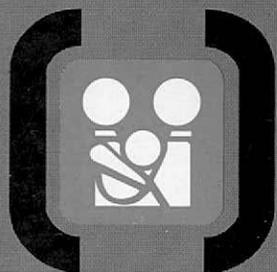


ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA



Por un niño sano
en un mundo mejor

PUBLICACIÓN DE LA **SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA**

Indice

289 Editorial

Pediatría y discapacidad.
Comité de Discapacidades de la SAP

■ Artículos Originales

290 Organización de un estudio nacional para la evaluación del desarrollo psicomotor infantil, con un programa de entrenamiento para pediatras.
Dr. H. Lejarraga et al.

301 Reflexiones surgidas de la aplicación de una historia de salud del adolescente.
Dra. D. Pasqualini et al.

309 Epidemiología de las quemaduras en la infancia.
Dr. W. Muñoz et al.

314 Conductas sexuales en adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires.
Dr. J.M. Méndez Ribas et al.

■ Artículo especial

323 La muerte de un hijo. Ayuda mutua en el proceso de duelo.
Dr. G.A. Berti y A.E. Schneider-Berti

■ Comunicación

334 Fluconazol en prematuros con candidiasis sistémica.
Dr. D. Picón et al.

■ Comités de la SAP

337 Aproximación al diagnóstico de las inmunodeficiencias primarias.
Subcomisión de Inmunodeficiencias Primarias

■ Pediatría práctica

345 El diagnóstico de las alteraciones del equilibrio ácido-base desde la fisiología.
Dr. H. Repetto

■ Cartas al Editor

351 Prevención del bajo peso al nacer.
Dr. J.M. Ceriani Cernadas

VOLUMEN 94
NUMERO 5
AÑO 1996



Indice

Editorial	Pediatría y discapacidad. Comité de Discapacidades de la SAP	289
Artículos originales	Organización de un estudio nacional para la evaluación del desarrollo psicomotor infantil, con un programa de entrenamiento para pediatras. Dr. H. Lejarraga et al.	290
	Reflexiones surgidas de la aplicación de una historia de salud del adolescente. Dra. D. Pasqualini et al.	301
	Epidemiología de las quemaduras en la infancia. Dr. W. Muñoz et al.	309
	Conductas sexuales en adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires. Dr. J.M. Méndez Ribas et al.	314
Artículo especial	La muerte de un hijo. Ayuda mutua en el proceso de duelo. Dr. G.A. Berti y A.E. Schneider-Berti	323
Comunicación	Fluconazol en prematuros con candidiasis sistémica. Dr. D. Picón et al.	334
Comités de la SAP	Aproximación al diagnóstico de las inmunodeficiencias primarias. Subcomisión de Inmunodeficiencias Primarias	337
Pediatría práctica	El diagnóstico de las alteraciones del equilibrio ácido-base desde la fisiología. Dr. H. Repetto	345
Cartas al Editor	Prevención del bajo peso al nacer. Dr. J.M. Ceriani Cernadas	351

Contents

Editorial	Pediatrics and disability. SAP Committee of Disabilities	289
Original articles	The organization of a national survey for evaluating child psychomotor development in Argentina, with a training program for pediatricians. Dr. H. Lejarraga et al.	290
	Implementation of an Adolescent Health History. Dra. D. Pasqualini et al.	301
	Epidemiology of burns in childhood. Dr. W. Muñoz et al.	309
	Sexual behaviours in adolescent pupils in Buenos Aires. Dr. J.M. Méndez Ribas et al.	314
Special article	Death of a child. Mutual parent support groups. Dr. G.A. Berti y A.E. Schneider-Berti	323
Communication	Fluconazol therapy in preterm babies with disseminated candidiasis. Dr. D. Picón et al.	334
SAP Committees	Primary immunodeficiency diseases: diagnostic approach. Primary Immunodeficiencies Subcommission	337
Practical pediatrics	Acid-base disorders: physiological diagnosis. Dr. H. Repetto	345
Letters	Prevention of low birth weight. Dr. J.M. Ceriani Cernadas	351

Pediatría y discapacidad

■ Por qué somos pocos los pediatras a los que nos interesa el tema de la discapacidad? ¿Por qué no nos comprometemos con el niño con discapacidad y su familia y con las dificultades que plantea la relación con los padres de estos niños o de otros con enfermedades crónicas? Porque nos preocupa y nos enoja el haber sido entrenados para curar, sanar, "completar" a nuestros pacientes y contener a sus familias y enfrentarnos a patologías con las que muchas veces no podemos cumplir estos objetivos.

Estas y otras situaciones conflictivas de la relación médico-paciente son provocadas por la poca o nula formación que recibimos en nuestros estudios académicos acerca de esta temática. En el Comité de Discapacidades de la SAP es nuestro interés modificar esta situación a través de la inclusión de esta disciplina dentro de la currícula de las cátedras de pediatría.

Los niños con discapacidad deberían ser integrados en los consultorios pediátricos de atención primaria de la Salud en lugar de ser atendidos sólo en los consultorios de los especialistas. Sin embargo, el pediatra está ausente de los equipos interdisciplinarios dedicados a la discapacidad infantil—ya sea por autoexclusión o porque otro profesional se hace cargo de solucionar los episodios agudos de enfermedad— y no tiene en cuenta la importancia del seguimiento longitudinal del niño y de su inclusión dentro de los pacientes que consultan en salud sobre crisis evolutivas, vacunación, trastornos de conducta, alimentación, resfríos...

El rechazo del diferente, del que se sale de la norma, del que desborda nuestros esquemas pro-

fesionales, aquél al que no podemos responder, ordenar, dirigir, nos provoca tal confusión y angustia que no nos permite pensar, investigar. Terminamos expulsándolo en lugar de derivarlo adecuadamente.

Debemos aprender a manejar nuestros propios sentimientos y reacciones para ayudar a otros a sufrir menos, a ser receptivos con los padres y su hijo, a tratarlos como lo que son: seres humanos íntegros y completos. Debemos ser capaces de comprender, escuchar, recibir y manejar la angustia de la familia, de atender a las necesidades de cada niño e incluirlo en las rutinas y consultas periódicas de los planes de atención y seguimiento regular en salud.

¿Los pediatras sabemos que en 1981 UNICEF estimó la existencia de 140.000.000 de niños con discapacidad en el mundo?

Las proyecciones para el año 2000 estiman que el número de niños y adultos con discapacidad llegará o sobrepasará los 600.000.000 en todo el mundo.

Esta es la nueva morbilidad del siglo XXI, de la que tantas veces nos hablaba el Dr. Carlos Gianantonio.

¿Cuántas veces a Ud. en su formación de pregrado y posgrado se le habló de discapacidad?

Comité de Discapacidades de la Sociedad Argentina de Pediatría

Organización de un estudio nacional para la evaluación del desarrollo psicomotor infantil, con un programa de entrenamiento para pediatras[#]

Dres. HORACIO LEJARRAGA*, SARA KRUPITZKY*, EDUARDO GIMENEZ*,
NORA DIAMENT**, DIANA KELMANSKY**, FABIAN TIBALDI** y NOEL CAMERON***

RESUMEN

Doscientos once pediatras fueron seleccionados e invitados a participar en una encuesta nacional destinada a evaluar la edad de cumplimiento de pautas de desarrollo en niños de 0 a 5 años. Después de un estudio piloto y del proceso de entrenamiento "en cascada", el 61,1% de los pediatras completó satisfactoriamente la recolección de la información sobre 229 pautas de desarrollo. En el estudio piloto hubo significativamente mayor proporción de pruebas de desarrollo no realizadas por los pediatras en el grupo de niños mayores de 1 año, lo que confirma la impresión de que los pediatras están más familiarizados con la evaluación del desarrollo en lactantes que en niños mayores. El impacto del entrenamiento fue significativo en el sentido que el porcentaje de las pruebas de desarrollo no realizadas por los pediatras descendió del 3,26% en el estudio piloto al 1,88% después del entrenamiento ($p < 0,01$). La muestra final obtenida de 3.573 niños, representó el 0,11% de la población nacional del mismo rango etario; el índice de masculinidad fue de 1,01, que se compara al índice nacional de 1,02. No hubo diferencias significativas en la distribución geográfica de la muestra en relación a la población nacional. El nivel socioeconómico evaluado a partir del nivel educacional materno está sesgado hacia niveles educacionales altos en relación a la población nacional. La media \pm error/estándar de los puntajes estandarizados "Z" para peso y estatura derivados de los estándares nacionales variaron entre $0,06 \pm 0,03$ y $0,03 \pm 0,06$ en niños, y $0,04 \pm 0,06$ y $0,08 \pm 0,04$ en niñas, lo cual representó una diferencia mínima con los estándares nacionales, sin significancia biológica. La muestra es comparable con otras muestras de carácter internacional.

Además de haberse obtenido satisfactoriamente una muestra representativa para el análisis de la edad de alcance de pautas madurativas en niños sanos de nuestro país, el trabajo logró un objetivo educacional, al motivar al grupo de profesionales en crecimiento y desarrollo infantil.

Palabras claves: desarrollo, educación médica, evaluación del desarrollo, pautas madurativas.

INTRODUCCION

Varias razones justifican la necesidad de llevar a cabo en nuestro país un estudio sobre desarrollo

Este trabajo fue realizado con apoyo de la Fundación Hospital de Pediatría, de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS/OMS), de Nestlé Argentina de Productos Alimenticios S.A., de la Embajada de Sudáfrica y con el auspicio de UNICEF. Correspondencia a: Dr. Horacio Lejarraga. Servicio de Crecimiento y Desarrollo. Hospital de Pediatría "Dr. Juan P. Garrahan". Combate de los Pozos 1881. (1245) Buenos Aires. Fax: 941-8532.

SUMMARY

Two hundred and eleven pediatricians were selected and invited to participate in a national survey designed to evaluate the age of attainment of 229 developmental items in children aged 0-5 years. Following a pilot study and a cascade training design, 61.1% of pediatricians successfully completed the data collection on the items. In the pilot study there were significantly more missing items in children above one year of age, thus confirming the impression that pediatricians are more familiar with evaluating development in infants. The impact of training process was significant, in the sense that 3.5% of the items in children older than one year of age were not performed by the pediatricians before the training, but this percentage was reduced to 1.88% after training ($p < 0.01$). The final sample of 3,573 children represented 0.11% of the national population less than 6 years of age, and included a sex ratio of 1.01, compared to a national ratio of 1.02. There were no significant differences in the geographical distribution of the sample with regard to the national population. The sample showed a better maternal education level than that of the national population. Mean "Z" scores \pm SE for weight and height were 0.06 ± 0.03 , and 0.03 ± 0.06 SD in boys, and 0.04 ± 0.06 and 0.08 ± 0.04 in girls, respectively, which were very similar to the 50th centile of the standards. This sample compared favorably to source samples from accepted international screening tests and growth references.

In addition to successfully obtaining a representative sample for the analysis of the age of attainment of developmental milestones in Argentinian children, the survey also accomplished an educational objective in the training of pediatricians in developmental pediatrics.

Key words: development, pediatric training, developmental milestones, medical education.

llo infantil. Por un lado, la importancia del tema, que se ha convertido en uno de los componentes centrales de la Pediatría actual,¹⁻⁴ y por otro

* Servicio de Crecimiento y Desarrollo. Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", Universidad de Buenos Aires. Centro Colaborativo de la Organización Mundial de la Salud.
** Instituto de Cálculo, Facultad de Ciencias Exactas. UBA.
*** Human Growth Research Programme. Department of Anatomical Sciences. University of Witwatersrand Medical School. Johannesburg. Sudáfrica.

lado, la disminución de la mortalidad infantil en las últimas décadas,⁵ y el paralelo aumento de la sobrevivencia de niños con bajo peso al nacer, que aumentaron la prevalencia relativa de los problemas del desarrollo en la práctica pediátrica.^{6,7}

Consecuentemente, ha aumentado también el interés y el tiempo dedicado por los pediatras a esta área de trabajo.⁸⁻¹⁰ Estas tendencias deben ser acompañadas con un mayor énfasis en la formación de pregrado y de posgrado en desarrollo infantil, tal como ha sido previamente remarcado¹¹⁻¹⁴ y además reconocido por los mismos médicos.¹⁵

Sin embargo, en Argentina estas prioridades no cuentan con un correlato adecuado en los programas de educación de las escuelas universitarias de pregrado o posgrado.^{16,17} La mayoría de los programas de residencias de posgrado de nuestro país se desarrollan en hospitales de alto nivel de complejidad, cuyas actividades principales se centran en la enfermedad aguda y la medicina reparativa. En este tipo de medio de entrenamiento, la supervisión de la salud como uno de los principales objetivos de la práctica pediátrica¹ no tiene aún suficiente espacio.

Hay además una necesidad de contar con información epidemiológica sobre desarrollo infantil. Varios trabajos sobre crecimiento físico se han realizado en el pasado en nuestro país: estudios de población,^{18,19} estándares locales para evaluación clínica del crecimiento,^{20,21} trabajos de carácter educativo²² y programas de Salud Pública para vigilancia del crecimiento y la nutrición.²³ Por el contrario, no se dispone de información epidemiológica a nivel nacional sobre desarrollo psicomotor. En el país se cuenta con dos estudios previos, uno de ellos realizado en 900 niños de 4 a 12 años del área urbana de La Plata²⁴ y el otro hecho en 319 niños de 0 a 2 años en hospitales de Buenos Aires y conurbano.²⁵ En el primero de ellos, se obtuvieron valores de cociente intelectual (Terman-Merrill) y en el segundo se evaluó el porcentaje de niños que pasaban o fracasaban en dos pruebas de desarrollo, pero no se brinda información sobre las medias y la variación individual de la edad de cumplimiento de pautas de desarrollo.

No hay duda de que es necesario una mejor comprensión de las características del desarrollo local y que podrían prepararse en forma más adecuada programas educativos y de Salud Pública sobre ese tema, además de posibilitar la comparación de pautas del desarrollo con las de otras culturas o comunidades.^{26,27}

Sobre estas bases, el Servicio de Crecimiento

y Desarrollo del Hospital de Pediatría "Dr. Juan P. Garrahan" planeó una Encuesta Nacional sobre Desarrollo del Niño de 0 a 5 años. Se consideró ventajoso que la evaluación de los niños fuera llevada a cabo por pediatras de todo el país, con la intención de que las actividades de investigación y educación se pudieran combinar dentro de un mismo proyecto. Los principales objetivos del programa fueron: 1) evaluar la edad media y la variación individual de la edad en que los niños de 0 a 5 años cumplen ciertas pautas de desarrollo; 2) evaluar la influencia relativa sobre esa edad de algunas variables medioambientales, tales como el nivel socioeconómico y la educación materna; 3) crear un grupo de pediatras motivados para cumplir en el futuro actividades educacionales en el área del desarrollo infantil.

Teniendo en cuenta la magnitud del proyecto, la cantidad de personas involucradas en el equipo de trabajo y la complejidad en la organización del estudio, consideramos pertinente documentar las formas en que el trabajo fue concebido y realizado, así como las características de la muestra obtenida.

Sobre estas bases, en el presente trabajo se desarrollan los siguientes objetivos: 1) describir la logística utilizada, 2) evaluar la respuesta de los pediatras a la convocatoria y al proceso de entrenamiento, 3) evaluar la adecuación de la muestra y su validez externa.

MATERIAL Y METODOS

Diseño general del estudio

Para poder alcanzar los objetivos del estudio dentro de un período de tiempo apropiado y

TABLA 1
Tamaño muestral, por edad y sexo

Grupo etario (años)	Niñas	Niños	Total
0,00-0,24	85	92	177
0,25-0,49	108	101	209
0,50-0,74	88	106	194
0,75-0,99	97	104	201
1,00-1,49	136	138	274
1,50-1,99	111	155	266
2,00-2,49	126	123	249
2,50-2,99	139	116	255
3,00-3,99	236	222	458
4,00-4,99	329	325	654
5,00-5,99	320	316	636
Total	1.775	1.798	3.573

obtener un tamaño muestral adecuado, se decidió realizar una encuesta de carácter transversal. Como primeros pasos, se formaron sucesivamente los siguientes grupos de trabajo: un comité directivo (CD), un grupo coordinador pediátrico (GCP), un comité consultor multidisciplinario (CCM). La Lic. A. Mazzautis (Estadística) colaboró inicialmente en el diseño de la muestra y el Dr. J. Craviotto nos hizo valiosos comentarios durante la concepción general del trabajo.

Caracterización de la muestra

El rango etario desde el nacimiento hasta los 5,99 años fue dividido en 11 subgrupos etarios (Tabla 1). El tamaño muestral fue estimado sobre los criterios siguientes: 1) un número mínimo de 100 niños de cada sexo en cada uno de los primeros 4 subgrupos. Doscientos para los siguientes 4, y 400 para los tres últimos (N= 2.400 niños, 2.400 niñas), 2) el número de pediatras que aceptaron participar (N= 211), y sus limitaciones de tiempo, y 3) un porcentaje esperado de fracaso en la participación del 45%. Sobre las bases del tiempo en que se puede tomar la evaluación de cada niño se estimó inicialmente que cada pediatra podría evaluar 11 niños, en un estudio piloto y 41 en el estudio propiamente dicho, lo que dio un tamaño máximo de 2.321 niños en la muestra piloto y de 8.651 en la muestra final, lo que permite una deserción del 45% de pediatras, manteniendo aún un tamaño deseado de 4.758 niños.

La distribución geográfica de los participantes fue estimada en base al porcentaje de niños de 0 a 5 años de la población de todo el país, por provincias según el Censo Nacional 1980.²⁸ Se aplicó tal porcentaje al teórico de 8.651 niños, calculándose así el número de niños a ser evaluados en cada provincia y Capital Federal y el de pediatras participantes (a razón de 52 niños por pediatra) en cada jurisdicción.

La validez externa de la muestra fue evaluada de acuerdo a los siguientes criterios: 1) tamaño muestral en relación al número total de niños menores de 6 años de edad en la población nacional, 2) índice de masculinidad; 3) distribución geográfica por región sanitaria; 4) composición social de la muestra (por fuente de pago de la consulta pediátrica) y 5) la media y desviaciones estándar de la estatura y el peso en cada subgrupo etario, en relación a los estándares nacionales.²⁰ Los individuos que carecían de esta información básica fueron excluidos de la muestra.

El nivel social fue estimado en base al nivel de

educación materna de los niños estudiados. También se registró la fuente de pago de la consulta pediátrica: sector público, de obras sociales y privado. Se incluyó este criterio porque los programas educativos y de intervención que eventualmente pudieran derivarse de los resultados de la presente investigación podrían ser canalizados principalmente a través de los servicios de los prestadores de salud. En la muestra obtenida se encontró una relativamente alta asociación entre fuente de pago de la consulta y el nivel ocupacional paterno, con un coeficiente de correlación de Pearson entre ambas variables de 0,88.

Los niños serían evaluados en los consultorios públicos o privados de cada pediatra, de acuerdo a los siguientes criterios de selección: 1) ausencia de enfermedad crónica, 2) peso de nacimiento mayor de 2.500 g, 3) residencia familiar mayor de un año en la localidad donde el niño fuera evaluado. Los niños fueron seleccionados al azar; cada día de trabajo, antes de iniciar su tarea, el médico debía establecer de antemano el número y orden de los pacientes candidatos a ser evaluados ese día o citados para otro. Los pediatras debían evaluar veinte niñas y veintiún niños cada uno a las edades dictadas por el número requerido de niños en cada uno de los 11 subgrupos etarios. Se evitó incluir más de un niño por familia.

Selección de los ítem madurativos y realización de las pruebas

En base a la bibliografía revisada previamente,^{29,45} el CCM seleccionó un conjunto de pruebas y preguntas compuestas por 229 pautas de desarrollo. Estas se seleccionaron de acuerdo a los siguientes criterios: fácilmente realizables por pediatras, presentes en algunas de las pruebas de evaluación del desarrollo más comúnmente utilizadas (Bayley, Denver, Gessell, Griffiths), cobertura de las 4 principales áreas del desarrollo: personal-social-cognitiva, lenguaje, motriz fina y adaptativa y motriz gruesa. Se consideraron 3 posibles respuestas para cada prueba: 1) aprueba el ítem, 2) no aprueba, 3) el niño no colabora.

Participación de los pediatras

Los pediatras aceptaron participar sin retribución económica. El tiempo medio estimado para cada evaluación fue de 45 minutos; 25-30 minutos para lactantes y 50-60 minutos para niños mayores. La evaluación de cada niño consistió en: 1) llenado de un formulario de encuesta con

información sobre estructura familiar, clase social, concurrencia a guardería o a jardín, alimentación a pecho, lugar de residencia, trabajo e instrucción de los padres, fuente de pago de la consulta; 2) medición del peso, talla, perímetro cefálico, de acuerdo a técnicas recomendadas por la Sociedad Argentina de Pediatría.²⁰ 3) Evaluación de las pruebas o preguntas de desarrollo. En cada niño evaluado la media de pruebas o preguntas de desarrollo a realizar por el pediatra fue de 43 (rango: de 35 a 53). Se distribuyó a cada pediatra una caja con los elementos necesarios para la toma de las pruebas.

Estandarización de la recolección de la información

La estandarización de los métodos para obtener la información sobre desarrollo se procuró con tres medidas:

- 1) Selección de los pediatras,
- 2) Confección de un manual instructivo,
- 3) Entrenamiento de los pediatras.

1. Selección de los pediatras

Esta selección se hizo sobre las bases de la lista de socios de la Sociedad Argentina de Pediatría, formación previa (residencia completa en Pediatría o equivalente), e interés demostrado en el tema.

Luego de una invitación general anunciada en el XXVIII Congreso Argentino de Pediatría se envió una nota de invitación a cada pediatra (en muchos casos, seguida de llamadas telefónicas), explicando los objetivos del trabajo, las razones de la invitación a cada uno de ellos y el tipo y magnitud de la tarea solicitada. Los pediatras que aceptaron la invitación recibieron una segunda carta con información más detallada.

2. Uso de un manual instructivo

Se redactó un manual instructivo con 53 páginas, preparado por el CD y el GCP y supervisado por el CCM, con el siguiente contenido: fundamentos teóricos del desarrollo infantil; instrucciones detalladas para la realización de cada prueba, criterios específicos para aprobación o falla de cada prueba, y fotografías ilustrativas para la mayoría de las pruebas.

3. Entrenamiento de los pediatras

El programa de entrenamiento se realizó en base a un diseño "en cascada"; 19 pediatras fueron entrenados inicialmente por dos de los autores y luego éstos entrenarían a los 192 pedia-

tras restantes. En ambos grupos, se siguió la misma secuencia: lectura del manual instructivo, estudio piloto, taller de entrenamiento, encuesta final.

3.1. Entrenamiento de los 19 pediatras coordinadores

Los 19 pediatras, residentes en el área metropolitana, recibieron el manual instructivo y realizaron un estudio piloto con la consigna de evaluar 11 niños y registrar las dificultades encontradas. Luego de esto asistieron a un taller de entrenamiento (de 20 horas de duración), que consistió en 8 horas docentes sobre manejo de grupos, 10 horas sobre realización de las pruebas (que incluyó ejercicios prácticos, videos y uso de muñecas) y 2 horas sobre planeamiento del programa de entrenamiento a los 192 pediatras restantes, llamados en adelante pediatras investigadores.

3.2. Entrenamiento a los 192 pediatras investigadores

Atendiendo a razones geográficas se realizaron dos talleres para los 192 pediatras que aceptaron la invitación inicial y habían llevado a cabo el estudio piloto. Aquéllos que residían cerca de la ciudad de Buenos Aires fueron entrenados en el Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Garrahan y los residentes en lugares más alejados, en un taller realizado el día anterior al XXIX Congreso Argentino de Pediatría. Cada uno de los dos talleres duró 10 horas. Se formaron en cada taller nueve grupos de aproximadamente 10 pediatras cada uno, coordinados por dos pediatras coordinadores previamente entrenados. El taller terminaba con una sesión plenaria con expertos del CCM en el que se aclaraban dudas, aspectos prácticos y conceptuales. Estos pediatras volvieron luego a sus respectivas provincias para llevar a cabo la encuesta final. Se estableció un tiempo máximo de un año para recoger la información sobre 41 niños.

Evaluación

Se evaluaron los siguientes tres aspectos de la organización:

- 1) Grado de participación de los pediatras (número de participantes en cada estadio de la encuesta), 2) impacto del entrenamiento. Te-

niendo en cuenta que no se llevaron a cabo pruebas replicadas, la respuesta de los pediatras al entrenamiento fue evaluada en base a la proporción de información faltante en los datos básicos (tales como edad del niño, sexo, etc.) y pruebas de desarrollo realizadas, 3) validez externa de la muestra final obtenida.

RESULTADOS

La invitación a los pediatras para participar en el proyecto se realizó en 1988, el estudio piloto en 1989, el entrenamiento a los pediatras en 1990. La encuesta fue realizada en 1991 y 1992, la información (fichas con los datos) se recibió de agosto de 1991 a diciembre de 1992. En 1993 se creó y consistió el banco de datos computarizado. Los primeros resultados fueron obtenidos en 1994.

La Tabla 2 muestra la respuesta de los pediatras a lo largo de todo el desarrollo del proceso de evaluación.

La aceptación inicial fue buena; el 85,8% de los pediatras invitados realizó el estudio piloto (total o parcialmente) y el 67,3% asistió al taller. Cuando dividimos la participación de los pediatras entre las ocho regiones sanitarias del país se observó que el porcentaje de los que intervinieron en todas las etapas del trabajo varió entre el

66,7% de lo diseñado en la Capital Federal y 67,6% en la región Noroeste, disminuyendo hasta un 47,3% en la región Centro y un 45,5% en la región Cuyo. El porcentaje promedio de los pediatras que participaron en cada región con respecto al diseñado fue de 61,1%.

El impacto del taller de entrenamiento se evaluó de dos formas:

Por la proporción de casos con información básica disponible: edad, sexo, fecha de nacimiento, etc., antes del taller de entrenamiento y después de él. La Tabla 3 ilustra el tamaño de la muestra antes del proceso de entrenamiento y después de él. En el estudio piloto, de un total de 1.720 niños, hubo 327 (19,0%) con carencia de alguno de los datos básicos; en el estudio final, de un total de 3.815 niños, hubo que descartar 242 (6,3%) por esa carencia.*

Así, el programa de entrenamiento tuvo un impacto favorable en el sentido que la pérdida de niños debida a ausencia de información básica se redujo en aproximadamente un 50%. Sin embargo, se obtuvo un 44,1% de la muestra teórica planeada, que a su vez se redujo al 41,3% luego del proceso de consistencia y limpieza de los datos. Si bien es una proporción baja en relación a la muestra teórica inicial de 8.651, aún representa el 74,4% de la muestra prevista de 4.800.

El número de pruebas de desarrollo no realizadas por los pediatras se puede observar en la Tabla 4. Se analizaron solamente aquellas pautas que se evaluaban a través de una prueba, a realizarse con el niño en el consultorio, excluyéndose aquellas realizables por simples preguntas a los padres. En total, se evaluaron 52 y 56 ítem en menores y mayores de un año, respectivamente. Los números entre paréntesis luego de cada área de desarrollo representan el número de diferentes pautas de desarrollo analizadas en cada área.

En niños menores de un año, el porcentaje de pruebas no realizadas fue bajo (1,84%) y no se mejoró en forma significativa luego del entrenamiento (1,76%). Por el contrario, en niños mayores de un año, las pruebas no realizadas inicialmente fueron significativamente más numerosas (3,26%, $p < 0,01$) y después del entrenamiento se redujeron sensiblemente (1,88%, $p < 0,01$), lo que muestra la eficacia del programa de entrenamiento.

Es interesante observar que las pruebas menos registradas por los pediatras en niños menores de

TABLA 2

Respuesta de los pediatras durante la encuesta

Invitados n (%)	Estudio piloto n (%)	Taller n (%)	Encuesta Final n (%)
211 (100)	181 (85,8)	142 (67,3)	129 (61,1)

TABLA 3

Tamaño de la muestra en el estudio piloto y en la encuesta final, durante las distintas etapas del proceso: muestra diseñada, muestra bruta, y muestra final consistida.

	Estudio piloto			Encuesta final		
	Diseñada	Bruta	Consistida	Teórica	Bruta	Consistida
N	2.321	1.720	1.393	8.651	3.815	3.573
%	100	74,1	60,0	100	44,1	41,3
E/P	11	9,5	7,0	41	29,6	27,7

Porcentaje de encuestas respecto del número teórico esperado: %.
Número de pediatras en el estudio piloto = 181; en la encuesta final = 129. E/P = número promedio de encuestas realizadas por cada pediatra.

* ($p < 0,001$) La más importante pérdida de datos fue la referida a sexo, talla y circunferencia craneana.

cativamente sobre los porcentajes encontrados. La proporción de niños en las diferentes fuentes de pago fue relativamente uniforme, por lo cual es altamente improbable que ello refleje a la población general. En el último Censo Nacional 1990⁴⁶ se brindan porcentajes de prestaciones en salud por tipo de consulta en menores de 14 años: hospital público: 19,1%, establecimientos de obras sociales: 7,8% y establecimientos privados: 69,2%. Estas cifras están fuertemente sesgadas hacia el sector privado debido a que en este Censo se incluyó en la categoría "privado" a las consultas realizadas en establecimientos privados, pero pagadas por las obras sociales. En nuestra muestra se registró la fuente real de pago, de tal manera que, siguiendo nuestro criterio, el nivel privado de las estadísticas del Censo Nacional están fuertemente sobrestimadas. Pensamos que en nuestra muestra hay un sesgo hacia la consulta

TABLA 5

Composición de la muestra por: A) nivel de educación materna, y B) tipo de consulta. Los niveles de educación se agruparon en cuatro categorías: educación primaria, secundaria, terciaria y universitaria. Cada categoría incluye la subcategoría completa e incompleta. N total del Censo 1991 para mujeres entre 15 y 49 años: 7,607,237⁴⁶

	Muestra final		Censo 1991 (ref. 46)
	N	%	%
A) Nivel de educación alcanzado			
Primaria	973	27,23	53,83
Secundaria	1.530	42,82	32,53
Terciaria	569	15,92	7,55
Universitaria	479	13,41	6,08
Sin información	22	0,62	—
Total	3.573	100,00	99,99
B) Tipo de consulta			
Pública	1.246	34,9	
Obra social	1.373	38,4	
Privada	954	26,7	
Total	3.573	100	

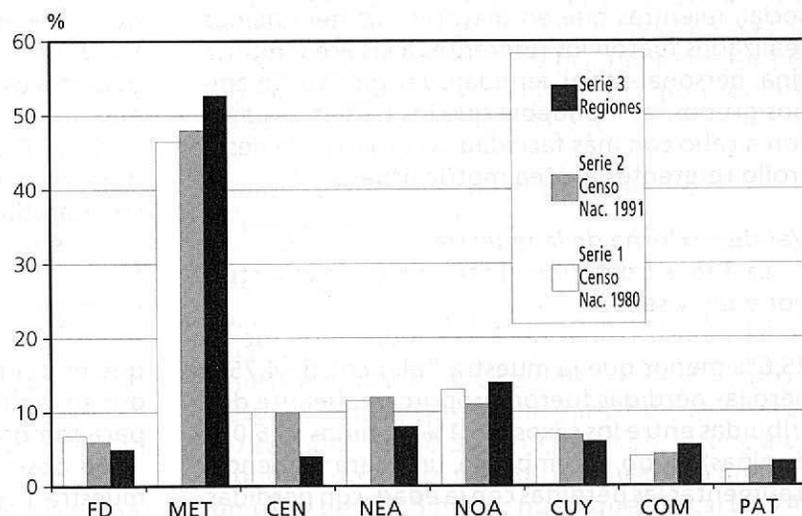


GRÁFICO 1

Distribución geográfica de la muestra en relación a los censos nacionales de 1980 y 1991

privada con respecto a la población nacional.

Siendo, finalmente, la muestra el resultado de la actividad de los pediatras, ella depende en última instancia del lugar de trabajo del profesional. Es evidente que los pediatras que trabajaban en dos sectores (público y privado) prefirieron cumplir con la tarea encomendada en sus consultorios privados.

La muestra final estuvo compuesta por 3.573 individuos lo cual representa el 0,11% de la población general de niños menores de seis años en el país.⁴⁷

Índice de masculinidad

El cociente número de niños/número de niñas fue de 1,01, comparado con el encontrado en el Censo 1991 de 1,02 para niños menores de seis años.⁴⁷

Distribución geográfica

El Gráfico 1 muestra la distribución geográfica de la muestra final, en relación a la de los Censos 1980 y 1991. Parece haber una discreta subrepresentación en la región central, y una sobrerrepresentación en la región metropolitana.

Sin embargo, la falta de diferencias significativas en distribución geográfica entre la muestra final y ambos censos nacionales (P n.s. para ambos censos 1980 y 1991) nos permite afirmar la validez externa de la muestra desde el punto de vista geográfico.

