Secret. Public. y Biblioteca: Dr. Héctor Mora

Secret. Actas y Reglamentos: Dr.

Narciso A. Ferrero

Vocal 1º: Dr. Roberto R. Toziano

Vocal 2º: Dr. Tomás M. Banzas

Miembros Suplentes: Dr. Gustavo

Descalzo Plá, Dr. Emilio Armendariz,

Dr. Néstor E. Aparicio, Dr. Mariano

Plá, Dr. Jesús M. Rey.

Secretario Técnico

Dr. Ricardo Dalamón

SUB-COMISIONES: (SAP)

Presidentes

Educación continua:

Dr. Carlos A. Gianantonio

Publicaciones y Biblioteca:

Dr. Héctor Mora

Relaciones internacionales:

Dr. Gustavo G. Berri

Becas:

Dr. Alberto Chattás

Premios:

Dr. Américo Arriola

Relaciones:

Dr. Raúl O. Ruvinsky

Estatutos y Reglamentos:

Dr. Benjamín Paz

Educación para la salud:

Dr. Saúl Biocca

Prensa y Difusión:

Dr. Mario Cesarsky

Finanzas:

Dr. Angel Plaza

Cultura y Estudios históricos de la

Pediatría:

Dr. Donato Depalma

SE ENVIA SIN CARGO: a todos los socios, a las Autoridades Sanitarias Nacionales, Provinciales o Comunales, a relevantes personalidades médicas extranjeras, a Bibliotecas, a Empresas Anunciantes y en canje a todas las Revistas pediátricas del Mundo. **SUSCRIPCIONES** (No socios) Anual: Argentina (\$ 500.000. Exterior: US\$ 50. Número suelta: \$ 85.000. Cheques y giros postales a la Sociedad Argentina de Pediatría, no a la orden, número de cheque o giro; Banco; Nombre y apellido; Dirección; Ciudad y país, por el importe respectivo, agregando 30% por gastos de franqueo.

COORDINACION

PUBLICIDAD

Jorge Ortega

COORDINACION

GRAFICA:

José L. Fontova

TIRAJE DE ESTA

EDICION:

6.000 ejemplares

CORREO ARGENTINO SUC. 25	FRANQUEO PAGADO CONCESION Nº 5160
	JARIFA REDUCIDA CONCESION Nº 1113

DIRECTORES DE REGIONES S.A.P.

Región I:

Director Titular: *Dr. Jorge Nocetti Fasolino* – Avda. Callao 353, 3° C (1022) Capital

Región II:

Director Titular: *Emilio Cecchini* – Calle 32 entre 7 y 8 (1900) La Plata

Región III:

Director Titular: *Jorge Rafael Restanio* – Patricio Diez 1286 (3560) Reconquista (Santa Fe)

Región VII:

Director Titular: *Fernando Alonso* – Avda. Paraguay 45 (3500) Resistencia (Chaco)

Región IV:

Director Titular: *Alberto Lubetkin* – Constitución 1055 (5800) Río Cuarto (Córdoba)

Región V:

Director Titular: *Luis E. Segura* – Hipólito Irigoyen 1233 (4700) Catamarca

Región VI:

En receso

PRESIDENTES DE FILIALES

Córdoba: *Dr. Horacio Villada Achaval* – Hosp. de Niños – Corrientes 643 – 5000 Córdoba.

Mendoza: *Dr. Juan B. Ursomarso* – Casilla de Correo 484 – 5500 Mendoza.

Tucumán: *Dr. Alberto G. Galíndez* – Pje. Hungría 750 – 4000 Tucumán.

Santa Fe: *Dr. Edgardo Berraz* – Hosp. de Niños – Bv. Gálvez 1563 – 3000 Santa Fe.

Salta: *Dr. Manfred Feilbogen* – Hosp. de Niños – Sarmiento 625 – 4400 Salta

Mar del Plata: *Dr. Jorge Bargo* – Castelli 2450 – 7600 Mar del Plata.

Río Cuarto: *Dr. Roberto Remedi* – Constitución 1051 – 5800 Río Cuarto.

Rosario: *Dr. Adalberto Palazzi* – Catamarca 1935 – 2000 Rosario.

Entre Ríos: *Dr. Oscar J. Ronchi* – Urquiza 1135/39 4° Piso – of. 12 – 3100 Paraná.

San Juan: *Dr. Héctor Navas* – Casilla de Correo 247 – 5400 San Juan.

La Plata: *Dr. Emilio Cechini* – Hosp. de Niños – Calle 14 – N° 1631 – 1900 La Plata.

San Luis: *Dra. María C. de Rivarola* – Casilla de Correo 5 – Suc. 1 – 5700 San Luis.

Bahía Blanca: *Dr. Néstor R. Rossi* – Estomba 968 8000 Bahía Blanca.

Corrientes: *Dr. Daniel Bedrán* – Hosp. de Niños – J. R. Vidal – Las Heras – 3400 Corrientes.

Misiones: *Dr. Lucio A. Gutierrez* – Junín 328 – 3300 Posadas.

Jujuy: *Dr. Angel Herrera* – Av. Córdoba y J. Hernández – Hosp. de Niños "Dr. Héctor Quintana" 4600 S. de Jujuy.

Chaco: *Dr. Adolfo Andreotti* – Avda. Avalos 450 3° piso – 3500 Resistencia.

Regional Centro de la Prov. de Bs. As.: *Dr. Héctor Equiza* – Círculo Médico de Tandil.

Alto valle de Río Negro y Neuquén: *Dr. Julio Arce-Buenos Aires y Talero* – 8300 Neuquén.

Regional Norte de la Prov. de Bs.As.: *Dr. José Santos Manuel Jaureguicahar* – Asociación Médica – Guardias Nacionales 15 – 2900 San Nicolás.

La Pampa: *Dr. Ernesto Buffa* – Escalante 41 – 6300 Santa Rosa.

Catamarca: *Dr. Luis E. Segura* – Hipólito Irigoyen 1233 – 4700 Catamarca.

Lagos del Sur: *Dr. Jorge Angaut Rocha* – Casilla de Correo 470 – 8400 Bariloche.

Santiago del Estero: *Dr. Oscar Granda* – Av. Saénz Peña 340 – 4200 Santiago del Estero.

Cruz Fueguina: *Secretario Dr. Francisco J. Soria* – Perito Moreno 235 – 9400 Río Gallegos.

San Francisco: *Dr. José Tortone* – Belisario Roldán 35 – 2400 San Francisco (Córdoba).

Formosa: *Dr. Juan A. Arauz* – Paraguay 1200 – 3600 Formosa.

La Rioja: *Dr. Ernesto V. Manfrin* – Facundo Quiroga 25 – 5300 La Rioja

Valle del Chubut: *Dr. Hugo Marín* – Asoc. Médica del Este del Chubut – Paraguay 142 – 9100 Trelew (Chubut).

Golfo San Jorge: *Dr. Manuel Vivas* – Casilla de Correo 965 – 9000 Comodoro Rivadavia.

Villa Mercedes: *Dra. Beatriz P. de Mena* – Maipú 458 – 5730 Villa Mercedes (S.Luis).

Reconquista: *Dr. Eladio C. Mazzon* – Patricio Diez 1286 – 3560 Reconquista (S.Fé).

Regional Oeste de la Prov. de Bs.As.: *Dr. Angel Tomino* – Av. Rivadavia 379 – 6000 Junín.

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA publica trabajos de Medicina Infantil, clínicos o experimentales, destinados a todos los niveles de lectores pediátricos. Los artículos podrán ser: originales, de actualización, de casuística o de educación, tanto nacionales como extranjeros (colaboraciones internacionales por invitación). Los trabajos argentinos deberán ser inéditos, pudiendo haberse publicado tan sólo como resúmenes.

Todos los trabajos se presentarán dactilografiados por triplicado, a doble espacio, en hojas de formato oficio, con doble margen de 3 cm.

Trabajos originales: deberán mantener el siguiente ordenamiento: Página inicial; Resumen en español e inglés y palabras clave; Texto; agradecimientos; Bibliografía; Figuras y cuadros; Leyendas de cuadros y figuras. En lo posible no deberán exceder de 20 hojas escritas a máquina a doble espacio, de un solo lado. La página inicial: incluirá el título del trabajo; apellido e iniciales del nombre (es) del autor (es), con un asterisco que permita individualizar al pie, los de la institución en que se ha efectuado el trabajo, el cargo de los autores y la dirección de aquel a quien deberá dirigirse la correspondencia y que sea receptor de los pedidos de separatas.

Los resúmenes: acompañarán el trabajo por separado; el español no excederá de 300 palabras y el inglés será, en cambio, mucho más extenso y detallado con citas de gráficos y figuras del texto. Palabras clave: serán seis como máximo y sus correspondientes en inglés, serán propuestas por los autores y encabezarán el correspondiente resumen.

El texto de los artículos originales será redactado de acuerdo con la siguiente secuencia

Introducción; Material y Métodos; Resultados y Discusión.

Agradecimiento: cuando se lo considere necesario y en relación a personas o instituciones, deberá guardar un estilo sobrio.

La Bibliografía: deberá contener únicamente las citas del texto e irán numeradas correlativamente de acuerdo con su orden de aparición en aquél. Figurarán los apellidos y las iniciales de los nombres de todos los autores, sin puntos, separados unos de otros por comas. Si son más de seis, indicar los tres primeros y agregar ("y col"); la lista de autores finalizará con dos puntos (:). A continuación se escribirá el título completo del trabajo, separado por un punto (.) del nombre abreviado según el Index Medicus de la Revista en el que se encuentra publicado el trabajo y año de aparición de aquélla, seguido por punto y coma (;). Volumen en números arábigos seguido por dos puntos (:) y números de la página inicial y final, separados por un guión (-). Tratándose de libros la secuencia será: Apellido e inicial (es) de los nombres de los autores (no utilizar puntos en las abreviaturas y separar uno del otro por coma), dos puntos (:); Título del libro, punto (.); Número de la edición si no es la primera y ciudad en la que fue publicado (si se menciona más de una, colocar la primera), dos puntos (:); Nombre de la editorial, coma (,); Año de la publicación, dos puntos (:); Número del Volumen (si hay más de uno) precedido de la abreviatura "vol", dos puntos (:); Número de las páginas inicial y final separadas por un guión, si la cita se refiere en forma particular a una sección o capítulo del libro.

Material Gráfico: los cuadros y figuras (dibujos y fotografías) irán numerados correla-

tivamente y se realizarán en hojas por separado y podrán llevar un título. Los números, símbolos y siglas serán claros y concisos. Con las fotos correspondientes a pacientes se tomarán las medidas necesarias a fin de que no puedan ser identificados. Las fotos de observaciones microscópicas llevarán el número de la ampliación efectuada. Si se utilizan cuadros o figuras de otros autores, publicadas o no, deberá adjuntarse el permiso de reproducción correspondiente. Las leyendas o texto de las figuras se escribirán en hoja separada, con la numeración correlativa.

Abreviaturas o siglas: se permitirán únicamente las aceptadas universalmente y se indicarán entre paréntesis, cuando aparezca por primera vez la palabra que se empleará en forma abreviada. Su número no será superior a diez.

La Revista se hará cargo de un número razonable de figuras en blanco y negro. El excedente correrá por cuenta del autor. Los autores interesados en la impresión de **separatas**, deberán anunciarlo al remitir sus trabajos especificando la cantidad requerida. El costo de aquéllas queda a cargo del solicitante, comunicándosele por nota de la Dirección.

Trabajos de actualización: estarán ordenados de la misma forma que la mencionada para los trabajos originales, introduciendo alguna modificación en lo referente al "texto", donde se mantendrá, no obstante, la introducción y discusión. Tendrán una extensión máxima de 10 páginas y la bibliografía será breve (no más de 10 citas).

Trabajos de casuística: igual ordenamiento general. El "texto" tendrá una introducción, breve presentación del tema y referencias a publicaciones nacionales y/o extranjeras que justifiquen la comunicación por lo infrecuente, insólito o espectacular de las observaciones. Podrán ilustrarse con cuadros

y figuras y llevarán un resumen en inglés. La bibliografía no excederá de 10 citas.

Los trabajos sobre Educación Continua tendrán una página inicial, introducción, objetivos, desarrollo del tema y bibliografía no superior a 10 citas.

Las colaboraciones internacionales —por invitación— serán del tipo conferencias, trabajos originales, de investigación o de casuística y de extensión no limitada. Sin embargo, la Dirección se reserva el derecho de adaptarla y disminuirla en casos especiales que se justificarán ante el autor. Se acompañarán de 1 fotografía del autor principal, breve currículum de éste, nombre del Establecimiento hospitalario al que pertenece, nombre de la Universidad y cátedra en que actúa, ciudad, país y su dirección postal.

Todas las restantes publicaciones (normatizaciones, pediatría histórica, pediatría práctica, etc.) solicitadas por invitación, tendrán la extensión que la Dirección establecerá en cada caso.

La Dirección de Publicaciones se reserva el derecho de no publicar trabajos que no se ajusten estrictamente al Reglamento señalado o que no posean el nivel de calidad mínimo exigible acorde con la jerarquía de la Publicación. En estos casos, le serán devueltos al autor con las respectivas observaciones y recomendaciones. Asimismo en los casos en que, por razones de diagramación o espacio, lo estime conveniente, los artículos podrán ser publicados en forma de resúmenes, previa autorización de sus autores.

La responsabilidad por el contenido, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponde exclusivamente a los autores. La Revista no se responsabiliza tampoco por la pérdida del material enviado. No se devuelven los originales una vez publicados.

Los trabajos deben dirigirse al Director de Publicaciones de la Sociedad Argentina de Pediatría, Coronel Díaz 1971, 1425, Buenos Aires, Argentina.

SUMARIO

- Pág. 18 Editorial
- Pág. 20 Recomendaciones para la confección de trabajos médicos para ser publicados
- Colaboración Internacional**
- Pág. 24 Prevención de las crisis de asma en el niño mediante la instrucción de los padres sobre el padecimiento – **Dr. Angel Gardida Chavarria y col.**
- Artículos**
- Pág. 30 Acetilcolinesterasa en mucosa rectal y aganglionosis – **Dra. Elsa Guastavino y col.**
- Pág. 38 Atención médica primaria en adolescentes – **Dr. Gustavo A. Girard y col.**
- Pág. 49 El equipo de salud frente a la desnutrición – **Dr. Oscar Anzorena y col.**
- Pág. 59 Estudios bacteriológicos y citológicos en la otitis media aguda de la primera infancia – **Dr. V. Padula y col.**
- Pág. 67 Comparación del test de la streptozima con el test de la antiestreptolisina en enfermedades postestreptococicas – **Dra. Olga Pis Diez y col.**
- Casuística**
- Pág. 71 Litiasis renal: hiperparatiroidismo primario – **Dra. Esther Carmelengo de Rosetto y col.**
- Caso del mes**
- Pág. 75 Eosinofilia grave – **Dr. L. Beraldi y col.**
- Pediatría Práctica**
- Pág. 80 Uso de zapatos al comenzar a caminar y tipos de calzado – **Dra. Elsa D. Bisero**
- Pág. 83 Desarrollo madurativo de la mano en el primer año de vida – **Dra. Patricia Cecilia Andreozzi**
- Pediatría Sanitaria y Social**
- Pág. 86 Síndrome del niño abandonado y maltratado – **Dra. María Vidal de Martín y col.**
- Pág. 101 Comentario – **Dr. Mario Gutiérrez Leyton**
- Pág. 102 Proyecto de creación de una unidad de atención del púber y del joven – **Dr. Enrique Daniel Berner**
- Educación Continua**
- Pág. 107 Naturaleza y propósitos de las monografías en el campo de la salud – **Dr. Mario Gutiérrez Leyton**
- Pág. 111 Docencia de pregrado en pediatría en el hospital interzonal especializado de agudos “Superiora Sor María Ludovica” de La Plata – 1981 – **Dr. Jorge Morano y col.**
- Pág. 128 Informe técnico del tribunal de evaluación pediátrica. Prueba objetiva de selección múltiple para optar al título de médico pediatra neonatólogo – 1980.
- Pág. 130 Necrológicas
- Pág. 132 Sumario 1981

ABSTRACTS IN ENGLISH

- Page 18 Editorial
Page 20 Proposals for writing medical papers.
- International cooperation**
- Page 24 Prevention of asmatic crisis in children through parental instruction—
Dr. Angel Gardida Chavarria y col.
- Articles**
- Page 30 Acetilcolinesterase in rectal mucosa and agangleónosis — **Dra. Elsa Guastavino y col.**
Page 38 Primary medical assistance in adolescence — **Dr. Gustavo A. Giraud y col.**
Page 49 Health team for malnourishment management - **Dr. Oscar Anzorena y col.**
Page 59 Bacteriological y Citological Studies in Acute Otitis Media in early childhood — **Dr. V. Padula y col.**
Page 67 Comparative study of streptozyme test and antistreptolisine test in poststreptococcal illness — **Dra. Olga Pis Diez and col.**
- Casuistics**
- Page 71 Renal Litiasis: primary hyperparathyroidism — **Dra Esther Carmelengo de Rosetto**
- Case Report**
- Page 75 Severe Eosinofilia— **Dr. L. Beraldi and col.**
- Ambulatory Pediatrics**
- Page 80 Different types of shoes and its use for the first steps — **Dra. Elsa D. Bisero.**
Page 83 Maturational Development of the hand during the first year of life — **Dra. Patricia Cecilia Andreozzi**
- Sanitary and Social Pediatrics**
- Page 86 The neglected and battered child syndrome — **Dra. María Vidal de Martín y col.**
Page 101 Comentary.
Page 102 Adolescent Treatment unit Proyect — **Dr. Enrique Daniel Berner**
- Continuous Education**
- Page 107 Monographs in health area: aims and characteristics — **Dr. Mario Gutierrez Leyton.**
Page 111 Pediatric Pregrade Teaching in an interurban Hospital for acute patients Superiora Sor María Ludovica in La Plata
Page 128 Tecnical report by the court of pediatric evaluation - Múltiple choice test for the elegibility of the noenatologist degree
Page 130 Necrologicals.
Page 132 Summary 1981.

LA ENSEÑANZA UNIVERSITARIA

En los últimos y próximos números de ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA, publicamos experiencias grupales sobre la enseñanza de la Pedjatría en el pregrado y en el postgrado.

Es obvio que nuestro interés, mas allá del que tenemos en cuanto a la docencia de esta parte de la medicina, está centrado también, en la enseñanza que debe impartirse integralmente a quienes ejercemos la profesión de médico.

Es un hecho que las comunidades, los países y el mundo, se han poblado de sociedades, juntas, comisiones mixtas e institutos, destinados a analizar, mejorar y promover el desarrollo y la trasmisión de los conocimientos médicos, pero por sobre todos ellos, evidentemente, el papel rector lo sigue y continuará ejerciéndolo la Universidad.

Unánimemente aceptamos que la Universidad es un organismo que funciona dentro y para la nación, y que el cumplimiento de su misión importa a la totalidad de la comunidad, no sólo porque ésta la sostiene, sino porque en gran medida de su eficaz funcionamiento depende su bienestar espiritual y económico. De esta manera, la Universidad trasciende el interés que cualquier actividad cultural despierta, ya que forma parte del patrimonio integral del ser humano.

Conocemos y aceptamos que la Universidad sólo puede llegar a cumplir esta fundamental misión, cuando está dotada de auténticos maestros. Es necesario, pues, establecer las bases que sirvan para lograr este objetivo.

Es por todos conocido que desde hace unos años nuestro país ha agregado a su rubro de exportaciones, la de científicos de singular valor, y esa realidad ha despertado natural preocupación.

No ignoramos la gravitación que los aspectos económicos tienen sobre este hecho, pero pensamos que por sobre eso priva la necesidad de un cambio de espíritu y de mentalización en los procedimientos referentes al funcionamiento de la estructura universitaria.

Algo importante se ha logrado al revertir el viejo concepto de que la Universidad "debe estar abierta a todos", para cambiarlo por la mucho más realista idea de que la Universidad "debe estar abierta a los más capaces y a los auténticos interesados en dedicar gran parte de su vida al mejoramiento cultural y científico propio y de la comunidad".

Este criterio debe sustentarse en la necesidad de aprovechar integralmente la capacidad de la Universidad en cuanto al espacio que puede brindar, las comodidades que ofrece en sus laboratorios y bibliotecas, el número de personal docente y de investigación con que

cuenta, pero además, teniendo en cuenta que sobrepasar sus posibilidades en cualquiera de estos aspectos, sólo puede conducir a la transmisión de una inadecuada enseñanza.

Sin embargo, por sobre todo lo anunciado, es menester que tomemos conciencia de que la Universidad necesita, como ya hemos dicho, de verdaderos maestros. Lograr este objetivo, comporta un compromiso para todos los que integramos la población universitaria del país y para las autoridades que la gobiernan.

Desde luego resulta importante que el docente universitario tenga aseguradas retribuciones que le permitan despreocuparse del problema económico, y de este modo poder llevar una vida decorosa con su familia, centralizando todos sus esfuerzos en la tarea científica. Pero por sobre todo, debe contar con estabilidad en sus funciones y por ello, con posibilidades de planificar su actividad con la debida antelación, en un mundo científico en pleno avance y progreso constante.

Para ello existe un solo procedimiento idóneo: implementar concursos para llenar el vacío generado por la falta de profesores titulares efectivos, en la mayoría de las cátedras de nuestro medio.

La jerarquización de la cátedra universitaria será una lógica consecuencia que surgirá de la labor organizada que podrá emprenderse con la continuidad del trabajo de cada jefe y su grupo de colaboradores, y esto seguramente, nos volverá a acercar a lo que es habitual en las universidades tradicionales del mundo.

La Universidad que nuestro país necesita surgirá entonces, no del simple articulado de una ley por más criteriosa y sabia que resulte, sino de la fuerza que ha de generar la formación de grupos que a la vez que permitirán que se vayan formando los maestros que necesitamos serán el mejor camino para que profesores idóneamente seleccionados puedan ir preparando a jóvenes talentosos en la disciplina científica.

Los verdaderos maestros que la Universidad necesita podrán contar de este modo, con las bases necesarias para sentirse espiritualmente dignificados y reconfortados con la actividad que desarrollan en beneficio de toda la comunidad.

Es necesario, pues, que la Universidad encare la solución de este problema, tan grave para su marcha, como es la ausencia de titulares docentes que estimulen la discusión científica, el estudio y la investigación necesarios, a fin de realimentar a los grupos de trabajo, asumiendo de esta manera la responsabilidad de promover al máximo el desarrollo de sus recursos más valiosos, representados por el talento de sus profesores, auxiliares docentes y jóvenes estudiantes.

Dr. Héctor G. Crespi

RECOMENDACIONES PARA LA CONFECCION DE TRABAJOS MEDICOS PARA SER PUBLICADOS

El Comité de Redacción de Archivos Argentinos de Pediatría ha considerado necesario ajustarse a las normas internacionales sugeridas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas¹. De esta manera se trata de obtener mayor uniformidad en la presentación de los trabajos, favoreciendo su lectura y rápida interpretación^{2 3 4 5 6}.

A tal fin se ofrecen en forma detallada las recomendaciones para la diagramación y ordenamiento de los trabajos científicos que en el futuro se remitan para su publicación.

Condiciones generales

Los trabajos deberán ser escritos a máquina, en hojas de papel blanco, grueso, tamaño carta, a doble espacio y de un solo lado. Se dejará un margen a la izquierda no menor de 4 cm y cada página se numerará en forma consecutiva, en el ángulo superior derecho.

Los trabajos deberán ser inéditos y no podrán ser remitidos para su consideración al mismo tiempo a otras revistas con el fin de ser publicados. Esto no impide la recepción y revisión de trabajos completos, que hubieren sido previamente publicados como datos preliminares, en forma de resúmenes. En estos casos se adjuntará dicho resumen. También podrán ser remitidos para su publicación trabajos rechazados en el exterior, siempre que sean adaptados al reglamento de publicaciones de Archivos.

Los trabajos, en líneas generales, deberán mantener el ordenamiento que se detalla a continuación: 1 Título, autores y cargos; 2 Resúmenes en castellano e inglés y palabras clave; 3 Texto; 4 Agradecimientos; 5 Bibliografía; 6 Figuras y cuadros; 7 Leyendas de figuras y cuadros.

1. Título, autores y cargos

En la primera página del trabajo deberán figurar en orden los siguientes ítems:

a – Título: deberá expresarse en forma clara y concisa, empleando el menor número de palabras posible (8 aproximadamente). De no poder acortarse es preferible subdividirlo en Título y Subtítulo.

b – Autores: nombre y apellido de el o los autores, en el orden correspondiente, separados por una coma. Es conveniente limitar el número de autores a los que hayan participado en forma directa en el trabajo, dejando para el agradecimiento las colaboraciones.

c – Títulos y cargos: se indicará el de mayor jerarquía o el de su lugar de trabajo habitual. El mismo se identificará con un asterisco correlativo sobre el nombre de cada autor.

d – Lugar de trabajo: se escribirá con precisión, sin abreviaturas, indicando claramente el o los servicios en los cuales se realizó el trabajo y la o las instituciones a las que pertenece. Se indicará solamente la dirección completa a donde deban remitirse las solicitudes para obtener separatas. No es necesario incluir el departamento, división o sección.

e – Dirección: al pie de la página irán la dirección y teléfono del autor a quien deba dirigirse el Comité de Redacción en caso necesario y quien será receptor de los pedidos de separatas.

2. Resúmenes y palabras clave

Archivos exige dos resúmenes de trabajo. Uno en **español** que no excederá de 300 palabras. Otro en **inglés** que será en cambio más extenso y detallado, indicando motivo del mismo, metodología empleada y resultados más importantes. Si es posible al pie de cada uno de ellos se colocarán las **palabras clave**, en el idioma respectivo. Serán seis como máximo y servirán para confeccionar los índices por diagnóstico. Se utilizarán las palabras más salientes del trabajo.

3. Texto

El contenido de los trabajos de investigación clínica o de investigación básica deberá ser compaginado de acuerdo con los siguientes ítems: a) Introducción, b) Material y Métodos, c) Resultados y D) Discusión. La forma de dividir el texto en otros tipos de trabajos, tales como: monografías, presentación de casos clínicos, actualización de temas o casuística, puede ser diferente a la relatada, pero en su esencia deberá seguir las líneas generales descriptas.

a. Introducción: en esta primera parte deberán indicarse claramente los objetivos del trabajo y los antecedentes que lo fundamentan. Deberán mencionarse solamente las citas bibliográficas relacionadas con el propósito del trabajo, sin tratarlo en extensión.

b. Material y Métodos: se describirán los métodos de selección del material humano o animal empleado. Es conveniente identificar en detalle los métodos y equipos utilizados, así como incluir las citas bibliográficas correspondientes, si se encontraran publicados total o parcialmente. Se relatarán en detalle las modificaciones personales introducidas en las técnicas existentes.

Si la investigación se hubiere realizado en humanos se indicará si los métodos empleados se hallan dentro de los lineamientos éticos del Comité sobre Experimentación en Humanos o de la Declaración de Helsinki de 1975. No podrán identificarse con sus nombres o iniciales los pacientes sujeto del estudio.

Se detallarán por sus nombres genéricos, dosis y vías de administración los materiales químicos, medicamentos utilizados en el trabajo.

c. Resultados: los resultados podrán expresarse en el texto, cuadros o figuras, en forma individual o complementándose entre ellos.

El término "figura" se aplicará para los dibujos y fotografías. Todo el material gráfico se remitirá numerado correlativamente, en lápiz en el dorso, para identificarlos; cada uno llevará un título, una leyenda y la aclaración de los signos y abreviaturas empleados. Deberán seleccionarse los estrictamente necesarios a fin de complementar el texto.

Los resultados se presentarán en una secuencia lógica, explicando o resumiendo los datos consignados en las tablas o figuras, sin repetirlos textualmente y comentando las observaciones más importantes del trabajo.

Todas las tablas y figuras deberán mencionarse en el texto.

d. Discusión: consistirá en la discusión de los elementos empleados para la selección del material estudiado y de los métodos de investigación y estadística utilizados.

Se comentarán los resultados y se compararán con los de otros autores que hayan realizado estudios similares, siendo importante confrontar las propias ideas con las de los autores de esos trabajos.

Cuando se considere oportuno podrán incluirse, en forma especial, recomendaciones o conclusiones, pero deberá tenerse presente que las mismas pueden incluirse en el texto de la discusión y además ser expresadas en el resumen.

4. Agradecimiento

Se referirá sólo a aquellas personas que hayan contribuido en forma directa al estudio o a las entidades que colaboraron para su realización.

5. Bibliografía

Las citas deberán ser numeradas ordenada y progresivamente de acuerdo con su aparición en el texto; en éste figurarán con el número arábigo correspondiente. Los nombres de las revistas se publicarán con las abreviaturas registradas en el *Index Medicus*.

No se incluirán los términos: "observaciones no publicadas" y "comunicación personal", que podrán ser referidas en el texto, entre paréntesis, con el nombre del autor.

Se tratarán de evitar como referencias bibliográficas los trabajos publicados en resúmenes (abstractos), pero podrán incluirse trabajos aceptados para publicación que aún no hayan aparecido; en estos casos, además del nombre de el o los autores, se indicará el nombre de la revista que los ha aceptado, colocando entre paréntesis "En Prensa".

Se han obviado los puntos en las iniciales de los nombres de los autores y la "y", "et", "and" antes del apellido del último autor. Cada uno de los apellidos e iniciales de un autor es separado del siguiente solamente por una coma. Tampoco se colocarán puntuaciones en las abreviaturas de las revistas.

Las citas bibliográficas de artículos aparecidos en revistas científicas deberán llevar el nombre de todos los autores, hasta seis; si son más se incluirán sólo los tres primeros, seguidos de "y cols."

La secuencia y puntuación de los datos será la siguiente: apellido e inicial (es) del nombre de los autores, seguido por dos puntos (:); título completo del trabajo, seguido por un punto (.); abreviatura del nombre de la revista en que se encuentra publicado y año de aparición de la misma, seguido por punto y coma (;); volumen en números arábigos, dos puntos (:); números de las páginas inicial y final, separados por un guión (-).

Ejemplo:

Huth E: **New forms for references.** Br Med J 1979; 1:1697-8

Las referencias aparecidas en un suplemento se identificarán después del volumen, con la abreviatura "supl", entre paréntesis, incluyendo el número del mismo.

Ejemplo:

Olsen S: **Renal histopathology in various forms of acute anuria in man.** Kidney Int 1976; 10 (Suppl 6):2-7.

Los grupos de trabajo o de investigación y los comités se identificarán por la denominación que los caracteriza.

Ejemplo:

The Committee on Enzymes of the Scandinavian Society for Clinical Chemistry and Clinical Physiology: **Recommended method for the determination of gammaglutamyltransferase in blood.** Scand J Clin Lab Invest 1976; 36:119-125.

Los trabajos anónimos figurarán con esta palabra en reemplazo de los autores.

Ejemplo:

Anónimo: **Epidemiology for primary health care.** Int J Epidemiol 1976; 5:224-225.

La bibliografía tomada de libros, en forma global, deberá mencionarse de la forma siguiente: apellido e inicial (es) del nombre del o de los autores, seguido por dos puntos (:); título del libro, seguido por punto (.); número de la edición (si no es la primera) y ciudad en la que fue publicado (si se menciona más de una, colocar la primera) seguido por dos puntos (:); nombre de la editorial, seguido por coma (.); año de la publicación seguido

por dos puntos (:); número del volumen (si hay más de uno), precedido de la abreviatura "vol", seguido por dos puntos (:); números de las páginas inicial y final, separados por un guión, si la cita se refiere a una sección o capítulo de un libro.

Ejemplo:

Osler AG: **Complement: Mechanisms and functions.** Engewood Cliffs: Prentice-Hall, 1976: 63.

Gordillo, PG, Mota HF, Velásquez JL: **Diagnóstico y terapéutica de trastornos renales y electrolíticos en niños.** 2a. ed. México: Ediciones Médicas del Hospital Infantil, 1981:85.

Ejemplo:

Unanue, ER, Dixon FJ: **Experimental glomerulonephritis: immunological events and pathogenetic mechanisms.** En: Dixon FJ, Humphrey JH, eds.: **Advances in immunology.** New York: Academic Press, 1969: vol 6: 1-18.

Otras indicaciones

Cuadros

Cada cuadro se copiará en una hoja por separado. Si se utilizan cuadros completos de otros autores, publicados o no, deberá obtenerse el permiso de reproducción correspondiente.

Los símbolos, números o letras empleados en su confección deberán ser claramente identificables.

Figuras

Se incluyen entre éstas a las fotografías, dibujos o gráficos que servirán para aclarar los conceptos expresados en el texto o cuando se necesite una representación más gráfica.

Las reproducciones fotográficas deberán ser nítidas y claras, realizadas en papel brillante. Cuando correspondan a pacientes deberán tomarse las medidas necesarias para que no puedan ser identificados. Las fotos de observaciones microscópicas llevarán aclarada la ampliación correspondiente (ej. 400 X).

El empleo de una figura publicada previamente deberá contar con el permiso escrito

correspondiente y se mencionará la fuente de origen.

Leyendas o pies de figuras

Los títulos y las leyendas de los cuadros y figuras deberán escribirse en hoja separada, numerados en forma correlativa y con la misma secuencia que ellos.

Abreviaturas

Como no existe acuerdo universal sobre una manera uniforme de realizar abreviaturas se recomienda indicar entre paréntesis la o las abreviaturas que serán utilizadas en el texto, cuando aparezca por primera vez la palabra que se empleará en forma abreviada.

Se agrega a continuación algunas abreviaturas que pueden ser utilizadas en todos los trabajos:

Unidades de medida

amperio = A
angström = Å
barn = b
caloría = cal
candela = cd
centímetro = cm
coulomb = C
curie = Ci
densidad óptica = DO
equivalente = Eq
faradio = F
gauss = G
grado centígrado o Celsius = °C
gramo = g
henry = H
hertz = Hz
hora = h
joule = J
katal = ka
kelvin = K
kilogramo = kg
litro = l
metro = m
miliequivalente = mEq
miligramo = mg
milímetro = mm
milimol = mmol
miliosmol = mosmol
minuto = min
mol = mol
molar = M
newton = N
normal (concentración) = N
ohm = Ω
osmol = osmol

pascal = Pa
revoluciones por minuto = rpm
segundo = seg
unidad internacional = UI
voltio = V
watt = W

Prefijos:

tera- = (10¹²) T
giga- = (10⁹) G
mega- = (10⁶) M
kilo- = (10³) k
hecto- = (10²) h
deca- = (10¹) da
deci- = (10⁻¹) d
centi- = (10⁻²) c
mili- = (10⁻³) m
micro- = (10⁻⁶) u
nano- = (10⁻⁹) n
pico- = (10⁻¹²) p
femto- = (10⁻¹⁵) f
atto- = (10⁻¹⁸) a

Abreviaturas de las revistas más comúnmente citadas

Estas pueden consultarse en la siguiente referencia: Velásquez-Jones L: **Las citas bibliográficas en la redacción del escrito médico en español**. Bol Med Hosp Infant Mex 1980; 37: 567-574.

El o los autores deberán acompañar el trabajo con una carta dirigida al director de publicaciones solicitando la publicación del mismo.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ International Steering Committee "Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals". Ann Intern Med 1979; 90: 95-9.
- ² Huth E: Manuscript requirements: The Advance from Vancouver. Ann Intern Med 1981; 94: 130-32.
- ³ Barousse AP: El reglamento de publicaciones, los autores y las secretarías. Medicina 1981; 41: 107-11.
- ⁴ Velásquez-Jones L, Gordillo-Paniagua G: Instrucciones para autores de escritos médicos: resultados de un acuerdo internacional. Bol Med Hosp Inf Mex 1981; 38: 705-16.
- ⁵ Huth E: New forms for references. Br Med J 1979; 1: 1697-8.
- ⁶ American National Standard for Bibliographic References, Z39.29-1977. N.York: American National Standards Institute, 1977.

PREVENCIÓN DE LAS CRISIS DE ASMA EN EL NIÑO MEDIANTE LA INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES SOBRE EL PADECIMIENTO*

Dr. Angel Gardida Chavarria **

Dr. Oswaldo Arana Muñoz **

Psic. Rosa Ma. Jaramillo **

T.S. Estela Hernández **

Dr. José Pérez Neria **

Dr. Rafael Tapia Corredor **

RESUMEN

Considerando la diversidad de factores etiopatogénicos en el macro y micro ambiente que intervienen en el desencadenamiento de la crisis asmática, en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social se modificaron los sistemas de trabajo de la Clínica de Asma.

El objetivo inmediato fue disminuir el número e intensidad de las crisis que requerían hospitalización para lo cual se puso en práctica un programa especial interdisciplinario cuyos resultados preliminares se presentan en este trabajo.

Se efectuaron entrevistas personales y visitas a domicilio en el período 1977-1979 a los padres de 88 niños asmáticos, evaluando nivel socioeconómico-cultural y características del ambiente hogareño, motivándolos para que asistieran a pláticas y sugiriéndoles lectura de un folleto informativo.

En las pláticas, en grupos de 22 se estimuló la discusión coordinada respecto de las inquietudes particulares de cada caso, se suministró información audiovisual y se evaluaron conocimientos adquiridos. Los padres de 60 niños cumplieron el programa previamente establecido.

Los resultados más sobresalientes que pudieron recogerse, fueron que la información

suministrada fue muy útil. Mejoraron las condiciones higiénicas del hogar. Se logró un uso oportuno de los medicamentos. Se observó que las crisis disminuyeron considerablemente. Los enfermos asistieron con regularidad a la escuela y disminuyó la sobreprotección de los padres.

Se concluye que en base a la historia natural del asma y al conocimiento de los diversos factores etiopatogénicos es posible lograr la atención óptima de los enfermos aprovechando los recursos materiales y humanos en los tres niveles de atención médica.

SUMMARY

Considering the various etiopathogenic factors, from macro and micro atmosphere which can start an asthma crisis, the working systems of asthma clinic in the Mexican institute of social assurance, national medical center pediatric hospital, has been modified.

The principal aims of this study, was to diminish the number and intensity of asthma crisis that could need hospitalary admission. A special interdisciplinary program was started and its preliminary results are presented in this study.

Personal interviews and home visits were performed during the period from 1977 to 1979, to the parents of 88 asthmatic children, considering cultural and socio-economic

* Trabajo presentado en el XVI Congreso Internacional de Pediatría (1980).

** Depto. de Neumonología, Hosp. de Pediatría, Centro Médico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social.

mic levels, and home characteristics. They were induced to read an instructive pamphlet and to attend to especial meetings.

In the meetings, of 22 parents each, coordinate discussion about each case was encouraged audiovisual information was provided and acquired knowledge was evaluated. The parents of 60 children fulfilled the pre-established program.

Results: the information given proved to be very useful. Hygienic conditions at home, improved. A correct dosification of different drugs was obtained and the number of crisis was significantly diminished. The children regularized their school assistance and over-protection diminished.

Conclusions: Considering natural history of asthma and the knowledge of different etiopathogenic factors, best assistance can be provided, making use of material and human resources in the three levels of medical assistance.

Introducción

Los pediatras de diversas latitudes reconocen que el asma ocupa el primer lugar dentro de los padecimientos pulmonares crónicos en el niño^{1 2}. Su prevalencia varía de acuerdo con los factores etiopatogénicos predominantes en el macro y micro ambiente del enfermo; por lo común es mayor en las grandes colectividades que sufren el impacto físico y emocional de la sobrepoblación, la industria y la contaminación atmosférica^{3 4}.

En el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social los casos de bronquiolitis aguda y asma han aumentado significativamente en los últimos años⁵ lo cual es de interés porque se considera que alrededor de 25,0% de los niños con bronquiolitis evolucionan hacia asma⁶. Ante la creciente demanda de servicio asistencial y teniendo como guía el mejor entendimiento de los factores y mecanismos etiopatogénicos del asma en el niño^{7 8}, se modificaron los sistemas de trabajo de la Clínica de Asma del Hospital; el objetivo inmediato del equipo de salud fue disminuir el número e intensidad de las crisis de asma que requerían de hospitalización para lo cual se puso en práctica un programa especial interdisciplinario. En este trabajo se presentan los resultados preliminares atribuibles a las pláticas de orientación a los padres sobre el padecimiento, pues tenemos la convicción de que el pronóstico del asma depende

básicamente del cambio favorable de las actitudes de los padres para colaborar en el control de la enfermedad de cada caso en particular, entendiéndose por asma las manifestaciones de hiperreactividad de las vías aéreas periféricas que se desencadenan por la acción de estímulos inmunológicos y no inmunológicos, las cuales son reversibles en forma espontánea o por el efecto de los medicamentos broncodilatadores⁹.

Material y métodos

En el período comprendido de mayo de 1977 a octubre de 1979 a los padres de 88 niños con asma se les indagó mediante entrevista personal de la Trabajadora Social y/o visita al domicilio a nivel económico-social, cultura y características del ambiente hogareño, motivándolos para que asistieran a las pláticas y sugiriéndoles la lectura de un pequeño folleto informativo; posteriormente en subgrupos de 22 fueron objeto de los siguientes procedimientos:

a) Evaluación inicial para indagar las ideas, conceptos y actitudes de los padres respecto de la enfermedad de su hijo.

b) Información audiovisual sobre los aspectos básicos del padecimiento incluyendo los factores inmunológicos y NO inmunológicos.

c) Tribuna libre y discusión coordinada respecto de las inquietudes de cada caso en particular.

d) Evaluación inmediata para indagar los conocimientos adquiridos.

e) Evaluación final con otro cuestionario ex profeso 18 meses después de haber realizado las pláticas de orientación, cuyos resultados se dan a conocer en esta comunicación.

El desarrollo del programa se realizó en tres sesiones de 90 minutos una vez por semana; los pasos principales fueron los siguientes:

EN LA PRIMERA:

1. Dinámica de grupo.
2. Aplicación del cuestionario.
3. Exploración de la información recibida a través del folleto.
4. Propuestas a los problemas planteados por los familiares.

EN LA SEGUNDA:

1. La presentación de diapositivas y rota-folio con la información básica acerca de los factores más importantes que intervienen en la génesis de los ataques de asma como son:

infección, el ejercicio físico, los cambios climatológicos, el polvo de casa, animales domésticos, etc. y las posibilidades de manejo en el domicilio.

2. Cada pareja expresó las dudas específicas acerca de su hijo, ofreciéndoles las alternativas de solución.

EN LA TERCERA:

1. Tribuna libre para aclarar las dudas y reforzamiento sobre el uso adecuado de medicamentos.

2. Aplicación del mismo cuestionario que al inicio para indagar los conocimientos adquiridos.

La mayoría de los enfermos continuó bajo control en la consulta externa de Neumología y los casos que requerían terapia familiar se refirieron al Servicio de Higiene Mental.

Para la evaluación final se citó mediante telegrama a los padres de 88 pacientes 18 meses después de realizado el curso de orientación, habiendo acudido al llamado los padres de 60 niños, cuyas características aparecen en los cuadros siguientes:

CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES

EDAD Y SEXO: Predominaron los preescolares (58%) y el sexo masculino (72%) (cuadro 1).

CUADRO 1. EDAD Y SEXO

Años	Nº	%
2 a 6	35	58
7 a 12	20	33
13 a 18	5	9
Masculino	43	72
Femenino	17	28

CARACTERISTICAS DE LOS PADRES

EDAD. El ochenta y cinco por ciento se hallaba en la segunda y cuarta década, diez madres eran solteras (cuadro 2).

CUADRO 2. EDAD

Años	PADRE		MADRE*	
	Nº	%	Nº	%
20 - 30	15	30	25	41
31 - 40	27	54	30	50
41 - 50	5	10	5	9
Más de 50	3	6	0	0
TOTAL:	50	100	60	100

* 10 madres solteras.

ESTADO CIVIL. El 17% de las madres eran "solteras" (cuadro 3).

CUADRO 3. ESTADO CIVIL

	Nº	%
Padres casados	50	83
Madres solteras	10	17
TOTAL:	60	100

ESCOLARIDAD. El 45% tenía instrucción elemental o primaria y 5% eran analfabetas (cuadro 4).

CUADRO 4. ESCOLARIDAD

	Nº	%	Nº	%
Analfabetos	2	4	3	5
Primaria completa	10	20	18	30
Primaria incompleta	12	24	9	15
Secundaria	8	16	22	37
Preparatoria	10	20	5	8
Profesional	8	16	3	5
TOTAL:	50	100	60	100

ASISTENCIA. Asistieron ambos padres a las tres pláticas únicamente el 42% (cuadro 5).

CUADRO 5. ASISTENCIA AL CURSO

	Nº	%
Ambos padres a las 3 pláticas	25	42
Ambos a 2 y madre a 3	20	33
Madre sola	15	25
TOTAL:	60	100

CONDICIONES DE LA VIVIENDA

LOCALIZACION Y TIPO DE VIVIENDA. Alrededor del 70% se localizó en la ciudad de México y sus alrededores; predominó la vivienda tipo departamento o vecindad (cuadro 6).

CUADRO 6. LOCALIZACION Y TIPO DE VIVIENDA

<i>Localización</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Tipo de Vivienda</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Urbana	43	72	Departamento	24	40
Suburbana	17	28	Casa Sola	20	33
			"Vecindad"	13	22
			Accesoria	3	5
TOTAL:	60	100	TOTAL:	60	100

HACINAMIENTO. Un 60% de los pacientes convivían en hacinamiento (cuadro 7).

CUADRO 7. HACINAMIENTO

<i>Personas que duermen en la misma recámara del paciente</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Personas que duermen en la misma cama del paciente</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
1	4	7	Cama individual	24	40
2	17	28	2 personas	24	40
3 - 5	29	48	3 personas	9	15
6 - 8	10	17	Mas de 3	3	5
TOTAL:	60	100	TOTAL:	60	100

RESULTADOS

En el cuadro 8 se destacan los resultados más sobresalientes del grupo estudiado.

CUADRO 8. RESULTADOS

	<i>Nº</i>	<i>%</i>
La información fue muy útil	45	75
Mejoraron las condiciones de higiene en el hogar	42	70
Actualmente usan con oportunidad los medicamentos	41	68
Disminuyeron las crisis considerablemente	47	78
El enfermo asiste con regularidad a la escuela	46	77
Disminuyó la sobreprotección de los padres	43	72
La actitud del cónyuge mejoró	50	83
Prefirieron la consulta "abierta"	40	66

DISCUSION

La muestra de 60 casos la consideramos representativa de los diversos aspectos de la enfermedad; el predominio de preescolares y

el sexo masculino son dos características del asma en el niño ¹⁰

Antes de discutir los resultados cabe señalar que la población derechohabiente del Ins-

tituo Mexicano del Seguro Social (IMSS) que recibe atención médica en las clínicas y hospitales corresponde al estrato social medio bajo y bajo; de esta manera los enfermos crónicos se benefician porque tienen la oportunidad de ser atendidos por el equipo de salud prácticamente sin límite de tiempo, lo que permite realizar estudios y tratamientos prolongados. Sin embargo, una pequeña parte pierde sus derechos al servicio médico, ya sea por cambio de trabajo o porque los empleos eran transitorios; es por ello que de los 88 enfermos iniciales, únicamente asistieron los padres de 60, después de 18 meses del curso de orientación.

El 85% de los padres se hallaban en la época de la vida de mayor productividad; así mismo el 83% tenían el vínculo matrimonial; sin embargo únicamente el 42% de las parejas asistió a las pláticas de orientación, a pesar de que la mayoría tenía instrucción primaria o secundaria; al respecto se puede inferir que por el horario de trabajo de los varones no pudieron asistir a las pláticas, pero existe otra razón más profunda y de trascendencia para el manejo de los niños con asma en nuestro medio; nos referimos a la dinámica de la familia mexicana en la que prevalece como sistema el matriarcado, el padre elude la responsabilidad del manejo de los hijos; en consecuencia en muchos casos resulta muy perjudicial y dificulta el manejo por la discrepancia de opiniones y conceptos entre los padres, que se agravan con las crisis de asma, que siempre son motivo de angustia para toda la familia; en algunos enfermos el factor emocional se incrementa en relación directa con el grado de madurez e instrucción de los cónyuges que se refleja en su actitud ante los problemas cotidianos en el seno mismo de la familia.

Por las características de la vivienda, las condiciones eran adversas cuando menos en el 60% de los casos por el hacinamiento obligado de las grandes familias que radican en la gran metrópoli.

En base a lo anterior los niños asmáticos que son referidos a los hospitales de concentración en el IMSS representan una carga de trabajo que por su magnitud obligó a cambiar el criterio de manejo: de lo individual se ha pasado a lo grupal para impedir el deterioro de la relación médico-paciente-familia; de ninguna manera esto constituye una solución al problema pero consideramos nuestros resultados altamente satisfactorios pues en el

75% de los casos logramos modificar favorablemente la actitud de los padres.

Finalmente, mencionaremos algunas consideraciones de interés:

1. En el lactante y preescolar los factores desencadenantes más comunes en nuestro medio son: la infección viral y los irritantes inespecíficos en el hogar, favorecidos por las malas condiciones de higiene, hacinamiento e ignorancia de los aspectos básicos de la enfermedad por lo que los padres no colaboran activamente en el control del paciente.

2. En la experiencia de la Clínica de Asma en el hospital se ha demostrado la gran utilidad de las pláticas de orientación a los padres para que administren con oportunidad los medicamentos, modifiquen favorablemente las condiciones del hogar y su actitud ante el paciente y sus hermanos.

3. En los preescolares y escolares el factor alérgico suele aparecer, pero son muy pocos los casos que requieren pruebas cutáneas y desensibilización específica; los síntomas pueden controlarse con los medicamentos y las medidas de prevención en el hogar.

4. El factor emocional inicia su presentación en los preescolares, es obvio en los escolares y se debe hacer profilaxis orientando a la familia, haciendo notar que los disgustos conyugales y entre hermanos son un factor desencadenante frecuente, que agrava progresivamente el pronóstico de los enfermos.

5. Por todo lo anterior y en base a nuestra experiencia el 75% de los niños con asma pueden y deben ser manejados por el pediatra con conocimientos actualizados sobre el tema reconociendo la génesis multifactorial del padecimiento.

Conclusión

En base a la historia natural del asma y al conocimiento de los diversos factores etiopatogénicos es posible lograr la atención óptima de los enfermos, aprovechando los recursos materiales y humanos en los tres niveles de atención médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

BIBLIOGRAFIA

¹ Kuzemko, J.A. *Asthma in Children*. University Park Press, Baltimore, 1976.

² Jones, R.S. *Asma Infantil*. Barcelona, Salvat Editores, S.A., 1978.

³ Pérez, N.J.; Gardida, Ch. A.; Garca, V.G. *Contaminación atmosférica y espirometría en niños sanos del Distrito Federal*. Bol.Méd.Hosp.Inf.Méx. 1978. 35:415.

⁴ Williams, H.E.; McNicol, K.N. Prevalence, natural history and relationship of wheezy bronchitis and asthma in children. Br.Med.J., 1969, 4:321.

⁵ Gardida, Ch.A.; Arana, M.O.; Pérez, N.J.; Jaramillo, R.M.; Troncoso, A.P.; Tapia, C.R.; Reyes, C.G.; Arana, R.M. Estudio y manejo integral del niño asmático. Rev. Mex.Ped., 1980 42:2.

⁶ Gardida, Ch.A. Conceptos actuales sobre la correlación que existe entre la bronquiolitis y asma. Bol.Méd. Hosp.Inf.Méx. 1974, 31:165.

⁷ Landau, L.I. Valoración y asistencia del asma en pa-

cientes externos. Clín.Ped.Nort.Amer. El tórax 1979, 3: 579.

⁸ Kretschmer, R. Asma. Gaceta Médica de México, 1980, 116 (9):399-409.

⁹ Meneely, G.R.; Renzetti, A.D.; Stee, J.D., et al. Definitions and Classification of chronic bronchitis, Asthma and pulmonary emphysema. Am.Rev.Resp.Dis. 1962, 85: 762.

¹⁰ McNicol, K.N.; Williams, H.E. Spectrum of Asthma in Children. I. Clinical and physiological components. Br. Med. J.; 1973, 4:7.

ACETILCOLINESTERASA EN MUCOSA RECTAL Y AGANGLIONOSIS

Dres. Elsa Guastavino
Néstor H. Litwin
Ricardo Licastro

RESUMEN

El diagnóstico etiológico de la constipación implica examen clínico y metodologías complejas y agresivas (tacto rectal, manometría, endoscopia y biopsia quirúrgica). El aumento de la concentración de acetilcolinesterasa (AChE) en los plexos mientéricos y submucosos en la enfermedad de Hirschprung ha sido utilizado en el diagnóstico diferencial de la constipación. Se estudiaron 27 pacientes constipados con métodos convencionales y determinación de AChE en mucosa rectal con el método de Ellman, divididos en dos grupos.

Grupo I: 20 pacientes de 5 meses a 15 años de edad.

Grupo II: 6 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Hirschprung, de 4 meses a 7 años de edad. El restante paciente de 18 meses de edad con constipación crónica y retraso de la eliminación de meconio fue un pseudo-Hirschprung.

El valor medio de las determinaciones en el grupo I fue de 8,5 con un desvío estándar de $1,9 \times 10^{-7}$ mol/min/g. En el grupo II fue de 25,0 con un desvío estándar de $5,2 \times 10^{-7}$ mol/min/g.

Los resultados evidencian diferencias significativas entre ambos grupos ($p < 0,001$). Pensamos que este método puede ser utilizado en el diagnóstico etiológico de rutina de la constipación, como señala la bibliografía.

