

Cartas al Editor

ESTUDIO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ADOLESCENTES DE 15 AÑOS

Sr. Editor:

Con referencia al artículo "Estudio de la presión arterial en adolescentes de 15 años", publicado en *Arch.argent.pediatr 2000; 98:161*, deseo expresar algunos conceptos. Es digna de encomio la intención de investigar la prevalencia de una patología y sus factores de riesgo. Empero, ciertas conclusiones pueden ser materia de opinión en cuanto a interpretación estadística.

- a) Se consideró hipertensión arterial (HTA) según valores superiores al percentilo 95 para el percentilo 50 de talla. Se halló "HTA en 4,7% de las mujeres y en 13% de los varones". Entiendo que, por definición de percentilo, un 5% de los normales están en valores superiores al P95, de modo que el 4,7% era el esperado y no necesariamente podría considerarse como la verdadera prevalencia de HTA. Para los varones, presumo que habría que restar 5 al 13%, es decir que la prevalencia estaría en 8%, ello sin considerar el error estándar de la muestra.
- b) El hallazgo de factores asociados a los hipertensos (dieta hipersódica, etc.) no permitiría inferir que sea una correlación causal, pues se desconoce cuál es la proporción de los mismos en los normotensos, de modo de poder apreciar si son variables dependientes o si forman parte de características de una misma población.

Dr. Eduardo Lusin

Hospital Materno Infantil de San Isidro
(Buenos Aires)

MORTALIDAD NEONATAL EN ARGENTINA

Sr. Editor:

La lectura en su Revista del artículo "Mortalidad neonatal y posneonatal en recién nacidos de peso menor a 2.500 gramos en la República Argentina" del

Sr. Editor:

En referencia a la carta enviada por el Dr. Eduardo Lusin sobre el artículo de mi autoría "Estudio de la presión arterial en adolescentes de 15 años", cabe hacer las siguientes aclaraciones:

- a) Por definición, se considera HTA a aquellas cifras que iguallen o superen al percentilo 95 de presión arterial (PA) para el sexo y edad medidas como mínimo en 3 ocasiones diferentes.¹ Se utilizaron las cifras correspondientes al percentilo 95 de PA para el percentilo 50 de talla ya que se asumía previamente que la talla de los adolescentes norteamericanos no sería similar a la de los adolescentes de nuestra muestra, como fue confirmado en el trabajo.
- b) Nuestro estudio no incluyó como objetivo determinar la correlación entre los factores de riesgo de HTA y el grupo de adolescentes hipertensos. Sólo se investigó si estos factores influyen sobre los valores de PA de los adolescentes estudiados.

Dr. Silo A. Dei-Cas

BIBLIOGRAFIA

1. National High Blood Pressure Education Program Working Group on Hypertension Control in Children and Adolescents. Update on the 1987 Task Force Report on High Blood Pressure in Children and Adolescents: A Working Group Report from the National High Blood Pressure Education Program. *Pediatrics* 1996; 98: 649-58.

Dr. Pedro de Sarasqueta me ha motivado una profunda satisfacción, por ver plasmado un estudio poblacional muy bien desarrollado que intenta iluminar la problemática perinatólogica de nuestro querido país. En las próximas líneas intenta-

ré, a partir de la información presentada, aportar algunas ideas y reflexiones desde la epidemiología perinatal.

En el informe se menciona que “en los dos periodos analizados (1990 y 1997) fue semejante la frecuencia del bajo (BP) y muy bajo peso (MBP)”. Aunque a simple vista esto parecería correcto, desde el punto de vista estadigráfico –asumiendo el sesgo del subregistro– la tasa del MBP aumentó el 28%, mientras que la del BP, el 13%, ambas diferencias estadísticamente muy significativas ($p < 0,001$); en otras palabras, el riesgo de MBP y BP en 1997, comparado con 1990, fue 19% mayor (IC 95% 15-21) y 13% mayor (IC 95% 12-15), respectivamente, cifras no desdeñables desde el punto de vista de la Salud Pública.