Antropometría

Las mediciones antropométricas fueron transformadas en puntajes "Z" en relación a los estándares argentinos. Las medias de los puntajes en los once subgrupos etarios variaron entre -0,26 y +0,59 y entre -0,47 y +0,68 para el peso, en niños y niñas, respectivamente; para la estatura, estos valores variaron entre -0,70 a +0,35, y entre -0,20 y +0,30 para niños y niñas, respectivamente. Estas cifras representan diferencias de menos de 1,0 cm del centilo de los estándares. Las medias \pm EE del puntaje Z del peso, juntando todos los subgrupos, fueron $0,06 \pm 0,03$ en niños y $0,03 \pm 0,06$ en niñas; las medias y EE del puntaje Z de la estatura fueron de $0,03 \pm 0,06$ en niños y $0,08 \pm 0,04$ en niñas. Las medias de los puntajes Z de estatura y de peso en niñas son significativamente diferentes de cero ($p < 0,05$), pero estas diferencias con el centilo 50 de los estándares nacionales son mínimas y no tienen ningún significado biológico.

DISCUSION

La mayoría de los estudios epidemiológicos realizados en muestras compuestas por gran número de casos han sido realizadas con personal de muy diferente grado de entrenamiento. Se han hecho estudios con psicólogos,⁴⁸ trabajadores de salud no profesionales,^{49,50} trabajadores comunitarios,^{51,52} psicólogos infantiles,⁵³ enfermeras^{54,55} y estudiantes de medicina o de enfermería.³⁵ Sorprendentemente, al revisar el tipo de personal usado para la obtención de información en muestras de estandarización que constituyeron las bases para la construcción de pruebas de desarrollo: Denver,^{29,30,56} Rodríguez,³¹ Bayley,³⁵ Gessell,⁴⁴ Griffiths,⁴³ encontramos que las calificaciones profesionales del personal usado para recoger la información no estaba claramente definida.

Dentro de nuestro conocimiento ninguno de los estudios de estandarización ha usado pediatras para la colección de datos sobre desarrollo. Blackman⁵⁴ ha enfatizado que cuando el nivel de formación del personal encargado de recoger los datos es bueno se obtienen mejores resultados. En este caso, los pediatras deben ser considerados como un grupo con buena formación clínica y con motivación y potencial como para obtener datos de alta calidad para un trabajo como la presente encuesta y para la realización de pruebas de pesquisa.⁵⁴

Una proporción significativamente mayor de individuos fue perdida en el estudio piloto (327 de 1.720), en relación a la pérdida de la encuesta

final (242 de 3.815) por falta de información básica (Tabla 3). Es aparente entonces, que el programa de entrenamiento fue efectivo y resultó, no sólo en mayor calidad de los datos, sino también en una reducción de la pérdida de individuos debida a errores u omisiones.

En el caso de las pautas de desarrollo, el estudio piloto mostró un porcentaje significativamente menor de pruebas no realizadas en niños menores de 1 año (1,84%) que en mayores de edad (3,26%). Esto puede reflejar la mayor familiarización de los pediatras con la evaluación del desarrollo en lactantes que en niños en edad preescolar. No obstante, el entrenamiento tuvo un impacto altamente significativo al reducir la proporción de ítem faltantes en el grupo mayor de un año, de 3,26 (pre-taller), a 1,88% (post-taller). La evaluación de preescolares requiere el empleo por parte del pediatra de un cierto equipo instrumental (cubos, figuras, pelota, etc.) y es posible que no todos los pediatras participantes hayan tenido experiencia con ese instrumental antes del entrenamiento. Estos resultados sugieren que los programas de educación pediátrica en Argentina deben enfatizar las enseñanzas de evaluación del desarrollo infantil en el tramo etario 1-6 años, hacer énfasis en las áreas motriz fina, personal social y lenguaje e incluir el uso del equipamiento necesario. Bennet⁵⁷ ha sugerido que los programas de entrenamiento en desarrollo infantil obtienen mejores resultados cuando los cursos son estructurados, tal como ha sido el caso en el presente trabajo. Camp y col.⁵⁸ han enfatizado la necesidad de que estos programas de entrenamiento se cumplan en el contexto de la atención primaria más que en hospitales de alta complejidad, que es donde se cumplen muchos de los programas de enseñanza de posgrado; todos los pediatras participantes del presente trabajo lo cumplieron haciendo tareas de atención primaria, en concordancia con esas observaciones.

Los pediatras no recibieron ninguna retribución económica. La invitación del Servicio de Crecimiento y Desarrollo a participar en este trabajo de extensión nacional, la importancia pediátrica del tema y el impacto que la participación podría tener sobre su formación fueron seguramente los factores que motivaron su aceptación. Friedman⁵⁹ insiste en que la motivación es un factor de relevancia para alcanzar el éxito en el entrenamiento en pediatría del desarrollo. Si los pediatras piensan que este campo es de baja prioridad, la enseñanza de la pediatría del desarrollo se hace más dificultosa. La participación

de los pediatras en nuestra encuesta tuvo un doble beneficio: la realización de la encuesta en sí y al mismo tiempo, beneficios educacionales. Sobre estas bases, el enfoque usado en este trabajo para la recolección de datos de una encuesta de orden nacional puede representar una alternativa válida.

Los criterios de selección de la presente muestra y los resultados de la evaluación de su validez externa permiten definirla como una muestra nacional, de niños sanos, que es geográficamente representativa, aunque sesgada hacia los niveles educacionales (y seguramente económicos) medios y altos, en la que el desarrollo de estos niños no ha sido perturbado por carencias medioambientales importantes. En términos de sus características auxológicas, los niños de la muestra se aproximan en peso y talla al centilo 50 de los estándares nacionales. Las bases de muestreo de la encuesta se comparan bien con encuestas importantes hechas en otros países, que han sido usadas para preparar instrumentos nacionales (e internacionales de evaluación del crecimiento y desarrollo). La primera prueba de pesquisa preparada en Denver²⁹ se basó en 1.036 individuos y su segunda versión (Denver II),⁵⁶ en 2.096 niños, de un solo estado de EE.UU. El estudio sobre desarrollo hecho en Colombia contó con una muestra de "diversas regiones del país" (posiblemente de extensión nacional), con un tamaño de 16.180 niños de ambos sexos, menores de 60 meses, y fue llevado a cabo por las mismas autoridades gubernamentales.⁶⁰ Con respecto a

las muestras para preparar referencias de evaluación del crecimiento físico, los estándares del NCHS, recomendados por la OMS para comparación entre países, se basaron en una muestra de 867 niños seguidos longitudinalmente,⁶¹ y los grupos etarios mayores contaban con muestras de aproximadamente 300 niños por semestre de edad. Los estándares británicos de peso y talla⁶² se basaron en muestras combinadas de una variedad de estudios que carecían por completo de representatividad nacional. Las muestras con representatividad nacional que conocemos son las obtenidas en Venezuela⁶³ y en Cuba,⁶⁴ ambos estudios realizados con una disponibilidad casi ilimitada de recursos. Teniendo en cuenta el muy escaso presupuesto disponible en el presente trabajo, el banco de datos, del 0,11% de la población nacional del mismo constituye un perfil apropiado desde el cual brindar conclusiones sobre las edades centrales y la variabilidad individual de cumplimiento de pautas de desarrollo en niños argentinos sanos menores de seis años. Será también de utilidad en la planificación e implementación de programas de enseñanza, en un área que requiere mayor énfasis, tanto en nuestro país como en Latinoamérica.^{65,67}

Agradecimiento

Los autores agradecen a los 229 pediatras que participaron activamente en la realización de este trabajo.

Nota de la Redacción: por razones de espacio debemos omitir sus nombres. ■

BIBLIOGRAFIA

1. American Academy of Pediatrics. Report of the Task Force on Pediatric Education: the future of pediatrics. Evanston, Il. 1978.
2. Baird G, Hall DMB. Developmental pediatrics in primary care: what should we teach? B 1985; 291: 583-586.
3. Casey P, Sharp M, Loda F. Child health supervision for children under 2 years of age. A review of its content and effectiveness. J Pediatr 1979; 95: 1-9.
4. Chamberlain RW. Developmental assessment and early intervention programs for young children: lessons learned from longitudinal studies. Pediatr Rev 1987; 8: 237-247.
5. Dirección Nacional de Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud y Acción Social. Argentina 1990.
6. Dirección de Políticas y Programas. Estadísticas de Salud. Boletín del programa nacional de estadísticas de salud. Peso al nacer y mortalidad infantil. Año 1989. Ministerio de Salud y Acción Social. Argentina, Junio 1982.
7. Starfield B, Kata H, Gabriel A et al. New morbidity in childhood: a longitudinal view. N Eng J Med 1984, 310: 824-829.
8. Palfrey JS, Mervis RC, Butler JA. New directions in the evaluation and education of handicapped children. N Eng J Med 1978; 15, 298.
9. Alpert JJ. Primary care: the future for pediatric education. Pediatrics 1990; 86: 653-659.
10. Brooks-Gunn J, McCarton CM, Casey PH et al. Early intervention in low-birth-weight premature infants. Results through age 5 years from the Infant Health and Development Program. JAMA 1994; 272: 257-262.
11. Dworking PH. Training in developmental pediatrics. Am J Dis Child 1979; 133: 709-712.
12. Thorpe HS, Werner EE. Developmental screening of preschool children; a critical view of inventories needs in health and educational programs. Pediatrics 1974; 53: 362-370.
13. Green M. The role of the pediatrician in the delivery of behavioral services. J Dev Behav Pediatr 1985; 6: 190-210.
14. Green M. Behavioral and developmental components of child health promotion: how can they be accomplished? Pediatr Rev 1986; 8: 133.

15. Dworking PH, Shonkoff J, Leviton A, Levine MA. Training in developmental pediatrics. How practitioners perceive the gap. *Am J Dis Child* 1979; 133: 709-712.
16. Departamento de pediatría, Universidad de Buenos Aires: Programa de pre-grado para 1994. Departamento de Pediatría, 1993.
17. Hospital Garrahan, Buenos Aires. Programa de Residencia en Pediatría. Dirección de Docencia, 1988.
18. Cusminsky M, Lozano G, Lejarraga H. Croissance et development des enfants argentins urbains de 4 a 12 ans de vie. *Compte rendue de la XII Reunion des equipes chargés des études sur la croissance et development de l'enfant normal. Centre International de l'Enfance. Paris, actas 199-206, 1976.*
19. Lejarraga H, Abeyá Gilardon E, Andrade JH. Evaluación del peso y la talla de 88.861 varones de 18 años de la República Argentina. *Arch Arg Pediatr* 1991; 89: 185-192.
20. Lejarraga H, Orfila G. Estándares de peso y talla para niñas y niños argentinos desde el nacimiento hasta la madurez. *Arch Arg Pediatr* 1987; 85: 209-222.
21. Lejarraga H, Morasso MC. Estándares de peso-edad y peso-talla para el niño menor de 6 años en atención primaria. *Arch Arg Pediatr* 1987; 85: 69-76.
22. Lejarraga H. Cursos de Educación Continua en Pediatría. Sociedad Argentina de Pediatría. Subcomisión de Educación Continua. Informe anual 1994. Buenos Aires, 1995.
23. Lejarraga H, Morasso M C. Guías para la evaluación del crecimiento y la nutrición del niño menor de seis años en atención primaria. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud y Acción Social, 1984.
24. Spotti M, Petriz G, Lejarraga H, Cusminsky M. Influence of socioeconomic level, maternal education and paternal occupation on intellectual quotient of a representative sample of 900 children aged 4-12 years. *J Pediatr* 1976; 89, 326.
25. Roy E, Cortigiani MR, Acosta L, Schapira I. Evaluación del desarrollo psicomotor de 319 niños de 1 a 24 meses de la consulta ambulatoria de los hospitales Ramón Sardá, Pedro de Elizalde y Luisa de Gandulfo. *Arch Arg Pediatr* 1988; 4: 204-12.
26. Bornstein MH, Tal J, Rahn C et al. Functional analysis of the contents of maternal speech to infants of 5 and 13 months in four cultures: Argentina, France, Japan and the United States. *Dev Psychol* 1992; 28: 593-603.
27. Bornstein MH. Cross cultural developmental comparison. The care of japanese-american infant and mother activities and interactions. What we know, and why we need to know. *Dev Rev* 9: 171.
28. Instituto Nacional de Estadística y Censos. INDEC. Censo Nacional 1980. Ministerio de Economía. Argentina, 1981.
29. Frankenburg WK, Dodds JB. The Denver Developmental Screening Test. *J Pediatr* 1967; 71: 181-191.
30. Frankenburg WK, Dodds JB, Fandal AW. Denver Developmental Screening Test (DDST) Manual (revised). Denver University of Colorado Medical Center, 1970.
31. Rodríguez S, Arancibia V, Undurraga C. Escala de evaluación del desarrollo psicomotor del niño de 0 a 24 meses. Santiago de Chile: Galdoc, 1987.
32. Castro Páez MGC, Molina Brenes MA, Rangel Alfaro A. Escala de evaluación del desarrollo integral del niño menor de un año. Ministerio de Salud y Universidad de Costa Rica. Tesis de Licenciatura en Psicología, Costa Rica, 1982.
33. Illingworth RS. Basic developmental screening: 0-4 years. 3rd edition. London: Blackwell Scientific Publication, 1982.
34. Illingworth RS. The development of the infant and young child. Normal and abnormal. 6th ed. Livingstone, Edinburgh 1975.
35. Bayley N. Manual for the Bayley scales of infant development. New York, New York Psychological Corporation, 1969.
36. Sheridan M. The development progress of infant and young child. 2nd ed. Ministry of Health. Reports of Public Health and Medical Subjects n2. London, 1968.
37. Brunet O, Levine I. El desarrollo psicológico de la primera infancia. Visor Libros. 1ra. ed., Madrid, 1978.
38. Terman Merrill Test. Collections Bourrelie-Armand Colin. Paris, 1982.
39. Fernández Alvarez E. Resultados del estudio de desarrollo de 1.700 niños normales de 2 años. Gobernación de Cataluña, España, 1985.
40. Child development unit. Child Study Center Test for Yale developmental examination. Yale University, 1979.
41. Brazelton TB. Neonatal behavioural assessment scale. Saint Louis: Spastic International Medical Publications, 1973.
42. Martell M, Ribeiro AB, Martínez G, Ruggia R, Cayaffa CL, Belitzky R. Evaluación del desarrollo en atención primaria hasta los cinco años de vida. Publicación CLAP número 1148, CLAP/OPS/OMS, Montevideo, Uruguay.
43. Griffiths R. The abilities of babies: a study on mental measurements. New York: Mc Graw-Hill, 1954.
44. Gessell A, Amartruda C. Diagnóstico del desarrollo. 2da. ed. Buenos Aires: Paidós, 1952.
45. UNICEF. Cartillas de seguimiento del desarrollo psicomotor en el niño. UNICEF.
46. Instituto Nacional de Estadística y Censos INDEC. Anuario Estadístico de la República Argentina. Buenos Aires, Publicaciones INDEC, pp 117, 1994.
47. Instituto Nacional de Estadística y Censos INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 1991. INDEC. Ministerio de Economía. Argentina, 1992.
48. Damiani V, Victoria M, Gómez L, Victoria C, Barros FE. Cross-cultura differences in developmental rates: a comparison between British and Brazilian children. *Child Care Health and Development*, 1990; 16: 151-164.
49. Gupta R, Patel NV. Training of non-professional health workers, in a simple technique of developmental screening of infants and young children. *Ind Pediatr* 1991; 28: 851-859.
50. Gupta R, Patel NV. Trial on a screening technique of the developmental assessment of infants and young children (6 weeks 2 years). *Indian Pediatrics* 1991; 28: 860-867.
51. Vazil S, Naidu AN, Vidyasagar P, Lansdown R, Reddy V. Constructing a psychosocial developmental screening instrument. National Institute of Nutrition, Hyderabad, 1991.
52. Laksanavicharn U, Sriyaporn P, Tiamsuchon K et al. Indicators of psychosocial development in Thailand. *Ramathibodi Med J* 1992; 15: 63-69.
53. Norberg L, Rydellius PA, Nylander T, Aurelius G, Zetterstrom R. Psychomotor and mental development during infancy. *Acta Paediatr Scand* 1989; Suppl. 353
54. Blackman JA, Hein HA, Healy A. Screening children at risk. The Iowa experience. Iowa City: The Iowa University Applied Facilities, 1984.
55. Haines CR, Brown JB, Grantham EB, Rajagolapan VS, Sutcliffe PV. Neurodevelopmental screening on school entrance; medical examination as a predictor of coordination and communication difficulties. *Arch Dis Child* 1985; 60: 1122-1227.
56. Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Bresnick B. The Denver II: a major revision and re-standardization of the Denver Developmental Screening Test. *Pediatrics* 1992; 89: 91-97.

57. Bennet FC, Guralnick MJ, Burt Richardson H, Heiser KE. Teaching developmental pediatrics to pediatrics residents: effectiveness of a structured curriculum. *Pediatrics* 1984; 74: 514-522.
58. Camp BW, Leff M, Barman S, Gitterman B. Evaluation of developmental/behavioral training in Primary Care. *Dev Behav Pediatr* 1991; 12: 243-247.
59. Friedman SB, Phillips S, Parrish JM. Current status of behavioral Pediatric Training for general pediatrics residents. A study of 11 funded programs. *Pediatrics* 1983; 71: 904-909.
60. Dirección de Desarrollo Humano. Escala abreviada de desarrollo EAD. I Manual de instrucciones. Ministerio de Salud. Dirección General Técnica. Subdirección de Control de Factores de Riesgos Biológicos y del Comportamiento. Dirección de Desarrollo Humano. Bogotá, Colombia, 1991.
61. Hamil RVV, Drizd TA, Johnson CL, Reed RR, Roche AF. NCHS growth curves for children from birth to 18 years. United States, Publ. N° PHS 78-1650 Vital and Health Statistics, Series 11, N° 165, US Department of Health, Education and welfare, Hyattsville, Maryland, 1977.
62. Tanner JM, Whitehouse RH and Takaishi M. Standards for from birth to maturity for height, weight, height velocity and weight velocity: Britihs children 1965. *Arch Dis Child* 1966; 41: 454-471, 613-635.
63. Mendez Castellano. Variables biológicas de interés práctico para ser usadas por pediatras, endocrinólogos, médicos de familia y otros profesionales del área de la salud FUNDACREDESA: Proyecto Venezuela. *Arch Ven Puer Pediatr* 1994; 57, 1-74.
64. Jordan JR. Desarrollo Humano en Cuba. La Habana: Ed. Científico Técnica, 1979.
65. Cátedra B de Medicina Infantil. Taller sobre enseñanza de la pediatría: métodos educativos centrados en crecimiento y desarrollo. Univesidad nacional de La Plata. Hospital "Dr. Noel H. Sbarra", La Plata, 1993.
66. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación de enseñanza del crecimiento y desarrollo en América Latina. 1989-1991. OPS/OMS.
67. Programa de Salud Materno-infantil. Programa de Nutrición. Plan Regional de Acción para la Promoción del Crecimiento y Desarrollo en las Américas, 1992-1995. OPS/OMS.

La continuación de este trabajo "Edad de cumplimiento de pautas de desarrollo en niños argentinos sanos menores de 6 años", será publicada en el próximo número de Archivos Argentinos de Pediatría - Vol. 94, N° 6, 1996.

Artículo original

Reflexiones surgidas de la aplicación de una historia de salud del adolescente

Dres. DIANA PASQUALINI*, MARIA DEL CARMEN HIEBRA*, ANA GARBOCCI*,
CLAUDIA JACOBZON*, PATRICIA LOMBARDI* y PABLO SALGADO*

RESUMEN

Introducción. En 1993 se implementó en el Servicio de Adolescencia una historia clínica con enfoque de riesgo. El objetivo fue facilitar la visión integral del adolescente y determinar estrategias de salud anticipatorias a fin de una efectiva prevención.

Material y métodos. De un total de 1.140 historias clínicas se analizó una muestra de 218 pertenecientes a pacientes que consultaron al sector de clínica por primera vez desde julio de 1993 a junio de 1994. Se confeccionó para tal fin una base de datos en el programa EPI-INFO versión 6.02.

Resultados. 1. Pacientes y acompañantes priorizaron diferentes motivos de consulta. El adolescente priorizó el dolor: 26,1% versus 16,1% ($p=0,013$) y los síntomas respiratorios: 13,7% versus 7% ($p=0,02$). Los padres jerarquizaron el control del crecimiento y desarrollo: 16,3% versus 7,3% ($p=0,007$); y los problemas emocionales y de aprendizaje: 17,2% versus 7,4% ($p=0,003$).

2. Los diagnósticos más frecuentes fueron trastornos emocionales, enfermedades infecciosas, mal definidas, de la nutrición, genitales, osteoarticulares y control en salud.

3. Además del diagnóstico principal relacionado con el motivo de consulta, se hallaron otros por interrogatorio y/o examen físico.

4. Los factores de riesgo detectados con mayor frecuencia fueron enfermedades crónicas, separación de progenitores, problemas escolares, pobreza y violencia familiar.

5. La conducta médica se definió en solicitud de interconsultas, de estudios complementarios, en terapéuticas, orientación en diferentes áreas e internación.

Conclusión. La historia clínica con enfoque de riesgo facilita una visión integral, la tarea asistencial, docente y de investigación y permite rápidos diagnósticos. La red terapéutica de sostén debe ser interdisciplinaria e incluir otros sectores de la comunidad. La prevención debe extenderse a otros ámbitos, además de la consulta.

Palabras claves: adolescencia, visión integral, enfoque de riesgo, historia de salud, prevención.

SUMMARY

Introduction. In 1993 an adolescent health history with risk approach was implemented in the Adolescent Section. The objective was to facilitate a comprehensive health vision of the adolescent and to determine anticipatory strategies in order to make an effective prevention.

Material & methods. A group of 1.140 clinical histories of adolescents, randomly selected, that consulted between July 1993 and June 1994 was evaluated. A data-base in the Epi-Info V.6.02 program was made.

Results. 1. Adolescents' chief complaints differed from their parents'. The adolescents mainly referred pain, 26.1% versus 16.1% ($p=0.013$) and respiratory symptoms, 13.7% versus 7.0% ($p=0.02$). Parents mainly asked for health screening, 16.3% versus 7.3% ($p=0.007$) and referred emotional and learning problems, 17.2% versus 7.4% ($p=0.003$).

2. The main diagnoses were emotional problems, infections, badly defined diseases, as well as nutritional, genital and osteoarticular diseases, and health control.

3. Multiple diagnoses were found, the main one being related to the chief complaint but others appeared during the interrogation and/or the physical examination.

4. The risk factors most referred were: chronic diseases, parent separation, school problems, poverty, family violence.

5. Medical behaviour was defined in referred interconsultations, complementary studies, therapeutic medication, counselling and hospital internation.

Conclusions. The health history with risk approach facilitates a comprehensive health vision, the attendance, teaching and research work and rapid diagnosis. The therapeutic net must be interdisciplinary and must include other sectors of the community. Prevention must be extended to outside office hours.

Key words: adolescence, comprehensive health vision, risk approach, health history, prevention.

INTRODUCCION

En la Capital Federal de la República Argenti-

na existen 16 Servicios de Adolescencia Municipales. Dos de ellos funcionan en hospitales pediátricos. El Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" fue creado en 1982. La atención ofrecida abarca la promoción de la salud, la prevención primaria, secundaria y, en

* Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", Buenos Aires.
Correspondencia: Dra. Diana Pasqualini, French 3542, 6.
(1425) Buenos Aires.

algunos casos, terciaria, tanto ambulatoria como en internación. El abordaje contempla no sólo al individuo, sino que incluye familia y comunidad con un enfoque integrador, teniendo en cuenta los factores de riesgo y protectores de la salud. El equipo está constituido por pediatras, clínicos, ginecólogos, cardiólogo, psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos, asistente social. Realiza aproximadamente 10.000 prestaciones anuales. Los pacientes provienen de la demanda espontánea o derivados de otros servicios del mismo hospital o de otros centros.

Forma parte de la Red Municipal de Servicios de Adolescencia de la Ciudad de Buenos Aires y de la Red de Orientación en la Prevención y Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, en forma conjunta con otros hospitales pediátricos y generales.

Desarrolla, además, tareas de prevención en escuelas cercanas. Brinda asesoramiento a alumnos secundarios y terciarios, como así también a docentes.

La tarea docente está dirigida hacia alumnos de medicina, residentes, concurrentes y otros profesionales de la salud del mismo hospital y de otros centros de salud o sociedades científicas. Realiza además cursos, jornadas, simposium.

Los trabajos de investigación abarcaron temas relacionados con Trastornos de la Conducta Alimentaria,^{1,2} Sexualidad,³ Características de la Población Asistida,⁴ Factores de Riesgo, Historia Clínica,⁵ Internación, Consultas Ginecológicas, Sala de Espera, Oportunidades Perdidas en la Atención del Adolescente y Satisfacción del Usuario, Aspectos de Salud Mental, algunos publicados y otros presentados en congresos.

Con el propósito de mejorar las estrategias de atención se confeccionó e implementó una historia clínica⁵ a fin de determinar, entre otros objetivos, el perfil de la población asistida y facilitar la visión integral del adolescente. Para tal fin se revisaron historias clínicas de diversos servicios de adolescencia del país, Brasil, Estados Unidos y Canadá. Además, se analizó el enfoque de riesgo y los factores protectores y de riesgo que pueden favorecer o dificultar el desarrollo normal biopsicosocial del adolescente.⁶⁻¹⁴ Algunos se incluyeron dentro de diversos sectores de la historia, ya sea como variables a llenar o dentro de una clasificación anexada al formulario.

OBJETIVOS

- Describir las características de la población asistida.

- Establecer:
 - Los motivos de consulta de los adolescentes y su frecuencia.
 - Los factores de riesgo de la población.
 - Los diagnósticos más frecuentes.
 - Las conductas terapéuticas implementadas.
- Determinar las ventajas de aplicar una historia clínica sistematizada, con enfoque integral y de riesgo.

MATERIAL Y METODOS

A partir de estudios preliminares de las características de los pacientes que demandaban atención al Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez⁴ se elaboró un modelo de historia clínica del adolescente⁵.

Para el análisis de los motivos de consulta y de los diagnósticos se utilizó la clasificación propuesta en el Sistema Informático del Adolescente, CLAP, OPS, OMS,¹⁵ modificada.

Los motivos de consulta fueron clasificados, en lo posible, en signos y síntomas por aparatos y/o sistemas. Entre los denominados *generales* se incluyeron fiebre, mareos, cansancio, desgano, falta de aire, flojedad y pérdida de conocimiento, palpitaciones. No se incluyó el dolor, pues éste fue incluido como síntoma dentro de la clasificación por aparatos y sistemas. Los *trastornos emocionales* abarcaron problemas de aprendizaje, de conducta, de la dinámica familiar, mentales, en el sueño, otros comportamientos de riesgo (abuso de drogas y/o alcohol), etc.

Los diagnósticos fueron divididos en principales (relacionados con la demanda) y secundarios (hallazgos al interrogatorio y/o el examen físico)¹⁶.

Se confeccionó, además, un listado de factores de riesgo⁶⁻⁹ y de conductas y tratamientos indicados.

Posteriormente, se realizó un estudio retrospectivo de 218 historias, seleccionadas por muestreo sistemático, al azar, de 1.140 pacientes que consultaron por primera vez entre el 1 de julio de 1993 y el 30 de junio de 1994. Previamente se había calculado, según prevalencia de las cinco patologías más frecuentes, referidas por estudios previos, que el tamaño mínimo de la muestra debía ser de 170.

Para el análisis se confeccionó una base de datos utilizando el programa EPI-INFO, versión 6.02 y se realizó la prueba de independencia (prueba de Chi al cuadrado con correcciones de Yates) en caso de cruce de variables, considerán-

dose significativo un valor de probabilidad menor de 0,05.

RESULTADOS

De la muestra de 218 pacientes, la relación sexo femenino/masculino fue uno. Media de edad 13 años, 6 meses (rango de 10 a 20 años); 73% fue menor de 15 años.

El 77,5% de los pacientes consultó de 1 a 3 veces en el año. El 43,1 vivía en Capital, relativamente cerca del hospital; el 54,1% en la provincia de Buenos Aires; el resto aún más lejos.

El 79,8% concurrió acompañado. El 99% de los menores de 15 años vinieron con un adulto mientras que entre los mayores de 15 años la frecuencia fue del 82%; diferencia significativa, $p = 0,001$.

Convivía con ambos progenitores el 46,8%; con uno de ellos 22,9%; no vivía con ninguno de los padres el 6,5%, en el resto de las historias no figuraba el dato. La escolaridad fue adecuada en 57,3%, repitió algún año el 21,6% y estaba fuera del sistema escolar el 9,2%. En el 11,9% restante se desconoce.

El 22,9% de los pacientes ignoraba el motivo por el cual fue llevado a la consulta. No hubo

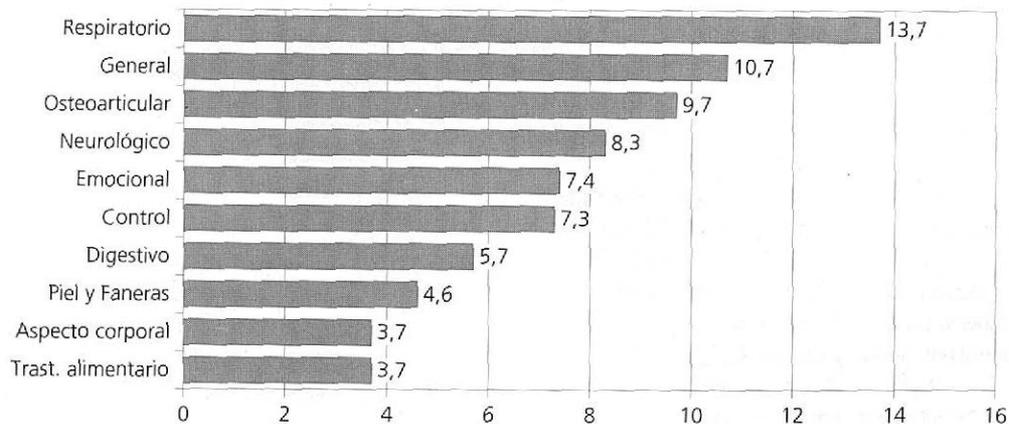
diferencia significativa en cuanto a este dato ni en cuanto a los motivos de consulta entre menores y mayores de 15 años. Tampoco la hubo entre los dos sexos excepto cuando la consulta estaba relacionada con el aparato genital.

En el *Gráfico 1* se muestran los motivos de consulta más frecuentes del adolescente referidos como signos y síntomas por aparatos o sistema. En el *Gráfico 2* se observan los motivos de consulta más frecuentes del acompañante.

Como se mencionó anteriormente el dolor como motivo de consulta fue incluido en los *Gráficos 1* y *2* como síntoma por aparato o sistema. En el *Gráfico 3*, en cambio, se muestra la prevalencia del dolor como motivo de consulta del adolescente y su distribución según localización. De 218 pacientes, 57 consultaron por dolor (26,1%). Entre los dolores más referidos por los adolescentes predominaron los osteoarticulares y la cefalea. El acompañante refirió dolor como motivo de consulta en el 16,1% de los casos.

En el *Gráfico 4* se muestran los motivos de consulta jerarquizados según el adolescente y según su acompañante. Los adolescentes verbalizaron frecuentemente el dolor como motivo de consulta principal además de los signos y sínto-

Signo y síntoma Porcentaje



Fuente: 218 historias clínicas de adolescentes que consultaron por primera vez entre el 1 de julio de 1993 y el 30 de junio de 1994, en el Servicio de Adolescencia.

Nota: El 22,9% de los adolescentes ignoraba por qué fue llevado. El 2,2% presentaba otros motivos de consulta.

GRÁFICO 1
Motivos de consulta del adolescente

mas respiratorios. En cambio la solicitud de control del crecimiento y desarrollo y de atención por problemas emocionales provino en mayor número de ocasiones de los padres.

En el *Gráfico 5* se observan los diagnósticos principales más frecuentes.

Los diagnósticos principales, relacionados con el motivo de consulta, fueron:

- Problemas o enfermedades orgánicos: 63,7%
- Trastornos emocionales: 26,6%
- Adolescente sano: 9,7%

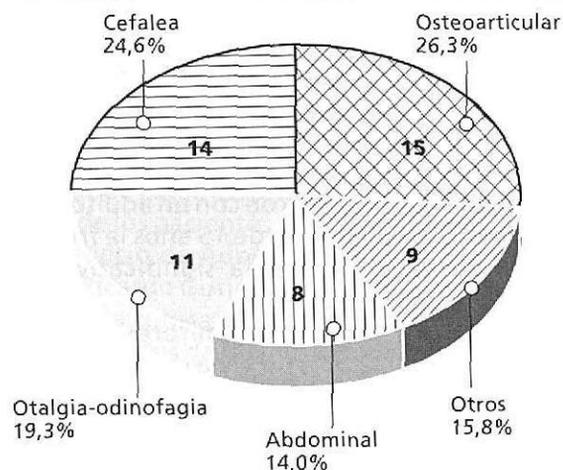
Entre los trastornos emocionales predominaron: trastornos de aprendizaje, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de conducta (conductas antisociales), angustia y depresión.

