



ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA

*Organo de la Sociedad
Argentina de Pediatría.
Fundados en 1930*

DIRECCION CIENTIFICA

Coronel Díaz 1971. 1425 - Buenos Aires, Argentina
Teléfonos: 80-2063/821-0612

DIRECTOR

Teodoro F. Puga

SUBDIRECTOR

José Dibetto

SECRETARIOS DE REDACCION

A. Armada, C.A. Azmat, J. Bulaievsky, J. M. Ceriani Cernadas, R. De Napoli, J. E. Flores, A. de Guillen, N. Labyr, F. Ortiz, J. Schanton, F. Slaski, A. G. Veglia, J. B. Vukasovic, y A. Zaccaria.

CORRESPONSALES

Región I: Hugo Castellano
Región II: Javier Pérez de Eulate
Región III: Oscar J. Ronchi
Región IV: Juan A. Soler
Región V: Luis C. Yanicelli
Región VI: Héctor R. Rossi

COMISION ASESORA

Raúl Beranger, Felipe de Elizalde, Alfredo Largaia, Juan J. Murtagh, José E. Rivarola y José R. Vasquez

COMISION DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA, 1977-1979

Presidente: Jorge M. Nocetti Fasolino
Vicepresidente: Carlos A. Gianantonio
Secretario General: Narciso A. Ferrero
Tesorero: Angel Plaza
Director de Publicaciones: Teodoro F. Puga

Secretario de Relaciones: Jorge Morano

Secretario de Actas: J. M. Ceriani Cernadas

Bibliotecario: Néstor F. Bonesana

Vocales: Oscar Anzorena y Raúl O. Ruvinsky

Miembros suplentes:

Carlos R. Martín, Raúl Merech, Mario Cesarsky, Horacio Giberti y Fermín Prieto.

INTERNATIONAL STANDARD SERIAL NUMBER: ISSN 0325-0075 INSCRITO EN LA PROPIEDAD INTELECTUAL BAJO EL N° 1.391.085
PREMIO "APTA". F. Antonio Rizzuto", A La mejor labor 1973, Categoría Revistas Científicas

TOMO LXXV - NUMERO 6 - 1977

SUMARIO

EDITORIAL

Cuando las Filiales marcan el rumbo 305

COLABORACION INTERNACIONAL

Motivos de destete precoz

ERNESTO PLATA RUEDA y CECILIA ZARATE Z. 307

TRABAJO ORIGINAL - REGION II

Escorbuto infantil

JULIO A. MAZZA, ROBERTO SILBER, JUAN C.

PERNAS y HECTOR M. TREVISAN 319

EDUCACION PEDIATRICA

Planificación de la educación continua en Pediatría

COEME - AMANDA DE GALLI 325

Respuesta a la prueba de autoevaluación

COMISION DE AUTOEVALUACION - S.A.P. 328

ATENCION PEDIATRICA PRIMARIA

Enuresis

ARIEL ARMADA 331

HISTORIA DE LA PEDIATRIA

Historia de la Psiquiatría infantil en la Argentina

DONATO A. DEPALMA 335

HORACIO N. TOCCALINO 340

CORREO ARGENTINO SUC. 25	FRANQUEO PAGADO CONCESION N° 5160
	TARIFA REDUCIDA CONCESION N° 1113

Editores

ANSELMO S.A.C.F.I.

Ríobamba 436 - 7° piso - Of. 13
Capital Federal

Medix/8: un concepto totalmente nuevo en incubadoras.

Ocho sólidas ventajas:

Segura:

El material sintético no es inflamable ni conduce electricidad. Existe total aislación entre el grupo motor y el habitáculo del niño.

Precisa:

Electrónica, de eficacia comprobada durante tres años: 0.2°C de precisión.

Limpia:

Se desarma totalmente en 30 segundos, sin herramienta alguna.

Simple:

Posee solo tres controles: oxígeno, humedad y temperatura.

Transportable:

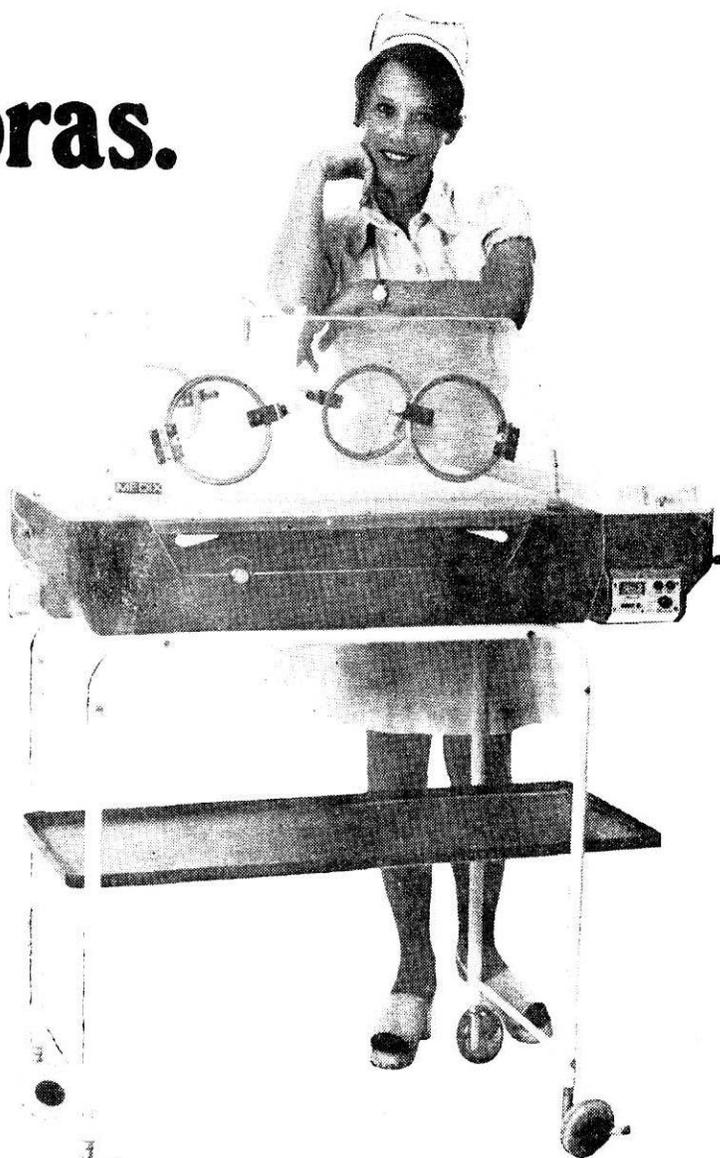
Su diseño y materiales empleados permite su fácil traslado.

Liviana:

Se levanta fácilmente entre dos personas. Puede además desarmarse y llevar a sectores especiales para su limpieza profunda.

Resistente:

El material plástico empleado es de extraordinaria fortaleza.



La cubierta acrílica termomoldeada de una pieza, posee también una alta resistencia.

Económica:

Por el concepto funcional de su diseño y los materiales sintéticos empleados.

medix

Bucarelli 943
Tel. 52-8936/4442
Buenos Aires

ICSA.

CUANDO LAS FILIALES MARCAN EL RUMBO

La historia médica, quizás de la mayoría de nuestros miembros de Filial sea muy similar.

Salidos de una cátedra o servicio, donde se ha adquirido el primer nivel pediátrico, se llega al interior, se emplea lo aprendido, formando nuestra propia experiencia, se sigue concurriendo al hospital, al consultorio, clientelas más o menos numerosas.

El tiempo transcurre y está totalmente demostrado, que si no hay actualización ni se mantiene el contacto con la fuente de información, llega el pronto deterioro de los conocimientos.

La Sociedad Argentina de Pediatría nos brinda, a través de su organización la posibilidad de que esto no suceda. Así se desarrollan cursos en el interior por nuestra Filial, del más alto nivel y algunos realmente brillantes.

Aunque ellos son cada vez más numerosos en concurrencia, no estamos del todo satisfechos. Considerando la asistencia y la cantidad de pediatras de la zona de influencia de cada curso podemos medir en qué proporción se deteriora la pediatría en esa zona.

Llevemos el entusiasmo a nuestros colegas; los Cursos, las Jornadas, los Congresos, puntuables o no, son riqueza en conocimientos, son esfuerzos de organización en pro de nuestra educación continua.

Cuando maduramos en el tiempo, nos damos cuenta de que lo único que tiene vigencia en nuestra especialidad es el adecuado conocimiento pediátrico, basado en una constante búsqueda de información.

Hay alguien que vela para que ella sea cada vez más amplia: es la Sociedad Argentina de Pediatría, a través de sus Filiales y diversos Comités.

Es un fin de nuestra Filial jerarquizar los cursos que se realizan junto a las Jornadas y Congresos. Así cumplimos enriqueciendo a sus miembros en conocimientos pediátricos para hacer realidad el lema de -POR UN NIÑO SANO EN UN MUNDO MEJOR-.

**FILIAL REGIONAL CENTRO
PROVINCIA DE Bs. As.**

Extraído de su Bol. N° 2 - Dic.77.



DOCTOR:

ya está en venta
en las farmacias el
TERMOMETRO DE CONTACTO

Hudson

Con todas las ventajas
que Ud. apreció

(práctico - irrompible - seguro - eterno)

¡Aconséjelo!

Será de gran utilidad
en sus pequeños
pacientes.



**LABORATORIOS
QUIMICA MEDICAL
ARGENTINA S.A.C.I.**

Mercedes 1529
Tel. 566-7130/9181
1407 - Buenos Aires

MOTIVOS DE DESTETE PRECOZ

ERNESTO PLATA RUEDA, CECILIA ZARATE Z.

Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Hospital Universitario Pediátrico "La Misericordia". Instituto de Investigación Pediátrica "Marengón".

Se interrogó a 250 madres de niños lactantes destetados, quienes concurren a la consulta externa de hospitales universitarios en la ciudad de Bogotá con el objeto de averiguar las causas y circunstancias por las cuales se produjo la ablactación a una edad considerada precoz para el nivel socioeconómico muy bajo a que pertenecen.

El 80% de los niños la sufrieron antes de los 6 meses de edad. En el 21% de los casos el destete se efectuó por orden médica.