SUMMARY

Hirschprung disease has been included in differential diagnosis of constipation, meco-

nial ileum and newborn enterocolitis. Sometimes clinical examination, anamnesis and radiology are enough to obtain a presumptive diagnosis but its confirmation has always needed surgical biopsy. Diagnostic procedures include rectoanal tonometry and electromyography, making it possible to reach to higher successful diagnosis percentages.

Estimation of circulating acetylcholinesterase (AChE) levels (in serum and erythrocytes) has recently been a new attempt to achieve a simpler and non aggressive methodology, although with not very satisfactory results. Nevertheless, the identification of this enzyme in rectal tissue by histochemical techniques^{9 14 26} and more recently its quantitative determination are advanced methods which offer reliable results, although it is necessary a longer experience to ascertain its exact value and its ability to render the surgical biopsy unnecessary.

We studied 27 children 4 months to 11 years old with neonatal bowel obstruction and/or chronic constipation. They were studied by the usual means to discard aganglionosis (radiology, rectoanal tonometry, clinical evolution and surgical biopsy).

The children were divided into two groups: Group I: 20 patients 5 months to 15 years old, 15 males and 5 females in whom not Hirschprung constipation was demonstrated. These patients did not undergo surgical biopsy. Reason of study is shown in table I. Group II: 6 patients 4 months to 7 years old, 5 males and 1 female, who were studied by the same methodology. Surgical

biopsy showed absence of ganglionar cells in these patients. The other patient, an 18 months old male child, with chronic constipation and meconial evacuation delay, was demonstrated to be a pseudo-Hirschprung's disease.

To perform the endoscopic inspection a pediatric rectoscope with distal light was used. The biopsy piece was taken from posterior surface within a 2-4 cm zone from anus margin. It was a superficial biopsy, the material extracted consisting only of mucosal tissue.

The Ellman's method was used to assess the AChE activity⁸. This method measures the absorbance change at 405 nm, produced by the substance resulting from the reaction between the thiocholine released from acetilthiocholine by enzymatic action, and dithiodinitrobenzoate. Results were expressed in moles of acetilthiocholine released per minute and wet tissue weight.

Surgical rectal biopsy was performed according to routine procedures.

In Group I constipated patients, radiology showed mild colonic dilation with rectal ampoule enlargement. Houston valve was not apparent (Fig. 1) as well as pathological strictures. In children with ulcerative colitis only characteristic alterations usually present in this disease were observed. Rectoanal manometric studies were normal (Fig. 2). AChE activities ranged from 5.6 to 12.3 with a \bar{X} of 8.5 and a standard deviation of 1.9×10^{-7} mol/min/tissue weight.

In Group II, 4 out of 6 aganglionic patients presented neonatal antecedents. In 4, radiology was of diagnostic value, showing characteristic aganglionic strictures, and in the other 2 it was not. Rectoanal manometric studies yielded a straight pattern in all this group patients. AChE activities ranged from 19.0 to 32.0 with a \bar{X} of 25.0 and a standard deviation of 5.2×10^{-7} mol/min/tissue weight. Surgical biopsy confirmed the diagnosis of Hirschprung's disease in all cases. Statistical comparison yielded significant difference between groups, with a $p < 0.001$ (Table I and II).

In one case the disease was suspected on account of positive clinical, radiologic and manometric findings, with a normal AChE activity. Surgical biopsy and histological pattern allowed to classify this patient as a pseudo-Hirschprung's disease.

It is our opinion that a manometric and

AChE biochemical combined studies must be performed as routine procedures, because sometimes clinical and/or roentgenological findings are not sufficiently clear, and indication for surgical treatment depends on them.

As different authors have pointed out, the certainty diagnosis of aganglionosis lacks the desired accuracy. However, AChE activity determination has contributed to clarify this situation by increasing the probability of achieving a correct diagnosis, as results of this quantitative biochemical assessment show.

Desde que Hirschprung describiera en 1888 el megacolon congénito el pediatra incluye a esta enfermedad en el diagnóstico diferencial de la constipación, el íleo meconial y la enterocolitis del recién nacido. Hasta hace pocos años, la anamnesis, el examen clínico, la radiología y otros métodos diagnósticos necesitaron siempre de la histología de la mucosa rectal obtenida por biopsia quirúrgica para demostrar la ausencia de células ganglionares del plexo mientérico rectal.

La tonometría rectoanal limita la indicación de la biopsia a un pequeño grupo de niños^{16 20}. La investigación de la presencia de acetilcolinesterasa (AChE) en la mucosa rectal por histoquímica^{9 14 26} es un método vinculado a la presencia o no de las células ganglionares. Estudios posteriores posibilitaron la determinación cuantitativa de esta enzima, la cual daría resultados más fidedignos que la manometría rectal en el recién nacido inmaduro y en aquellos pacientes con dudas en el trazado manométrico y/o el estudio radiológico^{3 5 6 12}.

El objetivo de este trabajo fue el de evidenciar las alteraciones cuantitativas de la AChE en la mucosa rectal de pacientes constipados y utilizarla como metodología no cruenta en el diagnóstico de la enfermedad de Hirschprung.

Material y método

Se estudiaron 27 niños de 4 meses a 11 años de edad con obstrucción intestinal neonatal y/o constipación crónica. Se los investigó con la metodología habitual para descartar aganglionosis (radiología, tonometría rectoanal, evolución clínica y biopsia quirúrgica) (tabla I).

Los niños fueron divididos en dos grupos: Grupo I: 20 pacientes de 5 meses a 15 años

de edad, 15 varones y 5 mujeres, en los cuales la metodología empleada y la evolución (6 meses a 2 años) demostraron que eran constipados no Hirschprung. Estos pacientes no fueron biopsiados quirúrgicamente.

Este estudio comprende el Grupo II: 6 pacientes de 4 meses a 7 años de edad, 5 varones y 1 mujer, a quienes se los estudió con

la misma metodología, incluyendo la biopsia quirúrgica, demostrándose la ausencia de células ganglionares. El restante paciente de 18 meses y sexo masculino con constipación crónica y retraso en la eliminación del meconio fue diagnosticado como pseudo-Hirschprung.

El estudio radiológico de colon se realizó

TABLA I: Características clínicas y metodología diagnóstica

Caso	N.A.	Edad	Sexo	Ant. NN	Clínica	Rx	Manometr.	Biopsia - Quirurg.
1	M.A.	4 m	M	IM	Perforación de ciego	MRS	Plana	Aganglionosis
2	D.G.	20 m	M	no	Const.	MR	N	-
3	C.C.	3 a	M	no	Const. fecaloma	MR	N	-
4	G.R.	9 a	M	no	Const.	MRS	N	-
5	C.I.	7 a	M	no	Const.	MRS.E	Plana	Aganglionosis
6	C.M.	3 a	M	no	Const.	MR	Dudosa	-
7	A.S.	7 a	M	no	Const.	MR	-	-
8	A.F.	11 a	M	no	CU	-	-	-
9	W.M.	18 m	M	REM	Const.	MRS	Plana	Seudo-Hirschprung
10	S.G.	15 a	M	no	CU	-	-	-
11	C.Z.	5 m	F	no	Const.	MR	N	-
12	I.P.	4 a	M	no	Const.	N	-	-
13	L.D.	4 a	F	no	Const.	MRS	N	-
14	M.L.	3 a	M	IM	Const.	MRS	Plana	Aganglionosis
15	R.A.	3 a	M	no	Const.	MR	Plana	N
16	N.A.	4 a	M	no	Const.	-	N	-
17	L.C.	18 m	F	no	Diarrea	N	-	-
18	G.D.	20 m	M	IM	Const.	MRS.E	Plana	Aganglionosis
19	J.P.	4 m	M	no	Const.	MRS.E	Plana	Aganglionosis
20	M.P.	17 m	F	IM	Const.	MRS.E	Plana	Aganglionosis
21	S.G.	15 a	M	no	CU	-	-	-
22	P.R.	2 a	M	no	Const.	MRS	N	-
23	G.N.	15 a	F	no	CU	-	-	-
24	L.R.	9 a	F	no	Const.	MR	N	-
25	J.M.	5 a	M	no	Const.	MRS	Plana	N
26	R.T.	11 a	M	no	Const.	MR	N	-
27	A.G.	5 a	M	no	Const.	MR	N	-

IM: ileo meconial; REM: retraso de eliminación de meconio; Const.: constipación. CU. colitis ulcerosa; MR: megarectosigmo; MRS: megarectosigma; MRS.E: megarectosigma más estenosis; N: normal; Ant. NN: antecedentes neonatales; Manometr.: manometría rectoanal.

con contraste baritado, en todos los casos bajo pantalla radioscópica rotando al niño en los distintos decúbitos para mejor progresión del medio. Se trató así de evitar la dificultad evacuatoria del megacolon como ocurre cuando se utilizan grandes cantidades de bario. Con este método sólo buscamos la "estenosis" radiológica correspondiente a la zona agangliónica.

La tonometría rectoanal se realizó con un polirregistrador de presiones de cuatro canales Nihon Kohden. Se determinó la variación individual de la presión rectal y del esfínter interno utilizando una sonda de triple vía de acuerdo con la metodología ya descrita ¹⁶.

Para el estudio endoscópico se utilizó el rectoscopio rígido pediátrico de luz distal; las biopsias para las determinaciones enzimáticas se realizaron sobre cara posterior entre los 2 y los 4 cm de la margen del ano. La biopsia fue superficial, extrayéndose solamente mucosa. El material fue pesado inmediatamente y homogeneizado durante 5 minutos a 0°C en buffer ditiodinitrobenzoato (DTNB), en un volumen que permitiera obtener una concentración de tejido de aproximadamente 10 mg/ml, no utilizándose menos de 1,0 ml de buffer DTNB. El homogenato fue centrifugado 5 minutos a 3000 rpm y el sobrenadante analizado inmediatamente o conservado hasta su procesamiento a -10°C dentro de las 6 horas. La determinación de la actividad de AChE se realizó por el método de Ellman ⁸. Este se basa en el seguimiento espectrofotométrico del incremento de densidad óptica a 405nm producido por la reacción entre la tiocolina liberada del sustrato acetiltiocolina por acción de la enzima y el DTNB presente en el buffer.

Resultados

En los pacientes constipados del grupo I la radiología mostró discreta dilatación colónica con agrandamiento de la ampolla rectal y desaparición de la válvula de Houston (fig. 1) no evidenciándose estricturas.

En los niños con colitis ulcerativa crónica sólo se observaron las alteraciones radiológicas que caracterizan la enfermedad (fig. 2).

El estudio manométrico rectoanal fue normal (fig. 3).

Los valores de AChE fueron de 5,6 a 12,3 con una \bar{X} de 8,5, siendo el desvío estándar de $1,9 \times 10^{-7}$ mol/min/g.

En el grupo II, de 6 pacientes con agan-

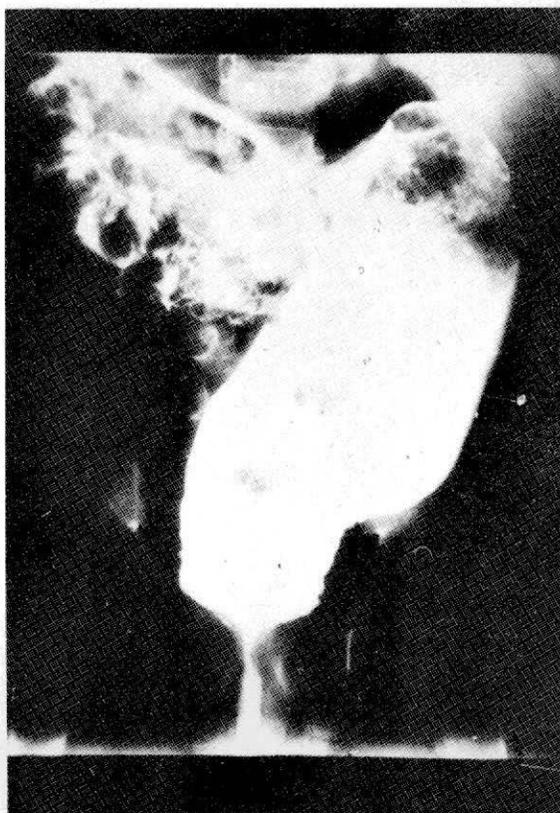


Figura 1:
Dilatación de la ampolla rectal con ausencia de las impresiones de las válvulas de Houston.

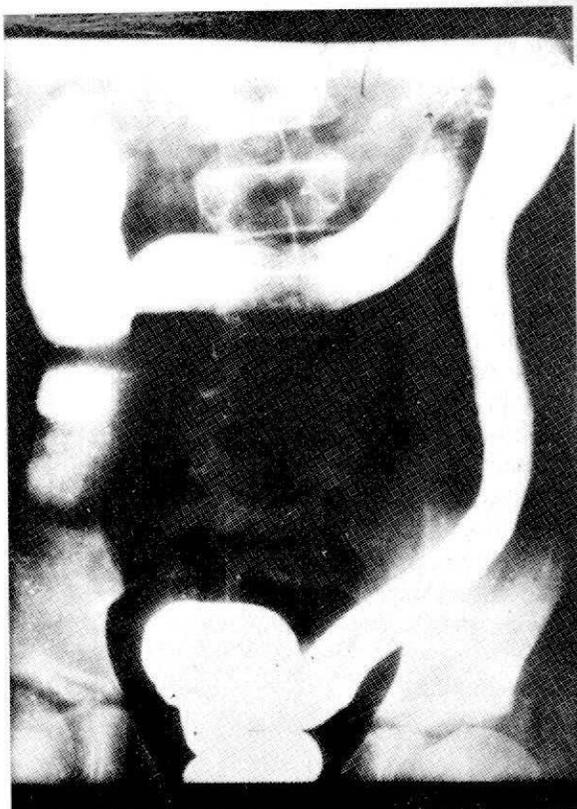


Figura 2.
Marco colónico con importante rigidez de su pared. Colitis ulcerosa.

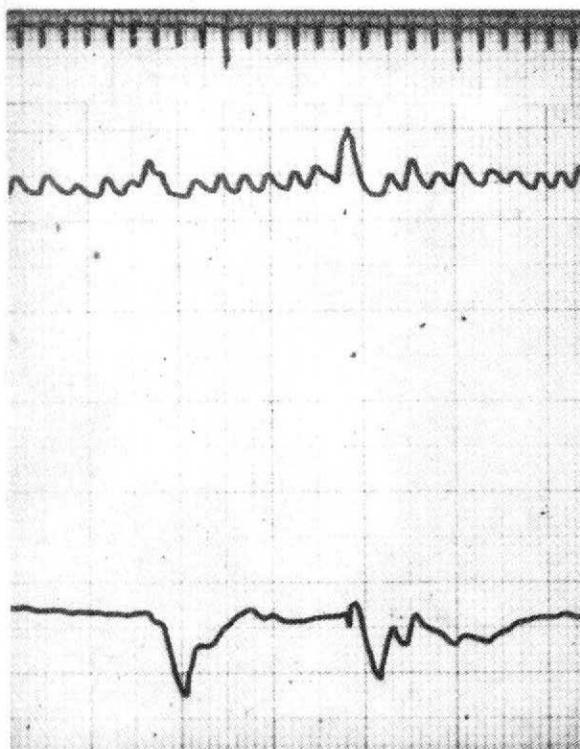


Figura 3:
Trazado manométrico normal en un niño constipado funcional.

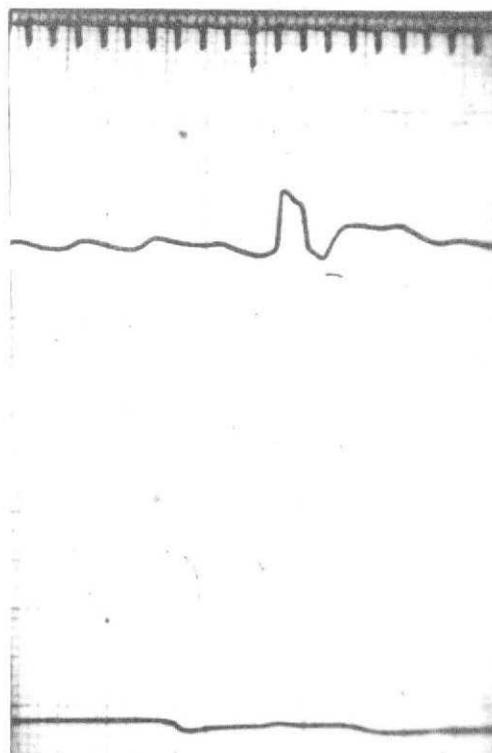


Figura 4:
Trazado manométrico patológico, ausencia de respuesta del esfínter interno del ano. Descripción clásica en la aganglionicosis.

glionosis, 4 tenían antecedentes neonatales; en 4 la radiología fue diagnóstica, mostrando la característica "estrictura" agangliónica. En los dos restantes ésta no fue demostrativa. En todos los pacientes de este grupo la manometría rectoanal fue plana (fig. 4); los valores de AChE oscilaron de 19,0 a 32,0 con una \bar{X} de 25,0 y un desvío estándar de $5,2 \times 10^{-7}$ mol/min/g. La biopsia quirúrgica se realizó en los 6 pacientes confirmándose la enfermedad de Hirschprung.

La comparación estadística entre los dos grupos arrojó una $p < 0,001$ (tablas II y III).

Hubo un caso en el cual se sospechó la enfermedad por presentar clínica, radiología y manometría positivas, pero con determinación de AChE normal. La biopsia quirúrgica y el estudio de la pieza colónica extirpada demostraron que se trataba de un pseudo-Hirschprung.

Discusión

La enfermedad de Hirschprung es un trastorno de la motilidad intestinal, con espasticidad de una zona y vinculada a la ausencia de células ganglionares parasimpáticas de la submucosa y capa muscular. Etiológicamente

TABLA II. Pacientes con enfermedad de Hirschprung
Resultados en mol/min/g/h

GRUPO I	
CASO	AChE
1	32,0
5	26,8
14	22,3
18	19,0
19	29,4
20	20,3
SEUDO-HIRSCHPRUNG	
9	10,5

se trataría de un defecto de la migración de dichas células ganglionares, de la cresta neural en dirección a los plexos intramurales²⁴.

Las metodologías diagnósticas que no incluyan la biopsia quirúrgica dan resultados confiables en el 85% de los casos (clínica, ra-

TABLA III. Resultados

GRUPO I	GRUPO II
X: 8,5	X: 25
RANGO: 5,6-12,3	RANGO: 19,0-32,0
DS: 1,9	DS: 5,2
p < 0,001	

diología, manometría rectoanal y electromiografía)¹⁸. En los últimos años la incorporación de otros métodos como la AChE en sangre (suero-eritrocitos)⁴ y en la mucosa rectal (histoquímica y bioquímica) demostró cifras significativamente más exitosas^{3 5 9 10 26}.

El estudio radiológico es de valor en determinados pacientes; en oportunidades la simple radiografía de abdomen de pie y de perfil con o sin contraste baritado puede mostrar diversos grados de distensión o dilatación colónica, la cual unida a la clínica, arriba al diagnóstico (figs. 5 y 6). En otras ocasiones la radiografía es de difícil interpretación, como en el caso del segmento ultracor-



Figura 5: Radiografía directa de abdomen, dilatación "supraestenótica", zona agangliónica.

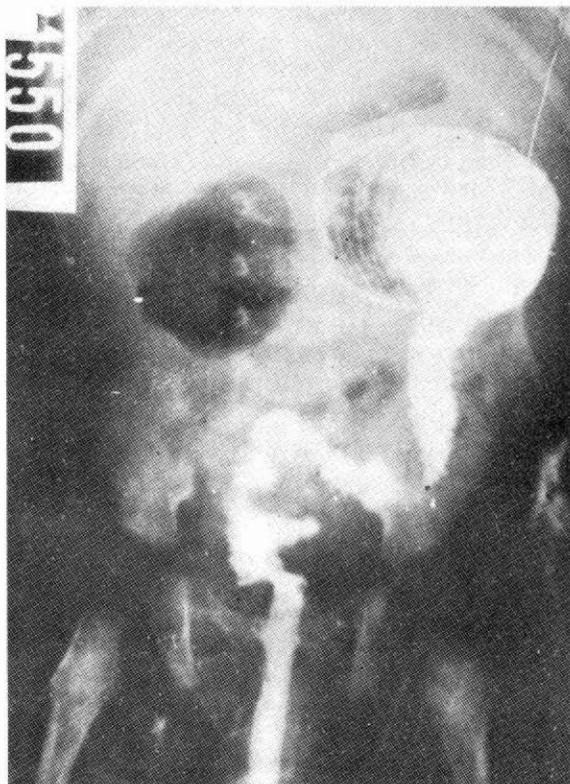


Figura 6: Radiografía de colon contrastada. Extensa zona aganglionar (colon descendente, sigmoide y recto). Dilatación "supraestenótica". Enfermedad de Hirschprung.

to, en pacientes colostomizados o recién nacidos sin megacolon todavía constituido; ellos necesitan de otros estudios para confirmar la enfermedad.

La relajación del esfínter interno ante el aumento de la presión rectal fue una observación hecha en pacientes normales; la ausencia de dicha relajación se demostró en la enfermedad de Hirschprung. Varios autores han estudiado esta respuesta para el diagnóstico diferencial de la constipación, entre ellos Lawson, Nixon y Schanauffer, los cuales hablan de una elevada fidelidad diagnóstica. Hay trabajos que demuestran diferentes porcentajes de éxito atribuyendo la discrepancia a problemas técnicos variables. A su vez hay quienes hablan de falsos positivos y falsos negativos^{8 15 25}.

Aaronson y Nixon obtuvieron en un 26% el reflejo rectoanal en pacientes que tenían aganglioneosis, demostrada quirúrgicamente. A pesar de ello, podemos decir que si bien los falsos negativos son frecuentes (20%), los falsos positivos son excepcionales¹. La difi-

cultad diagnóstica con esta metodología es más evidente en los neonatos y prematuros ^{11 13}. A pesar de ello hay trabajos que muestran en recién nacidos reflejo rectoanal normal ².

Si estas dos metodologías son positivas para diagnosticar la enfermedad, el tratamiento podría ser instituido. Otras escuelas, antes de hacer descenso colónico, realizan una biopsia rectal quirúrgica, en búsqueda de la ausencia de células ganglionares y proliferación de células nerviosas no mielinizadas e hipertrofiadas en la submucosa y capa muscular.

La aganglionosis por segmento ultracorto suele ser difícil de diagnosticar, incluso con esta metodología, por la presencia en la zona yuxtanal del segmento hipoganglionar fisiológico ². Para obviar este problema algunos autores, ante la sospecha clínica y radiológica, hacen anorrectomíectomía con fines diagnósticos y terapéuticos ^{17 21}.

Bodian demuestra que es suficiente la biopsia rectal superficial, no quirúrgica, con el examen histológico de los plexos submucosos. Esta se realiza con la cápsula de biopsia por succión. Si bien la obtención del material es menos traumática, la metodología histológica es más compleja necesitándose de 50 a 100 secciones y un patólogo especializado, ya que normalmente los plexos submucosos son menos numerosos que los mientéricos ^{19 23}. Por lo tanto, la presencia de células ganglionares descarta esta enfermedad pero su ausencia es difícil de interpretar.

Los lactantes con pseudo-enfermedad de Hirschprung requieren una consideración especial. Se incluye en esta terminología a los niños con: a) hipoganglionosis, b) inmadurez de los ganglios, y c) hipogenesia o inmadurez de los ganglios y plexos. En la hipoganglionosis la AChE y la manometría rectoanal son patológicas; en cambio, tanto en la hipogenesia como en la inmadurez de los ganglios la AChE es normal, con manometría plana.

Estas anomalías son excepcionales, representando una expresión incompleta de la enfermedad de Hirschprung típica. La mayoría de las veces necesitan de una biopsia profunda para su preciso diagnóstico ²⁰.

Los resultados obtenidos en nuestro trabajo muestran diferencias significativas entre ambos grupos.

En el grupo I (control) vemos que además de los pacientes con constipación hay al-

gunos con patología colónica inflamatoria crónica con gran agresión de la mucosa, como es la colitis ulcerosa. Esto no modifica los valores de la AChE, como observan otros autores.

Entre los pacientes del grupo II encontramos predominio del sexo masculino, con antecedentes neonatales de importancia variable, desde perforación de colon (en un caso) hasta el simple retraso de eliminación de meconio. La radiografía dudosa en dos de los pacientes la atribuimos a que el segmento agangliónico era corto y yuxtanal, y no se visualizaba (tal vez por problemas técnicos) la zona "estenótica". Interpretamos la falta de relajación del esfínter interno como falso negativo ¹. También fue plana la respuesta manométrica en el caso de pseudo-Hirschprung donde la anatomía patológica no pudo determinar de cuál de las tres variedades se trataba, ni en la biopsia ni en la pieza resecada. Pensamos que el diagnóstico es de inmadurez o hipogenesia de los ganglios dados los resultados obtenidos con la AChE y la tonometría rectoanal. La actitud quirúrgica se tomó por la clínica, radiología y manometría patológica en forma persistente. Es importante como metodología técnica considerar un reflejo rectoanal positivo o normal cuando la presión sostenida del recto provoca una relajación del esfínter interno que se agota, volviendo éste a la línea de base, a pesar de la persistencia de la presión endorrectal.

Nosotros pensamos que un estudio combinado de manometría rectal y bioquímica de la AChE debe incorporarse como metodología de rutina del niño constipado, especialmente en aquellos casos en que los hallazgos clínicos y/o radiológicos no sean lo suficientemente claros o definitivos, ya que la indicación quirúrgica depende de ellos.

Es evidente que el diagnóstico de certeza de la aganglionosis visto por distintos autores y las metodologías empleadas adolecen de la falta de exactitud deseada. Sin embargo, las determinaciones de la AChE han logrado clarificar el problema al aumentar las posibilidades de aciertos, como lo demuestran los resultados que hemos obtenido con la determinación bioquímica cuantitativa de la mencionada enzima.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Aaronson I, Nixon HH: A clinical evaluation of anorectal pressure studies in the diagnosis of Hirschprung's disease. Gut 1972. 13: 138.

- ² Aldridge AT, Campbell PE: Ganglion cell distribution in the normal rectum and anal canal. *J. Pediat. Surg.* 1968; 3:475.
- ³ Bajgar J, Hak J: Acetylcholinesterase activity and its molecular forms in rectal tissue of Hirschprung's disease. *Clin. Chim. Acta* 1979; 93:93
- ⁴ Boston V, Cywes S, Davies M: Serum and erythrocyte acetylcholinesterase activity in Hirschprung's disease. *J. Pediat. Surg.* 1978; 13: 407.
- ⁵ Dale G, Bonham J, Ryley K, Wagget J: An improved method for the determination of acetylcholinesterase activity in rectal biopsy tissue from patients with Hirschprung's disease. *Clin. Chim. Acta* 1977; 77: 407.
- ⁶ Dale G, Bonham J, Lowdon P, Wagget J, Rancecroft L, Scott D.: Diagnostic value of rectal mucosal acetylcholinesterase levels in Hirschprung's disease. *The Lancet* 1979; 1:347.
- ⁷ Ehrempreis T, Norberg KA, Wirsén C: Sympathetic innervation of the colon in Hirschprung's disease: a histochemical study. *J. Pediat. Surg.* 1968; 3: 43.
- ⁸ Ellman G, Courtney K, Andres V, Featherstone R: A new and rapid colorimetric determination of acetylcholinesterase activity. *Biochem Pharmacol* 1961; 7:88.
- ⁹ Fadda B: Fundamentos del diagnóstico histoquímico de la enfermedad de Hirschprung. *Rev. Chil. de Pediatría*, 1976; 47:155.
- ¹⁰ Gannon BJ, Burnstock G, Noblett HR: Histochemical diagnosis of Hirschprung's disease. *Lancet* 1965; 1: 894.
- ¹¹ Howard ER, Nixon HH: Internal anal sphincter. Observations on development and mechanism of inhibitory response in premature infants and children with Hirschprung's disease. *Arch. Dis. Child.* 1968; 43: 569.
- ¹² Ikawa H, Yokoyama J, Morikawa Y, Hayashi A, Katsumata K: A quantitative study of acetylcholine in Hirschprung's disease. *J. Pediat. Surg.* 1980; 15:48.
- ¹³ Ito Y, Donahoe, PK; Hendren WH: Maturation in rectoanal response in premature and perinatal infants. *J. Pediat. Surg.* 1977; 12:477.
- ¹⁴ Lake BB, Puri P, Nixon HH, Claireaux AE: Hirschprung's disease. An appraisal of histochemically demonstrated acetylcholinesterase activity in suction rectal biopsy specimens as an aid to diagnosis. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 1978; 102:244.
- ¹⁵ Lawson JON, Nixon HH: Anal canal pressures in the diagnosis of Hirschprung's disease. *J. Pediat. Surg* 1967; 2: 544.
- ¹⁶ Licastro R, Ciocca M, Guastavino E: La tonometría rectal en el diagnóstico diferencial de la constipación. *Acta Gastroent Lat Amer.* 1979;9:35.
- ¹⁷ Lynn HB, Van Heerden JA: Rectal myectomy in Hirschprung's disease: a decade of experience. *Arch. Surg.* Chicago 1975; 110: 991.
- ¹⁸ Marin AM, Rivarola A, García H: Electromyography of the rectum and colon in Hirschprung's disease. *J. Pediat. Surg.* 1976; 11:434.
- ¹⁹ Meier-Ruge W, Lutterbeck PM, Herzog B, Moser R, Morger R, Schärly A: Acetylcholinesterase activity in suction biopsies of the rectum in the diagnosis of Hirschprung's disease. *J. Pediat. Surg.* 1972; 7:11.
- ²⁰ Morikawa Y, Donahoe P, Hendren W: Manometría e histoquímica en el diagnóstico de la enfermedad de Hirschprung. *Pediatrics* (Ed. Española), 1979;7:495.
- ²¹ Nissan S, Bar-Maor, JA: Further experience in the diagnosis and surgical treatment of short segment Hirschprung's disease and idiopathic megacolon. *J. Pediat. Surg.* 1971; 6:738.
- ²² Ortiz JP, Bez IP, Parga L, Guastavino E: Determinación del reflejo inhibitorio recto-anal en recién nacidos. Trabajo presentado en la IV Reunión Anual de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología Pediátrica y Nutrición. Montevideo, Uruguay. Octubre de 1979.
- ²³ Pease PWB, Corkery JJ, Cameron AH: Diagnosis of Hirschprung's disease by punch biopsy of rectum. *Arch. Dis. Child.* 1976; 51:541.
- ²⁴ Sato A, Yamamoto M, Imamura K, Kashiki Y, Kinieda T, Sakata K: Pathophysiology of aganglionic colon and anorectum: an experimental study on aganglionosis produced by a new method in the rat. *J. Pediat. Surg.* 1978; 13: 399.
- ²⁵ Schanauffer L, Talbert JL, Haller JA, Redi NCRW, Tobon F, and Schuster M: Differential sphincteric studies in the diagnosis of ano-rectal disorders of childhood. *J. Pediat. Surg.* 1967; 2: 538.
- ²⁶ Segura D, Montero C.: Demostración histoquímica de la actividad acetilcolinérgica aplicada al estudio de la biopsia humana. *An Esp. Pediat.* 1978; 11:401.

SEÑOR ASOCIADO:
APOYE A QUIEN NOS APOYA

ATENCION MEDICA PRIMARIA EN ADOLESCENTES

Dres. Gustavo A. Girard
Zelmira Bottini
Marta Massa
Laura Goldberg
Graciela Perkal

RESUMEN

Se describe la experiencia en el Consultorio de Adolescentes de la Primera Cátedra de Pediatría de la Universidad de Buenos Aires, que funciona en el Hospital de Clínicas José de San Martín.

Se estudiaron retrospectivamente las Historias Clínicas de 807 adolescentes. Se analizó la distribución de los pacientes desde la creación del centro, según: sexo, nacionalidad, edad, procedencia, domicilio, actividad principal y persona acompañante en la primera consulta. Dada la importancia que el grupo familiar tiene para el adolescente, se investigó la composición de aquél de acuerdo con el estado civil de los padres y su grado de instrucción. Finalmente, se analizaron los diversos motivos de consulta y diagnósticos encontrados en la muestra atendida.

SUMMARY

The special traits that adolescent's medical care shows and the convenience of patients been wholly studied physical, psychological and social point of view satnd out in this work. Therefore the existence of a multidisciplinary team is considered advisable; even if any doctor, no matter his

field, can look after these patients. The material and human elements necessary for adolescent's care are described and the experience carried out at the 1st Pediatric Chair of Buenos Aires University at the Hospital de Clínicas José de San Martín, is showed.

The medical records of 807 adolescents have been retrospectively distributed according to: number of services, sex, nationality, age, origin, adress, main activity and the person who comes with the patient to the first consultation.

According to the influence the family group plays on the patient its composition has been studied taking into account parents' marital status and knowledge. Different reasons for consultation and diagnosis found among the people seen are analized. The diagnoses are classified in different areas: General Medicine, Healthy adolescents, Psychology, Infections, Gynecology, Orthopedics-Traumatology-Surgery, Male specific pathologies, and Growing and development. The amount of principal diseases found are seen in any of these areas quotea above.

INTRODUCCION

Cada día con mayor frecuencia se encuentran en la bibliografía temas referidos a

la llamada Medicina de Adolescentes. Si bien el estudio, atención y tratamiento de los jóvenes corresponde al campo de la Pediatría, una encuesta realizada en los EE.UU. indicaba que el 70% de los pediatras en ejercicio de la profesión se consideraban insuficientemente adiestrados para encarar en forma adecuada a los jóvenes en esta etapa de la vida. En nuestro medio no existen estudios similares pero podríamos inferir, sin temor a equivocarnos, que no diferirían de los ya citados¹.

En 1978 la población entre 10 y 19 años de edad en la República Argentina se calculaba en 4.698.000 personas, registrándose 3.453 defunciones, lo que implica una tasa de mortalidad de 0,7‰. Este bajo índice puede ser una de las causas por las cuales la Medicina de Adolescentes ha quedado relegada, tanto en nuestro país como en otras partes del mundo². Una baja tasa de mortalidad, sin embargo, no es indicador suficiente de una adecuada salud de la población, sobre todo si definimos salud, de acuerdo con la OMS, como el estado de bienestar físico, psíquico y social y no simplemente como ausencia de enfermedad.

El proceso madurativo se inicia, en general, por cambios físicos corporales, lo que se conoce como pubertad. Sin embargo, al considerar la adolescencia en forma integrada podemos encontrarnos con una población púber no adolescente, por retardo en la aparición de la crisis o con una prolongación exagerada de dicha crisis, o bien niños que sin pubertad presentan un comportamiento de adolescentes³. Muy especialmente en la Medicina de Adolescentes el área de salud debe estar integrada con la familia y la escuela. Los tres sectores deben trabajar en forma simultánea pues de esta actividad conjunta depende el éxito final.

Medicina de Adolescentes se define como aquella que trata a los pacientes comprendidos en la etapa de la adolescencia, pero consideramos que no es una especialidad o subespecialidad independiente. Por definición la Pediatría es la rama de la Medicina que trata del individuo en crecimiento y desarrollo, de donde se desprende el importantísimo papel que le corresponde en la adolescencia. La acción pediátrica no por ello debe convertirse en excluyente de las otras ramas de la Medicina o sus especialidades; su aporte no sólo es conveniente sino que resulta imprescindible para el adecuado en-

foque de una Medicina Integral⁴. En la práctica médica no pocas veces los profesionales de las más diversas especialidades se encontrarán ante adolescentes y, aunque la patología padecida por ellos pueda ser habitual, el acto médico no será completo si no se valora al joven en su conjunto.

CASUISTICA

Desde el 1° de octubre de 1978 funciona en la Primera Cátedra de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, en el Hospital de Clínicas José de San Martín, un consultorio destinado a la atención de adolescentes. Tres fueron los principales objetivos que impulsaron su creación: 1) atención médica integral; 2) docencia de pre y posgrado; 3) investigación de la problemática especial del adolescente.

En esta presentación nos referiremos al primero de los objetivos, o sea la atención médica integral.

Intentos anteriores de lograr una adecuada atención para pacientes adolescentes no habían tenido éxito, debido principalmente a la falta de lugar físico apropiado. Por ello se reacondicionó uno de los sectores de Consultorio Externo, que si bien es pequeño, permite realizar la anamnesis y examen físico en lugares separados, otorgando un ambiente de privacidad imprescindible.

El equipo multidisciplinario se formó con cuatro médicos pediatras, dos licenciadas en psicología, un médico psiquiatra, una psicopedagoga y un asistente social. Se establecieron 5 días de atención semanales en horario matutino. Los pacientes fueron admitidos por Consultorio Externo de Pediatría y todos aquellos con edades comprendidas entre los 12 y 18 años se derivaron al sector de Adolescentes, donde fueron atendidos por uno de los médicos. Se confeccionó una detallada Historia Clínica en una ficha impresa (fig. 1).

Número de prestaciones

Desde el 1° de octubre de 1978 hasta el 30 de diciembre de 1980 el número de prestaciones realizadas fue de 1.757; éstas comprenden 807 de primera vez y 950 de segunda o ulteriores. La distribución de dichas prestaciones se expone en el cuadro 1.

HOSPITAL DE CLINICAS "JOSE DE SAN MARTIN"

Ira. Cátedra de Pediatría
Sección Adolescencia

H.C. N°

C.E. N°

G/A. N°

Nombre: Nacionalidad:

Domicilio: T.E.:

Procedencia: Ocupación:

Estado civil: F.N.:

Edad:

Acompañante:

MOTIVO DE CONSULTA

ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo materno Parto:

P.N. Deambulaci3n Locuela Cont. Esf.

Escolaridad Deportes:

Otros estudios T. libre:

Problemas escolares

Tabaco Alcohol Otros

Alimentaci3n

Enfermedades:

.....

..... Accidentes. Operaciones:

Inmunizaciones:

Menarca: Ritmo: F.U.M.

R.S.: T. Pm

A. Jud. A. Pen.

ANTECEDENTES PSICOLOGICOS

.....
.....

GRUPO FAMILIAR

	Edad	E. civil	Escolaridad	Trabajo	Conv.	Relac.	A. patol3gicos
Padre
Madre
Hno. 1
Hno. 2
Hno. 3
.....

Comparte habitaci3n con: Vivienda:

ENCUESTA SOCIAL:

.....

Figura 1: Ficha para Historia Cl3nica.

El mayor número de consultas de 1979 con respecto a 1980 es atribuible a que durante este primer período se captó a todos los adolescentes que concurrían periódicamente al Consultorio Externo de Pediatría. Con respecto al menor porcentaje de las visitas ulteriores lo atribuimos a que durante 1980 dos de los cuatro médicos pediatras dejaron de concurrir al consultorio y, si bien fueron reemplazados, es importante para estos pacientes una atención personalizada y se disgustan cuando son atendidos por otro profesional; prefieren regresar en otra oportunidad cuando no encuentran "su médico" o sea el que los atendió por primera vez.

Cuadro 1. Atención de pacientes

Año	Primera vez	Segunda vez o ulteriores	Total por año
1978	68	30	98
1979	412	512	924
1980	<u>327</u>	<u>408</u>	<u>735</u>
TOTAL	807	950	1757

Distribución según sexo

De los 807 pacientes atendidos 431 (53,40%) fueron mujeres y 376 (46,60%) varones. Esto es diferente de lo que suele ocurrir en otros servicios, donde en general las cifras favorecen a la población masculina con respecto a la femenina⁵. En nuestro caso, si bien la diferencia no es muy importante, lo atribuimos a la existencia de una sección de Adolescencia en la Primera Cátedra de Ginecología (que funciona en el mismo hospital) que deriva las pacientes que presentan patología clínica.

Distribución según nacionalidad

Fueron argentinos 745 (92,31%) y extranjeros 55 (6,82%), provenientes estos últimos en su gran mayoría de países limítrofes. El dato no fue consignado en 7 pacientes (0,87%).

Distribución según edad

El Seminario de Adolescencia, organizado por la Academia Americana de Pediatría

y con auspicio de la OPS, entre otras instituciones, concluyó que la adolescencia tiene un tiempo cronológico que oscila entre los 10 y los 20 años, pero estos extremos son variables y sólo se toman a los fines de poder cotejar datos a nivel internacional. En nuestra sección se aceptaron pacientes entre 12 y 18 años de edad, pero sin dejar de lado todos aquellos que por su problemática especial podían ser considerados como adolescentes.

La edad promedio para la muestra estudiada fue: varones, 13 años, 7 meses y 24 días; mujeres, 13 años, 6 meses y 27 días. Al considerar el presente artículo debe tenerse en cuenta esta edad promedio, puesto que los datos pueden diferir de las presentaciones de otros servicios con edades diferentes. La distribución se puede analizar en los cuadros 2 y 3, presentada esquemáticamente en la figura 2. Analizando los gráficos vemos que la mayoría de los adolescentes que consultan en nuestra sección se encuentran comprendidos entre los 12 y los 13 años (57,81% de los varones y 46,86% de las mujeres).

Cuadro 2. Distribución por edad. Pacientes varones

Edad	Nº de pacientes	%
10	4	1,06
11	38	10,01
12	116	30,76
13	102	27,05
14	58	15,64
15	30	7,96
16	15	3,98
17	8	2,12
18	<u>5</u>	<u>1,33</u>
TOTAL	376	100

Derivación y procedencia

Del total de pacientes el 75% llegó derivado del Consultorio Externo de Pediatría por haber sobrepasado los 12 años de edad, mientras que el 25% restante corresponde a

las derivaciones directas por conocimiento de la sección (referencia de familiares y amigos de otros pacientes u otros médicos de dentro o fuera del Hospital). Es dable suponer que a medida que el consultorio sea más conocido el número de referencias directas aumente.

La mayoría de los pacientes que consultaron provienen y residen en el Gran Buenos Aires, siguiendo en orden de frecuencia los que habitan en la Capital Federal. Dentro de este último grupo, sin embargo, la gran mayoría son jóvenes que residen lejos del Hospital. Estos datos son dignos de ser tenidos en cuenta, pues muchas veces la lejanía de los domicilios dificulta la continuidad de tratamientos prolongados o el cumplimiento de citaciones.

Determinación según concurrencia

De los 807 pacientes atendidos, 305 (37,79%) concurren al consultorio sólo

Cuadro 3. Distribución por edad.
Pacientes mujeres

<i>Edad</i>	<i>Nº de pacientes</i>	<i>%</i>
9	4	0,93
10	14	3,25
11	52	12,06
12	110	25,52
13	92	21,34
14	60	13,92
15	42	9,75
16	22	5,10
17	23	5,33
18	12	2,78
TOTAL	431	100

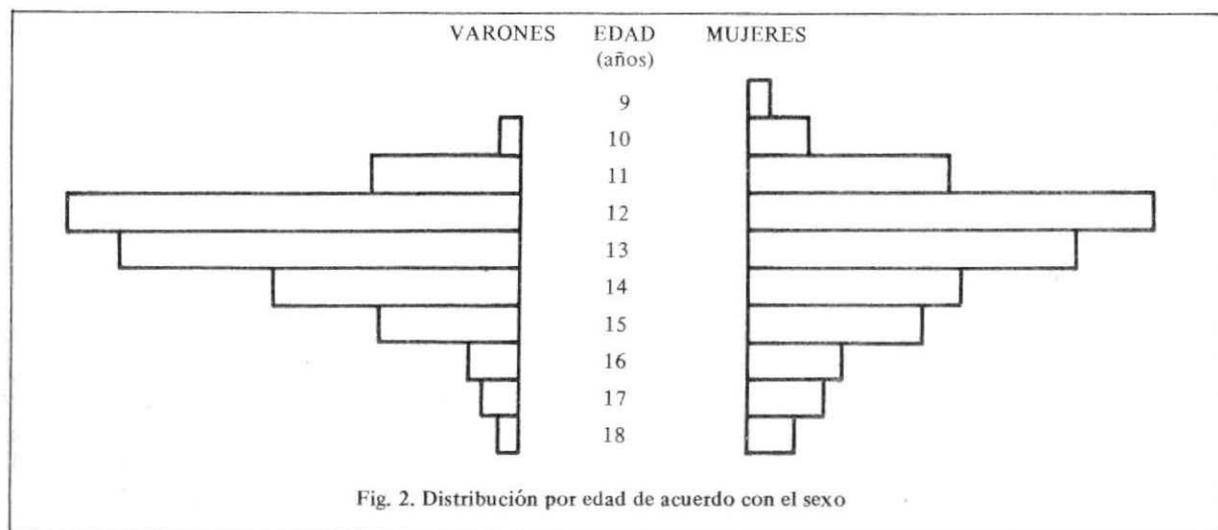


Fig. 2. Distribución por edad de acuerdo con el sexo

una vez, mientras que 502 (62,21%) lo hicieron en dos o más oportunidades a los efectos de completar tratamiento o por algún otro motivo de consulta. Dada la brevedad del tiempo analizado estos datos no pueden ser considerados como deserción. Con posterioridad a diciembre de 1980 no es raro encontrar pacientes que efectuaron su primera consulta en 1978 o 1979; muchas consultas por motivos diversos se solucionan en una primera entrevista y no requieren controles posteriores. Normalmente los pacientes son citados cada 6 meses a efectos de valorar crecimiento y desarrollo.

Cuadro 4. Lugar de residencia

<i>Lugar</i>	<i>Nº de pacientes</i>	<i>%</i>
Gran Buenos Aires	409	50,68
Capital Federal	365	45,23
Interior	29	3,60
No se consigna	4	0,50
TOTAL	807	100

Distribución según actividad

La gran mayoría de los pacientes que concurren a la consulta eran estudiantes, del último año de la escuela primaria o de los dos primeros de la secundaria, datos coincidentes con las edades promedio de estos jóvenes. Sólo 2 pacientes del total de 807 examinados eran analfabetos, sin considerar como tales los 7 casos consignados de debilidad mental. Si bien se consideraron 25 pacientes con trastornos de aprendizaje, éstos en general no fueron de tal magnitud como para considerarlos no instruidos.

Cuadro 5. Ocupación de los adolescentes

Ocupación	Nº	%
Estudian	703	87,11
Trabajan	63	7,81
Estudian y trabajan	21	2,60
No ejercen actividad	13	1,61
No consignan	7	0,87
TOTAL	807	100

Determinación según acompañante

Es indudable la importancia que el grupo familiar tiene en nuestro medio. A diferencia de lo que ocurre en otros países, especialmente en aquellos de origen sajón, 9 de cada 10 adolescentes concurren acompañados a la primera consulta. Si bien no se

Cuadro 6. Acompañantes de los adolescentes que concurren por primera vez

Acompañante	Nº	%
Madre	540	66,91
Otro familiar	98	12,14
Solos	86	10,66
Padre	29	3,59
Ambos padres	21	2,60
Amigos	14	1,74
Visitadora social	5	0,62
No se consigna	14	1,74
TOTAL	807	100

han consignado datos al respecto, a medida que el paciente crece y consulta en posteriores oportunidades aumenta el porcentaje de jóvenes que concurren solos, aunque siempre es neta la superioridad en número de los que lo hacen acompañados.

Estado civil de los padres

Se averiguó el estado civil de los padres en 786 pacientes, no habiéndose consignado dicho dato en 21. Por diversas circunstancias se trata de una pregunta directa que puede no ser conveniente formular en la primera entrevista; si el joven no regresa el dato queda sin consignar. Cuando el paciente es muy retraído y resulta difícil entablar un diálogo, muchos de los datos que figuran en la historia clínica no se registran. Asimismo, en algunas oportunidades hemos comprobado que los datos referidos al estado civil de los padres no correspondían a la realidad.

Cuadro 7. Estado civil de los padres

Estado civil	Nº	%
Casados	555	70,62
Separados	130	16,11
Viudos	58	7,38
Concubinos	22	2,81
Madre soltera	21	2,68
TOTAL	786	100

Del cuadro 7 se desprende que casi el 30% de los adolescentes que consultan presentan alteración del medio familiar. Es en estos pacientes en quienes la necesidad de esclarecimiento de diversas problemáticas es mayor y en ellos se registra un alto porcentaje de trastornos de aprendizaje. Esto confirma lo que sostienen todos los que trabajan con adolescentes: la salud de éstos asienta sobre un trípode constituido por la normalidad física, la educación y el medio familiar. La tentación del médico de suplir una de estas bases es grande, pero la experiencia enseña que adoptar esa actitud pocas veces tiene éxito.

Instrucción de los padres

Se intentó llegar a determinar el nivel cultural del grupo familiar, para lo cual se interrogó sobre la escolaridad de los padres. Se pudo precisar el nivel alcanzado por 600 padres y 688 madres, cuyo detalle se encuentra en los cuadros 8 y 9. La mayoría de los adolescentes presentan en el momento de la entrevista una instrucción superior a la de sus padres. Esto es muy evidente en un medio hospitalario y debe ser tenido en cuenta en múltiples oportunidades al analizar situaciones de conflicto entre padres e hijos.

Cuadro 8. Instrucción de los padres

<i>Instrucción</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Primaria completa	274	45,63
Primaria incompleta	134	22,30
Secundaria incompleta	79	13,15
Secundaria completa	70	11,65
Universitaria completa	17	2,98
Universitaria incompleta	16	2,64
Analfabetos	10	1,65
TOTAL	600	100

Cuadro 9. Instrucción de las madres

<i>Instrucción</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Primaria completa	316	45,93
Primaria incompleta	200	29,10
Secundaria incompleta	75	10,90
Secundaria completa	66	9,59
Universitaria completa	9	1,31
Universitaria incompleta	4	0,58
Analfabetos	18	2,47
TOTAL	688	100

En todo lo anteriormente expuesto se refleja la necesidad que tiene el médico que atiende al adolescente de conocer adecuadamente la problemática familiar para enmarcarlo en su realidad sociocultural. Por eso,

en esta etapa de crisis, de cambios físicos y emocionales, de búsqueda de identidad, nada mejor que el ambiente familiar para comprender, ayudar y estimular sus logros, disimular sus errores, incentivar sus mejores y más altos ideales. Una familia conflictuada por inseguridades afectivas, problemas conyugales, discusiones, egoísmos, separaciones, nunca podrá servir de apoyo a este ser en cambio, que necesita a sus padres firmemente unidos y seguros. El adolescente con patología familiar solamente con gran esfuerzo personal llegará a superar con éxito esta etapa de su existencia⁷.

Motivos de consulta

El adolescente se presenta en el consultorio, en principio, tímido y desconfiado, pero tratando de ser simpático y agradable, dado que la seducción es una de sus principales características. Si bien busca apoyo desea que se le considere como una persona capaz de tomar resoluciones por sí misma.

El motivo de consulta en todo acto médico suele ser diverso y difícil de clasificar o agrupar. Con fines didácticos y con valor

Cuadro 10. Motivos de consulta en adolescentes

<i>Causas</i>	<i>Nº de pacientes</i>	<i>%</i>
Fiebre, catarros, amigdalitis, etc.	199	22,54
Problemas psicológicos, trastornos de aprendizaje, decaimiento	118	13,35
Trastornos gastrointestinales, dolor abdominal	110	12,45
Control clínico	106	12,01
Cefaleas, mareos, lipotimias	81	9,16
Algas diversas (precordiales, etc.)	78	8,82
Crecimiento y desarrollo	57	6,45
Problemas ginecológicos	46	5,21
Problemas dermatológicos	37	4,19
Obesidad	23	2,60
Traumatismos	19	2,15
Otros	9	1,07
TOTAL	883	100

simplemente esquemático hemos agrupado 12 motivos de consulta que el adolescente o su acompañante expresaron al concurrir al consultorio.

De los variados motivos de consulta se desprende lo inespecífico de éstos y el hecho de que el paciente no expresa adecuadamente la verdadera causa que lo llevó a la entrevista médica. El profesional entrenado en la atención de estos pacientes capta a menudo el carácter trivial e inespecífico de la consulta, situación que se clarifica cuando explora diversas esferas que pueden preocupar al joven y que éste no se atreve a expresar. Esto es clásico en la pubertad fisiológica pero retrasada: el tamaño de los órganos genitales o la ginecomastia en los varones. Una mínima explicación acerca del normal crecimiento y desarrollo, como de sus variaciones de acuerdo con cada individuo, quita al adolescente muchas de sus preocupaciones centradas, específicamente en esta etapa, en su esquema corporal.

Diagnóstico

También con fines didácticos, como se señaló en el párrafo anterior, se han agrupado los diversos diagnósticos en áreas. En el cuadro 11 y en la figura 3 se pueden observar los porcentajes que corresponden a cada grupo.