Entre la patología orgánica prevalecieron las infecciones (respiratorias, generales virales, parasitosis, tuberculosis, hepatitis, mononucleosis, SIDA, etc.), signos y síntomas mal definidos (cefalea tensional, dolor abdominal u otros dolores sin sustento de organicidad, lipotimia, palpitaciones, etc.), problemas ginecológicos, osteoarticulares.

El 7,4% de los adolescentes presentó trastornos de la conducta alimentaria. No están incluidos en el *Gráfico 5* porque la anorexia y la bulimia fueron enfermedades registradas dentro de los trastornos emocionales y, la obesidad, entre las enfermedades endocrinas y de la nutrición.¹⁶

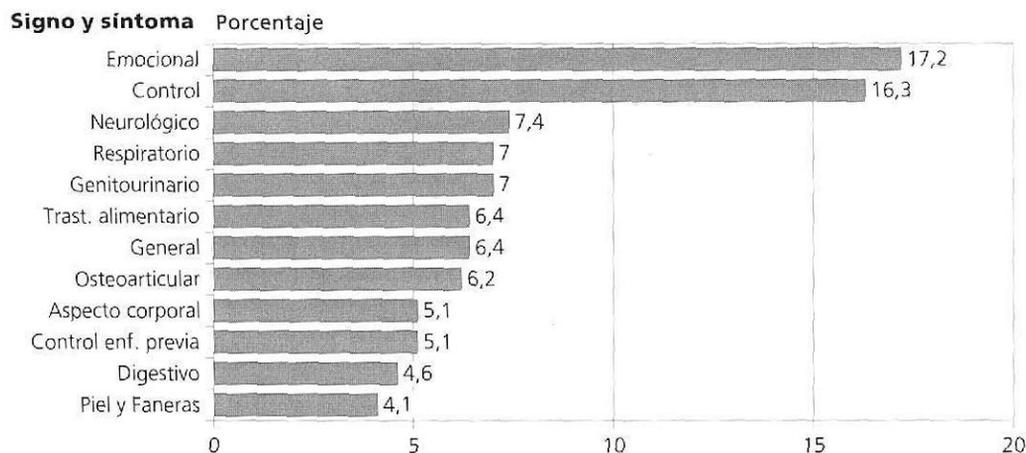
Además, en el 36,2% de los adolescentes se hallaron otros diagnósticos llamados secundarios, surgidos del interrogatorio y/o examen físico.

Entre los hallazgos por interrogatorio sobresalieron 5,5% de trastornos emocionales que no fueron motivo de consulta e historia de asma en



Fuente: 218 historias clínicas de adolescentes que consultaron por primera vez entre el 1 de julio de 1993 y el 30 de junio de 1994 en el Servicio de Adolescencia.

GRÁFICO 3
Dolor como motivo de consulta del adolescente



Fuente: 218 historias clínicas de adolescentes que consultaron por primera vez entre el 1 de julio de 1993 y el 30 de junio de 1994, en el Servicio de Adolescencia.

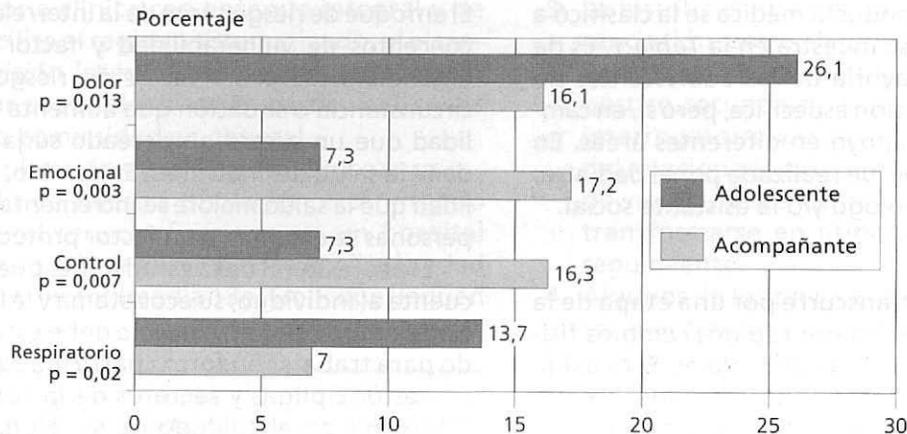
Nota: En el 7,2% de las historias no se refirió el motivo de consulta del acompañante.

GRÁFICO 2
Motivos de consulta del acompañante

10,3%, no referida como afección principal.

Por examen físico se detectó: obesidad 10,2%, escoliosis 4,5%, acné u otra infección en piel 4,1%, trastornos a nivel de órganos genitales masculinos 2,8% (hidrocele, varicocele, fimosis,

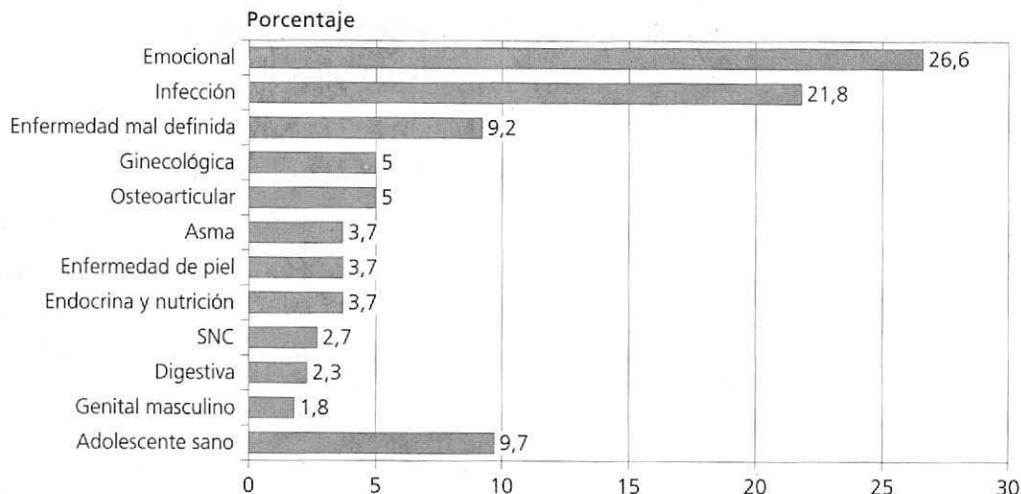
otro), soplo cardíaco 2,2%, enfermedades de los dientes 2,2%, trastornos a nivel de órganos genitales femeninos 1,8% (predominaron afecciones inflamatorias de vulva y vagina), que no fueron referidos como motivo de consulta.



Fuente: 218 historias clínicas de adolescentes que consultaron por primera vez entre el 1 de julio de 1993 y el 30 de junio de 1994, en el Servicio de Adolescencia.

GRÁFICO 4

Jerarquización de los motivos de consulta según el adolescente y el acompañante



Fuente: 218 historias clínicas de adolescentes que consultaron por primera vez entre el 1 de julio de 1993 y el 30 de junio de 1994, en el Servicio de Adolescencia.

Nota: El 4,8% de los adolescentes tuvieron otros diagnósticos.

GRÁFICO 5

Diagnósticos principales

Comportamientos de riesgo como por ejemplo: inicio precoz de las relaciones sexuales (antes de los 15 años), relaciones sexuales sin protección adecuada para prevenir el embarazo y/o SIDA y uso o abuso de tabaco, alcohol y drogas no fueron hallazgos frecuentes en nuestra población.

Los factores de riesgo registrados se muestran en el *Gráfico 6*.

En cuanto a la conducta médica se la clasificó a fin de analizarla y se muestra en la *Tabla 1*. Es de destacar que la mayoría de los adolescentes no requirieron medicación específica, pero sí, en cambio, orientación y apoyo en diferentes áreas. En ocasiones esta labor fue realizada por el pediatra; en otras por el psicólogo y/o la asistente social.

DISCUSION

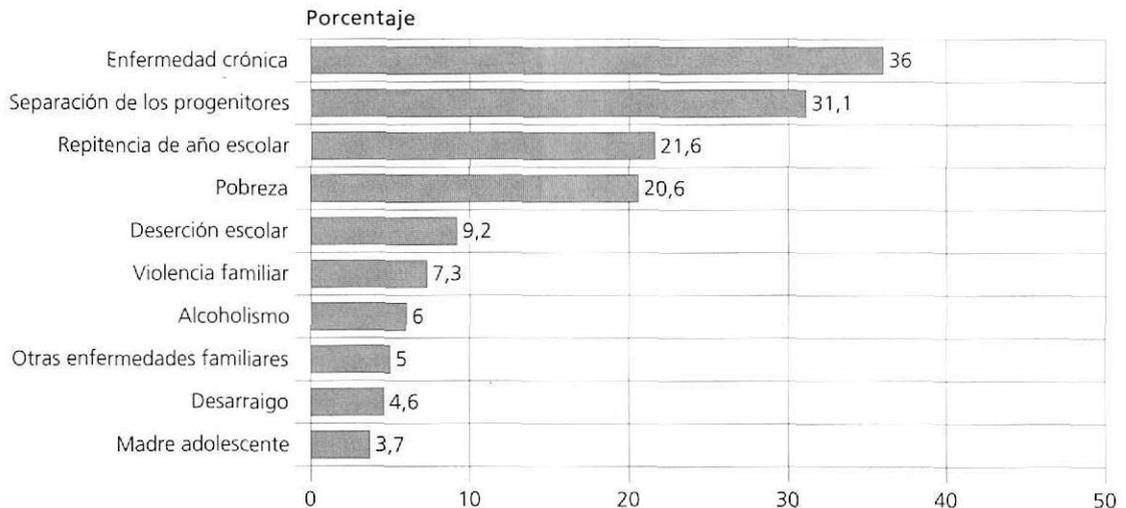
El adolescente transcurre por una etapa de la vida que se caracteriza por rápidos cambios físicos, psíquicos, emocionales y sociales. Esto exige un esfuerzo suplementario para mantener el equilibrio. Necesita, además, para alcanzar sus metas, estímulo y orientación, tanto de su familia como de la sociedad. El desarrollo de sus potencialidades está condicionado por su desarrollo en etapas previas y por sus circunstancias presentes. A su vez, su salud física, mental y social influirá en

etapas posteriores y en generaciones futuras.^{10,11} El grado de vulnerabilidad de un adolescente depende pues de su historia previa y de la susceptibilidad y/o entereza alcanzada.⁶

El enfoque de riesgo ha promovido un cambio importante en la atención de los problemas de riesgo; ha permitido detectar factores de riesgo, protectores y comportamientos de riesgo^{6-9,12,17}. El enfoque de riesgo surge de la interrelación de los conceptos de vulnerabilidad y factor de riesgo, entendiéndose como factor de riesgo cualquier circunstancia o situación que aumenta la probabilidad que un suceso no deseado surja y afecte o dañe la salud del individuo. En cambio, la probabilidad que la salud mejore se incrementa cuando las personas se exponen a un factor protector o más⁶.

El profesional de la salud debe, pues, tener en cuenta al individuo, su ecosistema y la interacción entre ambos; por esto mismo debe estar preparado para trabajar en forma participativa con diferentes disciplinas y sectores de la comunidad e intervenir en el cuidado de la salud, no sólo a través de su recuperación, sino también a través de la promoción de los factores protectores y la prevención, a fin de evitar la enfermedad y disminuir el impacto de los factores de riesgo.

Para contribuir a alcanzar una visión integral



Fuente: 218 historias clínicas de adolescentes que consultaron por primera vez entre el 1 de julio de 1993 y el 30 de junio de 1994, en el Servicio de Adolescencia.

Nota: Algunos adolescentes presentaron más de un antecedente de riesgo.

GRÁFICO 6
Factores de riesgo detectados

del joven como la descrita en párrafos anteriores y, de esta manera, colaborar al desarrollo de sus proyectos futuros, es importante la empatía hacia el adolescente, preparación adecuada, escucha cuidadosa de sus demandas y las de su familia, respeto a la privacidad y pudor, tiempo y espacio para la reflexión. El diagnóstico diferencial entre salud y enfermedad, a veces, no es fácil^{12,13,17}.

La historia clínica con enfoque integral y de riesgo, facilita el registro sistematizado, al alcance de la *visión integral* y la reflexión de tareas futuras con ese adolescente en particular y con el resto de la comunidad en general.

De la aplicación de la historia clínica surgió:

1. El perfil de nuestra población está influido porque el servicio funciona en un hospital pediátrico y de derivación. Esto explica la edad de los pacientes (media 13a. 6m.); que lleguen

acompañados (79,8%), la gran distancia que recorren algunos (56,8%) y el bajo promedio de consultas.

2. Adolescentes y acompañantes priorizaron diferentes motivos de consulta. Los primeros jerarquizaron los dolores y síntomas respiratorios y los padres, el control de crecimiento y desarrollo y los problemas emocionales.
3. La historia clínica completa permitió la diferenciación entre diagnóstico principal, que motivó la conducta terapéutica inicial y diagnóstico secundario, surgido por hallazgo al interrogatorio y/o al examen físico; además del relacionado con la paraconsulta y/o factor de riesgo. Estos otros diagnósticos pueden transformarse en principales a lo largo del seguimiento.
4. Algunos de los factores de riesgo requirieron ser redefinidos teniendo en cuenta las variables de la historia, a fin de un registro uniforme. Ejemplo: pobreza.
5. No fue necesario, en general, solicitar estudios complementarios complejos (4,6%) ni internación (1,8%).⁴
6. La medicación específica más indicada fueron antibióticos.⁴
7. En uno de cada cinco adolescentes se aconsejaron ayuda u orientación psicológica (21,6%).⁴
8. Una de las tareas que el servicio jerarquiza y que requiere tiempo significativo en la consulta es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Esto se consiguió bajo el subtítulo de orientación. Sin embargo, la tarea de orientación no fue registrada con la frecuencia debida. Es así que en el trabajo de oportunidades perdidas realizado en el servicio en el año 1995, el 80% de los adolescentes refirió haber dialogado durante la consulta sobre el tema alimentación y el 50%, de temas referidos a la sexualidad.¹⁸ Es frecuente que esta tarea no sea descrita como terapéutica dentro de la conducta médica.
9. El tiempo de consulta en la adolescencia es pues prolongado, dada la necesidad de una atenta escucha a la historia pasada y presente, a las expectativas futuras del joven y su familia, de prestar oídos a la doble demanda y de ofrecer un espacio de reflexión y orientación a fin de hacer una adecuada prevención. Pero aun en las mejores condiciones, es difícil en la primera consulta investigar todas las circunstancias desfavorables con las que vive ese adolescente y/o las posibles conductas de riesgo. Este hecho no sólo está relacionado con el

TABLA 1
Conducta médica

Interconsultas solicitadas con mayor frecuencia:

Area psicosocial	
Psicopatología	17,0%
Psicopedagogía	4,1%
Servicio social	0,5%
Especialidades	
Ortopedia	11,1%
Oftalmología	9,7%
Cardiología	9,2%
Neurología	8,3%
OTL	5,6%
Ginecología	5,1%

Solicitud de estudios:

Laboratorio	39,0%
Rayos	22,9%
Estudios complejos	4,6%

Indicaciones:

Medidas generales	30,3%
Medicación específica	24,0%

Orientación:

Psicológica y familiar	21,6%
Alimentación	19,3%
Sexualidad	3,7%
Tiempo libre	1,9%
Vocacional	0,9%

Internación:

Total internados	1,8%
------------------	------

Fuente: 218 historias clínicas de adolescentes que consultaron por primera vez entre el 1 de julio de 1993 y el 30 de junio de 1994, en el Servicio de Adolescencia.

tiempo de consulta sino también con la oportunidad de la pregunta.

10. Por último, los diagnósticos suelen ser múltiples y es función del equipo jerarquizarlos y establecer estrategias paulatinas, ampliando la red de contención en los casos necesarios. Esto exige la intervención de distintos profesionales de la salud y/o de otros sectores de la comunidad.

Es evidente que la tarea de promoción de la salud y prevención de problemas requiere además de disponibilidad en tiempo, múltiples ámbitos terapéuticos. El espacio de la consulta es breve. Por lo tanto, es fundamental trabajar con otras estrategias. Ejemplo: actividades en sala de espera o espacios especiales de orientación. Pero además progenitores, docentes y otros miembros de la comunidad deben contribuir en esta tarea. A tal fin son imprescindibles programas de salud, acción social, educación, trabajo y justicia que contemplen estas necesidades.

CONCLUSIONES

1. El perfil de la población está influido por factores propios de las instituciones y factores

demográficos, económicos, sociales y culturales de la zona de influencia.

2. Adolescentes y padres priorizan diferentes motivos de consulta.
3. Para un diagnóstico integral biopsicosocial del adolescente se requiere una adecuada escucha de la historia previa, de las características del entorno y de sus circunstancias personales y familiares.
4. Los adolescentes demandan espacios de reflexión y orientación.
5. La tarea de promoción y protección de la salud requiere de espacios en la consulta, en sala de espera y en otros ámbitos propios de la familia, educación y otros sectores de la comunidad.
6. Los programas de salud del adolescente deberían contar con apoyo político, económico y social, a fin de una mayor eficiencia y eficacia en la tarea preventiva.
7. La historia clínica que tiene en cuenta aspectos físicos, psíquicos y sociales del adolescente, su entorno, y el enfoque de riesgo, es un instrumento que facilita el registro sistematizado, el alcance de una *visión integral* del adolescente y la reflexión de tareas futuras. Esto promueve un accionar anticipatorio multidisciplinario. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Pasqualini D, Bonsignore A, Milgram L, Garbocci A, Schettini G. Trastornos del apetito. Rev Hosp Niños B. Aires. 1989; 31: 228-230.
2. Milgram L, Pasqualini D, Garbocci A, Kataife F, Bonsignore A. Anorexia nerviosa. Consultas en un hospital pediátrico. Rev Hosp Niños B. Aires. 1992; 34.
3. Pasqualini D, Hiebra MC, Castagnola JM, Jacobzon C, Monk A, Fazio P, Joffe R, Seglin C, Solari G. La educación sexual: Una tarea participativa de prevención articulada entre salud y educación. Arch Arg Pediatr 1993; 91: 150-157.
4. Pasqualini D, Bianculli CH. Características de la población adolescente asistida en dos consultorios privados. Algunas consideraciones comparativas con centros oficiales urbanos. Arch Arg Pediatr 1990; 88: 181-186.
5. Pasqualini D, Sukster E, Hiebra MC, Fixman S. Adolescencia. Un modelo de historia clínica computarizable. Rev Hosp de Niños B. Aires. 1992; 34, 149-153.
6. Serrano CV. Marco de trabajo conceptual para comprender los problemas de adolescentes y jóvenes. J Adolesc Health Care 1993; 14: 673-682.
7. Ginzberg E. Adolescents at risk. Conference: Overview. J Adolesc Health Care 1991; 12: 588-590.
8. Kogan J. Etiologies of adolescents at risk. J Adolesc Health Care 1991; 12: 591-596.
9. Jessor R. Risk behavior in adolescence. A psychosocial framework for understanding and action. J Adolesc Health Care 1991; 12: 597-605.
10. Florenzano Urzúa R. Factores de riesgo y la juventud: El rol de la familia y comunidad. J Adolesc Health Care 1993; 14: 683-689.
11. Friedman HL. Desarrollo social de los adolescentes: Una perspectiva mundial. Consecuencias para la promoción transcultural de la salud. J Adolesc Health Care 1993; 14: 648-654.
12. Rutter M. La "Resiliencia": Consideraciones conceptuales. J Adolesc Health Care 1993; 14: 690-696.
13. Eisenstein E, Pagnoncelli de Souza R. Situaciones de riesgo para la salud en niños y adolescentes. Buenos Aires: Fusa 2000, 1994.
14. Sarué E, Díaz AG, Fescina RH, Simini F, Giacomini H, Schwarcz R. Factores de riesgo. Manual de autoinstrucción. Serie: Capacitación para el sistema informático perinatal (SIP). Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. CLAP (OPS/OMS) Montevideo, Uruguay, 1992.
15. Simini F, Franco S, Pasqualini D. Sistema informático del adolescente. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. CLAP (OPS/OMS). Montevideo, Uruguay, 1995.
16. OPS/OMS: International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision. OPS/OMS: Genova, 1992.
17. Silver TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suarez Ojeda EN. Manual de Medicina de la Adolescencia. OPS. Serie Paltex. Washington, 1992.
18. Pasqualini D, Kataife F, Chiappara M, Sanguinetti R, Spiner S, Knallevsky A, Hiebra M. Oportunidades perdidas y satisfacción del usuario en un servicio de adolescencia. Actas II Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente. Mendoza, 1995.

Artículo original

Epidemiología de las quemaduras en la infancia

Dres. WALTER MUÑOZ*, JORGE GONZALEZ* y GRACIELA DEMIRDJIAN*

RESUMEN

Introducción. Dado que los mecanismos etiopatogénicos de los accidentes en niños suelen diferir de aquéllos que condicionan el trauma en adultos, se diseñó el presente estudio epidemiológico con el fin de describir las causas más frecuentes de lesiones por quemadura en nuestra población pediátrica, como etapa preliminar a la planificación de una campaña de prevención.

Materiales y métodos. Se incluyeron todos los pacientes portadores de quemaduras agudas y secuelas, internados en la Unidad de Quemados del Hospital de Pediatría "Dr. Juan P. Garrahan" de agosto de 1991 a agosto de 1994.

Resultados. Sobre un total de 337 pacientes, 286 presentaban quemaduras agudas, 34 secuelas de quemaduras y 17 quemaduras asociadas a trauma. La etiología más frecuente fue el contacto con líquidos calientes (48,2%) seguida por la suma de etiopatogenias relacionadas con fuego (32,7%). El 91% de los accidentes ocurrió en el hogar. El pico máximo de incidencia se ubicó entre los 12 y 24 meses (25,8%). Predominó el sexo masculino en una relación de 1,42:1. Las zonas afectadas con mayor frecuencia fueron los miembros, la cara y el tórax. Se presentó síndrome inhalatorio en 1 de cada 3 pacientes con quemaduras panfaciales por fuego. La duración promedio de internación fue de 16,3 días, con una mortalidad del 9,8% para el grupo de agudos. Se estima que los costos asociados a la atención de 20 pacientes quemados graves serían equivalentes al costo que insumiría una campaña de prevención televisiva en los meses prepico de incidencia.

Conclusiones. Las quemaduras son una causa importante de morbimortalidad en la infancia, principalmente en la franja etaria de 1 a 2 años. Los accidentes son habitualmente domésticos y relacionados a líquidos calientes o fuego, mostrando una lógica tendencia invernal.

En función de este análisis, una campaña de prevención debería preceder a los picos de incidencia invernal y de fin de año y centrarse en la educación de padres y niños en edad escolar sobre accidentes domésticos comunes.

Palabras claves: quemaduras, pediatría, epidemiología, accidentes.

SUMMARY

Introduction. It is a well known fact that accident mechanisms in children differ from those in adults. The aim of this epidemiological study was to describe etiologies of burn trauma in our pediatric population, as a preliminary phase for a burn prevention campaign.

Material & methods. All patients with acute burns and burn sequelae admitted to the Burn Unit of the Hospital de Pediatría "Dr. Juan P. Garrahan" from August 1991 to August 1994 were included.

Results. Over 337 patients, 286 presented acute burns, 34 were burn sequelae and 17 were burns associated to trauma. Contact with hot liquid was by far the most frequent etiology (48.2%), followed by fire-related mechanisms (32.7%). Most of the accidents (91%) occurred at home. Children aged between 12 and 24 months were mostly affected (25.8%). Boys predominated over girls (1.42:1). Limbs, face and thorax were the most affected areas of the body. Inhalation syndrome was present in 1 of every 3 patients with fire-related facial burns. Mean hospitalization time was 16.3 days, with a 9.8% average mortality for acute burns. According to morbidity, mortality and cost analysis performed on this series, costs associated to the care of 20 severe burned patients is estimated to be equivalent to the cost of a television burn prevention campaign carried out during pre-peak months.

Conclusions. Burn injuries are an important cause of morbidity and mortality in children, especially for those aged between 1 and 2 years. Accidents are usually domestic and related to hot liquids or fire, and show a logical winter trend. Based on this analysis, a burn prevention campaign should precede winter and new year peaks, and be focused on educating parents and scholars about common domestic accidents.

Key words: burns, pediatrics, epidemiology, accidents.

INTRODUCCION

Las lesiones por quemaduras son, en pedia-

tría, una causa frecuente de accidentes¹⁻⁴ e importante morbimortalidad.⁴⁻⁹ Son más frecuentes en países en desarrollo donde las medidas preventivas son escasas o inexistentes.¹⁰⁻¹¹

Dado que los mecanismos etiopatogénicos de los accidentes en niños suelen diferir de aquéllos que condicionan el trauma en adultos y que no

* Unidad de Quemados. Hospital de Pediatría "Dr. Juan P. Garrahan". Buenos Aires. Argentina.

Correspondencia: Dra. Graciela Demirdjian. Pichincha 1850. Tel.: 308-0930; Fax: 941-8532

existen estadísticas epidemiológicas sobre quemaduras pediátricas en nuestro medio, se planificó el siguiente estudio con el objetivo de describir la epidemiología de las quemaduras en la edad pediátrica, como etapa preliminar a la planificación de una futura campaña de prevención.^{1,2,5,6,11-18}

Diseño

Se trata de un estudio epidemiológico, observacional, retrospectivo y descriptivo-analítico.

Población

Para la caracterización epidemiológica se utilizó una muestra consecutiva de todos los pacientes pediátricos portadores de quemaduras agudas y seculares internados en la Unidad de Quemados del Hospital de Pediatría "Dr. Juan P. Garrahan" de agosto de 1991 hasta agosto de 1994. Para el análisis de morbilidad y costos asociados, se seleccionaron las admisiones por quemaduras agudas aisladas o asociadas a trauma, excluyendo las seculares.

MATERIAL Y METODOS

Con la información obtenida del análisis de las historias clínicas se confeccionó una base de datos (tipo DBASE), que se procesó posteriormente con el paquete estadístico SPSS. Los datos más significativos fueron discriminados por edad y grupo de gravedad (clasificación de Benaim¹⁹, *Tabla 1*), como variables de control.

RESULTADOS

Sobre un total de 337 pacientes analizados, 286 presentaban quemaduras agudas (85%), 34 secuelas de quemadura (10%) y 17 quemaduras asociadas a trauma (5%). Se observó una marcada tendencia estacional en las admisiones (*Gráfico 1*), concentrándose casi el 60% de las internaciones entre los meses de abril a septiembre (otoño-invierno), con un pico en el mes de julio (40/286=14%) y otro a fin de año.

TABLA 1
Clasificación de grupos de gravedad
(F. Benaim)

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
% tipo A	hasta 10%	11 a 30%	31 a 60%	> 60%
% tipo AB	hasta 5%	6 a 15%	16 a 40%	> 40%
% tipo B	hasta 1%	2 a 5%	6 a 20%	> 20%

Las edades (*Gráfico 2*) oscilaron entre 15 días y 16 años, con una mediana de 2 años. Se observó un franco pico de incidencia entre los 12 y 24 meses (87/286= 30% de las quemaduras agudas y 87/337= 25,8% del total de ingresos). El 59% correspondió al sexo masculino y el 41% al femenino, con un predominio para varones de 1,42:1.

En cuanto al lugar del accidente, el 91% ocurrió en el hogar (301 pacientes), mientras que 24 episodios (7%) fueron en la vía pública, 3 (0,9%) fueron quemaduras accidentales hospitalarias (fundamentalmente escaras químicas o sobrecalentamiento) y sólo 1 (0,03%) correspondió a un accidente laboral. En el 47,2% (159 pacientes) el accidente ocurrió en ambiente cerrado.

La etiología más frecuente de la lesión fue el contacto con líquidos calientes (159 pacientes= 48,2%), seguida por la sumatoria de todas aque-

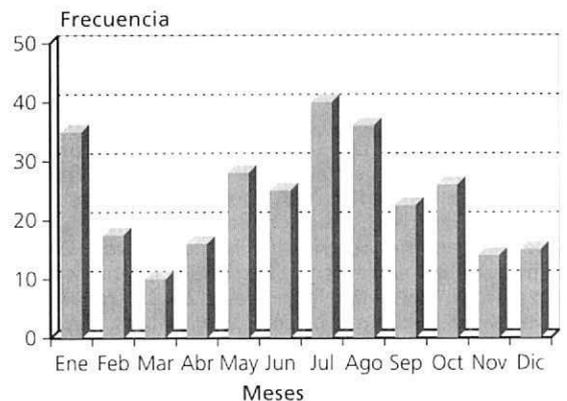
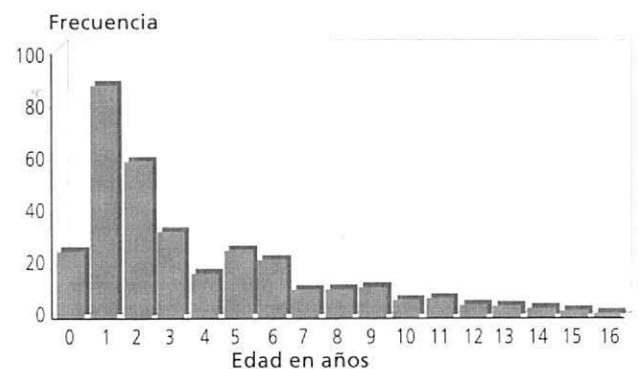


GRÁFICO 1
Tendencia estacional



Media = 3,93 años Mediana = 2 años

GRÁFICO 2
Distribución por edades

llas etiopatogénicas relacionadas con fuego (fuego directo, inflamación de la vestimenta, inflamación de combustibles, explosión, etc.) que alcanzaron el 32,7% (108 pacientes), el contacto con sólidos calientes (25 pacientes = 7%) y la quemadura eléctrica (17 pacientes = 5%).

Entre los mecanismos de producción, predominó ampliamente el derramamiento de líquido hirviente (42%), estando el 86% relacionado a los alimentos o el baño y 14% a tratamiento con vapor de agua. Otras etiopatogénicas frecuentes en esta serie fueron: el juego (23%), incendio de la vivienda (18%), caída accidental (10%) o caída por epilepsia (3%) generalmente sobre algún artefacto de calefacción, combustión accidental de hidrocarburos de uso doméstico (3%) y sospecha de maltrato o abandono (1%).

Las localizaciones afectadas por la lesión quemadura en orden de frecuencia fueron: miembros superiores (63%), miembros inferiores (45%), cara (40%), tórax (40%), cuello (23%), abdomen (19%), región dorsoglútea (14%) y genitales (8%).

En cuanto al análisis de morbilidad efectuado sobre los pacientes agudos, el promedio de porcentaje de SCQ (superficie corporal quemada) fue de 18,66% (rango 0-97%), con una media de 7,33% de quemadura de tipo B o profunda (rango 0-97%). Utilizando la clasificación de grupos de gravedad de Benaim (Tabla 2), 1/3 de los pacientes correspondió a los grupos III y IV (grave y crítico).

En cuanto a la morbilidad, el 10% de los pacientes agudos (30 casos) presentó síndrome inhalatorio, que fue indudablemente la lesión concomitante más frecuente. Esta incidencia aumenta considerablemente si se consideran los pacientes con quemaduras panfaciales por fuego, observándose en 1 de cada 3 casos (30-87 = 34,5%) y en el 24% (26/108) de los expuestos al fuego.

Las complicaciones clínicas más frecuentes fueron:

1. Infecciosas:

Se diagnosticaron 102 episodios de infección en 79 pacientes, lo que equivale a un índice de infección global del 28%, correspondiendo 39 de estos episodios a sepsis (incidencia global de 14% que alcanza el 59% en el grupo IV o crítico). Los focos de origen más frecuentes fueron la lesión quemadura (15/39 = 38,5%) y el pulmonar (8/39 = 20,5%); sólo 5 episodios de sepsis (12,8%) se originaron en bacteriemias asociadas a catéter. Los gérmenes documentados con mayor frecuencia fueron *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente en igual proporción (18%).

2. No infecciosas:

Las más significativas en orden de frecuencia fueron: condensación o neumonitis (18 = 6,3% global pero asciende al 23% en los síndromes inhalatorios), necrosis tubular aguda (16 = 5,6%), coagulación intravascular diseminada (CID) (13 = 4,5%), y síndrome de distrés respiratorio del adulto (10 = 3,5% global, pero 30% de los síndromes inhalatorios).

El tiempo de internación tuvo una media global de 16,3 días, con un promedio de 12 días en cuidados intensivos. Durante este tiempo cada paciente fue sometido a un promedio de entre 4 y 5 procedimientos quirúrgicos (rango = 0-15), lo que equivale a una cirugía cada 4 días.