En casi la mitad de los casos la razón aducida para poner al niño en alimentación artificial fue la agalactia. Se hacen consideraciones sobre las probables causas de ésta y se sugiere que la mayoría se debe a malas prácticas en el manejo de la lactancia y a la falta de motivación de las progenitoras desde la consulta prenatal.

La actividad laboral de la madre no tuvo mayor influencia (sólo 7%) en la decisión de destetar.

La promoción comercial tanto de leche como de alimentos complementarios de origen industrial no fue un factor determinante de importancia en el destete precoz ocurrido en la comunidad estudiada.

En el momento de la encuesta, la mitad de los niños destetados prematuramente presentaban ya síntomas digestivos atribuibles a la alimentación artificial.

Se sugiere repetir la encuesta en estratos socioeconómicos más altos y obtener una información más detallada sobre la forma como se condujo el proceso de lactancia desde la consulta prenatal hasta el momento del destete.

Arch. Argent. Pediat., 75;307, 1977.—LACTANCIA MATERNA, ALIMENTACION, DESNUTRICION, MORBIMORTALIDAD INFANTIL.

Nuestro colaborador en este número, el doctor Ernesto Plata Rueda, es una destacada figura de la pediatría colombiana y de América. Profesor titular de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Fellow de la American Academy of Pediatrics. Miembro honorario extranjero de la Sociedad Argentina de Pediatría. Miembro activo de la Sociedad Colombiana de Pediatría. Miembro correspondiente de las So-



ciudades de Pediatría de México (Academia), Nicaragua, Venezuela, Ecuador, Perú y Chile. Miembro honorario de la Asociación Latinoamericana de Investigación Pediátrica. Ex presidente de la Sociedad Colombiana de Pediatría. Ex presidente de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE). Fundador y editor de Carta Pediátrica. Incorporada a las publicaciones pediátricas hace aproximadamente 2 años.

INTRODUCCION

En Colombia, al igual que en muchos otros países, se asiste a una rápida declinación de los índices de alimentación natural.

En las comunidades privilegiadas, con ingresos altos, podría pensarse que este hecho no tiene mayor importancia si se tiene en cuenta que la industria ha logrado desarrollar fórmulas lácteas que sustituyen con mu-

cha aproximación y notable eficacia a la leche materna. Sin embargo, la circunstancia de que el carácter de alimento vivo, altamente inmunogénico de la leche humana, no ha podido ser ni siquiera imitado, confiere a los niños alimentados a pecho, cualquiera que sea su estrato social, una posición de ventaja ante la amenaza de las infecciones¹. Por otra parte, está demostrado² que la administración precoz de proteínas he-

terólogas es responsable del auge de las enfermedades alérgicas, no sólo digestivas sino respiratorias y cutáneas a que estamos asistiendo. También el incremento de los índices de obesidad en los países desarrollados parece que tiene mucho que ver con la declinación de la alimentación natural en esas comunidades³.

Ahora bien, en las comunidades de bajo nivel socioeconómico, el hecho reviste una extraor-

dinaria gravedad porque es sabido que, ante la imposibilidad de acceso a las leches industriales de alto costo y aun a leche fresca de vaca de calidad aceptable, el destete prematuro marca la iniciación del ciclo de desnutrición-infección, que conduce fatalmente a la privación calorico-proteica y afectiva que domina el panorama de la patología pediátrica en los países subdesarrollados.

En una conferencia de expertos en nutrición y ejecutivos de la industria de alimentos para niños, realizada en Bogotá con los auspicios de PAHO/UNICEF en noviembre de 1970, se insinuó la posibilidad de que la promoción comercial de productos alimenticios sustitutivos de la leche humana estuviera estimulando la disminución en los índices de alimentación natural. Sin embargo, en las conclusiones de dicho seminario se dejó constancia de que la declinación en la alimentación a pecho en los países subdesarrollados obedece a muy variados y complicados factores sociológicos. Una rápida encuesta presentada por nosotros en esa ocasión mostró que, en la comunidad de muy bajo nivel socioeconómico que concurre a los hospitales universitarios, el sustituto más usado para reemplazar la leche materna fue la leche fresca de vaca y, por ende, por lo menos en esa comunidad, no se podía inculpar a la promoción industrial la responsabilidad de haber inducido a las madres al destete precoz.

Nos pareció entonces interesante profundizar en esa comunidad la investigación de las causas por las cuales se produce el destete, con el ánimo de programar ulteriormente una campaña de promoción de la alimentación natural, cuyos resultados puedan ser evaluados y sirvan de base a un programa de mayor alcance.

CUADRO 1
DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO

EDAD (meses)	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	4	1,6	2	0,8	6	2,4
1 - 3	24	9,6	23	9,2	46	18,4
4 - 6	25	10,0	25	10,0	49	19,6
7 - 9	19	7,6	17	6,8	37	14,8
10 - 12	21	8,4	18	7,2	39	15,6
13 - 18	27	10,8	21	8,4	48	19,2
19 - 24	14	5,6	10	4,0	25	10,0
TOTAL	134	53,6	116	46,4	250	100,0

MATERIAL Y METODOS

Se escogieron al azar 250 niños de los que concurren a la consulta externa del Instituto Materno Infantil y del Hospital Universitario Pediátrico "La Misericordia" de Bogotá, de edades comprendidas entre 1 semana y 2 años, quienes en el momento de la encuesta estuvieran ya completamente destetados o que no hubieran recibido leche materna.

La encuesta incluía los datos siguientes: edad, sexo, peso, talla, estado nutricional, clasificación socioeconómica, edad del destete, sustituto usado, evaluación de las cualidades nutritivas del sustituto, persona —si la hubo— que recomendó el destete,

razones para no haber dado el pecho o para haberlo suprimido e investigación de tres síntomas digestivos (diarrea, rechazo y vómito) ocurridos con motivo del destete.

La clasificación del estado nutricional se hizo siguiendo las tablas y gráficas del Instituto Nacional de Nutrición que determinan el porcentaje de déficit de peso en relación con la talla⁴.

La clasificación socioeconómica es la utilizada en el Hospital Universitario Pediátrico "La Misericordia", según la cual el grupo A (inferior), corresponde a familias con ingresos inferiores a \$ 500 mensuales y el grupo E (superior) a aquellas con ingresos mayores de \$ 3.000.— La cotización de la moneda colombiana

CUADRO 2
EDAD ACTUAL Y DEL DESTETE

Edad del destete (días)	Edad actual (meses)							Total	
	-1	1-3	4-6	7-9	10-12	13-18	19-24	No.	%
No le dio pecho	1	4	5	2	1	1	3	17	6,8
1 - 7	5	15	7	7	4	4	1	43	17,2
8 - 15	—	5	7	4	3	3	1	23	9,2
16 - 30	—	9	10	7	4	4	1	35	14,0
31 - 60	—	10	9	9	9	6	—	43	17,2
61 - 120	—	3	6	5	10	11	3	38	15,2
121 - 180	—	—	4	2	5	10	3	24	9,6
181 - 270	—	—	1	1	3	5	6	16	6,4
271 - 360	—	—	—	—	—	2	4	6	2,4
361 y más	—	—	—	—	—	2	3	5	2,0
TOTAL	6	46	49	37	39	48	25	250	100,0

CUADRO 3
CLASIFICACION SOCIOECONOMICA Y ESTADO NUTRICIONAL

Clasificación socio-económica	Estado nutricional									
	Eutrófico		Grado I		Grado II		Grado III		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A	71	28,4	33	13,2	37	14,8	8	3,2	149	59,6
B	10	4,0	8	3,2	7	2,8	—	—	25	10,0
C	12	4,8	10	4,0	6	2,4	13	5,2	41	16,4
D	13	5,2	4	1,6	3	1,2	6	2,4	26	10,4
E	4	1,6	1	0,4	2	0,8	2	0,8	9	3,6
Total	110	44,0	56	22,4	55	22,0	29	11,6	250	100,0

CUADRO 4
PERSONA QUE RECOMENDO EL DESTETE Y CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

Clasif. socio-económica	Persona que recomendó el destete							Total
	Médico	Enfermera	Familiar	Auxil.	Amiga	Ninguna		
A	28	1	3	—	6	111	149	
B	5	—	—	1	2	17	25	
C	13	—	2	—	6	20	41	
D	6	—	4	—	1	15	26	
E	2	—	—	1	—	6	9	
Total	Nº 54	1	9	2	15	169	250	
	% 21,6	0,4	3,6	0,8	6,0	67,6	100,0	

en el momento de la encuesta era de \$ 25,00 por dólar.

Se contó con buena colaboración por parte de las madres y no hubo limitantes de importancia.

RESULTADOS

La distribución etaria y por sexos de la muestra examinada se aprecia en el cuadro 1.

● Con el fin de estimar la rapidez con que se produce el destete en la comunidad examinada se elaboró el cuadro 2, en el que se cruzan los datos de edad del niño en el momento de la encuesta y la edad en la cual aquél sucedió.

● Para valorar el impacto que la ablactación prematura ocasiona en los niños se preparó el cuadro 3, en el que se compara el estado nutricional en cada uno de los grupos socioeconómicos en que se dividió la muestra.

● Con el objeto de orientar campañas educativas en pro de la alimentación natural se averiguó en esta encuesta acerca de la persona, si la hubo, que recomendó el destete. Los resultados se consignan en el cuadro 4.

● En 17 niños de la muestra no hubo destete propiamente

dicho sino que, por razones diversas, no se intentó siquiera la alimentación natural. Las causas de esto se discriminan en el cuadro 5.

● En 43 niños la ablactación ocurrió en el curso de la primera semana de vida. Las razones de este destete por demás precoz se pueden apreciar en el cuadro 6.