Cuadro 11. Diagnósticos en adolescentes

	Nº	%
Medicina general	371	34,69
Adolescentes sanos	166	15,54
Area psicológica	162	15,18
Infecciones	158	14,79
Area ginecológica	74	6,95
Ortopedia-Traumatología		
Cirugía general	72	6,77
Area específica de varones	41	3,89
Crecimiento y desarrollo	27	2,19
TOTAL	1071	100

La mayoría de los diagnósticos encontrados corresponden al gran grupo que hemos denominado Medicina general, expuestos por separado en el cuadro 12; entre ellos la prevalencia es de los procesos otorrinolaringológicos, siguiendo en orden de frecuencia la obesidad. La incidencia de este último diagnóstico llama la atención dado que sólo 22 pacientes expresaron esta patología, de por sí evidente, como motivo de consulta. Este porcentaje es aun menor si se tiene en cuenta que muchas de las consultas por obesidad posteriormente no se consideraron como ta-

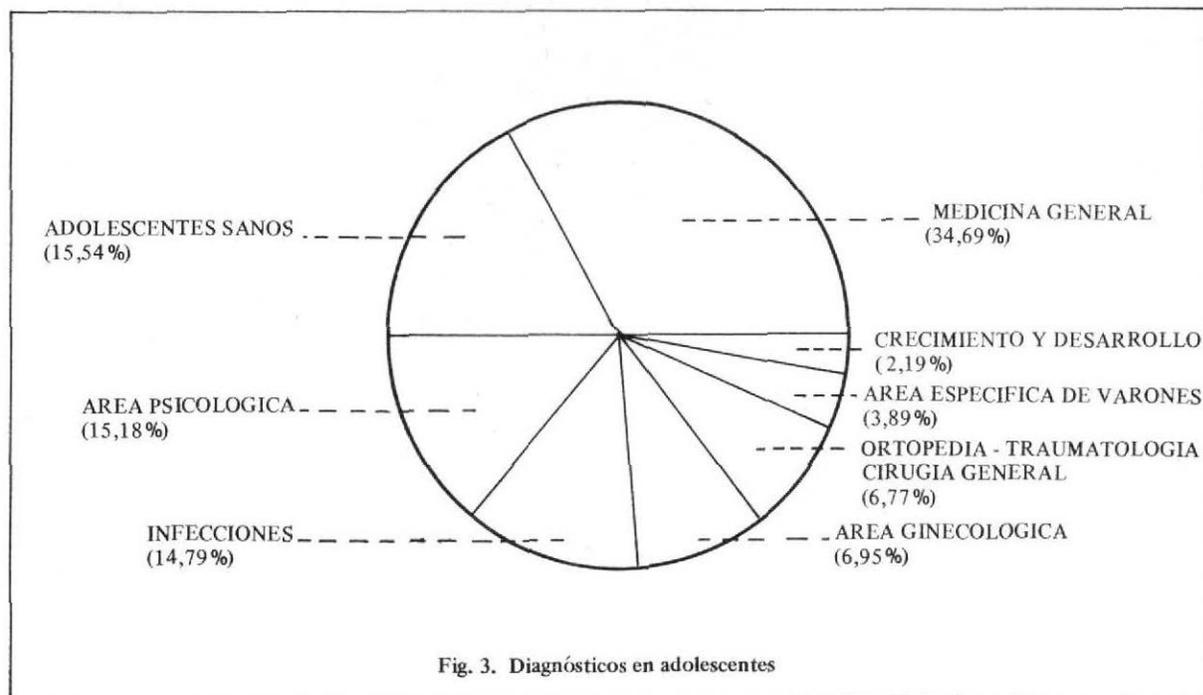


Fig. 3. Diagnósticos en adolescentes

les. Los diagnósticos neurológicos solo suman 36, siendo interesante destacar que esta cifra es muchísimo menor que la encontrada en otros países de América latina, donde prevalece en una cifra cercana al 20%⁸. Sigue en orden de frecuencia el número de adolescentes sanos, o sea aquellos no sólo carentes de patología orgánica sino que responden en forma integral al concepto de salud. Los motivos de consulta expresados por este grupo son variables y en ellos el simple esclarecimiento del médico en cuanto a su problemática fue suficiente. Un poco más de la mitad de estos adolescentes solicitaron control clínico por exigencia de las autoridades escolares o pidiendo autorización para la realización de ejercicios físicos.

tes eran recibidos por el clínico, quien de acuerdo con las características de la consulta efectuaba la derivación al equipo de psicología; al recibir la solicitud se concedía un turno a efectos de comenzar el psicodiagnóstico con una entrevista con los padres o con el familiar a cargo. Las resistencias propias a la consulta, la inestabilidad de los adolescentes y la variabilidad de su problemática hacían que muchos de estos estudios no llegaran a concretarse. La derivación precoz por parte del equipo médico no daba tiempo para una adecuada motivación y cuando era tardía resultaba difícil concretar la transferencia.

Tipo de patología	Nº de pacientes
Otorrinolaringología	94
Obesidad	66
Asma - Alergia	40
Procesos gastrointestinales	37
Dermatología	35
Disritmia	25
Fiebre reumática	8
Cardiopatías	8
Endocrinología	7
Oftalmología	7
Debilidad mental	7
Genéticas	7
Renales - Hipertensión	7
Parálisis facial	4
Otros	9
TOTAL	361

	Nº
Trastornos emocionales	84
Trastornos de aprendizaje	34
Trastornos psiquiátricos	20
Enuresis	17
Drogadicción	3
Homosexualidad	3
Alcoholismo	2
TOTAL	163

Los diagnósticos comprendidos en lo que hemos denominado **Area psicológica** fueron 163, de los cuales se efectuaron 122 interconsultas al equipo de psicología, solicitando psicodiagnóstico. Esta derivación, por las especiales características que presenta, no siempre resulta fácil y ha sido tal vez una de las principales dificultades por las que el equipo tuvo que atravesar. Esto llevó a que en el último tiempo se alterase la modalidad operativa. En un principio todos los pacien-

Los diagnósticos en el Area psicológica pueden observarse en el cuadro 13. Resulta interesante destacar la neta prevalencia de trastornos emocionales con respecto a los trastornos psiquiátricos, que no alcanzan el 2,5% del total de los pacientes y el 12% de los considerados en esta área. El número de pacientes enuréticos es importante y se está efectuando un estudio detallado sobre ellos.

El problema en Infecciones es sumamente importante en la Medicina de Adolescentes; si bien podría haberse incluido en los cuadros correspondientes a Medicina general, ha parecido oportuno considerarlo en forma separada (cuadro 14).

En el Area ginecológica (cuadro 16) prevalecen netamente las vulvovaginitis. Se atendieron 8 casos de embarazo: 4 siguieron su curso, 2 fueron interrumpidos por decisión de las pacientes y sus familiares (regresando posteriormente al servicio) y los 2 restantes no concurrieron a entrevistas pos-

Cuadro 14. Infecciones en adolescentes

	Nº
Estados gripales	34
Bronquitis	33
Parasitosis intestinales	26
Infectocontagiosas comunes	24
Otras infecciones	13
Infección urinaria	9
Hepatitis viral	8
Tuberculosis pulmonar	8
Lepra lepromatosa	1
Chagas agudo	1
Lúes	1
TOTAL	158

teriores. Con respecto a las algomenorreas pensamos que su incidencia debe ser mayor, pero muchas veces las refieren como dolores abdominales difusos y fueron consignadas dentro del grupo de algias diversas.

Los datos en el Area ginecológica difieren sustancialmente de los encontrados en otros servicios de nuestro Hospital, donde la incidencia de la problemática sexual es mucho mayor⁹. Esta disimilitud puede ser debida a las edades promedio de las pacientes atendidas y a las características del consultorio.

Cuadro 15. Diagnósticos en el Area ginecológica

	Nº
Vulvovaginitis	40
Trastornos menstruales	16
Embarazo	8
Algomenorrea	5
Tensión premenstrual	2
Violación	2
Nódulo mamario	1
TOTAL	74

Cuando una paciente presenta una problemática sexual y su edad corresponde a la de

una adolescencia media o tardía, se dirige a un consultorio de ginecología y no a pediatría. En nuestro trabajo tenemos registrada la anticoncepción como motivo de consulta y éste es un requerimiento corriente en un consultorio ginecológico dedicado a adolescentes.

Las patologías correspondientes a Ortopedia-Traumatología-Cirugía general han sido agrupadas en el cuadro 16.

Cuadro 16. Ortopedia - Traumatología - Cirugía general

	Nº
Escoliosis - Cifosis	25
Traumatismos varios	23
Cirugía general	19
Otros	5
TOTAL	72

Si bien se podría decir que las cifosis y escoliosis son alteraciones y no entidades patológicas, interesa destacarlas dado que la clave de su tratamiento eficaz es el descubrimiento temprano y para ello deben explorarse en forma específica. Una buena semiología en busca de tal alteración no debe faltar en el examen de todo adolescente¹⁰. En esta clasificación no ha sido consignado el pie plano común cuando no presenta sintomatología específica ni alteraciones posturales.

Cuadro 17. Diagnósticos específicos en varones

	Nº
Ginecomastia	30
Ectopia testicular	5
Varicocele	3
Torsión de hidátide	2
Fimosis	1
TOTAL	41

El cuadro 17, sobre Diagnósticos específicos en varones adolescentes es encabezado

con amplio margen por la ginecomastia: 73% en esta área; si bien no debe ser considerada como patológica (salvo en determinadas ocasiones) se incluye dada su gran importancia para el joven. Ningún caso mereció tratamiento específico y la labor del médico se limitó a explicar la normalidad de dicho proceso y su involución espontánea. Lamentablemente, 5 de estos pacientes habían sido atendidos previamente con diagnósticos presuntivos de endocrinopatía o insuficiencia hepática. Se les habían solicitado costosos estudios, lo que había aumentado la angustia de los jóvenes y sus familiares.

En el Area de Crecimiento y desarrollo (cuadro 19) hemos consignado como de baja talla a todos aquellos adolescentes cuya estatura se encuentra por debajo del percentilo 3. De los 19 sólo 3 presentaban un enanismo evidente. Los casos de pubertad normal con adolescencia retrasada, si bien tenían una talla inferior, se citan aparte por configurar una entidad diferente.

Cuadro 18. Area de Crecimiento y desarrollo

	Nº
Baja talla	19
Pubertad normal retrasada	7
Pubertad precoz	1
TOTAL	27

Dentro de nuestra casuística se encuentran también patologías menos frecuentes: síndrome de Poland, enfermedad de Von Willebrand, enfermedad de Gilbert, hiperlipemia, hipercolesterolemia familiar,

Schönlein-Henoch, artritis reumatoidea, y dermatomiositis.

COMENTARIO

Con esta presentación del Consultorio de Adolescentes hemos querido relatar una experiencia que consideramos valiosa como atención médica integral. El tema de la adolescencia ha sido muchas veces encarado por psicólogos o psiquiatras, pero con menor frecuencia y entusiasmo por el médico general. Esta actitud debe revertirse. No se trata de un encuadre "psicologista" de la medicina, pero requiere de todos aquellos que se dedican a ella una mentalidad multidisciplinaria que les permita abarcar al paciente adolescente en su realidad física, psíquica y social.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Litt, J.: Prefacio a la Medicina de Adolescentes. Cl. Ped. de N. América, 1980, 1:1.
- 2 Millar, H.: "Enfoques sobre la atención médica de los adolescentes en el decenio de 1970". OPS/OMS, 1975.
- 3 Dulanto Gutiérrez, E.: Seminario de Adolescencia. Academia Americana de Pediatría. Buenos Aires, 1978.
- 4 Girard, G. y col.: "Medicina de Adolescentes". Medicine, Argentina, 1980, 26:144.
- 5 Dulanto Gutiérrez, E.: "La morbilidad del adolescente en México". Rev. Mex. de Pediatría, 1981, 48, 8:10.
- 6 Daniel, A. W. Jr.: "Contacto con el paciente adolescente". Cl. Ped. de N. América, 1975, 59:2:1284.
- 7 Cambiano, C. y col.: "El adolescente y la familia". Seminario de Adolescencia. Academia Americana de Pediatría. Buenos Aires, 1978.
- 8 Dulanto Gutiérrez, E.: "Consideraciones sobre consulta externa". Rev. Mex. de Pediatría, 1978, 35:18.
- 9 Méndez Ribas, J.M.: "Ginecología Infanto Juvenil", Bagó Informa, 1980, XI:30.
- 10 Hungerford, D.: "Deformidad raquídea en la adolescencia". Cl. Méd. de N. América, 1975, 59:2:1521.

"EL EQUIPO DE LA SALUD FRENTE A LA DESNUTRICION" **

Prevención, diagnóstico y rehabilitación
según nuevos criterios integrales

Dres. Oscar Anzorena *
Juan Carlos Cendra
Saúl César Gleich
Luis Nicolás Orani

RESUMEN

Se propone considerar la desnutrición infantil en nuestro medio, como una enfermedad evitable, recuperable y de registro obligatorio.

La prevención apunta básicamente a mejorar las condiciones de vida, control de crecimiento y desarrollo y educación para la salud.

El tratamiento persigue dos objetivos simultáneos y complementarios: en el niño, recuperación de su peso y desarrollo integral; en la familia, rehabilitación de su capacidad y aptitud para la crianza en salud.

Se describen métodos de evaluación de riesgo y de gravedad, normatizando las conductas del equipo de salud, en los distintos grados y formas de presentación.

El criterio adoptado ha resultado en esta experiencia la única forma viable y conducente para lograr resultados positivos en el aspecto médico asistencial del complejo problema social que constituye la desnutrición infantil.

SUMMARY

In the present paper, malnutrition is considered as a disease in which complete rehabilitation can be achieved. Its prevention aims to the improvement of living conditions

to the monitoring of growth and development of children and health education.

Its treatment has two complementary and simultaneous goals: recovery of weight and psicoemotional development and teaching the family to provide a better care to their children.

Parameters to evaluate risk and severity of malnutrition are proposed in this paper, together with a normatization of activities of the health team.

Results of the application of this approach are presented. Cases of infantile malnutrition, should obligatory be denounced to the local health authority.

I. Introducción

La Desnutrición Infantil (DNI), enfermedad registrable, evitable y recuperable, por diferentes motivos no recibe toda la atención y preocupación que merece, tanto de la comunidad como, lo que es más grave, de parte del Equipo de Salud.

Disminuir la incidencia y prevalencia de la DNI por medio de la racionalización de los recursos existentes debe ser un objetivo inmediato del mencionado equipo. Esta acción debe basarse en una eficiente Atención Pediátrica Primaria, que debe ser, además de eficiente, oportuna y de alta calidad, funcionando normatizada en forma central en sus

* Hospital "Luisa C. de Gandulfo", Servicio de Pediatría, Balcarce 350 - 1826 - Lomas de Zamora. ** Presentado en el Primer Congreso Rioplatense de Pediatría (XIX Jornadas Rioplatenses) Primeras Jornadas del Equipo de Salud Materno-Infantil. Buenos Aires, 1981.

áreas de influencia con ejecución descentralizada.

No habiendo registros directos de incidencia, prevalencia y muerte por DNI, la magnitud de la misma debe ser evaluada por métodos indirectos hasta tanto se mejore la calidad y utilidad de las estadísticas oficiales de salud, eliminando el subregistro de la DNI. Para evaluar el problema que constituye esta patología, se acepta que cuando la Mortalidad Infantil Precoz es superada e igualada por la Mortalidad Infantil Tardía, la DNI constituye en grado diverso un estado permanente de minusvalía en un importante sector de la población infantil.

La comunidad afectada en general ignora o niega su patología por diferentes motivos, a saber:

a) Razones culturales: "Siempre todos fueron igualmente delgados".

b) Motivos educacionales: ignoran el concepto de enfermedad que tiene la DNI.

c) Motivos socio-económicos: tienen poco tiempo o dinero para acceder a una atención pediátrica primaria accesible.

d) Motivos de Salud Pública: no tienen acceso a una atención pediátrica primaria, bloqueada por trabas geográficas y/o administrativas.

El Equipo de Salud por su parte tampoco asume a la DNI integralmente, a pesar de conocerla por actuar en un Sistema de Salud estructurado en base al hospital de agudos donde no hay cabida para la típica cronicidad de esta enfermedad.

Motivados por los conceptos precedentes enfocamos en el Servicio de Pediatría del Hospital Luisa C. de Gandulfo a la DNI en forma integral, contando para ello con un Equipo de Salud que comenzó su experiencia en el año 1974, cuando empezó a trabajar en alimentación parenteral hipercalórica en niños con desnutrición grave. Después de un año de labor empleando esa terapéutica se concluyó que, perfeccionando técnicas de realimentación con alimentos sintéticos sin lactosa y con proteínas de soja, las indicaciones de la anterior quedan reducidas a la patología quirúrgica, porque prácticamente la totalidad de las indicaciones clínicas, que son debidas a diarreas prolongadas en su inmensa mayoría, evolucionan favorablemente.

II. Objetivo

Nuestro criterio de enfoque de la problemática de la Desnutrición Infantil ha ido mo-

dificándose a medida que nuestra experiencia se incrementa.

Comenzamos concentrando el esfuerzo en la terapéutica, luego pasamos al diagnóstico precoz, más tarde nos preocupó el contexto del niño desnutrido y su rehabilitación, siendo últimamente nuestra preocupación la prevención de la DNI.

A lo largo de esta evolución de más de 7 años han surgido una serie de criterios y conceptos propios con los que se fue elaborando un cuerpo de normas que nos proponemos comunicar en este trabajo.

III. Material y método

El presente trabajo realizado en el Hospital Luisa C. de Gandulfo y en el Centro de Rehabilitación y Educación Nutricional (C.E.R.E.N.) comprende pacientes del Partido de Lomas de Zamora y un significativo caudal de los partidos de Almirante Brown, Esteban Echeverría y en menor cantidad de San Vicente, Lanús y Florencio Varela.

A partir de febrero de 1980 comenzó a funcionar en el Hospital Ricardo Gutiérrez de la localidad de Ingeniero Buge, el C.E.R.E.N., dependiente al igual que el Hospital L. C. de Gandulfo de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Lomas de Zamora.

El Equipo de Salud está constituido por médicos del Servicio de Pediatría del Hospital L. C. de Gandulfo y enfermeras, mucamas, asistentes sociales y voluntarias del C.E.R.E.N.

Su acción se desarrolla en cuatro áreas diferentes, con normatizaciones de acuerdo con características locales.

a) **Sector de Internación:** funciona en la Sala de Pediatría General del Hospital L. C. de Gandulfo; es un sector aislado.

Norma de Admisión: se interna todo niño desnutrido de alto riesgo que presente una intercurencia aguda.

Norma de Alta: lograda la curación de la patología aguda, según normas del Servicio, el paciente es derivado al C.E.R.E.N.

b) **Sector de Rehabilitación:** funciona en el C.E.R.E.N., ubicado en el Hospital Gutiérrez de la Localidad de Ingeniero Buge, en el Partido de Lomas de Zamora.

Normas de Admisión: se albergan niños desnutridos de alto riesgo que son dados de alta del Sector Internación o que sean captados por el Consultorio Externo de Nutrición, es decir que es condición sinequanon que

los desnutridos de alto riesgo que se aceptan en el C.E.R.E.N. no presenten enfermedad aguda intercurrente.

Norma de Alta: se dan de alta cuando la curva antropométrica logra el 90% del peso según talla.

c) **Consultorio Externo:** funciona en el Hospital Luisa C. de Gandulfo y en el C.E.R.E.N.

Normas de Admisión: se trata a todos los niños desnutridos de bajo riesgo derivados de cualquier origen, ya sea de otra área del propio Equipo de Salud (internación o C.E.R.E.N.) o de propia captación, siendo aceptados de igual modo pacientes derivados de otros niveles de la Atención Pediátrica Primaria.

Norma de Alta: eutrófico con un 100% de peso según talla, siendo derivado en lo posible a una atención pediátrica primaria accesible y personalizada.

d) **Atención en Terreno:** se realiza por medio de visitadoras sociales que concurren a los domicilios de los pacientes para realizar tareas de educación, información y control evolutivo de las recomendaciones que se van efectuando; asimismo ejecutan búsqueda de desertores.

Características de la población infantil asistida

Presenta el siguiente perfil socio-económico-cultural:

1. - El 65,5% tiene un mal hábitat (véase cuadro N° 1).

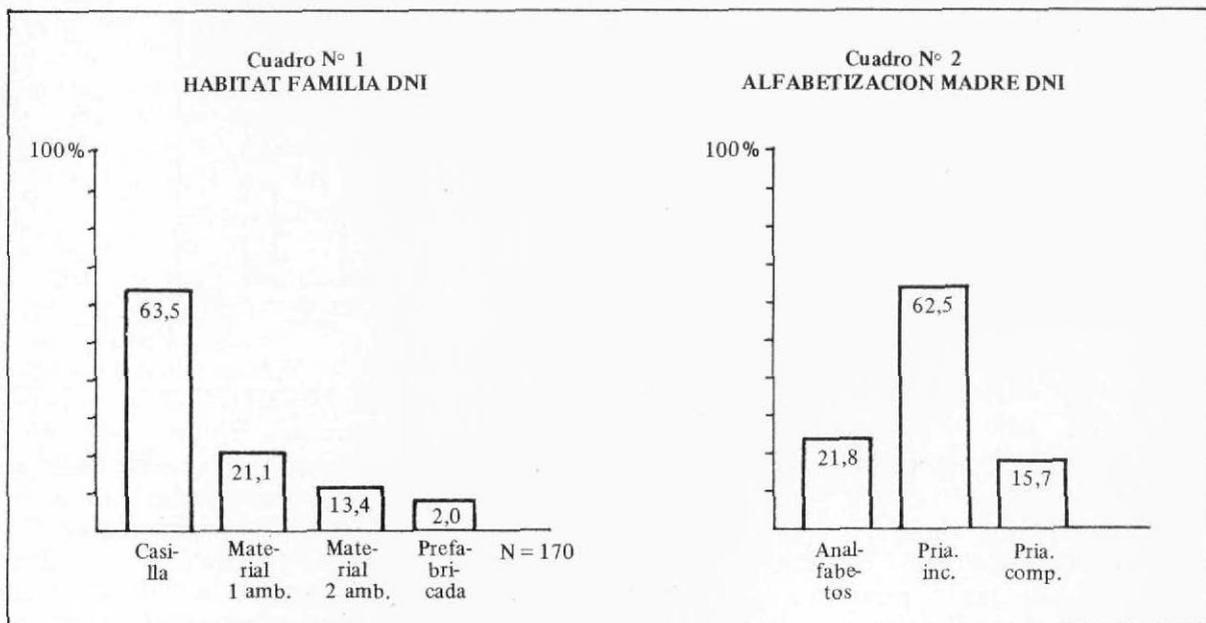
2. - El 84,3% entre la condición de analfabetas y semianalfabetas de las madres de los niños desnutridos asistidos (cuadro N° 2).

3. - El 100% tiene mal aprovisionamiento de agua, ya que los casos que figuran en el rubro de los que reciben agua corriente obtienen la misma de un caño maestro clandestino con muy baja presión, obligando a que se coloquen los grifos por debajo del nivel del terreno (cuadro N° 3).

4. - La edad de la madre, en el 44,8% de los casos, se ubica en el área de parto de alto riesgo, superior a las estadísticas conocidas (cuadro N° 4).

5. - El 76,7% de los niños desnutridos son componentes de familias numerosas (cuadro N° 5).

6. - El 76,6% de los pacientes asistidos presentan vacunación incompleta (cuadro N° 6).



7. - El 50% no tienen heladera para conservar alimentos en buen estado (cuadro N° 7).

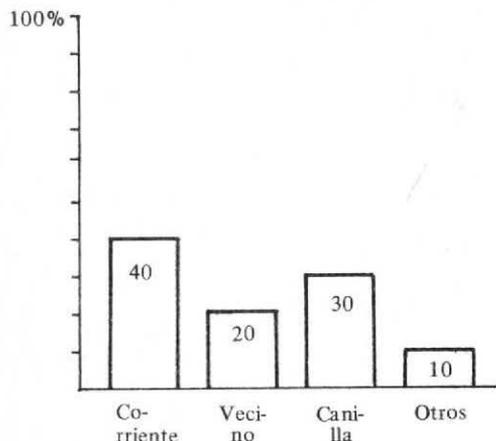
8. - El 100% de los casos pertenecen a familias con un ingreso por persona inferior a un cuarto de salario básico mínimo (cuadro N° 8)

IV. Resultados

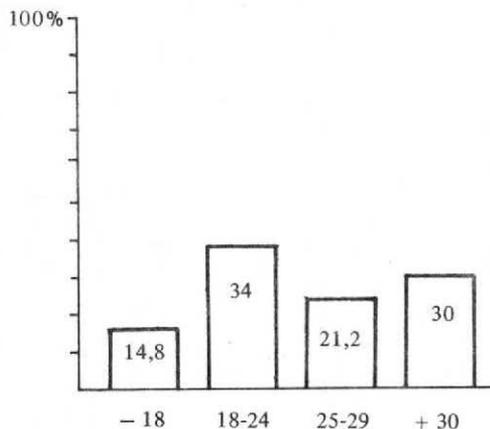
A efectos de ordenar el trabajo realizado vamos a dividir los resultados obtenidos en 4 grandes rubros, que son:

4.1) Resultados con respecto a Terapéutica de la Desnutrición Infantil.

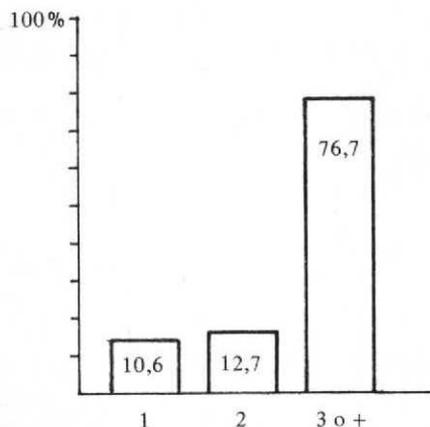
Cuadro N° 3
PROVISION DE AGUA FAMILIA DNI



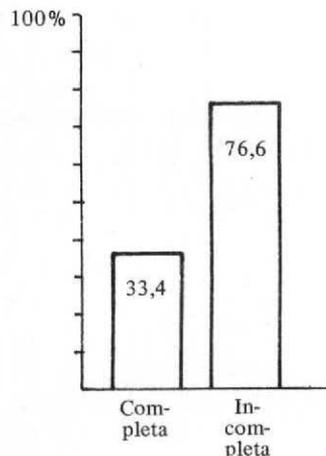
Cuadro N° 4
EDAD MADRE DNI



Cuadro N° 5
NUMERO DE HERMANOS FAMILIA DNI



Cuadro N° 6
VACUNACION



4.2) Resultados con respecto al Diagnóstico de la Desnutrición Infantil.

4.3) Resultados con respecto a la Rehabilitación en la Desnutrición Infantil.

4.4) Resultados con respecto a la Prevención de la Desnutrición Infantil.

4.1. Resultados con respecto a Terapéutica de la DNI

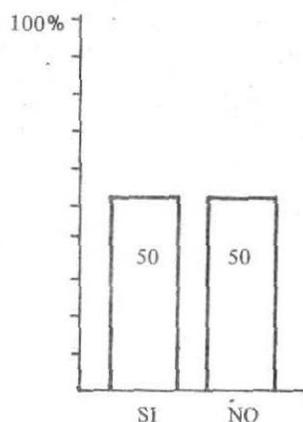
a) Internación

El factor determinante de la internación del desnutrido en una Sala de Agudos resulta ser siempre la Patología Sobrecargada y es sobre ésta que se actúa con todo el potencial médico-científico para controlarla, dejando

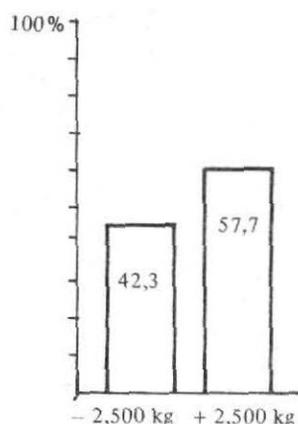
de lado las acciones orientadas a apuntalar el terreno deficitario (desnutrición), condicionante o agravante de la enfermedad aguda. Este hecho hace que prosiga el círculo Desnutrición-Infección, producido en el mismo por: Anorexia y dietas hipocalóricas prolongadas durante la internación.

En la realimentación de los niños con diarreas prolongadas (desnutridos) luego de nuestra experiencia con la alimentación parenteral hipercalórica (1974) llegamos a la conclusión de que obteníamos curvas ponderales positivas con rápida mejoría del cuadro enteral efectuando realimentaciones lentas y progresivas en base a una dieta armónica sin

Cuadro N° 7
HELADERA



Cuadro N° 8
PESO DE NACIMIENTO DN



lactosa ni proteínas de leche de vaca, tratando de llegar precozmente a 70 cal/kg/día y a 1,8 g/kg/día de proteínas (10 a 12% de calorías proteicas) para evitar el Balance Nitrogenado Negativo.

Una vez llegados a este límite se aumenta paulatinamente el aporte hasta llegar a 100 cal/kg. Teórico, tratando de mantener una densidad calórica de 1,2-1,5 ml por kilocalorías. De la misma manera se introducen en forma temprana las vitaminas, minerales y oligoelementos usando la vía enteral o parenteral, según la tolerancia del paciente. Las dosis indicadas son las aconsejadas por el Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría.

El aporte de hierro lo efectuamos por vía oral o por microtransfusiones, según el déficit previo.

Los oligoelementos los introducimos por medio de las transfusiones a excepción del cinc, que también aportamos por vía oral.

Las vitaminas se introducen en un primer momento por vía endovenosa y se pasa a la vía oral al haber controlado su foco infeccioso.

En los niños desnutridos en el segundo semestre de la vida, se implementa la alimentación semisólida y sólida tratando de seguir las pautas dietéticas antedichas, es decir que sea armónica, adecuada, suficiente y completa.

4.2. Resultados con respecto al Diagnóstico de la DNI

A medida que aumentaba nuestra expe-

riencia surgió la sensación de haber llegado tarde al diagnóstico en muchos desnutridos.

El uso aislado de la antropometría y del peso en particular, de acuerdo con los conceptos enunciados por F. Gómez en 1946, no evidencia a nuestro entender, el verdadero riesgo evolutivo del desnutrido. Es por ello que hemos buscado otros elementos de fácil determinación que, junto con el anterior, permiten un pronóstico más exacto y una actitud terapéutica más efectiva.

Con este objetivo, durante 2 años, realizamos una experiencia dividida en 2 etapas cronológicas; la primera abarca de agosto de 1975 hasta octubre de 1976. La misma fue luego ampliada a mayo de 1977. Durante este lapso fueron tratados 437 pacientes, de los cuales 178 se vieron en el sector de internación y 259 en el consultorio externo.

En todos ellos se evaluaron numerosos factores agregados, siendo de consideración los siguientes:

a) Edad: tanto más grave cuanto menor la edad, aun con porcentaje de pérdidas de peso relativamente bajas. El 80% de los pacientes internados pertenecen al 1er. trimestre de la vida.

b) Reinternaciones: el 50% de los internados ya lo estuvieron previamente. Las sucesivas internaciones agravan la desnutrición por ser verdaderos ciclos de carencia.

c) Enfermedades concomitantes: las patologías crónicas son de más difícil control, a excepción de las agudas que producen una anergia elevada como ser el sarampión.

d) Peso de Nacimiento: el 27% de los niños desnutridos internados tiene un peso de

nacimiento menor de 2500 g. De éstos el 65% se interna antes de los 3 meses de vida, el 45% sufrieron reinternaciones y el 15% fallecieron. Del 73% restante, con peso de nacimiento mayor de 2500 g. sólo computamos un 5% entre reinternados y óbitos.

e) Destino: hemos tenido un 88% de altas, 9% de retirados y 3% de óbitos.

f) Días de internación: el promedio fue de 25, independientemente de la edad.

g) Tipo de patología concomitante: además de la clásica relación estacional de enfermedades digestivas en verano y respiratorias en invierno, observamos una relación con la edad, predominando en el 1er. semestre la patología digestiva y en el 2do. semestre la respiratoria.

h) Hipoalimentación: se comprobó en el 100% de los pacientes por anamnesis, muchas veces negado al principio; pero sucesivos reinterrogatorios lo detectan con seguridad.

i) Procedencia del paciente ambulatorio: el 60% son exinternados, proviniendo el 40% restante del consultorio externo del Servicio.

j) Destino y evolución del paciente ambulatorio: se ha observado que el 42% desertó después de la primera consulta, perteneciendo en su mayoría al rubro de no internados, mientras el 50% tuvo buena evolución ponderal y el 8% restante fue reinternado.

Con estos elementos de juicio y otros que luego de evaluados fueron descartados, se elaboró un Score de Gravedad de la DNI. La misma tiene como base principal la pérdida de peso, complementándose con la edad de comienzo, peso de nacimiento, patología agregada y número de internaciones.

Por ser confeccionado con elementos negativos la gravedad será tanto mayor cuanto mayor sea la puntuación. El detalle del mismo se expondrá en las conclusiones.

4.3. Resultados con respecto a la Rehabilitación en la DNI (C.E.R.E.N.)

Sabido es que existe un alto grado de incidencia de niños desnutridos en los servicios de Pediatría, que no están generalmente estructurados para la asistencia de pacientes con estados de lenta recuperación, sino que los mismos están hechos para el tratamiento de patologías agudas. Si además agregamos la alta frecuencia de complicaciones y, por consiguiente, alto índice de mortalidad en las internaciones prolongadas, la falta de orienta-

ción nutricional en salas de agudos y, desde el punto de vista administrativo, el alto costo día/cama, se hace necesaria la creación de un lugar donde efectuar una consciente rehabilitación nutricional en el niño y dotar a la familia de claros conceptos sobre aspectos sanitarios, culturales y socio-económicos, adaptables, claro está, a su medio habitual, antes de que se restituya al seno de un grupo familiar que por sus condiciones particulares lo llevaron a la desnutrición.

Por los conceptos antedichos se creó el Centro de Rehabilitación y Educación Nutricional (C.E.R.E.N.).

Se trata de una dependencia extrahospitalaria del Servicio de Pediatría para rehabilitar al desnutrido y capacitar a su familia para remover las causas de la subnutrición, siguiendo patrones que ya han dado excelentes resultados en el extranjero (Perú, Chile, etc.), sin obstaculizar la asistencia pediátrica hospitalaria y a un costo mucho menor.

Internación en el C.E.R.E.N.:

Puede ser: a) Permanente, es decir durante las 24 horas y b) Parcial, internación diurna de 7 a 20 horas (aún no puesta en práctica).

Normas de Admisión: a) Todo desnutrido de alto riesgo que ha superado la enfermedad que determinó su internación en Sala de Agudos.

b) Todo desnutrido de alto riesgo detectado en las consultas ambulatorias que no presenten patología aguda.

Objetivos: a) En el niño: recuperación de por lo menos el 90% del peso teórico según talla y aceptable estado madurativo para su edad.

b) En la familia: elevar la capacidad de crianza del niño con su propio esfuerzo, brindando conocimientos y experiencias en el manejo del problema.

Actividades: Control médico del crecimiento y desarrollo, Cocina dietética, Estimulación psicomotriz, Kinesioterapia, Educación familiar.

Personal: Pediatra, Enfermera, Mucama, Voluntarias.

Equipo de incorporación tentativa: Laboratorio, Visitadora Social, Nutricionista, Kinesiólogo, Psicólogo.

Atención Ambulatoria en el C.E.R.E.N.

Normas de Admisión: a) Desnutridos de alto riesgo (captación para su internación)

b) Desnutridos de bajo riesgo

c) Prematuros o desnutridos fetales con medio socio-económico y cultural muy bajos.

d) Recién nacidos, hermanos de desnutridos que se internaron o asistieron en el C.E.R.E.N.

(En todos los casos niños menores de 2 años, salvo raras excepciones).

Objetivos: a) En el niño: lograr llegar o mantener en estado eutrófico.

b) En la familia: igual que en el rubro internación (ver antes).

Personal: El mismo utilizado en el rubro internación.

Evaluación del funcionamiento del C.E.R.E.N.

El mencionado centro fue puesto en funcionamiento en febrero de 1980 y desde entonces podemos dividirlo en dos etapas. La primera que va desde su nacimiento hasta octubre de 1980 se caracterizó por una asistencia médica no personalizada, que se realizaba básicamente por la enfermera, mucama y escasas voluntarias; en caso de presentar el paciente alguna intercurencia era examinado por un médico pediatra de guardia (diferentes todos los días) y finalmente la evaluación por pediatras con orientación nutricional era efectuada únicamente dos veces por semana. Este período, a pesar de la buena evolución de los niños internados y asistidos en el centro (escasos 15 casos) fue considerado como un fracaso, ya que no se logró la mayor parte de los objetivos planeados.

El segundo período comenzó con la asistencia diaria de los pediatras con orientación nutricional en consultorio y sala de internación, con otorgación de turnos precoces, seguimiento médico personalizado, dación de leche, vitaminas y medicamentos para las intercurencias; el apoyo diario y esclarecedor de dudas en las madres y personal asistencial, así como la mayor comprensión de los problemas habituales que surgen, hicieron que el funcionamiento del C.E.R.E.N. se transformara en poco tiempo en una atención dinámica y efectiva, con mejores resultados en los niños albergados y concurrentes del consultorio, además de una escasa deserción en posteriores controles.

En esta etapa que abarca desde noviembre de 1980 hasta octubre de 1981 se logró la captación de 160 niños más, y un promedio de 170 consultas mensuales.

Pero, cabe destacar, que al cabo de este úl-

timo período (1 año) nos encontramos con dificultades difíciles de subsanar y que no permitieron el éxito del plan previamente estipulado, a saber:

1) Gran porcentaje de fracasos de internación conjunta madre-hijo, por ser la primera encargada del cuidado de otros hijos (en general más de 3) y ser el padre o en ausencia de éste los abuelos, los que traen el sustento, por lo que se ven obligados a prolongados tiempos de ausencia en la casa.

2) Escaso número de voluntarias.

3) Poca participación de psicólogos, kinesiólogos y nutricionistas, lo que obliga a los médicos pediatras asistentes a suplir dichas falencias.

4) Por momentos, escaso suministro de leche en polvo, que dado una especial situación socio-económica de la familia, no era reemplazada, encontrándose graves desmejorías y alto número de deserciones.

5) Falta de medicamentos esenciales (antibióticos, antidiarreicos, etc.) que se suplen insuficientemente en algunos casos por el aporte de visitantes médicos.

6) Falta de medios de locomoción rápidos y accesibles al Centro Hospitalario Base.

7) La población media asistida presenta graves problemas sanitarios los cuales hacen que la educación brindada a la familia sea insuficiente para erradicar estados condicionantes o concomitantes de la DNI.

4.4. Resultados con respecto a la prevención de la DNI

Hemos observado que desde el momento de la concepción existen factores de riesgo que predisponen a padecer la desnutrición. Generalmente son otros y no el pediatra quienes tienen acceso al niño en esos estadios. Si concientizamos del problema a esos profesionales (obstetra, ginecólogo, partera, neonatólogo, asistente social, enfermera) posiblemente podamos tomar medidas de atención médica primaria lo suficientemente eficientes como para prevenir la DNI, o por lo menos realizar la detección muy precoz de la misma.

Se efectuó una experiencia en el Hospital L. C. de Gandulfo y en el C.E.R.E.N. desde febrero de 1980 hasta octubre de 1981 y se determinaron en los pacientes evaluados factores exógenos que constituyen el hábitat del desnutrido.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

a) Nivel socio-económico: más del 90% presenta un score de Graffar alto.

b) Número de hermanos: la mayoría con más de 3 (familias numerosas).

c) Antecedentes de desnutridos u óbitos en el primer año de vida en hermanos: existentes en la mayoría.

d) Bajo peso al nacimiento: antecedente con frecuencia estadística superior a la media.

e) Conservación de los alimentos: gran parte no tiene heladera eléctrica.

f) Nivel de instrucción: analfabetismo o semianalfabetismo en la madre.

g) Edad de la madre: en área de parto de riesgo está el 44,8% de los casos.

h) Hábitos tóxicos familiares: alta incidencia de alcoholismo y tabaquismo.

i) Provisión de agua: mala en el 100% de los casos.

j) Internación de hermanos: se observa como antecedente en los hermanos mayores diferentes pasos por hospitales.

V. Discusión y conclusiones

De los resultados obtenidos en las diferentes experiencias realizadas en 7 años de trabajo, surgen dos puntajes de Desnutrición.

El primero referido a Gravedad tiene en

cuenta además de la antropometría, los siguientes factores de riesgo: peso de nacimiento, edad de comienzo de la desnutrición, presencia de patología actual aguda o crónica y anteriores internaciones (ver cuadro N° 9).

Divide a los desnutridos en dos grandes grupos:

1) **Desnutridos de alto riesgo:** puntuación de 6 o más, siendo conceptualmente un enfermo internable no sólo por patología actual sino por riesgos potenciales de agravarse, por agregarse siempre a su carencia exógena otras minusvalías de terreno.

2) **Desnutridos de bajo riesgo:** puntuación de 5 o menos. Conceptualmente es un enfermo manejable ambulatoriamente y responde al tratamiento correcto con curva antropométrica rápidamente ascendente por tener mejor terreno que los casos comprendidos en el grupo anterior.

El segundo puntaje se refiere al rubro Prevención.

A diferencia del puntaje de Gravedad, no se aplica al desnutrido. Este puntaje de riesgo se aplica a niños sanos, desde el momento de su concepción.

Cuadro N° 9
PUNTAJE DE GRAVEDAD

	2	1	0	
Déficit de peso	1er. Trimestre	25	+ 15	- 15
	2° Trimestre	35	+ 25	- 25
	2° Semestre	45	+ 35	- 35
EDAD DE COMIENZO	- 3 m	- 6 m	+ 6 m	
PESO NACIMIENTO	- 2,000 kg	- 2,500 kg	+ 2,500 kg	
N° DE INTERNACIONES	+ 1	1	0	
ENFERMEDAD	Crónica	Aguda	No	

Puede ser utilizado tanto por el obstetra que controla a la embarazada como por el neonatólogo. El mismo consta de 5 datos (ver cuadro N° 10) de rápida y fácil recolección anamnésica, tratando de ser un orientador práctico del contexto que rodea al feto o recién nacido y que podría llevarlo a una desnutrición.

Los datos mencionados son: hijos desnutridos o fallecidos, número de hijos, educación, peso de nacimiento y heladera.

Este puntaje al igual que el de gravedad, al aumentar la puntuación aumenta el riesgo,

considerándose alto riesgo al que presenta 6 o más y bajo riesgo 5 o menos.

Por último y como corolario de nuestra experiencia en la problemática de la desnutrición hemos elaborado un conjunto de acciones a desarrollar por el Equipo de Salud, que constituye un programa sanitario básico que, sin pretender ser completo ni excluyente, representa el principio de una acción coherente tendiente a lograr el objetivo de erradicar una de las minusvalías orgánicas más frecuente e insidiosa de nuestra población infantil.

Cuadro Nº 10
PUNTAJE DE PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN

	0	1	2
EDUCACION	Primaria completa	Primaria incompleta	Analfabeto
Nº DE HERMANOS	- 2	3 a 5	6 o +
HIJOS ^{DNI} _{Fallecidos}	No	Desnutrido	Fallecido
HELADERA	Sí	Vecino	No
PESO DE NACIMIENTO	+ 2,500 kg	- 2,500 kg	- 2,000 kg

Este programa consta de tres capítulos:

A.- Desnutrido ambulatorio o de bajo riesgo.

B. - Desnutrido internado o de alto riesgo.

C. - Prevención de la desnutrición.

A. - Desnutrido ambulatorio o de bajo riesgo
(seguimiento longitudinal)

A.1 - Promoción de la lactancia materna.

A.2 - Dación de leche de acuerdo con normas.

A.3 - Control programado del crecimiento y desarrollo.

A.4 - Activa campaña de inmunizaciones.

A.5 - Programa de Educación para la Salud.

A.6 - Normatización de acuerdo con necesidades regionales de los miembros del Equipo de Salud, en especial enfermera y visitadora social. El médico debe desarrollar acciones precoces en desnutridos, según nuestro puntaje de gravedad o según cualquier otro criterio válido.

B. Desnutrido internado o de alto riesgo

B.1 - Asistencia del desnutrido de alto riesgo con intercurencia aguda en sectores aislados de salas de pediatría.

B.2 - Creación de instituciones intermedias entre el hospital y el hogar para albergar a aquellos desnutridos que habiendo superado la complicación aguda no puedan atender su patología actual (desnutrición) en un medio que carece de las mínimas condiciones para ello.

B.3 - Utilizar estas instituciones intermedias para lograr la educación y rehabilitación de la familia del desnutrido.

C. Prevención de la desnutrición

C.1 - Captación de los recién nacidos del área al Sistema de Salud actuando desde el

embarazo en la detección de niños altamente expuestos a desnutrición (uso del puntaje de Prevención).

C.2 - Incorporar el tema "Educación para la salud" en los planes de enseñanza primaria y secundaria.

C.3 - Incorporar al sistema de control a todos los hermanos del desnutrido.

C.4 - Desarrollar programas de "Educación para la salud" con objetivos, metodología de aplicación y evaluación bien definidos y concretos, aplicables con criterio regional.

C.5 - Mejorar la accesibilidad del niño al Sistema de Salud para lograr mayor cobertura.

C.6 - Estructurar una atención pediátrica primaria de alta calidad y baja complejidad actuando con criterio regional, siguiendo normas centralizadas pero con ejecución descentralizada.

BIBLIOGRAFIA

¹ O'Donnell A. y col.: Alimentación en las diarreas agudas infantiles. *Pediatría Panamericana*. 1973, 2:2, 119.

² Menchaca F: Aspectos económicos, socioculturales y sanitarios de la diarrea aguda del niño. *Ped.Panam.* 1973, 2:2, 193.

³ Sonis Abraham: Salud, medicina y desarrollo económico-social. Eudeba, mayo de 1975, Nº 55.

⁴ Rezzonico CA y col.: Nutrición, crecimiento y desarrollo. *Arch.Arg. de Pediat.* 1978, 1: 32.

⁵ Lejarraga H: Factores socio-económicos y culturales y crecimiento y desarrollo. *Arch. Arg. de Pediat.* 1978, 1:33.

⁶ Albores JM y col.: Desnutrición infantil: enigma para pediatras. *Médico Moderno*. 1977.

⁷ Sánchez Villares E: Malnutrición infantil. *Medicine*, 1980, 27:1984.

⁸ Hendrickse RG: Círculo vicioso desnutrición-infección. *Rev.Arg. de Ped.* 1976. 2:2, 42.

⁹ Fomon SJ: Nutrición infantil. Primera edic. 1976.

¹⁰ Nutrición en Pediatría. *Clin.Ped.* de N.A. Feb. 1977.

¹¹ Recuperación nutricional en programas de atención primaria de salud rural. Prov. de Salta. M.B.S. Secr. de Salud Pública.1980.

¹² Gleich S, Cendra J y col.: **Evaluación del desnutrido hospitalario.** 3era. Jor. Ped. del Hosp. Gandulfo. Dic. 1978.

¹³ Anzorena O y col.: **Aspectos actuales de la problemática de la desnutrición a nivel institucional.** Jor. Arg. de Ped. Tucumán. 1980.

¹⁴ Gleich S, Cendra J y col.: **Desnutrición de alto riesgo.** Jor. Arg. de Ped. Mendoza. 1977.

¹⁵ Gleich S, Cendra J y col.: **Prevención de la desnutrición.** Jor. de Ped. Lomas de Zamora. 1981.

El presente resumen publicado en la página 92 del Tomo "Abstracts of Free Papers and Posters" de las Actas del XVI Congreso Internacional de Pediatría de Barcelona, España, 1980, fué omitido involuntariamente en el N° 1/2/1981, Vol. LXXIX de Archivos Argentinos de Pediatría.

OSMOLARIDAD EN LA DESHIDRATACION AGUDA DEL LACTANTE. Jorge Morano*, Horacio Sastre, Olga Albera, Carlos Formoso, Luis Armendáriz. Cátedra de Pediatría—Universidad Nacional de La Plata. Argentina.

El objetivo fundamental de esta investigación clínica fue aportar nuestra experiencia sobre las desviaciones de la natremia en la deshidratación aguda del lactante eutrófico y desnutrido, así como la osmolaridad en dichos grupos y fundamentalmente evaluar la correlación entre la clínica y el laboratorio. Para ello determinamos natremiaglucemia y uremia al ingreso, a 170 lactantes internados en Sala 1a. del Hospital de Niños de la Plata, sin hidratación parenteral previa. La osmolaridad fue establecida según: $\text{natremia} \times 2 + 15 + \text{osmolaridad de la urea} + \text{osmolaridad de la glucosa}$.

El material fue analizado a los fines de evaluar: 1. Natremia en el eutrófico. 2. Natremia en el desnutrido. 3. Osmolaridad en ambos grupos. 4. Comportamiento de la glucemia y uremia en la deshidratación aguda. 5. Correlación entre natremia y osmolaridad. 6. Correlación entre el laboratorio y la clínica en los desequilibrios de la osmolaridad.

La hiponatremia fue francamente predominante tanto en el eutrófico como en el desnutrido pero más manifiestamente en éste último. Comprobamos una clara relación entre hiponatremia y abundante aporte oral de soluciones hipotónicas. La normonatremia siguió en frecuencia en ambos grupos siendo las hipernatremias las menos observadas.

Al estudiar la osmolaridad pusimos en evidencia la decisiva influencia de la natremia en la misma, ya que también las deshidrataciones hipotónicas fueron significativamente más frecuentes en ambos grupos, siguiéndole en orden las isotónicas e hipertónicas. Al evaluar los guarismos hallados en la natremia y osmolaridad, y su relación con el nivel de la glucemia y/o uremia, confirmamos que estas últimas influyeron en la osmolaridad cuando se presentaron muy elevadas. En la correlación entre la clínica y el laboratorio, comprobamos en las deshidrataciones clínicamente diagnosticadas como hipotónicas, isohipotónicas e isotónicas, una no despreciable incidencia de hiper-osmolaridad a través del laboratorio, lo que nos deberá alertar sobre la posibilidad de excedernos en el aporte de sodio en la reposición hidroelectrolítica, iatrogenia de graves implicancias.

ESTUDIOS BACTERIOLOGICOS Y CITOLOGICOS EN LA OTITIS MEDIA AGUDA DE LA PRIMERA INFANCIA

Dres. V. Padula
María J. Saráchaga
Silvia Brea
S. Paysée
Graciela Méndez
A. Iturralde

W. Hernández
Marta Martinotti
G. Mendoza
Daniel Fonseca
J. Vivas Capdeville
D. Pieri

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo para comprobar la etiología bacteriana de la otitis media aguda supurada. Se realizaron 79 punciones transtimpánicas en 100 lactantes comprendidos en edades de 1 mes a 12 meses, con síntomas sospechosos de otitis media, hospitalizados y/o ambulatorios. Dicho estudio se llevó a cabo desde el 1-9-80 hasta el 31-3-81. Los pacientes presentaron otalgia o, en su ausencia, tímpanos alterados en la otoscopia, hecho que justificó la punción exploradora. La punción transtimpánica se realizó bajo microscopio binocular y se aspiró con jeringa descartable. Previamente se desinfectó el conducto auditivo externo con alcohol etílico a 70% durante 1 minuto. En 38 de las 79 aspiraciones del oído medio se obtuvieron cultivos bacterianos positivos. Las bacterias halladas fueron: *Haemophilus influenzae* (14 casos), *Streptococcus pneumoniae* (12 casos), *Streptococcus pyogenes* (2 casos). Cultivos mixtos de *H. influenzae* y *S. pneumoniae* (4 casos) y *H. influenzae* y *Neisseria sp.* (1 caso). En dos observaciones se obtuvo cultivo polimicrobiano constituido por *H. influenzae*, *S. pneumoniae* y *Escherichia coli* se observó en 1 paciente.

En 2 casos se aislaron separadamente *Moraxella* y *Neisseria sp.*, respectivamente. En 8 casos en que el cultivo fue negativo, el examen directo había mostrado bacterias. En 33 casos el examen directo y el cultivo fueron negativos. En ningún paciente estudiado se aislaron gérmenes anaerobios.

Los estudios citológicos del material aspirado de 36 pacientes mostraron piocitos y/o leucocitos polimorfonucleares en 32 de ellos. En este grupo, los hallazgos bacteriológicos fueron positivos (cultivo o examen directo) $p < 0,05$. En 1 caso se observaron piocitos a pesar de ser estéril el material extraído del oído medio. La mayoría de estos hallazgos bacteriológicos (61 casos) ocurrieron en pacientes cuyos tímpanos presentaban alteraciones leves: hiperemia o disminución del brillo luminoso. En relación con la postura en que se colocaba al lactante luego de ser alimentado, se obtuvieron 32 cultivos positivos en la postura de "riesgo" (decúbito dorsal o lateral) y 14 cultivos positivos en los que se colocaban en la postura de "seguridad" (decúbito ventral o semisentado). Simultáneamente a la punción transtimpánica se practicó una toma bacteriológica del cavum, con hisopo curvo. Se encontró coincidencia estadísticamente significativa de ger-

* Trabajo realizado en la Cátedra de Pediatría del Hospital Dr. Pedro Visca, Prof. Dr. D. Fonseca, y Clínica Otorrinolaringológica del Hospital Dr. P. Visca, Dr. G. Mendoza.

men del cavum, con el aislado en el oído medio, en 65,8% de los casos. ($p < 0,05$).

SUMMARY

A prospective study was carried out to demonstrate the etiology of the purulent otitis media. Seventy nine transtympanic punctures were performed in 100 children between 1 and 12 months of age with symptoms suspicious of otitis media. The group included inpatients and outpatients seen between 1-9-80 and 31-3-81, who had otalgia or pathologic tympanic membrane at the moment of otoscopy, symptoms that indicate performance of the puncture, that was done under visualization by a $\times 6$ binocular microscope; aspirating into a disposable syringe. Material for culture and cytology was obtained from it. The external auditory channel was cultured and then disinfected with 70% ethyl alcohol during one minute, prior to the puncture.

In 38 patients positive bacterial cultures were obtained. The bacteria were identified as: *Haemophilus influenzae*: 14; *Streptococcus pneumoniae*: 12; *Streptococcus pyogenes*: 2. Mixed cultures of *H. influenzae* and *S. pneumoniae*: 4 cases; and *H. influenzae* and *Neisseria sp.* in one other case. In two cases the culture contained *S. pneumoniae*, *H. influenzae* and *Neisseria sp.* The association of *S. pneumoniae* and *E. coli* was observed in one patient. In only one case were *Moraxella* and *Neisseria sp.* obtained separately.

In 33 cases the direct examination and the culture were negative. In no cases were anaerobic bacteria isolate.

The cytology of the aspirate of 36 patients showed pyocytes and/or polymorphonuclear cells in 32, in which bacteria had been observed at the direct examination, or in which the cultures had been positive. ($p < 0,05$). In one case pyocytes were observed despite the fact that the culture was negative.