La mortalidad global fue de 9,8% (28 pacientes), proporción que aumenta a casi el 60% dentro del grupo IV o crítico. Las causas de muerte más frecuentes fueron: fallo multiorgánico (10 = 35,7%), hemorragia masiva por CID (6 = 21,4%) y shock séptico (3 = 10,7%) totalizando casi un 68% de muertes asociadas a sepsis no controlada.

En función de esta elevada morbilidad generada por las quemaduras en la edad pediátrica, realizamos una estimación de costos asociados a la atención de estos pacientes. De este análisis resulta que la internación de un paciente quemado moderado representa una erogación promedio (ya sea para el Estado o la obra social correspondiente) de al menos \$7.000, mientras que en un quemado grave esta cifra asciende a \$22.000. Tomando un valor promedio de \$250 cada segundo de aviso televisivo, el costo total de una campaña de prevención de quemaduras realizada en los meses de abril y diciembre (prepico de incidencia), rondaría los \$540.000, cifra equivalente a la insumida en la atención de 25 niños con quemaduras graves (nuestros ingresos anuales).

TABLA 2
Distribución por grupos de gravedad

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Frecuencia	84	132	72	38
%	26	40	22	12
Riesgo de vida	Nulo	Leve	Moderado	Máximo

CONCLUSIONES

Las quemaduras son una causa importante de morbimortalidad en la infancia, principalmente en la franja etaria de 1 a 2 años. Los accidentes son habitualmente domésticos y relacionados a líquidos calientes o fuego, mostrando una lógica tendencia invernal.

La elevada morbimortalidad y los costos asistenciales de las quemaduras en pediatría justifican plenamente la inversión en una campaña de prevención. Según este análisis, la campaña debería preceder a los picos de incidencia invernal y de fin de año y centrarse en la educación de padres y niños en edad escolar sobre accidentes domésticos comunes.

DISCUSION

Los rasgos epidemiológicos más salientes se relacionan claramente con los mecanismos de producción de este tipo de accidentes. Tal es el caso de la tendencia estacional, con un marcado pico invernal (aumento masivo del consumo de alimentos calientes y artefactos de calefacción) y otro pico de menor jerarquía alrededor de las fiestas de fin de año (uso de artefactos de pirotecnia).

Con respecto a las edades, no es sorprendente el hecho de que este tipo de accidentes predomine entre los 12 y 24 meses de edad, ya que coinciden aquí el comienzo de la deambulacion y la máxima dependencia del control de los adultos, generando un riesgo mayor a los accidentes en general. El predominio observado en el sexo masculino es otra característica íntimamente ligada a la etiopatogenia. En adultos este predominio es debido a la elevada incidencia de accidentes laborales, que sólo observamos en nues-

tra serie en un caso ocurrido en un adolescente. En la edad pediátrica, este predominio es atribuible a la asociación frecuente de los accidentes al juego, siendo las conductas lúdicas de varones y mujeres en esencia diferentes.

Los mecanismos de producción de las quemaduras son sumamente variados en los niños, a diferencia de los adultos, en los que suelen ser de etiopatogenia laboral (fundamentalmente en varones) o accidental pura (incendios). En los niños se suman dos mecanismos casi exclusivos de esta edad, el juego y el maltrato, que no debe dejar de sospecharse ante una quemadura cuyo mecanismo de producción no resulte claro o factible.

Las localizaciones afectadas por la lesión quemadura adquieren trascendencia por las posibles secuelas funcionales y estéticas en zonas especiales (cara, manos y articulaciones) y porque ante una quemadura panfacial por fuego ocurrida en ambiente cerrado debe sospecharse el síndrome inhalatorio como lesión concomitante. Otras complicaciones clínicas descritas implican un alto riesgo de muerte o secuelas y un elevado costo asistencial.

Si bien los estudios epidemiológicos basados en registros hospitalarios no pueden considerarse los más adecuados, siendo el nuestro un centro de referencia para niños quemados de todo el país, el sesgo generado es hacia las formas más graves de injuria, deseables de someter a la prevención. Es por este motivo, y porque no hay datos epidemiológicos nacionales acerca de esta patología, que consideramos válida la información generada como estimación de las características de las quemaduras pediátricas en nuestro medio. ■

BIBLIOGRAFIA

- Smith EI. The epidemiology of burns. *Pediatrics* 1969; Suppl. 44: 821.
- Iregbulen LM. Epidemiology of childhood thermal injuries in Enugu, Nigeria. *Burns* 1993; 19: 223.
- Milo Y. Epidemiology of burns in the Tel Aviv area. *Burns* 1993; 19: 352.
- Waller A. Childhood thermal injuries in New Zealand resulting in death and hospitalization. *Burns* 1993; 19: 371.
- Lyngdorf P. Epidemiology of scalds in small children. *Burns* 1986; 12: 250.
- Gupta M. Burns epidemiology: the Pink city scene. *Burns* 1993; 19: 47.
- Thomsen M. The total number of burn injuries in a Scandinavian population: a repeated estimate. *Burns* 1978; 5: 72.
- Feldman K. Tap water scald burns in children. *Pediatrics* 1978; 62: 1.
- Rayan C. Profile of pediatric burn patients in Canadian burn centers. *Burns* 1992; 18: 267.
- Bendlin A, Linares H, Benaim F. Tratado de quemaduras. Buenos Aires: Interamericana, 1993: 1-7.
- Varas R. A one-hour burn prevention program for grade school children: its approach and success. *J Burn Care Rehabil* 1988; 9: 69.
- Green A. Epidemiology of burns in childhood. *Burns* 1984; 10: 368.
- Mackay A. A comparison on age-specific burn injury rate in five Massachusetts communities. *Am J P. Health* 1979; 69: 1146.
- McLoughlin E. Project on burn prevention. *Am J P Health* 1982; 72: 241.

15. Eckelt K. A successful burn prevention program in elementary schools. *J Burn Care Rehabil* 1985; 6: 509.
16. Schamee S. An effective burn prevention program initiated by a recovered burn patients group. *J Burn Care Rehabil* 1986; 6: 535.
17. McLoughlin E. Burn education intervention. *Burns* 1979; 6: 26.
18. Lochaitis A. Burns as a result of domestic accidents and their prevention. *Burns* 1992; 18: 416.
19. Artigas Nambrard. Normas médico-quirúrgicas para el tratamiento de las quemaduras. Buenos Aires: Andrés Bello, 1977.



Filial
Córdoba



Por un niño sano
en un mundo mejor

GRUPO DE PEDIATRAS JOVENES
3ras. JORNADAS NACIONALES,
MEDICOS EN FORMACION
Y BECARIOS EN PEDIATRIA

Del 10 al 12 de abril de 1997
Córdoba • Argentina

Sede:
Pabellón Argentina
Ciudad Universitaria de Córdoba

Informes e inscripción:
Laprida 750 (5000)Córdoba

Artículo original

Conductas sexuales en adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires

Dr. JOSE M. MENDEZ RIBAS*, Lics. SILVIA NECCHI** y MARTA SCHUFER***

RESUMEN

Introducción. Son objetivos de esta presentación describir conductas y circunstancias psicosociales de la iniciación sexual y sus riesgos asociados (embarazo y SIDA) y mostrar las variaciones en las mismas según género, educación del padre y tipo de escuela.

Materiales y métodos. La población fueron los adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires entre 15 y 18 años. Se seleccionó una muestra aleatoria representativa de escuelas y se entrevistaron 952 adolescentes. Se aplicó un cuestionario autoadministrado de 72 preguntas y se realizaron análisis uni y bivariados de datos.

Resultados. Los varones iniciados (55,5%) duplicaron a las mujeres (25,4%); la educación del padre no influyó sobre el inicio, pero sí el tipo de escuela. La edad promedio de inicio fue de 15,2 años (varones=14,9, mujeres=15,7), sin influencias ni por educación del padre ni por tipo de escuela. Las chicas se iniciaron mayoritariamente con sus novios y tomaron la decisión junto con su pareja, motivadas por el deseo de tener una relación más profunda con ella; los varones se iniciaron con prostitutas o con parejas ocasionales (52,3%) –decidiéndolo solos o con amigos– o con sus novias o amigas (46,8%); sus motivaciones fueron más heterogéneas que las de las chicas, aunque el impulso sexual apareció como predominante. Las 3/4 partes utilizaron preservativo, pero 1/5 recurrió al coitus interruptus, lo que fue más acentuado en las mujeres y en los hijos de padres con menor educación. Alrededor del 30%, sin diferencias por género, no se protegió del SIDA ni del riesgo de embarazo en la iniciación sexual.

Conclusiones. La proporción de adolescentes que se inician a los 13 y 14 años está hablando de la necesidad de un accionar preventivo más temprano por parte de los adultos significativos (padres, maestros y profesionales de la salud).

Palabras claves: sexualidad adolescente, factores psicosociales en la sexualidad adolescente, inicio de relaciones sexuales, anticoncepción en adolescencia, prevención del SIDA.

SUMMARY

Introduction. The objectives of this study were to describe the behaviors and psychosocial circumstances of sexual initiation and its risks (pregnancy and AIDS) and to show the variations introduced by gender, father's education and type of school.

Material & methods. The population in this research were the adolescents, 15 to 18 years old, that attended secondary schools in the city of Buenos Aires. A representative sample of schools was selected and 952 adolescents were interviewed. A self-administered questionnaire of 72 questions was applied and uni and bivariate statistical analysis were performed.

Results. Boys sexually initiated (55.5%) duplicated girls in the same situation (25.4%); father's education had no influence on the beginning of sexual life but type of schools had. The mean age for initiation was 15.2 years (boys=14.9, girls=15.7), without influence neither of father's education nor type of school. Girls initiated sexual intercourse mostly with their boyfriends and took the decision with their partners, motivated by the desire to have a more deep relationship between them; boys started sexual relations with prostitutes or occasional partners (53.3%) –the decision was taken alone or with friends– or with their girlfriends or friends (46.8%); their motivations were more heterogeneous than those of girls, but sexual impulse was predominant. Three quarters used a condom, but 1/5 performed coitus interruptus, behavior that was more frequent among women and children of less educated fathers. Almost 30%, without gender differences, didn't protect themselves from AIDS and pregnancy risks in the first intercourse.

Conclusions. The rate of adolescents that initiate sexual relations when they are 13 and 14 years old tells us about the need that significative adults (parents, teachers and health personnel) begin earlier preventive actions.

Key words: adolescent sexuality, psychosocial factors in adolescent sexuality, first sexual intercourse, adolescent contraceptions, AIDS prevention.

ARCH ARG PEDIATR / 1996 / VOL. 94: 314

INTRODUCCION

La iniciación sexual precoz y sus consecuencias

* Médico.

** Socióloga.

*** Socióloga, Investigadora del CONICET.

Programa de Adolescencia Hospital de Clínicas, U.B.A. Córdoba 2351 PB "D". (1120) Buenos Aires.

en el campo sanitario, tanto en el biomédico (embarazo inoportuno, riesgo de contagio de enfermedades transmisibles sexualmente) como en el de la salud mental (desajustes en la integración psicosocial) constituyen un creciente problema con sus secuelas de marginación social.^{1,2} Debe tenerse en cuenta que este problema afecta es-

pecialmente a un sector de la población esencial para el desarrollo social de un país: los jóvenes.

En un estudio sobre las consultas realizadas al Consultorio de Ginecología del Programa de Medicina de Adolescentes del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires, entre los años 1986 y 1989, se observó que el 61,6% de las pacientes de 12 a 18 años se habían iniciado sexualmente, lo que representaba un incremento del 60% con respecto a la década anterior (entre 1975 y 1979, el 38,5% de las pacientes había iniciado su vida sexual). Se observó también una clara tendencia a adelantar en uno o dos años el inicio de las relaciones sexuales. Sin embargo, el uso de anticonceptivos no acompañó del mismo modo el crecimiento observado en la actividad sexual de las jóvenes.³ Estos datos, junto con otros realizados sobre población hospitalaria^{4,5} muestran la magnitud del problema que emerge, es decir, de aquellos adolescentes que llegan a la consulta médica. Si bien investigaciones previas en la población general dan cuenta de las variaciones en las conductas, actitudes y valores de los adolescentes,^{6,10} el tema sobre sexualidad en este tipo de poblaciones está siendo abordado intensivamente en los últimos años^{4,11,12} a partir de la importancia que ha tomado la preocupación por la salud reproductiva en los jóvenes.

Se entiende la salud del adolescente como un proceso dinámico donde se interrelacionan aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales, que se manifiestan en una fase crítica del crecimiento del ser humano. Aunque los adolescentes son menos vulnerables biológicamente que los niños, aparecen en ellos necesidades específicas que, de no ser adecuadamente satisfechas, amenazan su desarrollo integral. Es así como el ejercicio de la sexualidad en esta etapa es un componente básico del fenómeno salud-enfermedad y las distintas maneras de enfrentarlo pueden tener implicancias en el proceso reproductivo y en la salud bio-psico-social del adolescente de ambos sexos.¹³

La iniciación sexual no es lo mismo para los varones que para las mujeres. Las diferencias físicas y los sistemas de respuesta sexual de ambos sexos adquieren una significación diferencial según las expectativas sociales que regulan los roles sexuales en nuestra cultura. Así, erradamente se adjudica al hombre un papel predominantemente genital y a la mujer, sólo el rol reproductivo. No debe olvidarse que la identidad sexual se construye también socialmente: a partir de las diferencias anatómicas surge un sentimiento de sí mismo

evaluado en términos de los ideales de masculinidad y femineidad, sustentados por la sociedad a la que se pertenece.¹⁴ En esto se basa la construcción del concepto de género, que orienta gran parte de la interpretación de los problemas vinculados con la salud reproductiva.

Las condiciones históricas, la situación socio-económica y las pautas culturales son las que van definiendo el cómo y el cuándo de las etapas por las que atraviesa el adolescente. Por todo esto no constituyen un grupo homogéneo: es posible identificar distintos grupos según la posición social en que se encuentran y el tipo de relación que establecen con los ámbitos más importantes de interacción y socialización: familia, escuela y trabajo, entre otros.

El estudiar la iniciación sexual en adolescentes que concurren a la escuela media contribuye a acrecentar el conocimiento y a orientar el accionar de los profesionales (médicos, psicólogos, educadores) que asisten a esta población. Dado que en nuestro país no se han implementado en forma sistemática programas de educación sexual, la descripción de las características y circunstancias en que los adolescentes comienzan su actividad sexual podrá ayudar a demostrar la necesidad de implementar programas específicos de prevención.

El trabajo que presentamos forma parte de un estudio más amplio sobre sexualidad en adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires, realizado en 1994 con sede en el Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas, U.B.A., financiado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que obtuvo el Premio "Dr. Héctor Mora" al mejor trabajo científico en el II Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente y VI Encuentro Comité de Adolescencia de la ALAPE, Mendoza, 1995.

Para esta comunicación se seleccionaron los resultados que consideramos de mayor interés para aquellos profesionales de la salud que desempeñan su práctica orientada a niños y adolescentes.

Los objetivos de la presente comunicación son:

a) describir las conductas y circunstancias psicosociales en que se dio la primera relación sexual (proporción de iniciados, edad de inicio de relaciones sexuales, características de la pareja, motivación, toma de decisiones, vivencias, preocupaciones y ámbito en que tuvo lugar) y las medidas preventivas tomadas respecto del embarazo y del SIDA, en adolescentes que concurren a

la escuela media en la ciudad de Buenos Aires y

b) describir cómo la condición de género y otros aspectos socioculturales (educación del padre y tipo de escuela a la que concurren) influyeron en las conductas y circunstancias psicosociales en que se dio la primera relación sexual y en la prevención de embarazo y SIDA.

Población

La población objeto de esta investigación fueron los adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 1991, la población de 15 a 18 años de la Capital Federal, que asiste o asistió a un establecimiento secundario representa el 77,9% de los jóvenes en esas edades. Para este estudio se seleccionó una muestra representativa de alumnos que asisten a los tres últimos años en colegios secundarios de la Capital Federal, por lo que las conclusiones obtenidas pueden ser aplicadas a las tres cuartas partes de los adolescentes de 15 a 18 años que residen en ella.

El marco del muestreo fueron todas las escuelas secundarias segmentadas según:

- Tipo de escuela: públicas/privadas (religiosas/no religiosas);
- Composición del alumnado: de varones/de mujeres/mixto;
- Modalidad: bachillerato/comercial/técnica.

Para obtener estimaciones del orden del 95% de confianza, el número mínimo de casos necesarios se fijó en 900. Partiendo de la hipótesis de que, en promedio, asisten 30 alumnos por curso y, como en cada escuela se tomarían tres cursos, el total de escuelas necesarias ascendió a 10.

En función de la proporcionalidad de alumnos por tipo de escuela según el Censo '91, la muestra quedó conformada de la siguiente forma:

- Públicas (6): Técnico de varones (1)
Comercial de mujeres (1)
Bachillerato mixto (4)
- Privados religiosos (2): Bachillerato de varones (1)
Bachillerato de mujeres (1)
- Privados no religiosos (2): Bachillerato mixto (2).

Dentro de cada estrato se aplicó un diseño por conglomerado en tres etapas. Primero, se eligieron los diez distritos con mayor concentración de alumnos y, para una correcta distribución geográfica, se seleccionó en forma aleatoria una escuela por distrito. Segundo, dentro de cada

escuela, se seleccionaron aleatoriamente tres divisiones, una por cada año (3º, 4º y 5º), cuidando que estuvieran representados los turnos mañana y tarde. Tercero, en cada división se encuestó a todos los alumnos.

Finalmente se trabajó con 36 divisiones en 10 colegios, quedando conformada la muestra por un total de 952 alumnos.

MATERIAL Y METODOS

Con el fin de alcanzar los objetivos propuestos se elaboró un cuestionario autoadministrado de 72 preguntas abiertas y cerradas, que fue pretestado en una prueba piloto. Para obtener información válida se motivó a los jóvenes, señalándoles la importancia de sus respuestas y se los tranquilizó respecto de su confidencialidad, garantizándoles el anonimato. Luego de la administración del cuestionario se destinó un tiempo para que los jóvenes pudieran conversar libremente sobre las inquietudes que la encuesta había despertado en ellos. La coordinación fue realizada por los entrevistadores que administraron la encuesta, personal especializado en el tratamiento de adolescentes, que respondieron a las inquietudes que se plantearon.

Las variables consideradas fueron:

- Iniciación sexual: haber tenido por lo menos una relación coital (con penetración).
- Edad de inicio de relaciones sexuales: edad a la que tuvo su primera relación coital.
- Características de la pareja: edad, vínculo y experiencia sexual previa de la persona con quien se mantuvo la primera relación coital.
- Motivación: principales motivos aducidos que lo llevaron a tener la primera relación coital.
- Toma de decisiones: actores involucrados en la decisión de iniciar relaciones coitales.
- Vivencias: sentimientos y sensaciones presentes en la primera relación coital.
- Preocupaciones: temores presentes en la primera relación coital.
- Ambito: lugar en que se dio la primera relación coital.
- Prevención del embarazo: percepción del cuidado respecto del embarazo y utilización declarada de métodos anticonceptivos.
- Prevención del SIDA: percepción del cuidado respecto del SIDA y conductas adoptadas para protegerse.

Para el análisis de los datos se utilizaron diferentes pruebas estadísticas, de acuerdo a la escala

de medición de las variables bajo estudio. En una primera lectura de los cuadros se utilizó una prueba que establece la significación de la diferencia entre el porcentaje de cada celda y el complemento correspondiente. Posteriormente se utilizó chi cuadrado, para las variables cualitativas y diferencias de medias y análisis de variancia simple (ANOVA) para las variables cuantitativas.

El nivel de significación adoptado en todos los casos fue de $P < 0,01$.

RESULTADOS

Los 952 *adolescentes estudiados* (varones: 44,1%, mujeres: 55,9%) tenían edades mayoritariamente concentradas entre los 15 y 17 años (Tabla 1), edades predominantes en 3°, 4° y 5° años de la escuela secundaria.

Provenían de hogares donde el 25,6% de los padres había completado el nivel de educación primaria, el 31,9%, secundaria y el 41,0%, universitaria.*

El 76,4% vivía en el seno de familias nucleares y el resto en familias uniparentales (con la madre, 13,0%; con el padre, 3,2%) o reconstituidas (padre/madre y compañero/a, 5,3%) y en menor medida sin figuras parentales (1,2%). Los abuelos estaban presentes en un 10% de los hogares y el 84,3% convivía también con hermanos.

El porcentaje de *iniciados sexualmente* para el grupo considerado en la muestra fue de 38,7%: los varones iniciados (55,5%) duplicaban a las mujeres (25,4%) en la misma situación (Chi cuadrado 89,68; $P < 0,001$).

A mayor edad mayor porcentaje de iniciados en ambos géneros (Tabla 2), pudiéndose observar que al finalizar la escuela secundaria, las tres cuartas partes de estos adolescentes estaban iniciados, achicándose la brecha entre varones y mujeres. La condición socioeconómica medida por la educación del padre no tuvo influencia sobre el inicio o no de las relaciones sexuales entre los jóvenes estudiados, ya que no hubo diferencias significativas entre los hijos de padres con mayor o menor educación. Sin embargo, la influencia cultural ejercida por el tipo de escuela estuvo presente en este

fenómeno (Chi cuadrado= 45,46%; $P < 0,001$): quienes asistían a colegios religiosos se habían iniciado en proporción mucho menor (17,9%) que los que asistían a colegios públicos (45,3%) y a colegios privados no religiosos (41,3%).

La *edad promedio al inicio* fue de 15,2 años con una importante concentración de los valores alrededor de esa cifra (DE=1,5 años; IC = 15,0-15,3). Se registraron diferencias estadísticamente significativas ($P < 0,001$) según género: para los varones la edad promedio fue de 14,9 años (DE= 1,5 años; IC= 14,7-15,1) y para las mujeres, de 15,7 años (DE= 1,4 años; IC= 15,6-15,9). No se observaron otras diferencias significativas en la edad de inicio, ni por educación del padre ni por tipo de colegio: si bien los alumnos de las escuelas religiosas estaban iniciados en una proporción mucho menor que los que asistían a los otros tipos de escuela, la edad promedio de inicio no tuvo una diferencia estadísticamente significativa.

TABLA 1
Edad y género

Edad	Total		Varón		Mujer	
	n	%	n	%	n	%
14	10	1,1	3	0,7	7	1,3
15	247	25,9	94	22,4	153	28,8
16	270	28,4	129	30,7	141	26,5
17	327	34,3	142	33,8	185	34,8
18	79	8,3	38	9,0	41	7,7
19	16	1,7	13	3,1*	3	0,6*
20	3	0,3	1	0,2	2	0,4

Base = 952 adolescentes; * $P < 0,01$ **

** Corresponde a la prueba de la diferencia de porcentajes entre la celda marcada con* y el complemento correspondiente.

TABLA 2
Iniciados según edad y género

	Total		hasta 15*		16		17		18 y +**	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	368	38,7	43	16,7*	89	33,0	162	49,5*	74	75,5*
Varón	233	55,5	30	31,0*	61	47,3	97	68,3*	45	86,6*
Mujer	135	25,4	13	8,1*	28	19,9	65	35,1	29	63*

Base= 952 adolescentes, 420 varones, 532 mujeres * $P < 0,01$

* Incluye el 1,1% de adolescentes de 14 años.

** Incluye jóvenes de 18, 19 y 20 años que representan el 10,3% de la muestra estudiada.

* En esta pregunta, como en algunas otras, el porcentaje que completa el 100% corresponde a la categoría *No sabe / no contesta*.

En la *Tabla 3* se observa que el porcentaje mayor se inició a los 15 años. Las diferencias entre varones y mujeres pueden observarse especialmente en las edades extremas; en la edad de inicio de 13 años se ve una diferencia significativa a favor de los varones y en la de los 17, a favor de las mujeres.

La *pareja sexual* elegida para la iniciación estuvo claramente influida por la condición de género (*Tabla 4*). Las chicas se iniciaron mayoritariamente en relaciones amorosas con sus novios. En cambio, los varones se distribuyeron entre relaciones disociadas y ocasionales (con pros-

titutas o con alguien que conocieron ocasionalmente) y entre relaciones de mayor compromiso afectivo (sus novias o amigas).

Se observaron también diferencias significativas respecto de la persona con la que tuvieron la primera relación de acuerdo al tipo de escuela a la que concurrían. Así, los varones que acudían a escuelas privadas se iniciaron mayoritariamente con prostitutas (los de privadas religiosas en un 56,5% y los de privadas no religiosas en un 63,5%); en cambio, los varones que concurrían a escuelas públicas lo hicieron más frecuentemente con sus amigas (26,5%) o con sus novias (33,3%). Entre las

chicas, algunas de las que asistían a escuelas públicas declararon haberse iniciado con alguien conocido ocasionalmente (3,6%) o con un amigo (11,9%), lo que redundó en una disminución del porcentaje de las que lo hicieron con sus novios (83,3%); en cambio, las que asistían a colegios privados casi en su totalidad se iniciaron con sus novios (100% de las que asistían a escuelas religiosas y 97,4% de las que concurrían a escuelas no religiosas).

Aunque la mayoría (62,8%), sin diferencias entre varones y mujeres, tuvo su primera relación con alguien que ya estaba iniciado, hay una tercera parte de estos jóvenes que se iniciaron en condiciones de paridad—ambos eran vírgenes—con alguien que también se iniciaba en ese momento (32,9%).

Entre los varones que concurrían a establecimientos privados no religiosos se observó una tendencia significativa a iniciarse con parejas ya iniciadas sexualmente. Este porcentaje está aumentado por aquéllos que se iniciaron con prostitutas, como se vio antes.

Esta circunstancia se refleja también en la *Tabla 5*, donde se observa que los varones se iniciaron con compañeras mayores y más heterogéneas en cuanto a edad que los compañeros de las chicas. El 48,9% de estos adolescentes se iniciaron con otros adolescentes (entre 15 y 18 años) y el 31,8% con compañeros

TABLA 3
Edad al inicio de relaciones sexuales según género

Edad al inicio	Total		Varón		Mujer	
	n	%	n	%	n	%
6 años [#]	2	0,5	1	0,4	1	0,7
11 años	2	0,5	2	0,9	0	0,0
12 años	5	1,4	5	2,1	0	0,0
13 años	31	8,4	29	12,4*	2	1,5*
14 años	56	15,2	42	18,0	14	10,4
15 años	120	32,6	78	33,5	42	31,1
16 años	88	23,9	50	21,5	38	28,1
17 años	51	13,9	18	7,7*	33	24,4*
18 años	12	3,3	7	3,0	5	3,7
NS/NC	1	0,3	1	0,4	0	0,0

Base= 368 adolescentes iniciados sexualmente *P <0,01

[#] Dos de los alumnos declararon haberse iniciado a los 6 años: el varón dijo haberlo hecho con una compañerita de 7 años y la mujer fue violada por un tío. Los análisis estadísticos se realizaron incluyendo y excluyendo estos dos casos. Dado que no se encontraron diferencias significativas se decidió presentar los resultados que los incluían.

TABLA 4
Persona con la que tuvo la primera relación sexual según género

Persona	Total		Varón		Mujer	
	n	%	n	%	n	%
Alguien que conoció ocasionalmente	28	7,6	25	10,7*	3	2,2*
Una prostituta	97	26,4	97	41,6*	0	0,0*
Amigo/a	58	15,8	47	20,2*	11	8,1*
Novio/a	182	49,5	62	26,6*	120	88,9*
Un adulto del entorno	2	0,5	1	0,4	1	0,7
NS/NC	1	0,3	1	0,4	0	0,0

Base= 368 adolescentes iniciados sexualmente *P <0,01

que los superaban en edad, aunque se observan diferencias por género: el 22,8% de los varones se habían iniciado con compañeras de 22 años y más o desconocían la edad de la compañera (18,5%), hecho que se relaciona con el haberse iniciado con prostitutas. Entre las mujeres, que se iniciaron mayoritariamente con sus novios, el 69,6% de sus compañeros tenían entre 17 y 21 años.

Las *motivaciones* que los llevaron a tener la primera relación también se diferencian claramente por género (Tabla 6). Las mujeres concentraron sus respuestas en el deseo de tener una relación más profunda con sus parejas, lo que habla de la búsqueda de una integración de lo sexual con lo afectivo. Y es interesante hacer notar que una quinta parte de ellas puso en el otro (provocación, seducción o insistencia de la pareja) la iniciativa de esa primera relación. Los varones dieron un abanico más abierto de motivaciones, aunque el impulso sexual apareció como predominante. Un porcentaje relevante acompañó a las chicas en la búsqueda de una relación más profunda. La curiosidad los impulsó significativamente más que a las mujeres y la provocación, seducción o insistencia de la pareja los motivó menos que a ellas. La presión de los pares sólo se manifestó sobre los varones.

La forma en que estos adolescentes *tomaron la decisión* de iniciar su vida sexual mostró por un lado, un grupo que actuó sin capacidad anticipatoria: una cuarta parte de los adolescentes, tanto mujeres (27,4%) como varones (27,5%), manifestó que la primera relación "sucedio", sin que mediara un proceso de decisión previo. Por otro lado, reafirmando las diferencias de género observadas en otros aspectos, los varones, que se iniciaron más con prostitutas o en relaciones ocasionales, lo decidieron solos (27,4%) o con los amigos (21,5%); en cambio, las chicas, que se iniciaron en su mayoría con sus novios, lo decidieron junto con su pareja (52,6%).

TABLA 5
Edad del compañero según género.
Medias aritméticas (M), desviaciones estándar (DE), modo (Mo) y mediana (Md)

Género	M	DE	Mo	Md
Varón	19,5	6,6	15	18
Mujer	18,2	2,4	18	18
Total	19,0	5,3	15	18

Base= 368 adolescentes iniciados sexualmente F= 5,10; p < 0,02

De todas las *vivencias* enumeradas (Tabla 7), los varones y las mujeres se diferenciaron solamente en el placer y el dolor. El género masculino apareció más predispuesto a disfrutar la primera relación y el femenino a sufrirla. La ansiedad, confusión o culpa que puede provocar esta situación los afectaron por igual.

Un porcentaje importante declaró haber transcurrido su primera relación sin *preocupaciones* (42,9%), si bien algo más de la mitad (56,3%) dijo haber tenido alguna en ese momento. Estas respuestas no presentaron diferencias por género, las que sí se manifestaron en el tipo de preocupaciones: las chicas mayoritariamente temían un embarazo (80,8%) y a los varones les preocupaba más el SIDA (55,2%).

El *ámbito* elegido para la iniciación fue, en general para las mujeres, un ámbito privado (80,0%): su casa o la de su compañero/a; pero los varones se distribuyeron mayoritariamente entre una casa (53,7%) o lugares semipúblicos como un hotel o una casa de masajes (42,5%).

Aunque la mayoría de estos adolescentes (90,5%) dijo haber hecho algo para *evitar el*

TABLA 6
Motivaciones en la primera relación según género

Motivaciones	Total		Varón		Mujer	
	n	%	n	%	n	%
El deseo de tener una relación más profunda	135	36,7	43	18,5*	92	68,1*
Las ganas, la necesidad física	114	31,0	105	45,1*	9	6,7*
La provocación o seducción de mi pareja	50	13,6	26	11,2	24	17,8
La curiosidad	37	10,1	34	14,6*	3	2,2*
La influencia de mis amigos	16	4,3	16	6,9*	0	0,0*
La insistencia de mi pareja	10	2,7	6	2,6	4	3,0
Fue una violación	2	0,5	0	0,0	2	1,5
NS/NC	4	1,1	3	1,3	1	0,7

Base= 368 adolescentes iniciados sexualmente *P < 0,01

embarazo en su primera relación, se observaron contradicciones con sus conductas: sólo el 69,3% utilizó métodos efectivos para prevenirlo. La falta de conciencia del riesgo que corrían fue mayor aún entre las mujeres que entre los varones (58,5% vs. 75,5% de protección real).

El preservativo fue el método usado por la gran mayoría de los adolescentes (Tabla 8). El 17,9% recurrió a un método poco seguro como el coitus interruptus. Esta conducta de riesgo se acentuó significativamente en las chicas (28,9%) y en aquellos que son hijos de padres con menor nivel educativo (usaron coitus interruptus los hijos de padres con educación primaria, 26,9%, con educación secundaria, 18,3% y con educación universitaria, 9,5%), lo que los coloca en una situación de mayor desprotección frente al embarazo y al SIDA.

En relación a la *protección frente al SIDA* en la iniciación, las respuestas mostraron también contradicciones entre lo que declararon y lo que efectivamente habían hecho para protegerse. Los varones declararon haberse cuidado significativamente más que las mujeres (83,7% vs. 66,7%); sin embargo, al analizar las conductas realmente asumidas en ese momento fueron menos los que estuvieron efectivamente protegidos frente al SIDA (usando preservativo, habiéndose hecho un análisis de HIV o porque ambos eran vírgenes en el momento de la iniciación): el 30,4% de estos adolescentes, sin diferencias sig-

nificativas por género, no se previnieron del SIDA en la iniciación sexual. Entre éstos estaban quienes respondieron que tuvieron coitus interruptus, "nos cuidamos", "nos conocemos bien, somos sanos", "fue imprevisto" o estaban desinformados. Como en la prevención del embarazo, se observó una asociación entre la educación del padre y las conductas preventivas: se protegieron del SIDA el 66,3% de los hijos de padres con educación primaria, el 77,5% con padres con educación secundaria y el 80,3% de aquellos cuyos padres tenían educación universitaria.