Por otro lado, la utilización del peso de nacimiento (PN) < 2.500 g conlleva el potencial error de confundir dos poblaciones diferentes según la edad gestacional (EG): el verdadero prematuro (2/3) y el RN a término con “restricción del crecimiento fetal” (1/3). Existe numerosa evidencia que sustenta la sugerencia de que los eventos perinatales “duros” deberían analizarse según la EG y abandonar definitivamente el análisis por el PN. Surge aquí el desafío de estimar la duración de la gesta, generalmente por el último período menstrual (FUM), debido al escepticismo sobre su certeza cuando es registrada en el certificado de nacimiento. Ningún dato es perfecto, los errores en la estimación de la EG han sido exageradamente manipulados, pero peor es no contar con el dato.

El informe no aclara si las tasas específicas excluyeron a los RN con malformaciones, ya que los avances del diagnóstico prenatal –específicamente la ultrasonografía– han motivado un aumento espurio en las tasas de mortalidad neonatales (TMN) debido a las interrupciones electivas de los embarazos portadores de esta patología.

Esto último lleva a la reflexión de que cualquier estrategia de análisis y prevención de la Mortalidad Infantil debe llevar necesariamente a la inclusión de la mortalidad fetal (MF), debido a que la TMN precoz no es más que una continuidad causal que comienza antes del nacimiento. Sería necio declamar que las causas perinatales representan el 50% de las muertes

infantiles cuando no se “cuentan” los fetos muertos, una de las áreas insuficientes de nuestros registros nacionales.

A partir de los datos tan prolijamente recolectados y analizados creo que se podrían estimar, además de las tasas crudas y específicas (TMNE) por PN, el riesgo de muerte a través del riesgo relativo y el riesgo atribuible poblacional –dos indicadores muy útiles y fáciles de calcular e ilustrativos para el profesional– en comparación con una población “ideal” como es el RN a término o, en su defecto, el RN con PN $\cdot 2.500$ o 3.000 gramos.

Que el porcentaje del descenso de las TMNE entre los años considerados haya sido prácticamente igual para los intervalos de 1.000-1.499, 1.500-1.999 y 2.000-2.499 gramos denuncia, como bien lo sostiene el autor, que la implementación de una costosísima tecnología logró un irracional impacto sobre los más pequeños (que representan menos del 1% de la población) a expensas de los potencialmente más salvables (aproximadamente 6% de la población). Este paradójico fenómeno tiene su contraparte en la muerte posneonatal, más lógica, ya que las cifras se incrementan gradualmente a partir de los 1.000 gramos.

En la misma línea, en un estudio anterior¹ se demostró que, para todas las categorías de PN, las diferencias en las tasas de mortalidad neonatal se debieron en menos del 10% a una distribución más favorable del PN.

La conocida razón tasa de mortalidad neonatal/tasa de MBP (cifra aceptable < 1), indicadora del impacto de la atención neonatológica, pasó de 2,3 en 1990 a 1,3 en 1997, un descenso del 43%.

Dado que la tasa del parto prematuro indica el éxito en la prevención primaria del RN con alto riesgo de morbi-mortalidad y la tasa de mortalidad perinatal del RN a término la calidad del cuidado antes, durante e inmediatamente después del parto de la mayoría de los RN, se deberían agregar estos dos indicadores a las tradicionales tasas crudas de BP y MBP.²

Por último y citando un editorial de la Sociedad Argentina de Pediatría,³ deberíamos destacar la trascendencia de registrar los eventos perinatales “al lado de la cama de la madre y su RN”. Para ello y luego de más

de 15 años de introducido en nuestro país el Sistema Informático Perinatal (CLAP/OPS/OMS), sigue teniendo vigencia como la herramienta epidemiológica más potente para el monitoreo de la Salud Perinatal en nuestro medio.

Atentamente,

Dr. Carlos Grandi
Epidemiología Perinatal
Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

BIBLIOGRAFIA

1. Grandi C. Disminución de la mortalidad neonatal 1978-1988. Un modelo para identificar sus causas. Arch.argent.pediatr 1991; 89:111-117.
2. Wilcox A, Skjaerven R, Buekens P. Birth weight and perinatal mortality. JAMA 1995; 273:709-711.
3. Boletín SAP 1988; 15 (1):6.

Sr. Editor:

Agradezco el comentario editorial del Dr. Abeyá Gilardón¹ y la carta al editor del Dr. Carlos Grandi que me permiten realizar algunas consideraciones sobre la mortalidad neonatal en nuestro país no desarrolladas en la discusión del trabajo original recientemente publicado² para no transgredir la regla de oro de que las mismas deben ser concisas y relacionadas con el objetivo del estudio.