The majority of these positive middle ear findings (61 cases) occurred in patients whose tympanic membrane presented alterations: hiperemia or diminished brightness, although minor ones.

In relation with the position in which the children were left after being fed, 32 positive cultures were obtained in the "high risk" position (supine or lateral position) and 14 positive cultures were obtained in those which were left in the "safe" position (prone position or seated).

A bacteriologic sample was taken from the cavum with a curved swab at the time the transtympanic tap was performed. The same bacteria was isolated from both sites in 65,8% of the cases. ($p < 0,05$).

INTRODUCCION

La otitis media aguda (MA) supurada es un tema de preocupación constante en la práctica pediátrica general y en la consulta otorrinolaringológica, dada su enorme frecuencia como afección única o asociada a otras patologías y en muchas ocasiones con manifestaciones clínicas poco ostensibles.

La vigencia del tema a nivel nacional e internacional la demuestran las publicaciones recientes de Simmons¹, Paradise¹⁷, y otros tendientes a esclarecer los agentes etiológicos (bacterianos, virales y/o micóticos) implicados en la OMA.

La bibliografía nacional sobre el problema es escasa. Se inició con Burghi³ y Oreggia¹⁵ en el año 1929. Posteriormente Munyo y Saldún de Rodríguez¹² realizaron investigaciones clínico-terapéuticas y más recientemente Luciani¹⁰ realizó un trabajo prospectivo, tendiente a comprobar la correlación clínico-etiológica en la otitis medias agudas en los lactantes.

Por la importancia y frecuencia de esta patología en la población de nuestro país, por las complicaciones que de ella pueden derivarse (antritis, meningitis) y por las repercusiones frecuentes que ella produce en el estado nutricional de los lactantes, decidimos realizar un estudio prospectivo orientado a comprobar la etiología bacteriana prevalente en la OMA en una población hospitalaria en el Uruguay.

Los autores consultados coinciden en que los agentes bacterianos patógenos más frecuentemente aislados en materiales extraídos del oído medio son el *Streptococcus pneumoniae*, el *Haemophilus influenzae* y menos frecuentemente el *Streptococcus pyogenes*. Especial énfasis se puso también en la identificación de gérmenes anaerobios y su posible rol como agentes etiológicos en las otitis medias agudas supuradas.

Material y método

Se estudiaron 79 pacientes: 65 internados en sala general del Servicio de Pediatría y 14 ambulatorios, cuyas edades estaban comprendidas entre 1 y 12 meses, con media de 5 meses; 76 de ellos de raza blanca, 41 eran

varones y 38 mujeres. Este estudio se realizó entre setiembre de 1980 y marzo de 1981. Todos presentaban otalgia provocada o, sin tenerla, exhibían tímpanos alterados en la otoscopia convencional.

En todos los niños estudiados la indicación de la paracentesis transtimpánica se hizo por la existencia de un tímpano alterado en su relieve o en su color. La OMA se definió como la afectación del oído medio sospechada clínicamente y confirmada por la punción⁷. Estos pacientes no tenían antecedentes de punciones transtimpánicas previas, ni perforación espontánea del tímpano y no habían sido antrotomizados. Los pacientes se estudiaron independientemente de la existencia de cualquier enfermedad concomitante. No podemos descartar en forma absoluta la ausencia de tratamientos antibióticos en los días previos, sobre todo en los pacientes ambulatorios.

La otalgia se definió como el dolor provocado por la compresión suave del trago y manifestado por llanto agudo.

Se estudiaron lactantes eutróficos y distróficos, siendo este último estado definido por el déficit del peso corporal comparado con el correspondiente para la edad. Distrofia de 1° grado, si la pérdida de peso era menor del 25% ; de 2° grado si ésta era del 25-50% , y de 3° grado si era mayor del 50%¹⁶.

El aspecto del tímpano se clasificó en: "normal", "congestivo" cuando presentaba signos de hiperemia o alteraciones del brillo luminoso y "procidente" cuando el contenido del oído medio provocaba alteraciones del relieve de la membrana timpánica ofreciendo en la otoscopia un aspecto convexo.

La recolección del material del oído medio se realizó con aguja esterilizada de extremidad roma, calibre 22, de 10 cm de longitud, perfectamente adaptada a una jeringa descartable. Previamente se procedió a la extracción de cerumen del conducto auditivo externo con cureta roma y se hicieron tomas bacteriológicas antes y después de la desinfección del mismo. Esta se realizó con alcohol etílico al 70%²³, que se dejó actuar durante un minuto, al cabo del cual se absorbió con hisopo esterilizado. La paracentesis transtimpánica se realizó bajo microscopio binocular (Carl ZEISS) a 6 aumentos. Se dirigió la extremidad de la aguja hacia el cuadrante pósteroinferior a través de espéculo óptico esterilizado.

En todos los casos se hicieron simultáneamente tomas bacteriológicas de la rinofaringe a través de la cavidad oral, con hisopo curvo.

El material extraído del oído medio o del conducto auditivo externo, se procesó de la siguiente forma:^{5 6 9 11 20 22}

1) Extendido para coloración de Gram.

2) Cultivos: en agar-sangre (para aerobios y anaerobios), en agar-chocolate; en caldo cerebro-corazón y en tioglicolato y agar de Mac Conkey. Los cultivos para gérmenes aerobios se leyeron a las 24 hs. y los que fueron estériles se incubaron durante otras 24 hs. Los cultivos para anaerobios se incubaron durante 48 hs. en jarra para anaerobios (Gas Pack System). Esto último no se realizó para los exudados del cavum.

3) De los cultivos desarrollados se hicieron extendidos para coloración de Gram con el fin de estudiar la morfología y propiedades tintoriales de los gérmenes.

4) Según el número de colonias se hicieron subcultivos para estudios de propiedades del germen en cuestión, para su identificación y para el estudio de su sensibilidad antibiótica.

5) Para los gérmenes aerobios y de crecimiento rápido se hizo estudio de sensibilidad antibiótica por el método de Kirby-Bauer, en agar de Mueller Hinton. En los casos en que se aisló *S. pneumoniae* o *S. pyogenes*, se hizo el antibiograma en medio de Mueller Hinton al que se agregó 5% de sangre y para los casos en que el germen en cuestión fue *H. influenzae* se utilizó agar-chocolate usando como base el mismo medio.

En los casos en que el material extraído de la punción transtimpánica fue suficiente, se realizó un extendido en lámina y se coloreó con May Grunwald-Giemsa, para estudio citológico.

En todos los pacientes punzados se realizó antibioticoterapia con ampicilina I/M o V/D, o sulfixosazol-trimetoprima V/D. Dicho programa se modificó cuando fue necesario según el resultado del cultivo y la sensibilidad antibiótica. Se mantuvo el tratamiento antibiótico por un plazo no menor de diez días, excepto en aquellos pacientes en los que los cultivos del oído medio fueron estériles.

Se aplicaron tests estadísticos para variables no paramétricas (chi cuadrado y test de Fisher), adoptando un nivel de significación de $\alpha = 0,05$.

Resultados

El estudio se inició con el examen otoscópico de 100 lactantes con otalgia, de los que fueron excluidos 8 por presentar examen otoscópico normal, 4 porque habían sido punzados sus tímpanos previamente y 9 porque presentaban el mismo germen en material extraído del oído medio y en el conducto auditivo externo. De tal forma la muestra definitiva a la que se refieren los resultados quedó constituida por 79 pacientes, con otalgia y/o tímpano modificado a la otoscopia y a los que se les practicó punción transtimpánica.

1) Bacteriología del conducto auditivo externo (CAE)

En todos los casos estudiados se investigó la flora bacteriana del CAE por dos razones:

a) Tener la certeza de que el germen aislado en el oído medio no se encontraba previamente en el CAE. No se tomaron en cuenta los pacientes que presentaban el mismo germen en ambos sectores.

b) Como control del método utilizado pa-

ra esterilizar el CAE comparando con una toma bacteriológica posterior a la esterilización. La desinfección del CAE con alcohol etílico al 70% fue efectiva en 48 pacientes, fue inefectiva en 9 pacientes y no pudo probarse su efectividad en 22 casos, en los cuales la toma bacteriológica previa a la desinfección era estéril.

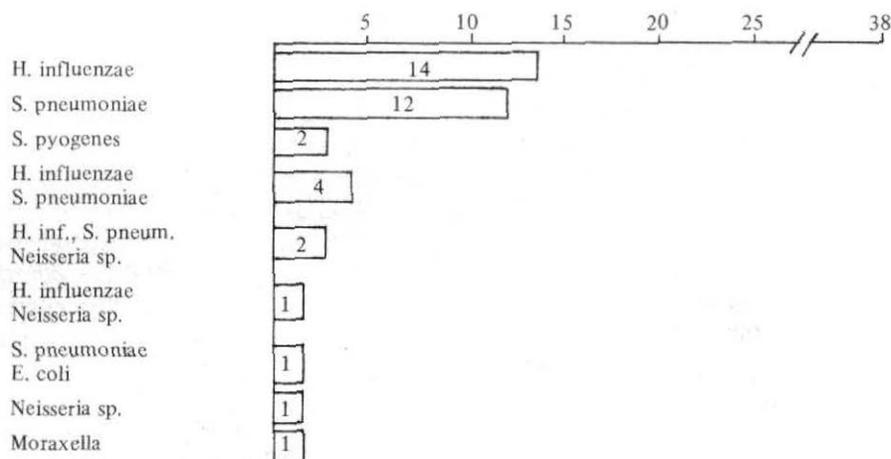
El germen más frecuentemente aislado del CAE fue *Stafilococcus epidermidis* (51,9%). También se aisló *Stafilococcus aureus* (12,6%) y *Corynebacterium* (6,3%). En el 29,2% no se aislaron gérmenes.

2) Bacteriología del oído medio

En 38 casos de los 79 punzados se obtuvieron cultivos bacterianos positivos y 33 casos no desarrollaron gérmenes. En 8 casos se observaron bacterias en el examen directo, pero los cultivos resultaron estériles.

Se aisló *Haemophilus influenzae* en 14 pacientes (36,8%), *Streptococcus pneumoniae* en 12 pacientes (31,6%) y *Streptococcus pyogenes* en 2 (5,2%) de los casos (fig. 1).

Fig. 1. Gérmenes hallados en cultivos positivos transtimpánicos (38 casos)



Las asociaciones de gérmenes encontradas fueron: *H. influenzae* y *S. pneumoniae* en 4 casos (10,5%); *H. influenzae*, *S. pneumoniae* y *Neisseria sp.* en 2 observaciones.

En un solo paciente se presentó la asociación de *H. influenzae* con *Neisseria sp.* y en otro la de *S. pneumoniae* y *E. coli*.

Cultivos puros de *Neisseria sp.* y de *Moraxella sp.* se observaron separadamente en un solo caso.

Siete casos de los 30 internados con cultivo positivo presentaron asociación bacteriana y sólo un caso de los 8 ambulatorios.

De todas las tomas bacteriológicas del oído medio se realizaron estudios para anaerobios utilizando el sistema Gas Pack y caldo tioglicolato, no desarrollando ningún germen anaerobio estricto.

Los hallazgos bacteriológicos positivos ocurrieron con mayor frecuencia en los pacientes con otalgia. Se observó una relación directa entre las alteraciones timpánicas y la bacteriología positiva (fig. 2).

3) Bacteriología del cavum

Se aisló el mismo germen patógeno (*S. pneumoniae*, *H. influenzae* o *S. pyoge-*

Fig. 2. Relaciones entre: otalgia, otoscopia y hallazgo bacteriológico

		Otalgia	Nº	RESULTADOS BACTERIOLÓGICOS			
				Cultivo (+)	Directo (+) Cultivo (-)	Directo (+) Cultivo (+)	Directo (-) Cultivo (-)
O T O S C O P I A	Congestión	Sí	54	1	7	24	22
		No	7	0	1	1	5
	Procidencia	Sí	2	0	0	1	1
		No	0	0	0	0	0
Congestión y procidencia	Sí	16	0	0	12	4	
	No	0	0	0	0	0	

(+) Positivo
(-) Negativo

nes) simultáneamente en el cavum y en el oído medio en 25 casos (65,8%), asociación estadísticamente significativa. ($p < 0,05$).

En cuatro casos se obtuvieron distintos patógenos en ambas localizaciones, mientras que en 9 casos que cultivaron gérmenes patógenos en oído medio, la toma bacteriológica del cavum fue estéril o contaminada con flora orofaríngea (fig. 3).

4) Citología del oído medio

El estudio citológico del material aspirado se realizó en 36 pacientes, comprobándose citología sugestiva de infección bacteriana en 33 pacientes (fig. 4). Se comprobó asociación significativa de bacteriología positiva en el oído medio, con picocitos y/o leucocitos polimorfonucleares en 32 de ellos. ($p < 0,05$).

Fig. 3. Comparación entre hallazgos bacteriológicos (cultivos positivos) en oído medio y cavum, en 38 niños con otitis aguda

Bacteriología en cavum y oído medio (Cultivos positivos)	Nº de casos	%
Igual germen	25	65,8
Distinto germen	4	10,5
Cavum estéril o con flora banal de orofaringe	9	25,3

$p < 0,05$

Se consideraron citológicamente positivos aquellos extendidos que presentaban polimorfonucleares y/o picocitos. Dichas células mostraron en todos los casos un neto predominio sobre los linfocitos.

De 4 pacientes con bacteriología negativa, un caso mostró picocitos y en los otros tres, el estudio citológico fue negativo (fig. 4).

Discusión

Los gérmenes hallados en las aspiraciones del material del oído medio, H. influenzae

36,8%, S. pneumoniae 31,6% y S. pyogenes 5,2%, evidencian una flora de patógenos de las vías respiratorias. Otros autores encontraron estos gérmenes, pero ninguno reportó predominio de H. influenzae en lactantes ^{7 21}.

Schwartz ¹⁸ refiere una alta incidencia de H. influenzae (36%) en niños de 5-9 años, sin embargo una casuística sueca de Herberts y colaboradores citada por Paradise ¹⁷, manifestaba al H. influenzae como el agente patógeno más frecuente en los pacientes de todas las edades.

Fig. 4. Asociación entre cultivos bacterianos positivos y citología en otitis media aguda

	<i>Bacteriología positiva</i>	<i>Bacteriología negativa</i>	
CITOLOGIA POSITIVA	32	1	33
CITOLOGIA NEGATIVA	0	3	3
TOTAL	32	4	36

p < 0,05

Creemos que la alta incidencia de este germen en nuestra serie se debe a que durante el período en el que se realizó este estudio había una prevalencia de este microorganismo como causante de la mayoría de las afecciones.

La *Neisseria* sp. sería, al igual que para otros autores^{4 21}, un patógeno potencial, porque se aísla en ocasiones en cultivos puros pero más frecuentemente con otros patógenos y nunca se aisló en conducto auditivo externo.

El germen causante de la OMA supurada, en el 65,8% de los casos es el mismo hallado mediante la toma bacteriológica en la rinofaringe con hisopo curvo a través de la cavidad oral. Otros autores hallaron en 72% de los casos el mismo germen en ambas localizaciones¹⁹. Esto provee al pediatra de un nuevo procedimiento de investigación bacteriológica que permitiría identificar el germen causante de la OMA sin realizar punción timpánica, reservando ésta para aquellos casos que no respondieran al tratamiento instituido. Otros autores¹ realizan punción cuando hay evidencia de fracaso del tratamiento antibiótico.

La otalgia provocada es signo indicador tanto de OMA supurada como de OMA no supurada. Ante la comprobación de otalgia es obligatorio el estudio otoscópico. La presencia de alteraciones timpánicas de tipo congestivo y/o prociencia permite afirmar que la otalgia representa un signo valioso de infección ótica bacteriana (fig. 2).

Un alto porcentaje de las otitis medias agudas supuradas ocurrieron en pacientes portadores de tímpanos congestivos (43%), lo que habla de la importancia de este signo físico como indicador de un correcto tratamiento antimicrobiano precoz. (fig. 2).

La coexistencia de estudios bacteriológicos positivos en oído medio con citología predominante de leucocitos polimorfonucleares es una asociación significativa y su utilidad residiría en la exclusión de una etiología viral o micótica cuando los cultivos son negativos.

En el grupo de pacientes eutróficos, 60,6% presentaron bacteriología positiva. Los distróficos la presentaron en 56,5%. Se pudo establecer que la mayoría de los lactantes distróficos se encontraban internados por patología infecciosa grave y recibían ya tratamiento antibiótico vía parenteral desde uno a cinco días previos a la punción timpánica, hecho que pudo haber disminuido o atenuado el crecimiento de la flora patógena del oído medio.

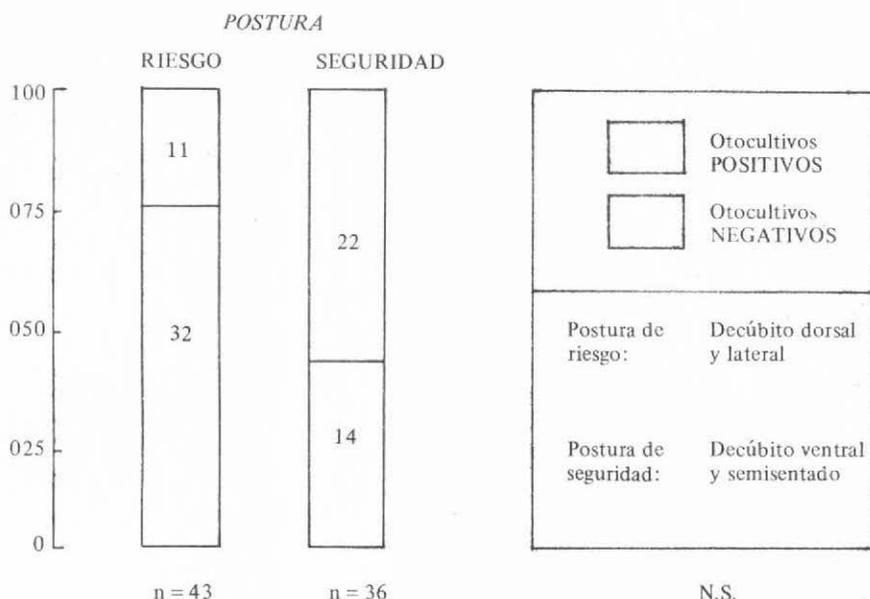
La mayor incidencia de OMA supurada en los alimentados con leche de vaca y/o leches modificadas (65,7%) se debe a que la población estudiada, sobre todo la hospitalizada, recibía una alimentación artificial o mixta en un 90%. Se piensa que la leche humana tendría factores protectores y la leche de vaca factores favorecedores de la otitis crónica del lactante^{17a}. Otros factores, principalmente la edad y los derivados de la baja condición socioeconómica, podrían estar involucrados en la mayor incidencia de la OMA en los niños que han recibido menos alimentación natural¹⁷. Cunningham, al que hace referencia Paradise¹⁷, no ha encontrado diferencias estadísticamente significativas.

Quizá sea más importante la posición postprandial como mecanismo favorecedor de OMA supurada. La postura de "riesgo" (decúbito dorsal o lateral) parecería volver más susceptible al sistema trompa de Eustaquio-oído medio a la invasión por secrecio-

nes y/o bacterias patógenas desde la rinofaringe ¹⁷. En nuestro estudio, sin embargo, aunque la incidencia de OMA supurada fue mayor en aquellos niños que adoptaban la

postura de "riesgo" frente a los que adoptaban la postura de "seguridad" (decúbito ventral o semisentado), la diferencia no fue significativa. (fig. 5).

Fig. 5. Relación entre postura postprandial y los hallazgos bacteriológicos transtimpánicos



BIBLIOGRAFIA

- Berman, SA, Balkany, TJ, Simmons, MA.: Otitis media in infants less than 12 weeks of age. Differing bacteriology among in-patients and out-patients, *J. Ped.* 1978, 93: 453.
- Bonaba, J, Nogués, A: Cuadro toxiinfeccioso grave en una otitis clínicamente latente en una niña de 4 años. Supuración espontánea de ambos oídos. *Arch. Pediat.* 1931, 2 (7):341:3.
- Burghi, SE.: Consideraciones sobre la etiología de un caso de otitis media latente con dispepsia secundaria y acidosis. *Bol.Soc.Pediat.* 1929, 3:321-9.
- Coffey, JD.Jr.: Otitis media in the practice of pediatric: Bacteriological and clinical observations. *Pediatrics* 1966, 30:25.
- Finogold, SM; Sutter VL, Rosenblatt, JE.: Isolation of anaerobic bacteria (365-75). In, EH; Lennette, EH; Sapulding and JP Truant (Eds.) Manual of clinical microbiology, 2a. Ed. American society for microbiology, Washington, 1974.
- Howard, JE; Nelson JD, Clahsen, J; Jackson, LH: Otitis media of infancy and early childhood. *Am.J.Dis.Child.* 1976, 130:965-70.
- Howie, VM, Ploussard, JH, Lester Jr.RL, : Otitis media: Clinical and Bacteriological correlation. *Pediatrics*, 1970, 45:29.
- Isemberg, HD; Washington, JA; Balows, A; Sonnerwirth, AC: Collection, islanding and processing of specimens (59-87). In EH Lennette, E.H. Sapulding and J.F. Truant (Eds.) Manual of clinical microbiology, 2da. Ed. American society for microbiology. Washington. 1974.
- Isemberg, HD; Painter, BG: Indigenous and pathogenic microorganisms of man (15-58). In E.H. Lennette, E.H. Sapulding, and J.P. Truant (Eds.) Manual of clinical microbiology, 2da. ed. American society for microbiology. Washington, 1974.
- Luciani-Pérez, S, Fazio, S, Portillo, JM: Correlación clínico-etiológica de las otitis supuradas del lactante. *Arch. Pediat. Urug.* 1972, 43 (4-6):224-37.
- Matsen, JM, Barry, AL: Susceptibility testing: Diffusion test procedures (418-26). In E.H. Lennette; E.H. Sapulding and J.P. Truant (Eds.) Manual of clinical microbiology. 2da. Ed. American society for microbiology. Washington. 1974.
- Munyo, JC, Saldún de Rodríguez, ML: Consideraciones sobre la Sulfamidoterapia en las otitis del lactante. *Arch.Pediat. Urug.* 1974 15 (9): 500-8.
- Nelson, JD.: El oído. 918-22. En: Nelson, Vaughan, Mc Kay: Tratado de Pediatría, 6a. ed. Salvat Edit. México S.A. México, 1977.
- Oreggia, F.: Otitis secretoria. *Arch.Pediat. Urug.* 1971, 42 (1): 23-30.
- Oreggia, JC: La otitis del lactante. Su otología. *Bol. Soc. Pediat.* 1929, 8:148.
- Paillabel, D: Pesos y tallas de niños de 0-7 años. *Arch. Pediat. Urug.* 1965, 8:511.
- Paradise, JL: Otitis Media in Infants and Children. *Pediatrics*, 1980, 65 (5):917-43.
- ¹⁷ a Herberts, G, Jeppsson, PH; Nylén, C.: Acute otitis media: Etiological and therapeutical aspects of acute otitis media. *Pract. Otol. Rhinol. Laryngol.* 1971 33: 191-202.
- ¹⁸ Schwartz, R.; Rodríguez, W; Khan, W; Ross, S.: Acute purulent otitis media in children older than 5 years. *Inci-*

dence of *Haemophilus* as a causative organism. J.A.M.A. 1977, 238:1032-33.

¹⁹ Schwartz, R, Rodriguez, W, Mann, R, Khan, W, Ross S.: Nasopharyngeal culture in acute otitis media: A reappraisal of its usefulness. Year Book of Pediatrics. 1981. 146-7.

²⁰ Sherris, J.C.: Introduction to Laboratory tests in chemotherapy (407-9). In E.H. Lennette, E.H. Spaulding and J.P. Truant (Eds): Manual of clinical microbiology, 2da. Ed. American society for microbiology. Washington, 1974.

²¹ Shurin, PA, Howie, VM, Palton, SI, Ploussard, JH, Klein, JC: Bacterial etiology of otitis media during the first six weeks of life. *Pediatr.*, 1978, 92: 893.

²² Sutter, VL; Vergo, VL; Finegold, SM: *Manual de bacteriología anaeróbica*. Ed. Med. Panamericana, Buenos Aires, 1976.

²³ Wolin, MJ: Physical Agents, Bactericidal substances (Desinfectants) and Chemotherapeutic drugs. Burrows textbook of microbiology. W.B. Saunders company, Philadelphia, 121-155, 1979.

Soy digno de que me amen
Importo y tengo valor porque existo
y
Soy valioso
Puedo manejarme a mí mismo y manejar
lo que me rodea, con eficiencia. Sé que tengo
algo que ofrecer a los demás
Dorothy Corkille Briggs

COMPARACION DEL TEST DE LA STREPTOZIMA CON EL TEST DE LA ANTIESTREPTOLISINA O EN ENFERMEDADES POSTESTREPTOCOCICAS

Dras. Olga Pis Diez*
María E. Castuma**
Mabel Passiuco ***
María B. del Buono****
Nélida Estelrich *****

RESUMEN

Se comparó el test de la Streptozima (STZ) con el de antiestreptolisina O (ASO) en 109 niños con fiebre reumática aguda (FRA) y glomerulonefritis aguda (GNA). Se encontró que el 69% de los casos de FRA con ASO normal presentó STZ elevada, lo que puede indicar precocidad del test de la Streptozima para detectar anticuerpos o incapacidad de la cepa infectante para producir estreptolisina O.

Los tests de STZ normales coincidieron con ASO normales. El 54% de los casos de GNA con ASO normal presentó STZ elevada.

Los títulos de ASO fueron elevados sólo en el 50% del total de los casos, mientras que los de STZ fueron elevados en el 82%, indicando la utilidad de realizar ambos tests simultáneamente.

SUMMARY

The Streptozyme test (STZ) was compared with the antistreptolysin O (ASO) test. One hundred and nine acute rheumatic fever and acute glomerulonephritis children serum specimens were tested by each of the two tests.

It was found an elevation of the STZ titer in 69% of rheumatic fever childrens and 54% of glomerulonephritis children with normal ASO titer. Agreement was good between normal ASO and normal STZ titers.

The fact that Streptozyme test was designed to detect multiple antibodies to group A hemolytic streptococcus and requires only a few minutes to complete, makes it particularly useful for laboratories to rely simultaneously with ASO test for serological evidence of a streptococcal infection.

La variabilidad de la respuesta inmune a los diferentes antígenos extracelulares del estreptococo β hemolítico grupo A, hizo surgir la necesidad de un test simple que detectara simultáneamente todos los anticuerpos contra esos antígenos. Corrientemente, la mayoría de los laboratorios de diagnóstico clínico realizan un único test que detecta solamente anticuerpos antiestreptocócicos contra la estreptolisina O (ASO). Sin embargo, Stollerman y col. encontraron que aproximadamente el 20% de los pacientes con fiebre reumática aguda (FRA) presentaron títulos normales de ASO⁸. Además, se ha demostrado que en infecciones cutáneas es

Trabajo realizado por el Servicio de Cardiología y Laboratorio (Sección Serología e Inmunología) del Hospital de Niños, Interzonal de Agudos, "Superiora Sor María Ludovica" de La Plata.

* Jefe del Servicio de Cardiología. ** Jefe del Laboratorio Central. *** Bioquímica **** Bioquímica ***** Pedia-
tra del Servicio de Cardiología.

*** Calle 68 N° 675 - 1900 - LA PLATA

treptocólicas y en las glomerulonefritis posteriores a éstas, la respuesta de anticuerpos para la estreptolisina O es débil^{1 2}. Esto se debería a que los lípidos cutáneos disminuirían la acción antigénica de la estreptolisina O^{3 9} o a las características propias de la cepa que causa infecciones de la piel (Pyoderma strains). Estos problemas podrían superarse midiendo en el suero, además de ASO, anticuerpos contra las otras exoenzimas del estreptococo grupo A.

Existen métodos para detectar individualmente anticuerpos contra estreptoquinasa (SK), hialuronidasa (H), nicotinamida adenín dinucleotidasa (NADasa) y desoxirribonucleotidasa (DNAasa). Sin embargo, la aplicación de una batería de estos tests no resulta sencilla debido a que no existen reactivos comerciales disponibles para algunos de ellos, su metodología resulta dificultosa, consume tiempo y su costo es elevado.

El test de la Streptozima (Wampole Lab.) detecta simultáneamente anticuerpos contra cinco exoenzimas (ASO, ASK, AH, ANADasa y ADNasa B). Es una prueba de hemaglutinación en placa que emplea eritrocitos de carnero recubiertos con productos extracelulares extraídos del sobrenadante de cultivos del estreptococo grupo A.

Se han realizado estudios para comparar los resultados del test de la Streptozima (STZ) con los obtenidos por los métodos que detectan anticuerpos contra cada una de las exoenzimas individualmente. Klein y col.⁵ compararon el test de la STZ con las determinaciones de ASO, ANAasa y AH en 127 sueros encontrando que el test de la STZ detecta un mayor número de casos positivos que cualquiera de los otros tests tomados aisladamente. Sin embargo no es tan efectivo como la combinación de los tres tests (AH, ASO y ADNasa B).

Bergner-Rabinowitz y col.⁶ realizaron estudios que sugieren una elevación precoz del título de STZ con relación al título de ASO en pacientes con faringitis. Kaplan y Wannamaker⁴ investigaron en conejos la dinámica de la respuesta inmune a los antígenos extracelulares estreptocócicos con el test de la STZ, ASO, ANADasa y ADNasa y encontraron que la curva descrita por los títulos de STZ presenta un pico precoz, no observado en las otras técnicas, y luego una elevación gradual. Demostraron, además, que los anticuerpos responsables del pico son de naturaleza IgM y los de la elevación gradual IgG.

En el presente trabajo, realizado en el

TABLA I. Comparación del test de la STZ con el test de la ASO en pacientes con fiebre reumática aguda y glomerulonefritis

FIEBRE REUMÁTICA (n = 75)					GLOMERULONEFRITIS (n = 34)				
Nº de casos	ASO	STZ	Nº de casos	%	Nº de casos	ASO	STZ	Nº de casos	%
32	100- 333	< 100	3	9	22	100-333	< 100	2	9
		100	7	22			100	8	37
		200-400	18	57			300-400	6	27
		500-600	2	6			500-600	6	27
		700-800	2	6					
31	500- 833	200-300	6	19	12	500-833	300	4	33,3
		600	5	16			500	4	33,3
		700-800	20	65					
12	1250-2500	200-300	3	25			700-800	4	33,3
		800	9	75					

(n = número total de casos).

recubiertos con productos extracelulares obtenidos del sobrenadante de cultivos del estreptococo grupo A por precipitación con sulfato de amonio al 60% de saturación. La reacción se realizó sobre sueros frescos o que fueron mantenidos congelados hasta el momento de la determinación. Se realizaron diluciones 1/100, 1/200, 1/300, 1/400, 1/500, 1/600, 1/700 y 1/800 con solución fisiológica (CINa 8,5 g/l). Sobre una placa de vidrio se mezcló una gota de suero diluido con una gota de igual volumen del reactivo. El resultado se observó al cabo de 2 minutos, tomándose como título la inversa de la mayor dilución del suero que produjo una aglutinación comparable con la del suero control positivo, provisto por el equipo.

Los títulos de antiestreptolisina O se determinaron por la técnica de Rants y Randall⁷. Esta técnica se basa en la medida de la inhibición de la acción de la estreptolisina O sobre los glóbulos rojos por anticuerpos presentes en el suero. Se realizaron diluciones del suero 1/100, 1/166, 1/250, 1/333, 1/500, 1/625, 1/833, 1/1250 y 1/2500. El título se expresó en unidades Todd, es decir, la inversa de la mayor dilución del suero que no produjo hemólisis.

Resultados

Se efectuó simultáneamente la determinación de STZ y ASO en 109 niños con glomerulonefritis (GN) y fiebre reumática aguda (FRA). Las edades oscilaron entre 5 y 15 años, siendo 40 de sexo femenino y 69 de sexo masculino. Sólo se encontraron 3 casos con edades comprendidas entre 0 y 5 años.

Los resultados obtenidos se observan en la tabla I. De 75 pacientes con FRA, 32 presentaron títulos de ASO hasta 333, considerados normales para nuestra población según las Normas de la Comisión Nacional Asesora de Prevención de la Fiebre Reumática (CNAPFR) (1979).

De los 32 pacientes con ASO normal, el 31% presentó títulos de STZ de 100 o menor que 100, considerados normales por las Normas de la CNAPFR, y el 69% restante presentó valores de STZ entre 200 y 800. Esto muestra una elevación precoz de la STZ respecto de la ASO en estos pacientes.

En los 43 pacientes que presentaron ASO elevada no se observaron valores de STZ de 100 o menor que 100 y hubo bastante correlación con los títulos obtenidos de ASO. Sólo el 21% presentó títulos de STZ entre

200 y 300, y el 79% restante presentó valores por encima de 600. La distribución de los títulos de ASO y STZ obtenidos se observa en la figura 1, A.

De 34 pacientes con GN estudiados, 10 (29,4%) presentaron valores de ASO normales y de STZ de 100 o menor que 100; 12 (35,3%) mostraron valores de ASO normales y de STZ elevados. Los 12 restantes (35,3%) presentaron títulos de ASO y STZ proporcionalmente elevados aunque no lograron las cifras alcanzadas por los pacientes con FRA (fig. 1, B).

Discusión

El 69% de los casos de FRA con ASO normal presentó STZ elevada, lo que puede indicar precocidad del test de la STZ para detectar anticuerpos o incapacidad de la cepa infectante para producir estreptolisina O.

Los tests de STZ normales coincidieron con ASO normales.

El 54% de los casos de GNA con ASO normal presentó STZ elevada.

Los títulos de ASO fueron elevados sólo en el 50% del total de los casos, mientras que los de STZ fueron elevados en el 82%, indicando la utilidad de realizar ambos tests simultáneamente.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Bisno, AL, Nelson, KE, Waytz P: Factors influencing serum antibody response in Streptococcal pyoderma. *J. Lab. Clin. Med.* 1973, 81, 410-20.
- ² Kaplan, EL, Anthony, BF, Champman, SS: The influence of the site of infection on the immune response to group A Streptococci. *J. Clin. Invest.* 1970, 49, 1405-14.
- ³ Kaplan, EL, Wannamaker, LW: Streptolysin O: suppression of its antigenicity by lipids extracted from skin. *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.* 1974, 146, 200-8.
- ⁴ Kaplan, EL, Wannamaker, LW: Dynamic of the immune response in rabbits immunized with Streptococcal extracellular antigens: comparison of the Streptozyme agglutination test with three specific neutralization test. *J. Lab. Clin. Med.* 1975, 86, 91-9.
- ⁵ Klein, GC, Jones, WL: Comparison of the Streptozyme Test with the Anti-streptolysin O, Antideoxyribonuclease B and Antihyaluronidase Test. *Appl. Microbiol.* 1971, 21, 257-9.
- ⁶ Ofek, J, Kaplan, O, Bergner-Rabinowitz, S: Antibody tests in Streptococcal pharyngitis. Streptozyme versus conventional methods. *Clin. Pediatr.* 1973, 12, 341-4.
- ⁷ Rants, A, Randall, V: *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.* 1945, 9, 22.
- ⁸ Stollerman, GH, Lewis, AJ, Schultz, I: Relationship of immune response to group A Streptococci to the course of acute, chronic and recurrent rheumatic fever. *Am. J. Med.* 1956, 20, 163-9.
- ⁹ Wannamaker, LW: The chain that links the heart to the throat. *Circulation*, 1973, 48, 9.

LITIASIS RENAL: HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

Dres Esther Carmelengo de Rosetto*
Amílcar Menechini**
María I. Renny***
Ana M. Markevich****
Diana López*****

RESUMEN

Se hacen consideraciones sobre un caso de litiasis renal en el que, investigando la etiología de ésta, se efectuó el diagnóstico precoz de hiperparatiroidismo primario, basado en alteraciones del metabolismo fosfocálcico y en cifras elevadas de AMP cíclico en orina, con posibilidad de tratamiento quirúrgico y aparente curación, antes de que el curso de la enfermedad ocasionara daños mayores.

SUMMARY

Considerations are made, about a case of renal litiasis in wich, early diagnosis of primary hyperparathyroidism based on phosphorous-calcium metabolism disorders (hypercalcemia, hipercalciuria, hiperfosfaturia and low tubular reabsorption of phosphorus). Increased cyclic AMP in urine has been demonstrated, in our patient. This is an important data supporting the diagnosis of hyperparathyroidism when data of plasma HPT is not possible to be obtained. No positive data with the ecography was founded. Subtotal parathyroidectomy was performed, followed by normalization of the calcium-phosphorus disorders and normalization of urinary cyclic AMP level.

Introducción

Los cálculos renales han preocupado e intrigado a los científicos desde la antigüedad. Son comunes en adultos pero presentan una baja incidencia en pediatría, sobre todo en los países industrializados después de la Segunda Guerra Mundial¹. Los cálculos vesicales son aun menos frecuentes persistiendo en los llamados "cinturones calculosos" en el Cercano, Medio y Lejano Oriente en donde se presentan en varones menores de 5 años y las causas definidas se desconocen, pero tendrían influencia factores climáticos y hábitos dietéticos².

La edad de presentación puede abarcar desde lactantes hasta la segunda infancia, pero en general ocurre antes de los 10 años de vida³.

En los Estados Unidos sobre un total de 15.919 autopsias se informa una incidencia del 0,42% de litiasis renal y en Texas sobre 3.800 pacientes con estudios urológicos se detectó en un 0,37%².

Entre los factores relacionados con la formación de cálculos en un grupo de niños en Estados Unidos e Inglaterra, el hiperparatiroidismo figura con una incidencia del 0,9%².

Pyrah y colaboradores comunicaron 1.717 casos de cálculos renales o uretrales que con-

* Profesora de la 1ra. Cátedra de Pediatría. ** Endocrinólogo. *** Instructora (Nefróloga). **** Residente de 3er. año. ***** Residente de 2do. año.

* 1ra. Cátedra de Pediatría - Sala 8 del Hospital Centenario.

tenían calcio, con una incidencia del 11%.

En otras 12 series publicadas por Pyrah con un total de 7.140 pacientes había una incidencia del 2,4%.

El propósito de esta publicación es el de alertar al pediatra acerca del diagnóstico etiológico precoz de un cuadro clínico poco frecuente en la infancia a fin de posibilitar el tratamiento adecuado y evitar daños ulteriores.

Historia clínica

Varón de 10 años de edad que ingresa el 16/10/79, habiendo comenzado 3 días antes en pleno estado de salud con dolor punzante referido a hipocondrio derecho, focalizado en dicha región, sin irradiación, que no cede en ninguna posición. El dolor persiste por 5 horas y provoca 2 episodios de vómitos en ese lapso. A las 2 horas de iniciado el cuadro comienza con hematuria, único signo que perdura hasta 24 horas antes del ingreso, momento en que aparecen coágulos. No presenta disuria ni polaquiuria.

Doce horas antes de su ingreso a nuestro Servicio reinicia el cuadro de dolor punzante en hipocondrio derecho, de características similares al episodio relatado anteriormente, por lo que el niño es derivado para estudio de su hematuria planteándose la posibilidad de litiasis renal.

En el examen físico el niño impresiona como sano, se presenta lúcido, afebril, con buen estado general. Es eutrófico (peso, talla y perímetro cefálico alrededor del P50). No presenta edemas, la presión arterial es normal, el resto del examen físico es normal.

Como antecedente inmediato relacionado con la enfermedad actual refiere hace 40 días un episodio de dolor, también localizado en hipocondrio derecho, de características similares a los ya descritos y que se acompañó también de macrohematuria. El cuadro cedió con reposo en 48 horas y en esa oportunidad presentó presión arterial y laboratorio normales.

Como antecedentes personales se consigna que es un niño nacido de término, alimentado con pecho materno exclusivo hasta el 6° mes; luego se agrega leche de vaca en concentraciones crecientes y adecuadas hasta el 9° mes y buena técnica alimentaria posterior. Buen desarrollo psicomotor.

No se detectan antecedentes familiares de litiasis renal ni de alteraciones metabólicas.

Se realizan los siguientes planteos diagnósticos:

- Litiasis renal
- Malformaciones de vías urinarias
- Infección urinaria

El urograma por excreción descarta la malformación de vías urinarias y establece en su informe: Fórnix ensanchado y dilatación de la unión pielocalicial que puede deberse a un coágulo (por el antecedente de hematuria) o a un cálculo de cistina o de urato (por lo radiolúcido).

Se encara entonces el estudio de la etiología de la litiasis renal.

Datos de laboratorio

Fosfatemia 3,25 mg/dl
Fosfatúria 3.450 mg/24 h
Calciuria 129 mg/24 h
Calcemia 11,5 mg/dl
Reabsorción tubular de fósforo (RTP):
16%
Eritrosedimentación: 8 mm
Cel. LE: (-)
FAN: (-)
Creatinemia: 0,50 mg/dl
Clearance de creatinina: 93,7 ml/m 1,73 m²
Uremia: 22 mg/dl
Fosfatasa alcalina: 33 UKA

Orina: Acida-D: 1030. Leucocitos X. Células XX. Mucus XXX. Resto: s/p.

Uricemia: 3,84 mg/dl
Hemograma: Normal
Urocultivo: Negativo

El niño permanece asintomático durante el período de internación, con excelente estado general.

Discusión

Si consideramos la génesis de la litiasis renal podemos comentar que los cálculos renales pueden variar de tamaño desde arenilla hasta una concreción que puede ocupar toda la pelvis renal y que en un 20% son afectados los dos riñones³.

Están compuestos por una parte cristalina implantada en una matriz ósea. Esta constituye el 2,5 al 10% de su peso y está formada por diversas proteínas. La fracción cristalina se compone de uno o más de los compuestos siguientes: fosfato u oxalato cálcico o fosfato amónico-magnésico; con menos frecuencia ácido úrico, cistina y más raramente xantina¹.

La mayoría de los niños con cálculos renales presentan obstrucción del flujo urinario con estasis y/o infección, sobre todo si se encuentran anomalías urológicas o inmovilización prolongada. El germen más hallado en litiasis recidivante es el *Proteus*.

Los factores que pueden determinar litiasis son agrupados por Smith y Williams de la siguiente manera:

a) Factores que aumentan la concentración urinaria de los cristaloides constituyentes como ser: disminución del volumen urinario y aumento de la excreción de calcio, oxalato, cistina, ácido úrico, xantina y amoníaco.

b) Cambios fisicoquímicos que conducen a la formación del cálculo con concentración normal de cristaloides tales como: estasis, cambio de pH, presencia de matriz de cálculo, cuerpo extraño y ausencia de sustancias protectoras como magnesio, pirofosfato y citrato.

La composición de los cálculos es de carácter fundamental para el diagnóstico etiológico.

El calcio es el componente más frecuente de todos los grupos cronológicos; se encuentra en un 90% de las litiasis, solo o también con fosfatos, oxalatos o mezcla. Por lo tanto se debe investigar, ante la presunción de litiasis renal, la presencia de hipercalcemia o alteraciones en el metabolismo del calcio².

Las causas más frecuentes de hipercalcemia en niños son: acidosis tubular, inmovilización prolongada, hiperparatiroidismo, ingesta de corticosteroides, intoxicación con vitamina D y vitamina A.

En nuestro caso no existen antecedentes de inmovilización prolongada, ni datos clínicos de tirotoxicosis ni de ingesta de corticosteroides o de altas dosis de vitamina D o vitamina A.

La acidosis tubular se descarta por el laboratorio que informa pH urinario ácido y reserva alcalina normal.

Se elimina la infección urinaria por el urocultivo negativo. El hemograma y la velocidad de sedimentación globular son normales, al igual que la orina. La uricemia también es normal.

Se investiga el metabolismo del calcio por ser éste el constituyente más frecuente de los cálculos renales.

El laboratorio informa hipercalcemia que se reitera en controles sucesivos, leve hipercalcemia, marcada hiperfosfatemia. Se solicita

entonces reabsorción tubular de fósforo (RTP) que se informa marcadamente disminuida.

Las glándulas paratiroides aparecen en el desarrollo ontogénico recién en los anfibios, cuando éstos cambian el ambiente marino con su contenido relativamente alto en calcio por el terrestre o el de agua dulce, pobres en este mineral. Por esto las paratiroides con su hormona (PTH) ejercen sus principales acciones sobre los órganos efectores, para producir un **aumento del calcio sérico**⁴. Por otra parte, el nivel sérico de calcio es el único estímulo regulador de la actividad paratiroidea (la hipocalcemia la estimula, la hipercalcemia la frena)⁵.

Aumenta entonces el calcio sérico y actúa también sobre el fósforo provocando un descenso de éste. Esto se logra mediante 4 acciones:

1.- Aumento de la excreción de fosfatos por el riñón (por disminución de la RTP).

2.- Aumento de la reabsorción tubular de calcio por el riñón con disminución de la excreción urinaria de aquél.

3.- Aumento de la velocidad de resorción ósea por acción directa de la PTH sobre el hueso.

4.- Aumento de la absorción del calcio por el intestino delgado⁴.

El laboratorio muestra elementos claramente compatibles con hiperparatiroidismo, el que se confirmaría fehacientemente demostrando valores elevados de hormona paratiroidea en plasma. Este dosaje no fue posible realizarlo en nuestro paciente. En su lugar utilizamos un método indirecto como es el dosaje del AMP cíclico en orina. Este se encuentra relacionado con la actividad de la paratiormona y se halló aumentado, siendo compatible con hiperparatiroidismo.

El hiperparatiroidismo puede clasificarse como primario cuando se origina en la glándula misma por presentar hipertrofia, hiperplasia difusa o por un adenoma solitario⁵.

Su incidencia es escasa en la infancia, su génesis es oscura. Se ha descrito una rara incidencia familiar de hiperparatiroidismo primario congénito: indicaría un defecto genético de la regulación de la actividad paratiroidea y podría coexistir con otras adenomatosis endocrinas. También se describen en el período neonatal en recién nacidos de madres hipocalcémicas y se atribuyen en otros períodos de la vida a la incorporación precoz

de alimentos ricos en fosfatos (leche de vaca, arroz, cereales).

Alternativamente, hay una etiología ambiental dada por una hipercalcemia crónica, la que produce estímulo con aumento de la actividad paratiroidea, que incluso puede llevar a una hiperplasia de la glándula; esto se denomina hiperparatiroidismo secundario. Se lo encuentra en la insuficiencia renal crónica, en la cual la retención de fosfatos provoca hiperfosfatemia con hipocalcemia posterior y en la que se altera también la síntesis de vitamina D, cuyo defecto provocará también hipocalcemia⁶.

En nuestro caso se descarta el hiperparatiroidismo secundario por carecer de elementos clínicos, antecedentes de daño renal y presentar orinas y pruebas de funcionalismo renal (uremia, creatininemia, clearance de creatinina) normales.

También se menciona en hepatopatías severas por alteraciones en el metabolismo de la vitamina D y en síndromes de malabsorción, patologías ausentes en este caso.

En una tercera situación la paratiroides puede volverse autónoma en su hiperactividad y al desaparecer la causa de hipocalcemia persiste la hiperactividad. Esto se denomina hiperparatiroidismo terciario y funciona de una manera similar al primario.

Descartadas por la clínica y el laboratorio las causas de hiperparatiroidismo secundario, se impone el diagnóstico de hiperparatiroidismo primario.

El criterio de exploración quirúrgica de la glándula en busca de hiperplasia o adenoma en la que coinciden la mayoría de los autores, se basa en el hallazgo de hipercalcemias persistentes bien documentadas a las que no se encuentra ninguna otra causa asociada.

A fin de localizar el proceso de realiza

ecografía con escalas de grises e imagen detenida, en los modos A y B. Se recorrió el hueco supraesternal no observándose cambios morfológicos en las estructuras estudiadas, ni procesos sólidos o líquidos que pudieran estar en relación con la clínica.

El niño fue enviado a cirugía donde se realizó paratiroidectomía subtotal, resección de timo y de ambos polos inferiores de tiroides.

El informe anatomopatológico es el siguiente: Tejido paratiroideo en el que no hay signos histológicos que permitan efectuar diagnóstico diferencial entre una hiperplasia o un adenoma. Esto coincide con la bibliografía que expresa: "que en contraste con las clásicas descripciones y distinciones entre adenoma e hiperplasia, éstas no están claramente definidas, pudiendo presentar el mismo patrón o rango histológico, que incluye tejido normal, patrones transicionales y adenoma"⁶.

El niño, luego de la cirugía que fue bien tolerada, normalizó los valores de calcio sérico y urinario al igual que el fósforo sérico y urinario y la RTP. Laboratorio: Fosfatemia: 4,4 mg/dl, calcemia: 8,4 mg/dl, fosfaturia: 208 mg/dl, RTP: 98%, calciuria: 86 mg/dl.

Estos valores permanecen estables, no presentando posteriormente hipocalcemia ni signos de hiperparatiroidismo.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Barnet H: *Pediatría T. II*: 1748. Edit. Labor, 1977.
- ² Rubin M, Barret M: *Enfermedades renales en el niño*. 1ra. edición. Págs. 857-864. Edit. Jins. Barcelona, España, 1978.
- ³ Nelson W: *Pediatría T. II*, pág. 1183, 6a. edición. Edit. Salvat. Barcelona, España, 1971.
- ⁴ Robinson C: *Clínicas Endocrinológicas*. 1975. Vol. II: 214.
- ⁵ Nelson W: *Pediatría T. II*, pág. 1235, 6a. edición. Edit. Salvat. Barcelona, España, 1971.
- ⁶ Tsang R, Noguchi A, Steicher S: *Clínicas Pediátricas de N.A.* 1979; 233-5.

EOSINOFILIA GRAVE

Dres. L. Beraldi*
P. Cendrero**
G. Espada***
J. Grichener*
H. Marotta*

SUMMARY

A one year old child was admitted to the hospital because of sever eosinophilia and protracted fever syndrome. As an important antecedent he had a history of dirt eating. His illness began one month before admission with a maculopapular rash and fever. A blood test was performed at that time, showing a 15% of eosinophyl cells. By the time he was admitted he was a pale child, with mild respiratory distress, maculopapular rash silghtly enlarged limph nodes, pulmonary wheezing and enlarged liver and spleen. The bone marrow examination was normal and the periferic blood test showed a 40% of eosinophyl cells. The ELISA test was positive for toxocariasis.

Toxocariasis is a disease of relative frequency, wich is produced by a worm, toxocara canis. It is indirectly transmitted by the dog's stools and observed in children with dirt eating habit. The main symptoms are: weakness, fever, cough and wheezing, and the physical findings are hepatomegaly, rash, and less often optic and neurologic lesions. The laboratory shows a clear and intense eosinophilia. The accurate diagnosis is made by the ELISA method.

Descripción clínica

Un niño de 1 año de edad se interna en junio de 1981, presentando un síndrome febril prolongado y eosinofilia severa.

El niño es producto del cuarto embarazo

de una serie de cuatro, no controlado, sin datos del parto o perinatológicos a destacar. Buena historia madurativa con regular historia alimentaria y de inmunizaciones. Antecedentes personales: dos episodios de síndrome bronquiolítico, a los 15 días y al 4º mes de vida; ingiere regularmente téis caseros; otros antecedentes importantes: no tuvo controles médicos y no presenta el hábito de pica.

Se trata de una familia de medianos recursos que habita en medio rural (Quiroga, Provincia de Buenos Aires) y que posee un perro al cual no se le efectúan controles veterinarios.

La enfermedad que motiva la internación comienza aproximadamente 1 mes antes, con un rash maculopapuloso generalizado, sin compromiso del estado general, que fue interpretado como alergia alimentaria y tratado sintomáticamente. Una semana después reaparece el exantema acompañado de síndrome febril. Es medicado con antibióticos y el cuadro no mejora. Se le efectúa un análisis de orina, que resulta normal, y un hemograma: hematócrito 32% , 13900 glóbulos blancos, con 50% de neutrófilos segmentados, 30% de linfocitos, 15% de eosinófilos y 5% de monocitos. Se diagnostica leucemia y se medica nuevamente con antibióticos. Se realizan nuevos hemogramas que muestran eosinofilia en ascenso (35 y 37%), con discreta anemia y eritrosedimentación acelerada.

* Jefe de Residentes, Hospital de Niños, "Ricardo Gutiérrez" de Bs. As. ** Instructora de Residentes, Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" de Bs. As. *** Médica Residente de Clínica Pediátrica, Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" de Bs. As.

Ante la falta de mejoría del cuadro los padres deciden consultar en este Hospital. Es visto ambulatoriamente, realizando hemograma: hemoglobina 10,2%, hematócrito 29%, 30600 leucocitos, con 23% de neutrófilos segmentados, 17% de linfocitos, 7% de monocitos y 53% de eosinófilos. Se efectúa Monotest, que es negativo, y examen parasitológico de materia fecal, que también es negativo.

Dado que el niño continúa febril, decaído y presenta un cuadro de dificultad respiratoria se decide su internación.

Al ingreso se encuentra un niño eutrófico (peso 9250 g, percentilo 25-50), febril, pálido, aguda y moderadamente enfermo, normohidratado, en suficiencia cardíaca y con dificultad respiratoria leve. Como datos positivos se encuentran: un exantema similar a un prurigo en miembros inferiores; micropoliadenopatías axilares e inguinales, móviles e indoloras; taquipnea y tiraje subcostal, auscultándose a nivel pulmonar buena entrada de aire con sibilancias diseminadas en ambos campos. En abdomen se palpa hígado a 3 cm del reborde costal en línea medioclavicular, con borde superior en séptimo espacio intercostal, borde inferior romo y consistencia normal. El bazo se palpa a 2 cm del reborde costal. El resto del examen físico no ofrece particularidades. La radiografía de tórax no muestra lesiones óseas, visualizándose un infiltrado reticulonodular intersticial bilateral, con moderado atrapamiento aéreo. La silueta cardíaca es normal.