DISCUSION

Las proporciones de iniciados sexualmente obtenidas en el presente estudio son similares a las halladas en otros dos estudios realizados sobre adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires. Trumper y Bagnati,⁴ en un estudio realizado en 1992 sobre una muestra de 215 alumnos, entre 16 y 9 años, de colegios públicos y privados, mostraron que el 37,2% de los estudiantes estaban iniciados sexualmente. Kornblit y Mendes Diz,¹¹ en 1993 y sobre una muestra de 395 estudiantes de colegios públicos, de 13 a 19 años, hallaron un 34% de iniciados. También en un estudio¹⁵ realizado en 1991 sobre 948 adolescentes en un establecimiento educacional público del área Occidental de Santiago de Chile, Cerro Navia, una de las comunidades más pobres de dicha ciudad, el 33,4% de los alumnos respondió que había iniciado relaciones sexuales (54,0% varones y 21,4% mujeres). Es interesante destacar que en todos los estudios mencionados, el porcentaje de varones iniciados duplica al de mujeres iniciadas.

TABLA 7

Vivencias en la primera relación según género (respuestas múltiples)

Vivencias	Total %	Varón %	Mujer %
Placer, satisfacción	53,5	61,8*	39,3*
Nervios, ansiedad	49,2	47,6	51,9
Dolor	19,6	3,0*	48,1*
Me sentí confundido	14,4	14,6	14,1
Miedo, culpa	12,0	12,4	11,1
Indiferencia	1,9	2,1	1,5
NS/NC	0,3	0,0	0,7
Promedio de menciones	1,51	1,42	1,67

Base= 368 adolescentes iniciados sexualmente *P <0,01

TABLA 8

Métodos usados para prevenir el embarazo según género (respuestas múltiples)

Métodos anticonceptivos	Total %	Varón %	Mujer %
Ninguno	10,3	10,7	9,4
Preservativo	74,2	79,0*	65,9*
Coitus interruptus	17,9	11,6*	28,9*
Píldora	7,3	6,4	8,9
Ritmo, fecha, temperatura	3,8	2,6	5,9
Jalea/óvulos espermaticidas	2,2	0,8	4,4
Diafragma	0,3	0,5	0,0
NS/NC	2,4	2,1	3,0
Promedio de menciones	1,21	1,15	1,30

Base= 368 adolescentes iniciados sexualmente *P <0,01

Comparando con otros resultados es importante señalar que en distintas poblaciones adolescentes en las que se ha estudiado este tema en los últimos años, la edad promedio de inicio no presenta diferencias importantes en relación al promedio encontrado en este estudio. En estos trabajos también aparecen diferencias según género: los varones se inician más tempranamente que las mujeres. En el estudio de Pantelides y col.,¹² sobre una muestra intencional por cuotas de 363 adolescentes entre 15 y 18 años, la edad media de inicio de los varones fue 14,6 y de las mujeres, 15,6, sin variaciones por nivel socioeconómico. Así también, en poblaciones que demandan atención a servicios hospitalarios, la edad promedio al inicio ronda los 15 años.⁵ En el trabajo de Chile mencionado anteriormente,¹⁵ también el promedio fue inferior en los varones (14,4 años) que en las mujeres (16 años). En un estudio realizado por la Federación Internacional de Pediatras y Ginecólogos¹⁶ en once países europeos, aunque las comparaciones realizadas presentan deficiencias por la diversidad de métodos de recolección de la información, se concluye que, en general, los varones comienzan su actividad sexual más temprano que las chicas y que éstas, mayoritariamente, la inician después de los 16 años.

Las diferencias de género se muestran claramente en la elección de la pareja con la que se inician sexualmente. También Pantelides y col.¹² obtuvieron que el 88% de las chicas se había iniciado con sus novios, mientras que la cifra reportada por Trumper y Bagnati,⁴ es de 96,3%. Estos dos estudios también dan cuenta de la mayor heterogeneidad de los varones en cuanto a la pareja elegida para la iniciación.

El uso del preservativo como el método mayoritariamente adoptado por los adolescentes en su primera relación está también reportado en el trabajo de Pantelides y col.¹²

En relación a la prevención del embarazo y del SIDA los datos mostraron una discrepancia entre la percepción de haberse cuidado y la conducta real adoptada: el creer haber hecho algo para prevenir un embarazo es una representación mental que no se correlaciona con el uso de un método efectivo.

Como en tantos otros aspectos de la prevención, la educación juega un papel importante: los hijos de padres con menor nivel educativo adoptan conductas de riesgo en mayor proporción. Razón por la cual podría inferirse que los riesgos aumentan aún más entre aquellos adolescentes de menor nivel socioeconómico que no asisten a la escuela secundaria y que no fueron cubiertos por este estudio.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación confirman las preocupaciones que se escuchan desde el ámbito asistencial. Una temprana iniciación sexual sin la adecuada prevención de los riesgos de embarazo y SIDA en un 30% de los adolescentes estudiados, que son aquellos que están contenidos en el sistema educativo y pertenecen a niveles socioeconómicos más favorecidos, justifica la adopción de políticas más activas en el campo de la educación sexual.

La proporción de adolescentes que se inician a los 13 y 14 años, es decir en primer año de la escuela secundaria, está hablando de la necesidad de un accionar preventivo más temprano por parte de los adultos significativos (padres, maestros y profesionales de la salud). En estos casos, el pediatra puede convertirse en un interlocutor válido no sólo para los niños y púberes, sino también para los padres, que siguen siendo para estos jóvenes referentes importantes en los temas de salud y sexualidad.

Aunque se emprenden acciones desde algunos ámbitos asistenciales y educativos, éstas deberían ser, por un lado, extendidas a segmentos más amplios de la población y por el otro, evaluadas adecuadamente para conocer su impacto.

Agradecimientos

A los coordinadores del Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas Lic. E. Calvo, Dra. A. Coll, Dr. G. Girard y Lic. D. Villegas; a los colaboradores miembros del Programa Lic. A. Aleman, Lic. R. Alvarez, Lic. A. Cassin, Lic. M.J. Faccini, Lic. S. Raffa, Lic. L. Rosenfeld, Dra. A. Spalter, Dra. R. Sussman y Dra. M. Ukaski y a los colaboradores externos Lic. M. Anatelli, Lic. R. Muiños y Lic. J. Volkis.

BIBLIOGRAFIA

1. Méndez Ribas JM, Coll A, Sussman R, Gómez Vaccaro L y Sanler S. Embarazo y parto en adolescentes: aspectos médicos y psicosociales. Sinopsis Obstétrica y Ginecológica 1989; 36: 81-94.
2. Méndez Ribas JM et al. Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. Su abordaje multidisciplinario. Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires 1994; 73, 908, 55-69.
3. Méndez Ribas JM, Siemaszko K, Sussman R et al. Cambios en la actividad sexual de las adolescentes en la consulta hospitalaria. Presentado al 1º Congreso Latinoamericano de Ginecología Infanto-Juvenil. Buenos Aires: Mimeo, 1988.
4. Trumper EC de, Bagnati EP. Anticoncepción en la adolescencia. Buenos Aires: Laboratorio John Wyeth, 1994: Fasc 1-2.
5. Pantelides EA, Cerrutti MS. Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia. Buenos Aires: CENEP, 1992.
6. INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos). La juventud de la Argentina. Buenos Aires; Estudios INDEC Nro. 4, 1985.
7. Kornblit AL. Cambio en los patrones interaccionales familiares durante la adolescencia. Buenos Aires: Mimeo, 1985.
8. Mendes Diz AM, Prece G, Schufer M. Las relaciones familiares desde la perspectiva de los adolescentes. Barcelona: Folia Humanística: 1990, 28, 314: 215-224.
9. Necchi S, Prece G, Mamone L. Sociedad industrial: Adolescencia y Escuela Media. El caso Campana. Boletín Informativo Techint 1986; 242: 3-32.
10. Schufer M, Mendes Diz AM, Teisaire AM, Estrugamou M, Climent A. Así piensan nuestros adolescentes. Buenos Aires; Nueva Visión, 1988.
11. Kornblit AL, Mendez Diz AM. Modelos sexuales en jóvenes y adultos. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1994.
12. Pantelides E, Geldstein R, Infesta Domínguez G. Imágenes de género y conductas reproductivas en la adolescencia. Buenos Aires: CENEP, 1995.
13. Solum Donas. Marco conceptual de la salud integral del adolescente y de su cuidado. Presentado al Taller sobre Bases para la Programación de la Atención de la Salud Integral del Adolescente. Montevideo; Mimeo, 1991.
14. Goffman E. *The arrangement between the sexes. Theory and Society* 1977; 4 (Fall).
15. Millán T, Valenzuela S, Vargas NA. Salud reproductiva en adolescentes escolares: conocimientos, actitudes y conductas en ambos sexos, en una comuna de Santiago de Chile. Revista Médica de Chile 1995; 123; 123: 368-375.
16. Creatsas GK, Vekemans M, Horejsi H et al. Adolescent sexuality in Europe: A multicentric study. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1995; 8: 59-63.

Artículo especial

La muerte de un hijo. Ayuda mutua en el proceso de duelo

Dr. GUSTAVO A. BERTI* y ALICIA E. SCHNEIDER-BERTI*

RESUMEN

La muerte de un hijo o más constituye la crisis existencial más severa por la que un ser humano puede pasar. En el momento en que los autores crearon el grupo *Renacer*, de ayuda mutua para padres que pierden hijos, no existía en nuestro país institución alguna gubernamental o privada que pudiera apoyar a las personas que atravesaban esta crisis.

Se discuten las implicancias somáticas, afectivas, familiares y sociales de estas pérdidas y se propone como solución la tarea de ayuda mutua llevada a cabo con una orientación existencial humanista apoyada en la logoterapia y fundamentalmente en el análisis existencial de Viktor Frankl. Se comparan los métodos naturalista y fenomenológico para analizar esta condición y se destaca el abordaje fenomenológico utilizado por los grupos, que permite que el sufrimiento de los padres sea reconocido como lo que es —una condición existencial— y no como un mero estado depresivo.

Finalmente se analiza el sustento antropológico-filosófico de *Renacer* que permite a los padres "huérfanos" comprender que son seres esencialmente responsables por su propia vida y que si bien han perdido hijos, la decisión de enfrentar su dolor con dignidad o morir con sus hijos depende únicamente de ellos. El resultado de esta tarea se desprende del hecho que en los 8 años de vida existen más de 80 grupos en Argentina, 7 en Uruguay y 1 en Paraguay.

Palabras claves: muerte de un hijo, duelo.

SUMMARY

The death of one or more children constitutes the most severe existential crisis a human being can go through. At the moment in which the authors created the mutual help groups *Renacer* for parents who lose a child, it did not exist in our country any kind of government or private institution that could help and support the people who go through this crisis.

In this paper the somatic, affective, familiar and social implications of these losses are discussed and mutual help as a solution to the problem, with an existential, humanist orientation is proposed. This task is based on logotherapy and essentially the existential analysis of Viktor Frankl. The naturalist and phenomenological methods are discussed to analyse this condition and the latter approach is emphasized, approach which allows the suffering of the parents to be recognized for what it is —an existential condition— and not a mere depressive condition.

Finally, the philosophical-anthropological sustenance which permits the "orphan" parents realize that they are essentially responsible for their own lives is analyzed, and parents are guided to understand that even though they have lost children, the decision to bear their grief with dignity or to die along with their children depends solely on them. The result of this work can be deduced by the fact that in the 8 years of its existence, there are now more than 80 groups in Argentina, 7 in Uruguay and 1 in Paraguay, and keeps growing.

Key words: death of a child, bereavement.

ARCH ARG PEDIATR / 1996 / VOL. 94: 323

*"Hay eventos de tan sobrecogedora
magnitud que uno
no debe recordarlos todo el tiempo,
pero tampoco debe olvidarlos."*

Rabino Israel Spire

INTRODUCCION

La muerte de un hijo o más constituye una verdadera conmoción existencial para los padres "huérfanos". Es la experiencia más severa por la

que un ser humano puede pasar, a punto tal que los criterios tradicionalmente usados para identificar y clasificar un duelo como patológico son, en sí mismos, componentes normales del duelo de los padres "huérfanos".¹

Recientes informes indican que en 1995, en las calles y rutas de nuestro país, 10.029 personas perdieron la vida en accidentes de tránsito. El 51% de esas personas tenían entre 17 y 30 años y un 29% más entre 30 y 45 años.² Ambos grupos en edad de tener sus padres vivos aún. La muerte de una persona joven produce una severa discapacidad afectiva no sólo en la familia nuclear, sino también en la familia extendida, afectando —generalmente— a dos padres, cuatro abuelos,

* Grupo de Ayuda Mutua para padres que pierden hijos *Renacer* - Río Cuarto. Telefax: 058-632175.

Correspondencia: San Lorenzo 1325 (5800) Río Cuarto, Córdoba.

un promedio de dos hermanos, de manera que por cada uno de ese 51% de jóvenes que pierde su vida anualmente en accidentes –sin contar los decesos por SIDA, otras enfermedades, suicidio y violencia por terceros– queda un promedio de 8 personas con la certeza de una vida de sufrimiento por delante. Esto suma, como cifra mínima, nada menos que unas 40.000 personas anualmente... equivalente a la población total de una ciudad tipo del interior de nuestro país. Las implicancias sociales, económicas y médicas de esta realidad son pavorosas a la vez que no estimadas hasta el presente. Pero lo que es aún más trágico es la falta de apoyo para esas personas a nivel institucional, sea éste estatal o privado.

Es precisamente debido a esta última realidad que el 5 de diciembre de 1988, seis meses después de perder a Nicolás, nuestro único hijo varón, de 18 años, en un accidente de tránsito, formamos en la ciudad de Río Cuarto el primer grupo de ayuda mutua para padres que pierden hijos en Latinoamérica, con el nombre de *Renacer*, como una decisión nuestra de hacer un homenaje a ese hijo que tanto nos había marcado con su partida. Este homenaje debía ser indefectiblemente un homenaje de vida, y qué mejor que tratar que nuestro dolor sirviese para que otros padres sufrieran menos. Actualmente existen cerca de 80 grupos en Argentina, 7 en Uruguay, 1 en Asunción del Paraguay y el número continúa creciendo. Funciona de acuerdo con las pautas clásicas de los grupos de ayuda mutua, es decir: grupos de pares, horizontales, sin jerarquías, sin personería jurídica y sin profesionales, salvo que hayan perdido hijos y participen en tal condición. No está afiliado a religión, secta, partido político, organización o institución alguna. No es un grupo anónimo, ya que sus integrantes si de algo están orgullosos es de su sufrimiento llevado con dignidad aceptando así, libre y responsablemente, el rol de "referentes sociales" que la comunidad les confiere. Por último, frente al conocimiento de que cuando muere un hijo algo de sus padres muere con él, *Renacer* propone que lo que muera sea el ego y no el ser, por lo tanto ha elegido no tener personería jurídica para que no existan cargos que conlleven en sí una eventual lucha por ellos, con el consiguiente reverdecir de ese ego.

Los integrantes de los grupos se reúnen con el propósito de: enfrentar su dolor, aprender de él, otorgarle un sentido a ese sufrimiento, lograr finalmente trascenderlo y en ese proceso encontrar un nuevo significado a la vida, para terminar brindando lo aprendido a todo padre que de aquí

en más viva una experiencia similar, cumpliéndose así el ciclo de la ayuda mutua.

ABORDAJE DEL PROBLEMA

El abordaje naturalista, es decir sintomático, de este profundo pesar frente a un destino inesperado, no deseado e inescapable, muestra en esos padres una descompensación no sólo psíquica sino también biológica. Schwartz considera que la pérdida de un hijo ocasiona en la familia un golpe narcisista: la desolación está íntimamente conectada y relacionada con las pulsiones de la libido.³ Para Jackson, la muerte de un hijo no sólo es inapropiada en el contexto de la vida, sino que su naturaleza trágica e inesperada es una amenaza básica a la función de paternidad.⁴

Este mismo abordaje naturalista con su lógica tendencia a ver al sufrimiento como una enfermedad tiene la desventaja de ignorar la parte humana del hombre, es decir su dimensión espiritual, que es la que nunca enferma y es donde el ser sufriente ha de encontrar los recursos que le permitan trascender esta verdadera conmoción existencial.⁵

¿Cómo abordar entonces esta crisis que afecta no sólo al cuerpo y la psiquis sino a la existencia entera del hombre doliente? Para describir la tarea que llevamos a cabo desde 1988 con grupos de ayuda mutua para padres que pierden hijos y que funcionan en nuestro país, Uruguay y Paraguay hemos optado por el método fenomenológico que, además, es la manera en que los grupos trabajan.

Es necesario entonces hacer un breve comentario sobre la fenomenología, modelo que debe su aparición a Edmund Husserl (1859-1938), catedrático de Filosofía de la Universidad de Friburgo a partir de 1916, donde fue profesor de otro gran fenomenólogo, Martín Heidegger. La fenomenología con su exhortación sencilla, pero de enormes implicancias, de "volver a las cosas en sí mismas" trata de evitar el uso de hipótesis y premisas no examinadas, es decir, de prejuicios y preconceptos –que indefectiblemente llevan a un psicologismo– para estudiar los fenómenos tal como se presentan, lo que nos permite ver lo que se muestra, tal como se muestra en sí mismo, efectivamente por sí mismo. Este análisis fenomenológico no se limita a las apariencias superficiales sino que las trasciende para encontrar las estructuras y los significados subyacentes o esenciales.

En este momento es útil la comparación entre síntoma y fenómeno para ir introduciéndonos con

más claridad en el problema del sufrimiento y el ser sufriente. Por síntoma entendemos algo que *no* es (enfermedad) y que responde o se debe a algo que *sí* es (enfermedad). Así por ejemplo, la tos es un síntoma que refiere a una enfermedad bronquial o pulmonar, es una relación de referencia. Dörr al ver la medicina somática preocupada fundamentalmente por el reconocimiento y manejo de síntomas, define a éstos como el elemento visible de un complejo funcional y supone legítimo el salto desde la manifestación externa o síntoma a la enfermedad como totalidad.⁶

La palabra fenómeno viene del griego *faínestai* que significa "resplandecer", "aparecer", "mostrarse", es decir lo que se muestra, aparece, brilla, se hace evidente, aquéllo que es como es y tal como es y detrás del cual, a diferencia del síntoma, no hay nada.

ABORDAJE BIOLÓGICO

A partir de un enfoque biológico –que interpreta la esfera somática del ser– los padres que pierden hijos presentan "síntomas" tales como intensas sensaciones de opresión precordial, falta de apetito, alteración de los ritmos biológicos: trastornos del sueño, del período menstrual, de las deposiciones (constipación o diarrea), pérdida o aumento exagerado de peso, pérdida del cabello, dolores difusos, cansancio crónico, llegando en casos extremos a infarto de miocardio y, de manera diferida, a la aparición de enfermedades neoplásicas debido a la inmunodeficiencia producida por estados depresivos crónicos.

ABORDAJE PSICOLÓGICO

Desde el punto de vista psicológico –que interpreta la esfera psíquica del ser–, los padres experimentan profundas sensaciones de angustia, sensaciones de mutilación y discapacidad,⁷ crisis de llanto espontáneas y a veces incontrolables, sensación de pánico, vergüenza, miedo, desesperanza, sensación de deprivación y vulnerabilidad, pérdida de orientación temporoespacial con episodios de conducta automática y amnesia posterior, profunda pérdida de autoestima con severa sensación de culpa, sentimientos de ira, búsqueda ilógica o aun irreal de responsables, cuestionamiento o negación de su fe; además de las serias alteraciones en las relaciones interpersonales, tanto en el núcleo familiar como la familia extendida, en el ámbito social y laboral, y finalmente el sentimiento de que ya no vale la pena seguir trabajando, socializando y aun viviendo.

El análisis natural o sintomático de este proce-

so, en especial cuando ya ha superado el tiempo "preestablecido" para un duelo normal –situación que se da en la inmensa mayoría de los padres– nos lleva fácilmente a hacer un diagnóstico de duelo patológico o de depresión. Este enfoque, con la lógica tendencia a considerar como causas de disarmonía psíquica (depresión) a los fenómenos más humanos del hombre como son el sufrimiento y la pena, conlleva la tentación de acudir a la ayuda de la psicoterapia para su "elaboración" o al tratamiento farmacológico para su "ocultamiento". Un abordaje sintomático considera a esta crisis existencial como una enfermedad somato-psíquica, haciéndola objeto de un doble reduccionismo: por un lado interpreta como enfermedad a una condición existencial del hombre como es el sufrimiento, y por otro, niega –por omisión– la unidad existencial o esfera espiritual del ser.

ABORDAJE EXISTENCIAL

El abordaje fenomenológico –que interpreta la esfera existencial– va más allá de la dimensión psicológica y de la dimensión somática, las incluye y a la vez las trasciende: se adentra en la dimensión espiritual del hombre, aquélla que lo hace ser hombre.⁸ Este abordaje, por el contrario, nos permite ver a la muerte de un hijo como lo que realmente es: *una conmoción existencial de la que ningún padre puede emerger igual que antes*. Nos permite darnos cuenta que entre 2 y 3 de cada 4 matrimonios que pierden hijos entran en crisis, y sin ayuda adecuada (el grupo) corren grave peligro de disolución; nos abre los ojos al escapismo de los hermanos que quedan –al no saber enfrentar esta realidad para la que no existe referencia previa en sus historias personales de vida– a través del alcohol, drogas, matrimonios apresurados etc. y nos permite, además, plantearnos preguntas que han de decidir el curso futuro de nuestra existencia, como: ¿Quién o qué seremos después de perder uno o más hijos? ¿Seres inútiles, resignados a morir en vida, paralizados por nuestros sentimientos? ¿O es posible acaso encontrar sentido a esta tragedia y transformar un sufrimiento de esta magnitud en una etapa de crecimiento?

Por último, el modelo filosófico-antropológico de Víctor Frankl, la logoterapia y el análisis existencial, al reintroducir la dimensión espiritual en ese complejo ser multidimensional (bio-psico-espiritual) que es el hombre, nos facilitan a nosotros, seres sufrientes, una plataforma desde donde lanzarnos a la ardua conquista de una paz

interior que llega solamente al encontrarle sentido a esta conmoción existencial.

La logoterapia y el análisis existencial ven al hombre como un ser consciente (libre) y responsable, viviendo en la tensión entre el ser y el deber ser, orientado siempre a la búsqueda de sentido a los interrogantes que la vida le plantea y los valores que esperan ser realizados por él. La libertad del hombre según Frankl, no es *libertad de sus condicionamientos propios (cuerpo y mente)* o externos (destino), sino *libertad para oponerse, para enfrentarse a ellos*.⁹ Este modelo presenta la característica de ser aplicable tanto como método terapéutico (psicoterapia) como por el hombre no enfermo que busca respuesta a sus interrogantes existenciales. Es en este último sentido que *Renacer* reconoce y aplica este fundamento filosófico.

FUNDAMENTOS

Compartiremos con ustedes la experiencia de 8 años de trabajo con grupos de ayuda mutua para padres que han perdido hijos—sin importar la causa de la muerte o la edad—que funcionan en Argentina con el nombre de *Renacer*. Grupos conformados por miles de padres con quienes hemos compartido experiencias dolorosas de vida, tristeza, compasión, amor y finalmente, una nueva actitud ante la vida al darnos cuenta de que ella tiene un sentido incondicional. De acuerdo a Frankl trataremos de demostrar cómo la antropología (incorporando la dimensión espiritual o noética y centrada en el sentido) puede ser aplicada existosamente aun por el hombre común sin conocimiento previo en la materia.^{10,11}

Nos sentimos enormemente agradecidos a la hija que quedara con nosotros, Luciana, quien tenía 15 años en el momento de perder a su hermano, porque con su sola presencia nos recordó que *la vida continuaba y que ella merecía* padres enteros, a pesar de todo.

Cuando iniciamos esta tarea, lo hicimos con el firme convencimiento de que el sufrimiento no era ni lo será jamás, una enfermedad, sino una condición existencial del ser humano y que, aun en casos de enfermedades, el hombre no es su enfermedad, que el ser humano es infinitamente más que su enfermedad, y que precisamente en ese *ser más que...* es donde se hallaban los recursos necesarios para trascender esa conmoción existencial. El siguiente párrafo del libro *El hombre doliente* de Viktor Frankl nos aclara este punto:

“La relación entre la persona y su organismo

somático es una relación instrumental; el espíritu instrumentaliza lo psicofísico; la persona maneja el organismo psicofísico; lo hace ‘suyo’ haciéndolo herramienta, organon, instrumento.

“La persona se relaciona con su organismo como el músico con el ‘instrumento’. Una sonata no puede ejecutarse sin piano ni sin pianista. Pero esta comparación falla como toda comparación, ya que el pianista es visible mientras que el espíritu es invisible (sin ser irreal por ello). La comparación falla porque el pianista y el piano están en un mismo plano, literalmente en el mismo podio, mientras que el espíritu y el cuerpo no se encuentran en la misma escala de ser.

“A pesar de este fallo, consideramos fecunda la comparación. Ni el mejor pianista puede tocar bien en un piano desafinado (simil de la enfermedad). Entonces se llama al afinador (intervención del médico) y éste afina el piano (simil del tratamiento). ¿Quién osará afirmar que el arte del pianista se debe al piano afinado? El piano afinado no es capaz ni siquiera de suplir los defectos del mal piano”.¹²

Jaspers introdujo el término “situaciones límites” para definir crisis existenciales de una severidad y complejidad tal que producen verdaderas conmociones existenciales en el ser humano. Instancias de la existencia de aparición brusca, impensadas, inesperadas... e inescapables. Situaciones que producen un cisma en la vida, que hacen al hombre, quizás por vez primera, darse cuenta de que es un ser histórico, inmerso en el devenir de su propio ser. Y lo que es más importante aún, le hacen ver que su pasado, que su historia ya realizada, no puede ser cambiada y por eso mismo lo confrontan, esta vez de manera ineludible, con su propia conciencia en un mano a mano que no permite el escape de la responsabilidad existencial. Ante esta profunda señal de alerta implícita en la crisis, el hombre despierta a su intuición, a ese presaber intuitivo, del que nos habla Frankl, y conoce, sabe que la salida existencial yace *por delante* suyo, en lo que aún queda por realizar de ese futuro en el que se encuentran las posibilidades aún no realizadas, se da cuenta de que la única manera de eliminar la oscuridad es dejando entrar la luz.

A lo largo de este trabajo con padres sufrientes y grupos de ayuda mutua, hemos aprendido que nuestra tarea tiene que ver con un sufrimiento inevitable y que por lo tanto debe estar orientada hacia el hallazgo de sentido en ese sufrimiento, que el objetivo común en los grupos no debe ser no sufrir sino no sufrir en vano,¹³ que deben ayudar a sus integrantes, no a trabajar con los

RENACER

Lista de los grupos

Sede central: San Lorenzo 1325
(5800) Río Cuarto, Córdoba. Tel/Fax: (058) 632175
Te: 640394/646748/633228/623835

Provincia de Córdoba

Gral. Deheza Tel.: (058) 695128
Las Perdices Tel.: (0586) 95505
Cnel. Moldes Tel.: (0582) 81638
San Francisco Tel.: (0564) 25135/532459
Córdoba Ciudad Tel.: (051) 766065/253041
Gral. Cabrera Tel.: (0586) 93025
Laboulaye Tel.: (0385) 27435
Villa María Tel.: (053) 524865
Mattaldi-Jovita Tel.: (0583) 81628
Córdoba Centro Tel.: (051) 513141/804765

Provincia de Buenos Aires

Mar del Plata Tel.: (023) 820964/733400
La Plata Tel.: (021) 24-8699/84-2058
Pigüé Tel.: (0923) 5210
Nueve de Julio Tel.: (0317) 22808
Balcarce. Tel.: (0266) 23854
Chivilcoy Tel.: (0346) 319000
Necochea Tel.: (0262) 23605
Salto Buenos Aires 539 (2741) Salto
Pehuajó Tel.: (0396) 2669/70207
Lincoln Tel.: (0355) 22456
San Andrés de Giles Tel.: (0325) 3349
City Bell Tel.: (021) 800522
Bahía Blanca Tel.: (091) 41942
Tandil Tel.: (0293) 42841
Olavarría Tel.: (0284) 26611
Lobos Tel.: (0227) 21779
San Pedro Tel.: (0329) 24000
Chacabuco Tel.: (0352) 27660

Capital Federal y Gran Buenos Aires

Tels.: (01) 613-8010 / 658-2591 / 572-2933 / 786-7492 / 521-0491

Provincia de Santa Fe

Ciudad de Santa Fe Tel.: (042) 20190/63049
Rosario Tel.: (041) 568414/403267
Venado Tuerto Tel.: (0462) 26733/26442
Cañada de Gómez Tel.: (0471) 23023/23565
Villa Ocampo Tel.: (0482) 66226
San Lorenzo Tel.: (0476) 24449
Capitán Bermúdez Tel.: (041) 912814
San Carlos Centro Tel.: (0404) 21055
Rosario Zona Sur Tel.: (041) 839127/831995
Rafaela Tel.: (0492) 23663
Rufino Tel.: (0382) 28115
Reconquista Tel.: (0482) 29150
Casilda Tel.: (0464) 22842

Provincia de San Luis

San Luis Tel.: (0652) 28443

Provincia de Mendoza

Mendoza Tel.: (061) 247629/263438
San Rafael Tel.: (062) 723880

Provincia de Tucumán

Tucumán Tel.: (081) 212898
Monteros Tel.: (081) 243266

Provincia de La Pampa

Santa Rosa Tel.: (0954) 28345
Gral. Pico Tel.: (0302) 25176

Provincia de Misiones

Posadas Tel.: (0752) 35579
Montecarlo Tel.: (0751) 80433

Provincia de San Juan

San Juan Tel.: (068) 210181
231096

Provincia de Entre Ríos

Nogoyá Tel.: (0435) 21200
Paraná Tel.: (043) 246273

Tierra del Fuego

Río Grande Tel.: (0964) 30110

Provincia de Catamarca

Catamarca Tel.: (0833) 23505

Provincia de Chubut

Puerto Madryn (0965) 51970
Comodoro Rivadavia Tel.: (097) 468620/478469
Esquel Tel.: (0945) 3182

Provincia de Salta

Salta Tel.: (087) 394189

Provincia de Neuquén

Neuquén Tel.: (099) 431032/26514
Villa La Angostura Tel.: (0944) 94668

Provincia de Corrientes

Corrientes Tel.: (0783) 45342
Telefax: 25753

Provincia de Santa Cruz

Río Gallegos Tel.: (0966) 25170

Provincia de Río Negro

Gral. Roca Isidro Lobos 1860 (Bo. Parque San Juan)
(8332) Gral. Roca
Bariloche Tel.: (0944) 30252

Provincia de Santiago del Estero

Santiago Tel.: (085) 2418423

República Oriental del Uruguay

Montevideo Tel.: 606668/204833
Florida Tel.: 2201

República del Paraguay

Asunción Tel.: 205339/5050521

hechos del pasado que no pueden ser cambiados, sino a abrirse a ese mundo en el que esperan las posibilidades aún latentes en sus vidas, que deben ayudarlos a elegir correctamente entre todas las posibilidades, que deben encontrar las opciones con sentido, que deben emprender el camino, el único camino con sentido que esa conmoción existencial les plantea: el camino final de humanización.

¿Cuál es el primer paso en este largo y difícil camino que los grupos de ayuda mutua ofrecen? ¿Cómo hacer para sacar a los integrantes de estados de profunda concentración en el sí mismo y preocuparse por el otro? Se debe comenzar por aprender nuevas maneras de comunicación que partan desde lo mejor de cada uno hacia lo mejor del otro, aprender en ese proceso a ver al otro como aquél para quien yo soy el otro. Y lo mejor de cada uno es ese amor que aún tenemos por la vida, por Dios o por uno mismo, puesto que si los corazones estuviesen secos, sin nada de amor, nadie estaría en grupo alguno.