Acuerdo absolutamente con el Dr. Abeyá Gilardón en que los factores sociales y económicos desfavorables producen mortalidad neonatal e infantil reducible e inequitativa que se manifiesta objetivamente en las tasas más altas de las provincias o sectores sociales más pobres o el mayor riesgo de mortalidad en niños nacidos de madres con insuficiente educación, entre otros indicadores de riesgo social o individual.

A pesar de estos indicadores de riesgo, poco es lo que han hecho el sistema de salud y el Estado para mejorarlos.

Persiste una frecuencia elevada de embarazo sin control o con controles tardíos insuficientes o inadecuados en la población empobrecida y sin seguridad social cubierta por el sector público. La razón de este hecho debe buscarse en el ajuste en el sector salud, ya que las acciones preventivas son mano de obra intensiva y requieren de importante inversión en recurso huma-

no en la atención de primer nivel, con programas locales adecuados y retribución correcta de los profesionales.

En otro sentido, el ajuste económico ha agravado el riesgo económico y social de amplios sectores de la población por el incremento de la pobreza, el desempleo y la marginalidad.

Todos estos hechos producen insuficiencia en las acciones preventivas y curativas que se expresan en mayor morbilidad y mortalidad reducibles en los sectores más pobres de la población. Con los datos existentes al presente, sólo puede demostrarse esta mayor mortalidad a nivel global para las provincias a través de la relación entre el PBI provincial y la mortalidad que actualmente estoy trabajando para la muerte neonatal en diferentes intervalos de peso. No es posible, en cambio, hacerlo para diferentes niveles de ingresos o para el sector público o privado de seguridad social porque no pueden aparearse nacimientos y defunciones ni estimar la condición social y económica en forma segura con los certificados de defunción, como sucede en los países desarrollados a través de los impuestos de la familia relacionados con los ingresos.

Años atrás publicamos con el Dr. Alberto Schwarcz³ un trabajo en el que demostramos una mejoría del peso de nacimiento con acciones preventivas en las gestas en una población de muy bajo nivel social. El presente demuestra la persistencia de las mismas fallas de las acciones preventivas entonces detectadas a pesar de la evidencia empírica de la eficiencia de las mismas.

Si bien las acciones más importantes son las preventivas, la modificación de los factores de riesgo (educación insuficiente, embarazo en la adolescencia, marginalidad, extrema pobreza) llevan tiempo en su corrección, aun con acciones sistémicas contundentes o favorables.

Por esa razón, es crucial mejorar la calidad de la atención en su estructura, su funcionamiento y sus resultados a través de diferentes estrategias de acción, como la reorganización de los servicios curativos y preventivos, mejores estándares de la calidad de la atención, programación local de la atención de primer nivel, creación de programas con fundamento epidemiológico y evaluación de resultados entre otras

acciones. Estas requieren de la reorganización local de los servicios y la provisión de los insumos técnicos y humanos que debe generar el Estado, para estos objetivos.

De todo lo mencionado, sólo se desarrollaron en los últimos años los cuidados intensivos neonatales que produjeron un impacto en la disminución de la mortalidad neonatal aún insuficiente en su magnitud e inequitativo en su distribución. A su vez, esta mayor sobrevivencia genera una nueva morbilidad crónica para la que el país no se ha preparado en forma adecuada.

Es necesario la urgente reformulación de los planes preventivos en su extensión y profundización, así como mejorar y homogeneizar la calidad de la atención curativa bajo responsabilidad del Estado a fin de dar a la comunidad los servicios que necesita en especial para la población empobrecida y sin seguridad social.

Agradezco asimismo al Dr. Carlos Grandi sus valiosos comentarios de epidemiología perinatal y me permito hacer las siguientes consideraciones:

Es muy difícil establecer comparaciones de las frecuencias de peso entre 1990 y 1997 por el subregistro diferente del peso al nacer en ambos períodos. Esta variable es estable a largo plazo en una población grande, salvo situaciones excepcionales y se presentó sólo para mostrar que no había importantes variaciones sin pruebas estadísticas porque no se trataba de una muestra sino de toda la población.

Desafortunadamente, la edad gestacional no fue considerada por la insuficiencia de datos y la inseguridad de los mismos. Estoy de acuerdo en que deberíamos tender hacia esa dirección en los registros vitales pero este es un objetivo a lograr.