Dado el cuadro febril con eosinofilia grave se realizan los siguientes planteos diagnósticos:

1. Síndrome de Loeffler debido a ascariasis o toxocariasis.
2. Leucemia eosinófila.
3. Reacción leucemoide eosinófila secundaria a parasitosis: triquinosis, ascariasis, uncinariasis.
4. Hipersensibilidad medicamentosa: penicilina, ampicilina, cefalosporinas, ácido acetilsalicílico.
5. Síndrome de hipereosinofilia idiopática.

Se efectúan entonces: examen de médula ósea, que resulta normal; orina, con densidad 1018, pH 5, 4 a 5 leucocitos por campo y 2 a 3 hematíes por campo; centellograma hepatoesplénico que muestra discreta hepatomegalia sin zonas frías y bazo de forma y ubicación normal, con discreto aumento de

tamaño; examen parasitológico que es negativo, estudio hematológico, que revela 20000 leucocitos, con 28% de neutrófilos segmentados, 2% de neutrófilos en cayado, 11% de monocitos, 19% de linfocitos y 40% de eosinófilos, con plaquetas normales. El hepatograma es normal y el proteinograma muestra proteínas totales 7,54 g%, albúmina 3,26, alfa 1 0,35, alfa 2 1,01, beta 0,6 y gamma 2,32. El fondo de ojo es normal. Se efectúa también estudio parasitológico de materia fecal al perro de la familia, que resulta negativo. Se solicita entonces estudio serológico mediante el método de ELISA, siendo positivo, confirmándose de esta forma el diagnóstico de toxocariasis.

El niño evolucionó favorablemente, desapareciendo el rash cutáneo y la dificultad respiratoria (tratada con broncodilatador: salbutamol). La eosinofilia va disminuyendo gradualmente sin llegar a cifras normales, lo mismo que la hepatoesplenomegalia. La hipertermia desaparece y el niño es dado de alta en buen estado general a los 20 días de internación, siendo actualmente controlado en forma ambulatoria con evolución satisfactoria.

Comentarios

La toxocariasis es una enfermedad que se observa con relativa frecuencia y que está producida por un helminto, el toxocara canis, y menos comúnmente por el toxocara catis.

El toxocara canis es un parásito habitual en los perros y sólo infesta al hombre accidentalmente. En los perros el toxocara canis produce síntomas y signos semejantes a los del áscaris en el hombre. La incidencia de infestación en los perros es mayor durante los primeros meses de vida y esto se debe a que existe un activo pasaje transplacentario del parásito.

El macho adulto del toxocara canis mide aproximadamente 4 a 6 cm de largo y la hembra 10 cm o más. Los huevos de estos parásitos son eliminados con las heces del perro infestado llegando de esta forma al suelo, donde son ingeridos por otro animal, completando de esta forma el ciclo, o bien por el hombre, que es huésped accidental.

En el perro adulto el ciclo puede ser incompleto pero en las perras preñadas, aparentemente por acción hormonal, las larvas enquistadas son liberadas y circulan libre-

mente a través de la placenta. Estos factores deben ser tenidos en cuenta en la epidemiología de la enfermedad dado que se considera más contagiantes a los cachorros y a las perras preñadas hasta 4 semanas luego del parto.

En el caso de *Toxocara cati*, los gatos recién nacidos no están infestados dado que estos animales contraen la enfermedad al ingerir vísceras de otros animales parasitados.

Patogenia

Una vez que los huevos de *Toxocara canis* llegan al suelo necesitan condiciones adecuadas de temperatura y humedad para transformarse en embrionados y ser potencialmente infestantes. Es importante tener en cuenta que el contagio no es directo del perro al hombre, dado que los huevos precisan un período de aproximadamente 3 semanas en la tierra para madurar.

Habitualmente el huésped accidental es un niño pequeño, con hábito de pica, que ingiere tierra.

Los huevos ingeridos pasan a través del estómago y las larvas son liberadas en los niveles superiores del intestino delgado. Estas larvas migran por los vasos sanguíneos y linfáticos hacia el hígado, pulmón, cerebro y otros órganos. A este nivel las larvas son enquistadas por una reacción del huésped de naturaleza granulomatosa que bloquea su migración posterior. Las larvas pueden mantenerse vivas en estas condiciones por un período prolongado de hasta 1 año. Como las larvas no pueden completar su ciclo el toxocara no madura en el intestino humano.

La reacción granulomatosa es similar en los diferentes huéspedes y en los diversos tejidos y se ha postulado que en parte la reacción estaría provocada por el parásito para lograr su nutrición.

Cuadro clínico

Esta enfermedad es descripta por primera vez en la década del 50 por Paul Beaver quien sobre la base de la patogenia y semejanza clínica con la afección causada por la larva migrans cutánea designa este cuadro como "larva migrans visceral". Más adelante Karpinsky propone el término de granulomatosis larval en relación con la reacción que la larva es capaz de provocar en su huésped.

La sospecha clínica de esta entidad se basa en la presencia de un niño frecuentemen-

te entre los 12 meses y 4 años de edad y con el antecedente fundamental de hábito de pica y contacto con animales presumiblemente parasitados. Las quejas más frecuentes son: decaimiento, pérdida de peso, fiebre variable y moderada, acompañada o no de sudoración, tos y sibilancias, hepatomegalia variable pero constante.

El cuadro clínico puede variar de acuerdo con el número de larvas infestantes, distribución de las larvas en el organismo, frecuencia de reinfecciones y otros factores aún no bien conocidos, dependientes probablemente de la respuesta inmune individual del huésped que va variando con las sucesivas reinfecciones.

Existen desde formas asintomáticas o monosintomáticas hasta aquellas en las que aparecen signos menos frecuentes de la enfermedad. En general es de curso benigno y autolimitado, dependiendo esto de la prevención de las reinfecciones.

Según Jung puede dividirse la evolución en tres estadios:

I. Caracterizado por fiebre discreta, eosinofilia en aumento y manifestaciones pulmonares (bronquitis).

II. Hipertermia marcada intermitente, eosinofilia excesiva, hipergammaglobulinemia, hepatomegalia y compromiso pulmonar mayor.

III. Fase de recuperación de duración variable (entre 1 y 2 años) con desaparición paulatina de la signosintomatología, siendo la eosinofilia el parámetro de desaparición más lenta.

Retomando las manifestaciones clínicas, además de las más frecuentes ya mencionadas, puede haber: adenopatías de características variables, rash cutáneo pruriginoso, nódulos, lesiones hemorrágicas, esplenomegalia, tumefacción y dolor articular, síndrome nefrótico, miocarditis, lesiones oculares y manifestaciones neurológicas (cambio de carácter, convulsiones).

Las lesiones oculares son de aparición tardía (adultos o niños de segunda infancia), típicamente unilaterales; pueden comprender lesiones en polo posterior, granuloma periférico, endoftalmítis exudativa, desprendimiento de retina. El paciente consulta por pérdida de visión unilateral por lo cual en general lo hace tardíamente; suele no presentar antecedentes de cuadro clínico agudo severo como podría esperarse, sino que, al contra-

rio, parece haber poca respuesta del huésped al parásito, lo cual facilita su migración y justifica el escaso cuadro clínico.

En cuanto a las manifestaciones neurológicas se han descrito cambio de carácter y convulsiones. En 1966 Woodruff y colaboradores encuentran relación entre pruebas dérmicas positivas para toxocariasis y epilepsia, concluyendo que esta parasitosis debería considerarse entre las etiologías de la epilepsia. Estudios más recientes corroboran que es mayor el número de títulos positivos para la infestación en los niños epilépticos que en los sanos de control, pero también son altamente más frecuentes en aquéllos los trastornos de conducta y el hábito de pica que son, en realidad, responsables de este hallazgo.

Frente a un paciente con presunción clínica de enfermedad debe efectuarse:

Examen hematológico: es frecuente la leucocitosis, a veces muy elevada, con eosinofilia severa, siempre más de 30% y hasta 90%.

Proteinograma: Hipergammaglobulinemia con aumento de IgG, IgM e IgE.

Hepatograma: En general con valores normales.

Sedimento de orina: Puede aparecer albuminuria.

Radiografía de tórax: Con frecuencia se hallan infiltrados uni o bilaterales con o sin participación pleural.

Puede plantearse examen micológico y tests cutáneos, broncoscopia y otros estudios de acuerdo con los planteos diagnósticos diferenciales valorados.

Colabora en el diagnóstico la positividad del examen parasitológico efectuado a los animales en contacto con el paciente.

Diagnóstico

La confirmación diagnóstica de esta enfermedad se basa en el hallazgo de larvas en especímenes de biopsia.

Hasta hace poco los tests inmunodiagnósticos no tenían la suficiente sensibilidad y especificidad, dado que los falsos positivos eran numerosos.

Desde que se utilizan antígenos larvarios o sus productos metabólicos adaptados a ELISA (ensayo inmuno-específico unido a enzima) la sensibilidad diagnóstica es de un 78% y la especificidad de un 92% con respecto a otras larvas, a diferencia de los tests previamente accesibles (hemaglutinación y flocula-

ción de la bentonita) que no superaban el 50%.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial depende en parte de la sintosignología predominante pero en los casos habituales suele plantearse con las causas de eosinofilia severa.

Existen tres cuadros clínicos que deben ser descartados en presencia de hipereosinofilia:

1.— Larva migrans visceral: Es responsable de la mayoría de estos cuadros.

2.— Síndrome de hipereosinofilia idiopática: Entidad clínica de difícil encuadre que corresponde tanto a la neumonía de Loeffler como a la leucemia eosinofílica. Se trata de reacciones leucemoides eosinofílicas diseminadas de etiología incierta. Tiene mayor incidencia entre la 2a. y 4a. década de la vida, aunque también es descrita en niños, cuyos síntomas más tempranos son los de la insuficiencia cardíaca congestiva con o sin infiltrados pulmonares y derrame pleural, siendo característica la infiltración en todos los órganos de la economía por eosinófilos maduros.

3.— Leucemia eosinofílica: Es lo suficientemente rara como para que algunos autores hayan dudado de su existencia. Clínicamente se caracteriza por anemia progresiva, púrpura, infecciones recurrentes y hepatoesplenomegalia, siendo diagnóstica la presencia de mieloblastos y promielocitos eosinófilos en la periferia, médula ósea y órganos infiltrados.

Con menor frecuencia deberá tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la larva migrans visceral:

1.— Infestación por otros helmintos (triquinosis, uncinariasis, ascariasis y strongiloidiasis).

2.— Enfermedad de Hodgkin.

3.— Periarteritis nudosa.

4.— Hipersensibilidad a los yoduros y a la penicilina.

5.— Tuberculosis, hidatidosis, histoplasmosis, coccidioidomicosis, hepatitis, eosinofilia familiar, eosinofilia tropical y filariasis.

Tratamiento

Si bien en animales de experimentación se ha demostrado reducción del número de larvas en los tejidos infestados tras el tratamien-

to con drogas antihelmínticas su efectividad es dudosa en la infestación humana.

Desde hace algunos años se preconiza el uso del thiabendazol en dosis de 50 mg/kg/día, en 2 dosis diarias y en una serie de 5 días, con resultados aleatorios, en parte justificados por el carácter autolimitado de la enfermedad.

Los corticoides tienen aplicación en caso de severo compromiso respiratorio, miocárdico y ocular.

Prevención

La prevención primaria de la infestación por *Larva migrans visceral* podría efectuarse con la disminución de los contactos entre susceptibles y animales (perros y gatos), hecho éste muy difícil de conseguir; por lo tanto una manera mucho más factible es administrar antihelmínticos a los animales, fundamentalmente en los períodos de mayor eliminación de huevos, cuando son cachorros y en las perras puérperas. En los cachorros debe comenzarse con drogas antes de los 14 días de vida, o sea 1 semana antes del inicio de la eliminación de huevos (21 días). Es importante mencionar que esta terapéutica no evita la transmisión de la larva

pues con los antihelmínticos no se eliminan las formas viscerales que generalmente parasitan a los perros. Se recomienda también efectuar estudios parasitológicos de materia fecal cada 6 meses a los animales domésticos susceptibles. Se agrega a estas medidas la necesidad de alejar a los niños con hábito de pica de los animales susceptibles.

Agradecimiento

Por la colaboración asistencial a los Dres.: Angel Plaza, Elsa Miatello, Cecilia Zelinguer, Isabel Badía de Lapunzina y Víctor Maro.

BIBLIOGRAFIA

- Aramburu: *Larva migrans visceralis* (A propósito de un caso probable). Revista del Hospital de Niños, 1965; 26.
- Cabrera A, Milena J, Suazo R: *Títulos de anticuerpos para larvas migratorias viscerales en pacientes hospitalizados*. Bol. Med. Hosp. Infantil, Marzo-Abril, 1980; 37-2.
- Fordham von Reyn, Robert O, Beaver J: *Infection of an infant with adult toxocara cati*. The Journal of Pediatrics. August 1978; 93: 247.
- Glickman V, Cypess E, et al: *Toxocara infection and epilepsy in children*. The Journal of Pediatrics, Jan. 1979: 94:1.
- Luckens, JN: *Eosinofilia en niños*. Clín. Ped. de N. A. Nov. 1972.
- Schantz and Glickman: *Toxocara visceral larva migrans*. The New England Journal of Medicine, 1978: 298: 236.

SEÑOR ASOCIADO:

APOYE A QUIEN NOS APOYA

USO DE ZAPATOS AL COMENZAR A CAMINAR Y TIPOS DE CALZADO

Dra. Elsa D. Bisero *

Introducción:

El trabajo trata de enfocar la necesidad o no del uso de zapatos al comenzar a caminar y, en caso afirmativo, cuáles serían los adecuados.

Este tema preocupa a los pediatras y es bastante difícil decidir al respecto, ya que la mayor parte de los trabajos informan sobre experiencias personales y no aportan datos estadísticos, siendo éste el mayor inconveniente con el que nos encontramos en la realización del trabajo.

Contenido

De la bibliografía revisada se desprende que ésta no es una consulta frecuente por parte de los padres; la mayoría de las veces compran los zapatos sin recurrir al médico; en el trabajo de los Dres. Staheli y Gilffin se menciona que un 62% de los padres no consultan al respecto.

¿Pero qué puede aconsejarse a los padres que consultan o al pediatra que tiene la obligación de informar lo que más conviene al niño? Para responder a esta pregunta es imperioso conocer: el calzado fisiológico, la anatomía del zapato, detalles de su confección, su costo y la fisiología del pie.

El calzado fisiológico

Condiciones que debe reunir:

1°) Debe estar bien apretado a nivel del arco interno.

2°) Debe ser espacioso en la extremidad anterior.

3°) Su eje pasará, como el del pie, a través del 2° dedo.

4°) El borde interno debe desbordar ampliamente hacia adentro la línea del talón.

5°) Debe poseer una suela suficientemente arqueada para soportar la caña.

Anatomía del zapato

Un zapato se realiza sobre una horma.

Condiciones que debe reunir la horma:

1°) Las hormas de los pies normales permiten que haya un ensanchamiento mínimo en la zona del dedo gordo.

2°) Debe tener forma redondeada en el resto de los dedos de tal manera que puedan crecer y funcionar sin estorbarse entre sí.

3°) Debe ser lo bastante angosta en la zona del talón y espaciosa en la zona de los metatarsianos y zona media del pie.

Sobre la base de todo lo mencionado es necesario conocer las partes de un zapato: Para ello se consultaron los trabajos de los Dres. Groisso³ y Lelièvre⁵.

1°) La caña o cabezada: debe ser de material suave y flexible y permitir la evaporación del sudor; estas condiciones son reunidas por el cuero. Además, la porción de la caña que rodea al talón debe tener un grado tal de firmeza que al comprimirla entre los dedos no se deforme; esta porción de la caña recibe el nombre de contrafuerte.

* Médica Residente, rotante por el sector "Niño Sano". Servicio de Pediatría Hospital "G. Posadas", Haedo, Prov. de Bs.As.

2°) Otro componente del zapato es la suela, que está compuesta de: a) La plantilla: que debe ser de material suave, flexible, durable y con porosidad adecuada para permitir la evaporación del sudor. b) El relleno: que es de material variable y que va entre la plantilla y la suela exterior. c) La suela exterior: que debe ser resistente, flexible y antideslizable; estas condiciones son reunidas por la goma y el cromo.

3°) Otra parte es el enfranque o cambrión, que está por debajo del arco del pie, desde la zona media de la diáfisis de los metatarsianos. Esta parte debe ser flexible para permitir los movimientos del pie y del cuero. Suele ser de acero.

4°) El cerquillo o vira: es el borde de cuero que está por fuera de la caña, unido originalmente a la plantilla y a la caña y después a la suela exterior.

5°) El componente final es el forro interior que es de material variable y que también debe permitir la evaporación del sudor; no debe ser ni muy rígido ni muy flexible para evitar lesionar el pie.

Detalles en la confección del zapato

1°) El pie se alarga en la posición erecta porque soporta el peso del cuerpo; por lo tanto, las medidas deben tomarse en esta posición.

2°) Al dibujar el contorno del pie se debe añadir 1 cm por delante del dedo gordo.

3°) Se debe exacerbar ligeramente la impresión de la mitad del borde interno, o sea que en la parte media del pie se pronuncie más el arco.

4°) Para establecer la anchura de la caña la cinta métrica debe dar la vuelta al antepié en contacto con los metatarsianos 1° y 5° añadiendo 5mm para la niña y 10mm para el varón.

5°) A nivel del tobillo la cinta métrica debe pasar bajo la punta de los maleólos.

6°) Se deben medir ambos pies pues no son iguales.

Adaptación del zapato

Al respecto Henry R. Cowell⁴ menciona:

1°) El zapato debe adaptarse con toda precisión en anchura y longitud.

2°) El talón debe adaptarse con firmeza, aunque sin ajustar demasiado, para evitar el deslizamiento del pie; en caso de ser muy rígido pueden producirse ampollas; con respecto a esto hace mención, al igual que Groisso³, acerca de que la gente prefiere las boti-

tas pues refieren que el pie está mucho más seguro. Los autores coinciden en que la mayoría de los niños al comenzar a caminar sacan el talón del zapato y esto no ocurre con las botitas; de allí la preferencia de los padres; pero no tienen indicación médica, ya que es normal y bastante común que el niño comience a caminar con la punta del pie y saque el talón del zapato.

3°) La suela no debe ser rectilínea para que el niño no tropiece y los autores aconsejan un espesor entre 3 y 4mm en la punta y 6 a 9mm en el talón.

4°) Se debe tener en cuenta en la adaptación del zapato que el bebé tiene un pie muy deformable, por lo cual los zapatos deben diferenciarse en derecho y en izquierdo y no ser iguales.

5°) Deben evitar el comprimir entre los dedos y el costado, o sea que tiene que quedar un espacio entre el pie y el zapato para estar seguros de que no aprieten (signo del pellizco).

Fisiología del pie

Al respecto Groisso³ hace hincapié en que el niño comienza a pararse alrededor de los 8 meses y generalmente lo hace sobre la punta del pie; los pies no están preparados para soportar el peso del cuerpo, por lo cual se necesita una superficie de apoyo rígida y a este respecto nada mejor que el suelo. Además es una época de respuesta de reflejos y no debe incorporarse nada que anule la zona reflexógena del pie o que impida a éste desarrollar su propio balance muscular. Groisso³ destaca la importancia del cojín de grasa que tiene el niño al comenzar a caminar; al interponerse el zapato serían dos los elementos (grasa y zapato) que impedirían el buen desarrollo de la zona reflexógena. Además, en el trabajo publicado por Staheli y Gilffin, único de los consultados que presenta referencias estadísticas y en el que participan pediatras, ortopedistas y podólogos; se llega a la conclusión, mediante un estudio hecho entre niños sin calzar y calzados, de que el uso de zapatos disminuye la flexibilidad del pie y aumenta las deformidades. Por las encuestas realizadas se llega a la conclusión de que el 44% recomienda zapatos flexibles, el 32% botas y un 24% prefiere zapatos de tenis. En este trabajo hay diferencias: los ortopedistas recomiendan las botas en un 40%, un 35% prefiere los zapatos flexibles y el otro 25% los de tipo tenis; entre los pedia-

tras, en cambio, casi todos se vuelcan al zapato de tipo tenis.

Costo del zapato

Este es otro punto importante si se va a recomendar usar zapatos, ya que en el trabajo publicado por Staheli y Gilffin se demostró que la mayoría de los padres compran los zapatos sin consultar al médico; algunos lo hacen por desconocimiento, pero la mayor parte porque sabe que un zapato recomendado o mandado a realizar resulta mucho más caro. En relación con los precios los padres se vuelcan más al zapato de tipo tenis y esto sucede en cualquier medio.

¿Existe o no un zapato ideal?

Con respecto a esta pregunta Groisso³, Cowell⁴, Staheli y Gilffin⁶ coinciden en que NO.

Groisso se refiere a un zapato que existe en Estados Unidos para comenzar a caminar, llamándolo: zapato primario, y que responde a la siguiente descripción: 1°) Abierto en la puntera para que no quede chico rápidamente, con lo cual se disminuye la compra frecuente, no siendo práctico en climas fríos. 2°) La suela es de cromo o de goma para que no deslice y no tiene taco. 3°) Tiene una lengüeta larga prolongada hasta la punta para que sea fácil de calzar.

El resto de los autores consideran que los zapatos más fisiológicos serían los de badana, el mocasín y los de tipo tenis, porque se adaptan a la fisiología del pie, por su bajo costo y, en el caso de los de tipo tenis, porque no permiten la salida de los talones y ello brinda seguridad a los padres.

Conclusiones y comentario final

En general se puede decir que:

1°) La mayoría de los padres compran los zapatos sin consultar al médico y se sienten más seguros con los zapatos que no permiten la salida de los talones.

2°) Se debe explicar a los padres que los zapatos se usan con el fin de proteger al pie del medio y evitar los traumatismos o inclemencias del tiempo y no porque el pie necesariamente deba estar calzado.

3°) Dado que el pie crece muy rápidamente se debe buscar un zapato barato pero que a la vez no deje de cumplir con la anatomía y funciones del pie.

4°) Se debe explicar a los padres que mientras conozcan el medio donde va a caminar el niño no es necesario calzarlo.

¿Y cuál sería el zapato finalmente recomendado en nuestro medio? El zapato de badana, el mocasín o el zapato de tipo tenis o sea las zapatillas del comercio.

Agradecimiento: A los Dres. Héctor Parral, Ricardo Licastro, Jorge Ortiz, Sara Krupitzky por su valiosa colaboración.

BIBLIOGRAFIA

¹ Nelson W.: *Tratado de Pediatría, Capítulo Ortopedia Pediátrica*. Sexta Edición. Tomo II. Página 1391.

² Malvarez H: *Temas de Pediatría: Actualización de tratamientos*. Causas Frecuentes de Consulta en Ortopedia Infantil. 1974.

³ Groisso J: *Actualizaciones en Temas de Consultorio del Dr. Larguía*. Departamento de Pediatría del Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá". Capítulo: Problemas Ortopédicos. Página 175, 1977.

⁴ Cowell HR: *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*. Capítulo: Adaptaciones Correctoras del Pie. 1977.

⁵ Lelièvre J: *Patología del Pie*. El calzado. Página 95. 1979.

⁶ Staheli LT y Gilffin L: *Zapatos correctores para niños*. Una aplicación práctica. *Pediatrics*: 1980, 4:1,15.

"Agradecimiento": A los Dres. Héctor Parral, Ricardo Licastro, Jorge Ortiz y Sara Krupitzky por la colaboración prestada en la elaboración del presente trabajo.

DESARROLLO MADURATIVO DE LA MANO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

Dra. Patricia Cecilia Andreozzi *

En la evolución filogenética del hombre se producen transformaciones biológicas, orgánicas, que se expresan por cambios morfológicos y conductas adaptativas al medio.

Dichos cambios morfológicos evolutivos que se evidencian a lo largo de la Prehistoria es posible observarlos en: el cráneo, como expresión del aumento de la capacidad cerebral; el desarrollo de la mandíbula que al no cumplir funciones de trozar o procurar alimentos va perdiendo el perfil brutal observado en el hombre primitivo.

El abandono del tren superior como medio de locomoción y la adquisición del miembro superior como órgano de prensión y reconocimiento, con la existencia del pulgar en oposición que permitiría al hombre primitivo la utilización de la mano con su prolongación ya sea en forma de herramienta o arma defensiva, se produjo gracias a la nueva situación de la estación bípeda¹¹¹². Tanto el miembro superior como el miembro inferior se originan en la 5a. semana del desarrollo embrionario; a la semana siguiente el segmento distal que representa el miembro superior se expande y aplanan, aparecen 4 surcos radiales y el pulgar queda en franca oposición.

La mano y el pulgar tienen una importante representación cortical, como lo indica el esquema de PENFIELD. Este centro cortical hace que la ejecución de los movimientos sean precisos y exactos¹².

Durante el 1er. año de vida la mano del lactante evidencia progresos, desarrolla paulatinamente funciones y con ellas adquiere múltiples logros. En su desarrollo se advierten las características de la maduración neuropsíquica, es decir progreso de lo proximal hacia lo distal, evolución desde lo reflejo hacia lo cortical y de lo inconsciente hacia lo voluntario⁴.

En el período neonatal predomina el tono flexor: los dedos de la mano del recién nacido tienden a flexionarse y el pulgar queda ubicado por fuera de la palma de la mano.

De 150 recién nacidos estudiados, 15 presentaron mano cerrada que se abría esporádicamente; en 126 recién nacidos se observó mano semiabierta o semiflexionada con pulgar activo en más de la mitad de los casos y llamó la atención que en los que presentaban pulgar inactivo algunos lo tenían muy flexionado, siendo este signo neurológico sospechoso¹. El reflejo palmar se obtiene durante los primeros 3 meses de vida. Dicha respuesta tonicoflexora es muy intensa durante los primeros 2 meses de vida; en cambio, durante el 3er. mes, si se realiza la maniobra semiológica que consiste en suspender al lactante de su plano de apoyo, por medio de este reflejo se obtiene una respuesta en resorte, o sea se consigue despegar la cabeza y el tronco pero no alcanza a mantenerlos suspendidos. El caso contrario a la respuesta obtenida en los primeros 2 meses de vida^{4 8}.

* Médica Residente, rotante por el Sector "Niño Sano", Servicio de Pediatría, Hospital G. Posadas, Haedo, Prov. Bs.As.

Otro reflejo relacionado con la evolución neurológica de la mano es el reflejo tónico cervical asimétrico que determina en el lactante una actitud de esgrimista. Este reflejo permite junto a la ejercitación de la fijación ocular la incorporación de una y otra mano como elementos tempranos del esquema corporal².

Por las características de ambos reflejos que gobiernan el desarrollo neurológico de la vida del lactante en el 1er. trimestre de vida, algunos autores han denominado a esta etapa como: Etapa asimétrica.

En el curso del 3er. mes puede no haber actividad prensil refleja. Esta es la denominada Etapa neutra o época de transición para la prensión activa^{4 6 8}.

En este momento es importante la estimulación con objetos (por ej., sonajero) ya que muchos lactantes estimulados no atraviesan la etapa referida y comienzan con la prensión voluntaria. Esta al principio es torpe, incoordinada e insegura y tiene como centro del movimiento el hombro^{3 4 6 8}.

Al 4° o 5° mes el acercamiento de la mano a los objetos va precedido siempre de la fijación ocular por lo cual es necesaria una sinergia oculomanual correcta^{4 6}.

El niño alcanza su juguete, lo toca realizando movimiento de barrido, no existe preferencia por los lados radial o cubital de su mano y va adquiriendo poco a poco habilidad unimanual. Esta es la forma más primitiva de prensión voluntaria^{4 6}.

Al 6° mes, toma los objetos sin titubeos, los pasa de una mano a otra en forma incesante y se los lleva a la boca.

En el 7° y 8° mes realiza movimientos de golpeteo con los objetos sobre la mesa, toma en cada mano objetos pequeños y los mantiene breve tiempo.

En el 9° mes realiza movimientos horizontales, junta juguetes dispersos y puede arrojarlos intencionalmente, gira las manos tomando como eje las muñecas (hace "tortitas", "qué linda manita").

Al 10° mes, el dedo índice adquiere el comando de la mano. El lactante toma los objetos previo señalamiento con el dedo índice y tiene prensión de tipo tijera en el cual el índice está extendido y el pulgar abducido; más evolucionada es la prensión en pinzas, en la cual el pulgar está en oposición y el índice extendido. Este tipo de prensión caracteriza la motilidad fina del lactante al principio del 4° trimestre.

En el 11° y 12° mes lo característico es la prensión en tenaza, es decir, el niño toma los objetos con el pulgar en oposición y el índice flexionado.

El lactante durante esta etapa de su evolución madurativa aprende a tomar los objetos pero tarda en soltarlos o entregarlos^{4 5 6 8}.

Para que el niño esté en condiciones de dar no basta solamente la maduración motora, se requiere maduración emocional que se obtiene como producto de experiencias positivas en el núcleo familiar. Esto acontece cuando se completa el 4° trimestre de vida^{4 9}.

Estas etapas son pautas madurativas del desarrollo neurológico del lactante y cualquier trastorno de ellas significa un retraso en las funciones de la mano y sus logros.

Se ha establecido como signos neurológicos anormales presuntivos, los siguientes hallazgos semiológicos:^{5 6 7}

1. - Ausencia del reflejo palmar en el RN.
2. - Pulgar incluido.
3. - Persistencia del reflejo palmar más allá del 3er. mes.
4. - Ausencia del reflejo tónico cervical.
5. - Persistencia del reflejo tónico cervical asimétrico o presencia del reflejo en forma estereotipada, rígida.
6. - Presencia de movimientos coreoatéticos más allá del 6° mes.
7. - Mano pasiva.
8. - Trastornos de la función neuromuscular.

La presencia de alguno de estos hallazgos semiológicos debe alertar al pediatra para la búsqueda de lesión orgánica en el lactante. Es importante que los padres tengan conocimiento de estas pautas madurativas y ante la menor sospecha de retraso madurativo acudan a la consulta pediátrica.

En todo programa destinado a la estimulación de la mano, en las sucesivas etapas de maduración, deben tenerse en cuenta las siguientes premisas:

1. - Durante el período de prensión refleja: la visualización de objetos de colores que favorezcan la percepción del objeto y su movilidad³.
2. - La ejercitación de la prensión voluntaria (sonajero, esferitas enhebradas, telas de diferentes texturas) a partir del 3er. mes.
3. - La utilización de juguetes que favorezcan el implante, desplazamiento, pasaje de una mano a la otra y juguetes que produz-

can ruidos y sonidos, a partir del 4°, 5°, 6° y 7° mes.

4. - La utilización de objetos de calidad diversa (tarritos de plástico, telas de color vivo, ositos, muñecas) que permitan establecer el vínculo afectivo del niño hacia el objeto a partir del 8° y 9° mes.

5. - Brindarles el material necesario para permitir los movimientos de la mano en toda su magnitud (por ej. carretes para rodar, libros de figuras infantiles, juguetes de arrastre) a partir del 3er. cuatrimestre de vida.

Agradecimiento: A los doctores: Héctor Parral, Ricardo Licastro, Jorge Ortiz, Sara Krupitzky por su valiosa colaboración.

BIBLIOGRAFIA

¹ S.Saint Anne Dargassies: "Desarrollo neurológico del recién nacido de término y pretérmino". Editorial Panamericana, Bs.As. 1957. Pág. 142.

² Coriat Lilia: "Complejo tónico cervical asimétrico". Revista del Hospital de Niños. 1974. Vol. 16. N° 62.

³ Lezine Irene: "Función del juego y de los juguetes en la vida de las guarderías".

⁴ Coriat Lilia: "Maduración psicomotriz en el primer año de vida". Editorial Hemil 1974. Pág. 103.

⁵ Coriat Lilia: "Desarrollo del lactante en el 1er. al 4° trimestre". Editorial Hemil 1974. Págs. 67, 75, 85 y 93.

⁶ S.Saint Anne Dargassies: "Control sistemático del recién nacido y del niño pequeño". Archivos Argentinos de Pediatría. 1977. Tomo 75. Pág. 66.

⁷ Helbrugge-Fritz Lajori y col.: "Diagnóstico funcional del desarrollo durante el primer año de vida". Editorial Marfil. 1980. Pág. 137.

⁸ Schlager Germán, Malterola Alejandro y Rojas Jorge: "Evaluación y significado pronóstico de signos neurológicos presuntamente anormales en el lactante de 1 a 6 meses". Pediatría. Santiago. 1978. 21:176.

⁹ Nelson W.: "Tratado de pediatría". Salvat Editores 1971. Pág. 26.

¹⁰ Illingworth Ronald S.: "El niño normal". Edición para países de habla española. Editor Madix S.A. Méjico 1972. Pág. 155.

¹¹ Jenkis Schacter y Bauer: "Este es su hijo pequeño". Edit. Paidós. 1976. Pág. 50.

¹² Kaplan Oscar Luis: "Mano y prehensión". Editorial Silka. 1976. Pág. 31.

¹³ Knight Charles: "El hombre prehistórico". Editorial Espasa Calpe. Buenos Aires. 1951. Pág. 26.

"Agradecimiento": A los Dres. Héctor Parral, Ricardo Licastro, Jorge Ortiz y Sara Krupitzky por la colaboración prestada en la elaboración del presente trabajo.

SINDROME DEL NIÑO ABANDONADO Y MALTRATADO

Dres: **María Vidal de Martín ***
Clara Glas de Fulgenzi **
Eduardo Ceballos ***
Luis Mazzuocolo ***
Roberto Chiarantano ****

RESUMEN

Previa una revisión de antecedentes de la literatura mundial sobre el tema, se describe la sintomatología más frecuente y las características psicosociales y se pasa revista a la legislación vigente en la materia.

Dado el desconocimiento general del cuadro en nuestro medio, sobre la base de las experiencias recogidas en la práctica y en los datos bibliográficos, hemos desarrollado un "Plan Integral de Ayuda al Niño Abandonado y Maltratado (PIANAM)", implementando en el Partido de General San Martín un sistema para su prevención, detección, notificación, tratamiento y rehabilitación de los afectados.

Los componentes serán: —El Centro Coordinador que funcionará las 24 horas en el Hospital Dr. Diego E. Thompson.

— Médicos privados y de otros servicios asistenciales zonales, que derivarán los casos sospechosos al Centro Coordinador.

Si el niño se encontrara internado en otros Centros Hospitalarios del Partido, se solicitarán los datos para Archivo, Estadística y eventuales acciones.

El Equipo Interdisciplinario de especialistas, reunidos todos los antecedentes, evaluará las condiciones bio-psico-sociales familiares, aconsejando la conducta a seguir.

Se procurará la asignación de recursos para que el sistema funcione.

SUMMARY

Antecedents about the topic have been revised in the general bibliography; the most frequent symptomatology and the psychosocial characteristics are described and we have reviewed the legislation going on.

Three cases of this syndrome have been pointed out.

Because of the general unknowledge of this subject in our way of living, due to experiences in real practice and to the bibliographic data we have founded "PIANAM" (It's for the Special Care of Abandoned and Badly Treated Children). We have implanted for General San Martín City a system to prevent, detect, notificate, take care and rehabilitate damaged children.

The components will be: The Coordinator Centre, opened 24 hours a day, at "Diego E. Thompson Hospital". Private Physicians and other local assistential services, which will derive all cases to the Coordinator Centre.

If the patient is in another hospital, it will be required the data for records, statistics and eventual actions.

The Interdisciplinary Group of specialists will consider the antecedents first; then they

* Jefe de la División Pediatría y Neonatología. ** Subjefe de la División Pediatría y Neonatología. *** Médico agregado. **** Jefe de Departamento Médico. Universidad de Buenos Aires - Facultad de Medicina - Unidad Hospitalaria "CH" - Hospital Municipal "Dr. Diego E. Thompson" de Gral. San Martín.

wil evaluate the family bio-psycho-social conditions and advise people how to manage the child according to this.

We'll have to get enough help to have the system going on properly.

*"FAVORECER EL AMOR, LA AUTOESTIMA,
EL RESPETO, LA CONFIANZA Y LA
SEGURIDAD EN EL NIÑO ES CREAR
UN MUNDO MEJOR"*

Introducción

No hay un criterio uniforme con respecto al alcance del término abuso y maltrato infantil. Algunos se refieren exclusivamente a los niños golpeados o apaleados; otros incluyen a los faltos de cuidados, desnutridos, privados de tratamiento médico necesario; a los que se les administró drogas potencialmente nocivas para la salud y/o aquellos que recibieron maltrato psíquico o abuso emocional.

En 1962 Kempe¹ denominó a este cuadro "Síndrome del niño golpeado", recibiendo posteriormente distintos nombres: "Síndrome de abuso y abandono del niño", "Síndrome del niño maltratado", "Apaleado" y/o "Traumatismo X".

En nuestro país, aun en los grandes centros urbanos, se carece de datos estadísticos con respecto a la frecuencia del maltrato en la infancia. Se han comunicado casos individuales, desconociéndose la magnitud del problema⁶.

En Estados Unidos fue exhaustivamente investigado, pero no existe acuerdo entre las distintas estimaciones; según Kempe² ocurren 60.000 casos por año, mientras que Newberger³ y Mindlin⁴ calculan valores más altos (desde 400.000 hasta 2,5 millones anuales, respectivamente).

Las muertes atribuibles se estiman en 200 a 400 por año en todos los estados norteamericanos. Se calcula que por cada caso comunicado de abuso se registran 4 de abandono⁵.

La disparidad de los resultados estadísticos sería consecuencia de la falta de comunicación, de la sospecha del cuadro y del desconocimiento de éste en algunos medios asistenciales.

Según Fontana⁷, "el niño golpeado, no es más que la última fase del espectro del síndrome de malos tratos". "El pequeño se presenta a menudo —dice— sin signos manifiestos de haber sido golpeado, pero con numerosas pruebas secundarias de privación emo-

cional y, en ocasiones, alimentarias, de descuidos y malos tratos".

Desde un punto de vista práctico, definiremos este síndrome como todo traumatismo, no accidental, administrado con fuerza suficiente para dejar marca o, que sin evidencias clínicas demostrables, provoque lesiones que requieran tratamientos. Incluye el abuso sexual que en muchos casos queda sin diagnóstico.

El maltrato psíquico es evidente cuando los niños son abandonados o encerrados durante largos períodos. Pasa inadvertido cuando el pequeño es permanentemente rechazado o reprendido y esta actitud altera el desarrollo normal de su personalidad.

La negligencia alimentaria es la causa más común predisponente o determinante de morbimortalidad en menores de 1 año de edad, en la Argentina, variando sus porcentajes en relación directa con las carencias socioeconómicas y culturales zonales.

Existe, en determinados medios, tolerancia social y cultural hacia los castigos corporales, considerándoles un correctivo y en el caso de lesiones el causante rara vez admite la autoría del hecho.

El presente estudio tiene por objetivos: alertar al personal médico y auxiliar sobre las características de este síndrome para su detección precoz y comunicar el desarrollo de un plan integral de ayuda al niño abandonado y maltratado en nuestra área de influencia.

Historia

Este síndrome no fue reconocido como tal hasta hace pocos años porque resultaba difícil —pensamos— aceptar la existencia de padres que fueran capaces de maltratar a sus hijos.

En 1874, según relata Fontana⁷, los progenitores de Mary Allen fueron llevados ante los Tribunales de Nueva York por sus vecinos, debido a los severos castigos que le aplicaban; no se los pudo sancionar ya que el abuso físico no estaba penado por la ley. El juez solicitó la presencia de la Sociedad para la Prevención de la Crueldad al Animal (ya que la niña era un miembro del reino animal); el caso fue juzgado y la niña llevada a otro hogar.

Al poco tiempo se fundaron en Nueva York y Filadelfia las "Sociedades para la

Prevención de la Crueldad en los Niños”, pilares para el desarrollo de los derechos del niño.

Augusto Ambrosio Tardieu⁸, en 1860 se refirió a este síndrome en la comunicación “Etudes médicas Legales des blessures”.

En 1907⁸ el estado de Indiana promulgó reglamentos sobre abandono tan amplios, elocuentes y adelantados para su época, que permanecieron desde ese entonces sin modificación hasta la actualidad; “todo individuo varón menor de 16 años o mujer de 17, privados de atención paterna o tutela adecuada que habitualmente mendiga o solicita limosna, viviendo en casas de mala nota o con personas viciosas, o de fama dudosa, que presta sus servicios en cantinas o tabernas, o cuyo hogar por negligencia, crueldad o depravación punibles por parte de sus padres, tutores u otras personas responsables de su cuidado, es un lugar en absoluto inadecuado para residencia de un menor, o cuyo ambiente es de tal índole que se justifica, en interés del niño, que el Estado se encargue de su protección y cuidado”.

Ingraham y Matson¹⁰ se refieren por primera vez en 1946 al origen traumático de los hematomas subdurales. Estudian 319 casos, la mayoría menores de 1 año de edad, con un pico de incidencia a los 6 meses.

Puntualizan la vaguedad de los síntomas: antecedentes de parto traumático 26%, trauma posnatal 20%; vómitos 28%; hiperirritabilidad 41%; estupor 32%, fiebre 57%; hiperreflexia 52%; fontanela abombada 36%; aumento de la circunferencia craneana 29%; hemorragias de fondo de ojo 22%; parálisis 19%; fracturas de cráneo 9%.

No debe ser excluido el hematoma subdural, aunque no exista antecedente traumático (46%) y aunque no se manifiesten signos externos de lesiones durante el examen físico.

En 1946, John Caffey¹¹ comunica su estudio acerca de 6 lactantes con hematoma subdural y múltiples fracturas de huesos largos, en distintos estadios de consolidación. Se refiere a las manifestaciones clínicas esenciales del niño sacudido. Hace hincapié en la vulnerabilidad de la cabeza infantil y en que el zarandeo también puede ser causa de retardo mental y daño cerebral permanente.

Posteriormente el mismo autor publica nuevos hallazgos sobre el tema^{12 13}, refiriéndose a las fracturas angulares con he-

morragias subperiósticas de los huesos largos y también a las hemorragias intracra-neales e intraoculares y a su posible etiología referida al maltrato infantil.

Silvermann¹⁴ en 1953 y Wolley y Evans¹⁵ en 1955 se refieren al traumatismo inferido voluntariamente a infantes.

En 1961 la Academia Americana de Pediatría realiza una encuesta sobre la incidencia del maltrato infantil. El informe de dicho estudio lo publican Kempe, Silvermann y col. en 1962¹⁶ en su clásico artículo.

Denominan a esta patología “Síndrome del niño golpeado”, como una expresión utilizada para caracterizar un estado clínico en niños pequeños que han sido objeto de malos tratos físicos graves.

Destacan la mayor frecuencia en niños menores de 3 años, sus manifestaciones clínicas, la sospecha en casos de muerte súbita e inexplicable y en cuadros de falta de progreso de la curva pondoestatural.

Subrayan, asimismo, que es difícil aceptar, por parte del médico, la culpabilidad de los padres como autores del hecho.

Presentan una estadística significativa referida a la incidencia de esta patología en 71 hospitales en un período de 1 año. Registran 302 casos; fallecieron 33; 85 sufrieron daño cerebral permanente y en 100 casos el diagnóstico médico fue seguido de acción legal.

También investigaron 77 distritos, que informaron 447 casos en 1 año. De ellos 45 fallecieron y 29 presentaron daño cerebral permanente. En un solo día en el Hospital General de Colorado se registraron 4 ingresos de infantes maltratados por sus padres; 2 de ellos fallecieron por traumatismo craneoencefálico.

Hacen referencia al hecho de que “sociedades civilizadas no permiten el aborto y protegen el normal desarrollo del nuevo ser intraútero, no así su desenvolvimiento en los primeros años de su vida, cuando no pueden defenderse”.

Kempe¹⁷ en 1974 se refiere a la obligación de denuncia de este síndrome.

Newberger¹⁸, del Hospital Universitario de Niños de Boston, Massachusetts, observó que en el período 1969-70, en 62 casos de abandono y maltrato infantil, 39 fueron hospitalizados, hubo 3 reinternaciones por la misma causa y 1 deceso. El porcentaje de reingresos, por lo tanto, era del 10%, el promedio de internación de 29 días y el costo promedio de cada una de ellas de 3.000 dóla-

res. Integró entonces un equipo interdisciplinario e interagencial que seguía cuidadosamente al niño después de la externación.

Durante el período 1970-1971 se atendieron 86 casos, 60 de los cuales fueron hospitalizados. El tiempo de internación se redujo a 17 días con un costo promedio de 2.500 dólares cada una.

Tuvieron una sola reinternación, es decir el 1,7% de recidiva.

Green²⁰ en 1975 relata su experiencia en el Centro Médico Nacional de Washington, coincidiendo con otros investigadores en que el 10% de todos los traumatismos son debidos a abuso físico en menores de 3 años de edad, que el 30% de las fracturas en menores de 2 años no son accidentales y que en el 50% de los casos obtuvo pruebas evidentes de malos tratos previos.

Distintos autores se refieren a los aspectos psicológicos y sociales del síndrome: Melnick y col.²¹ dicen que los padres rara vez son neurópatas o psicópatas; Gelles²², Gil²³, Silver²⁴ y Smith²⁵ lo asocian con la pobreza, el abuso de alcohol o drogas por parte de los padres; aislamiento social; tensión conyugal y desempleo.

Burt²⁶, lo mismo que Newberger¹⁸, sugieren que el tratamiento interdisciplinario coordinado puede reducir el tributo de nuevos daños, mientras los niños permanecen en sus propios hogares.

Mindlin⁴ enfoca el tema de la rehabilitación del paciente, en una familia sana, en lo posible la propia, realizando el tratamiento de la problemática familiar. Asimismo destaca el importante rol del pediatra en cuanto a prevención, sospecha, diagnóstico y tratamiento.

Un estudio reciente sobre los programas para combatir los malos tratos en los niños fue realizado por Berkeley Planning Associates²⁷.

Durante 3 años se estudiaron 11 programas terapéuticos experimentales diferentes. Bajo los auspicios del First National Child Abuse Program Evaluation, recibieron tratamiento 1.724 adultos y aproximadamente 100 niños que fueron objeto de malos tratos.

El programa, además de proporcionar los servicios médicos al niño, tenía por finalidad disminuir las posibilidades futuras de recidivas. Se suponía que tratando a los adultos responsables mejorarían las condiciones sociales, psicológicas y ambienta-

les que condujeron inicialmente al comportamiento abusivo.

A pesar de ello un 30% de los progenitores reincidieron durante la terapéutica. La gravedad del abuso inicial, la presencia de antecedentes de este tipo y la magnitud de las crisis familiares presentes son factores a tener en cuenta.

Al finalizar el estudio, la posibilidad de reincidencia había disminuido en el 42% de los padres; esas cifras mejoraron cuando se completó la terapia profesional con la concurrencia a Parents Anonymous, una agrupación no profesional de ayuda mutua.

Los problemas psicosociales y de desarrollo de los 100 niños sometidos a malos tratos se vieron beneficiados por el tratamiento psicoterapéutico.

Según los hallazgos del presente estudio se deben diferenciar los casos graves y los leves de este síndrome y brindar a los primeros un tratamiento intensivo.

El pediatra debe diagnosticar y diferenciar los cuadros de acuerdo con su gravedad. A él le corresponde participar en los programas terapéuticos y no sólo limitarse a proporcionar información a los Tribunales. Dado su íntimo contacto con la familia a causa de las visitas rutinarias y de las enfermedades del niño, puede vigilar la situación sin ser un control formal.

Aspecto médico

No es el niño gravemente golpeado, ni el muerto, según Green²⁰, el que plantea las mayores dificultades diagnósticas sino aquel que presenta hallazgos más sutiles, y la sospecha se basará en la actitud de los padres, el interrogatorio dirigido y la cuidadosa observación clínica.

En todo caso dudoso se procederá a la hospitalización inmediata del paciente para protegerlo, hasta que se investigue la situación familiar.

Morris y col.²⁸ han descripto 28 características distintivas en la conducta de los padres responsables de este síndrome. Las más importantes son, a nuestro entender:

- Actitud contradictoria o negativa.
- Cuando se niegan a explicar cómo sucedió el traumatismo o dan vagas referencias; por ejemplo: "se cae a menudo", "su hermano le pegó", "se cayó de la cama", o existen diferencias entre los

relatos de ambos progenitores o entre éstos y los de los testigos.

- Los padres no implicados saben exactamente las circunstancias en que les ocurre un accidente a sus hijos.
- Reacciones o respuestas inapropiadas, de enojo o crítica hacia el niño lesionado, o hacia el personal que lo atiende, falta de interés por la gravedad y pronóstico de las lesiones.
- Discrepancia entre la historia relatada y el estado de las lesiones físicas.
- Si transcurrió un lapso prolongado entre el momento de producirse el hecho y la consulta médica.
- El presunto culpable no toca ni mira al niño y en general tiende a proyectar la culpa en un tercero o en un hermano menor.
- Observar la actitud de las madres durante el parto y en las salas de púerperas, en especial si son solteras, con uniones ilegítimas y en casos de niños prematuros o defectuosos que están más expuestos al abandono.
En esta tarea es útil la colaboración del personal auxiliar que tiene mayor contacto con las enfermas.
- Toda historia de lesiones poco convincentes en niños menores de 3 años, que son los más expuestos e indefensos, ya que no pueden expresarse por sí mismos.
- Actitud indiferente ante el llanto del niño, o a veces exagerada.

ANAMNESIS

Es rara —dijimos— una confesión directa del causante; el médico no debe buscarla y evitará preguntas incriminatorias. Se interrogará a los padres sobre:

- a) Historia familiar, considerando que excepcionalmente son psicópatas o sociópatas, pero sí inadaptados; que fueron a su vez maltratados, abandonados o golpeados en su infancia y buscaron parejas similares y tienen con respecto a sus hijos exigencias irreales para satisfacer sus propias frustraciones y ante la falta de respuesta emplean castigos aleccionadores.
- b) Alcoholismo, que puede ser un factor agravante.
- c) La existencia de crisis familiares: por pérdida del trabajo, gastos exagerados, enfermedad, separación, divorcio o muerte,

o por motivos triviales que pueden llevar a un descontrol emocional.

- d) Los antecedentes del niño, frecuencia de los controles de salud, historia alimenticia y cumplimiento o no del cronograma de las vacunaciones profilácticas, ya que éste es, por lo común, un pluricarenciado psicoafectivo alimentario y sociocultural.
- e) Se prestará especial atención si se trata de embarazos no deseados, de pretérmino o niños nacidos con defectos físicos.
- f) Prolongada separación del binomio madre-hijo, que pudo haber anulado el vínculo que normalmente debe existir entre ellos.
- g) Si no hubo alimentación materna y sus causas.

EXAMEN FISICO

Es importante durante el examen físico tener en cuenta:

- a) La reacción de un niño normal será de llanto. Una actitud pasiva, sin quejarse, llorar ni moverse, permaneciendo en la posición en que se lo coloca, sin pedir ni buscar la mirada de los progenitores, son datos sospechosos.
- b) El descuido o la falta de higiene del niño.
- c) El grado de desnutrición valorado por las tablas correspondientes debido a la privación de aporte calórico y proteico adecuado.
- d) El retraso madurativo para la edad, de acuerdo con el test de Gesell y Amatruda (u otros).
- e) Las alteraciones del comportamiento y de la conducta.
- f) Las lesiones a nivel cutáneo:

Contusiones o cicatrices múltiples en diversos estadios de curación: mordeduras humanas; quemaduras de cigarrillo o por inmersión obligada de manos, nalgas y/o pies; huellas de dedos en los brazos por zamarreo; lesiones en genitales, zona glútea y lumbar (descartar manchas mongólicas), inexplicables. Marcas peribucales infringidas para acallar al niño o por administración forzada del biberón, se consideran características.

Las mordeduras humanas presentan centro claro rodeado de hiperpigmentación periférica.

Cuando para el castigo se emplea un instrumento duro la disposición de los he-

matomas recuerda a menudo la forma de éste (Sussman²⁹); objetos romos dibujan su forma como ronchas o magulladuras; cuerdas, sogas y látigos dejan marcas curvas sobre la piel.

El 10% aproximadamente de los casos de abuso físico presenta quemaduras (Gillespie³⁰); las más frecuentes son producidas por cigarrillo: circulares, de tamaño uniforme, con áreas punteadas localizadas a menudo en plantas y región preesternal. Se deberá realizar el diagnóstico diferencial con el impétigo bulloso; sus elementos tienen un tamaño variable, se agrupan y presentan signos de infección³¹.

Las quemaduras por contacto pueden no ser intencionales, pero son dignas de tener en cuenta si se localizan en los pies; las escaldaduras por sumersión en agua caliente tienen una clara línea demarcatoria del nivel de la lesión.

- g) Los traumatismos intraabdominales: se prestará especial atención, cuando existan: dolor, vómitos, distensión abdominal o ausencia de ruidos intestinales (como manifestación de desgarro del mesenterio, del intestino delgado y/o ruptura de víscera). Los traumatismos intraabdominales figuran en segundo lugar entre las causas de muerte de estos niños³⁰.
- h) Lesiones oculares en las que a veces pueden observarse hemorragias internas; dislocación del cristalino y desprendimiento de retina que pueden provocar trastornos permanentes de la visión en uno o ambos ojos.
- i) Pueden existir hematomas subdurales (50%), a veces acompañados por fractura de cráneo y en la mayoría de los casos por hemorragias retinianas.
En casos de sacudidas y zamarreo el niño no presenta evidencias físicas del castigo, sólo sintomatología neurológica (¿debido al hematoma?): convulsiones, irritabilidad, vómitos, trastorno de los reflejos, del tono muscular, de los movimientos respiratorios, coma. Es la causa más común de muerte en el niño maltratado y queda frecuentemente sin diagnosticar.
- j) Si hubo abuso sexual resulta imprescindible realizar un examen genital ante toda sospecha de este síndrome y en particular cuando existan vulvitis y/o enfermedades venéreas.
Este tipo de maltrato se presenta con mayor frecuencia en niñas que en varones.