CUADRO 5
CAUSAS DE LA NO ALIMENTACION MATERNA

Causas	Clasificación socioeconómica					Total
	A	B	C	D	E	
Agalactia	3	—	3	—	—	6
Labio leporino	—	1	1	2	1	5
Pezón umbilicado	—	1	—	1	—	2
Síndrome de Pierre Robin	1	—	—	—	—	1
Enfermedad de la madre	1	—	—	—	—	1
Enflaquecimiento durante el embarazo	—	1	—	—	—	1
Prematuro	—	—	—	1	—	1
Total	5	3	4	4	1	17

CUADRO 6
MOTIVOS DEL DESTETE ANTES DE 8 DIAS Y CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

Causas	Clasificación socioeconómica					Total		
	A	B	C	D	E	Nº	%	
Postura tardía					1	1	2,3	
Separación del niño	1		1			2	4,7	
Enfermedad puerperal general	1		1			2	4,7	
Problema mamario	4	2	2			8	18,6	
Agalactia	4	1	3	3		11	25,6	
Rechazo del niño	2		1	2		5	11,6	
Leche clara	4		2			6	13,9	
Motivo estético			1			1	2,3	
Hospitalización del niño	1		1			2	4,7	
Enfermedad materna	1		1	1		3	7,0	
Trabajo de la madre	1					1	2,3	
Prohibición del médico			1			1	2,3	
Total	Nº	19	3	14	6	1	43	100,0
	%	44,2	7,0	32,6	13,9	2,3	100,0	

● En los restantes 190 niños el destete se produjo después de la primera semana y sus causas, separadas según el estrato social y económico, se consignan en el cuadro 7.

● Con el ánimo de facilitar y

unificar los comentarios nos ha parecido de interés reunir en un solo cuadro (cuadro 8) las razones aducidas por las madres para el destete, sin considerar el momento en que este hecho se produjo.

● Con el fin de apreciar en qué medida la promoción comercial de leche en polvo pudo influir en la decisión de destetar al niño se investigó el tipo de leche que se le suministró en sustitución de la materna. Los resulta-

CUADRO 7
PROBLEMAS DEL DESTETE DESPUES DE LA PRIMERA SEMANA Y CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

Causas	Clasificación socioeconómica					Total		
	A	B	C	D	E	Nº	%	
Agalactia	62	6	10	8	3	89	46,8	
Trabajo de la madre	9	4	2	1		16	8,4	
Enfermedad materna gral.	9	2	3		1	15	7,9	
Enfermedad del niño	11		2	1		14	7,4	
Leche clara	7	1	2	3		13	6,8	
Rechazo del niño	7	2		1		10	5,3	
Hospitalización del niño	6	1	1		1	9	4,7	
Problema mamario	5		1	1		7	3,7	
Falta de instrucción	2		1	1		4	2,1	
Enflaquecimiento de la madre	2	1	1			4	2,1	
Embarazo	2	1				3	1,6	
Separación (vacac.)	1				1	2	1,0	
Niño muy grande	2					2	1,0	
Prohibición del médico		1				1	0,6	
Recibió mejor la leche en polvo					1	1	0,6	
Total	Nº	125	19	23	16	7	190	100,0
	%	65,8	10,0	12,1	8,4	3,7	100,0	

dos se observan en el cuadro 9.

• Un análisis somero del sustituto usado, en relación con su contenido proteico, su valor calórico y su costo comercial, nos permitió juzgar sobre su adecuación o inadecuación. Los resultados de esta evaluación se presentan en el cuadro 10.

• Puesto que se ha hablado de que en la decisión de destetar a los niños influye mucho la promoción de productos industriales distintos de la leche, como cereales, frutas, vegetales, etc., se indagó respecto de si paralelamente con la ablactación se proporcionaban estos alimentos y si ellos eran de origen industrial o correspondían a preparaciones caseras. Los resultados de esta averiguación se condensan en el cuadro 11.

• Se inquirió también sobre si la alimentación artificial suministrada en el momento del destete era bien aceptada y si provocaba los síntomas digestivos más comunes como vómitos o diarrea. Las respuestas afirmativas a esta encuesta se resumen en el cuadro 12.

DISCUSION Y COMENTARIOS

El dato más sobresaliente de los primeros cuadros de resultados es que el 80% de los niños de la muestra examinada, ya estaban completamente destetados a los 6 meses de edad en una comunidad que no dispone de recursos para asumir una alimentación artificial adecuada (cuadro 2). Ello se refleja, obviamente, en el importante número

CUADRO 8
MOTIVOS GENERALES DE ABLACTACION O DESTETE

Motivo	Nº	%
Agalactia	106	42,4
Enfermedad materna	21	8,4
Enfermedad del niño	21	8,4
Leche muy clara	19	7,6
Trabajo de la madre	18	7,2
Rechazo del niño	16	6,4
Problemas mamarios	16	6,4
Hospitalización del niño	11	4,4
Enflaquecimiento de la madre	5	2,0
Separación del niño	4	1,6
Embarazo	3	1,2
Niño muy grande	2	0,8
Prohibición del médico (?)	2	0,8
Postura tardía	1	0,4
Temor por la deformación del busto	1	0,4

CUADRO 9
SUSTITUTO LACTEO Y CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

Sustituto	Clasificación socioeconómica					Total	
	A	B	C	D	E	Nº	%
Leche de vaca	80	10	16	9	1	116	46,4
Nan	16	3	3	6	3	31	12,4
S-26	15	2	8	3	2	30	12,0
Nestógeno	11	4	7	5	-	27	10,8
SMA	8	1	4	-	1	14	5,6
Nido	9	1	-	-	1	11	4,4
Klim	6	2	1	-	-	9	3,6
Pelargón	-	1	-	2	-	3	1,2
Enfamil	-	1	2	-	-	3	1,2
Lactógeno	1	-	-	1	-	2	0,8
Care	1	-	-	-	-	1	0,4
Ninguna	2	-	-	-	1	3	1,2
Total	149	25	41	26	9	250	100,0

CUADRO 10
ANALISIS DEL SUSTITUTO LACTEO Y EDAD DEL DESTETE

Evaluación	Edad del destete							
	Menos de 8 días				8 días y más			
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Proteica	32	53,3	28	46,7	100	52,6	90	47,4
Calórica	34	56,7	26	43,3	99	52,1	91	47,9
Económica	34	56,7	26	43,3	123	64,7	67	35,3

CUADRO 11
ALIMENTACION COMPLEMENTARIA (NO LACTEA)
Y EDAD DEL DESTETE

Alimentación complementaria	Edad del destete			
	Menos de 8 días		8 días y más	
	Nº	%	Nº	%
Doméstica	28	46,7	153	80,5
Industrial	—	—	2	1,0
Ambas	5	8,3	9	4,8
Ninguna	27	45,0	26	13,7
Total	60	100,0	190	100,0

CUADRO 12
SIGNOS EXHIBIDOS CON LA NUEVA ALIMENTACION

Signos	Nº	%
Diarrea	81	32,4
Rechazo	37	14,8
Vómito	61	24,4

de desnutridos de segundo y tercer grado que se encuentran sobre todo en la clasificación socioeconómica más baja (cuadro 3). Si bien parece que la mayoría de las madres decidieron el destete *motu proprio*, a los médicos (cuadro 4) les cupo una importante responsabilidad, reflejo de la escasa y deficiente preparación y motivación que se imparten actualmente a los estudiantes en las escuelas de medicina, acerca de la trascendencia de la alimentación natural en la comunidad que les corresponde atender.

Si observamos el cuadro 8 podemos apreciar que en casi la mitad de los casos (42,4%) el motivo escueto de la ablactación fue la ausencia o agotamiento de la leche. "No tuve leche" o "se secó la leche" fueron las expresiones que más se escucharon en las entrevistas. Si la encuesta se hubiera hecho en un nivel socioeconómico alto podría pensarse que una buena proporción de estas

contestaciones escondieran otras razones que la madre no deseaba confesar, como temor a la deformación del busto, a interferencia en las relaciones sexuales o las actividades sociales, etc. En el nivel encuestado, lo primero que se piensa es que el estado nutricional previo de las mujeres, así como su alimentación durante la lactancia no permiten una secreción de leche satisfactoria. En contra de esta hipótesis están los estudios hechos en varios países europeos durante la Segunda guerra⁵, según los cuales las mujeres sometidas a dietas increíblemente carenciadas fueron capaces de alimentar con éxito a sus hijos durante todo el tiempo necesario para sortear la emergencia. Los estudios bioquímicos demostraron que las dietas carenciadas disminuyen discretamente el volumen de la leche, su concentración de ácidos grasos no saturados y algunas vitaminas, pero se conserva todo su valor nutritivo en proteínas y lactosa. Se argumentó entonces

que aquellas mujeres tenían un estado nutricional satisfactorio previo al embarazo. Sin embargo, hay estudios serios⁶ en los que se prueba que la leche de madres de Nueva Guinea, crónicamente desnutridas, es apenas un 13% menos rica en proteínas que la de mujeres europeas muy bien alimentadas.

Los aminoácidos de la leche de mujeres de Kivu y Zaire no difieren de los encontrados en las de Europa. Por otra parte, si se analizan los diversos estudios sobre duración de la alimentación natural es fácil comprobar que las lactancias más prolongadas se observan precisamente en las comunidades más deprotegidas y, por tanto, sometidas a una alimentación más carenciada⁷. Hay que destacar también que la alimentación habitual en la mayoría de los países del Tercer Mundo es similar a la que soportaron las comunidades europeas durante la emergencia bélica. La explicación de cómo las mujeres sobrellevan esta especie de exacción que les hacen los hijos radica en que, con excepción del estado de indigencia absoluta, el adulto siempre consigue llenar sus necesidades calóricas aunque sea sólo en base de hidrocarburos y esto basta para que una madre produzca leche sin mayor detrimento de su propio estado nutricional. Por otro lado, aun para las proteínas, el adulto es capaz de aprovecharlas de muchas fuentes y de ahí que se insista en el concepto de que siempre es más barato y por ende más efectivo suplementar la alimentación de la madre que nutrir artificialmente al niño, dado que éste sí requiere indispensablemente el más refinado de los alimentos: la leche.

Es difícil aceptar que la agalactia sea de causa endocrina porque sería muy extraño que un disturbio de esta naturaleza estuviera tan generalizado. Hay

un aspecto que no sabemos si ha sido explorado y es el de la posibilidad de que el uso prolongado de anticonceptivos hormonales pueda tener influencia en la producción futura de leche. Se sabe que cuando éstos son ingeridos durante la lactancia determinan hipogalactia y por esto han sido decididamente desaconsejados en las campañas para fomentar la alimentación natural⁸. Aunque este dato no fue indagado en nuestra encuesta, estamos seguros de que en el estrato social a que pertenece esta muestra no está tan generalizado el empleo de los anticonceptivos orales como para originar el alto porcentaje de agalactia que venimos comentando.