Frankl nos deja la "convicción de que toda persona, aunque psíquicamente sea sumamente contrahecha y acorralada, podrá salvar su alma por la entrega de un poco de amor".¹⁴ Y el amor es humilde, es desapegado y es autorrenuncia. Estas tres características humanas han estado latentes en la existencia de la mayoría de los integrantes de los grupos y las tres son fenómenos específicamente humanos que reflejan la autotranscendencia –el estar siempre orientado a algo o alguien que no es uno mismo– propia del hombre. Hemos llegado así a "descubrir" que la respuesta del hombre al sufrimiento yace en la trascendencia y se hace evidente una conclusión más: el sufrimiento inevitable no puede ser curado, ni resuelto, ni elaborado, el sufrimiento sólo puede ser... trascendido.¹⁵

DESARROLLO

Nunca el ser humano es confrontado tan abruptamente con el sufrimiento, la culpa y la muerte como cuando pierde un hijo. Muy profundo dentro nuestro nos damos cuenta de que esto que nos sucede no es una enfermedad, sino una experiencia existencial, por lo que no encontramos, en la mayoría de los casos, ayuda adecuada de instituciones o profesionales. Como dice Viktor Frankl: "Sólo el hombre que está adentro sabe. Su juicio puede no ser objetivo, su evaluación fuera de proporción, esto es inevitable..."¹⁶ Este solo pensamiento convalida la creación de grupos de ayuda mutua para personas que enfrentan un

sufrimiento espiritual, una verdadera conmoción existencial inevitable. En las palabras de la Dra. Elisabeth Lukas: "Donde el conocimiento científico fracasa, lo esencialmente humano debe prevalecer. En los límites de la comprensión la empatía debe encontrar las palabras".¹⁷

Durante el primer año de trabajo en el grupo recogimos experiencia de una manera intuitiva, más aún cuando no existía literatura sobre grupos de ayuda mutua con orientación existencial. También aprendimos de la Dra. Elisabeth Kübler-Ross¹⁸ que el proceso de duelo en padres dolientes se asemeja estrechamente a las etapas por las que atraviesa un paciente terminal:

1. Shock, negación.
"No, no mi hijo", cuando se nos notifica del accidente, o se nos da un diagnóstico.
2. Enojo, rebelión.
"Por qué yo", "por qué mi hijo", "Dios no existe", "Qué clase de Dios es éste".
3. Negociación (generalmente con Dios)
"Si me dejas ver a mi hijo una vez más te prometo..."
4. Depresión
"La vida no tiene sentido".
5. Aceptación.
"Todo está bien".

Sin ayuda social (el grupo) hemos visto a padres quedarse en cualquiera de las primeras cuatro etapas por largos períodos de tiempo, pueden ser años, y en muchos casos puede prolongarse de por vida.

Trabajamos desde el comienzo de una manera intuitiva, con el concepto de que en medio de tanta adversidad, nosotros no sólo debíamos sobrevivir, sino llevar nuestro sufrimiento con dignidad, "caminar con la frente alta". Estábamos siendo, sin advertirlo, testigos del despertar "del poder indomable del espíritu", llegándose muy profundo dentro de la dimensión de la libertad humana no sujeta a leyes deterministas. Un año después un "regalo de Dios" vino a nuestras manos en forma de un pequeño libro: *El hombre en busca de sentido* de Viktor Frankl. Al leerlo encontramos un paralelo entre nuestros sentimientos y los de los prisioneros en campos de concentración.¹⁹

Como el prisionero, para el padre que pierde un hijo, el tiempo parece ilimitado y eterno. Frankl lo llama "la extraña experiencia del tiempo", un día puede antojársenos eterno, mientras que una semana puede pasar inadvertidamente

en su totalidad. Cada día debe ser vivido con todos sus minutos, con los recuerdos diarios y las rutinas sin la presencia del ser amado. Confrontados con nuestro hijo muerto sentimos, como lo expresa Frankl que "todo lo que poseemos es nuestra existencia al desnudo". Nos muestra con toda su crudeza y por primera vez, la transitoriedad de la vida. Confronta a los padres con su propia finitud. Como el prisionero, ven ahora la existencia como provisional y de duración desconocida. No saben cuánto tiempo se sentirán de esta manera, no saben cuánto tiempo podrán vivir de esta manera. Frankl nos dice que "el hombre que no puede ver el fin de su existencia provisional es incapaz de plantearse una meta en su vida. Cesa de vivir para el futuro". En nuestro caso la vida misma no puede ser concebida sin ese hijo, esa posibilidad nunca fue siquiera considerada. Por lo tanto debemos encontrarle un nuevo sentido a nuestra existencia.

Hemos perdido aun nuestra identidad, ya no sabemos cuáles son nuestras creencias, y nos cuesta reconocer nuestra propia imagen en el espejo. Frankl nos dice que "cuando el hombre se rinde y es incapaz de ver el futuro, vive de pensamientos retrospectivos".²⁰ El pasado atenúa el horror del presente haciéndolo aparecer menos real. Y así ocurre con nosotros cuando tratamos de vivir en el pasado donde aún estaba nuestro hijo en su presencia física. Hemos visto repetidamente que esta faceta del duelo puede no ser trascendida jamás, haciéndose así evidente la cualidad atemporal del dolor cuando no existe ayuda adecuada. Confrontados con la pérdida de un hijo, algunos padres se sienten prisioneros de campos de concentración, pero no de guerra, sino del destino, el que aparece no sólo como un cruel guerrero sino también como el regidor de sus vidas.

También muchos puntos en común en el análisis existencial de Frankl se hicieron evidentes, particularmente el hecho que pone el acento en la vida desde este momento en adelante, preocupándose no por los *de dónde* y los *por qué* sino por los *para qué* y *hacia dónde*, trabajando con los aspectos más fuertes de nosotros mismos, haciéndonos ver que no somos víctimas indefensas del destino, aprendiendo que esa lucha con él no es tan desigual como parece. El nos interroga—para algunos las preguntas pueden ser más complejas (el suicidio de un hijo, la pérdida de un único hijo, la pérdida de todos los hijos)—pero nos da a todos igual oportunidad de responder. Si esta respuesta se canaliza a través de los valores

de actitud lo hacemos de la manera más digna y elevada que el hombre puede elegir. Pues estos valores que emanan del hombre mismo no están dirigidos a él sino a la vida misma, a Dios y representan el máximo grado de responsabilidad individual ante la vida. Por valores de actitud entendemos la respuesta existencial del hombre frente a situaciones que no pueden ser cambiadas, en las que sólo queda la actitud a tomar.

LA PREGUNTA SOBRE EL SENTIDO DE LA VIDA

Mientras el trabajo con los grupos proseguía se hizo muy claro que, como dice Elisabeth Lukas: "Nunca la pregunta por el sentido de la vida está tan presente como ante una pérdida dolorosa".²¹ Todos los padres se preguntan si la vida aún tiene sentido. Algunos temen el vacío existencial que perciben les espera, mientras que otros se dan cuenta por primera vez que ha sido el compañero inseparable de sus vidas.

Y así como Frankl les dice a sus camaradas prisioneros,²² nosotros lo hacemos en el grupo: que no importa lo que nosotros esperemos de la vida sino lo que la vida aún espera de nosotros. Que debemos dejar de preguntarnos sobre el sentido de la vida y más bien vernos a nosotros mismos como los que estamos siendo cuestionados, y que la pérdida de un hijo es la pregunta más importante que la vida nos ha hecho. Cómo respondamos a este interrogante marcará la diferencia entre una vida llena de sentido—quizás por primera vez—o una sumida en la desesperanza y la tristeza. Más aún, hará la diferencia entre encontrar sentido en la partida de nuestros hijos o llorar para siempre sobre las preguntas sin respuestas, permitiendo así que nuestra vida sea destruida por esa persona que tanto amamos. Si nuestra elección es la primera, al vivir nuestra vida en homenaje a nuestros hijos, los hacemos trascender en la forma en que la vivimos. En otras palabras: siendo responsables.

Nadie puede vivir nuestra vida por nosotros, el grupo puede sostenernos, apoyarnos, amarnos y guiarnos para encontrar nuestro propio camino, pero no puede cargar nuestra cruz individual. Nuestra oportunidad se encuentra en la forma en la que llevamos nuestra carga. Saber que nuestro sufrimiento puede tener un sentido nos ayuda a darnos cuenta de la oportunidad de crecimiento personal y espiritual inherente al sufrimiento, haciéndolo más dulce y fácil de llevar.

De acuerdo con Frankl, hay tres caminos principales para llegar al sentido de la vida,²³ y los

hemos visto hacerse realidad en *Renacer*:

- 1- A través del encuentro con alguien, o sea los valores afectivos o vivenciales.
- 2- A través de los valores de creación, realizando una tarea.
- 3- Simplemente viviendo nuestra vida cuando las circunstancias no pueden ser cambiadas; sufriendo, cuando el tiempo de sufrir ha llegado, pero sufriendo con dignidad, elevándonos por encima de nosotros mismos, trascendiendo el sufrimiento y demostrando así uno de los aspectos más humanos del hombre: la capacidad de convertir una tragedia personal en triunfo. Estos tres caminos confluyen en uno solo, como quizás en ninguna otra ocasión en la vida, en *Renacer: el ser sufriente a quien amar se vuelve la tarea a cumplir, a través de los valores de actitud*.

Y así lo hacen los padres, al emerger más sabios, más amorosos, más receptivos hacia aquellos que los necesitan, preparados para extender una mano o prestar un hombro hermano. Sabiendo que, frente a lo irreversible, frente a lo que no puede ser cambiado, el hombre tiene aún la última de las libertades individuales: elegir la actitud con que lo enfrentará. Si será como la débil hoja arrastrada por los primeros vientos de otoño, o como el árbol fuerte pero flexible que se inclina y estremece pero se yergue fortalecido cuando la tormenta pasa. En las palabras de Kübler Ross: "Si protegiéramos las quebradas de los vendavales nunca veríamos la belleza de sus tallados".²⁴

De esta manera, como dice Frankl, los padres en los grupos son testimonio viviente de la existencia de una dimensión en el ser humano que lo ayuda a trascenderse a sí mismo hacia metas más allá de sí, hacia un sentido que trasciende sus necesidades personales. Es esta libertad individual lo que le da propósito y sentido a la vida. Y nosotros sabemos que esto es lo menos que les debemos a nuestros hijos y a nosotros mismos.

METODOLOGIA

Desarrollo de las reuniones

En las reuniones de grupo, tres instancias se suceden, sin que esto implique un orden o duración estrictos de las mismas. Si bien en un primer momento consideramos que una primera instancia debía ser la de catarsis, pronto nos dimos cuenta de que este volver atrás sobre los hechos dolorosos y la exploración de emociones tan encontradas y negativas, propias de los primeros

tiempos después de la partida del hijo, nos mantenía en un nivel testimonial desde donde se hacía muy difícil encontrarle sentido a este sufrimiento. Y lo que es peor aún, se hacía difícil no caer en un lamento continuo, consecuencia lógica de este tipo de procesos. *Nos dimos cuenta de que los padres que se acercaban a Renacer lo hacían en realidad no sólo porque habían perdido un hijo, sino, que habiéndolo perdido no querían seguir viviendo como lo estaban haciendo*. La mayoría de ellos han hecho catarsis, quizás durante el velorio del hijo, los días posteriores con amigos, o familiares. Al llegar al grupo y advertir inmediatamente "cuántos somos", que no son los únicos que sufren, su perspectiva cambia inevitablemente. Como una primera instancia entonces, hemos llamado "el recibimiento" a ese espacio de tiempo antes de la reunión en sí que puede durar de 30 a 45 minutos, donde los padres más antiguos van recibiendo a los nuevos, en una atmósfera distendida, de una manera cálida, interesada, y si no ha habido contacto previo con este papá, es ésta la oportunidad de enterarnos de sus nombres, el nombre del hijo que partió y su circunstancia particular de vida. Muchas veces el primer contacto se hace a través de una notita personal y algún material de *Renacer*, y quizás una visita previa antes de la primera reunión, lo que facilita la inserción del padre nuevo al grupo. De esta manera, y mezclando padres con diversos tiempos de duelo y asistencia a *Renacer* desde el primer momento, los que recién ingresan pueden verse reflejados en sus pares, teniendo así la posibilidad de incluir a otros en su vida (derreflexión).

Nosotros consideramos a *Renacer* como un grupo de crecimiento interior y transformación y como tal de potencial ilimitado. Confrontado el hombre con esta conmoción existencial, tarde o temprano se enfrasca en un diálogo mano a mano con su conciencia. Allí surge, sin cuestionamiento o racionalización alguna, todo lo bueno y lo malo que hemos hecho y por sobre todo, surge aquello que debe ser cambiado. Pero todo cambio asusta y más aún un cambio existencial. Allí es donde el grupo acompaña a cada uno de sus integrantes a dar ese gran salto, lo apoya y fortalece para ese cambio que, después de todo, sólo puede hacerse en la más absoluta soledad existencial.

Volviendo a las diferentes instancias que generalmente se desarrollan durante una reunión, podemos ahora hablar de los diferentes niveles en los que el grupo funciona, y así describir tres

niveles en *Renacer*. Esto no significa tres grupos distintos, sino niveles o momentos dentro de la misma reunión.

1. *Tradicional*: en este nivel el grupo está más orientado a lo que podemos llamar comportamiento testimonial, en el que la catarsis predomina. Los problemas que se plantean cuando el grupo no puede superar este nivel son: 1) La disolución luego de que todos los testimonios se conocen tan bien que no queda ya nada por decir; 2) Facilitar el estado de lamento continuo de sus integrantes y 3) Fomentar el papel de víctima de los padres, rol de por sí presente ya en muchos de ellos, como lo reportara Kliman.²⁵
2. *Análisis existencial*: en este nivel de funcionamiento los padres actúan como seres a quienes la vida les ha hecho una pregunta extremadamente dura, y bucean en su inconsciente espiritual por recursos interiores con los que ni siquiera habían soñado inicialmente. Este término fue acuñado por Frankl, quien nos dice que el análisis existencial entiende al hombre como un ser esencialmente responsable.²⁶ Y agrega que no es el hombre el que debe cuestionar a la vida, sino que es él el que está siendo interrogado; sólo que su respuesta debe siempre basarse en la acción, es sólo a través de un accionar que las "preguntas vitales" pueden ser respondidas. Aquí Frankl va más allá aún para decir que *la responsabilidad* es la base fundamental del ser humano en cuanto representa una dimensión espiritual y no meramente impulsiva. En algún momento de esta etapa los padres son instados a reconocer que sus hijos ya no "han de volver". Se les dice que debe aprender a *dejar ir* a esos hijos con permiso; después de todo, es lo más importante que han hecho en sus vidas; puede no gustarnos, pero debemos respetarlo. Esta es una instancia muy importante para dejar atrás el enojo y la rebeldía y concentrarnos en qué hacer con nuestras vidas de aquí en más. Es aquí donde *Renacer* actúa como una escuela de vida, asistiendo a cada padre en su propio análisis existencial, rescatando todas las experiencias positivas y cambiando todo lo que necesita ser cambiado. Cuando los padres utilizan el grupo en este nivel las preguntas que componen la tríada trágica (sufrimiento, culpa y muerte) encuentran respuesta. El sufrimiento

puede ser resuelto a través del servicio hacia otros padres dolientes o cualquier otro ser sufriente. Así vemos muchos padres miembros de los grupos que visitan orfanatos, hogares de ancianos, fomentan la donación de órganos, constituyen fundaciones para el alivio del mal responsable de la partida de sus hijos, etc. La culpa es resuelta a través del cambio existencial, y la muerte ahora se convierte en acicate para la acción responsable. Esta tarea de análisis existencial continúa a lo largo de toda nuestra vida, y en nuestra opinión es una de las razones más importantes para la permanencia de los padres en los grupos.

3. *Trascendental*: Este nivel lo podemos llamar de "esclarecimiento", trascendencia de los problemas analizados a un nivel existencial; liberación, que en nuestro caso significa llegar a un estado de paz interior pero también haciendo uso de la responsabilidad que viene con la libertad, dándonos cuenta de que somos responsables frente a nosotros mismos, frente a la sociedad, frente a Dios, y por sobre todo, frente a aquellos que en los momentos difíciles de la vida nos están mirando y protegiendo, y que son nada menos que nuestros seres queridos, quienes nos han precedido en el viaje evolutivo que llamamos muerte. La responsabilidad de los padres hacia la sociedad se vuelve evidente en las palabras de Frankl: "Aquél que se eleva por encima de su dolor para ayudar al otro que sufre trasciende como ser humano", mientras vemos a los ayudados de ayer convertirse en los ayudadores de hoy.

Ahora los padres son capaces de responder a las preguntas del destino en la forma más elevada posible, a través del ejercicio de los valores de actitud, que en este momento, con total comprensión de su significado, se vuelven contagiosos en el grupo de pares.

Cuando los padres comienzan a darse cuenta de que nunca una persona que ha perdido un hijo o más volverá a ser la misma, que algo cambia para siempre, es aquí donde *Renacer* se abre al análisis existencial. Ahora, apoyado por sus pares, el padre dolorido logra percibir, no aún de una forma consciente, que lo que debe morir es su ego y no su ser. Comienza a comprender, con el apoyo del grupo, que la pérdida de un hijo es la pregunta más importante que la vida le ha

hecho, y por lo tanto la respuesta debe ser de igual importancia. El todavía no sabe cuál es esta respuesta, pero su intuición le dice que debe estar basada en una transformación espiritual. El grupo se expande al máximo de su potencial cuando cualquiera de los miembros trasciende sus sentimientos expresados en el nivel de análisis existencial y comienza a trabajar como ayudador. Después de una reunión a la que asistió una mamá por primera vez con todo su dolor, otra madre con un poco más de experiencia en el grupo dijo: "es la primera vez que he podido dejar mi dolor de lado y pensar sólo en el suyo y lo que podía hacer para ayudarla".

Cuando los padres comienzan a distanciarse de su dolor y comienzan a prestar más atención al de los otros, frecuentemente mencionan la falta de palabras en el lenguaje para describir sus sentimientos más íntimos, los que llegan a mucho más que la mera "felicidad", o un deber que ha sido cumplido, es más una sensación de que "todo está bien, que están finalmente en paz con la vida, que quizás éste fue en realidad, su destino". Que la vida, después de todo, necesita seres compasivos, y que es extremadamente difícil volverse compasivos leyendo libros, que es sólo como dice Frankl, a través del "sufrimiento sufrido con coraje" que la compasión puede ser ganada.

Cuando un padre nos dice que no puede contener su asombro ante lo que siente cuando sus esfuerzos para ayudar a alguien han sido respondidos y que carece de palabras para describir estos sentimientos, nosotros sabemos que una

comunidad absoluta con el otro ha sido lograda. Una comunidad que sólo puede ser alcanzada a través de la intuición. En las palabras de Bergson: "Intuición es la empatía a través de la cual nos transportamos dentro de lo más íntimo del otro para coincidir con lo que es único y por lo tanto inexpresable". ¿Y qué puede ser más único e inexpresable que la muerte de un hijo?

Nuestra experiencia personal con *Renacer* nos dice que hay padres que pueden resolver su dolor más rápidamente que otros y obtener así una mejor calidad de vida. Estos son los que con mayor rapidez se acomodan en el nivel trascendental. Son capaces de trascender su sufrimiento, "mirar al horizonte" y usar su capacidad para auto-distanciarse y muy pronto comienzan a ayudar al hermano que sufre. Son personas importantes como ayudadores, siempre con la palabra justa, con una actitud consoladora mientras se convierten no sólo en referentes para el grupo sino también en referentes sociales. Ellos son prueba, una vez más, de que la única forma de ser ayudados es ayudando a otro. Estos padres se consideran a sí mismos seres totalmente responsables por sus propias vidas, han llegado a ver en la muerte de un hijo una pregunta muy importante que espera ser respondida y que es precisamente ayudando a un hermano que sufre donde la respuesta se encuentra.

Y así finalmente, los padres en los grupos pueden decir junto a Frankl: hemos encontrado sentido a nuestras vidas, ayudando a otros padres dolientes a encontrar sentido en las suyas. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Rando TA. Parental loss of a child. Illinois, Research Press Company, 1986: XIII.
2. Magazine Semanal. La muerte sobre ruedas. Diario Puntal, Río Cuarto, Marzo 10-16 de 1996.
3. Schwartz AM. Comments in section on "The Parents". En: Linzer N (Ed). Understanding bereavement and grief. New York: Yeshiva University Press, 1977: 196.
4. Jackson EN. Comments in section on "The Parents". En: Linzer N (Ed). Understanding bereavement and grief. New York: Yeshiva University Press. 1977: 187.
5. Frankl VE. El hombre doliente. Barcelona: Herder, 1990: 131.
6. Dörr O. Psiquiatría antropológica. Santiago de Chile: Universitaria, 1995: 236.
7. Stephens S. Bereavement and the rebuilding of life. En: Buron L (Ed). Care of children facing death. London: Routledge and Kegan Paul, 1974.
8. Frankl VE. Psicoanálisis y existencialismo. México: Fondo de Cultura Económica, 1990: 48-54.
9. Frankl VE. Man's search for meaning. New York: Washington Square Press, 1984: 153.
10. Berti GA y Schneider-Berti A. When your child dies: logotherapy and self-support groups. Journal Des Viktor Frankl Instituts, Viena, 1994; 2, 1: 7-19.
11. Berti GA y Schneider-Berti A. Life after the death of child. Palliative Care Today: London, 1993; 42-44.
12. Frankl VE. El hombre doliente. Barcelona: Herder, 1990: 131.
13. Lukas E. Comunicación personal. Mendoza, 1994.
14. Frankl VE. Man's search for meaning. New York: Washington Square, 1984; 57.
15. Berti GA y Schneider-Berti A. Mutual help and logotherapy. From despair to logos. Journal Des Viktor Frankl Instituts, Viena, In Press.
16. Frankl VE. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder, 1985: 17.
17. Lukas E. Meaning in suffering. Confort in crisis through logotherapy. California: Institute of Logotherapy Press, 1986: 62.
18. Kübler-Rose E. On death and dying. New York: Macmillan Publishing Co., 1969: 38-112.

19. Frankl VE. Man's search for meaning. New York: Washington Square Press, 1984: 33-47.
20. Frankl VE. Man's search for meaning. New York: Washington Square Press, 1984: 33-34.
21. Lukas E. Meaning in suffering. Confort in crisis through logotherapy. California: Institute of Logotherapy Press, 1986: 79.
22. Frankl VE. Man's search for meaning. New York: Washington Square Press, 1984: 131.
23. Frankl VE. Psicoanálisis y existencialismo. México: Fondo de Cultura Económica, 1990: 87-90.
24. Kübler-Ross E. On children and death. Collier Books. New York: Macmillan Publishing Co, 1985: 19.
25. Kliman AS. Coments in section on "The Parents". In Linzer N (Ed). Understanding bereavement and grief. New York: Yeshiva University Press, 1977.
26. Frankl VE. Logoterapia y análisis existencial. Barcelona: Herder, 1990: 61-156.

PEDIATRÍA DEL PASADO

La cultura y las creencias populares

Hace un cuarto de siglo Mary Lou Moore, en su libro *"El recién nacido y la enfermera"* de Editorial Interamericana, nos decía:

"La cultura, que es el conjunto de creencias, costumbres, conocimientos y capacidades de una sociedad, es un factor importante en la salud", y nosotros señalamos en el bienestar de todo ser humano.

Y al referirse al rol de las creencias populares agregaba: *"Existen tres razones por las cuales no podemos ignorar la importancia de las creencias populares:*

1) *Cuando una creencia es aceptada por una madre (o por un padre) sea que nosotros pensemos o no que tiene alguna validez científica, será valedera a los ojos de la madre y afectará a su hijo antes y después del nacimiento. Muchas de estas creencias no están basadas por lo general en la razón, sino que tienen matices fuertemente religiosos. Por ejemplo, si una madre considera que debe comer ciertos alimentos o realizar determinados actos durante su embarazo para asegurar el bienestar de su hijo, decirle que está equivocada probablemente no la impresione demasiado. '¿Quiénes son ellos para dudar de la sabiduría de mi pueblo?', se preguntará.*

2) *Un análisis más profundo de algunas creencias mantenidas por tradición mostrará que no todas carecen de valor. Si podemos trabajar con ciertas creencias, viéndolas como neutras, que no producen beneficio especial pero que tampoco lesionan, estaremos en una mejor posición para manejar aquellas que realmente constituyen una amenaza para el recién nacido.*

3) *A menudo, las creencias populares llenan una necesidad muy especial en las gentes que las sostienen.*

Otro ejemplo de la posible función de la creencia popular son las siguientes maneras mediante las cuales supuestamente se puede predecir el sexo del niño que está por venir:

'Si a una mujer le crece más el vientre durante el embarazo, el niño será hombre'.

'Si el padre trae puestas las botas en el momento en que su hijo está naciendo, el niño será hombre'.

'Si su primer hijo fue una mujer y ahora desea usted un varoncito déle vuelta a su cama'.

'Un niño que nace cuando la luna está en menguante será varón', según refería White en 1961.

'Si la mujer llevó a su hijo alto será mujer; si lo llevó bajo será hombre'.

'Si un niño se mueve por primera vez sobre su lado izquierdo será hombre y viceversa', de acuerdo a lo que relataba Clark en 1966.

¿No podrían estar creencias reflejar cierto grado de ansiedad respecto del sexo del niño que está por venir, proporcionando una forma de tratar dicha ansiedad, a través de lo que puede parecer una espera que nunca termina? Una vez nacido el niño la ansiedad desaparecerá. Nunca se mira hacia atrás para dar validez a suposiciones anteriores, especialmente cuando éstas han sido incorrectas. Y, en cualquier caso, toda predicción tiene una probabilidad del 50% de ser acertada, porcentaje mucho mayor que el necesario para mantener las tradiciones en circulación activa".

Comunicación

Fluconazol en prematuros con candidiasis sistémica

Dres. DIMAS PICON*, CESAR PICON*, MARIA R. MARIN*, GERARDO OSSOLA*, ALICIA MICHELINI* y FANNY POPLER*

ARCH ARG PEDIATR / 1996 / VOL. 94: 334

INTRODUCCION

Las infecciones micóticas diseminadas, antes consideradas una rareza, en la actualidad se diagnostican a menudo en unidades de cuidado intensivo neonatal. Esta incidencia creciente se relaciona con la supervivencia del lactante de muy bajo peso al nacer.

Dentro de los factores que favorecen a este aumento de incidencia podemos nombrar los procedimientos invasivos, asistencia respiratoria mecánica, uso de antibióticos de amplio espectro y alimentación parenteral, los que, sumados a las características inmunológicas propias del recién nacido, predisponen a esta infección.

Candida albicans interviene en 80 a 90% de las infecciones micóticas humanas y se estima que origina el 75% de las infecciones neonatales, a la vez que también hay informes de infecciones con especies que no son *albicans* (como *C. tropicalis* y *C. parapsilosis*).¹

Esta experiencia intenta demostrar la importancia que adquieren las infecciones por el género *Candida* y rescatar las ventajas de la utilización del fluconazol en los pacientes en estudio, reemplazando la tradicional medicación anterior.²

Al momento de la selección de pacientes se tuvo en cuenta un nuevo concepto en materia de detección de este tipo de infecciones. Una concepción errónea era que sólo la forma de hifa era patógena, pero, es un hecho establecido que, tanto las blastosporas como las hifas pueden invadir tejidos. La blastospora suele encontrarse en superficies corporales y en líquidos y es necesaria para el inicio de una lesión. Gran número de blastosporas causan reacciones tóxicas e infla-

matorias. La proporción de hifas inducida por factores tisulares aumenta con la edad de la lesión. Las especies de *Candida* no requieren medios de cultivo especiales, empero, crecen lentamente y los cultivos deben conservarse, al menos, una semana.³

PRESENTACION DE PACIENTES

Comunicamos 14 niños asistidos en el servicio de neonatología del Sanatorio Antártida, durante el período comprendido entre el 01/01/92 al 31/07/95, que presentaron candidiasis durante la internación neonatal y como patología asociada y fueron tratados con fluconazol.

Se seleccionaron para el tratamiento los pacientes que presentaron infección micótica confirmada por hemocultivo (por vía periférica) y urocultivo por punción, cultivo de la cánula traqueal (con un promedio de diez días posnatales al detectarse la misma). Se descartaron aquéllos que presentaron levaduras en el urocultivo por punción pero con hemocultivo negativo, y otros que fueron medicados por su clínica y por la presencia de micosis intensa en boca (muguet).

De los recién nacidos (RN) tratados, 12 fueron de pretérmino (RNPT). El peso promedio fue de 1.327 g y la edad gestacional de 31,5 semanas. El 64,3% de los nacimientos fueron por cesárea. En la *Tabla 1* se presentan los diagnósticos de base de los pacientes. El 71,4% de los pacientes eran derivados de otras instituciones.

En relación a los antecedentes de riesgo para la infección por *Candida* se encontró que:

1) la prematurez (y en algunos casos prematurez extrema) estuvo presente en 12 de los 14 neonatos. Todos recibieron como parte de su tratamiento procedimientos invasivos. Once tuvieron asistencia respiratoria mecánica; 6 fueron transfundidos con sangre entera; todos ellos, por su diagnóstico principal, habían sido medicados

* Servicio de Neonatología. Sanatorio Antártida. Resistencia, Chaco.

Correspondencia: Dr. César Picón. Pueyrredón 355 (3500). Resistencia, Chaco.

con corticoides en distintas dosis y con 2 antibióticos o más por tiempo prolongado, 6 de ellos recibieron vancomicina (promedio de días, teniendo en cuenta las rotaciones: 27 días). Todos habían recibido alimentación parenteral parcial o total previamente y en algunos casos, concomitante a la infección.

Los síntomas observados más frecuentemente fueron: apneas; depresión del sensorio; actividad moderada; coloración pálido terrosa; abscesos subcutáneos; distensión abdominal. Los parámetros de laboratorio a tener en cuenta eran: hemograma parcialmente alterado sin signos francos de infección, como desviaciones a la izquierda o índice I/T alterado; plaquetopenia; descenso del hematócrito; alteración del ionograma.

En todos los pacientes el tratamiento fue realizado con fluconazol en dosis de 5 a 7 mg/kg/día; al comienzo por vía endovenosa hasta que, según la tolerancia, se pasaba a vía oral, con un promedio de 14 días de tratamiento.

Se buscaron efectos colaterales, durante el tratamiento y al finalizar el mismo mediante la realización de hepatograma, hemograma, plaquetas, glucemia, calcemia, uremia, creatininemia y EAB, en los que no se encontró ninguna variación significativa. Un solo bebé falleció como consecuencia de su prematurez extrema, shock séptico y coagulación intravascular diseminada.

De los 14 recién nacidos, 13 resolvieron su infección.

Para considerar curado al paciente se tuvo en

cuenta la sintomatología: mejor color y actividad; desaparición del reticulado y mejor perfusión y laboratorio; negativización de hemocultivo a los 7 y a los 14 días, normalización del hemograma y desaparición de leucocitosis.

DISCUSION

El manejo óptimo de las infecciones por hongos sigue siendo controversial, el rol de los agentes antimicóticos está actualmente en discusión. La intención de la medicina moderna es mejorar la calidad de vida del ser humano, brindando expectativas de vida superiores a lo que hace unos años atrás podíamos imaginar. También tiende a lograr una mayor efectividad, en la forma más acelerada posible, pero evitando todo tipo de efectos colaterales.

Hasta hace muy poco tiempo, los antimicóticos disponibles eran: la anfotericina B, la 5 flucitina, el miconazol y el ketokonazol. Entre ellos, la anfotericina B sigue siendo considerada como la droga de elección para la mayoría de las infecciones invasivas por hongos disponiendo de pocos datos sobre su farmacocinética, eficacia y toxicidad en recién nacidos de muy bajo peso. Es utilizada en forma intravenosa para el tratamiento de los pacientes con infecciones progresivas y potencialmente fatales por hongos, y su posible beneficio de salvar la vida debe ser balanceado con sus peligrosos y desagradables efectos colaterales, como por ejemplo, compromiso renal, hepático y neurológico.⁴

Recientemente ha sido desarrollada una nueva clase de agentes triazólicos antimicóticos: fluconazol. El mismo presenta ventajas importantes, siendo algunas de ellas: su disponibilidad para usos endovenoso y oral; su penetración alcanzada en todos los fluidos corporales con buena difusión a líquido cefalorraquídeo.⁵

En nuestra experiencia, la utilización del fluconazol fue muy satisfactoria, no hemos observado efectos indeseables clínicos ni de laboratorio. Solamente en 2 pacientes se observó una erupción que pudo haber estado relacionada con el ritmo de la infusión endovenosa. Se realizaron controles intratratamiento y postratamiento para verificar la desaparición de la *Candida*.

Las ventajas que pudimos observar fueron: mejor tolerancia a esta medicación; posibilidad de pasar en forma precoz a vía oral, con todos los beneficios que ello implica y ausencia de efectos colaterales.