En caso de incesto, en general las madres conocen y toleran la situación. Se realizará un examen cuidadoso, se conservarán las ropas interiores como pruebas y se requerirá un inmediato extendido vaginal para frotis y coloración de Gram.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- A) **Laboratorio:** los estudios mínimos necesarios son: hemograma; orina; urocultivo; pH en materia fecal; calcemia; coagulograma para distinguir los problemas hemorrágicos espontáneos³¹.
- B) **Radiología:** es indispensable realizar radiografía de: huesos largos; cráneo; tórax; pelvis.

Las fracturas son sospechosas cuando:

- Se presentan en huesos largos en menores de 3 años.
- Cuando existe una única fractura acompañada de otras lesiones no explicadas satisfactoriamente, o cuando son múltiples y se encuentran en distintos estadios de consolidación, pues indican traumatismos repetidos.
- Son angulares o conminutas cuando se producen por zarandeo, que desgarra el periostio y fragmenta un ángulo metafisario.

Casuística

Presentamos tres casos de abuso y abandono, diagnosticados en el Servicio de Pediatría y Neonatología del Hospital Municipal Dr. Diego E. Thompson del Partido de Gral. San Martín, y uno de ellos tratado en los hospitales Mariano R. Castex y Ricardo Gutiérrez.

Caso 1:

Edad: 19 meses.

Ingresó: 16/4/81.

Peso actual: 7,900 kg (5 desviaciones estándar por debajo del 5° percentilo).

Motivo de internación: politraumatismos.

Enfermedad actual: es traído a consulta hace 15 días por falta de inmunizaciones; se indica internación por distrofia de 2° grado y raquitismo, negándose su progenitora. Nuevamente es traído en la fecha por poli-

traumatismos. La madre refiere "caída desde la cama" y se niega a hospitalizarlo. Se da intervención al Juzgado de Menores y se interna con diagnóstico presuntivo de síndrome de abandono y malos tratos.

Antecedentes personales: parto domiciliario, peso al nacer 1,800 kg. Internado durante 1 mes por prematuridad. No concurre a controles periódicos de salud ni recibe vacunación alguna. No refiere otros antecedentes.

Antecedentes familiares: Padres: madre de 24 años, sana. Padre de 30 años, sano. Hermandad: 3 hermanas, una de ellas de 4 años de edad con retraso mental severo, que requiere constante atención. Las demás de 2 años y de 6 meses, sanas.

Antecedentes socioeconómicos y culturales: vivienda de madera y chapa, sin sanitarios. Padres semianalfabetos; el progenitor trabaja de ayudante de albañil, sueldo mensual \$ 1.000.000.

Examen físico: actitud retraída, permanece horas sin variar de posición, no llora ni se ríe. Piel pálida y seca, escoriaciones múltiples en miembros inferiores y cara. Tumefacción palpable y dolorosa en región frontal media y en tercio inferior de antebrazo izquierdo.

Alopecia en áreas. Tejido celular subcutáneo muy escaso. Rosario costal visible y palpable. A la palpación en hemitórax izquierdo aparentes fracturas costales C6 y C7. Luxación de hombro derecho con dolor a la movilización pasiva y activa. Impotencia funcional. Atraso madurativo significativo. No se para ni camina, se sienta con apoyo. No habla ni ejecuta ningún tipo de juego sencillo; tampoco toma objetos que estén a su alcance; no tiene sonrisa social.

Laboratorio: anemia hipocrómica: 3.000.000 glóbulos rojos, Hb 9,9 g%. Fosfatasa alcalina 81 U K A%. Fosfatemia 3,16 mg% (fósforo total). Proteínas totales 5,5%.

Radiología: signos radiológicos de raquitismo, retardo en la maduración ósea, incurvación patológica de las diáfisis de cúbito y radio. Fracturas en distintos estadios de consolidación: miembros superiores: ambos radios; tercio inferior de cúbito izquierdo. Húmero derecho, tercio inferior. Miembros inferiores: muesca en tercio medio de tibia izquierda. Costillas y arcos posteriores izquierdos C6 y C7.

Informe del Servicio de Psicopatología: los

padres manifiestan estar desconcertados, no se explican qué pasó con Juan.

La madre, aparentemente, mantiene un buen vínculo con su hijo, se muestra angustiada y teme la probable separación. Insiste sobre las frecuentes caídas del niño y que siempre es correctamente atendido y alimentado.

La hija mayor de 4 años, con severo retraso mental, es el foco de la atención familiar.

Intervención: Juzgado de Menores N° 1, Tribunales de San Martín.

Evolución: tratamiento médico. Se reduce luxación y se efectúa vendaje de Velpeau. Vitaminoterapia. Alimentación hiperproteica e hipercalórica. Psicoterapia. Buena evolución, se traslada el 22/5/81 al Hospital Zonal Especializado "Dr. Noel H. Sbarra" (La Plata).

Caso 2:

Edad: 22 meses.

Ingresa: 7/6/79.

Peso actual: 6,670 kg (7 desviaciones estándar debajo del 5° percentilo).

Motivo de internación: politraumatismos. Distrofia de tercer grado. Raquitismo.

Enfermedad actual: traída por la Policía Provincial por denuncia del vecindario, debido a las condiciones paupérrimas y denigrantes en que vivía.

Antecedentes personales: la madre en ningún momento colabora con el interrogatorio, aparenta debilidad mental.

Parto domiciliario, ignora peso de nacimiento, no tiene inmunizaciones. Según la progenitora siempre fue satisfactoriamente alimentada y no tuvo ningún traumatismo ni enfermedad.

Antecedentes familiares: madre de 22 años, sana. Padre de 58 años, sano. Un hermano distrófico que se interna (ignora la edad que, de acuerdo con el examen físico y óseo, se calcula en alrededor de 2 años) también en el Servicio de Pediatría.

Antecedentes socioeconómicos y culturales: madre deficiente mental. Unión extramatrimonial. Viven encerrados en una habitación de madera, sin sanitarios ni agua. En un departamento frontal de material, con agua y servicios sanitarios, habita el padre con su familia legítima. Madre analfabeta. Padre perito mercantil.

Examen físico: niña apática, retraída. Piel y mucosas secas. Ausencia de tejido subcutáneo. Tórax en pecho de pollo. Craneotabes

y rosario costal. Ensanchamiento de las epífisis óseas. Marcado retraso de la dentición. Varoquinismo bilateral. Desviación del eje de la muñeca izquierda hacia afuera por fractura mal consolidada. Retraso madurativo importante. Hipotonía e hipotrofia generalizada, mayor en miembros inferiores.

Laboratorio: anemia hipocrómica: Hb 8,2%. Proteínas totales 5,12%. Fosfatasa alcalina 280 UKA%. Fósforo inorgánico 2,12 mg%. Radiología: múltiples fracturas en miembros en distintos estadios: 1) muñeca izquierda; 2) cúbito y radio izquierdo, tercio medio; 3) clavícula derecha, tercio medio; 4) tibia izquierda, tercio inferior; 5) húmero derecho tercio superior.

Informe del Servicio de Psicopatología: el padre presenta una inteligencia media (estudios secundarios) con perturbaciones psicológicas graves. No manifiesta angustia y en cambio expresa placer sádico ante el sufrimiento de una de sus familias. Tiene delirios de grandeza, se siente un ser superior, con exagerados sentimientos de autoestima.

Intervención: Juzgado de Menores N° 2, Tribunales de San Martín.

Evolución: por presentar sarampión intercurrente se deriva al Hospital Muñiz, donde fallece por bronconeumonía el 12/6/79.

Caso 3:

Edad: 3 años.

Ingresa: 10/6/81.

Peso: 15 kg. P% 75-50.

Motivo de internación: deshidratación grave por diarrea y vómitos. Descartar: meningococemia. Sepsis. Intoxicación.

Antecedentes personales, familiares y socioeconómicos: no se obtienen al ingreso por estar el padre en constante estado de ebriedad y no concurrir la madre. Se informa al Servicio Social.

Examen físico: niña obnubilada, febril, soporosa. Piel seca, pálida, terrosa. Lesiones cicatrizales posteriores a quemaduras de plancha a ambos lados de la región umbilical. Escara necrótica de 4 X 2 cm en glúteo derecho. Dermatitis del pañal. Mucosas pálidas y secas, queilitis. Petequias en cara, cuello, antebrazos y región paraumbilical derecha. Edemas en manos, pies y sacro. Hepatomegalia de tres traveses de dedo, borde ro-mo, consistencia aumentada.

Examen neurológico: actitud pasiva, rigidez de nuca y tronco. Marcha ausente. Motili-

dad activa muy disminuida, menor fuerza muscular, hipotonía, reflejos osteotendinosos pobres, moderada respuesta a estímulos dolorosos. Posteriormente se agregan convulsiones tonicoclónicas del brazo izquierdo y movimientos de lateralización de la cara hacia la izquierda. Al ingreso, el cuadro se interpreta como meningoencefalitis por meningococo; se descarta luego por punción lumbar normal. Se consulta al Servicio de Toxicología del Hospital Posadas descartándose intoxicación.

Laboratorio: 1) hemograma: neutrofilia, neutrófilos con granulaciones tóxicas; 2) ionograma: deshidratación hipotónica; 3) G.O.T. 150 U/K.G.P.T. 44 U/K.; 4) fosfatasa alcalina: 1079 UKA; 5) hipoprotei-nemia (5 g%); descenso de albúmina (2,66 g%).

Fondo de ojo: papila pálida, bordes nítidos, resto s.p.

EEG: intenso sufrimiento cortical difuso, encefalítico incipiente o toxicometabólico. Interrogatorio al tercer día de internación: recién concurre la madre. Relata que la enfermedad de la niña comenzó 8 días antes con diarrea, vómitos, dolor abdominal y fiebre alta. Según manifiesta, la trata por un "enfriamiento, colocándole la plancha caliente, produciendo quemaduras". Como no mejora, la lleva a la consulta. Refiere que la niña desde muy pequeña ingiere "un poco de vino en todas las comidas". Durante la internación de la niña fallece el hermano de 17 meses, de muerte dudosa, en la Guardia del Hospital R. Gutiérrez. (Informe macroscópico de la autopsia: sepsis, síndrome de Reye, desnutrición. No se observan signos de violencia ni hematomas.

Informe del Servicio de Psicopatología: padres con actitud semiestuporosa, sin noción de tiempo ni espacio. No se angustian ante el estado de la niña, ni al informarles el fallecimiento de su hijo menor. Informe socioambiental: barrio de emergencia, vivienda de madera y chapa, casa parcialmente cubierta de agua. Padre alcohólico, poco afecto al trabajo, convive con hermano alcohólico. Madre supuestamente alcohólica. Tratan con agresividad a sus hijos.

Intervención: Juzgado de Menores N° 1, Tribunales de San Martín.

Evolución: estado estacionario. Se deriva al tercer día de internación por infección intercurrente al Hospital de Niños, R. Gutiérrez, donde se confirma el diagnóstico de

insuficiencia hepática por intoxicación alcohólica. Permanece internada durante 2 meses, sin visitas paternas durante los primeros 16 días de su internación, presentando durante este lapso un cuadro de mutismo y anorexia que cede cuando se presentan los padres. Al ser dada de alta es derivada nuevamente al Policlínico Castex, por razones jurisdiccionales. Concorre por única vez el 12/8/81 a dicho policlínico, donde se constata su buen estado general. Al no presentarse a la siguiente citación médica se da aviso al Servicio Social y por su intermedio a la Justicia, dado el alto riesgo que significa la persistencia de la ingesta de alcohol.

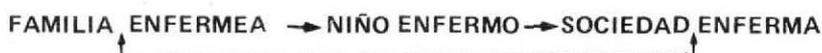
Tratamiento: hidratación parenteral. Antibioticoterapia. Dieta. Tratamiento psiquiátrico.

Esfera psicosocial

“El abandono y el maltrato infantil son la expresión en el niño de una enfermedad de adultos”. Smith³³.

Refleja una grave alteración familiar.

La familia está inserta en una comunidad que no protege a sus miembros más vulnerables, arribándose a una disfunción social integral:



La etiología del síndrome, según Helfer³⁴, se debe a una tríada compuesta por: a) un niño especial, b) más un tipo particular de padres, c) más una crisis familiar.

a) Niño especial —ya dijimos— es aquel que no estableció buenos vínculos con sus progenitores: distinto de sus hermanos; no deseado, pretérmino, enfermo, hiperactivo y/o llorón³⁵.

Se desencadena una crisis y el niño se convierte en el sujeto sobre el cual se descargan sentimientos de ira y frustración.

b) Los padres de estos niños fueron a su vez abandonados y maltratados en su infancia, fenómeno cíclico que se repite de generación en generación. Romper este círculo vicioso constituye uno de los objetivos fundamentales del tratamiento. Estudios psicológicos de las personalidades de los progenitores descartaron, en general, la existencia de psicosis, neurosis o alteraciones graves en su vida de relación.

c) Crisis familiares por pérdida de trabajo y otros motivos descriptos en anamnesis.

Se planteó la posibilidad de prevenir esta patología identificando a los padres potencialmente agresores.

En la práctica surgen innumerables interrogantes:

- ¿Quiénes estarán capacitados para realizar esas investigaciones?
- ¿Cómo se evaluarán los resultados?
- ¿Cuál será el impacto sociofamiliar de cla-

sificar a un padre como potencialmente agresor de su hijo?

— ¿Será factible cumplimentarla en todos los grupos socioeconómicos?

Es prioritario, creemos, el tratamiento asistencial del niño y la rehabilitación familiar.

Como éste se reintegra a un hogar sin adoptar las medidas terapéuticas correspondientes se produce un 50% de recidivas con traumatismos graves y un 10% de muertes¹⁹ y, aun sin nuevos episodios de malos tratos, persiste la disfunción familiar interfiriendo en el normal desarrollo biopsicosocial del niño y condicionando nuevos padres agresores.

Al decir de Solnit³⁶, el respeto a la intimidad de la familia y los mejores intereses de los niños son concordantes entre sí en aquellas familias que funcionan normalmente.

EL NIÑO DEBE SER DEVUELTO A UNA FAMILIA ARMÓNICA, UNIDA Y SANA

Esfera social

Los padres que someten a sus hijos a malos tratos provienen de todo tipo de grupos raciales, geográficos, religiosos, ocupacionales y socioeconómicos, siendo mayor la

incidencia en los medios menos favorecidos -socio-económico-culturalmente³⁷.

En las familias acomodadas existirían más casos que los señalados de carencia psicoafectiva, abuso emocional y privación materna, que en su mayoría pasan inadvertidos.

Ante la sospecha, el personal profesional se mostrará reticente a efectuar la denuncia³⁸, a veces por posibles represalias, otras porque no entiende cómo familias con holgada posición sociocultural puedan ser causa del síndrome.

La República Argentina con grandes migraciones internas, dilatadas extensiones con baja densidad demográfica y modernos centros urbanos, rodeados de barrios de emergencia, constituye un contexto característico.

Las condiciones de vida e higiene, el acceso a la educación y las posibilidades de progreso varían en los diferentes ambientes: urbano, suburbano y rural³³.

En los medios marginados, los bajos ingresos, la inestabilidad familiar, la falta de instrucción, el alcoholismo, el déficit alimentario, las viviendas deficientes, son factores directamente relacionados entre sí y que pueden provocar sentimientos de tensión emocional, de frustración y enojo, desencadenando frecuentes crisis.

1. Aspecto familiar: situación familiar alterada, madres solteras, viudas o separadas. Son más importantes las uniones inestables que la ilegitimidad del vínculo.

2. Aspecto social: exaltación de la violencia en los medios masivos de difusión. Tolerancia, en determinados ambientes, hacia los castigos corporales en los niños, considerándolos correctivos y aleccionadores. Alcoholismo.

3. Aspecto económico: viviendas deficientes y hacinamiento. Deficiente situación laboral: falta de empleos dignos, inestabilidad laboral y bajos salarios.

4. Aspecto cultural: instrucción insuficiente, analfabetismo.

5. Infraestructura deficiente: inexistencia de planes preventivos coordinados y obligatorios para la conservación de la salud. Falta de agua potable, luz y obras sanitarias. Todo ello debe ser exhaustivamente investigado; de ahí la importancia que una exacta valoración social tiene en el conjunto de datos a considerar.

Esfera legal

En su parte dispositiva los Códigos Civil y Penal permiten aplicar sanciones acordes con las situaciones planteadas.

Legislación civil

Código Civil⁴⁰

La situación de abandono de un menor puede derivar en resoluciones que afecten a éste y/o a sus progenitores; en cuanto al menor se aplican medidas de carácter tutelar o proteccional; con respecto a sus padres, sancionatorias, a causa de haber incumplido con las obligaciones derivadas del ejercicio de la Patria Potestad.

La primera y más importante de las instituciones de protección al menor es la Patria Potestad, concebida como "... el conjunto de derechos y obligaciones que corresponden a los padres sobre las personas y bienes de sus hijos, desde la concepción de éstos y en tanto sean menores de edad y no se hayan emancipado. . .". En condiciones normales se encuentran protegidos integralmente por esa función especial que es llevada a cabo por sus padres dentro del ámbito familiar. Su régimen legal está legislado en los artículos 264 a 310 del Código Civil. En efecto, el artículo 307 establece:

Inciso 1º: "En el caso del padre que comete un delito contra su hijo menor de edad: la pérdida del derecho de la Patria Potestad, medida que resulta irrevocable.

Inciso 2º: Por la imposición o abandono que el padre o madre hiciera de sus hijos, para el que los haya abandonado (pero debe tratarse de abandono doloso y comprobado).

Inciso 3º: Imputa la misma sanción —pérdida de la Patria Potestad— por dar el padre o madre a los hijos consejos inmorales o colocarlos dolosamente en peligro material o moral, para el que lo hiciera".

La Ley plantea otra alternativa, la suspensión del ejercicio de la Patria Potestad (art. 309 del Código Civil, reformado por Ley 10.903), "... Si el padre o madre tratase a sus hijos, sin motivo, con excesiva dureza, o por consecuencia de su ebriedad consuetudinaria, inconducta notoria o negligencia grave, comprometiese la salud, seguridad o moralidad de sus hijos. Esa sus-

pensión puede durar desde un mes hasta que llegue a la mayoría de edad”

Legislación penal

Código Penal ⁴¹

a) Delitos contra la vida :

Art. 80: “Reclusión perpetua o prisión perpetua al que matare : 1º) a su ascendiente, descendiente o cónyuge, sabiendo que lo son”.

Art.81: “Prisión de 1 a 6 años al que matare : 1º) a otro bajo emoción violenta y que las circunstancias hicieran excusable; 2º) a la madre que para ocultar su deshonra matare a su hijo durante o bajo la influencia del estado puerperal”.

Art.82: “Prisión de 1 a 6 años al que con el propósito de causar un daño en el cuerpo o en la salud produjere la muerte de alguna persona, cuando el medio empleado no debía razonablemente ocasionarla”.

b) Lesiones :

Art.89: “Se impondrá prisión de 2 años a 1 mes al que causare a otro, en el cuerpo o en la salud, un daño que no esté previsto en otra disposición de este Código”.

Art.90: “Reclusión o prisión de 1 a 6 años si la lesión produjere una debilitación permanente de salud, de un sentido, de un órgano, de un miembro, o una dificultad permanente de la palabra, o si hubiere puesto en peligro la vida del ofendido, le hubiere inutilizado para el trabajo por más de un mes, o le hubiere causado una deformación permanente del rostro”.

Art.91: “Reclusión o prisión de 3 a 10 años, si la lesión produjere una enfermedad mental o corporal cierta o incurable, pérdida de un sentido, de un órgano, o un miembro, del uso de un órgano, de la palabra o de la capacidad de engendrar o concebir”.

c) Abandono de persona :

Art.106: “El que pusiere en peligro la vida o salud de otro, sea colocándolo en situación de desamparo, sea abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse y a la que deba mantener o cuidar o a la que el mismo autor haya incapacitado, será reprimido con prisión de 6 meses a 3 años”.

“La pena será de reclusión o prisión de 3 a 6 años si a consecuencia del abandono resultare un grave daño en el cuerpo o en la salud de la víctima. Si ocurriere la muerte, la pena será de 3 a 10 años de reclusión o prisión”.

Art.107: “La mujer que abandonare a su hijo poco después del nacimiento, para ocultar su deshonra, será reprimida con prisión de 1 mes a 1 año. Si muriere o produjere grave daño en el cuerpo o en la salud, prisión de 1 a 4 años”.

Art.108: “Será reprimido con prisión de 1 a 6 meses o multa, el que encontrando perdido o desamparado a un menor de 10 años o una persona herida o inválida, o amenazada de un peligro cualquiera, omitiese prestarle el auxilio necesario, cuando pudiere hacerlo, sin riesgo personal, o no diere aviso inmediatamente a las autoridades”.

Ley N° 13.944: Incumplimiento de los deberes de asistencia familiar: “Se impondrá prisión de 1 mes a 2 años o multa. . . a los padres que, aun sin mediar sentencia civil se sustrajeren a prestar los medios indispensables para la subsistencia a su hijo menor de 18 años. . .”

Código de Procedimiento Penal: Ley Provincial 4664 - Tribunales de Menores⁴² :

En cada provincia existe un régimen procesal diferente, por lo tanto distintas son las vías para tutelar o proteger al menor abandonado. El Código de Procedimiento de la Provincia de Buenos Aires, jurisdicción donde estamos actuando, reglamentado por la Ley 4664, refiere en su Art. 8 - inciso B: Los Tribunales de Menores conocerán en última instancia: “Cuando la salud, seguridad, educación o moralidad de menores de 21 años, se hallare comprometida por actos de inconducta, contravenciones o delitos de sus padres, tutores, guardadores o terceros o por infracción a las disposiciones legales referentes a la instrucción y al trabajo o cuando por razones de orfandad o cualquier otra causa estuviesen material o moralmente abandonados, corrieren peligro moral o intelectual al menor y para sancionar en su caso la inconducta de sus padres, tutores o guardadores, conforme a las leyes que rigen en materia de minoridad o las disposiciones de esta ley”.

Art. 24: “El Tribunal podrá imponer a los padres, tutores o guardadores que aparezcan culpables de malos tratos o

de negligencia grave o continuada con respecto a los menores a su cargo y que no importan delito, multas hasta la suma de. . . o arresto hasta un mes, o ambas a la vez”.

Consideraciones generales:

Cabe destacar que en la legislación vigente (Art. 108 del Código Penal) se reprime a toda persona que encontrando perdido o desamparado a un menor de 10 años no le presta auxilio, pudiendo hacerlo sin riesgo personal.

Si cualquier persona puede tipificar esta conducta, existe para el profesional médico y auxiliar una mayor responsabilidad, atento a la naturaleza de sus funciones y al rol que está llamado a desempeñar en nuestra comunidad.

La conducta negativa está reprimida en el artículo citado.

La ley prevé sanciones respecto de los padres, tutores o guardadores culpables de malos tratos o negligencia grave o continuada en perjuicio de los menores a su cargo, autorizando a los jueces a sancionar a aquéllos en cada caso individual, con la pérdida o suspensión en el ejercicio de la Patria Potestad o la privación de la tenencia de sus hijos.

Es importante destacar que en la legislación se posibilita la rehabilitación de los padres sancionados (Ley 10.903 - Art. 12) quedando excluidos los que perdieron en forma irrevocable el derecho de la Patria Potestad⁴³.

Estas condenas podrán suspenderse si los culpables dieran seguridades de reforma y las penas quedan prescriptas en el plazo de 2 años si no incurriesen en hechos de la misma naturaleza (Ley 10.903 - Art. 18).

Ante la inconducta o negligencia paterna, cuando el menor se halla en una situación de desamparo tal que mueve al órgano jurisdiccional a aplicar sanciones al progenitor, el Estado debe asumir la protección del menor, guiarlo, educarlo e incluso representarlo; esta actividad se denomina Patronato y es desempeñada por los Jueces con amplios poderes, con la colaboración de los Ministerios Públicos y la Dirección del Menor (Ley 10.903 - Art. 4°):

a) cuando los padres hayan perdido la Patria Potestad o su ejercicio;

b) en caso de suspensión mientras ésta dure;

c) en los casos en que menores de 18

años hubieren sido acusados ante Juez competente, en la medida en que éste aprecie que se encuentran en peligro material y moral⁴⁴.

Mientras el órgano jurisdiccional provee la tutela del menor, el Estado por medio del Patronato podrá:

a) asumir la representación jurídica del menor;

b) confiarlo en guarda o disponer su internación, así como todas las medidas de carácter proteccional y asistencial que sean necesarias “atendiendo a la salud, seguridad, educación moral e intelectual del menor” (Decreto Ley 5286/57 - Art. 5°).

Limitantes:

1) la legislación vigente en minoridad deberá ser objeto de sucesivas reformas que la adecuen “a nuestro tiempo” en vías de una mayor proyección futura. Entendemos que sería anacrónico e innecesario introducir definiciones dentro de la ley sobre el tema que nos ocupa, pero es una real y concreta necesidad legislar con respecto a las pautas que determinan esos estados, de modo tal que no queden fuera de él situaciones comprendidas o viceversa. Tal criterio puede ser adoptado toda vez que no se trata de una norma penal exclusivamente, sino de la actividad proteccional que realiza el Estado.

2) El Tribunal depende del Poder Judicial, mientras que el Organismo de Internación depende del Poder Ejecutivo. En la práctica existe una falta de coordinación de los esfuerzos que realizan ambas áreas para el logro común de su cometido. Por ejemplo, el Juez ordena una internación y el organismo de recepción no tiene lugar material para cumplirla.

3) Necesidad de la creación de nuevos Tribunales de Menores en ciertas jurisdicciones.

4) La cantidad de Instituciones existentes para la admisión de menores abandonados o que deban estar sometidos a la protección tutelar del Estado no satisface las necesidades actuales.

Conductas pertinentes

El problema es multicausal; su tratamiento debe ser dirigido por un equipo interdisciplinario de especialistas compuesto por: el médico pediatra, la trabajadora social, el psiquiatra y la enfermera; se agregarán otros profesionales de acuerdo con las necesidades⁴⁵.

Este grupo tendrá asesoría legal y comunicación permanente con el Tribunal de Menores y valorará la aceptación o no de la terapéutica por los padres, el grado de crisis del hogar, la seguridad de éste para el niño, aconsejando su separación o no, y encarando el tratamiento a corto, mediano y largo plazo. El tratamiento ideal es el preventivo, que debe ser también multidimensional:

1) Mejorar la situación socioeconómica y sociocultural que constituye un importante factor desencadenante.

2) Difundir medidas que favorezcan una armónica vinculación familiar mediante: Alimentación al pecho, internación conjunta madre-hijo en maternidades y salas de pediatría, ofrecer al niño suficientes estímulos, legislación adecuada para que la madre que trabaja pueda atender a su hijo, protección de la madre soltera, adopción del niño no deseado (rapidez y trámite sencillo de adopción), planificación familiar, tratando de fomentar y divulgar una exacta planificación.

3) La educación moral debe comenzar en el claustro materno.

4) Propugnar la desaparición de la violencia en la sociedad y el castigo físico como correctivo en la educación infantil.

5) Difundir entre los profesionales la existencia del síndrome, resaltando la necesidad de su identificación y tratamiento, procurando la rehabilitación familiar.

6) El Estado, los integrantes del Equipo de Salud, los Organismos Proteccionales y los Tribunales Jurisdiccionales deben mancomunar sus esfuerzos para la erradicación de las concausales de este cuadro, expresión de los más abyectos valores individuales y colectivos.

Corolario

Vistas las situaciones relatadas en los cuadros clínicos que presentamos y el desconocimiento general del síndrome del niño abandonado y maltratado en nuestro país y en especial en nuestra área de trabajo, estamos abocados con nuestras autoridades a la creación de un Centro Integral para su atención.

A tal efecto, sobre la base de las experiencias recogidas en la práctica y en los datos bibliográficos, hemos desarrollado un "Plan Integral de Ayuda al Niño Abandonado y Maltratado (PIANAM)", implementando en el Partido de General San Martín un sistema para su prevención, detección, notificación,

tratamiento y rehabilitación de los padres afectados.

Componentes y funciones del Centro Integral:

- 1) Centro Coordinador.
- 2) Médicos privados y de otros servicios asistenciales.
- 3) Trabajadores sociales.
- 4) Psiquiatras. Psicólogos.
- 5) Asesores legales.

1. Centro Coordinador:

Dirigido por el Jefe del Servicio de Pediatría y Neonatología del Hospital Dr. Diego E. Thompson de la ciudad de General San Martín, funcionará con los médicos componentes del mismo.

Su finalidad: Rehabilitar a la familia tratando de establecer una relación terapéutica, valorar cada problema en forma individual y reconocer el medio social en que tiene lugar. Será atendido durante las 24 horas por el médico pediatra de guardia quien coordinará la atención urgente.

El médico que ingresó al paciente será el encargado del posterior seguimiento de éste. El primer paso será tratar al niño.

Se explicará a los padres que se hará la denuncia correspondiente pues es obligatorio por Ley. Asimismo se les asegurará que lo sucedido es de orden confidencial y que se tratará de conseguir la rehabilitación del grupo familiar.

El personal auxiliar, debido al permanente contacto con los pacientes, será activo colaborador del plan, debiendo ser entrenado especialmente para ello.

2) Médicos privados y de otros servicios asistenciales:

Si el niño se encontrara en consultorios o servicios sin internación, el Hospital enviará un móvil para recogerlo y hospitalizarlo, aun con lesiones leves, para protegerlo hasta que se investigue la situación familiar.

Si los padres rehúsan la internación se obtendrá una orden judicial.

Si se encontrara internado en otros Centros Hospitalarios del Partido se solicitarán los datos para Archivo, Estadística y eventuales acciones.

3) Trabajadores sociales:

Confeccionarán la encuesta social y realizarán las visitas domiciliarias periódicas para evaluar la situación.

4) Psiquiatras. Psicólogos:

Evaluarán la salud psíquica del niño y su familia, brindando la terapia correspondiente.

5) Asesores legales:

Dependientes de la Asesoría Legal de nuestro Municipio, estarán en contacto permanente con el Tribunal que corresponda.

Reunidos todos los antecedentes, el Equipo Interdisciplinario evaluará, a su criterio, la aceptación o no por parte de los padres del tratamiento, el grado de crisis del hogar y la seguridad de éste para el niño, aconsejando a las Autoridades la conducta a seguir.

Los enfoques terapéuticos serán, como es obvio, del resorte médico.

Se confeccionarán archivos y registros confidenciales.

Se procurará la asignación de recursos para que el sistema funcione.

Agradecimiento:

Expresamos nuestra gratitud: al Juzgado de Menores N° 1, Tribunales de San Martín, por su colaboración; al Servicio de Pediatría del Hospital "Mariano R. Castex", que autorizó la publicación de un caso tratado en él; al doctor Angel Raffo, Asesoría de Menores N° 1, Departamento Judicial de Morón, y al doctor Mario Cusminsky, Director del Hospital Zonal Especializado Dr. Noel H. Sbarra (ex Casa Cuna).

BIBLIOGRAFIA

¹ Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemuller W, Silver HK: *The Battered Child Syndrome*. 1962.

² Kempe CH: Paper presented to Harvard Inter-Faculty Seminar on Child Rearing in Urban America, 1972.

³ Newberger EH, Hyde Jr JN: "Clínicas Pediátricas de Norteamérica - Maltratos en niños". 1975. 22:3

⁴ Mindlin, RL: *Child Abuse and Neglect: The role of the pediatrician and the academy*. Pediatrics. 1974. 54: 393.

⁵ Child abuse prevention act. 1973: Hearing Before the Subcommittee on children and youth of the committee on labor and public welfare, United States Senate. 93 rd. Congress, first session on 5. 1191.

⁶ Cuminsky M: *Síndrome del niño golpeado*. Trabajo de adscripción a la Cátedra de Medicina Infantil. 1977.

⁷ Fontana VJ: *The Maltreated Child. The Maltreatment syndrome in children*. 2nd. ed. Springfield, Charles C Thomas. 1971.

⁸ Neimann N, Raboville D: Les enfants victimes de sevizes. *Revue du Practicien* 1969. 19, 3879.

⁹ Katz, SN: *When prents fail: The Law's Response to family Breakdown*. Boston Beacon Press. 1971.

¹⁰ Ingraham FD, Matson DD: *Neurosurgery of infancy and childhood*. Springfield I/R. Charles C Thomas. Publisher 1967.

¹¹ Caffey J: *Multiple fractures in the long bones of infants suffering from subdural hematoma*. Amer. J. Roentgenol 1946. 56-163.

¹² Caffey J: *On the theory and practice of shaken infants, its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation*. Amer J. Dis. Child. 1972. 124:161.

¹³ Caffey J: *The whiplash shaken infant syndrome. Induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation*. Pediatrics 1974. 396:403.

¹⁴ Silverman F: *Roetgen manifestation of unrecognized skeletal lesions in infants*. Amer J. Roentgenol 1953 69:413-26.

¹⁵ Wooley, RV (Jr), Evans WA: *Significance of skeletal lesions in infants, resembling those of traumatic origin*. JAMA 1955, 158:539-43.

¹⁶ Kempe CH, Silverman F, Steele BF, Droegemuller W, Silver HK: *The battered child syndrome*. JAMA 1962. 181:1.

¹⁷ Kempe CH: *Duty to report child abuse*. West J. Med. 1974. 121:229.

¹⁸ Newberger E, Hagenbuch JJ, Ebeling NB, Colligan GP, Sheehan JS and col.: *Reducing the literal and human cost of child abuse: impact of a new hospital management system*. Pediatrics 1973, 51:840.

¹⁹ Laver B, Tenbroech E, Grossman M: *Battered child syndrome*. Pediatrics 1974. 54: 67-70.

²⁰ Green FC: *Abuso y abandono del niño*. Clínicas Pediátricas de Norteamérica 1975. 22-2:329-39.

²¹ Melnick B, Hurley J: *Distinctive personality attributes of child abusing mothers*. J. Consult. Clin.Psich. 1969 33:746.

²² Gelles R: *The violent home. A study of phisical aggression between husbands and wives*. Beverly Hills, Sage 1974.

²³ Gil DG: *A holistic perspective on child abuse and its prevention*. Paper presented at the conference on research on child abuse. National institute of child health and human development (june). 1974.

²⁴ Silver LB, Dublin CC, Lourie RS: *Agency action and interaction in cases of chil abuse*. Social casework. 1971, p. 164.

²⁵ Smith SM, Hanson R, Noble S: *Parents of battered babies: A controlled study*. Brit. Med. J 1973. 4:388.

²⁶ Burt MR, Balycat R: *A new system for improving the care of neglected and abusen children*. Child Welfare 1974. 53:1907.

²⁷ Cohn AH: *Papel del pediatra en el tratamiento del niño maltratado: Resultados de un estudio de ámbito nacional*. Pediatrics 1980 Edic. española 9, 2:83.

²⁸ Morris MG, Gould RW, Matthews PJ: *Toward prevention of children abuse*. Children 1964.

²⁹ Sussman SJ: *Skin manifestation of the battered child syndrome*. J.Pediat. 1968. 77:99.

³⁰ Gillespie RW: *The battered child syndrome: Thermal and caustic manifestation*. J. Trauma.1965. 5,523.

³¹ Barton D, Smitt MD, Kempe H: *Los malos tratos en la infancia*. 1975. Switzerland. Ciba-Geigy. Servicios Bibliográficos.

³² Touloukian RJ: *Abdominal viscera injuries in battered children*. Pediatrics 1968. 42:642.

³³ Smith C: *The battered child*. New England. J. Med. 1973. 299:322.

³⁴ Helfer, R, Pollock C: *The battered child syndrome*. Advances in Pediatrics 1968. XV: 9.

³⁵ Kempe CH, Helfer RE: *Helping the battered child and his family*. Philadelphia. J.B. Lippincott. Co. 1972.

³⁶ Solnit A: *Malos tratos a los niños: Intervención menos nociva y más protectora*. Pediatrics 1980. (Edic. Esp.) 9: 1.

³⁷ Nelson WE, Vaughna VC, Mc Kay RJ: *Tratado de Pediatría*. Séptima edición Edit. Salvat. 1980.

³⁸ Newberger CH: *The myth of the battered child syndrome*. Current. Med. Dialog.1973 30:327. (In: Chess and Thomas Ed. Anual progress in child psychiatry and child development. 1974.

³⁹ Cedrato A, Taubenslag L: **Desnutrición infantil**. Edit. López. 1978.

⁴⁰ Código Civil Argentino: Artículos 26 al 310.

⁴¹ Código Penal Argentino: Artículos 80 al 82; 89 al 93; 106 al 108.

⁴² Código de Procedimiento Penal Argentino: Artículos 8 y 24.

⁴³ Ivaldi Guillermo L, Vasquez Berrostequieta J: **Nociones del derecho del menor y la familia**. Univers. Nac. de Luján. Dirección de Protección al Menor y la Familia de la Prov. de Bs.Aires. 1979.

⁴⁴ Instituto Interamericano del Niño - Universidad Nacional de Córdoba - Curso Interamericano de Formación de Jueces de Menores. 14 de octubre de 1967. Montevideo 1968. Editorial Ligu.

Buenos Aires, diciembre 17 de 1981

Señor Director Editor de la
Revista "ARCHIVOS ARGENTINOS
DE PEDIATRIA"
Doctor Héctor E. Mora
Presente

Ref.: **Pedido de Publicación**

De nuestra consideración:

Con relación al artículo: "Atresia de las vías biliares extrahepáticas: Diagnóstico por colangiografía con aguja de Chiba", de los doctores Ricardo Licastro, Mirta Ciocca y Jorge Rossi, Volumen 59, página 440/447, la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Cirugía Infantil considera que, hasta adquirir más experiencia con mayor número de casos, la colangiografía transparieto hepática no debe ser propuesta como método de rutina en la evaluación de una colestasis neonatal, dado que en manos de personas experimentadas, el porcentaje de diagnóstico correcto es bajo, exige anestesia general, tiempo anestésico, radiación, y no está exenta de complicaciones.

Además es importante dejar establecido que, hasta no desarrollar un método incruento y efectivo, la laparotomía exploradora y colangiografía intraoperatoria sigue siendo el método de elección para el diagnóstico diferencial de las causas de colestasis neonatal, con la precocidad diagnóstica necesaria e imprescindible para intentar una solución exitosa a la Atresia de Vías Biliares.

Saludamos a Ud. con nuestra más particular consideración.

DR. JUAN CARLOS PUIGDEVALL
PRESIDENTE

COMENTARIO

Dr. Mario Gutiérrez Leyton

La OPS/OMS ha puesto en circulación el Documento Oficial N° 173 titulado SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000, ESTRATEGIAS. En él se compilan el documento CD 27/34 A. "EVOLUCION DEL SECTOR SALUD EN EL DECENIO 1971-80 y ESTRATEGIAS PARA ALCANZAR LA META DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000" (240 páginas) y el documento complementario titulado "ESTRATEGIAS REGIONALES DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000" (75 páginas). Además, en carácter de anexos se agregan: 1) El consolidado de la información proporcionada por los Gobiernos de América Latina y el Caribe sobre sus estrategias nacionales; 2) Salud para Todos en el año 2000, perspectiva canadiense; 3) Resumen de las estrategias de los EE.UU. de Norteamérica; 4) Decenio Internacional del Abastecimiento de agua potable y del saneamiento; 5) La declaración de ALMA-ATA (URSS), y 6) El informe del grupo ad hoc de trabajo para complementar las estrategias regionales de Salud para Todos en el año 2000.

El documento, valioso por su actualidad y abundante información, interesará a los estudiosos de la Salud Pública y en especial a los equipos planificadores de salud vinculados a los gobiernos nacionales. En el orden de contribuir a hacer realidad la Resolución WHA 32.30 de la Asamblea Mundial de la Salud de 1979 que insta a los Estados Miembros a definir y poner en práctica estrategias nacionales, regionales y globales tendientes a alcanzar la meta de Salud para Todos en el año 2000, el Documento N° 173 que comentamos es un aporte concreto.

En el contenido del documento complementario preparado por el grupo ad hoc se consignan los aportes producidos por los representantes de los distintos Estados Miembros. Asimismo, hace explícitas las relaciones del sector Salud con los propósitos del Nuevo Orden Económico Internacional y la Nueva Estrategia Internacional para el desarrollo, y estipula los objetivos y las metas regionales. También plantea el problema de cómo relacionar los condicionantes sociales y ambientales que constituyen factores de riesgo que afectan la salud de grupos prioritarios de población, con las actividades y los recursos sectoriales y extrasectoriales necesarios para su control. El documento define, además, un conjunto de indicadores mínimos, que deberán constituir la base para el proceso de monitoría y evaluación de las estrategias. Por último, detalla las implicaciones que la adopción de las Estrategias Regionales tendrá para los Gobiernos individualmente, para la cooperación entre los países, y para la OPS y la OMS.

Estas estrategias regionales al decir del Dr. Héctor R. Acuña, Director de OPS, configuran el cuerpo de política de salud que orientará los planes de acción que los Gobiernos y la Organización deberán diseñar y llevar a la práctica como un compromiso solidario para alcanzar la meta antes mencionada. La interpretación de esta meta como instrumento conceptual y básico para iniciar y orientar el proceso de cambio, para la Región de las Américas, le confiere además —sin la menor duda— vitalidad en su propósito social.

PROYECTO DE CREACION DE UNA UNIDAD DE ATENCION DEL PUBER Y DEL JOVEN

Dr. Enrique Daniel Berner *

RESUMEN

Como componente de los equipos de salud de asistencia pediátrica, he comprobado la carencia de servicios asistenciales para adolescentes.

Cuando hablamos de adolescencia nos referimos al grupo etario comprendido entre los 10 y 20 años, acorde con la definición de la Organización Mundial de la Salud.

Al referirme a la carencia de servicios asistenciales hablo del déficit de estructuras como así también de profesionales idóneos en esta disciplina.

Si nos remitimos a las cifras provisionales del censo de 1980, la Ciudad de Buenos Aires cuenta con una población total de 351.611 adolescentes. Comparando esta cifra y la estructura actual de atención médica en esta misma área, nos encontramos con la necesidad de planificar organizaciones que la cubran.

Por ello presento un estudio basado en datos concretos de los requerimientos de asistencia para la adolescencia. Los datos son obtenidos del último censo nacional y de las técnicas administrativo-sanitarias.

Se relata cómo deben estar compuestos los equipos asistenciales, especulando sobre la integración de un equipo ideal y de un equipo reducido que satisfaga los requerimientos de esta población; esto se fundamenta en que conocedores de la problemática adolescencia, sus soluciones pasan por los aportes del equipo multidisciplinario.

Desde el punto de vista sanitario-adminis-

trativo presenta un esquema respetando los niveles de atención primario, secundario y terciario.

En tercer lugar detallo las causas más frecuentes que comprometen a este grupo etario:

- Evolución del crecimiento y desarrollo y sus desvíos*
- Accidentología*
- Enfermedades epidémicas*
- Embarazos y abortos*
- Trastornos nutricionales*
- Patología dermatológica más frecuente*
- El amplio campo de la toxicología*
- Las dificultades provenientes de la independencia familiar, la inserción social y los cambios corporales.*

SUMMARY

The lack of assistance care service for adolescents, has been observed. We include in this group adolescents between 10 and 20 years, in accordance with the World Health Organization's definition.

The lack of assistance - services means a structural, as well as, a deficit of capable professional in this discipline.

In 1980 Buenos Aires City has around 351.611 adolescents.

Comparing this number with the present structure of medical assistance in this same area we felt the need of planning organization that should cover this necessity.

The present study is based on concret figures that show the request-for assistance for adolescents.

* Médico del Consultorio de Púberes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

The integration of assistance-services is described, considering an ideal as well as reduced groups that could satisfy the requirements of these population.

It would greatly help to include in this group experts trained in multiple subjects.

The present scheme considers the primary, secondary and tertiary levels of attention from the sanitary management point of view.

The most frequent reasons that affect adolescence are:

– *Deviations of growth and development.*

– *Accidental*

– *Epidemiology*

– *Pregnancies*

– *Nutritional disorders*

– *Dermatology*

– *Toxicology*

– *Psychological and social problems.*

Se propone crear un sector de consultorio externo e internación de púberes y jóvenes, abarcando el grupo comprendido entre los 10 y 20 años de edad, acorde con la definición de Adolescencia de la OMS, independiente de los ámbitos destinados a la atención de los niños menores de 10 años. La idea se fundamenta en las siguientes reflexiones:

1º) Formación de médicos, psicólogos y personal auxiliar que se dediquen con exclusividad a la atención de los pacientes en esta etapa de la vida, marcada fundamentalmente por el desarrollo puberal y el alcance de la madurez sexual, la cual, como sabemos, introduce en ella características que le son propias y la diferencia de todo el transcurrir de la niñez, repercutiendo intensamente en el sujeto tanto desde el punto de vista físico como desde el punto de vista psíquico.

Se insiste en la necesidad de constituir un equipo de profesionales que se dediquen a la asistencia de este grupo etario debido principalmente a las características particulares de la relación médico-paciente diferentes de las que se establecen con los niños menores, así como también de la relación con los padres y el grupo familiar. El médico debe estar preparado para evaluar y manejar la evolución del joven en este período crucial de la vida, así como también considerar la incidencia de estos cambios en el grupo familiar.

2º) Desde otra perspectiva alienta el proyecto la idea de brindar una solución al problema que habitualmente se presenta a los

padres y también a los hijos, de a dónde dirigirse en busca de atención en esta edad, ya que suele suceder que es rechazada la consulta al pediatra por considerárselo el médico de niños, y a su vez el clínico de adultos no está capacitado para manejar los problemas específicos de este período.

Áreas fundamentales sobre las que debe dirigirse la atención en este grupo etario

Crecimiento y desarrollo: Se pondrá especial énfasis en el control de estos aspectos siguiendo los esquemas propuestos por Tanner y modificados para los varones en la República Argentina por el Dr. Carlos Bianculli. Dado que el sistema hipotálamo-hipofisario-gonadal alcanza máxima actividad, se tendrá en cuenta para la detección precoz de la patología.

– **Roles:** Familia, pares, instituciones educativas, recreativas, valores y pautas sociales.

– **Causas de muerte en los púberes y jóvenes.**

– **Problemas de mayor riesgo:** Embarazo temprano, abortos, enfermedades venéreas, drogas, alcoholismo, crecimiento patológico y desarrollo anormal.

– **Educación sexual:** Información específica acerca de los riesgos del embarazo temprano y/o aborto, etc.

Es de interés señalar que, de acuerdo con la estadística de muertes agrupadas por causas (año 1977) para este grupo etario, el 43,1% para Capital Federal y el 48,2% para la República Argentina, se debieron a accidentes, traumatismos y violencia.

Problemas de salud del púber y del joven

Enfermedades venéreas

Son cada vez más importantes en todo el mundo y aunque la población entre 10 y 20 años constituye el 20% de la población general, experimentan una de las proporciones más altas de ataque de esta enfermedad, siendo su causa más importante el fenómeno adolescencia.

Para muchos, la exploración y los intentos de definirse son los que alientan la exposición del joven a las enfermedades venéreas; la naturaleza propia de esta experimentación a menudo produce contactos físicos superficiales múltiples, lo que hace que el joven sexualmente activo esté en gran peligro de contraer y/o transmitir estas enfermedades. Esto hace necesarios el control médico frecuente

y la instrucción e información sobre estos temas con normas higiénicas.

Embarazo temprano y aborto

En los últimos años fue en aumento el número de embarazos en jóvenes. En los EE.UU. en 1972 se comprobó que 1 de cada 10 jóvenes quedaba embarazada mientras se encontraba en el colegio "junior" o "senior".

Desde el punto de vista obstétrico las jóvenes padecen más complicaciones y más aun las menores de 14 años con mayor riesgo de toxemia, prematuridad, anemia, parto prolongado y complicaciones posparto.

El éxito para la mayoría de los pacientes parece estar relacionado con una adecuada atención médica primaria en los distintos servicios pediátricos, obstétricos, sociales, psicológicos y educacionales.

El asesoramiento anticonceptivo es importante para la joven sin importar que sea sexualmente activa, así como también la educación sobre sus órganos reproductores, ovulación y menstruación, para prevenir embarazos no deseados.

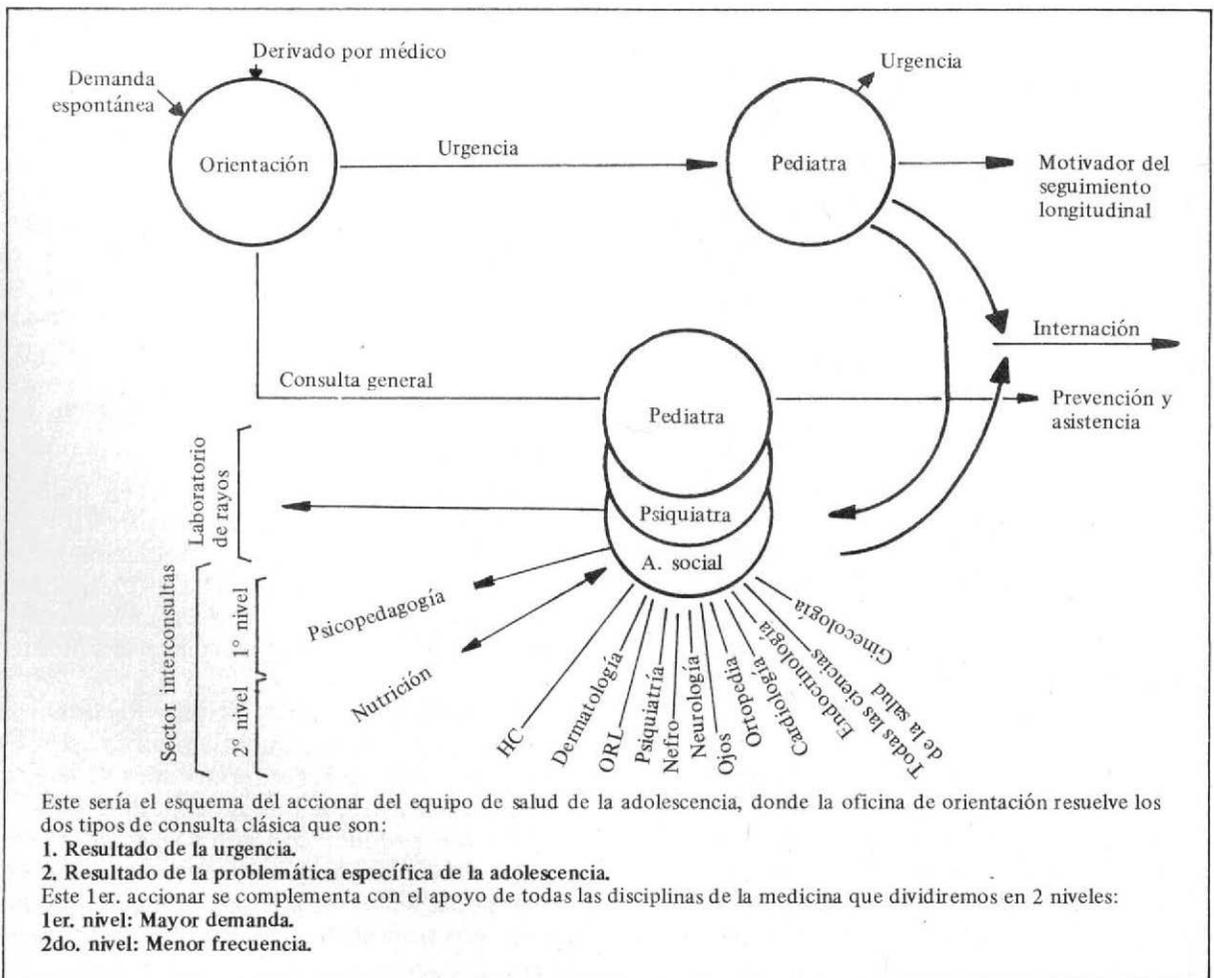
Con frecuencia las jóvenes son abandonadas para que se valgan por sí mismas o entre las personas de su edad que están mal informadas del mismo modo sobre función sexual y reproducción. Por lo tanto, los servicios interdisciplinarios coordinados son probablemente el medio más eficaz y pueden satisfacer las necesidades múltiples de este grupo.

Trastornos nutricionales

Dentro de los aspectos nutricionales, la obesidad y la desnutrición son factores a considerar en este período de la vida, porque las necesidades nutricionales dependen de manera poderosa de la rapidez del crecimiento.

Hasta el décimo año el niño tiene un aumento sostenido de peso (2,3 a 2,7 kg por año); luego le sigue un aumento progresivo que marcaría el impulso de crecimiento alcanzando el máximo exponente en este momento de la vida.

Por lo tanto, podemos considerar algunas



características que influyen de manera directa en las necesidades nutricionales:

a) Masa corporal en el impulso del crecimiento.

b) Las necesidades calórico-proteicas son más grandes en este momento que en cualquier otro.

c) Sensibilidad a las restricciones calóricas demostrada en individuos obesos.

La obesidad es un problema frecuente en esta etapa de la vida; sin llegar a ser causa de muerte crea dificultades en la vida de relación del joven, así como también problemas de adaptación social y emocional.

Patología dermatológica

La aparición del acné característico de esta etapa, como también otras enfermedades dermatológicas, hace conveniente que sean atendidas en el ámbito de atención primaria de este grupo etario con la colaboración, normatización y control del servicio de dermatología, facilitando la accesibilidad de los pacientes a la atención médica.