Como hipótesis de trabajo para una encuesta futura suponemos que la agalactia primaria y la secundaria precoz son debidas a errores de manejo de la lactancia, tanto en el hospital como en la casa. Si se medita sobre cada uno de los rubros que siguen a continuación del de agalactia en el cuadro 8, es evidente que casi todos los destetes precoces a que se refiere esta encuesta se originaron en un absoluto desconocimiento de la fisiología y manejo de la lactancia, tanto de parte de médicos y personal paramédico como obviamente de las madres y las personas que las rodean. En efecto, el desarrollo de la neonatología en la segunda mitad de este siglo trajo a la mente de obstetras y pediatras la idea bien cimentada y, por cierto, ajustada a la realidad acerca de los peligros que acechan al niño en sus primeras 24 horas de nacido y estimuló, primero en los países desarrollados y después también en los no industrializados, la instalación de salas-cunas con el propósito de observar a los niños en las horas que siguen al parto y de paso permitir un cierto reposo a la madre.

Posteriormente esta separación no se limitó ya a las primeras 24 horas sino que resultó muy cómodo mantener siempre a los niños en la sala-cuna y llevarlos a la madre a intervalos regulares para ser puestos al pecho. Como a consecuencia de ello la mayoría de las progenitoras no pudieron tener éxito en la lactancia, ésta ni siquiera se intentaba, sino que los niños eran puestos de una vez en alimentación artificial. Vino después una reacción en los mismos países donde se había diseñado este sistema, en el sentido de la conveniencia de que el recién nacido permanezca al lado de la madre, lo cual, rebautizado con el término "rooming-in", no es otra cosa que lo que ancestralmente se practicaba en las comunidades indígenas y en general en los países en vías de desarrollo. Por desgracia, en éstos el sistema, muy técnico pero muy antinatural, alcanzó a penetrar mucho en la arquitectura y en el diseño de rutinas para hospitales y, en un exceso de celo médico por detectar y tratar oportunamente anomalías o dificultades que se pueden presentar en un 10% de los recién nacidos, se separa a los hijos de sus madres en las horas y días que son claves para el establecimiento de una lactancia normal, condenando así al 100% de los niños de las comunidades desvalidas a los riesgos de enfermedad y muerte que representa para ellos la alimentación artificial precoz. Se ha olvidado de este modo la enseñanza que nos ofrecen todos los días los demás mamíferos en el sentido de que, una vez realizada la limpieza del recién nacido y la sección del cordón umbilical, el primer acto para que sobreviva es brindarle el colostro no como alimento que todavía poco necesita, sino como primera dosis de anticuerpos inmunizantes y de paso estimular la secreción y eyección láctea al mismo tiem-

po que desencadenar contracciones uterinas para iniciar fisiológicamente la involución del tracto genital. La antinatural separación del niño y de la madre se prolonga con frecuencia tanto tiempo que, cuando por fin se autoriza ponerlo al pecho, ya es tarde porque la congestión mamaria aplanó el pezón impidiendo una buena toma por parte del niño, con lo cual se fomenta la estasis láctea, la ingurgitación dolorosa de la mama y las grietas del pezón cuyo dolor inhibe la eyección de la leche y desanima hasta a la mejor bien intencionada de las madres.

La tesis de que también el niño debe ser separado de su progenitora después del parto para que ella descansa es una falacia porque no hay nada más tranquilizante para una madre que sentir al hijo a su lado, aunque lllore, en lo cual el ser humano no se diferencia de los demás antes de la creación. Mencionemos de paso que está demostrado que el llanto del niño es uno de los mejores estimulantes fisiológicos del importante reflejo de eyección ("let-down reflex"), a la par que éste se ve muy adversamente afectado por el miedo, la ansiedad, la fatiga y el dolor que son, precisamente, los estados psicológicos que predominan en la madre separada de su hijo. Si aceptamos que el éxito de la lactancia es el resultado de un adecuado balance entre la felicidad de la madre y el bienestar del niño, cabe pensar en el daño que significa para éste, después de la tremenda experiencia del parto, pasar de la suave flotación en líquido amniótico, a una fría y dura colchoneta lejos de la tibieza de su madre. Ahora que se reconoce la importancia que la hipotermia tiene en el desencadenamiento y agravación de muchos problemas del recién nacido, cabe meditar sobre si existe alguna razón científicamente válida

para que los médicos nos sigamos oponiendo a que las madres tengan a su hijo, no ya en una cuna anexa, sino incluso en su propia cama, como de hecho se práctica por falta de dotación en muchos hospitales latinoamericanos sin que se hayan podido demostrar incrementos en los índices de muerte por sofocación o infección del neonato. Estamos seguros de que estos niños no disponen de una cuna en su humilde vivienda y al salir del hospital van a estar en la misma cama con su madre; no nos parece inconveniente anticiparnos a esta realidad y utilizar sus ventajas en relación con el calentamiento, la ligazón afectiva y, sobre todo, con el fomento de la alimentación natural.

No obstante que desde 1924, Ely y Petersen⁹ describieron con detalle los factores que influyen en la eyección de la leche, su conocimiento parece no haber tenido la influencia que debiera sobre las técnicas de amamantar y las rutinas hospitalarias para fomentar la alimentación natural. Se sabe que alrededor de cada alvéolo de la glándula mamaria existe una capa de células mioepiteliales que, al contraerse, rompen las membranas de las células secretorias y exprimen, por así decirlo, la leche rica en grasas y proteínas (excreción holocrina) para que se mezcle con la que permanentemente se produce por diálisis y que es menos concentrada (excreción merocrina). La contracción del tejido mioepitelial ocurre gracias a un reflejo neurohumoral cuyo punto de partida son los receptores propioceptivos situados en el pezón y la aréola, los cuales, al ser estimulados por la succión del niño, transmiten, por vía nerviosa sus impulsos al sistema nervioso central y al área hipotalámica. El hipotálamo estimula, a su vez, primero a la hipófisis

anterior para producir prolactina que es la hormona que hace secretar leche al alvéolo. Entre 1 y 3 minutos después de haberse iniciado la succión, aquél induce también a la hipófisis posterior para secretar oxitocina, que es la que da lugar a la contracción del tejido mioepitelial perialveolar y fomenta la eyección de la leche ("let-down reflex").

La acción de la prolactina es tan importante para la secreción de la leche como la de la oxitocina para su drenaje, pero la primera se produce siempre (aunque en cantidad mayor durante la succión), mientras que la segunda se secreta sólo cuando se induce el reflejo, bien sea por succión, por estímulo digital o en forma condicionada, como ya lo mencionamos antes, por el llanto del niño. Se sabe asimismo que, aunque la secreción de prolactina se desencadena como consecuencia del parto mismo, este solo estímulo determina la presencia de leche en forma tardía y con los caracteres de secreción merocrina que a su vez no drena bien porque los conductos galactóforos están ocupados de antemano por la secreción habitual durante el embarazo. En cambio, cuando al estímulo hormonal creado por la desocupación uterina se agrega de inmediato y repetidamente la acción de la oxitocina por la succión del niño, la secreción y la eyección de la leche se acompañan, en un equilibrio que se considera fundamental para el éxito de la lactancia. En efecto, cuando, como ocurre sobre todo en las primíparas, que a su falta de experiencia se le agregan absurdas disposiciones hospitalarias sobre primera postura y horarios rígidos, la secreción predomina sobre la excreción, la leche se acumula provocando un importante aumento de la presión intraductal y la consi-

guiente estasis venosa y linfática, compresión de las estructuras vecinas, isquemia y atrofia de las células secretorias con la resultante cesación de la secreción láctea. Clínicamente esta cadena de hechos se manifiesta primero por ingurgitación dolorosa de la mama y aplanamiento del pezón. Luego, cuando la estasis de leche predomina en algunos ductus, se forman vetas rojas y muy dolorosas que irradian desde la aréola y que con frecuencia son diagnosticadas como "mastitis" e inducen erróneamente al médico a suspender la lactancia. Por el aplanamiento del pezón el niño no puede tomar de manera adecuada el pecho desde la aréola, como es lo indicado, y a duras penas consigue aplicar sus encías sobre aquél, el cual fácilmente se traumatiza y ostenta las conocidas y dolorosas grietas responsables de innumerables destetes prematuros. Son ellas también las que permiten la entrada de gérmenes patógenos que aprovechan la estasis láctea y la congestión mamaria para determinar las verdaderas mastitis supurativas que sí imponen la ablactación¹⁰

Una proporción importante de recién nacidos son privados desde un principio de la alimentación natural porque, a causa de su bajo peso o de la presencia de diversas condiciones patológicas, se precisa mantenerlos en salas-cunas para niños con problemas. El desinterés de los médicos por dicha alimentación, unido a la circunstancia de que ni las enfermeras ni las madres conocen técnicas efectivas para la extracción manual de la leche, hace que estos niños sean puestos en alimentación artificial desde un principio. Unos pocos reciben leche humana extraída mientras la madre permanece en el hospital pero, una vez que egresa, las grandes distancias y las dificultades del

transporte junto con las trabas administrativas que la mayoría de los hospitales oponen para la recepción de la leche o para permitir el ingreso periódico de las madres que lactan, determinan la ablactación a corto plazo de todos estos niños pese a que, sin lugar a dudas, son precisamente los que más necesitan de la leche humana para librarse del inminente peligro de la infección cruzada¹.

En íntima conexión con el problema que acabamos de tratar es preciso revisar también las políticas de admisión y egreso de niños de bajo peso de las salas de prematuros porque, si su permanencia allí significa privación de la alimentación natural, en ausencia de patología que requiera procedimientos hospitalarios, es preferible enviarlos a su domicilio con instrucciones precisas sobre preservación de la lactancia natural, bien sea directamente o con leche extraída. Recientes publicaciones muestran mejores resultados en la atención domiciliar de niños prematuros de peso muy bajo (1.250 g.) con leche materna que los que se consiguen en los hospitales de la misma área, en salas de prematuros expuestos a los riesgos de la alimentación artificial y la infección cruzada^{1 1}.

El destete por internación del niño (4,4%) podría eliminarse casi completamente si se humanizaran un poco los actuales regímenes hospitalarios porque a los niños que enferman de gravedad se les agrega invariablemente otro traumatismo psicológico y nutricional, es decir, la separación de su madre.