Están analizados todos los neonatos incluyendo las malformaciones. Si bien la

interrupción de la gestación por estas causas disminuyen la mortalidad neonatal en los países desarrollados, no creo que en el nuestro este hecho tenga aún importancia poblacional por su bajo número absoluto actual.

En la población empobrecida y sin seguridad social, la mortalidad fetal es un espejo de la mortalidad neonatal precoz con predominio de fetos de muy bajo peso no malformados con alta frecuencia de corioamnionitis y asfixia.

Hemos demostrado este hecho en un estudio clínico patológico en el Hospital Paroissien en la década del 80.⁴

No hemos incluido la tasa de parto prematuro y de mortalidad perinatal porque no fue objetivo del estudio, el que sólo pretendió estimar la evolución de la mortalidad del bajo peso en forma global y sus diferencias regionales como punto de partida de investigaciones más específicas en curso y futuras que puedan contribuir a acciones nacionales del sistema de salud y del Estado a fin de disminuir la mortalidad reducible.

Dr. Pedro de Sarasqueta
Médico Pediatra

BIBLIOGRAFIA

1. Abeyá Gilardón E. Mortalidad infantil de niños de bajo peso al nacer. Arch.argent.pediatr 2001; 95:6.
2. de Sarasqueta P. Mortalidad neonatal y posneonatal en recién nacidos de peso menor a 2.500 g en la República Argentina. Arch. argent. pediatr 2001; 99 (1): 58-61.
3. Schwarcz A, de Sarasqueta P. Impacto sobre la prevención del nacimiento de bajo peso de un programa de atención primaria de la embarazada de bajo nivel socioeconómico. Arch.argent.pediatr 1995; 93:227-237.
4. de Sarasqueta P, Díaz C, Schwarcz A et al. Análisis de los factores gestacionales y del parto relacionados con la mortalidad perinatal. Hospital Paroissien. Arch. argent. pediatr 1988; 86 (3):193-197.

MÁS SOBRE LA LEY DE SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

Sr. Editor

La subcomisión de Ética Clínica de la Sociedad Argentina de Pediatría ha publi-

cado un documento acerca de la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (Ley N° 418) en Arch.argent.pediatr

2000; 98 (5): 345-347.

Cabría expresar importantes consideraciones sobre lo manifestado en dicha publicación referente a sexualidad, por las profundas y trascendentes implicancias que ello tiene en la conducta del ser humano como unidad de cuerpo y alma. Sólo nos limitamos a afirmar que existen otros comportamientos que el de la permisividad sexual, al que optan jóvenes que viven plenamente sus ideales y valores con el control de sí mismo, logrando la plenitud de sus vidas.

Es nuestro propósito, ahora, al expresar nuestra discrepancia con los considerandos de la Subcomisión, manifestar nuestras convicciones, en particular, sobre la objeción de conciencia.

Acerca de la objeción de conciencia

En lo íntimo de las personas existe un testigo de sus actos y conductas, que juzga la rectitud de los mismos. La conciencia moral nos señala si los proceder y actitudes están de acuerdo a la ley moral y el orden natural.

Cuando se obra de acuerdo a estas condiciones nos sentimos en paz con nosotros mismos. Reconocer esta ley inscrita en el corazón del hombre y el obrar libremente según ella hace a la dignidad de la persona humana. La conciencia es el núcleo más secreto y sagrado del ser humano. Este tiene el derecho de actuar en conciencia y en plena libertad para tomar las decisiones morales. Así, se es responsable de los actos, libremente realizados, tras un juicio de conciencia.

El derecho a obrar según la conciencia ha sido reconocido en documentos fundacionales. Las constituciones que se aprueban a partir de la Carta de Filadelfia de 1787 reconocen derechos y libertades, entre los que se incluye aquel de no verse forzado a contrariar las propias convicciones morales o éticas, ejecutando actos incompatibles con ellas. Ratifican y amparan la libertad de conciencia el art. 18 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el art. 18 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el art. 12 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. La Corte Suprema de Justicia de la Nación en su fallo 312:496 reconoce la

objeción de conciencia con jerarquía constitucional. Al respecto véase el Dictamen encomendado por la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas y redactado por los académicos Hugo M. Obligio, Leonardo Mc Lean y Alberto Rodríguez Varela, 17 de julio de 2000.