Drogas

La juventud como proceso social e individual constituye un desafío para esta etapa de la vida, con crisis de situación y de identificación.

El malestar del cambio fomenta la búsqueda del alivio, lo que hace que el médico deba comprender al joven y al proceso para poder intervenir con eficacia; esto puede lograrse mediante valoración sistemática del problema.

La atención médica en general se ha transformado, incorporando a las acciones tradicionales de la atención de la enfermedad otras acciones inespecíficas o específicas cuyo objetivo es mejorar el nivel de salud por medio de la prevención, la detección temprana, el control periódico de salud y la educación primaria, cuyo valor radica en constituir el sector de la atención más cercano a la población. Su misión es incorporar a la familia al proceso del cuidado de la salud.

Objetivos específicos

Cobertura total de la atención médica de este grupo etario y medicina preventiva tanto en el área física como psicológica con alcances a nivel educacional.

Capacitación del equipo de salud en el desarrollo de tareas específicas del programa.

Recursos humanos y físicos

Respondiendo al concepto de funcionamiento en equipo multidisciplinario creo necesario contar con personal especializado en las principales áreas dentro de una misma planta física y con actividades conjuntas que eviten que se disgregue la asistencia.

Un médico pediatra asumirá la función de coordinador de la unidad, dependiendo del Departamento de Pediatría. Serán sus funciones: organizar la atención y supervisar el desenvolvimiento de las tareas en el área, las interconsultas con las distintas especialidades, organizar reuniones clínicas a) dentro de la unidad, b) en conjunto con el departamento de pediatría y c) generales con las diferentes especialidades.

Se prepararán programas de capacitación para pediatras en formación en nivel superior.

Será de su responsabilidad programar actividades de investigación conjuntamente con el Departamento de Pediatría. Se normatizará la asistencia según las normas generales del Departamento de Pediatría, adaptándola de acuerdo con la experiencia específica con este grupo etario.

El plantel médico contará con profesionales de ambos sexos para facilitar la atención.

Se requerirá la presencia de una secretaria de admisión con capacidad para orientar hacia el consultorio de urgencia o de atención primaria. Además se contará con una enfermera estable para colaborar con los médicos y los pacientes.

El jefe del Departamento de Pediatría solicitará a los diferentes servicios que dispongan de profesionales estables para evaluar los pedidos de consulta provenientes de la unidad; se incluirá a estos profesionales en las actividades docentes y científicas de la unidad.

En lo que respecta al área física considero necesario contar con consultorios con entrada independiente de otros servicios, que cuenten con ambiente visual y sean acústicamente aislados, así como con una sala de espera propia. Se requerirá una sala amplia para reuniones del equipo de educación para la salud. Se contemplará la posibilidad, de acuerdo con la disponibilidad del Departamento de Pediatría, de que la internación de este grupo etario se lleve a cabo en salas independientes de las de internación de menores de 10 años.

La historia clínica se confeccionará de acuerdo con las normas establecidas por el Departamento de Pediatría pero, además, contemplará los aspectos específicos bio-psico-sociales de este grupo etario.

De especial interés resulta contemplar la organización de tareas de educación para la salud dentro de la unidad y con la posibilidad de extenderse fuera de ella en las áreas de influencia del hospital (escuelas, agrupaciones juveniles, etc.).

BIBLIOGRAFIA

¹ Aberastury, A., Knobel, M.: *La adolescencia normal*. Paidós. Buenos Aires, 1973.

² Bianculli, C.: *Pubertad masculina normal*. Revista Hospital de Niños. 1977: Vol. XIX, 73.

³ Blos, P.: *Psicoanálisis de la adolescencia*. Ed. Muñoz. Méjico, 1971.

⁴ Narváez, R.: *Adolescencia. Nota sociológica*. Revista Hospital de Niños. 1979: Vol. XXI, N° 84.

⁵ Pérez, Aurora: *Cambios psicológicos en la pubertad femenina*. Revista Hospital de Niños. 1978: Vol. XX, 82.

⁶ Silber, T.: *Un programa de entrenamiento de medicina del adolescente*. Congreso Internacional de Pediatría. Buenos Aires, Argentina, 1974.

⁷ Silber, T.: *Un programa de atención médica del adolescente en un hospital pediátrico*. Archivos Arg. de Pediatría. 1980: Vol. LXXVIII.

⁸ Clínica Médica de Norteamérica: *Medicina del Adolescente*. 1975. Ed. Interamericana. Buenos Aires, Argentina.

⁹ Clínica Pediátrica de Norteamérica. *Ginecología de la adolescencia*. 1972. Edic. Interamericana. Buenos Aires, Argentina.

¹⁰ Clínica Pediátrica de Norteamérica. *Medicina del adolescente*. 1973. Edic. Interamericana. Buenos Aires, Argentina.

NATURALEZA Y PROPOSITOS DE LAS MONOGRAFIAS EN EL CAMPO DE LA SALUD

Dr. Mario Gutiérrez Leyton *

Con relativa frecuencia los sistemas evaluativos educacionales están considerando la elaboración de un escrito al cierre curricular de una carrera o de un curso formativo. Para muchos docentes constituye el medio más idóneo (¡y más cómodo!) de evaluación sumativa. Desde esa perspectiva tal escrito constituye un instrumento de medida (cuantitativo o cualitativo) que desemboca inexorablemente en un juicio de valor. Como instrumento debe responder a ciertas cualidades a fin de que los resultados puedan significar algo para el educador, para la escuela, el estudiante y la sociedad que, en último término, ha dado lugar a la estructura educativa. En educación los instrumentos de medida se llaman genéricamente "tests" y entre las cualidades requeridas para tal consideración, hay cuatro esenciales: la validez, la fiabilidad, la objetividad y la pertinencia. Por **validez** entendemos el grado de precisión con que el test utilizado mide realmente lo que está destinado a medir. La **fiabilidad**, es la constancia con que un instrumento mide una variable determinada, concepto estrictamente estadístico. La fiabilidad es una condición necesaria pero no suficiente para la validez. Por **objetividad** entendemos el grado de concordancia entre los juicios expresados por examinadores independientes y competentes sobre lo que constituye una "buena" respuesta para cada uno de los elementos de un instrumento de medida. Finalmente, por **pertinencia**, entendemos el grado de respeto de los criterios establecidos en la selección

de las preguntas o ítems para que aparezcan conforme a los fines del instrumento de medida. Este concepto está muy próximo al de validez del contenido ¹.

El cumplimiento de tales atributos por el escrito permiten, ciertamente, evaluar al estudiante en función de objetivos educacionales. Así y todo, es, sin embargo, el proceso de confección del escrito el que lleva realmente a evaluar el grado de aprendizaje en el área cognoscitiva, afectiva y sensitivo-motora. Tal proceso lo incita a aprender (motivación), lo orienta sobre su logro (feed back) y le permite llenar sus lagunas, esto desde el punto de vista del estudiante. Según otras consideraciones, orienta al profesor sobre su enseñanza, aumenta el prestigio del centro y protege a la sociedad al aparecer este requisito previo a la otorgación de un título como un certificado de competencia.

Aunque es frecuente homologar el significado de diversos sinónimos de este escrito y se habla indistintamente de Tesis, Memoria o Monografía, en rigor existen algunas diferencias conceptuales que no está de más desentrañar con la ayuda, claro está, del diccionario². **Memoria** es con mucho la de más difícil ubicación ya que comprende desde un "monumento que queda a la posteridad como recuerdo y gloria de una cosa" hasta una "simple exposición de hechos, datos y motivos referentes a un determinado asunto". Más comúnmente en un sentido de importancia ínfima se refiere a un "estudio o disertación escrita sobre alguna materia". **Te-**

* Profesor-Investigador de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).

sis parece ser, si no la más importante, la más solemne pues corresponde a una "disertación escrita que presenta a la Universidad un aspirante al título de doctor en una facultad" y **Monografía**, tal vez la más aceptada en el área extrauniversitaria de la Educación Médica, implica la "descripción y tratamiento especial de determinada parte de una ciencia o de algún asunto particular".

¿Cuál va a ser en definitiva el sustantivo elegido por el director de un curso o de una Escuela Universitaria para designar este escrito que nos ocupa? Es algo que dice más a la forma que al fondo, a la solemnidad que a la sustancia. En nuestro concepto y para el propósito de estas reflexiones, elegimos el término de monografía por expresar un valor intermedio que, por su especificidad nominal, más se acerca al fin evaluativo de un cierre de curso o de una etapa curricular de una carrera en el campo de las ciencias de la Salud.

Circunscripto de este modo el sujeto de nuestro interés en la formación, como cierre curricular: la monografía, veamos ahora su utilización en el área de la educación continua. Desde esta perspectiva, en la autocapacitación asistemática o los sistemas de aprendizaje permanente, regulados por cuerpos docentes universitarios o para-sociales, debemos replantearnos los propósitos. ¿Cuál es o cuáles son los **para qué** de este esfuerzo intelectual? Obviamente en este contexto, la instancia concreta de evaluar -uso instrumental del escrito- pasa a ser un medio y no un fin. Ahora revalorizamos los gananciales prioritarios del educando al vivir esta experiencia y su contraparte el lector, beneficiario (o víctima) de su lectura. En tal enfoque, desde el punto de vista del autor, la monografía tiene los siguientes propósitos selectivos o complementarios:

1. — Práctica de aprendizaje orientado hacia el estímulo de la capacidad (latente o real) de investigación, actitud de observación crítica y/o hábitos de autoformación con respecto al método científico.

2. — Opción para la práctica del trabajo en equipo sobre un tema concreto, enfocado con una perspectiva multidimensional y realizado preferentemente en grupos multidisciplinarios.

3. — Ejercicio de la capacitación para perfeccionar y probar estrategias de recolección, elaboración y síntesis de la observación, in-

cluida la presentación y publicación de los resultados.

Empero, por estar siempre el autor en función del lector, quien escribe una monografía no debe olvidar nunca que sus objetivos fundamentales son:

1.— Recrear un tema relevante de salud mediante el análisis crítico y racional de los hallazgos y una postura explícita respecto de las soluciones o recomendaciones propuestas, cuando ello fuere pertinente.

2.— Elegir un tema que sea realmente importante, que contenga un mensaje bien definido para comunicar, que se encuentre apoyado por datos fehacientes y que la prosa sea clara.

3.— Que para justificar la publicación en una revista científica o comunicarla oralmente a sus pares el autor debe presentar información nueva o nuevas interpretaciones sobre hechos ya conocidos.

4.— Que el lector de artículos científicos también tiene sus valores para seleccionar el material a su disposición y que además de la brevedad y amenidad literaria del contenido exige otros atributos derivados de su propia perspectiva entre los cuales cabe destacar su prevención por los artículos con demasiadas pruebas estadísticas. "Los valores de p no sustituyen el sentido común, por lo que sólo debe ofrecerse la información necesaria e indispensable para apoyar las conclusiones. El resto de los datos ofrecidos por la computadora es mejor dejarlos sobre la mesa"³.

Habitualmente el proceso de confección de una monografía (o de una tesis) se inicia en la necesidad del alumno de satisfacer una exigencia escolástica más que en la inquietud solitaria de una persona o de un grupo de comunicar por escrito a sus pares contemporáneos (a la posteridad resultaría demasiado vanidoso) un trabajo empírico o teórico considerado relevante. En uno u otro caso los pasos que se describen a continuación son perfectamente válidos.

En ambos sentidos, aunque más en el marco de un sistema formativo formal, el primer paso es consultar la "idea" primitiva con un colega de mayor experiencia, cotejar opiniones y, sobre todo, cumplir en esta etapa preliminar las exigencias clásicas del "marketing", esto es, apreciar desprejuiciadamente y sin sobrevaloración personal, cuán verdadera es la importancia asignada al tema y cuántas posibilidades de "venta" tiene el producto que se piensa confeccionar. Asentada la

idea primitiva es recomendable en la etapa profesional —e indispensable en la etapa formativa— elegir un asesor o tutor para llevar a mejor término la planificación y la ejecución del escrito. Elegido este asesor se inicia un proceso de “negociación” destinado a definir para él o con él, el contenido sustancial de un proyecto de monografía o tesis, el cual deberá ser lo más conciso posible. El autor o el grupo trabajará al efecto bajo la dirección académica de un profesor o en consulta permanente con su asesor sobre la base de un diseño concreto de tareas derivadas de objetivos definidos. Es indispensable determinar en esta etapa preparatoria el listado de actividades, la asignación de responsabilidades y la necesidad y uso de los recursos instrumentales, económicos y de tiempo, todo ello en el contexto de un cronograma de génesis consensual pero de cumplimiento riguroso. Cuando la monografía o tesis incluya trabajo en el terreno, la elección de los lugares para la búsqueda de la información, así como las estrategias para ejecutar dichas tareas de observación y de recolección de los hallazgos, deberá discutirse y perfeccionarse con el asesor.

Aclarada esta primera aproximación en el afinamiento de este escrito inicial, denominado en el lenguaje planificador, diseño (o “draft” en la jerga anglosajona) quedarán perfectamente claras la factibilidad y la viabilidad de la empresa a la vez que implícita la justificación del tiempo que va a demandar al autor (o a los autores) y a su asesor, su realización. De hecho el diseño deja sentado o firme: a) la fundamentación sobre la importancia del problema o asunto a describir o investigar; b) el marco de referencia teórico que comprende el tema; c) la metodología elegida; d) los recursos que precisará y su fuente de obtención; e) la bibliografía fundamental con que se pretende relacionarla; y f) las etapas que comprenderá el plan de realización, incluido del cronograma de tareas; y g) “en cuanto al problema mismo a investigar o describir, quedarán esbozadas las proposiciones centrales que, en principio, guiará la elaboración del trabajo o, bien, identificados el o los fenómenos que se desea explicar y las razones que hacen a su importancia”⁴.

Finalizado el trabajo de búsqueda biblio-

gráfica y la etapa de ejecución de las tareas de gabinete y de terreno, procede recopilar y procesar los hallazgos en función de los objetivos formulados. Por último, se discuten los resultados y se sintetizan las conclusiones con miras a su presentación oral o escrita.

GUIA PARA LA CONFECCION DE UNA MONOGRAFIA EN EL CAMPO DE LA SALUD

1. — Pasos metodológicos

- 1.1. Elección del tema*
- 1.2. Elección del Asesor docente
- 1.3. Diseño de la tarea:
 - 1.3.1. Definición de objetivos
 - 1.3.2. Listado de actividades
 - 1.3.3. Asignación de responsabilidades
 - 1.3.4. Distribución del tiempo
- 1.4. Trabajo en terreno:
 - 1.4.1. Elección de los lugares para la búsqueda de la información.
 - 1.4.2. Realización de la tarea de observación y recolección de la información.
- 1.5. Recopilación y elaboración de los hallazgos.
- 1.6. Síntesis en función de los objetivos.

2. — Esquema o guión para la presentación escrita

- 2.1. Definición y análisis del problema.
 - 2.1.1. Propósitos del trabajo.
 - 2.1.2. Antecedentes históricos del tema.
 - 2.1.3. Investigaciones previas.
 - 2.1.4. Críticas a dichas investigaciones.
 - 2.1.5. Teorías o doctrina del autor/es respecto del tema.
- 2.2. Material y métodos
 - 2.2.1. Características del material revisado.
 - 2.2.2. Observación y experiencias realizadas.
 - a) técnicas
 - b) limitaciones encontradas

* **Encuadre del tratamiento temático:** descripción y análisis del problema en estudio en función de su magnitud e importancia para la salud individual y/o colectiva. El tema o el problema elegido debe ser —en lo posible— trascendente y justificatorio del tiempo que demandará al alumno y al asesor docente.

- 2.3. Resultados obtenidos
- 2.4. Discusión
- 2.5. Conclusiones
- 2.6. Resumen y sumario
- 2.7. Bibliografía: en listado enumerado al final del trabajo o al pie de página de acuerdo con la secuencia en que hayan ido apareciendo en el texto, siguiendo con esta norma:
 - apellido e inicial del nombre del o de los autores
 - título completo del artículo en su idioma original
 - nombre de la revista en que aparece, volumen de la revista, página inicial del artículo y año en que fue publicado.

La referencia a libros se hará de la siguiente manera:

- título completo del libro en su idioma original
- ciudad o país en que fue impreso
- casa editorial y año de publicación

BIBLIOGRAFIA

¹ Guilbert, JJ: *Guía Pedagógica*, OMS, pp. 334 y 335, reimpreso por OPS, 1977.

² Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. Ed. Espasa-Calpe, Madrid, 1970.

³ Bergman, Abraham B. M.D.: *Confesiones de un revisor de manuscritos*, *Pediatrics* (ed. esp.), Vol. 10, N° 5, 1980.

⁴ FLACSO: *Reglamento de tesis, fotocopia*, Buenos Aires, 1980.

El hombre quiere ser confirmado en su ser
por el hombre, y desea la presencia
del ser del otro. . . secreta y
turbadamente espera un SI que
le permita ser y que puede llegar
a él sólo de persona a persona

Martín Buber

DOCENCIA DE PREGRADO
EN PEDIATRIA EN EL HOSPITAL
INTERZONAL ESPECIALIZADO DE AGUDOS
"SUPERIORA SOR MARIA LUDOVICA" DE LA PLATA

Dres. Jorge Morano*
Juan Carlos Martínez Mendiberry**

RESUMEN

Con el objetivo fundamental de establecer modelos docentes para la enseñanza de la Pediatría en el pregrado médico, asignando prevalencia y especial énfasis a la atención primaria, relación médico-paciente y formación del médico general que el país requiere, realizamos el presente trabajo considerando sucesivamente los siguientes aspectos:

I – En primer lugar analizamos la realidad actual institucional de la educación médica en nuestro medio, con sus falencias y sus virtudes, esbozando algunas sugerencias correctivas.

II – Luego relatamos nuestra experiencia concreta en la docencia de pregrado en Pediatría en el ámbito en que actuamos.

III – Por último, bosquejamos modelos docentes ideales que pueden aplicarse en la Cátedra de Medicina Infantil en la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata.

Pediatric in the medical under-graduate level, giving prevalence and special emphasis to primary attention, relation physician-patient and the formation of the generalist physician that our country requires, we have done this work considering successively the following aspects:

– *First, we have analyzed the present institutional reality of medical education in our environment with its pros and cons, sketching some remedial suggestions.*

– *Then, we have stated our own experience in the under-graduate teaching of Pediatrics, in our setting.*

– *Last of all we have devised some teaching models which can be possibly applied to at the Chair of Pediatrics in the Facultad de Ciencias Médicas de La Plata.*

“Enseñar es encender una llama, no llenar un tonel”

Platón

“Ser un despertador de conciencias y no un proveedor de conocimientos”

Sócrates

SUMMARY

With the fundamental objective of establishing teaching models for the learning of

* Profesor Adjunto de la Cátedra de Medicina Infantil, Facultad de Ciencias Médicas de La Plata.

** Profesor Adjunto de la Cátedra de Pediatría de Posgrado, Facultad de Ciencias Médicas de La Plata.

Introducción

La Pediatría constituye la disciplina que se ocupa del ser humano en una etapa trascendente de su vida, la del crecimiento y desarrollo o edad evolutiva, extendiéndose desde la concepción hasta el fin de la adolescencia, siendo sus fines y objetivos proteger, promover, recuperar y rehabilitar la salud del niño y del adolescente ¹.

En la primera mitad del presente siglo prevalecía en la medicina una filosofía eminentemente mecanicista y causal y lo que no fuera objetivo se consideraba sin valor médico. Se imponía una llamada "medicina científica", que brindó y seguirá brindando significativos aportes. De esta concepción nació la modalidad del "médico científico", cuyo objetivo primordial y prioritario era "saber", así como el paralelo desarrollo de la técnica generó el tipo del "médico técnico", cuya fundamental o única inquietud era "hacer". Comenzaba así a desnaturalizarse la medicina, tornándose más ciencia pero perdiendo mucho de arte y humanidad. Estábamos, pues, en el reinado del positivismo ².

Laín Entralgo decía que el "hombre no es un organismo; el hombre tiene un organismo que pertenece a su ser". Por su parte Ortega expresaba que "el hombre es una especie de centauro con media porción inmersa en la naturaleza y otra media trascendiendo de ella". Por ello no se puede actuar sólo en las leyes físicas de la naturaleza, pues un enfermo sufre física y anímicamente y el médico sólo es capaz de mitigarlos si escucha los dos sufrimientos ³.

Para ello no basta únicamente "saber", sino llegar con amor al niño sano y al niño enfermo, pues el objetivo fundamental de la Pediatría es guiar a los niños en forma segura y feliz durante la infancia, para que se conviertan en jóvenes adultos normales, sanos y bien adaptados. De esta manera, el pediatra debe considerar al niño como un todo, para que su crecimiento y desarrollo físico, mental y emocional pueda alcanzar sus máximas expresiones.

Lo ideal para el pediatra es que posea ciencia, técnica, intuición y amor. De su racional y adecuado equilibrio resultará una Pediatría mejor, esa Pediatría que constituye el desiderátum y objetivo prioritario de la Cátedra de Medicina Infantil de la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata, así como de la amplia mayoría del recurso humano del Hospital que la alberga y colabora con ella en la docencia.

La Pediatría del presente, como la del pasado y la del futuro, se halla íntimamente influida por la problemática de cuanto en el terreno socioeconómico, cultural, político y filosófico conforma el mundo actual, al que se halla indisolublemente ligada ¹.

El pediatra, pues, debe tener una sólida formación científica humanística y estar imbuido de los aspectos psicológicos, sociales y somáticos del hombre. Debe poseer vocación de servir, altos principios éticos y una permanente actitud de superación ⁴.

Es nuestro ferviente deseo que el accionar de todos los que conformamos el recurso humano en la docencia de pre-grado de la Cátedra de Medicina Infantil, con sede en el Hospital Interzonal Especializado de Agudos "Superiora Sor María Ludovica" de La Plata, se integre y amalgame en esta filosofía para que el lema: "por un niño sano en un mundo mejor" sea una realidad.

Objetivo

El objetivo fundamental del presente trabajo lo constituye la necesidad de establecer modelos docentes para la enseñanza de la Pediatría en el pregrado médico, asignándoles prevalencia y especial énfasis a la atención primaria, relación médico-paciente y formación del médico generalista que el país requiere.

Con el fin de concretar nuestro enunciado, nos referiremos en primer lugar a la realidad actual institucional de la educación médica en nuestro medio, con sus falencias y virtudes, esbozando algunas sugerencias correctivas.

Luego relataremos nuestra experiencia concreta en la docencia de pregrado en Pediatría en el ámbito en que actuamos.

Por último, bosquejaremos modelos docentes ideales, que pueden aplicarse en la Cátedra de Medicina Infantil de la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata, mediante sus recursos humanos y los aportados por el Hospital Especializado de Agudos "Superiora Sor María Ludovica" de La Plata y los Servicios Pediátricos de Hospitales Generales de la ciudad de La Plata y conurbano bonaerense.

I — Realidad actual institucional de la educación médica en nuestro medio

Objetivos de la Facultad de Ciencias Médicas.

Nuestra Facultad, en la actualidad, no

cuenta con objetivos claramente enunciados. Es necesario proceder a su enunciación con el fin de poder evaluar su eficacia y adecuación a las necesidades que debe asistir en forma permanente.

La definición de los objetivos debe fundamentarse en el concepto de que la Facultad constituye, primariamente, una institución educativa de nivel superior universitario, cuya misión específica es la preparación de profesionales médicos en función de las necesidades sanitarias de la realidad social.

Como propósito de la Facultad a nivel de pregrado, es indispensable proceder a la formación de médicos pluripotenciales, con conocimientos, actitudes y habilidades básicas, que después de la graduación les permitan diferenciarse orientándose hacia la medicina general, las especialidades o las distintas modalidades de la actividad médica (asistencia, docencia e investigación).

A nivel de postgrado, deberá profundizar la formación de médicos generales o generalistas que el país requiere fundamentalmente, así como la de especialistas, docentes e investigadores. Es su responsabilidad lograr un adecuado perfeccionamiento en estas áreas e implementar un programado enfoque de educación continua.

En lo que se refiere al modelo de médico que la Facultad deberá formar se enfatizará la necesidad de su preparación para el ejercicio de su profesión, sin descuidar la formación de sus actitudes, tratando de lograr un mejor equilibrio entre las áreas cognocitivas, sensoriomotora o habilidades y destrezas, y afectiva o actitudinal.

El perfil conceptual del médico pluripotencial deberá implicar junto a su preparación para la acción, una actitud inquisitiva que lo capacite para encarar y resolver nuevas situaciones en forma racional⁵.

Hoy la Universidad está en crisis, no sólo en nuestro país, por cierto, sino en muchos otros, sosteniéndose que la verdadera causa de esta crisis está en la inadaptación de dichas instituciones a un mundo en proceso de vertiginosos cambios⁶.

La Facultad de Ciencias Médicas como formadora del recurso humano de salud

Como formadores del recurso humano que ha de ejercer las acciones de Salud, sen-

timos como nuestros los problemas de la atención, pues educación y asistencia médica están tan íntimamente entrelazadas que resulta artificioso separarlas. Ambas tienen un objetivo común: la salud del pueblo.

No se acepta la educación de dicho recurso humano si no es mediante la asistencia. Cuando ésta se efectúa al margen del proceso educativo no cuenta con el estímulo necesario para mantenerse actualizada y acorde con el progreso de la medicina. Esa comunión de objetivos, esa correlación operativa, obliga a quienes forman el personal del sector y a los que lo utilizan, a trabajar mancomunadamente⁷.

Los dos términos de la ecuación son dependientes, el proceso es único y lo que hacemos en el campo formativo influye fundamentalmente en la calidad de las prestaciones. Debemos evaluar permanentemente si estamos cumpliendo realmente con lo que nos ha encomendado la sociedad: formar el recurso que ella necesita y utilizarlo adecuadamente.

Lo ideal sería que en el país existiera un plan nacional de salud y de acuerdo con éste se elaborara la política educativa. Actualmente, los que forman el recurso y los que lo utilizan actúan aisladamente, sin la necesaria integración.

Es impostergable que la Universidad como institución adecue el proceso de enseñanza y aprendizaje al plan de salud vigente en el momento, en cuya elaboración debería participar activamente, sintiendo así como propios los problemas de la asistencia⁸.

La política educativa tampoco ha sido enunciada en forma clara y concreta en nuestro país. La formación del recurso humano de salud no escapa a esta situación.

Ignoramos si los individuos que estamos formando son los que realmente se precisan, tanto en calidad como en cantidad.

La falta de estudios completos y profundos sobre las necesidades sanitarias del país hace que no sepamos hasta qué punto estamos cumpliendo una misión útil o contribuyendo a intensificar una situación problemática⁹.

En el informe final del VII Congreso de Educación Médica de Nueva Orleans, realizado en 1978, se estableció que el objetivo prioritario de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la

Salud es brindar atención médica a toda la población dentro de la próxima década; tanto en áreas rurales como urbanas. La atención primaria de la salud debería ser estratégica para ofrecer buena asistencia a la mayoría de la población.

Se indicó que el médico generalista es el elemento clave en la solución de esta crisis, ya que está en una posición adecuada para establecer una comunicación significativa con la familia. El es el integrador de atención primaria y el puente entre el educador y el que brinda atención sanitaria. Es importante que el médico esté entrenado para dicho rol y éste es el desafío que hoy encaramos los educadores médicos¹⁰.

El médico generalista debe realizar un cambio en el comportamiento familiar, proporcionando información necesaria para una mejor nutrición, prevención de enfermedades, integración social, higiene, hábitos y costumbres, factores todos relacionados con el mejoramiento de la calidad de la vida.

Con esta filosofía, el médico generalista que actuará como verdadero médico de familia, constituirá el primer nivel de la atención médica. Las palabras de Gerome DeJardin: "el que no cree en la prioridad de los valores humanos no puede creer en el predominio y cumplimiento de las necesidades sociales por encima de las exigencias de la economía; el que no cree en la primacía del valor intrínseco de los hombres, no puede intentar participar en obras de progreso construidas por el hombre y para el hombre".¹¹

Theodore J. Phillips, Presidente de la Sociedad de Maestros de Medicina Familiar de los EE.UU., brindó un resumen histórico sobre la capacitación de los médicos generales en dicho país, comenzando serios esfuerzos en ese sentido ya en 1940, con la introducción de un internado rotatorio de 2 años en muchos hospitales. En 1948 el Consejo de Educación Médica de la Asociación Médica Americana estableció un mecanismo para aprobar las residencias luego de 1 año de internado rotatorio. En 1959 la AMA (American Medical Association) desarrolló 20 programas piloto de capacitación en medicina familiar. A pesar de todos estos esfuerzos, fracasó el intento de revertir la declinación del número de médicos generales mientras que el número de especialistas aumentaba.

En 1966 hubo un cambio basado en la práctica de la medicina general en Europa, que influyó sobre las actitudes de los médi-

cos americanos y se establecieron departamentos de medicina familiar en varias escuelas médicas. En 1969 había doce residencias de medicina familiar, pero actualmente hay 348 programas de residencia de medicina familiar acreditadas.

La Junta Americana de Medicina Familiar (American Board of Family Medicine) se estableció en 1970 y hay actualmente 6.000 graduados en medicina familiar. Esta capacitación se lleva a cabo a nivel de graduados.

Actualmente se tiende a la creación de departamentos de medicina familiar dentro de las escuelas de medicina para capacitar a los estudiantes tanto a nivel de pregrado como posgrado¹².

Volviendo a nuestro ámbito, la Facultad de Ciencias Médicas deberá formar médicos pluripotenciales o generales con la filosofía del médico de familia que hemos mencionado, siendo su misión definida y prioritaria la atención primaria de la salud.

Este modelo de médico, con una formación amplia, pluripotencial o general, es el médico que el país necesita, debiendo constituir el desiderátum u objetivo fundamental de la docencia de pregrado.

La formación de este médico posibilitaría que, tanto aquellos que se vuelquen definitivamente hacia la medicina generalista, que en el extenso territorio de nuestra patria son los más requeridos, así como los que opten por las otras áreas del quehacer médico, estudiaran en las mejores condiciones para su ulterior adecuado adiestramiento específico.

Así lo deberemos interpretar todos los docentes de las diversas materias del Currículum de la Facultad de Ciencias Médicas, pues sin una profunda comprensión de esta problemática, serán vanos todos los esfuerzos en tal sentido.

Con referencia a los médicos especialistas, deberán ser formados por la Facultad en el posgrado, que fijará las necesidades y otorgará el título. Podrá realizar esta misión con otras instituciones, siendo única responsable del otorgamiento del correspondiente título.

Con respecto a la Docencia e Investigación, ésta se hallará a cargo de la Facultad, que deberá tomar todos los recaudos para disponer de los recursos humanos, materiales y financieros para su desarrollo. Lo mismo en el área de salud.

La Universidad, pues, debe ser la institución donde se forme el recurso humano en

todos los niveles. Pero para concretarlo, la Facultad deberá, como ya expresamos, definir objetivos claros y adecuados a la formación de tales recursos.

La coordinación entre los formadores de recursos humanos y el área de salud deberá realizarse en tres instancias: académica, estructural y económica, debiendo establecerse una comisión permanente entre los distintos sectores: Universidad y organismos representativos de la salud (oficiales, colegiados y científicos).

Los métodos más adecuados para lograr los recursos humanos son:

- 1- Integración de la Universidad hacia la comunidad.
- 2- Orientación vocacional.
- 3- Clarificación de objetivos.
- 4- Adecuación del plantel docente para el cambio curricular.
- 5- Elaboración de estrategias a mediano y largo plazo sobre la base de los puntos anteriores.

La formación del recurso humano de la salud deberá realizarse sobre la base de la complementación entre los distintos sectores del equipo de salud, bajo la dirección, organización y jerarquización universitaria¹³.

Currículum de la Facultad en relación con la realidad sanitaria del país

En la actualidad no contamos con una información aceptable sobre la realidad sanitaria del país, por lo que se torna complejo adecuar el currículum a ella. Dicho currículum deberá formar un médico de la más alta calidad, capaz de resolver los problemas generales de la medicina en la forma más eficaz posible en cualquier lugar y situación.

La división del currículum actual de la Facultad en materias básicas y clínicas, constituye un modelo en compartimientos estancos, sin conexión a lo largo de la carrera. Este se debería estructurar tendiendo a un modelo de desarrollo horizontal con estrecha conexión horizontal y vertical.

Sería conveniente que el currículum contemple cuatro áreas fundamentales:

- Ciencias básicas
- Ciencias clínicas
- Medicina social
- Ciencias de la conducta

Es recomendable la departamentalización de acuerdo con las cuatro áreas propuestas.

Es conveniente también, que el currícu-

lum establezca la necesidad de utilizar todos los ámbitos donde se efectúen acciones de salud (públicos, privados, urbanos, rurales, etc.), para el desarrollo de la actividad docente, siendo aconsejable el contacto precoz del alumno con el paciente, para obtener una ulterior adecuada relación médico-paciente.

Para lograr los objetivos propuestos, es necesaria la colaboración del cuerpo docente, al que habrá que brindar apoyo técnico y pedagógico.¹⁴

Docencia en Servicio

Deficiencias de la metodología vigente

- 1-1 Dependiente de los alumnos
- 1-2 Dependiente de los docentes
- 1-3 Dependiente de la Facultad

1-1 De los alumnos

Falta de iniciativa personal para compensar por sí mismo en parte, lo precario de la enseñanza actual. Para neutralizar tal situación los docentes deberán incentivar a los alumnos, orientándolos con respecto a cómo, dónde y qué aprender.

Un significativo número de educandos no muestran vocación por la carrera que han elegido. Para evitar esto es indispensable implementar un sistema de orientación vocacional previo al ingreso.

Existe una llamativa tendencia a estudiar por apuntes, breves y de mala calidad, y generalmente ignorados por los docentes, con el consiguiente deterioro cognoscitivo.

1-2 De los docentes

Se le dedica poco tiempo a la enseñanza práctica como consecuencia de una inadecuada relación docente-alumno, tiempo disponible y relación alumno-cama en hospital.

La enseñanza llamada "práctica o teórico-práctica" sigue siendo en la realidad predominante o exclusivamente teórica. Habitual tendencia de los docentes al enfoque teórico.

Por las limitaciones señaladas, el proceso de enseñanza-aprendizaje influye negativamente en la calidad del servicio docente, proporcionándose a los educandos más información que formación.

Existe, además, una precaria relación e integración docente-asistencial.

La relación directa con el niño sano o enfermo que allí establece el estudiante, principal motivo de su vocación médica, es de gran importancia para su adecuada formación.

No sólo cumplimos parcialmente con dicha misión, sino que no solemos tener presente que el alumno debe aprender también a conocer a los responsables de las prestaciones (médicos y demás integrantes del equipo de salud), la organización del Hospital y el alcance de sus funciones, las características y modalidades de la asistencia, y el tipo y calidad del sistema de atención que la institución integra ⁹.

1-3 De la Facultad

Excesiva cantidad de alumnos, fundamental factor de distorsión en el proceso enseñanza-aprendizaje. Marcada desproporción con la disponibilidad de camas y enfermos en patología ambulatoria.

Esta situación conduce a una inadecuada distribución de alumnos por parte de la Facultad y a frecuentes cambios y/o agregados a su distribución, a veces en épocas avanzadas del año lectivo. Ello obliga no infrecuentemente a realizar cursos breves e intensos que no dan los resultados buscados.

Es necesario que, cuando se procede al envío de alumnos a hospitales cercanos a sus lugares de residencia, ellos sean supervisados por docentes adscriptos a la cátedra madre, para lograr el resultado positivo esperado.

Carencia en muchas cátedras, de una infraestructura adecuada.

Escasez de elementos y materiales didácticos modernos.

Insuficiente número de docentes rentados.

Dificultades de la docencia en servicio en el plan de la Carrera Médico-Hospitalaria.

Incomunicación tanto vertical como horizontal entre las distintas áreas ¹⁵.

II— Nuestra experiencia en la docencia de pregrado en la Cátedra de Medicina Infantil de La Plata

I— Características del hospital sede de la Cátedra

El asiento oficial de la cátedra en un Hospital pediátrico permite la utilización de los recursos materiales y humanos de un establecimiento de referencia y de categoría interzonal.

El Hospital Interzonal Especializado de Agudos "Superiora Sor María Ludovica" de La Plata constituye el centro de referencia de mayor nivel de complejidad pediátrica de la provincia de Buenos Aires, con crecientes actividades de docencia e investigación de pre y postgrado profesional y desarrollo permanente de sus recursos humanos y técnicos.

Nuestro Hospital, pues, el más importante complejo efector de atención pediátrica de la primera provincia del país, ha incrementado notoriamente su avance científico con la incorporación de nuevas especialidades, recursos humanos calificados, adelantos tecnológicos, remodelaciones de su planta física y de nuevas formas de docencia e investigación científica asistencial ¹⁶.

El Hospital ha sido definido por OPS/OMS (Informe 122/56) como "parte integrante de una organización médica y social, cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva y cuyos servicios externos irradian hasta el área familiar. Es también un centro de formación de personal médico-sanitario y de investigación bio-social".

La Atención Médica, como "conjunto de medios específicos y directos, destinados a poner al alcance del mayor número posible de personas, los recursos de diagnóstico temprano, de tratamiento oportuno, de la rehabilitación, de la prevención y del fomento de la salud (OMS)" se cumple integral y satisfactoriamente en nuestro Hospital, mediante los tres clásicos niveles:

a) Atención Médica Primaria, cuyo objetivo es dar atención a los problemas generales de salud, proteger del riesgo de enfermedad, tratar la patología más frecuente y evitar secuelas. Integra acciones preventivas y curativas de baja complejidad tecnológica y no requiere mayor auxilio diagnóstico y terapéutico ni la internación del paciente (consulta externa de Pediatría General).

En este ámbito de la Atención Médica del Hospital es donde la Cátedra pone y pondrá todo el énfasis posible en su accionar docente.

Es interesante analizar el incremento constante que se produce anualmente en este nivel de prestación salvo que para 1978-1979 en que sólo fue del 5,2%, oscila para los otros años, en alrededor del 20% de

aumento, con un incremento total de los últimos 6 años de 120,9%¹⁷.

Creemos que esta cifra es expresiva de por sí y que aunque no es lógica para un Hospital como el nuestro, definido como Centro de Alta Complejidad y con características de Interzonal, el cambio operado ha sido beneficioso para el proceso de enseñanza-aprendizaje de pregrado.

b) Atención Médica Secundaria, cuyo objetivo es satisfacer la consulta especializada y la internación, tanto programada como de urgencia. Asistencia que requiere atención de naturaleza especial, por lo común más elaborada y complicada que la que se efectúa en el nivel anterior (área de internación no selectiva y consultorio externo de especialidades); se trata de un nivel de atención muy amplio y de gran desarrollo en nuestro Hospital, brindándose generosamente también para la docencia que realizamos a través de la Cátedra de Medicina Infantil.

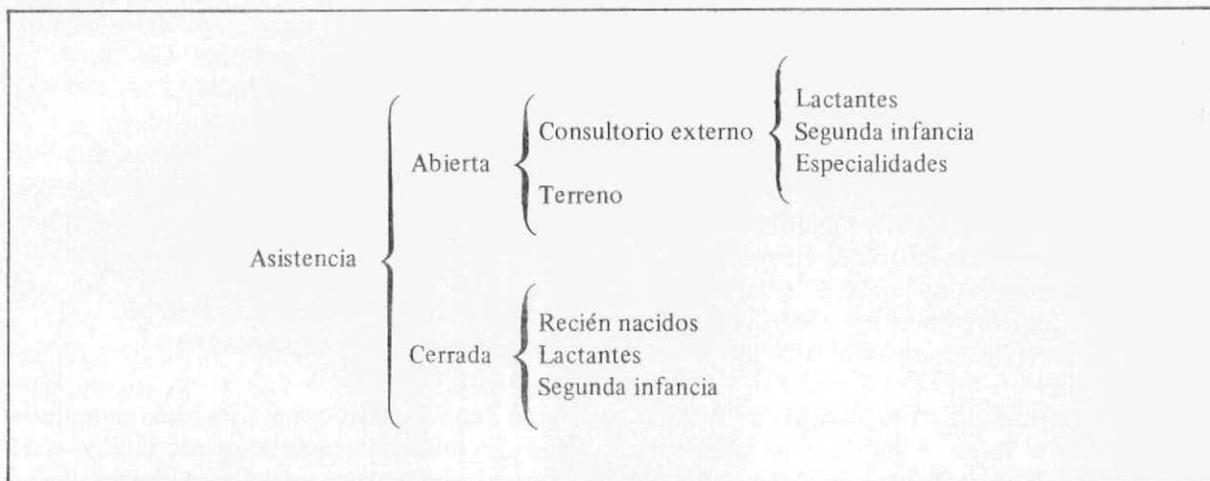
c) Atención Médica Terciaria, que corresponde a las actividades de rehabilitación y

cuidados intensivos. Asistencia que requiere atención sumamente especializada y tecnológicamente compleja (terapia intensiva), ha alcanzado un gran desarrollo en nuestro establecimiento y aunque constituye el área que menos utilizamos, ya que el objetivo fundamental de la cátedra es la formación de médicos generalistas, sirve a los fines complementarios de la enseñanza.

Este Hospital dispone de un total de 411 camas de dotación distribuidas en 22 salas, consultorios externos de primera y segunda infancia y de la totalidad de las subespecialidades pediátricas. Está estructurado según el sistema de departamentalización.

Todos los Servicios, Salas y Consultorios, que componen el Hospital se utilizan para la docencia de pregrado, lo que se ve facilitado por el hecho de pertenecer al equipo docente de la Cátedra gran parte de los planteles que constituyen los recursos humanos profesionales médicos del establecimiento¹⁶.

La actividad asistencial se realiza de acuerdo con el siguiente esquema:



En los Servicios de Pediatría asociados para la actividad docente, tanto del área de La Plata como de la zona conurbana, la tarea asistencial se desarrolla de acuerdo con las características particulares de cada hospital al que aquéllos pertenecen, diferenciándose fundamentalmente por el menor grado de complejidad y por la ausencia de prestación de algunas subespecialidades.

Es importante destacar que dichos Servicios son supervisados por la Cátedra madre, tanto en los contenidos programáticos como en la metodología utilizada y nivel de exigencia.

II- Actividad docente

Para su realización se cuenta con un equipo integrado por:

- 1 Profesor Titular (Dedicación completa)
- 4 Profesores Adjuntos (Dedicación simple)
- 4 Jefes de Trabajos Prácticos Rentados (Dedicación simple)
- 5 Jefes de Trabajos Prácticos ad honorem
- 1 Jefe de Clínica Rentado (Dedicación simple)
- 10 Ayudantes diplomados rentados (Dedicación simple)

2 Docentes libres

72 Ayudantes diplomados ad-honorem

Cabe destacar que, además de los profesores, han realizado la carrera docente 10 integrantes de la Cátedra, revistando 5 de ellos como Docentes Autorizados y 5 como Docentes Adscriptos.

También debemos consignar que del total de 99 docentes con que la Cátedra desarrolla su actividad, solamente 20 son rentados, o sea escasamente la quinta parte del equipo.

La tarea docente se realiza en su mayor parte en el hospital pediátrico sede de la Cátedra. En razón del elevado número de educandos que satura su capacidad de absorción, alrededor del 15% de alumnos de cada ciclo es derivado a los servicios de pediatría de las unidades hospitalarias asociadas a la Cátedra.

Con excepción del Hospital "Noel Sbarra" y Maternidad de La Plata, se trata de servicios pediátricos de hospitales generales. Ello determina la existencia de un matiz levemente diferencial, ya que obliga a la utilización de recursos humanos sin formación pediátrica en el entrenamiento de algunas disciplinas, especialmente cirugía y especialidades.

La actividad docente está programada de manera que puedan cumplirse los objetivos generales de la enseñanza durante la carrera, para cuya enunciación se convino en la necesidad de:

a) Precisar la ubicación y significado de la Pediatría dentro de la actividad curricular.

b) Procurar en el educando una clara comprensión de los problemas bio-socio-económicos que se relacionan con el niño y su grupo familiar.

c) Sensibilizar al futuro médico de modo que, cuando le toque actuar en cualquier nivel dentro de la comunidad, en relación con los problemas del niño, adopte actitudes positivas y eficientes.

d) Armonizar la tarea docente de la Cátedra con la labor asistencial que se realiza en el Hospital donde tiene su sede, así como con la de los demás servicios pediátricos de diferentes hospitales en los que se proyecta su labor.

e) Interrelacionar su actividad científica con la que realiza la Sociedad de Pediatría de La Plata, con la que comparte su sede, coordinando planes de trabajo comunes.

f) Procurar acuerdos con las autoridades sanitarias estatales, con la finalidad de ejecutar planes de educación médica continuada, que proyecten la docencia a los centros y

servicios pediátricos del resto de la provincia.

Para el cumplimiento de los fines enunciados se formularon los siguientes objetivos para el pregrado:

1 - Ayudar al estudiante a adquirir conocimientos y comprensión sobre los hechos fundamentales vinculados a los problemas del niño normal y del niño enfermo.

2 - Adquirir técnicas esenciales para el manejo clínico de las principales afecciones de la infancia, así como los recursos auxiliares de diagnóstico, accesibles en el medio donde se desempeñe.

3 - Formar actitudes y hábitos profesionales adecuados y necesarios para el ejercicio hábil de la clínica pediátrica en el ambiente en que le toque actuar.

4 - La formación pediátrica del educando deberá integrarse al concepto de médico pluri-potencial o general que la Facultad tiene el deber ineludible de producir, de acuerdo con las necesidades del país.

5 - Satisfacer así con eficiencia la demanda de atención pediátrica por parte de la comunidad.

El logro de estos fines y objetivos se procura mediante las siguientes pautas:

A) elaboración de contenidos programáticos

B) técnicas pedagógicas adecuadas, para cuya medición de eficiencia se ha implementado un

C) sistema de evaluación.

A - Elaboración de contenidos programáticos

Se ha formulado un programa integrado con 13 unidades temáticas que incluyen 35 contenidos principales, que se desarrolla intensivamente durante 6 semanas en el 6° año de la carrera e insume un tiempo calculado en la actualidad de 165 horas/alumno.

Debido a que las 165 horas asignadas a Medicina Infantil no pueden ser ampliadas en razón de la extensión de 6 semanas para cada grupo o ciclo de rotación de alumnos (que en cada uno de los otros 5 períodos anuales deben realizar actividades referidas a otras disciplinas clínicas), la diferencia con las 350 horas consideradas como mínimos para el cumplimiento del programa, se neutraliza en parte mediante la organización y puesta en práctica de un plan de coordinación vertical y horizontal de la enseñanza de la Pediatría con el conjunto de cátedras inte-

relacionadas, de acuerdo con el siguiente esquema:

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA PLATA
UNIDAD DOCENTE DE PEDIATRIA



Desde 1973 se aplica un plan coordinado con la Cátedra de Clínica Obstétrica por el cual los alumnos que cursan dicha materia realizan práctica de asistencia al recién nacido mediante adiestramiento conducido por instructores docentes de nuestra Cátedra que desempeñan tareas asistenciales en el Servicio de Neonatología de la Maternidad de La Plata.

Desde el comienzo del curso lectivo de 1977 la coordinación con la Cátedra de Medicina Preventiva se ha concretado con la participación activa de dos de sus profesores adjuntos, que realizan parte de su labor docente a nivel de la Cátedra de Medicina Infantil, en la que tienen a su cargo los contenidos de Pediatría Sanitaria y Social.

B- Técnicas pedagógicas utilizadas

Al prestar atención a la metodología universitaria se pone en evidencia que no puede haber un método único y válido en todos los casos; que los métodos son múltiples y deben aplicarse en diversas combinaciones según los objetivos que se intenta conseguir.

La multiplicidad de los métodos asegura, además, un margen amplio a un valor esencial en la Universidad: la libertad de investigación. Pensar que la Universidad sólo puede funcionar con un método determinado significa clausurar las posibilidades de practicar la libertad de investigación en este campo¹⁸.

El ejercicio de una "combinatoria metodológica" implica el análisis de cada situación particular y la elección de uno u otro recurso o técnica disponible hoy en el campo de la Tecnología Educacional.

La clase magistral es el método más extendido en la enseñanza universitaria en general. En Pediatría, en las universidades de

nuestro país, se recurre a esta técnica de enseñanza con demasiada frecuencia, llegando a constituir en algunas cátedras el 50% del tiempo del curso.

La clase magistral actual tiene su antecedente en la "lectio" empleada en las escuelas catedráticas y monacales. Consistía en la lectura y comentario que del texto elegido (Summa Theologicae, por ejemplo) realizaba el maestro.

Durante la Edad Media la clase magistral era el método de enseñanza porque no existían los textos impresos. Se utilizaba el único medio de comunicación disponible: la palabra hablada. La aparición de la imprenta, sin embargo, no cambió casi nada la didáctica de la enseñanza superior, que siguió basándose en la acumulación del saber con un enfoque enciclopédico por parte del profesor y en la transmisión a los alumnos mediante la comunicación oral.

"Nuestro profesorado no llegó siquiera a la galaxia de Gutenberg: utilización del libro. Se comporta todavía como el lector medieval que recitaba pergaminos y papiros ante alumnos analfabetos. La biblioteca no es todavía la fuente de información: transmite sus mensajes oralmente, como lo hacían los pueblos prehistóricos sin tradición escrita"¹⁹.

Hoy está ampliamente demostrado que los métodos pasivos en la enseñanza resultan menos efectivos que aquellos que comprometen plenamente al educando. Para renovar la enseñanza universitaria hay que, por lo menos, dinamizar la clase para que sea efectiva y tratar de recurrir en lo posible a otras técnicas pedagógicas. Hay que promover y canalizar la participación activa de los alumnos, ya sea en sesiones de discusión o de preguntas y respuestas programadas.

Cuando en una clase se trata de "instruir" a los estudiantes sobre "algo", cuando una clase es el "dictado" de una lección que los alumnos deben retener, se puede afirmar que la "lectio" continúa idéntica a sí misma a lo largo de 8 siglos en la docencia universitaria¹⁸.

La clase magistral, tal como se lleva a cabo habitualmente, es una instancia en la que se transmite información pero de ninguna manera promueve en los alumnos la habilidad de seleccionar, organizar y valorar la información, y mucho menos desarrolla la capacidad de pensar en forma crítica y creadora. Y este hecho se torna dramático si se

recuerda que el desarrollo de las ciencias y de la técnica en una sociedad depende de los recursos humanos formados en la Universidad.

Nuestra Cátedra de Medicina Infantil tiene como objetivo fundamental, y lo ha concretado en gran parte, disminuir al máximo posible la clase magistral y darles el carácter de "dialogadas" a las que se mantienen, designándolas como "clases teórico-prácticas".

Las técnicas pedagógicas utilizadas en nuestra Cátedra procuran que el alumno sea protagonista activo en la ecuación enseñanza-aprendizaje. Para ello se ha distribuido apro-

ximadamente el tiempo disponible en las siguientes modalidades docentes:

1. Clase teórico-práctica (ex magistral). 40%
2. Práctica clínica en Sala 30%
3. Ateneos 15%
4. Seminarios 7,5%
5. Consultorio Externo. 7,5%

La distribución de la actividad curricular con sus respectivos contenidos programáticos y técnicas pedagógicas aplicadas al tratamiento de cada uno de ellos, se desarrolla de acuerdo con el siguiente esquema:

MEDICINA INFANTIL						
<i>6º Año - 165 horas/alumno (6 semanas)</i>						
<i>Turno matutino</i>						
<i>Horario</i>	<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábado</i>
9 a 11 h	Semiología Pediátrica (Sala)	Urgencias Pediátricas	Ateneo	Especialidades Pediátricas	Semiología Pediátrica (Sala)	Ped. Social Odonto- pediatría Serv. Social
11 a 12 h	Teor.-Práct.	Cons. Externo	Recién Nacido	Cons. Externo	Teór.-Práct.	
<i>Teórico-Práctico (contenidos)</i>		<i>Ateneos (contenidos)</i>		<i>Semiología Pediátrica</i>		
				<i>Comisión</i>	<i>Sala</i>	
1) Neumopatías bacterianas		1) Neumopatías agudas		1	1	
2) Neumopatías virales		2) Hemorragia digestiva		2	2	
3) Anemias		3) Neurología pediátrica		3	3	
4) Uropatías obstructivas		4) Lúes congénita		4	4	
5) Crecimiento y desarrollo		5) Síndrome de malabsorción		5-6	8A-8B	
6) Alimentación		6) Enfermedades eruptivas		7-8	9A-9B	
7) Síndrome nefrótico						
8) Glomerulonefritis						
9) Adolescencia						
10) Adolescencia						
11) Farmacología y Terapéutica						
12) Inmunología y Alergia						
<i>Turno vespertino</i>						
<i>Horario</i>	<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábado</i>
7 a 19 h	Semiología Pediátrica (Sala)	Especialidades 18 a 20 h	Ateneo	Seminario 18 a 20 h	Semiología Pediátrica (Sala)	
9 a 20 h	Teór.-Práct.					
<i>Teórico-Práctico (contenidos)</i>		<i>Ateneos (contenidos)</i>		<i>Seminarios (conten.)</i>	<i>Semiología Pediátrica</i>	
					<i>Comisión</i>	<i>Sala</i>
1) Recién nacido normal		1) Primoinf. tuberculosa		1) Sínd. malabsorción	1	1
2) Recién nacido bajo peso		2) Deshidratación		2) Ictericias	2	2
3) Patología respiratoria neonatal		3) Púrpuras		3) Convulsiones	3	3
4) Pat. digestiva neonatal		4) Diarreas crónicas		4) Deshidratación	4	4
5 y 6) Alimentación		5) Cirugía Pediátrica		5) Patología neonatal	5	8A
7 y 8) Desnutrición		6) Vómitos		6) Enfermería	6	8B
9 y 10) Diarrea y deshidratación					7	9A
11) Síndrome de malabsorción					8	9B
12) Genética y malformaciones						

Para la realización de Ateneos y Seminarios los alumnos se dividen en tantos grupos como temas a abordar, que funcionan simultáneamente dirigidos por un docente que actúa como coordinador.