A menudo la secreción láctea recién queda bien establecida a los 5 u 8 días y en su transcurso la única solución es la postura frecuente del niño al pecho. Pero es necesario que la madre se encuentre muy motivada y que

el médico esté muy capacitado para apoyarla a fin de no caer en la prescripción prematura de leche artificial. Cuando en presencia de hipogalactia evidente o por cualquier otra razón, válida o no, se tenga que recurrir a la alimentación mixta, la leche artificial debe ser administrada siempre a continuación del pecho y no en forma de biberones intercalados, que necesariamente disminuyen la succión y fomentan la estasis láctea, o sea los factores que con mayor frecuencia determinan el cese de la lactancia. Por lo demás, el teteo complementario permite detectar las falsas hipogalactias porque el niño satisfecho con el seno raras veces recibe leche adicional.

Con bastante frecuencia se priva a los niños de la alimentación natural porque la madre tiene fiebre o debe tomar drogas. Prácticamente ninguna enfermedad infecciosa de ésta es motivo para suprimir la lactancia a menos que por su gravedad se agote la leche. Muchas fiebres del puerperio se relacionan con condiciones que no son contagiosas y, aun en el caso de tratarse de una enfermedad transmisible, cuando los síntomas aparecen en la madre ya han transcurrido suficientes días de contagiosidad para el niño y nada se gana con separarlo de ella y privarlo de la única fuente de anticuerpos que le puede ayudar a luchar contra la presunta infección que le haya podido transmitir. Por otra parte, aunque la mayoría de las drogas administradas a la progenitora son detectables en la leche, su concentración en ésta es muy baja y puede despreciarse. La recomendación de que la madre alimente al niño inmediatamente antes de tomar la droga disminuye aún más la remota posibilidad de efectos nocivos^{1 2}. Los obstetras pueden ayudar evitando la innecesaria polifarmacia en el puerperio, en espe-

cial de drogas como tetraciclinas, cloranfenicol, sulfamidas, dipirona, etc., perjudiciales tanto para la madre como para el niño y que, por otro lado son fácilmente sustituibles.

Un número no despreciable de destetes prematuros e injustificados es ordenado por el médico en presencia de situaciones en el niño, como vómito, regurgitaciones, diarrea, cólico, meteorismo y erupciones cutáneas. Está demostrado que el vaciamiento gástrico es más lento con la leche artificial que con la materna y, por ende, cualquier vómito o regurgitación, sea de causa orgánica o funcional, se acentúa con la supresión de la alimentación natural. Es normal que el niño alimentado a pecho tenga deposiciones frecuentes y semilíquidas, sin que ello afecte en lo más mínimo su estado general o su crecimiento ponderal. El cólico infantil, cuando obedece a un mecanismo alérgico, se acentúa con la leche de vaca y, si se debe a una alteración de las relaciones entre la madre y el niño, mejora más rápidamente si se preserva la alimentación natural y disminuyen las tensiones emocionales en la familia. Las erupciones cutáneas del recién nacido y del lactante, sean de causa alérgica o infecciosa, no mejoran absolutamente nada, sino todo lo contrario, se agravan, con la alimentación artificial.

Contrariamente a lo esperado en la comunidad encuestada, el porcentaje de destete causado por el trabajo de la madre (7,2%) no fue muy importante. Esto ya había sido comentado por otros autores⁷ con la observación de que, en los países latinoamericanos, menos de una cuarta parte de las mujeres que están en edad de concebir tienen un empleo.

Dado que no es posible esperar que se generalice por parte de las empresas comerciales c

industriales el cumplimiento de las disposiciones que las obligan a facilitar a las madres la práctica de la lactancia (servicio de guardería para los alimentados a pecho, acondicionamiento de horario y subsidio de alimentación para las madres que lactan, etc.), lo más práctico es instruir a estas últimas en la técnica de extracción higiénica de los excedentes de leche para que sean administrados en las horas en las que no se pueda poner directamente el niño al pecho por razones de trabajo. Aunque para las que no disponen de la facilidad para congelar la leche, que sería lo ideal, se podría argumentar que ésta así extraída extemporáneamente puede contaminarse e infectar al niño, en realidad esto debe ser menos peligroso que la administración de leche de vaca por cierto contaminada y empobrecida por dilución.

En relación con la influencia que la promoción comercial pueda tener en la declinación de la alimentación natural, en el cuadro 9 se aprecia que para la muestra estudiada este factor no debió ser muy significativo pues si al importante porcentaje (46,4%) de niños que fueron pasados a leche fresca de vaca se suman los guarismos de las leches en polvo a las cuales no se les hace hoy día promoción comercial como sustitutos de la materna, puede decirse que teó-

ricamente sólo un 24% tal vez haya estado influido por la propaganda. Esta cifra corresponde a las leches maternizadas (Nan y S26) que son las que en la actualidad son objeto de activa promoción. Decimos teóricamente porque sabemos que en los hospitales en los que se hizo la encuesta no existe ningún tipo de propaganda ni en los consultorios prenatales, ni en las salas de púerperas, ni en la consulta externa de pediatría.

El análisis sobre la adecuación del sustituto lácteo usado (cuadro 9) permite confirmar lo que era de esperar en esta comunidad de tan bajos recursos: que al suspender el pecho, la mitad de los niños comienzan a recibir una alimentación totalmente inadecuada, tanto desde el punto de vista del contenido de proteínas como del valor calórico y obviamente de la inaccesibilidad económica, evaluada relacionando el costo de la leche artificial con el ingreso familiar.

Puesto que es bien sabido⁸ que la introducción temprana de alimentos distintos de la leche humana en la dieta del niño es un factor que contribuye al destete prematuro y que en ello también podría tener una gran influencia la propaganda comercial de los productos industriales, se indagó este aspecto en la presente encuesta, encontrándose-

se (cuadro 11) que, si bien en el 86% de los niños se practicó la complementación temprana, ésta se hizo casi siempre con alimentos de preparación casera y no con productos industriales.

La mitad de los niños que recibieron alimentación artificial manifestaron síntomas, como vómito y diarrea (cuadro 12), cuya intensidad y naturaleza no se precisaron en la encuesta pero que, dadas las pésimas condiciones higiénicas dominantes para el grupo estudiado, puede suponerse que marcaron el comienzo del proceso de infecciones intestinales a repetición que caracteriza a los niños privados en forma prematura de la leche materna.

Sería de interés repetir esta encuesta en otros estratos socio-económicos, como las comunidades que disfrutaban de los servicios de la seguridad social y la consulta privada. Dada la elevada frecuencia con que se presentó la respuesta escueta "se acabó la leche" sería conveniente preparar un interrogatorio más detallado que permita detectar las circunstancias que conducen a la agalactia como, por ejemplo, si hubo o no motivación desde la consulta prenatal e instrucciones sobre técnica de amamantar; momento de la primera postura y horario siguiente; alimentación preláctea y método de suplementación etc.

SUMMARY

The authors report an experience carried out in some University Hospitals of Bogotá, where 250 mothers were checked up (as out-patients) in relation with early weaning of their babies, in order to find out the causes and circumstances of that event, which is considered "too early" for the very low social-economic level to which they belong.

- 80 % of the children were weaning before 6 months of age.
- 21 % were weaning because of medical reasons.
- In almost half of the cases, the reason for weaning (following by immediate artificial feeding) was "agalactia".
- Probably most of the agalactia cases were due to wrong practices in the management of suckling and to the absence of psychological stimulus in the pre-natal period.

- Mother's activities (jobs) were not final a factor of high incidence (only 7%) for weaning.
- Commercial promotion of milk as well as artificial foods were considered as not determinant for early weaning in the community under study.
- At the moment of this inquiry half of the early weaning babies already presented digestive symptoms, probably due to the artificial feeding.
- The authors suggest to repeat the inquiry at higher social-economic levels in order to get further detailed information about the management of suckling from the first pre-natal consult up to the moment of weaning.

REFERENCIAS

- 1 - Tassovatz, B.; Kotsich, A.: Le lait de femme et son action de protection contre les infections intestinales chez le nouveau-ne. *Ann. Pediat.* (Paris), 37: 286, 1961.
- 2 - Glaser, J.; Johnstone, D. E.: Prophylaxis of allergic disease in the newborn. *J.A.M.A.*, 153:620, 1953.
- 3 - Neuman, C. G.; Alpaugh, M.: Birthweight doubling time: A fresh look. *Pediatrics*, 57:469-473, 1976.
- 4 - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Bogotá, Colombia, Plata-Rueda, E.: *Pediatría práctica*. Ed. ICBF, Bogotá, págs. 150-168, 1975.
- 5 - Vis, H. L.: Influence of maternal health on the volume and quality of breast milk secreted. *Bulletin of the Int. Ped. Ass.*, 6:26-28, 1976.
- 6 - Bailey, K. V.: Quantity and composition of breast milk in some New Guinean populations. *J. Trop. Pediat.*, 11:35, 1965.
- 7 - Berg, A.: Crisis en las prácticas de la alimentación de los lactantes. Estudio sobre Nutrición. México, Limusa, pág. 117, 1975.
- 8 - International Pediatric Association. Seminario sobre Nutrición. La alimentación del niño preescolar con especial referencia a la lactancia materna y al período del destete. Recomendaciones para los programas de acción pro lactancia natural. *IPA Bulletin*, 5:27-31, 1976.
- 9 - Ely, R.; Peterson, W. E.: Factors involved in the ejection of milk. *J. Dairy Science*, 24:211, 1924.
- 10 - Applebaum R. M.: The modern management of successful breast feeding. *Ped. Clin. N. A.*, 17:203-225, 1970.
- 11 - Senecal, J.: Problems du traitement des prématures dans les pays en voie de développement. *Int. Ped. Ass. Seminar. on Neonatology*. Santo Domingo, Memo. Soc. Dom. de Pediatría, pág. 33, 1976.
- 12 - The Medicin Letter 16:25, 1974.

COMENTARIO DEL DOCTOR MARIO GUTIERREZ LEYTON, Profesor investigador de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y titular de la Cátedra de Sociología de la Salud, Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina.

No es la primera vez que el enfoque de problemas sociomédicos acuciantes, efectuado en países diferentes aunque sobre un telón de fondo común, exhibe resultados coincidentes. Esto es lo que está sucediendo con la investigación latinoamericana acerca del declinar del amamantamiento. En Chile, Argentina, Brasil y, ahora, en Colombia se constata un patrón de comportamiento semejante, en causas y efectos, en relación con el destete prematuro. El análisis de los cruces y asociaciones de las variables elegidas resulta sugerente respecto del riesgo biológico que entraña la adopción de una moda tan inadecuada. La desnutrición que casi de modo invariable sigue al destete prematuro en sectores de población económicamente desfavorecida sirve de campo propicio para la contaminación infecciosa, la alteración de la curva de crecimiento y desarrollo y la repetición en círculo vicioso del fenómeno. Con razón se afirma que el destete es el eslabón más débil en el ciclo biológico de la vida humana.