Los resultados obtenidos nos impulsan a la realización de un trabajo prospectivo, controlado, a fin de confirmar los datos obtenidos. ■

TABLA 1

Paciente	Diagnóstico
1	S.D.R. (E.M.H.) -Sepsis- Ductus.
2	Hemorragia cerebral - Sepsis - Atelectasia pulmonar
3	Sepsis foco pulmonar
4	Sepsis connatal
5	Enterocolitis - Perforación intestinal
6	Sepsis
7	Sepsis
8	Sepsis - Hemorragia central - Displasia broncopulmonar
9	Deprimido grave - grave -Shock séptico - Coagulación intravascular diseminada
10	Sepsis con meningitis - Cardiopatía congénita - Síndrome convulsivo
11	Sepsis - Hemorragia intraventricular grado III - Hidrocefalia valvulada
12	Deprimido grave - Sepsis connatal - Cardiopatía congénita
13	Bajo peso - Sepsis connatal
14	Sepsis - Enteritis

BIBLIOGRAFIA

1. Rex JH, Pfaller MA, Rinaldi MG, Polack A, Galgini JN. Antifungal susceptibility testing. Clin Microbiol Rev 1993; 6: 367-81.
2. Jill E, Baley MD. Candidiasis neonatal: el reto actual. Clin Perinatal 1991; 2: 269.
3. Anaissie E, Bodey GP, Kantarjian H, David C, Barnet K, Bow E, Defelice R, Downs N, File T, Karam G et al. Fluconazole therapy for chronic disseminated candidiasis in patients with leukemia and prior amphotericin B therapy. Am J Med 1991; 91: 142-50.
4. Bunin N, Camitta B. Oral fluconazole for treatment of disseminated fungal infection. Pediatr Infect Dis J 1989; 8: 62.
5. Tuck S. Neonatal systemic candidiasis treated with miconazole. Arch Dis Child 1980; 55: 903.

XXXI CONARPE



**31º CONGRESO
ARGENTINO
DE PEDIATRÍA**



**SOCIEDAD
ARGENTINA DE
PEDIATRÍA**



Mendoza

24 al 27 de septiembre de 1997



**Sociedad
Argentina de Pediatría
Filial Mendoza**

**Hasta el 15 de abril de 1997 se reciben resúmenes de Trabajos Libres.
Informes e inscripción en Entidad Matriz y en la Filial Mendoza:
Casilla de Correo 484 (5500) Mendoza. Telefax: (54) 61-261997**

Comités de la SAP

Aproximación al diagnóstico de las inmunodeficiencias primarias

SUBCOMISION DE INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS DE LA SAP*

ARCH ARG PEDIATR / 1996 / VOL. 94: 337

El propósito de esta Subcomisión es comunicar a los pediatras conceptos útiles para el diagnóstico de las inmunodeficiencias primarias (IDP), procurando mejorar su pronóstico a través de terapéuticas oportunas.

La incidencia de estas enfermedades se estima en alrededor de 1 en 10.000 nacidos vivos,¹ sin tener en cuenta la deficiencia selectiva asintomática de IgA cuya frecuencia es mucho más alta (1/600 a 1/800). El mayor número de IDP reconocido y la mayor difusión de su conocimiento entre clínicos, sobre todo pediatras, permitió elevar el número de diagnósticos. En Francia, por ejemplo, los casos de inmunodeficiencias combinadas severas (IDCS) comunicados se han incrementado de 1 en 200.000 en los primeros años de la década del 70 a 1 en 75.000 entre 1986 y 1990, indicando un marcado progreso en el diagnóstico.² Por otra parte, la mayor sobrevivencia de los pacientes como consecuencia de diagnósticos más precoces y terapéuticas más eficaces originó también un aumento de los casos en seguimiento.

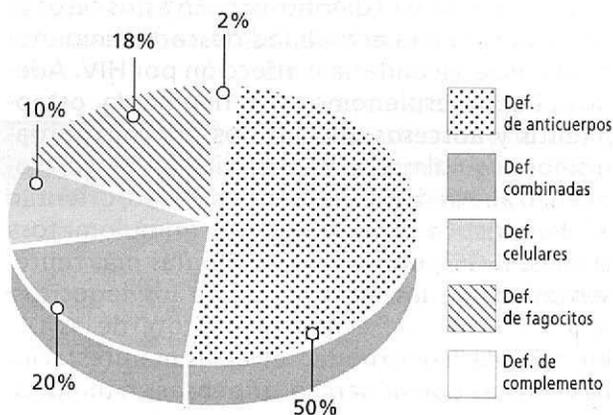
Es conveniente enfatizar que la mayoría de las IDP comienzan a expresarse en la primera década de la vida, comprometiendo por lo tanto a los pediatras en la tarea de diagnosticarlas oportunamente. El diagnóstico temprano es vital para algunas de estas enfermedades como las IDCS y es un factor muy importante para mejorar el pronóstico de todas ellas.

Considerando su frecuencia relativa, se puede observar que el 50% corresponde a las deficiencias predominantes de anticuerpos, siempre excluyendo las deficiencias selectivas asintomáticas de IgA (Gráfico 1); este dato es de indudable importancia práctica porque la mayoría de estas IDP pueden diagnosticarse, al menos parcialmente, con técnicas de laboratorio al alcance del médico pediatra. Esta posibilidad refuerza la necesidad de un diag-

nóstico oportuno que, junto con una terapéutica adecuada, es requisito indispensable para la mejor evolución de estos pacientes.

ASPECTOS CLINICOS DE LAS IDP

Es lógico esperar que una de las principales consecuencias de las deficiencias de la respuesta inmune sea la aparición de infecciones. Infecciones recurrentes, crónicas y/o severas constituyen el fenómeno más relevante en todas las inmunodeficiencias y son producidas, según el área de la respuesta inmune afectada, preferentemente por patógenos extracelulares en las deficiencias de anticuerpos e intracelulares o a gérmenes inusuales oportunistas en las deficiencias celulares o combinadas. En pacientes con estas patologías infecciosas adquiere importancia la búsqueda de antecedentes familiares, ya que la mayor parte de



Fuente: Stiehm E.R.: Immunodeficiency disorders: General considerations. En Stiehm ER (ed): Immunologic Disorders in Infants and Children. Philadelphia: W.B. Saunders, 1996: 203.

GRÁFICO 1
Distribución relativa de las
inmunodeficiencias primarias
(Excluida la deficiencia de IgA)

* Craviotto R.J., Rivas M.E., Feldman G., Zelazko M.

ellas son de origen genético. La edad de comienzo de las infecciones suele ser tanto más precoz cuanto más severa es la inmunodeficiencia. La localización de las infecciones es variable, siendo el aparato respiratorio el más frecuentemente comprometido; también se observa diarrea crónica o persistente por giardias en las deficiencias de anticuerpos. BCG sistémica puede ser indicador de compromiso de la inmunidad celular.

En el examen físico es posible comprobar retraso del crecimiento. Los órganos linfoides periféricos suelen hallarse hipotróficos, con algunas excepciones, como por ejemplo en la inmunodeficiencia con hiper IgM y en aproximadamente el 30% de las inmunodeficiencias comunes variables (IDCV), donde puede haber esplenomegalia y/o adenomegalias. Por Rx de cavum es factible comprobar la hipotrofia de adenoides (ej.: agamaglobulinemia ligada al X) y por Rx simple de tórax, frente y perfil, la ausencia de imagen tímica (ej.: IDCs y síndrome de Di George).

Algunos enfermos pueden expresar fenotipos correspondientes a síndromes clínicos bien definidos asociados a inmunodeficiencia, como ocurre en la ataxia telangiectasia o en los síndromes de Wiskott-Aldrich y Di George. Pacientes con IDCV pueden presentar fenómenos autoinmunes, por lo general citopenias hemáticas. Muguet persistente o recurrente, neumonía (especialmente por *Pneumocystis carinii*) y diarrea crónica en lactantes que no progresan correctamente durante los primeros meses de vida son patologías comunes en IDCs; los antecedentes familiares positivos y la linfopenia en el hemograma contribuyen a orientar el diagnóstico. En estos casos es importante en la actualidad descartar inmunodeficiencia secundaria a infección por HIV. Adenitis, hepatoesplenomegalia, neumonía, osteomielitis y abscesos, producidos por microorganismos normalmente de baja virulencia, con comienzo alrededor de los 2 años de edad, orientan al diagnóstico de enfermedad granulomatosa crónica (EGC), una de las patologías más representativas de las deficiencias de los fagocitos, aunque de escasa frecuencia en el total de las IDP. En la *Tabla 1* se exponen diversas manifestaciones clínicas que deben hacer pensar en inmunodeficiencia.

En general es la patología infecciosa con las características mencionadas la que obliga a estudiar al paciente con enfoque inmunológico, descartadas otras patologías asociadas a infecciones reiteradas. Distinguir por antecedentes y examen clínico entre un niño normal y uno con potencial

defecto inmunológico es uno de los tantos desafíos que suelen presentarse al médico pediatra, quien deberá decidir, en caso de presumir una falla de la inmunorrespuesta, qué pruebas de laboratorio iniciales debe indicar para orientar más firmemente el diagnóstico de inmunodeficiencia.

LABORATORIO. PRUEBAS INICIALES

Hemograma

Dentro de los análisis "de rutina", el hemograma puede aportar datos útiles. Un recuento absoluto normal de neutrófilos hace poco probable el diagnóstico de neutropenias congénitas y adquiridas, así como severos defectos de moléculas de adhesión, en los cuales suele haber una significativa elevación de los neutrófilos aun en ausencia de infección;³ en niños con albinismo

TABLA 1
Fenómenos clínicos asociados con
inmunodeficiencia

Fenómenos frecuentemente presentados y muy sospechosos

Infección crónica
Infección recurrente (mayor que la esperada)
Agentes infectantes inusuales
Incompleto control de infección entre episodios o incompleta respuesta al tratamiento

Fenómenos frecuentemente presentados y moderadamente sospechosos

Erupción cutánea (eczema, candidiasis cutánea, etc.)
Diarrea (crónica)
Escaso crecimiento
Hepatoesplenomegalia
Abscesos recurrentes
Osteomielitis recurrente
Evidencia de autoinmunidad

Fenómenos asociados con inmunodeficiencias específicas

Ataxia
Telangiectasias
Enanismo de miembros cortos
Hipoplasia cartílagos-pelo
Endocrinopatía idiopática
Albinismo parcial
Trombocitopenia
Eczema
Tetania

Fuente: Ammann A.J.: Mechanisms of immunodeficiency. In Stites PP, Terr AI, Parslow T.E. (ed): Basic and Clinical Immunology. Connecticut, Appleton and Lange, 1994, pag. 263.

parcial la presencia de granulaciones gigantes en los granulocitos es confirmatoria para enfermedad de Chediak-Higashi. Valores bajos de linfocitos inducen a pensar en deficiencia de la inmunidad mediada por células; es importante recordar que los niveles normales del recuento linfocitario son muy elevados en el lactante y niño pequeño, en los cuales puede considerarse significativo un recuento menor a 3.000 linfocitos por mm^3 . Finalmente, la normalidad en el tamaño y número de las plaquetas permite excluir el síndrome de Wiskott-Aldrich.

Anticuerpos

Cuando se sospecha una inmunodeficiencia con compromiso de la respuesta de anticuerpos, no cabe duda de que la cuantificación de inmunoglobulinas (Igs) séricas M, G y A es la prueba de mejor relación costo-beneficio, debiéndose considerar deficientes valores menores a 2 DE de la media normal para la edad del paciente (Tabla 2); hipergamaglobulinemias suelen encontrarse en las infecciones por HIV y en la EGC. El dosaje de las subclases de IgG presenta todavía dificultades en la estandarización de las técnicas empleadas y en la confiabilidad de los valores normales de referencia. Para asignar valor a las deficiencias de subclases de IgG es conveniente contar con reiteración confirmatoria, además de asociación con clínica significativa y, de ser posible, con anomalías detectadas en estudios funcionales de síntesis de anticuerpos. Estos estudios permiten evaluar no sólo la funcionalidad del linfocito B sino también la de las células presentadoras, linfocitos T colaboradores, citoquinas y moléculas de adhesión que intervienen en los fenóme-

nos intercelulares. Son útiles la titulación de iso-hemaglutininas luego de los 8 meses de edad en pacientes que no posean grupo sanguíneo AB, el nivel de ASTO luego de los 2 años de edad, los estudios serológicos consecutivos a infecciones o inmunizaciones y, sobre todo, la evaluación de la síntesis de anticuerpos luego de estimulación con antígenos proteicos (ej.: toxoide tetánico) y polisacáridos (ej.: polisacáridos neumocócicos). Es importante recordar que, ante la sospecha de una inmunodeficiencia, nunca deben emplearse vacunas con micobacterias o virus vivos atenuados hasta precisar el tipo y grado de inmunodeficiencia.

Si se presume agamaglobulinemia ligada al X, es fundamental la cuantificación de linfocitos B.

Inmunidad mediada por células

Las pruebas para hipersensibilidad cutánea retardada frente a antígenos que produjeron estimulación previa son económicas y útiles para valorar la funcionalidad del linfocito T, aunque su confiabilidad es menor en los lactantes. Si fueran negativas o difíciles de evaluar y hay fuerte sospecha de compromiso de la inmunidad celular, deberán realizarse estudios más complejos que incluyan poblaciones y proliferación linfocitaria en centros especializados.

Fagocitos y complemento

La prueba del nitroblue tetrazolium (NBT) es adecuada para comenzar a evaluar una probable deficiencia de los fagocitos para la producción de anión superóxido como ocurre en la EGC y el poder hemolítico del complemento al 50% (CH50) para valorar globalmente el sistema complementario, aunque por la escasa incidencia de las deficiencias de este sistema es muy poco probable que el pediatra afronte esta posibilidad diagnóstica.

Es importante remarcar que, dentro del conjunto de estudios mencionados y dado el predominio de las deficiencias de anticuerpos, la cuantificación de las Igs séricas M, G y A por inmunodifusión radial o por nefelometría es la prueba que puede brindar más información en el estudio inicial de un paciente con una probable inmunodeficiencia, con la ventaja de poder ser rea-

TABLA 2
Niveles normales de inmunoglobulinas séricas (*)

Edad	IgG	IgM	IgA
RN	1.031 ± 200	11 ± 05	02 ± 03
1-3 meses	430 ± 119	30 ± 11	21 ± 13
4-6 meses	427 ± 186	43 ± 17	28 ± 18
7-12 meses	661 ± 219	54 ± 23	37 ± 18
13-24 meses	762 ± 209	58 ± 23	50 ± 24
25-36 meses	892 ± 183	61 ± 19	71 ± 37
3-5 años	929 ± 228	56 ± 18	93 ± 27
6-8 años	923 ± 256	65 ± 25	124 ± 45
9-11 años	1.124 ± 235	79 ± 33	131 ± 60
12-16 años	946 ± 124	59 ± 20	148 ± 63
Adultos	1.158 ± 305	99 ± 27	200 ± 61

(*): mg/dl, Media ± 1 DE

Fuente: Stiehm ER, Fudenberg HH, Pediatrics. 1966; 37: 717.

lizada en laboratorios no especializados, lo que en general no es factible para la mayoría de los otros análisis mencionados.

REGISTRO NACIONAL DE INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS

En los últimos veinte años los avances en el conocimiento de la respuesta inmune, en muchos casos a partir del estudio de las mismas IDP, junto con el perfeccionamiento de la tecnología, especialmente las técnicas de anticuerpos monoclonales y la biología molecular, han permitido clasificar a las IDP en grupos, de acuerdo a los componentes del sistema inmune predominantemente alterados. Esta descripción ha avanzado definiendo desde las alteraciones morfológicas de cada enfermedad hasta la identificación de las bases moleculares de varias de ellas, determinadas genéticamente.

Estos adelantos influyeron mejorando el tratamiento de estos síndromes, con implicancias futuras para una mejor resolución de los mismos, especialmente a través de las posibilidades de la terapia genética.

En 1994 la OMS presentó la última descripción de las IDP,⁴ en base a la cual elaboramos la clasificación y el instructivo (*Tabla 3 y 4*) empleados para realizar el registro nacional de esta patología. Se puede observar la heterogeneidad de los síndromes dentro de cada grupo y es nuestro propósito en esta comunicación resumir las características clínicas que orientan el diagnóstico en cada caso y sirven de guía para el pedido de los correspondientes estudios complementarios. Ante la sospecha clínica de IDP, es la evaluación del laboratorio la que confirma o descarta el diagnóstico. La definición de inmunocompetencia requiere de análisis cuantitativos y del estudio de la respuesta funcional de sus componentes. Actualmente la mayoría de los laboratorios realizan las valoraciones cuantitativas pero existen limitaciones metodológicas para las pruebas funcionales por la mayor complejidad de estas técnicas.

La Subcomisión de Inmunodeficiencias Primarias del Comité de Alergia e Inmunología de la SAP ofrece a los pediatras la posibilidad de contribuir a resolver las dificultades que surjan para llegar al diagnóstico de estas enfermedades. Este ofrecimiento, de acuerdo al requerimiento del médico o grupo de trabajo, incluye la colaboración para interconsultas sobre aspectos clínicos o de tratamiento de los pacientes, puesta a punto de técnicas de laboratorio o realización de estudios que no

TABLA 3
Inmunodeficiencias primarias. Clasificación

A : Inmunodeficiencias combinadas

- A1: Combinada severa
 - a) ligada al X
 - b) autosómica recesiva
- A2: Deficiencia de ADA
- A3: Deficiencia de PNP
- A4: Deficiencia de moléculas clase 2 del CMH
- A5: Disgenesia reticular
- A6: Deficiencia de expresión de CD3 gama o CD3 epsilon
- A7: Deficiencia de células CD8

B : Deficiencias predominantes de anticuerpos

- B1: Agamaglobulinemia ligada al X
- B2: Agamaglobulinemia ligada al X con deficiencia de hormona de crecimiento
- B3: Inmunodeficiencia con hiper IgM
- B4: Deleción del gen de cadenas pesadas
- B5: Deficiencia de cadenas kappa
- B6: Deficiencia de IgA
- B7: Deficiencia de subclases de IgG con deficiencia de IgA o sin ella
- B8: Inmunodeficiencia común variable
- B9: Hipogamaglobulinemia transitoria de la infancia
- B10: Deficiencia selectiva de anticuerpos con inmunoglobulinas normales

C : Inmunodeficiencias asociadas a otras anomalías bien definidas

- C1: Síndrome de Wiskott Aldrich
- C2: Ataxia-telangiectasia
- C3: Síndrome de Di George

D : Otros síndromes asociados a inmunodeficiencia

- D1: Síndrome con hiper IgE
- D2: Candidiasis mucocutánea crónica
- D3: Inmunodeficiencia con respuesta inadecuada al VEB
- D4: Síndrome con albinismo parcial
- D5: Enanismo de miembros cortos

E : Defectos de la función de los fagocitos

- E1: Enfermedad granulomatosa crónica
 - a) ligada al X
 - b) autosómica recesiva
- E2: Deficiencia de adhesión leucocitaria
 - a) Deficiencia de CD18
 - b) Deficiencia de fucosa
- E3: Deficiencia de glucosa-6-fosfato dehidrogenasa en neutrófilos
- E4: Deficiencia de mieloperoxidasa
- E5: Deficiencia de gránulos secundarios
- E6: Síndrome de Schwachman

F : Deficiencias del sistema complemento

- | | | |
|---------|---------|-------------------|
| F1: C1q | F6 : C5 | F11: C1 inhibidor |
| F2: C1r | F7 : C6 | F12: Factor I |
| F3: C4 | F8 : C7 | F13: Factor H |
| F4: C2 | F9 : C8 | F14: Factor D |
| F5: C3 | F10: C9 | F15: Properdina |

G : No clasificables

TABLA 4

Instructivo de la clasificación de las inmunodeficiencias primarias**A: INMUNODEFICIENCIAS COMBINADAS**

Ref.: N: Normal, D: Disminución, A: Aumento, LX: Ligada al X, AR: Autos. recesiva, AD: Autos. dominante

Designación	Igs séricas	Células B	Células T	Herencia
A1: Combinada severa (IDCS)				
a) Ligada al X	D	N o A	Marcada D	LX
b) Autosómica recesiva	D	Marcada D	Marcada D	AR
A2: Deficiencia de ADA	D	D Progresiva	D Progresiva	AR
A4: Deficiencia de moléculas de clase 2 del CMH	N o D	N	D: CD4	AR
A5: Disgenesia reticular	D	Marcada D	Marcada D	AR
A6: Deficiencia de CD3 gama o epsilon	N	N	N	AR
A7: Deficiencia de CD8	N	N	D: CD8	AR

Designación	Patología asociada	Características clínicas (comunes a todas)
A1:		Inicia la sintomatología en los primeros meses de vida, con infecciones persistentes o recurrentes, fúngicas, virales, parasitarias o bacterianas. Detención del crecimiento. Candidiasis persistente. Diarrea crónica. Frecuente infección respiratoria por <i>P. carinii</i>
A2:	Anormalidades cartilag. y óseas	
A3:	Anemia	
A4:		
A5:	Pancitopenia	
A6:		
A7:		

B. DEFICIENCIA PREDOMINANTE DE ANTICUERPOS

Designación	Ig Séricas	Células B	Herencia
B1: Agamaglobulinemia ligada al X	D de todos los isotipos	Ausentes o marc. D	LX
B2: Igual a B1 con defíc. de hormona de crecimiento	Igual a B1	Igual a B1	LX
B3: Inmunodeficiencia con hiper IgM	N o A del IgM e IgD con D de otros isotipos	Sólo IgM e IgD de sup.	LX, AR y desconocida
B4: Deleción del gen de cadenas pesadas. Región 14q32	D de IgG1, IgG2 o IgG4	N	AR
B5: Defíc. de cadenas kappa	D de cadenas kappa. (Resp. a anticuerpos N o D)	Igs D	AR
B6: Deficiencia de IgA	D de IgA1 e IgA2 (< 5mg/dl en mayores de 2 años)	N	AR y desc.
B7: Defíc. de subclases de IgG con D de IgA o sin ella	D de 1 o más subclases	Desconocido	Desconocida
B8: Inmunodef. común variable	D variable de varios isotipos (Resp. anticuerpos D)	N o D	AR, AD y desc.
B9: Hipogamaglobulinemia transitoria de la infancia	D transitoria de IgG e IgA	N	Desconocida
B10: Deficiencia de anticuerpos con Igs normales	N	N	Desconocida

Designación	Características clínicas
B1:	Infecciones piógenas recurrentes a partir del segundo semestre de vida. Hipotrofia del tejido linfático. Bronquitis, otitis, conjuntivitis crónica, neumonías. Sepsis sin adeno-esplenomegalia.
B2:	Igual a B1, más talla baja.
B3:	Infecciones piógenas recurrentes. Adenomegalias y/o hepatoesplenomegalia. Enfermedades autoinmunes: anemia, trombocitopenia, neutropenia.
B4:	Asintomáticos. Pueden presentar infecciones piógenas.
B5:	Asintomáticos.
B6:	Pueden ser asintomáticos. Con frecuencia infecciones senopulmonares; menos frec. digestivas. Asocian enfermedades autoinmunes y/o alérgicas.
B7:	Infecciones bacterianas de vías respiratorias altas y bajas. Frec. bronquitis obstructivas.
B8:	Similar a B1, pero puede comenzar a cualquier edad y se presenta en ambos sexos. Mayor incidencia de enfermedades autoinmunes y linfoproliferación benigna y/o maligna. Pueden presentar granulomas no caseificantes.
B9:	En general mayor frecuencia de infecciones respiratorias y digestivas de fácil manejo. En ocasiones son más serias, comportándose como agamaglobulinémicos. Se normalizan entre los 2 y 3 años. Frecuente en familias con otras inmunodeficiencias.
B10:	Como consecuencia de la deficiente respuesta a antígenos, habitualmente polisacáridos, pueden presentar infecciones senopulmonares recurrentes.

Tabla 4 (continuación)

C. INMUNODEFICIENCIAS ASOCIADAS A OTRAS ANOMALIAS BIEN DEFINIDAS

Designación	Igs Séricas	Células B	Células T	Herencia
C1: Síndr. de Wiskott-Aldrich:	D de IgM. D de respuesta a antígenos polisacáridos	N	D progresiva	LX
C2: Ataxia telangiectasia:	Frecuente D de IgA, IgE, Subclases de IgG	N	D progresiva	AR
C3: Síndrome de Di George:	N o D	N	D	Desconocida

Designación**Características clínicas y defectos asociados**

C1:	Eczema, trombocitopenia con plaquetas pequeñas, infecciones recidivantes generalmente bacterianas. Mayor frecuencia de tumores malignos linforreticulares.
C2:	Ataxia, telangiectasias. Frecuentes infecciones senopolmonares. Aumento de alfa fetoproteína. Defectos en la reparación del DNA. Mayor frecuencia de tumores malignos linfoproliferativos.
C3:	Tetania por hipoparatiroidismo. Cardiopatías congénitas. Facies característica: micrognatia, anomalía e implantación baja del pabellón auricular, hipertelorismo. Frec. el síndrome es incompleto.

D. OTROS SINDROMES ASOCIADOS A INMUNODEFICIENCIA**Designación****Manifestaciones clínicas y alteraciones inmunológicas**

D1: Síndrome de inmunodeficiencia con hiper IgE	Abscesos estafilocócicos recurrentes fundamentalmente en piel y en pulmón. Candidiasis. Rasgos faciales groseros. Dermatitis pruriginosa. Aumento marcado de IgE sérica (generalmente > 2.000 u/ml). Eosinofilia. Defectos variados de leucotaxis y de la inmunidad celular y humoral. Herencia AR.
D2: Candidiasis mucocutánea crónica	Infección persistente por <i>Candida</i> , asociada frec. con endocrinopatía autoinmune. Las de comienzo temprano son más graves y presentan lesiones granulomatosas. Excepcionalmente compromete vísceras. En la forma familiar AR predomina la endocrinopatía. Se encuentra disminución de respuesta a <i>Candida</i> en cultivo de linfocitos y alergia cutánea. Pueden detectarse autoanticuerpos contra glándulas endocrinas.
C3: Inmunodeficiencia con respuesta inadecuada al virus de EB	Enfermedad ligada al X, se presenta en individuos sanos hasta el primer contacto con el VEB. La infección puede ser fatal o evolucionar a un linfoma maligno o a una inmunodeficiencia con agamaglobulinemia. Se asocia disminución de la relación CD4/CD8, disminución de la función NK y citotóxica específica contra VEB.
C4: Síndromes con albinismo parcial	Comprende el s. de Chediak-Higashi y el s. de Griscelli. Ambos de herencia AR con albinismo parcial oculocutáneo. Gránulos citoplasmáticos gigantes en PMN en el Chediak-Higashi. Infecciones piógenas frecuentes, disminución de función de las células NK y de la quimiotaxis en ambos y además, descenso de las Igs en el s. de Griscelli. Son características las llamadas crisis aceleradas con infiltración linfocitaria polivisceral, fiebre y pancitopenia.
D5: Enanismo de miembros cortos	Comprende un grupo de displasias metafisarias o espondiloepifisarias, de herencia AR. Incluye el síndrome de hipoplasia cartilago-pelo. Puede presentar disfunción B con hipogamaglobulinemia y disfunción T de severidad variable hasta IDCS.

E. EFECTOS DE FUNCION DE LOS FAGOCITOS

Designación	Cél. afectadas	Defecto funcional	Herencia
E1: Enf. granulomatosa cr. a) Ligada al X b) Autosómica recesiva	Fagocitos	Incapacidad para destruir los microbios fagocitados; alteración en la producción de anión superóxido por defecto de la NADH-oxidasa (*)	LX AR
E2: Def. de adhesión leucocitaria a) Def. síntesis de CD18 b) Def. síntesis de fucosa	Fagocitos, linfocitos, NK	Defectos de la movilidad, adherencia, quimiotaxis y endocitosis	AR
E3: Def. de glucosa-6-fosfato dehidrogenasa	Neutrófilos	Defecto de la actividad microbicida	AR
E4: Def. de mieloperoxidasa	Fagocitos	Defecto de la actividad microbicida	AR
E5: Def. de gránulos secundarios	Neutrófilos	Defecto de la actividad microbicida.	AR
E6: Síndr. de Schwachman	Neutrófilos	Ausencia de gránulos de lactoferrina Quimiotaxis	AR AR

Designación**Manifestaciones clínicas**

E1:	Infecciones recurrentes, severas, por gérmenes productores de catalasa: estafilococo, <i>Candida</i> , <i>Aspergillus</i> , <i>Nocardia</i> , etc., con formación de granulomas y abscesos en piel, hígado, pulmón, ap. digestivo, huesos. Leucocitosis, hipergamaglobulinemia, hepatoesplenomegalia.
E2:	Cicatrización lenta, caída tardía del cordón umbilical, infecciones bacterianas recurrentes con lesiones necróticas en piel, en especial a Gram(-) y estafilococos, periodontitis y adentia. Leucocitosis con pobre formación de material purulento. Agrega retardo mental en el grupo (b).
E3:	Clínica similar a E1 pero de presentación más tardía. Anemia.
E4:	La mayoría asintomáticos. El resto presenta infecciones recurrentes, severas por <i>Candida</i> .
E5:	Infecciones en piel. Enfermedad pulmonar progresiva.
E6:	Anemia, trombocitopenia, hipogamaglobulinemia. Insuficiencia pancreática.

(*) La prueba de NBT es empleada inicialmente para evaluar este defecto.

Tabla 4 (continuación)

F. DEFICIENCIAS DEL SISTEMA COMPLEMENTO

Designación	Herencia	Manifestaciones clínicas
F1 : Def. de C1q	AR	Síndrome similar al LES
F2 : Def. de C1r	AR	Síndrome similar al LES
F3 : Def. de C4	AR	Síndrome similar al LES
F4 : Def. de C2	AR	Síndrome similar al LES. Vasculitis, polimiositis
F5 : Def. de C3	AR	Infecciones piógenas recidivantes
F6 : Def. de C5	AR	Síndromes similar al LES. Infecciones por neiseria (meningitis, artritis)
F7 : Def. de C6	AR	Infecciones por neiseria. Síndr. LES
F8 : Def. de C7	AR	Infecciones por neiseria. Síndr. LES
F9 : Def. de C8	AR	Infecciones por neiseria. Síndr. LES
F10 : Def. de C9	AR	Infecciones por neiseria.
F11 : Inhibidor C1q	AD	Edema angioneurótico familiar
F12 : Factor I	AR	Infecciones piógenas recurrentes
F13 : Factor H	AR	Infecciones piógenas recurrentes
F14 : Factor D	AR?, LX	Infecciones por neiseria
F15 : Properdina	LX	Infecciones por neiseria

TABLA 5

Ficha para el registro nacional de inmunodeficiencias primarias

DATOS DEL PACIENTE

1. Apellido y nombre: _____
2. Fecha de nacimiento: _____
3. Sexo: M _____ F _____
4. Lugar de nacimiento: Provincia _____ Localidad _____
5. Domicilio: _____ Provincia _____ Localidad _____

DIAGNOSTICO

6. Categoría diagnóstica: _____
7. Antecedentes familiares. Datos clínicos y de laboratorio que fundamentan el diagnóstico y categoría: _____

8. Fecha de diagnóstico: _____
9. Inmunodeficiencia no clasificable (describir características clínicas y de laboratorio): _____

10. Seguimiento: _____ Tiempo (años/meses): _____ Evolución desconocida: _____
Fallecido: _____ Fecha: _____ Causa: _____
11. Origen de padres y abuelos (etnias): _____
12. Otros datos sobre el paciente (enfermedades asociadas, complicaciones): _____

13. TRATAMIENTO

Gamaglobulina: Intramuscular: _____ Endovenosa: _____
 Trasplante de médula ósea: Histoidéntico: Familiar: _____ No relacionado _____ No histoidéntico: _____
 Hormonas tínicas: Sí: _____ No: _____ Interferón: Sí: _____ No: _____
 Otros: _____

14. DATOS DE LA INSTITUCION Y/O DEL MEDICO TRATANTE

Nombre de la institución: _____ Dirección: _____
 Nombre del médico: _____ Dirección: _____

15. FECHA del presente registro: _____

puedan llevarse a cabo en el lugar de procedencia. Para estos fines esta Subcomisión cuenta con la colaboración de los Servicios de Inmunología de los Hospitales P. de Elizalde, J.P. Garrahan y R. Gutiérrez de Buenos Aires y Sor Ludovica de La Plata. Finalmente, para cumplir con el objetivo del

Registro Nacional de Inmunodeficiencias Primarias es importante la colaboración de los pediatras de todo el país, quienes deben remitir a la Sede Central de la SAP, llenando la ficha correspondiente (*Tabla 5*), los casos que tengan registrados en los últimos diez años. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Stiehm ER. Immunodeficiency disorders. General considerations. En Stiehm ER (ed). Immunologic Disorders in Infants and Children. Philadelphia: WB Saunders, 1996; 205.
2. Fischer A. Severe combined immunodeficiencies. Immunodeficiency Reviews 1992; 3: 83-100.
3. Buckley RH. Immunodeficiency diseases. JAMMA 1992; 268: 2797-2806.
4. WHO Scientific Group. Primary Immunodeficiencies Diseases. Clin Exp Immunol 1995, 99: (Suppl 1).