Para los Seminarios se proporciona a los estudiantes referencias bibliográficas sobre cada uno de los aspectos del respectivo tema, cuyo material deben procurarse mediante la búsqueda en los ficheros de las bibliotecas de la Cátedra, Sociedad de Pediatría y Facultad de Ciencias Médicas, cuyos libros y revistas están a disposición de los alumnos.

Las prácticas de recién nacido normal y del patológico, rehabilitación, odontopediatría y servicio social se efectúan mediante la concurrencia de los grupos a los servicios respectivos, donde son adiestrados por los instructores que tienen a su cargo la tarea asistencial correspondiente.

C— Sistema de evaluación

Se ha programado para cumplir una doble finalidad:

1— Evaluación del alumno por los docentes de la Cátedra.

2 — Evaluación de la actividad y eficiencia docente de la Cátedra por el alumno.

1) La evaluación del alumno se realiza mediante un sistema continuado que permite juzgar el grado de aprovechamiento logrado y que se integra mediante:

a) Ficha de evaluación, que confecciona el docente instructor de cada grupo y que permite obtener una acabada información tanto de los conocimientos como de la personalidad del alumno.

b) Primera prueba en la 3a. semana de cada ciclo. Es de carácter coloquial, colectiva y la realiza el instructor de la comisión de la práctica clínica en sala.

c) Segunda prueba: se realiza a la finalización de cada ciclo. Es una prueba escrita y estructurada con el sistema de respuestas múltiples, que se elabora mediante la confección de una tabla de especificaciones con la que se integra un conjunto de preguntas que exploran, en forma proporcionada, la esfera del conocimiento, comprensión y aplicación, acerca de los contenidos programáticos enseñados durante el curso.

d) Prueba final. Constituye el examen tradicional cuya calificación se establece de acuerdo con el promedio de:

1) Concepto que surge de la ficha de evaluación.

2) Conceptos y notas de la 1a. y 2a. prueba parcial.

3) Nota obtenida en el examen final, en el que se explora solamente el grado de comprensión y la capacidad de aplicación del estudiante, al que se le plantean problemas y situaciones de carácter clínico que debe afrontar y resolver.

2) La evaluación de la actividad docente de la Cátedra por el alumno se realiza mediante la cumplimentación de un cuestionario, en el que el estudiante juzga tanto cualitativamente como cuantitativamente, diversos aspectos de la labor realizada durante el ciclo.

El análisis de los resultados de las apreciaciones de los diferentes grupos de educandos constituye el instrumento más sensible para medir el grado de eficiencia de la labor docente desarrollada.

El alumno realiza esa evaluación anónima, para que lo haga con entera libertad, juntamente con la segunda prueba parcial, al finalizar el ciclo de trabajos prácticos.

Hemos desarrollado los principios, pautas y directivas a los que se subordina la tarea docente que desarrolla la Cátedra de Medicina Infantil. Como ocurre en todo organismo dinámico, sus postulados no son definitivos y se encuentran en permanente revisión, para ser adaptados a los continuos cambios que se operan en la vida de las instituciones universitarias y en la demanda de recursos humanos de salud.

III MODELOS DOCENTES PARA LA ENSEÑANZA DE LA PEDIATRIA EN EL PREGRADO MEDICO

PROPUESTAS DE SOLUCIONES PARA ALCANZAR EL IDEAL EN EL FUTURO

1) Determinar el tipo de médico que requiere el país y que, a nuestro juicio, deberá tener una formación integral, conformando el médico general con posibilidades pluripotenciales.

2) Establecer, asimismo, las pautas para esa formación integral.

3) Dentro de ellas, el objetivo metodológico deberá tener entre sus fines primordiales, el de enseñar a los alumnos a pensar y a razonar. Enseñar a aprender.

4) Dejar de lado en los hospitales, la antinomia docencia—asistencia, logrando una adecuada integración de ambas actividades.

5) Implementar la manera de lograr una correcta relación médico-docente y paciente-alumno.

6) Imponer una evaluación permanente y continuada docente-alumno y alumno-docente.

7) Crear o perfeccionar un Departamento Pedagógico, para una adecuada formación del recurso humano docente.

8) Seleccionar a los docentes por estricto concurso.

9) Perfeccionar la formación de docentes, integrando la carrera docente al currículum.

10) Procurar, en esa formación, que el docente tenga contexto humanístico, vocación, aptitud y dedicación.

11) Respecto de los alumnos, éstos deberán tener participación activa en el proceso de enseñanza-aprendizaje, con una información teórica breve y una intensa formación en prácticas y habilidades.

12) Se deberá dotar a la Facultad de un presupuesto coherente que permita el desarrollo de la actividad docente y asistencial con los métodos y técnicas más modernos y de acuerdo con cada necesidad.

13) Se deberán racionalizar los recursos, adecuándolos a las necesidades de cada Servicio-Cátedra.

14) Participación de los docentes en la organización y distribución del alumnado.

15) Prolongación del tiempo de enseñanza de la Pediatría en horas-día y en días-año¹⁵ llegando a las 350 horas/alumno, consideradas como mínimas para su adecuada formación.

16) Poner énfasis y desarrollar al máximo posible la docencia de la Pediatría en el pregrado por medio de la atención primaria de la salud.

El Hospital sede de nuestra Cátedra cuenta con los elementos humanos y materiales necesarios para el desarrollo completo del proceso de enseñanza-aprendizaje en servicio. Es misión de la Universidad el formar la mayor parte del recurso humano que actuará en el Hospital y en la comunidad. Resulta lógico entonces, que haga uso de ese gran laboratorio que le permitirá lograrlo en las mejores condiciones, por medio de la asistencia y de la formación del recurso humano. Hospital y Universidad cumplen mancomunadamente con sus compromisos para con la sociedad que los ha creado y mantiene. Por otra parte, está bien demostrado que la docencia mejora la calidad de la

atención, por el incentivo del permanente contacto docente-estudiante, que al generar una actitud positiva de búsqueda de información y de razonamiento, obliga al plantel del hospital a su continua actualización y perfeccionamiento²⁰.

Lo ideal es que el hospital de enseñanza reúna las siguientes características: a) que esté bien equipado, organizado y administrado, b) que cuente con un cuerpo docente de jerarquía y motivado, c) que sea responsable de un área programática dentro del sistema de salud donde realice acciones curativas, preventivas, de promoción y rehabilitación, directamente o por medio de unidades menores, d) que mantenga una muy fluida comunicación con los médicos y auxiliares que actúan en el área, concurren o no al hospital.

Es indudable que existen dos tipos de hospital de enseñanza. El primero es el tradicional, un centro donde se efectúan solamente acciones de recuperación de la salud. En él se "espera" la demanda espontánea, siendo relegadas las tareas de prevención y rehabilitación. El segundo tipo es el organizado de acuerdo con concepciones modernas: el hospital constituye el eje de un sistema de atención y cuenta con un área programática donde desarrolla actividades extramurales, las que se ponen en contacto con las reales necesidades de la comunidad.

La enseñanza que se puede brindar en cada uno de estos hospitales es muy diferente. En el hospital tradicional el alumno puede aprender sólo aspectos parciales de la Pediatría, ya que el enfoque curativo es casi el único sobre el que recibe información y formación adecuadas.

Un hospital con organización moderna no formará exclusivamente en los aspectos biomédicos de la enfermedad, sino que hará que su enseñanza se integre con todos los requerimientos de salud de la comunidad.

Una de las fallas importantes en la formación del estudiante es la falta de contacto con el niño enfermo cuando éste concurre por primera vez a la consulta. No participa en el proceso intelectual que significa llegar al diagnóstico, utilizando adecuadamente los recursos auxiliares con que cuenta²¹.

Es necesario enseñar al alumno cómo actuar en esas circunstancias, examinando niños enfermos no estudiados, participando en las discusiones diagnósticas y terapéuticas y evaluando el resultado de todo el proceso. El

lugar ideal para esta actividad docente son los consultorios externos.

Es allí donde se puede observar un gran número de enfermos, aprender dónde se realiza su estudio y tratamiento ambulatorios, tomar conciencia de la necesidad de restringir al máximo la internación, realizar el seguimiento inmediato y alejado, vivir la iniciación y mantenimiento del vínculo médico-paciente, apreciar el valor de una buena organización de los servicios centrales, aprender a trabajar en equipo con los médicos y otros profesionales y, fundamentalmente, reconocer la importancia de las funciones de prevención, promoción y rehabilitación de la salud.

El currículum de pregrado médico en la Facultad de Medicina de Buenos Aires comprende, en los 3 últimos años, 3.464 horas. De ellas, el 69,4% corresponden a "patología de internación" que representa el 1% de la patología de la población y soslaya prácticamente el aprendizaje con el individuo sano o el paciente ambulatorio ⁶.

Los argumentos en favor de la enseñanza médica en la comunidad, en dispensarios, centros de salud y consultorios periféricos, avalan la adopción de este sistema extrahospitalario de aprendizaje, que no está reñido con la docencia hospitalaria.

Aunque los problemas de la enseñanza médica en el mundo resultan muy complejos, hay cambios cuya concreción es urgente: actualizar los contenidos curriculares incorporando a los programas de estudio los progresos recientes de las ciencias básicas; introducir las ciencias de la conducta y las ciencias sociales en el plan de la carrera; orientar el aprendizaje hacia la práctica médica extrahospitalaria; poner énfasis en los aspectos ligados a la promoción y protección de la salud, como ya expresamos, e integrar disciplinas superando el rígido sistema tradicional de ciclos y asignaturas.

En 1968, en Washington, afirmó un Comité de expertos: "Es esencial que Pediatría sea una de las principales materias en los planes de estudio". No es vana la afirmación. Pediatría, la medicina de toda una época de la vida, no una mera "especialidad", aparece, sin embargo, inexplicablemente en el plan de estudios en el último año del ciclo clínico, con sólo 6 semanas para su desarrollo, habiéndose ignorado en la mayoría de las Facultades del país, todo cuanto al niño refiere en los años anteriores de la carrera.

Nuestro modelo docente para la enseñanza de la Pediatría de pregrado se fundamenta en los siguientes propósitos educacionales:

1— Contribuir a la formación de médicos capaces de asumir las expectativas y posibilidades de los medios en los que actúen, motivados para pensar con originalidad, participar ágilmente en equipos multidisciplinarios y desempeñarse como agentes de cambio.

2— Jerarquizar el acto médico, otorgándole carácter de ejercicio reflexivo y responsable, orientándolo a la formación de profesionales conscientes de sus posibilidades y limitaciones.

3— Estimular, por medio de una planificación adecuada, un proceso de aprendizaje que facilite la adquisición de actitudes para asumir conductas válidas en la futura actividad médica.

4— Propiciar la participación activa del estudiante en su propio proceso.

5— Conducir la enseñanza y el aprendizaje de la Pediatría, como la de una etapa de la vida caracterizada por el crecimiento y desarrollo.

6— Promover la aplicación del método científico en las actividades curriculares, incorporando al alumno a los grupos naturales de trabajo médico, transformando así su actividad de observador por la de actor.

7— Poner énfasis en el conocimiento del niño en salud y de los factores que la preservan, así como de la patología ambulatoria.

8— Entrenar al estudiante en el enfoque ecológico, para que conozca la enfermedad como una conducta-respuesta que emerge de la interacción individuo-ambiente.

9— Ejercitar al alumno en la relación médico-paciente mediante la valoración del vínculo personal determinante de su dinámica, a fin de capacitarlo para su desempeño como tutor en situaciones de salud y enfermedad.

10— Establecer con valor de norma, la autocrítica permanente del comportamiento en el acto médico.

11— Evaluar mediante un sistema que verifique los aprendizajes del alumno y posibilite, a la vez, la crítica de la enseñanza impartida.

En lo que se refiere al servicio-cátedra como modelo docente para la enseñanza de la Pediatría de pregrado, debemos concebirlo constituyendo un grupo ideológicamente

coincidente en las siguientes características funcionales:

a) Una oferta curricular para sus alumnos donde se jerarquizarán los niveles de atención primaria.

b) Aspectos básicos de la planificación educativa: formulación de propósitos y objetivos educacionales, diseño de las actividades de aprendizaje centrado en la autoinstrucción del alumno, y la elaboración de un sistema de evaluación coherente con dichos objetivos y actividades.

c) Capacidad de asumir conductas unívocas en el acto médico, el que estará subordinado a normas de atención que el propio grupo elaborará y aplicará.

d) Ejercicio de liderazgos rotatorios e intercambiables entre sus miembros, de acuerdo con la instancia docente-asistencial que se cumpla.

Los rasgos funcionales descriptos permitirán al servicio-cátedra presentarse al alumno como un *dobbe* modelo: el personal y el estructural que posibilita, finalmente, la integración docencia-asistencia. Así entonces:

a) El modelo personal, representado ya no por la imagen tradicional del Jefe-profesor sino por el grupo de trabajo con las características antes mencionadas e inmerso en un sistema de educación continua que lo realmente de acuerdo con sus propias necesidades y expectativas asistenciales docentes.

b) El modelo estructural, representado por el propio servicio, con una oferta curricular que, al jeraquizar el área ambulatoria de atención, permitirá al estudiante cumplir sus actividades de aprendizaje en un ámbito representativo de la realidad sanitaria que deberá enfrentar en el futuro inmediato. Con recursos suficientes para poder concretar adecuadamente el proceso de enseñanza-aprendizaje. En tal sentido deberán atenderse prioritariamente las relaciones numéricas: docentes-alumnos, pacientes de consultorios externos-alumnos y camas-alumnos^{2 2}.

Conclusiones

1- La docencia de pregrado en Pediatría debe estar dirigida a contemplar el concepto amplio e integral de esta disciplina de la Medicina, que se ocupa del ser humano en una etapa trascendente de su vida, la del crecimiento y desarrollo o edad evolutiva, extendiéndose desde la concepción hasta el fin de la adolescencia, y siendo sus fines y objeti-

vos proteger, promover, recuperar y rehabilitar la salud del niño y del adolescente.

2- Debe tenerse presente que la Pediatría actual, como la del pasado y la del futuro, se halla íntimamente influida por la problemática de cuanto el terreno socioeconómico, cultural, político y filosófico conforma el entorno, al que se halla indisolublemente ligada.

3- Que el médico que formemos posea ciencia, técnica, intuición y amor, es el más ferviente deseo, así como desiderátum y objetivo prioritario de la Cátedra de Medicina Infantil de la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata y de la amplia mayoría del recurso humano del Hospital que la alberga y colabora con ella en la docencia.

4- El médico pluripotencial que tenemos la posibilidad de formar deberá poseer una sólida preparación científica humanística y estar imbuido de los aspectos psicológicos, sociales y somáticos del hombre. Deberá tener vocación de servir, altos principios éticos y una permanente actitud de superación.

Para cumplir con estos amplios enunciados proponemos:

1- Determinar el tipo de médico que requiere el país y que, a nuestro juicio, deberá tener una formación integral, conformando el médico general con posibilidades pluripotenciales.

2- Establecer, asimismo, las pautas para esa formación integral.

3- Dentro de ellas, el objetivo metodológico deberá tener entre sus fines primordiales, el de enseñar a los alumnos a pensar y a razonar. Enseñar a aprender.

4- Dejar de lado en los hospitales, la antinomia docencia-asistencia, logrando una adecuada integración de ambas actividades.

5- La Facultad deberá formar médicos generalistas con la filosofía del médico de familia, siendo su misión definida y prioritaria la atención primaria de la salud.

6- La coordinación entre los formadores de recursos humanos y el área de salud deberá ser una realidad y efectuarse en tres instancias: académica, estructural y económica, debiéndose establecer una comisión permanente entre los distintos sectores: Universidad y organismos representativos de la salud, tanto oficiales, colegiados como científicos.

7- Se deberá lograr la integración definitiva de la Universidad hacia la comunidad, teniendo permanentemente presente en la for-

mulación de objetivos e implementación curricular, la realidad sanitaria del país.

8— En nuestra actividad docente deberemos obtener una correcta relación médico—docente y paciente—alumno.

9— Imponer una evaluación permanente y continuada docente—alumno y alumno—docente sobre las actividades realizadas.

10— Crear o perfeccionar un Departamento Pedagógico para una adecuada formación del recurso humano docente.

11— Seleccionar a los docentes por estricto concurso.

12— Perfeccionar la formación de docentes, integrando la carrera docente al currículum.

13— Procurar, en esa formación, que el docente posea contexto humanístico, vocación, aptitud y dedicación.

14— Respecto de los alumnos, éstos deberán tener participación activa en el proceso de enseñanza—aprendizaje, con una información teórica breve y una intensa formación en prácticas y habilidades.

15— Se deberá dotar a la Facultad de un presupuesto coherente que permita el desarrollo de la actividad docente y asistencial con los métodos y técnicas más modernos y de acuerdo con cada necesidad.

16— Se deberán racionalizar los recursos, adecuándolos a las necesidades de cada Servicio—Cátedra.

17— Participación de los docentes en la organización y distribución del alumnado.

18— Prolongar el tiempo asignado en el currículum a la enseñanza de la Pediatría, en horas/día y en días/año, llegando a las 350 horas/alumno, consideradas como mínimas para su adecuada formación.

19— Poner énfasis y desarrollar al máximo posible la docencia de la Pediatría en el pregrado mediante la atención primaria de la salud.

20— Concretar, pues, una oferta curricular donde se jerarquizarán los niveles de atención primaria.

21— Participación activa de la Universidad, y específicamente de la Facultad de

Ciencias Médicas, en la formulación de los planes de salud.

BIBLIOGRAFIA

¹ Morano, J.: Historia de la Pediatría. Ier. Congreso Hispano Americano de Historia de la Medicina. Actas. Buenos Aires. 1980.

² Morano, J.: "Por una Pediatría mejor". Archivos Argentinos de Pediatría, 1978, LXXVI: 243.

³ Lain Entralgo, P.: Historia Universal de la Medicina, 7:278, 1970.

⁴ Velasco, C.: VII Congreso de Educación Médica de Nueva Orleans, U.S.A. 1978.

⁵ Corsico, R.: Objetivos de la Facultad. Jornadas de Educación Médica. Facultad de Ciencias Médicas de La Plata. Actas. La Plata.

⁶ Vázquez, J.R.: Enseñanza de la Pediatría. Archivos Argentinos en Pediatría, 1977, 75:32.

⁷ Santas, A.A.: Formación del recurso humano de la Salud y Atención Médica. Asoc. Venezolana de Fac. Med. 1975, 6:59.

⁸ Santas, A.A.: Residencias médicas y política educativa. Relato Ieras. Jornadas de Educación Médica. Dr. Manuel del Carril. Buenos Aires, 1976.

⁹ Santas, A.A.: El rol de la educación médica en la política sanitaria. Medicina y Sociedad, 1978, 1:73.

¹⁰ Acuña, H.: VII Congreso de Educación Médica de Nueva Orleans. 1978.

¹¹ Meuregh Haik, Ch.: VII Congreso de Educación Médica de Nueva Orleans. 1978.

¹² Phillips, T.J.: VII Congreso de Educación Médica de Nueva Orleans. 1978.

¹³ Dron, N.O.: Formación del recurso humano de salud. Jornadas de Educación Médica. Facultad de Ciencias Médicas de La Plata, 1979.

¹⁴ Recagno Cepeda, J.P.: Análisis del currículum de acuerdo con la realidad sanitaria. Jornadas de Educación Médica. Facultad de Ciencias Médicas de La Plata. 1979.

¹⁵ Norrie, J.: Metodología docente. Docencia en servicio. Jornadas de Educación Médica. Facultad de Ciencias Médicas de La Plata. 1979.

¹⁶ Mazza, J.A.; Morano, J.: La Docencia de Pregrado en la Cátedra de Medicina Infantil de La Plata. II Simposio Nacional de Pediatría Social. Mar del Plata. 1977.

¹⁷ Unchalo, F.J.: Publicación 1980 y Análisis Comparativo 1975—1980. Hospital Interzonal Especializado de Agudos "Sor María Ludovica" de La Plata. 1981.

¹⁸ Galli, A.P. de: Las clases teóricas en la enseñanza universitaria. Archivos Argentinos de Pediatría, 1980, 6: 829.

¹⁹ Pujol Balcells, J. y Fons Martín, J.L.: Los métodos en la Enseñanza Universitaria. Ediciones Universidad de Navarra, S.A., Pamplona, 1978.

²⁰ Santas, A.A.: Función docente del hospital. Administración Hosp. 1979.

²¹ Diez, J.A.; Berra, J.L. y Santas, A.A.: El consultorio externo en la enseñanza de la cirugía en el pre-grado. Día Médico. 1973, 45:266.

²² Pizzia, A.G.: Modelos docentes para la enseñanza de la Pediatría en el pregrado médico. II Simposio Nacional de Pediatría Social. Mar del Plata, 1977.



Congreso Panamericano de la Leche

Como había sido anunciado, y con el auspicio de la Sociedad Argentina de Pediatría, se realizaron entre el 19 y el 21 de abril, en el predio de la Sociedad Rural Argentina en Palermo, las reuniones del Congreso Panamericano de la Leche.

El evento fue dividido en tres áreas: Producción, Industrialización y Nutrición humana, en cada una de las cuales participaron destacados especialistas argentinos y extranjeros. Fue organizado por la Asociación de Criadores Holando-Argentino (ACHA), bajo la presidencia del Dr. Carlos Rodríguez. El capítulo de **Nutrición humana** se desarrolló con la presencia de numerosos profesionales, muchos de ellos becados en forma especial por la SAP.

Especialmente invitados pronunciaron interesantes conferencias los Dres. M. Kabir Younoszai y Noel W. Solomons de los Estados Unidos y Cipriano Canosa de España.

RECOMENDACIONES AREA DE NUTRICION HUMANA

La leche es un alimento fundamental en la nutrición humana. Este conocimiento debe difundirse a la población destacando especialmente su valor nutricional, la importancia de su proceso industrial, como asimismo las características y modo de empleo de sus derivados.

Visto los adelantos técnicos y la nueva seguridad en la industrialización de la leche, se aconseja, a los organismos de salud que actualicen las normas vigentes para su actualización por parte de la comunidad.

Para establecer las diferentes políticas y conductas se deberán tener en cuenta las situaciones socioeconómicas y culturales de la población a las que serán dirigidas, como asimismo las características y tipos de leche.

Se recomienda que la totalidad de los derivados lácteos incluya en su etiquetado la composición detallada de los mismos.

Se sugiere la creación de un grupo de estudio permanente constituido por profesionales del área de la salud e industriales para facilitar el intercambio continuo de ideas relacionadas con la alimentación láctea.

Hay que considerar a la leche como fundamental en la dietoterapia **EN TODAS LAS EDADES Y NO SOLO EN LA EDAD INFANTIL**. Es posible introducir modificaciones dentro de los lácteos que sin alterar sus propiedades nutritivas aumenten las posibilidades de su consumo. Ejemplo de ello son las nuevas fórmulas lácteas que permiten su utilización en pacientes intolerantes o con déficit enzimático.

El alimento ideal para el bebé es la leche de su propia madre. En caso de que ello no sea posible se recomienda el empleo de fórmulas infantiles que se adecuen a las necesidades reales del lactante.

La promoción de la lactancia materna debe ser una actividad constante de los organismos de salud.

La mujer durante el embarazo y la lactancia deberá recibir un adecuado suplemento alimentario a los efectos de asegurar el éxito del amamantamiento.

Se recomienda evaluar la verdadera importancia de los elementos que podrían contaminar tanto la leche de mujer como la de vaca y sus derivados.

Para determinar la verdadera magnitud de los problemas de la alergia a la leche de vaca, se debe contar con un diagnóstico de certeza a través de concretos y profundos estudios médicos y de laboratorio.

Se recomienda profundizar los estudios concernientes a la fortificación de leche con hierro.

Se recomienda la evaluación continua de los programas de asistencia alimentaria, especialmente la administración de leche, a los efectos de adecuarlos a las reales necesidades de cada grupo etario.

PROGRAMA

PRODUCCION LECHERA

Primera jornada

Conferencia: Relación entre reproducción, producción y nutrición de la vaca lechera.

Relator invitado: Swan, Henry (Gran Bretaña)

Correlatos:

Mesa Redonda: Discusión sobre relatos y correlatos. Conclusiones y recomendaciones de los panelistas.

Conferencia: Estrategia en la alimentación de la vaca durante su ciclo productivo.

Relator invitado: Broster, W. H. (Gran Bretaña).

Correlatos:

Mesa Redonda: Discusión sobre relatos y correlatos. Conclusiones y recomendaciones de los panelistas.

Segunda jornada

Conferencia: La máquina de ordeño, su importancia para la obtención de leche de calidad.

Relator invitado: Dowson, Robert (USA).

Conferencia: La máquina de ordeño. Importancia de su diseño.

Relator invitado: Dowson, Robert (USA).

Correlatos:

Conferencia: Manejo de la leche dentro del sistema de ordeño.

Relator invitado: Claesson, Olof (Suecia).

Correlatos:

Mesa Redonda: Discusión sobre relatos y correlatos. Conclusiones y recomendaciones de los panelistas.

Tercera Jornada

Conferencia: Manejo y fertilidad en el rodeo lechero.

Relator invitado: Habich, Gerardo (Argentina).

Correlatos:

Mesa Redonda: Discusión sobre relatos y correlatos. Conclusiones y recomendaciones de los panelistas.

Conferencia: Manejo de la inseminación artificial en el rodeo lechero.

Relator invitado: De Lucca, Leonardo (Argentina).

Correlatos:

Mesa Redonda: Discusión sobre relatos y correlatos. Conclusiones y recomendaciones de los panelistas.

CLAUSTRACION DE LAS JORNADAS DE PRODUCCION LECHERA.

INDUSTRIALIZACION LACTEA

Primera jornada

Conferencia: Productos Lácteos, Identificación, Desarrollo y Futuro (Primera parte).

Relator invitado: Robertson, P.S. (Nueva Zelanda).

Conferencia: Productos Lácteos, Identificación, Desarrollo y Futuro (Segunda parte).

Relator invitado: James, Ricardo (Argentina).

Correlatos:

Conferencia: Productos Lácteos, su desarrollo en la Argentina.

Relator invitado: Licinio, Francisco (Argentina).

Correlatos:

Mesa Redonda: Discusión sobre relatos y correlatos. Conclusiones y recomendaciones de los panelistas.

Segunda jornada

Conferencia: Estructura de la industria láctea.

Relator invitado: Casares, Vicente (Argentina).

Correlatos:

Conferencia: CITIL-INTI, su estructura y proyección en la Argentina.

Relator invitado: Bressanello, María C. B. de (Argentina).

Conferencia: Productos lácteos, autocontrol de calidad interno y de exportación.

Relator invitado: Piñeiro, Enrique (Argentina).

Correlatos:

Mesa Redonda: Discusión sobre relatos y correlatos. Conclusiones y recomendaciones de los panelistas.

Tercera jornada

Conferencia: Innovaciones en la industria láctea.

Relator invitado: Kosikowsky, A. R. (USA).

Correlatos:

Conferencia: Codificación alimentaria.

Relator invitado: Gueler, Isaac (Argentina).

Conferencia: Industria láctea, tratamiento de agua, efluentes y ecología.

Relator invitado: Carrique, Carlos (Argentina).

Correlatos:

Mesa Redonda: Discusión sobre relatos y correlatos. Conclusiones y recomendaciones de los panelistas.

CLAUSTRACION DE LAS JORNADAS DE INDUSTRIALIZACION LACTEA.

NUTRICION HUMANA

Primera jornada

Conferencia: Leche en la alimentación humana.

Relator invitado: Landa, José Abel (Argentina).

Correlatos:

Mesa Redonda: Discusión sobre relatos y correlatos. Conclusiones y recomendaciones de los panelistas.

Conferencia: Leche y derivados en dietoterapia.

Relator invitado: Campagnoli, Mario (Argentina).

Correlatos:

Mesa Redonda: Discusión sobre relatos y correlatos. Conclusiones y recomendaciones de los panelistas.

Segunda jornada

Conferencia: Leche en la alimentación infantil.

Relator invitado: Ballabriga, Angel (España).

Correlatos:

Mesa Redonda: Discusión sobre relatos y correlatos. Conclusiones y recomendaciones de los panelistas.

Conferencia: Leche y derivados en dietoterapia infantil.

Relator invitado: Solomon, Noel (USA).

Correlatos:

Mesa Redonda: Discusión sobre relatos y correlatos. Conclusiones y recomendaciones de los panelistas.

Tercera jornada

Conferencia: Consumo de leche en la Argentina.

Relator invitado: Atlas, Jaime (Argentina).

Correlatos:

Mesa Redonda: Discusión sobre relatos y correlatos. Conclusiones y recomendaciones de los panelistas.

Conferencia: Utilización de leche en el niño pequeño.

Relator invitado: Younoszai, M. K. (USA).

Correlatos:

Mesa Redonda: Discusión sobre relatos y correlatos. Conclusiones y recomendaciones de los panelistas.

CLAUSTRACION DE LAS JORNADAS DE NUTRICION HUMANA.

INFORME TECNICO DEL TRIBUNAL DE EVALUACION PEDIATRICA

PRUEBA OBJETIVA DE SELECCION MULTIPLE PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO PEDIATRA NEONATOLOGO - 1980-

1. - Consideraciones sobre la elaboración de la prueba escrita

Esta parte de la prueba se constituyó con 200 preguntas del tipo de selección múltiple y sus contenidos estuvieron dirigidos a verificar el conocimiento médico a través de dos variables relacionadas.

- a) temas de neonatología
- b) área de atención médica

En función de dichas variables se estableció una distribución numérica de las preguntas como se observa en la Tabla de Especificaciones e Índice de Dificultad (ver cuadro 1). En la Tabla se puede observar que el mayor número de preguntas explora conocimientos relacionados de empleo indistinto en internación y consulta externa (42) por la índole de la atención neonatológica.

En cuanto al número de preguntas agrupadas en los temas el mayor número corresponde a verificar la capacidad de diagnóstico en los problemas más frecuentes de la perinatología, como por ejemplo Aspectos Generales Neonatológicos (28%), Alto Riesgo Obstétrico (10,5%), Edad Gestacional y Peso (10%), Infecciones (10,5%), etc.

2. - Criterio de aprobación y resultados generales obtenidos

La prueba objetiva tiene por finalidad evaluar el nivel básico mínimo de conocimiento e información imprescindible para realizar una eficiente práctica neonatológica mediante su aplicación. Por esta razón es eliminatória y debe aprobarse para poder acceder a la segunda parte del examen donde se analiza el criterio de aplicación de los conocimientos. El Tribunal estableció que el puntaje mínimo de aprobación fuera, este año, de 140 puntos (70% del puntaje máximo posible).

Sobre 9 aspirantes presentados aprobaron esta prueba 6.

3. - Análisis estadístico de los resultados

1. - Índice de dificultad (I.D.) Conceptos:

Es el índice de contestaciones correctas de cada pregunta y se expresa mediante la siguiente fórmula:

$$\text{I.D.} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de contestaciones correctas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de aspirantes que la contestaron}}$$

2. Datos emergentes del Índice de Suficiencia de la Prueba

a - Valor del I. D.	Nº y % de preguntas	Criterio convencional del grado de dificultad	
Entre 0 y 20	5	3,5%	muy difícil
21 y 40	12	5,5%	difícil
41 y 60	44	22 %	moderado
61 y 80	71	35,5%	fácil
81 y 100	65	32,5%	muy fácil

b. El índice de dificultad general de la prueba (valor promedio) fue de 70,46%.

c. Los índices de dificultad más bajos correspondieron a los rubros Alimentación (40%), Fisiología (60,31%) e Hiperbilirrubinemia (66,64%). Todos los demás estuvieron sobre o por encima del 70% exigido para aprobar la prueba.

d. El análisis de los resultados indica que la preparación de los concursantes no es uniforme en las áreas exploradas por la Tabla de Especificaciones. El alto índice de dispersión de los conocimientos explica el porcentaje de fracasos a pesar del buen índice promedio de las respuestas.

CUADRO 1

TABLA DE ESPECIFICACIONES E INDICES DE DIFICULTADES

Temas agrupados en rubros	Variables en estudio e índices de dificultades		PREGUNTAS		AREA DE APLICACION DE CONOCIMIENTOS		Valor de los índices de Dificultad
	Nº	%	Consulta internación	Ambas Externa			
MEDICAMENTOS				12			
OXIGENOTERAPIA							
ALIMENTACION PARENTERAL							
TEMPERATURA	21	10.5	9				73.68%
DIABETES	5	2.5		5			73.33%
DIFICULTAD RESPIRATORIA	13	6.5	13				75.21%
ALTO RIESGO OBSTETRICO	21	10.5		21			73.40%
HIPERBILIRRUBINEMIA	12	6		12			66.64%
MISCELANEA			3	19			
NEUROLOGICOS			3				
MALFORMACIONES				4			
HEMATOLOGICOS			4				
ORGANIZACIONES HOSPITALARIAS				66			
ESTADISTICA				1			
METABOLICOS			8				
DIGESTIVO				1			
LUXACION CONGENITA							
CARDIOPATIA	56	28		9			73.52%
INFECCIONES NEONATALES	21	10.5		21			71.57%
FISIOLOGIA FETO-MADRE	21	10.5		21			60.31%
EDAD GESTACIONAL				5			
BAJO PESO				3			
PREMATURO	20	10.		12			72.52%
ALIMENTACION	7	3.5		7			40.00%
TOTALES	200	100					70.40%
							Promedio General de la prueba
							En 1979 70.56%
							En 1978 64.61%

Dr. SEBASTIAN DIMARTINO

Falleció en Catamarca

La labor de Sebastián Dimartino en la Pediatría Nacional se enmarca fundamentalmente en la trascendente tarea realizada en el Noroeste Argentino y sobre todo en su querida Filial Catamarca.

Al poco tiempo de graduarse de médico en la Facultad de Medicina de Bs. Aires, se radicó en la ciudad de Catamarca y toda su vida la dedicó al cuidado de la Madre y del Niño del Norte Argentino. Fundador de la Filial, ocupó todos los cargos de su Comisión Directiva, llegando a la Presidencia que desempeñó durante varios períodos con dedicación, afecto y responsabilidad.

Fue brillante presidente de las últimas Jornadas Regionales de la Región V y actualmente era el Director Titular de la citada Región.

Pediatra del Hospital de Niños de Catamarca, llegó a Jefe por méritos propios. Fue asimismo, su Director y además funcionario de la Salud Pública provincial respetado y respetuoso. Junto a su Pediatría de todas las horas formó una familia ejemplar que afrontó enormes vicisitudes y logró superarlas.

Ejemplo de Pediatra, padre, esposo y abuelo, la Sociedad Argentina de Pediatría pierde a un luchador incansable, a un Señor y sobre todo a un gran amigo.

Al Sr.

Presidente de la SAP

Dr. Teodoro PUGA

Cnel. Díaz 1971

1425 CAPITAL FEDERAL

Distinguido Colega:

Me dirijo a Ud. para cumplir con la ingrata tarea de comunicarle la irreparable pérdida

de dos vidas que dieron imagen y brillo a nuestra Filial. Me refiero a los queridos colegas Dres. FRANCISCO IDELSHON y DAVID CHARCHIR.

El Dr. Idelshon fue socio fundador y presidente de la Filial durante el período 1961-1963; era socio vitalicio de la SAP, desempeñó la Vice-Presidencia del Comité Organizador de las XXII Jornadas Argentinas de Pediatría-año 1976 y, a la vez, fue encargado de la Comisión asesora del Tema Central de las mismas Jornadas.

Su deceso se produjo el 10 de octubre del corriente, a los 74 años de edad, uno después de haber cumplido sus Bodas de Oro con la Pediatría. Tocóle al Dr. Idelshon transitar los grandes cambios científicos tecnológicos de la Pediatría en los últimos cincuenta años y lo hizo con la solvencia que ostentan las personalidades dotadas de gran eficiencia científica y juiciosa comprensión.

Su desempeño en la función pública fue proficua y sostenida. Desde la Jefatura del Departamento de Maternidad e Infancia de la Secretaría de Salud Pública bregó continuamente por el estricto cumplimiento de los objetivos del programa Materno Infantil Nacional, al que la provincia adhirió en 1964. Su original "Concurso del Niño Sano", fue herramienta idónea en apoyo de dicho Programa en nuestro medio y le valió un premio Accésit de la SAP.

En el ejercicio de la medicina asistencial, culminó su carrera en la jefatura de Servicio de Clínica Médica del Hospital Materno Infantil San Roque. Acogido a los beneficios de la jubilación continuó concurriendo a dicho hospital para atender el consultorio del Niño Sano. Todo lo anterior no impidió al distinguido colega, brindar su preocupación por el bienestar de sus pares, a través de su

actividad en el campo gremial. Ello lo llevó a desempeñar la presidencia del Círculo Médico de Paraná, a integrar el Tribunal de Honor del mismo y a formar parte de la Mesa Directiva de la Federación Médica de Entre Ríos. Desde esos estrados contribuyó a solidificar los lazos de solidaridad entre sus colegas, a mantener los principios éticos que deben privar en el ejercicio de la profesión y a dar trascendencia nacional a los bien entendidos principios de un sano gremialismo.

El Dr. Charchir, cuya vida se extinguió al comenzar el primer día de este mes, a los 51 años de edad, fue presidente de la Filial durante el período 73-75 y desempeñaba actualmente la Secretaría General de la misma. Fue Tesorero del C. Organizador de las XXII Jornadas Argentinas de Pediatría celebradas en nuestra ciudad en 1976. En el período 77-79 fue Director Asociado de la III Región de la SAP.

Su desempeño en la jefatura del Departamento de Maternidad e Infancia de la Secretaría de Salud Pública de la Provincia y en la del Servicio de Lactantes del Hospital Mater-

no Infantil San Roque, a las que accedió por méritos propios, hablan de su jerarquía científica y de su preocupación por la Salud Infantil.

Dispuso, asimismo, sus esfuerzos al quehacer gremial y ello lo llevó a ocupar el cargo de Vice-Presidente del Círculo Médico de Paraná.

A lo anterior debemos sumar en su haber, las aristas más destacadas de su personalidad: su señorío de bien, su lealtad para sus convicciones y para con sus amigos y su solidaridad sin prejuicios. Fue un Señor en toda la extensión del vocablo, en su pensar y en su hacer.

Estas fueron, a grandes rasgos, las características que adornaron la personalidad de los colegas que nos abandonaron.

Con tal motivo, hago propicia la oportunidad para saludarlo muy cordialmente.

Dr. Oscar J. Ronchi
Presidente
Sociedad Argentina de Pediatría
Filial Entre Ríos

SUMARIO 1981

POR TEMA

		Vol.	Pág.
I)	EDITORIAL		
	Editorial Tomás M. Banzas	1-2	10
	ARCHIVOS: Responsabilidad de todos	3	152
	A los setenta años de la fundación de la Sociedad Argentina de Pediatría – Teodoro F. Puga	4	284
	Editorial Héctor Mora	6	559
II)	COLABORACIONES INTERNACIONALES		
	Aspectos citogenéticos del retraso del crecimiento – Prof. Dr. Boris G. Kousself	1-2	14
	Medicina de la adolescencia (Hebiatría): El desarrollo de una nueva disciplina – Dr. Tomás J. Silber	3	160
	Monitoreo transcutáneo de oxígeno en cuidado intensivo neonatal – Dres. Néstor Vain y Jerold Lucey	4	286
	Estimación del subregistro de la mortalidad infantil en América Latina – Dra. María Luisa Peláez G.	5	428
	Consideraciones éticas en el tratamiento médico del paciente adolescente – Tomás José Silber, M.D., F.A.A.P., M.A.S.S.	6	561
	Deficiencia mental en los escolares debido a la desnutrición en la primera infancia – Dra. María Luisa Peláez G.	6	566
III)	ARTICULOS		
	Endocarditis infecciosa: etiología, tratamiento y profilaxis – Dr. G. G. Berri y col.	1-2	20
	Prueba del esfuerzo graduado en niños operados de tetralogía de Fallot – Dr. Gustavo Berri y col.	1 2	28
	Estudios sobre alimentación y nutrición del prematuro – Premio Bagó 1980 – Dr. Alejandro O'Donnell y col.	1-2	34
	Síndrome urémico hemolítico – Dr. Carlos A. Cambiano y col.	1-2	42
	Evaluación de un antibiótico oral en la diarrea aguda del lactante		
	Dr. Juan C. Beltramino y col.	1-2	53
	Enfermedad "boca-mano-pies" (evaluación de 50 casos) – Dr. Miguel A. Borgna y col.	1-2	58
	Patología ótica en la infancia – Dr. Luis M. Roffo y col.	1-2	62
	Tratamiento kinésico de la atresia esofágica. Tipo III	1-2	71
	Microflora bacteriana aeróbica en el tracto gastrointestinal superior en lactantes con alergia a las proteínas lácteas – Dr. Pedro A. Armellini y col.	3	154
	Meningitis neonatal – Dr. Alberto Schwartz y col.	3	172
	Valorización del reflejo inhibitor rectoanal en recién nacidos normales – Dr. Jorge Ortiz y col.	3	180
	Estudio comparativo entre macto y microhemocultivo en lactantes sospechosos de sepsis – Dr. Andrés Gomila y col.	3	182
	Evaluación de dos técnicas de succión de la vía aérea neonatal. Efectos fisiopatológicos sobre presión de vía aérea media – Dr. Ricardo Obregón, RT y col.	3	188
	Papel del pediatra en la promoción de la lactancia materna – Dr. Carlos Beccar Varela	3	192
	La inicialosis – Dr. Tomás M. Banzas	3	204
	El médico pediatra frente a las reglas familiares – Dr. Bubén L. Makinistian	3	206
	Importancia del dosaje de láctico dehidrogenasa en el líquido cefalorraquídeo de las meningitis – Dr. Oscar N. Galmarini y col.	3	211
	Quemaduras neonatales – Dr. Begué Conte Grand y col.	3	217
	Comentarios sobre quemaduras en la infancia – Dra. Isaura Gómez Carballo	3	220
	El ductus arterioso en el recién nacido: experiencia local y revisión de la literatura – Dr. Juan F. Petit y col.	4	294
	Neumotórax del recién nacido – Dres. Guillermo Ingrassi e Ignacio Barrenechea	4	314

Investigación epidemiológica de un brote de conjuntivitis y de onfalitis en recién nacidos en una maternidad – Dr. Jorge Salgueiro y col.	4	320
Fístula traqueoesofágica congénita – Dr. José E. Rivarola y col.	4	328
Presidentes de la Sociedad Argentina de Pediatría hasta la fecha	4	332
Estudio del peso de una población infantil determinada y su relación con distintos factores – Dra. Rebeca B. de Scholnik y col.	4	342
Actitud del pediatra ante la lactancia materna – Dr. Carlos Beccar Varela	4	372
Pediatría aborigen – Pilagás – Dr. Donato A. Depalma	4	377
Atresia de las vías biliares extrahepáticas: diagnóstico por colangiografía con aguja de Chiba – Dr. Ricardo Licastro y col.	5	440
Gastroesofagografía radioisotópica, una técnica cómoda y sensible para el diagnóstico del reflujo gastroesofágico, con o sin aspiración bronquial – Dr. Mario H. Mondino y col.	5	448
Criterios esenciales para la promoción de la lactancia materna – Dr. Carlos Beccar Varela	5	451
Estado actual de la ventilación mecánica neonatal: experiencia en Córdoba y revisión de la literatura – Dr. Daniel R. Indiveri y col.	5	470
Brote de sepsis en salas de lactantes y de terapia intensiva debido a <i>Serratia marcescens</i> – R. Notario y col.	5	478
Estudio prospectivo de la desnutrición en el servicio de lactantes del Hospital de Niños de La Plata – Dra. María Adelaida Rodrigo y col.	5	486
Instructivo de aprendizaje referente al desarrollo psicológico del niño y del adolescente a nivel de pregrado – Dra. Esther Carmelengo de Rossetto y col.	5	500
Picadura de víbora en niños – Dr. Carlos Lanzen I. y col.	5	506
Torsión intrauterina del cordón espermático – Dr. A. R. Besendo y col.	5	510
Evaluación de los métodos no invasivos para determinar localización de la infección urinaria – Dr. Alberto M. Lubetkin y col.	6	574
Consideraciones sobre el desarrollo del alcoholismo en la adolescencia – Dr. Raúl Enrique Valencia	6	583
Experiencia de una unidad de hemodiálisis pediátrica – Dr. José Alberto Ramírez y col.	6	587
Valores elevados de presión arterial infantil y factores predisponentes – Dr. Horacio Slafer y col.	6	594
Persistencia de la circulación fetal (hipertensión pulmonar persistente) – Dr. Ignacio Barrenechea y col.	6	601
Síndrome urémico hemolítico. Experiencia durante cinco años en un Servicio de Pediatría de un hospital general – Dr. Néstor Raúl Rossi y col.	6	609
Epidemiología de la incompatibilidad sanguínea ABO en el recién nacido – Dr. José M. Ceriani Cernadas y col.	6	612
Seguimiento ambulatorio de pacientes pediátricos con padecimientos tuberculosos, durante tres años, en un hospital general – Dra. Mirta Elda Eiras de Ramele y col.	6	618
Interacciones medicamentosas en el enfermo quirúrgico – Dr. Miguel Angel Paladino	6	623
El niño discapacitado a través de la historia – Dr. Donato Depalma	6	631

IV) CASUISTICA

Epidemia de leptospirosis en niños del Gran Buenos Aires – Dr. César A. García y col.	3	222
Colecciones subdurales en la infancia. Actualización acerca del diagnóstico y tratamiento. Casuística del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde – Dr. Norberto M. López Ramos y col.	6	663

V) PEDIATRIA SANITARIA Y SOCIAL

III Simposio Nacional de Pediatría Social – Mortalidad infantil – Dr. Norberto Baranchuk y col.	1-2	77
Propuesta de la SAP a la Subsecretaría del Menor y la Familia	4	404

VI) EDUCACION PEDIATRICA CONTINUA

Clase inaugural al cumplir sus Bodas de Plata la Cátedra de Medicina Infantil de la Facultad de Ciencias Médicas – Dr. Humberto J. Notti	3	231
Tecnología educacional aplicable a un programa para graduados – Dr. José Raúl Vázquez y col.	6	669

VII) ECOS DE CONGRESOS Y JORNADAS

XVI Congreso Internacional de Pediatría – Barcelona – España 8-13 de Setiembre de 1980	1-2	90
--	-----	----

	Congreso Pediátrico IV Centenario de la Ciudad de Buenos Aires --		
	XV Jornadas del Hospital de Niños	1-2	112
	Boletín de la Asociación Internacional de Pediatría	3	250
	Jornadas regionales	5	535
	Congresos de Pediatría	5	537
	Actos conmemorativos realizados con motivo de los festejos del 70 aniversario de la Fundación de la Sociedad Argentina de Pediatría . . .	6	635
VIII)	ACTUALIZACIONES		
	Reconstrucción de los grandes defectos de las paredes abdominales --		
	Dr. Donato A. Depalma y col.	3	164
	Tortícolis muscular congénita -- Dr. Jorge Duccino y col.	4	385
	Diagnóstico y tratamiento del shock en el recién nacido -- Dres. Guillermo Ingrassi e Ignacio Barrenechea	4	391
IX)	RESUMENES BIBLIOGRAFICOS		
	Hiperbilirrubinemia en hijos de madre diabética -- Esther Levy	3	237
	Artritis purulenta de la articulación sacroilíaca en pacientes pediátricos -- Esther Levy	3	237
	Vacunación frente a la rubéola. Estado presente y perspectivas futuras Dra. Mangiante	3	238
	Papel del pediatra en el tratamiento del niño maltratado -- María C. Guido	3	238
	Hipertensión intracraneal tras el tratamiento de la fibrosis quística Dr. Michan	3	239
	Alfa-fetoproteína en líquido amniótico en los casos de uropatía obstructiva fetal -- Dr. Michan	3	239
	Fiabilidad de los ultrasonidos en el diagnóstico de la hemorragia intracraneana y de la hidrocefalia post-hemorrágica. Comparación con la tomografía axial computada -- Dr. Michan	3	240
	Dermatitis del pañal. Conceptos actuales -- Dr. Michan	3	241
	Recomendaciones revisadas de la vacuna de la rubéola -- Dra. Mangiante	3	241
	Susceptibilidad a la rubéola en alumnos de 6º grado: eficacia de la práctica actual de la inmunización -- Dra. Mangiante	3	242
	Importancia del diagnóstico prenatal para los pediatras -- Dra. Mangiante	3	243
	Comparación entre la punción lumbar y la tomografía computarizada como indicadores de la hemorragia intracraneal en el recién nacido pretérmino -- Dra. Esther Levy	3	244
	Resultado endocrino y neurológico del craneofaringioma en la infancia Curso en U.S.A. Preparación especializada en maternidad e infancia Dr. S. Malozowski	3	244
	Hipoglucemia y edema pulmonar unilateral en un recién nacido -- Dra. María C. Guido	5	540
	Utilidad de la cimetidina en el recién nacido -- Dra. María C. Guido	5	540
	Leches artificiales suplementadas con hierro y síntomas digestivos en los lactantes (estudio controlado) -- Dr. Raúl Bravo	5	540
	Bacteriología aerobia y anaerobia de los abscesos perirectales en los niños -- Dr. Raúl Bravo	5	541
	Variabilidad en el diagnóstico radiológico de la enterocolitis necrotizante -- Dra. A. Dangelo	5	541
	Amoníaco urinario y microorganismos productores de amoníaco en lactantes con dermatitis del pañal y sin ella	5	542
	Crisis recidivantes de dolor abdominal en la infancia e intolerancia a la lactosa y sacarosa. Estudio prospectivo	5	542
	Sobredosificación de paracetamol: 416 casos	5	542
	Comentarios de libros	6	679
X)	INFORMACION SANITARIA OFICIAL		
	Normas Nacionales de Pediatría	1-2	123
	Norma Nº 3 Afecciones de las Vías Respiratorias Superiores	1-2	123
	Norma Nº 4 Afecciones de las Vías Respiratorias Bajas	1-2	124
	Normas Nacionales de Pediatría	3	255
	Norma Nº 4 Afecciones de las Vías Respiratorias Bajas	3	255
	Norma Nº 5 Insuficiencia Cardíaca	3	255
	Informe técnico del Tribunal de Evaluación Pediátrica	5	532
XI)	NECROLOGICAS		
	Dr. Jorge D. Capurro	3	235
	Dr. Dagoberto Pierini	4	407
	Dr. Lisardo Juan Cabana	4	408
XII)	INFORMACION SANITARIA		
	Taller AIP-OMS relativo a los efectos de la nutrición durante el embarazo sobre el niño	3	246

XIII) PEDIATRIA PRACTICA

Corticoterapia tópica en dermatología infantil — Dr. Héctor G.

Crespi 4 398

XIV) COMITE DE LA SAP

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

5 525

POR AUTOR

A)	Dr. P. A. Armelini	3	154
B)	Dr. Tomás M. Banzas	3	204
	Dr. N. Baranchuck	1-2	77
	Dr. I. Barrenechea	6	601
	Dr. J. C. Beltramino	1-2	53
	Dr. C. Beccar Varela	3	192
	. . . . .	4	372
	. . . . .	5	451
	Dr. Begué Conte Grand	3	217
	Dr. G. G. Berri	1-2	20 y
	. . . . .		28
	Dr. A. Besendo	5	510
	Dr. M. A. Borgna	1-2	58
C)	Dr. C. A. Cambiano	1-2	42
	Dr. J. M. Ceriani Cernadas	6	612
	Dr. H. G. Crespi	4	398
D)	Dr. D. A. Depalma	3	164
	. . . . .	4	377
	. . . . .	6	631
	Dr. J. Duccino	4	385
G)	Dr. N. O. Galmarini	3	211
	Dr. C. A. García	3	222
	Dra. I. Gómez Carballo	3	220
	Dr. A. Gomila	3	182
I)	Dr. D. R. Indiveri	5	470
	Dr. G. Ingrassi	4	314
	. . . . .		y 391
K)	Dr. B. G. Kousseif	1	14
L)	Dr. C. Lanzen	5	506
	Dr. R. Licastro	5	440
	Dr. N. M. López Ramos	6	663
	Dr. A. M. Lubetkin	6	574
M)	Dr. R. L. Makinistian	3	206
	Dr. M. H. Mondino	5	448
N)	Dr. R. Notario	5	478
	Dr. H. J. Notti	3	231
O)	Dr. R. Obregón	3	188
	Dr. A. O'Donnell	1-2	34
	Dr. J. Ortiz	3	180
P)	Dr. M. A. Paladino	6	623
	Dra. M. L. Peláez G.	5	428
	. . . . .	6	566
	Dr. J. F. Petit	4	294
R)	Dra. M. E. de Ramele	6	618
	Dr. J. A. Ramírez	6	587

	Dr. J. E. Rívarola	4	328
	Dra. M. A. Rodrigo	5	486
	Dr. L. M. Roffo	1-2	62
	Dra. E. C. de Rossetto	5	500
	Dr. N. R. Rossi	6	609
S)	Dr. J. Salgueiro	4	320
	Dra. Rebeca B. de Scholnik	4	342
	Dr. A. Schwartz	3	172
	Dr. T. J. Silber	3	160
	. . . . .	6	561
	Dr. H. Slafer	6	594
V)	Dr. N. Vain	4	286
	Dr. R. E. Valencia	6	583
	Dr. J. R. Vázquez	5	517
	. . . . .	6	669