Plata Rueda comprueba en su muestra varios

hechos y hallazgos relevantes, al igual que otros investigadores lo habían hecho ya en diversos escenarios de América latina. Entre estos hallazgos, la conspicua responsabilidad que le atañe al médico en el desencadenamiento de esta situación lamentable. Una de cada 5 madres fueron inducidas por este profesional a destetar a su hijo. Otros autores han informado porcentajes mucho mayores, algunos hasta del 54%. Extraigamos de allí la primera enseñanza y reflexionemos sobre la antieducación que este problema entraña. Como la educación para la salud es responsabilidad de la sociedad, a toda ella le cabe una cuota de culpa.

En otro orden, el aporte que comentamos nos ayuda a la desmistificación de un argumento justificatorio del destete, tal vez el más enfáticamente expuesto por madres "modernas" o aprendices de sociólogos. El trabajo de la madre fuera del hogar, cada vez más necesario para la consolidación económica de la familia, obliga a ésta a reemplazar el amamantamiento por la lactancia artificial. Plata Rueda encuentra esta causa sólo en el 2,3% de los

destetados antes de los 8 días y en el 8,4% en aquellos que lo fueron más tarde. Esta evidencia no es en absoluto una explicación razonable para que al mes la cifra de alimentados artificialmente alcance al 47,2% y a los 60 días al 64,4%.

Le damos la bienvenida a la colaboración de Plata Rueda en un tema que la Sociedad Argentina de Pediatría considera básico en su política de capacitación continua. En tal sentido, la intencio-

nalidad y el contenido de aquella coinciden con los de otras publicaciones ya efectuadas en "Archivos".

La única discrepancia dentro de esa línea atañe a la liberación de culpa que el autor le asigna a la propaganda comercial como factor perturbador del hábito natural de amamantar. Estamos persuadidos de que a lo menos tal aseveración merece mayor estudio y análisis.



El número tres figura esencialmente en la mayor parte de las fórmulas y aplicaciones simpáticas. Cuando se resiente la muñeca, por causa de algún esfuerzo, dicen que se abre. Para cerrarla, ciéñenla con tres vueltas de una cinta colorada (otros negra), sin pecar, esto es, nueva, no usada todavía. Para conocer si una criatura tiene mal de ojo dejan caer con el dedo tres gotas de aceite en un vaso de agua, acompañando la operación con palabras. Si las gotas de aceite se van al fondo, la criatura tiene mal de ojo. La caída de la paletilla se cura con palabras y midiendo una cinta que tenga tres tantos desde la mano al codo. Si la paletilla está caída, encógese cuatro dedos la cinta. El empacho de las criaturas se comprueba y cura levantando tres veces con las yemas de los dedos el pellejo del espinazo a la altura de la boca del estómago y aplicando a éste un parche de aceite mezclado con la flor de la ceniza. Estando empachada la criatura, suena interiormente la parte del espinazo, al levan-

tarse la piel. Tres golpes en un mortero con la maza, tirándola enseguida y huyendo sin mirar para atrás, harán desaparecer un orzuelo. Un puñado de sal arrojado al fuego dará el mismo resultado, si el paciente logra huir tan precipitadamente que no llegue a sentir el chisporroteo. Tres cerdas de la cola del caballo o tres hebras del cojinillo, amudadas, evitarán, si se echan en el nido del avestruz, o ñandú que éste patee y desparrame los huevos que está incubando, cuando le sacan alguno. Dicen que el avestruz deshace la nidada si advierte que le han extraído un huevo. Algunos se limitan a echar sobre los huevos unás hilachas de la bajera, y otros reparan el agravio, orinando en el nido; tras cuernos, palos. Los manosantas y tatadioses, cuando van a hacer sus rezos y santiguaderas, encienden tres luces delante del crucifijo o de la virgen.

DANIEL GRANADA - Supersticiones del Río de la Plata" - Ed. Kraft, Bs. As.

ESCORBUTO INFANTIL

Julio A. MAZZA, Roberto SILBER, Juan C. PERNAS, Héctor M. TREVISAN.
Cátedra de Medicina infantil, Hospital de Niños de La Plata, Servicio de Lactantes

Con motivo de 2 observaciones de escorbuto infantil, los autores describen las circunstancias etiológicas, características clínicas e imágenes radiológicas que, aunque se superponen a las descripciones clásicas de la enfermedad, les sirven para llamar la atención de lo que constituiría su aparente rareza, dado que la revisión de la bibliografía nacional les ha permitido sólo el hallazgo de 2 casos en los últimos 20 años, en oposición a una publicación canadiense que consigna 66 entre 1953 y 1962, casuística excepcional no registrada en el resto del mundo.

Ambos niños fueron alimentados artificialmente y se presentaron con un cuadro doloroso del miembro inferior (seudoparálisis de Barlow) muy evidente al mínimo contacto y que precedió a la aparición de las sufusiones gingivales.

La conjunción de ambos síntomas, junto con la tipicidad del cuadro radiológico en el que fue posible comprobar la presencia de la totalidad de los signos característicos de la afección, permitió llegar al diagnóstico e instaurar la terapéutica específica que conjuró rápidamente todas las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

La primera observación que data de 1973, dio oportunidad para juzgar la evolución alejada, en la que se pudo verificar el excelente estado del paciente y la regresión de las imágenes radiológicas para cuya normalización se requiere un tiempo prolongado.

Arch. Argent. Pediat., 75; 319, 1977. HIPOVITAMINOSIS, NUTRICION, METABOLISMO.

INTRODUCCION

En el lapso comprendido entre setiembre de 1973 y marzo de 1977, hemos tenido oportunidad de asistir, en el servicio en el que actuamos, a 2 lactantes que presentaron el cuadro completo de esta afección, lo cual resulta particularmente notable si consideramos su comprobada (o aparente) rareza. En este sentido, una compulsión en la bibliografía nacional nos ha permitido registrar solamente 2 observaciones en 1958¹ y 1965² y 7 que corresponden a casos en Latinoamérica³⁻⁷ durante los últimos 20 años. La bibliografía europea únicamente consigna referencias de antigua data^{8,9} y la escasez de observaciones en dicha área explicaría el hecho de que la minuciosa descripción de Bastin y Acar¹⁰ carezca no sólo de referencias bibliográficas sino, además, de material iconográfico ilustrativo.

En América del Norte se

aprecia un acentuado contraste. El país más afectado es Canadá donde durante 1945-1959 se tabularon 312 casos (180 publicados y 142 no referidos en la literatura) y a los que se podría sumar una recopilación realizada en 1959 por el Servicio de Salubridad de Terranova donde se reunieron 77 casos sobre una población de 30.000 niños menores de 2 años, lo que da un promedio de 2,5 casos cada 1.000 niños. Más recientemente, Grewar¹¹ ha recogido en Winnipeg otras 66 observaciones entre 1953 y 1962. De la lectura de este trabajo no surgen evidencias relacionadas con características ecológicas, pero sí con hábitos alimentarios (lactancia exclusiva con leche de vaca) que permitirían explicar tan inusitada abundancia de casos.

Aquellos altos registros motivaron una consulta a los centros médicos de Estados Unidos que dio lugar a una encuesta a la que respondieron 226 hospitales o servicios pediátricos¹².

Sobre un total de 2.353.220 internaciones durante el quinquenio 1956-1960 ocurrieron 713 casos, lo que da un promedio de 1 cada 3.300 admisiones. Se comprobó una mayor incidencia en 16 estados del centro-sud y sud-este (447 casos, o sea 1 cada 1.394 admisiones) contra 266 en el resto del país (1 caso cada 6.504 admisiones).

A causa de estos guarismos —y también de lo ocurrido con nuestros 2 lactantes— hicimos antes la salvedad de su “aparente” rareza, dejando así un margen para casos en los que pudiera haberse omitido el diagnóstico.

Por otra parte, existe una patente similitud en la forma de presentación, antecedentes alimentarios, sintomatología clínica y radiológica de los casos referidos, todos los cuales reflejan la descripción clásica de la enfermedad.

Atribuimos la demora en el diagnóstico —como la que sucedió en el caso inicial— a que su

observación ha perdido vigencia y no está, por lo tanto, presente en el arsenal diagnóstico del pediatra actual. No obstante, los citados casos de Grewar motivarían la revisión de esta actitud que haría perder al escorbuto la fisonomía de una afección de carácter histórico.

La demora en el diagnóstico a que hacíamos referencia es el hecho que ha motivado nuestra intención de rever este proceso ya que, precisamente, la repetición del caso permitió un diagnóstico inmediato que evitó inútiles procedimientos exploratorios y dilaciones terapéuticas para beneficio del segundo de los pacientes.

Considerando que desde las clásicas descripciones de la enfermedad poco o nada se ha agregado hasta la fecha, no abundaremos en el detalle del cuadro nosológico y nos dedicaremos a describir las características clínicas, radiológicas y biológicas que presentaron los 2 pacientes que motivan este trabajo.

CASUÍSTICA

María Inés M. S. (H. C. 60.339) y Daniel R. L. (H. C. 77.371) de 11 y 9 meses, procedentes de La Plata y Carlos Casares, respectivamente, comenzaron con su afección en la



Fig. 1. Observación I. Decúbico obligado

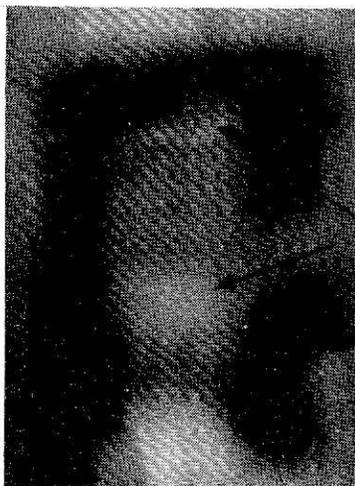


Fig. 2. Observación II. Radiografía 1. Imágenes existentes en el momento de la consulta.

edad señalada como clásica (posterior al primer semestre).