2das. Jornadas Conjuntas sobre ASMA, ALERGIA E INMUNOLOGIA "Actualización en Diagnóstico y Terapéutica"

**4, 5 y 6 de junio de 1997
Sheraton Hotel & Towers, Buenos Aires, Argentina**

Organizan: *Sociedad Argentina de Pediatría
Comité de Alergia e Inmunología
Asociación de Alergia, Asma e Inmunología "Buenos Aires"*

Pediatría práctica**El diagnóstico de las alteraciones del equilibrio ácido-base desde la fisiología**

Dr. HORACIO REPETTO*

ARCH ARG PEDIATR / 1996 / VOL. 94: 345

ASPECTOS FISIOLÓGICOS

La concentración de ion hidrógeno libre en el líquido extracelular es del rango nanomolar (la millonésima parte de milimolar, es decir una magnitud inconcebiblemente pequeña). El organismo tiene mecanismos que actúan permanentemente para mantenerla entre 35 y 45 nanomoles/litro. Cuando se mueve fuera de estos valores, las células perciben que algo no está bien. Las estructuras responsables de mantener los elementos de un lado y otro de las membranas cambian su funcionamiento, al igual que las organelas intracelulares. También las sustancias que funcionan como mensajeros y los intermediarios de todos los fenómenos biológicos alteran su equilibrio.

Debido a esta baja concentración, en el laboratorio se mide la actividad eléctrica del protón con un electrodo y se expresa como unidades de pH, cuya relación con la concentración es, para el promedio y rango normales:

40 nanomoles/l:	pH 7,40
35 nanomoles/l:	pH 7,43
45 nanomoles/l:	pH 7,37

El mecanismo que regula este equilibrio es el de los amortiguadores (buffers). El anión de un ácido que se disocia poco (débil) sirve para aceptar hidrogenión libre cuando aumenta su concentración o para liberarlo del ácido cuando baja su concentración. Existen numerosos pares amortiguadores en el organismo y, de acuerdo al principio isohídrico, la relación entre la concentración del anión disociado y el ácido será la misma para todos los pares amortiguadores de la solución. Este fenómeno está expresado en la ecuación de Hendersohn-Hasselbach:

$$\text{pH} = \text{pK} + \log \frac{\text{base}}{\text{ácido}}$$

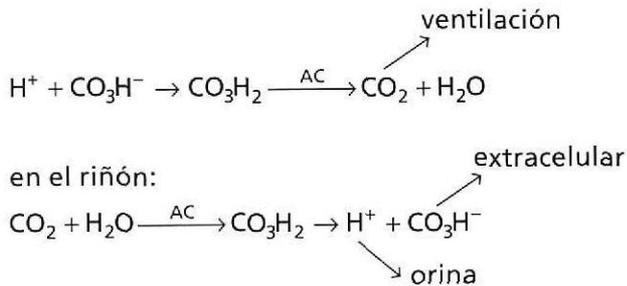
Debido a que el organismo puede regular la concentración del ácido carbónico y del anión bicarbonato en forma eficiente y económica –aun cuando su constante de disociación no es la mejor– éste es el sistema amortiguador más importante del líquido extracelular y la determinación de sus componentes nos permite evaluar el comportamiento de los aparatos y sistemas involucrados en el mantenimiento del equilibrio ácido-base (ver principio isohídrico).

El aparato respiratorio y el sistema nervioso, a través de la regulación de la ventilación, son responsables del manejo del ácido carbónico y el riñón se encarga de la regulación del bicarbonato.

Si entendemos lo que está ocurriendo en cada instante en los organismos sanos, podremos ver con más facilidad las alteraciones que se presentan en estados patológicos.

Como producto del metabolismo de las proteínas (y algo menos de los lípidos) se producen diariamente 1-1,5 mEq/kg de peso corporal/día de hidrogeniones en el adulto. En el niño, debido a su metabolismo más acelerado por el crecimiento, la producción es aproximadamente el doble por unidad de masa. El H⁺ accede al espacio extracelular donde titula el bicarbonato convirtiéndolo en ácido carbónico. Este se encuentra disuelto como dióxido de carbono y, al aumentar su presión parcial, es eliminado fácilmente por los alvéolos pulmonares. La disociación del ácido en dióxido y agua es facilitada por una enzima diseminada en todo el organismo: la *anhidrasa carbónica* (AC). El bicarbonato utilizado en la titulación inicial es recuperado por el riñón a través de la secreción de un H⁺, cerrando el círculo con una total economía:

* Prof. Adjunto del Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Servicio de Pediatría Hospital Posadas.



Cualquier alteración en el balance de ácidos o bases, o en el funcionamiento de los órganos que se encargan de mantenerlo, llevará a situaciones fisiopatológicas que se denominarán metabólicas si tienen que ver con los ácidos fijos o el bicarbonato, y respiratorias cuando es el ácido volátil (CO_3H_2) el comprometido. En las situaciones clínicas no es raro que ambos sistemas estén alterados y el análisis cuidadoso de los antecedentes, el examen físico y el laboratorio nos permiten aproximar el diagnóstico correcto y, por lo tanto, el mejor manejo de los pacientes.

ENFOQUE DIAGNOSTICO (Tabla 1)

- 1° *Interrogatorio*: debe rescatar datos sobre síntomas respiratorios, diuresis, pérdidas anormales de líquidos (diarrea, poliuria, sudoración profusa, vómitos), estados catabólicos, otras enfermedades intercurrentes o enfermedades crónicas, antecedentes familiares (por ej.: diabetes, fibrosis quística del páncreas, etc.)
- 2° *Examen físico*: completo, registrando especialmente datos cuantitativos como: peso, frecuencia cardíaca y respiratoria, presión arterial, perfusión periférica, sed, sensorio y signos que evalúen el estado de hidratación.
- 3° *Laboratorio*: los tres datos que permiten evaluar en un punto dado el estado ácido-base de la sangre son:
 - *el pH*: expresa la actividad del H^+ libre. Se expresa en unidades de pH.
 - *la pCO_2 (presión parcial de dióxido de carbono)*: cuantifica con precisión el nivel de ventilación pulmonar. Se expresa en mm de mercurio (mmHg), sus valores normales dependen del origen de la sangre (arterial, capilar arterioli-

zada o venosa) y de la fracción inspirada de oxígeno ($FI O_2$). Su rango normal en sangre arterial respirando aire ambiente ($FI O_2$: 0,21) es de 35 a 45 mm Hg.

- *el CO_3H^-* : sirve para estimar la concentración del componente metabólico. Se expresa como mmol/l (al ser monovalente es lo mismo que mEq/l). La ventaja que tiene sobre otras medidas del componente metabólico es que nos informa de un electrólito real y presente en el plasma, que tiene un volumen de distribución medible y que se puede modificar terapéuticamente variando cantidades y concentraciones que administramos por vía parenteral o intestinal.

La determinación de estos tres datos en el laboratorio se hace habitualmente con electrodos que miden la actividad eléctrica del H^+ y se expresan como pH y la presión parcial de CO_2 . El bicarbonato es calculado por la fórmula de Henderson-Hasselbach.

Esto muestra que tiene que existir una coherencia matemática entre los tres valores que puede controlarse usando la fórmula de Henderson:

$$[H^+] = \frac{24 \times pCO_2}{CO_3H^-}$$

La relación entre pH y $[H^+]$ se puede obtener

TABLA 1

1° Interrogatorio	
2° Examen físico	
3° Laboratorio	pH actividad o concentración de H^+ pCO_2 componente respiratorio CO_3H^- componente metabólico
4° Coherencia interna	$[H^+] = \frac{24 \times pCO_2}{CO_3H^-}$
5° Respuesta compensadora	
Acidosis metabólica	→ Descenso pCO_2 1,25 x 1 mEq/l CO_3H^-
Alcalosis metabólica	→ Ascenso pCO_2 0,7 x 1 mEq/l CO_3H^-
Acidosis respiratoria	
Aguda	→ Ascenso CO_3H^- 0,1 mEq/l x 1 mmHg pCO_2
Crónica	→ Ascenso CO_3H^- 0,35 mEq/l x 1 mmHg
Alcalosis respiratoria	→ Descenso CO_3H^- de magnitud similar
6° Volver a datos clínicos	
7° Mecanismo de generación - Equilibrio iónico	
Cálculo de anión restante:	$Na^+ - (Cl^- + CO_3H^-) = VN \ 12 \pm 3 \text{ mEq/l}$
Cl^- esperado:	75% del valor de natremia
8° Integración clínica	

de tablas o, teniendo en cuenta que $\text{pH } 7 = 100 \text{ nM/l}$ de $[\text{H}^+]$, cada 0,1 de aumento del pH se corresponde con un descenso de 20% de $[\text{H}^+]$ hasta que $7,4 = 40 \text{ nM/l}$. La misma relación se mantiene con pH superior a 7,4. Llamamos coherencia interna (de índole matemática) a esta relación.

A continuación se debe evaluar la respuesta compensadora del otro sistema responsable de mantener estable la $[\text{H}^+]$. Si la alteración primaria es del sistema metabólico, la compensación será respiratoria y viceversa.

La magnitud de esta compensación ha sido evaluada en animales y en voluntarios humanos sanos y se ha podido establecer una respuesta esperada cuantificable. Si el paciente no tiene esta compensación dentro de cierto límite, debe plantearse la posibilidad de que ese sistema también esté alterado y volver a revisar los aspectos clínicos para explicar esto en términos fisiopatológicos.

En la *acidosis metabólica* se produce un descenso primario del bicarbonato, los estímulos producidos por el aumento de la pCO_2 y el descenso del pH incrementan la ventilación llevando a un descenso de la pCO_2 que tenderá a normalizar el pH. Este descenso será aproximadamente de 1,25 mm Hg por cada 1 mEq/l de disminución del CO_3H^- ($\Delta\text{CO}_3\text{H}^-$). Multiplicando la diferencia entre el CO_3H^- normal y el observado por 1,25 se puede obtener la pCO_2 esperada en condiciones fisiológicas. Si la que presenta el paciente es diferente en más de 3 mm Hg debe considerarse la posibilidad de una alteración respiratoria asociada.

Ejemplo:

Niño que tiene una acidosis metabólica con CO_3H^- de 18 mEq/l.

$$\text{CO}_3\text{H}^- \text{ normal} = 24 \text{ mEq/l} - 18 = 6 \times 1,25 = 7,5$$

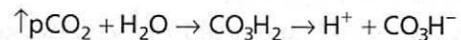
Por lo tanto la pCO_2 esperada será:

$$\text{pCO}_2 \text{ normal} = 40 - 7,5 = 32,5.$$

Si la pCO_2 del niño es mayor que la esperada existe hipercapnia (acidosis respiratoria) y, si es menor, hay hipocapnia (alcalosis respiratoria). Debe volverse a evaluar clínicamente para explicarla.

La misma relación predecible se conoce para la *alcalosis metabólica*: aumento de 0,7 mm Hg de la pCO_2 por cada 1 mEq/l de aumento del CO_3H^- .

Cuando la alteración primaria es respiratoria se producen dos etapas sucesivas de compensación. La primera es instantánea por titulación de los amortiguadores *no* bicarbonato de acuerdo con esta reacción:



El H^+ resultante es titulado por otros amortiguadores. Por cada mm Hg de ascenso o descenso de la pCO_2 sigue un cambio en la misma dirección de 0,1 mEq/l de CO_3H^- . A continuación, después de unas 12 a 24 horas, se expresa el cambio producido en el umbral renal de bicarbonato, llevando a una variación de 0,35 mEq/l de CO_3H^- por cada mm Hg de pCO_2 .

De manera que en una *acidosis respiratoria* aguda la variación será menor que en una *acidosis respiratoria* de más de 12-24 horas de evolución. Lo mismo ocurre con la *alcalosis respiratoria*. (Tabla 1)

Resumiendo, en una alteración de uno de los sistemas, la respuesta compensadora del otro tendrá siempre la misma dirección. La magnitud de la misma está establecida cuantitativamente con cierta aproximación. Si se aleja del rango esperado o si no hay cambio o lo hay en la dirección opuesta, el trastorno es mixto y debe buscarse un problema en el sistema que debería estar compensando.

El tercer paso es intentar diagnosticar el mecanismo de generación del problema, combinando los datos de la clínica y el laboratorio. En este punto es conveniente volver a un análisis fisiopatológico.

Los trastornos primariamente respiratorios son generados por la retención de CO_2 : hipercapnia o por su eliminación exagerada: hipocapnia.

En el caso de los trastornos metabólicos, su génesis es más complicada. La *acidosis metabólica* puede producirse por un balance positivo de ácidos o por una pérdida de bases.

El balance positivo puede producirse: 1) por ingreso exógeno de ácidos fijos (intoxicaciones), 2) por aumento de producción de ácidos endógenos (cetoácidos en la diabetes, ácido láctico en cualquier situación catabólica con hipoxia tisular), 3) por disminución de la excreción renal de los ácidos fijos sulfúrico y fosfórico en la insuficiencia renal avanzada o en situaciones de oliguria extrema. Es frecuente que se combine más de un mecanismo en un mismo paciente.

Todas estas situaciones se expresarán en el laboratorio por el aumento de la concentración

de los aniones de los ácidos involucrados, habitualmente no dosados en el laboratorio de rutina. Sin embargo, el conocimiento de su estado es indispensable para el diagnóstico que nos ocupa, y el control del paciente y su seguimiento posterior serán más eficientes.

Los trabajos de destacados investigadores en la década del '40, y entre ellos un pediatra llamado James Gamble, permitieron establecer que en el agua del plasma, como en el resto de las soluciones de los líquidos corporales, existe un equilibrio entre los aniones y los cationes, de manera que la suma de las concentraciones de unos debe ser igual a la suma de las concentraciones de los otros.

Llevando este concepto a valores numéricos: $Na^+ + K^+ + Ca^{++} + Mg^{++} = Cl^- + CO_3H^- + \text{aniones de ácidos orgánicos (lactato, piruvato, etc.)}$, ácidos inorgánicos (sulfatos, fosfatos) y la carga aniónica de la albúmina que circula como tal al pH plasmático (Gráfico 1).

La suma de la concentración de estos aniones no dosados se denomina *anión restante* o *brecha aniónica* (del inglés "anion gap").

Se puede calcular:

$$AR = [Na^+] \pm [K^+] + [Ca^{++}] + [Mg^{++}] - ([Cl^-] + [CO_3H^-])$$

Dado que las concentraciones de K, Ca y Mg son relativamente pequeñas comparadas con la del Na y que sus modificaciones se producen en un rango pequeño, en la práctica clínica se puede prescindir de ellos para el cálculo que nos ocupa (Gráfico 1).

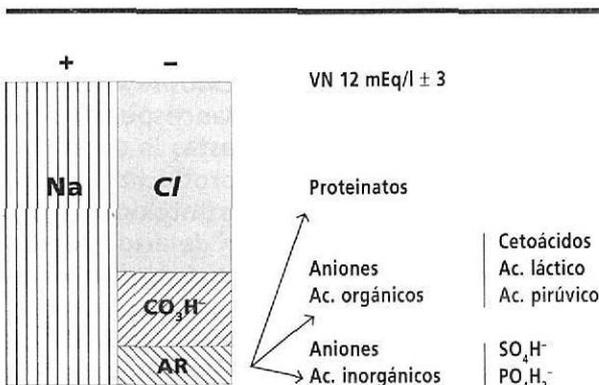


GRÁFICO 1
Equilibrio ácido-base
Mecanismo

De manera que:

$$[Na^+] - ([Cl^-] + [CO_3H^-]) = AR$$

ó

$140 \text{ mEq/l} - (104 \text{ mEq/l} + 24 \text{ mEq/l}) = 12 \pm 3 \text{ mEq/l}$, valor considerado normal. El mismo estará aumentado en todas las situaciones de acidosis metabólica por balance positivo de ácidos fijos anteriormente comentadas.

El segundo mecanismo de generación de acidosis metabólica es el balance negativo de álcali y su pérdida en la patología humana puede ser por el aparato digestivo o por el riñón. En estos casos, el descenso de la concentración de CO₃H⁻ plasmático se acompañará de un AR normal. Como la suma total de la columna de los aniones debe seguir siendo igual a la de los cationes, la disminución del CO₃H⁻ será reemplazada por el aumento concomitante del Cl⁻, y se encontrará una *acidosis metabólica hiperclorémica*. Esta forma de acidosis se produce en la pérdida de CO₃H⁻ por intestino o por riñón (ej: las acidosis tubulares renales).

En la práctica clínica pueden presentarse acidosis de mecanismo mixto (diarrea con insuficiencia circulatoria y estado catabólico severo, diabetes con preservación de la perfusión renal y gran pérdida urinaria de cetoácidos, etc.). La única forma de diagnosticarlas y cuantificar cada uno de sus componentes es utilizando este sencillo recurso.

Si bien este capítulo no incluye el tratamiento de las alteraciones del metabolismo del H⁺, debe entenderse que conocer el mecanismo por el cual desciende el CO₃H⁻ y su magnitud (dada por la magnitud de la hipercloremia relativa) harán más preciso su aporte.

En condiciones de equilibrio ácido-base el Cl⁻ es aproximadamente el 75% del Na⁺. Cuando supera esa cifra existe hipercloremia en términos de las relaciones entre aniones y cationes. El número de mEq/l por encima de la cifra de Cl⁻ esperado explicará el descenso de CO₃H⁻ por pérdida. El resto del descenso de la concentración de CO₃H⁻ se habrá producido por titulación de los ácidos fijos (documentados por el aumento del AR por encima de 12 mEq/l).

Personalmente siempre me ha resultado más fácil entender estos conceptos de equilibrio en forma gráfica. Entre las figuras que se incluyen pueden verse los gráficos explicativos de las relaciones mencionadas en condiciones fisiológicas y en diversos estados de acidosis metabólica (Gráfico 2 y Tabla 2).

La *alcalosis metabólica* se genera por balance positivo de álcali o pérdida de ácidos. El primer

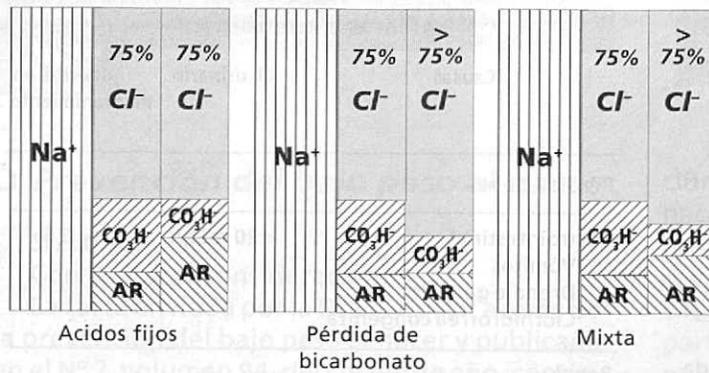


GRÁFICO 2
Equilibrio ácido-base
Mecanismo

mecanismo se presenta sólo ante exceso de administración exógena, ya que no hay situaciones clínicas en las que el organismo produzca álcali. La pérdida de ácido puede ser por vía digestiva (en situaciones de pérdida de secreciones del estómago) o por vía renal (como tubulopatías con pérdida de cloro, hiperfunción del sistema renina-aldosterona, o uso de diuréticos que expolían cloro y estimulan la secreción tubular de H^+).

La corrección de este desequilibrio se hace con la eliminación del exceso de bicarbonato por el riñón. Este efecto se obtiene fácilmente cuando la función renal es normal y no hay concomitan-

temente contracción de volumen arterial efectivo, que, estimulando la reabsorción de Na en intercambio por H^+ a nivel del túbulo renal, aumente el umbral para la excreción de CO_3H^- , manteniendo así la alcalosis. La depleción aislada de Cl^- contribuye al mantenimiento ya que, al disminuir la proporción de Na^+ que es acompañada por este anión, aumentan los otros aniones en el mantenimiento de la electroneutralidad en la luz tubular, siendo todos menos reabsorbibles que el Cl^- . De esta manera, la reabsorción de Na^+ debe acompañarse de la secreción hacia la luz de otro catión. Esto fuerza la salida de H^+ de la célula epitelial cuando debería retenerse en el organismo y mantiene la reabsorción forzada de CO_3H^- . Además, la excreción de CO_3H^- por el túbulo distal requiere la llegada de Cl^- en la luz, ya que el intercambio

lo hace una bomba electroneutra de Cl^-/CO_3H^- (Tabla 3).

Ante un paciente con alcalosis metabólica, además de buscar datos de la historia clínica que nos orienten hacia alguna de las patologías mencionadas, es de fundamental utilidad la determinación del Cl^- urinario. Cuando la concentración es menor de aproximadamente 20 mEq/l nos indica una situación de pérdida extrarrenal del mismo, probablemente asociada a una contracción de volumen. Si la concentración es mayor de 25 mEq/l es probable que la alcalosis esté siendo producida por pérdida renal de Cl^- e H^+ .

El otro dato que permite orientar entre el ingreso de álcali exógeno o la etapa de mantenimiento que describimos anteriormente es la determinación del pH urinario de la orina recién emitida. Ya que el pK del bicarbonato en la orina es alrededor de 6,2, si el pH urinario es menor de 6,5, la excreción de CO_3H^- es insignificante. Este dato, en presencia de CO_3H^- plasmático elevado está certificando un aumento del umbral renal para la excreción del mismo, revelando la puesta en marcha de los mecanismos mencionados de mantenimiento de la alcalosis metabólica (Tabla 4).

TABLA 2
Equilibrio ácido-base
Acidosis metabólica

A. GANANCIA DE ACIDOS

Ingreso exógeno	—————>	Intoxicaciones
+ Producción endógena	—————>	Láctica
		Cetoacidosis
-Excreción	—————>	Insuf. renal

B. PERDIDA DE BICARBONATO

Intestinal
Renal

C. MIXTA

Diarrea + catabolismo grave + Hipoxia tisular
Diabetes con preservación de perfusión renal

TABLA 3
Mecanismos de mantenimiento de
alcalosis metabólica

1. Contracción de volumen produce:

- Caída de filtrado glomerular
- Estimulo de reabsorción de Na^+ en intercambio por H^+
- Estimulo de secreción de H^+ por aldosterona

2. Déficit de Cl^- produce:

- Intercambio de Na^+/H^+ aumentado por ser los otros aniones que acompañan al Na^+ menos reabsorbibles que el Cl^-
- Menor excreción distal de CO_3H^- por requerir llegada de Cl^- en la luz tubular para su intercambio

3. Déficit de K^+ produce:

- Mayor intercambio de Na^+/H^+ por menor disponibilidad de K^+ en las células epiteliales
- Estimulo de la producción renal de amonio, que aumenta la excreción de H^+ al servir de amortiguador urinario.

Estas alteraciones hidroelectrolíticas se presentan combinadas y se potencian en muchas situaciones clínicas.

TABLA 4
Alcalosis metabólica

Causas	Cl^- urinario	pH orina en mantenimiento
Pérdida de H^+		
Gastrointestinal	< 20 mEq/l	< 6,5
Vómitos		
Drenaje gástrico		
Clorhidrorrea congénita		
Renal		
Exceso mineralocorticoides	< 20 mEq/l	< 6,5
Tubulopatía (Bartter)	> 20 mEq/l	< 6,5
Diuréticos de ansa	> 20 mEq/l	< 6,5
Poscorrección hipercapnia	< 20 mEq/l	< 6,5
Redistribución		
Depleción severa de K^+ (K^+ plasma < 2 mEq/l)	> 20 mEq/l	< 6,5
Ganancia de álcali		
Administración de CO_3H^- u otros alcalinos (antiácidos)		> 6,5

BIBLIOGRAFIA

1. Adrogue HJ, Wesson DE. Acid-Base. New York: Blackwell Scient Publ. 1991.
2. Hood V, Tannen RL. Lactic Acidosis. En: Adrogue HJ. Acid-Base and electrolyte disorders. New York: Churchill Livingstone, 1991: 1.
3. Adrogue HJ, Maliha G. Diabetic ketoacidosis. En: Adrogue HJ. Acid-Base and electrolyte disorders. New York: Churchill Livingstone, 1991: 21.
4. Wesson DE. Hyperchloremic metabolic acidosis. En: Adrogue HJ. Acid-Base and electrolyte disorders. New York: Churchill Livingstone, 1991: 97.
5. Gennari FJ, Rimmer JM. Acid-base disorders in renal failure. En: Adrogue HJ. Acid-base and electrolyte disorders. New York: Churchill Livingstone, 1991: 117.
6. Toto RD, Alpern RJ. Metabolic alkalosis. En: Adrogue HJ. Acid-Base and electrolyte disorders. New York: Churchill Livingstone, 1991: 137.
7. Rose BD. Clinical physiology of acid-base and electrolyte disorders. New York: Mc-Graw Hill, 1995.

"No se conoce la infancia; los más sabios se interesan por lo que importa saber a los hombres, sin considerar lo que los niños están en estado de aprender. Ellos buscan siempre al hombre en el niño, sin pensar en lo que es éste, antes de ser hombre."

Emilio, J.J. Rousseau, 1762.



Cartas al Editor

□ **Prevención del bajo peso al nacer**

Sr. Editor:

Con la mayor consideración:

La carta enviada por la Dra. I. Kurlat acerca de la prevención del bajo peso al nacer y publicada en el N° 2, volumen 94, del corriente año, contiene una serie de conceptos, a mi juicio, muy discutibles y algunas aseveraciones que no se ajustan a la verdad. En principio deseo aclarar que coincido con la Dra. Kurlat en que es inadecuado entrar en una controversia entre el mayor o menor valor de las medidas de prevención versus el cuidado neonatal intensivo. Ambas estrategias deben coexistir y no tiene ningún sentido contraponerlas. Sin embargo, es universalmente aceptado que la prevención constituye el objetivo primario de toda acción médica. Sin duda alguna que, desde cualquier punto de vista, lo prioritariamente deseable es que una persona *no se enferme* y éste es el objetivo que persigue cada vez más la medicina y seguramente constituirá el principal aspecto hacia donde se dirigirán los mayores esfuerzos en los próximos años. Múltiples evidencias han demostrado el impacto de las medidas de prevención sobre diversos aspectos que hacen al bienestar, y no sólo considerando la tasa de mortalidad como fin principal.

Paso a referirme a los conceptos de la carta. En el tercer párrafo se lee que la tasa de prematuridad en la Argentina es de 7%. Esto no es así ya que la real tasa de bajo peso al nacer no es inferior a un 10% en todo el país,¹ pero con provincias que tienen cifras del 14% o más y que presentan tasas de mortalidad sensiblemente más elevadas. La tasa de prematuridad (<38 semanas) es aún más alta. Por ello no se puede comparar la mortalidad neonatal de nuestro país con la de EE.UU. y menos aún decir que con una incidencia similar de prematuridad las diferencias en la mortalidad sólo pueden atribuirse al mejor cuidado de los recién nacidos. La Dra. Kurlat cita a los EE.UU. como ejemplo a destacar. Este es un concepto erróneo, ya que múltiples países con muchos menos recursos y con ingresos per cápita inferiores a los de EE.UU. tienen una mortalidad neonatal e infantil francamente inferior² y esto sí puede explicarse por programas de preven-

ción más eficientes, entre ellos del bajo peso al nacer y la prematuridad y a una consideración especial del importantísimo rol de los factores sociales en los resultados perinatales. Esto es válido aún en ciertos lugares de EE.UU.³ Por otra parte, destacados neonatólogos norteamericanos son sumamente críticos de la medicina perinatal de su país y del inmenso gasto en terapia intensiva neonatal (y en el cuidado de los sobrevivientes) en desmedro de inversiones en otras áreas para prevenir la prematuridad, que es el principal problema de salud de los EE.UU.

En un excelente artículo,⁴ el Dr. W. Silverman expresa estos conceptos: "Nosotros tenemos un número cada vez mayor de familias con neonatos de alto riesgo que viven por debajo de la línea de pobreza"; "la disparidad entre los intensivos esfuerzos de rescate (léase terapia) y las circunstancias sociales es ahora mucho mayor que en cualquier tiempo en el pasado"; "el extremado costo de la industria neonatal (en 1992 los costos en terapia intensiva neonatal en EE.UU. fueron cercanos a los 5.600 millones de dólares) ¿ha disminuido o aumentado el caos social de este país?" Otro destacado profesional, el Dr. A. Fanaroff expresa en un comentario⁵: "Una nación que pudo poner al hombre en la luna y enviar rocas a Marte y Saturno, debe encontrar una solución al problema de la prematuridad, y ello sucederá cuando la prematuridad sea la más alta prioridad para los líderes de nuestro país". Si esto es así en los EE.UU. cuanto más en la Argentina, donde el problema de la prematuridad no parece ser una preocupación de muchos.

Coincido con la Dra. Kurlat en que la mortalidad infantil en la Argentina es inadmisiblemente alta y que la mortalidad neonatal contribuye con 2/3. Sin embargo, si queremos reducirla, se deberán planificar adecuadamente, *en primer lugar*, las medidas de: educación (de los médicos y de la población), planificación familiar, regionalización de la atención perinatal, adecuado control del embarazo, detección temprana del riesgo en la embarazada, atención del parto en lugares apropiados, etc, etc. Perentoriamente se deben implementar estrategias para reducir, en especial, el muy bajo peso al nacer (<1500 g) ya que es el grupo que mayoritariamente contribuye a

la mortalidad neonatal e infantil (la Sociedad Argentina de Pediatría, en conjunto con Unicef, está ahora coordinando tres grupos de trabajo con ese fin). Si bien la Dra. Kurlat reconoce el valor de la asistencia primaria, da la impresión de que ella confunde la crítica a un artículo con una posición que coloca el cuidado neonatal intensivo como prioritario.

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta cuando se habla de priorizar la prevención de la prematuridad es el tremendo impacto que el nacimiento prematuro tiene sobre la familia y la comunidad toda. Por razones de espacio me referiré muy brevemente sólo a este último punto. Si nuestro país redujera la mortalidad de los prematuros pequeños, desarrollando terapias intensivas, sin considerar previamente si se disponen los recursos para cuidar a los niños que sobrevivan, estaríamos cometiendo un gravísimo error y condenando a miles de familias a una inadecuada asistencia futura de sus hijos. Una sociedad debe estar preparada para encarar las dificultades que implica el cuidado de los niños que al nacer tuvieron bajo peso y disponer de todos los recursos necesarios. Ciertos datos, económicos, enfatizan el problema extremadamente serio de esta situación. En una publicación reciente⁶ se señala que en 1988 en los EE.UU. el costo del cuidado, entre el nacimiento y los 15 años (salud, educación, rehabilitación, programas especiales, etc.) de los niños nacidos con bajo peso era de aproximadamente 6.000 millones de dólares mayor que el costo que esos niños hubieran demandado de haber nacido con peso normal. Yo me pregunto ¿en la Argentina nos preocupamos por este aspecto?

Finalmente deseo expresar que la aseveración textual de que "hasta abril de 1988 no

existió ninguna terapia intensiva neonatal pública que pudiese considerarse tal" y que la del Hospital Garrahan fue la primera, al menos merece el concepto de que puede deberse a una actitud de ignorancia o de soberbia. Como la primera no coincide con la Dra. Kurlat, que es una destacada profesional, con amplios conocimientos y muy respetada, debo pensar que se debe a la segunda. Soberbia por presuponer que a partir de la Unidad del Hospital Garrahan (que es excelente) "nace" la terapia intensiva moderna, sin tener en cuenta tal vez que *moderno significa toda acción que atiende los intereses prioritarios de una población en el momento en que se efectúa*. Varias terapias neonatales públicas tuvieron un excelente funcionamiento y resultaron de extrema utilidad (y por lo tanto fueron modernas) desde más de 20 años antes a la fecha aludida por la Dra. Kurlat y en el año 1988 seguían cumpliendo funciones destacadas. El no reconocer a los muchos actores que permitieron el surgimiento y el desarrollo del cuidado neonatal intensivo en la Argentina, y que siguieron trabajando en nuestro medio (varios aún lo hacen) a pesar de las enormes dificultades de la salud pública, es una actitud reprobable. Hacer apreciaciones no fundamentadas, aunque creo que sin mala intención como en el presente caso, no contribuyen a consolidar el trabajo en común entre nosotros.

Actitudes críticas, pero humildes, y una acción tenaz de todos es lo que necesitamos para mejorar el nivel de la atención neonatal en nuestro país.

Dr. José M. Ceriani Cernadas
Departamento de Pediatría
Hospital Italiano de Buenos Aires

BIBLIOGRAFIA

1. Sociedad Argentina de Pediatría. Encuesta sobre el bajo peso al nacer en la Argentina. 1992.
2. Estado mundial de la infancia. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). 1996.
3. Schramm WF. Weighing costs and benefits of adequate prenatal care for 12, 023 births in Missouri's Medicaid Program, 1988. Public Health Rep 1992; 107: 647-52.
4. Silverman W. Overtreatment of neonates? A personal retrospective. Pediatrics 1992; 90: 971-76.
5. Fanaroff A. Year book of neonatal and perinatal medicine. 1994; p. 42; 1994.
6. Lewit E, Shuurmann L, Corman H, Shiono P. The direct cost of low birth weight. The future of children: low birth weight. Center of the future of children 1995; 5, 1.