Por su parte, la Academia Nacional de Medicina en su Declaración del 28 de septiembre de 2000 afirma: "la dispensa de la obligación de asistencia que tiene el médico cuando un paciente le solicitara un procedimiento que él juzga inaceptable por razones éticas o científicas. Este es un derecho que debe asistir al médico en su actividad profesional".

*Dres. Angel Segura,
Carlos A. Rezzónico, Zenón Sfaello y
Carlos A. Rezzónico (hijo).
Pediatras.*

COMENTARIO DEL SUBCOMITÉ DE ETICA CLÍNICA

Agradecemos una vez más a los lectores que, al expresar sus puntos de vista discordantes con los nuestros, nos brindan la oportunidad de aclarar todos aquellos aspectos que no han quedado suficientemente explicitados.

En primer lugar quisiéramos reiterar que ni en la Ley 418 (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), ni en quienes nos hemos sentido congratulados con su sanción, ha surgido un apoyo a la promoción de las relaciones sexuales prematuras ni el desaliento a la mejor integración del adolescente con su familia. Por el contrario, expresamos nuestra crítica a las lamentables y perversas deformaciones con que se manipulan y banalizan estos temas a través de los medios de comunicación.

En cuanto a la objeción de conciencia, también nosotros en términos generales, reconocemos su justificación moral y la necesidad de su vigencia legal. Pero se hace necesario puntualizar qué entendemos por dicho derecho.

Tal vez el ejemplo históricamente más citado es el del soldado defensor de una postura pacifista, quien se rehúsa a partici-

par en una contienda bélica: el derecho a la objeción de conciencia le autoriza a ser eximido de una situación que lo podría llevar a lesionar los intereses de un tercero, terminando con una vida que ese tercero está defendiendo a rajatabla, como él defendería la suya propia.

No obstante, las normas militares, justo es reconocerlo, distan mucho de las que surgen en el dominio de la medicina. En nuestro caso, el profesional que prescribe un método anticonceptivo, no solamente no está lesionando los intereses de un tercero sino que, por el contrario, con su acto médico contribuye a evitar la propagación de una epidemia como el SIDA o el embarazo involuntario de una adolescente, con sus dramáticas consecuencias.

Hace pocos días el distinguido investigador argentino, residente en Canadá, Dr. Julio González Montaner, dictó una clase magistral sobre el SIDA para adolescentes en el Colegio Nacional de Buenos Aires. Durante la misma expuso con amplitud las características de la enfermedad y, fundamentalmente, insistió sobre la importancia de la prevención. Señaló que esta patología es hoy la segunda causa de morbilidad en el mundo y que presenta actualmente 16.000 nuevas infecciones por día, el 95% en países en vías de desarrollo, el 10% en menores de 15 años y el 80% entre los 15 y 19 años.

Al terminar la conferencia y abrirse el diálogo uno de los chicos del colegio le preguntó:

“El SIDA se previene con el preservativo, pero la Iglesia se opone, ¿qué opina Ud.?”.

“Es una pregunta difícil”, contestó el Profesor Gonzalez Montaner, y agregó: “Para ser políticamente correcto, la primera medida de prevención es abstenerse. Luego viene la monogamia, que suscribo. Fuera de estas dos opciones, hay que inclinarse por una política de prevención de daños. Y en este sentido, el uso del preservativo es esencial. El SIDA nos demostró que la realidad no es como uno quiere que sea y hay que enfrentarla.”¹

Esta respuesta constituye un modelo de conducta médica y moral, que como puede apreciarse no surge de la aceptación de la permisividad sexual ni de la subestimación de otros comportamientos. Surge de la intención de proteger al paciente cuando es obvio que está expuesto a un daño severo.

Este Subcomité considera por fin, que frente a una ética de la convicción como la defendida por nuestros corresponsales y que nosotros también apoyamos en otras circunstancias, se vuelve imperativo incorporar una ética de la responsabilidad, frente a las consecuencias de negarse a asistir con los recursos adecuados, a un sector de la población adolescente. Precisamente, al más vulnerable.

*Dres. Fernando Matera, Ana Brulc,
Diana Cohen, Fernanda Ledesma,
Clelia Orsi y Teresa Pereira.*
Sociedad Argentina de Pediatría
Subcomisión de Etica Clínica

1. Ciencia/Salud. *La Nación*. 7 de julio 2001. Pág. 16.