El inicio fue similar, acusando ambos dolor en el miembro inferior derecho con impotencia funcional e inmovilidad (seudoparálisis de Barlow). Posición antálgica y decúbico obligado (fig. 1).

El dolor era evidente aun con la palpación más tenue y ambas madres informaron que "apenas podían tocar a sus niños" debiendo efectuar verdaderos malabarismos para cambiarlos y bañarlos. En las rodillas pudieron observar la piel tensa y tumefacción zonal. Los niños presentaron curva térmica irregular y alrededor de 2 a 3 semanas más tarde aparecieron hematomas submucosos gingivales (los 2 pacientes tenían dientes).

No obstante haber consultado médicos y obtenido radiografías muy demostrativas, el diagnóstico pasó inadvertido (fig. 2).

La acentuación de los síntomas motivó su concurrencia al Hospital de Niños de La Plata y su ulterior internación en el Servicio de Lactantes.

Ambos niños eran de término; el primero gemelar, con similares grados de desnutrición

(30%), lo que constituye un hecho de observación habitual en el escorbuto.

CIRCUNSTANCIAS ETIOLÓGICAS: No recibieron alimentación natural y la lactancia se realizó en base a fórmulas industrializadas o leche de vaca común. Al primer niño se le adicionó manzana a partir del 5º mes y el segundo siempre vomitó ante los intentos de administrar papilla completa (¡hasta con jugo de naranjas!) por lo que recibió leche hasta los 9 meses, es decir, cuando comenzó su enfermedad.

Recordemos aquí que la leche de mujer es antiescórbitica y que la de vaca contiene la décima parte de vitamina C. Además, su manipulación, estacionamiento, pasteurización y posterior ebullición disminuyen hasta en un 15% su tenor de ácido ascórbico. En los productos industrializados que utilizan procedimientos de esterilización con entrada de aire la pérdida asciende al 50%.

ESTADO ACTUAL: Se registraron todos los síntomas referidos por el interrogatorio pero, además, se comprobó en ambos casos:

a) Rosario costal *doloroso* (llamado tórax escalonado o rosario escorbótico) particularmente sensible en la palpación. El dolor torácico es la razón que parece explicar otros dos síntomas comprobados en ambos niños: taquipnea y taquicardia (por respiración superficial).

b) Palidez cutánea y mucosa, reveladora de la anemia siempre presente en el escorbuto (el síntoma más constante según Bertoye)¹¹. Puede ser hipocrómica o simple, sólo que en el primero de los casos no responde a la administración de hierro. La globulia fue de alrededor de 3.700.000 pero la existencia de hemorragias o de anomalías leucocitarias, acornpañadas de doleres óseos, hace pensar en leucosis o mononu-

cleosis (así ocurrió en la observación I) que nunca se confirman y que motivan inútiles recuentos y punciones.

La rápida regresión hematólogica permite entrever la acción mielopoyética de la vitamina C o su intervención en el metabolismo de hierro o cobre, ya que se ha descartado su dependencia o relación con las hemorragias óseas o subperiósticas.

La curva térmica fue, como la describieron Lelong y col.¹² irregular y desordenada. Debe considerársela como propia de la enfermedad y no relacionada con intercurencias infecciosas o con la resorción de los hematomas. Su desaparición es inmediata (y así sucedió en los 2 casos) a la terapéutica con vitamina C.

La manifestación gingival, más que hemorragia, es una tumefacción peridental cuya reproducción en la figura 3 (observación I) es más ilustrativa que cualquier descripción.

Del resto de las manifestaciones hemorrágicas descritas (cutáneas, mucosas y viscerales) sólo pudimos comprobar, en la observación II, sufusión en paladar blando y microhematuria.

Ambos lactantes presentaron anorexia durante su internación en el período preterapéutico. Este síntoma de tenacidad notable constituye uno de los elementos claves, junto con el mal humor, la desnutrición y la anemia, del "estado previo" o "período de precarencia" o "enfermedad latente".

La actitud antálgica (posición de rana) (fig. 4) y el decúbito obligado (fig. 1) quedan claramente expuestos en las fotografías en las que son patentes el apoyo en el lado sano, miembro en semiflexión, edema y tumefacción.

Pero tal vez más característica sea la notable sensibilidad en la palpación, hecho que siempre hicieron notar ambas madres y



Fig. 3. Observación I. Tumefacción gingival.

que llama más la atención que el dolor que provoca la movilización (seudoparálisis).

Esta situación es la que desorienta al pediatra quien, al no tener presente esta enfermedad, relaciona el síntoma con osteoartritis, poliomielitis, sífilis (Parrot) o afecciones neurológicas de las que el escorbuto se diferencia fácilmente, siempre que se lo tenga en cuenta en el momento del diagnóstico.

Esta situación se puso de manifiesto en la observación I hasta que los sucesivos estudios

y consultas descartaron dichos cuadros, por lo que se resolvió el diagnóstico conformista de "artritis viral". Como consecuencia de ello la afección siguió su curso durante 2 semanas y sólo al aparecer la tumefacción gingival se relacionaron los síntomas clínicos, humorales y radiológicos con su verdadera causa motivadora.

SIGNOS HUMORALES: Aparte de la anemia, la obligada adjudicación de algunos signos al raquitismo (rosario, alteraciones radiológicas) da lugar a dosajes de calcio, fósforo y fosfatasas, estableciéndose la diferencia en estas últimas que en el escorbuto se encuentran descendidas. Los valores en nuestros pacientes pueden verse en el cuadro 1.

Por dificultades técnicas no se hicieron dosajes de ácido ascórbico en sangre y orina ni pruebas de sobrecarga.

HALLAZGOS RADIOLOGICOS

Los 2 niños presentaron el cuadro radiológico completo de la enfermedad, cuyos signos quedan plenamente objetivados en sendas radiografías de las rodillas afectadas (figs. 5 y 6):



Fig. 4. Observación II. Posición de rana.

CUADRO I

	Pretratamiento			Postratamiento		
	Ca	P	F.A	Ca	P	F.A
Observación I:	3,8 mEq/l	4,6 mg	26 KA	5 mEq/l	3,6 mg	65 KA
Observación II:	5,5 mEq/l	3,9 mg	5,4 KA	6,2 mEq/l	5,2 mg	7,5 KA

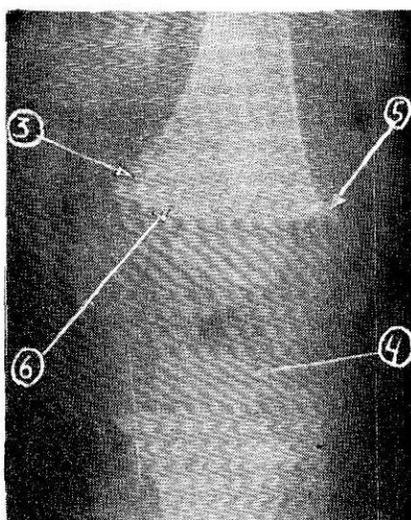
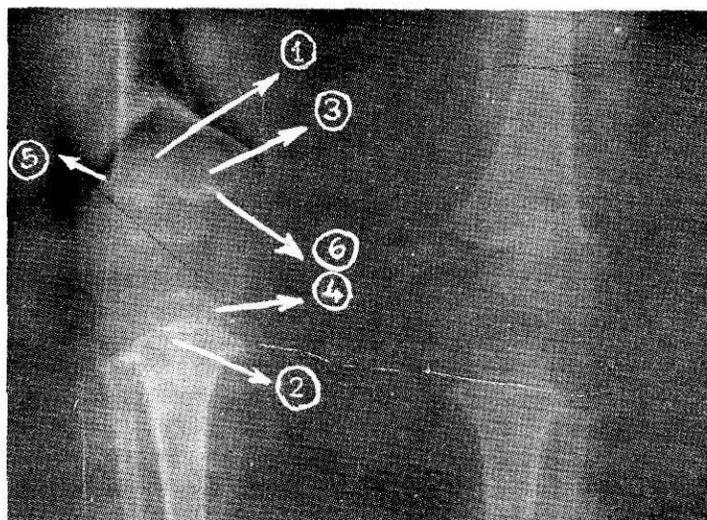


Fig. 5. Observación I. Radiografía 2.

Fig. 6. Observación II. Radiografía 3.

1) Atrofia y osteoporosis generalizada de la esponjosa y cortical.

2) Signo de Lehndorf: zona clara por encima o por debajo de la línea de Fraenkel.

3) Signo del rincón o del ángulo: defecto en la esponjosa y cortical inmediatamente por debajo de la zona provisional de calcificación.

4) Signo de Winberger: anillo denso en la periferia del núcleo epifisario.

5) Signo de Pelkan: espolones que aparecen tardíamente en la extremidad de la línea epifisaria.

6) Signo de Fraenkel: línea epifisaria opaca en la extremidad de la metáfisis, de bordes irregulares y contorneados.

Otros signos radiológicos descritos fueron observados en los pacientes que tuvimos ocasión de asistir, a saber:

7) Aparición tardía de la

sombra de las hemorragias subperiósticas por cúmulos de las sales de calcio, con aspecto fusiforme (fig. 7).

8) Deformación en "tapón de champaña" de los extremos condrocostales (signo de Lesné-Clement).

9) Adelgazamiento de la cortical, que aparece como una línea trazada con un fino lápiz (fig. 7, borde de metáfisis femoral).

No advertimos, en cambio, fracturas patológicas en la diáfisis o epífisis.

Desde el punto de vista radiológico, el diagnóstico diferencial más importante a realizar es con la sífilis innata en las lesiones osteocondríticas, en las cuales la línea epifisaria aparece más espesa, opaca e irregular, con aspecto dentellado (en peine) del lado de la epífisis cartilaginosa, que es tanto más acen-

tuado cuanto más largo es el estado evolutivo de la infección luética cuya mayor expresión es la fractura metafisaria.

Asimismo, algunos aspectos clínicos, como presentación precoz (en el primer cuatrimestre), lesiones cutáneas, localización en el miembro superior y reacciones serológicas, ayudarán a diferenciar dichos cuadros.

Con el raquitismo: la osteoporosis más generalizada, la imagen en copa de champaña, el retardo en la aparición de núcleos, la falta de anillos en la periferia y los signos metafisarios diversos constituyen pautas que si en algunos casos no son suficientemente claros, los signos clínicos (falta de dolor y ausencia de hemorragias) y humorales (hiperfosfatemia) contribuirán en la diferenciación de ambas afecciones.

La terapéutica con vitamina C trajo un pronto alivio y rápi-

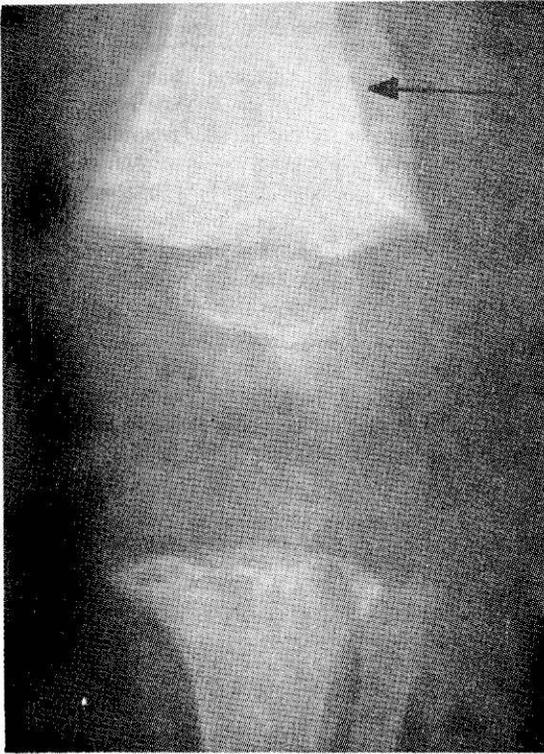


Fig. 7. Observación II. Radiografía 4. Hemorragia subperióstica.

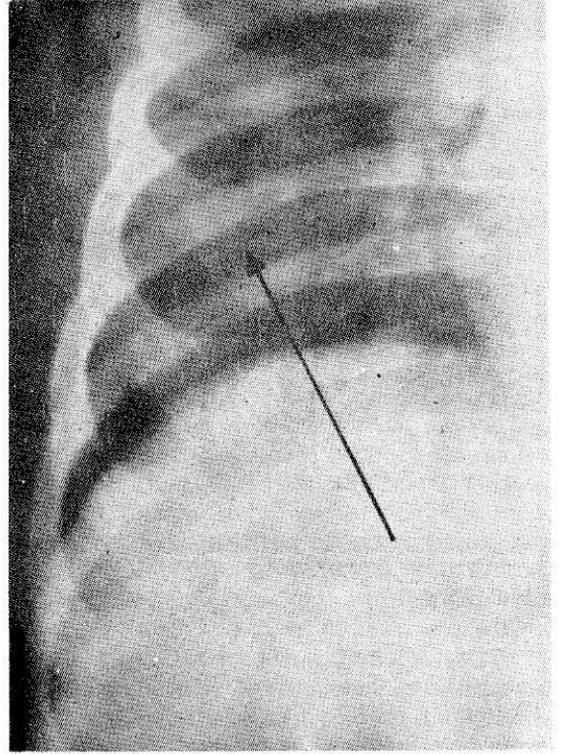


Fig. 8. Observación II. Deformación en "tapón de champaña". Radiografía 5.



Fig. 9. Observación I. Radiografía 6. A los 2 años.

da regresión clínica en ambos pacientes.

La movilidad activa fue recuperada en pocos días y la palpación, tolerada en forma ostensible. La anorexia y la anemia retrogradaron de inmediato.

En cambio, la normalización radiológica es más lenta. La aparición de espolones y la calcificación de las hemorragias subperiósticas (fig. 8) anuncian la curación, pero, para la regresión total, pueden ser necesarios varios meses de control y observación (fig. 9).

A la terapéutica masiva de

vitamina C habrá de acompañarla una dieta que aporte una cantidad óptima, necesaria para mantener una saturación hística de ácido ascórbico, ya que los niños que han padecido escorbuto quedan muy sensibilizados a las dietas carenciadas.

COMENTARIO

Con la presentación de las 2 observaciones de escorbuto hemos pretendido llamar la atención acerca de una afección que, aunque rara, se deberá tener en cuenta para no soslayar su diagnóstico ante cualquier niño que manifieste la totalidad o

parte de su sintomatología dolorosa o hemorrágica clásica.

Pensamos que si en el corto plazo de 4 años hemos podido reunir 2 observaciones (una del interior de la provincia de Buenos Aires), probablemente su presentación (sobre todo en sus formas frustras) no sea tan excepcional en núcleos abigarrados de población cuyos niños están sometidos en su mayoría a las mismas pautas alimentarias de nuestros casos y que constituyen, sin excepción, el factor etiopatogénico condicionante del proceso.

SUMMARY

Having observed 2 (two) cases of infantile scurvy, the authors describe the etiological circumstances and clinical-radiological features. Even when classical descriptions of this disease agree with the present one, the authors use it to emphasize its relative unfrequency, considering their bibliographical review affording only two cases in national literature, which contrasts with a canadian report of 66 cases from 1953 to 1962 with no counterpart in world-wide publications.

Both children were artificially fed, presenting on admission a painful lower limb (Barlow's pseudoparalysis) even with gentle examination procedures, which preceded the onset of gingival hemorrhages.

Those two clinical signs along with typical radiological images, allowed etiological diagnosis and specific treatment, which reversed rapidly all symptoms.

The first case which dated from 1973, was evaluated clinically and radiologically on a long-term basis, resulting in an excellent patient recovery and total regression of radiological signs, which are known to take a long time for complete disappearance.

REFERENCIAS

- 1) OTHEGUY, O.; ROSSI, A.: A propósito de un caso de escorbuto infantil. *Revista de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, XXIV: 16, 1958.
- 2) GRICHNER, A.; COPIE J.; SANCHEZ, I.: Escorbuto infantil, a propósito de una observación. *Pediatría Panamericana*, X: 57, 1965.
- 3) CERDEIRA, S.; SILVA, C.: Escorbuto. *Pediatría Práctica*, XXVIII: 121, 1957.
- 4) XAVIER JUNIOR, B.; CALDEIRA, F.: Escorbuto, sintomatología hemorrágica externa. *Pediatría Práctica*, XXXVIII: 149, 1967.
- 5) LAMEGO, C. y col.: O escorbuto. A apresentação de um caso. *Jornadas Pediátricas*, 33: 158, 1968.
- 6) BARROS AMIN, A. y col.: Escorbuto. *Pediatría Práctica*, XLIII: 261, 1968.
- 7) RONDON DE NOVA, H.: *Archivos Dominicanos de Pediatría*, 5: 97, 1967.
- 8) OPITZ; SCHMID: *Enciclopedia Pediátrica*, IV: 467, 1967.
- 9) FANCONI; WALLGREN: *Tratado de Pediatría*. I: 300, 1972.
- 10) BASTIN, R.; ACAR, J.: Avitaminosis C. *Enciclopedia Médico Quirúrgica (Pediatría)*. T. II: 4.059, C50, 1961. Ed. Techniques.
- 11) GREWAR, D.: Infantile Scurvy. *Clinical Pediatrics*, Vol. IV, Nº2, 1965.
- 12) COMITE DE NUTRICION (A.A.P.): Infantile scurvy and nutritional rickets in U.S.A. *Pediatrics*, 29: 646, 1962.

PLANIFICACION DE LA EDUCACIÓN CONTINUA EN PEDIATRÍA

Comité de Educación Médica (COEME)

Los días 7, 14, 21 y 28 de junio se llevó a cabo en la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), organizado por el COEME, un Seminario sobre Planificación de la Educación Continua en Pediatría.¹

El Seminario comenzó con una exposición del doctor Vásquez que presentó los propósitos de aquél y puntualizó los hitos en el desarrollo de las actividades de educación continua en pediatría. En 1905 se publica, entre nosotros, la primera revista pediátrica: **Archivos Latinoamericanos de Pediatría**. Por medio de ésta, distintos pediatras hispanoamericanos comparten sus conocimientos y experiencias. En 1911 se forma la Sociedad Argentina de Pediatría como ámbito para discutir públicamente experiencias e investigaciones.

Se llevan a cabo dos "sesiones de tablas" mensuales: estas reuniones constituyen una verdadera Cátedra de Graduados. En 1930 empieza a publicarse **Archivos Argentinos de Pediatría**, lo que permite difundir en todo el país las actualizaciones científicas.

En 1950 se inician las jornadas Argentinas de Pediatría y algunos cursos para graduados. Estos cursos constituyen, en 1961, una actividad sistemática de la SAP y, a partir de 1965, también se realizan regularmente en las filiales del interior.

Después de la presentación del doctor Vásquez, los profesores Alberto Pescetto y Amanda de Galli, mediante un coloquio, elaboraron los conceptos siguientes:

Educación permanente: Es la que está dirigida a todos los hombres durante toda la vida. Se la identifica con educación popular: para todas las edades y de todas las condiciones sociales. Incluye alfabetización, educación primaria, secundaria, terciaria, universitaria, técnica, de adultos, para el tiempo libre, formación profesional, etc.

Educación recurrente: Su propósito es complementar la educación y formación profesional impartidas hace tiempo. Esta dirigida a personas que, tras un período de empleo, necesitan una segunda oportunidad para recibir más educación y adiestramiento. **Reciclaje:** período de readiestramiento profesional.

Educación en servicio: Actividades de enseñanza-aprendizaje desarrolladas por una institución a fin de ayudar a su personal para que sea capaz de realizar su trabajo más eficientemente. Se caracteriza por efectuarse en el lugar y horario de trabajo ("on the job training").

Educación continua: Es la actividad educativa dedicada a los jóvenes y adultos que ya forman parte de la clase activa. Tiene por objetivo la adaptación de los profesionales a los cambios técnicos y científicos y a las modificaciones de las condiciones de trabajo. En EE.UU. e Inglaterra es muy utilizada la expresión "continuing education" para referirse fundamentalmente a la formación profesional del posgrado. La formación profesional continua es una parte de la educación permanente, es decir, que debe estar integrada coherentemente con los otros niveles educacionales.

Se advirtió que para referirse a la formación de posgrado se están usando de manera indistinta las denominaciones, educación recurrente, reciclaje y educación continua. Se recomendó utilizar "educación continua" porque parece ser el término o expresión utilizado, más específicamente en el ámbito universitario, para nombrar a las actividades educacionales para graduados.

Las actividades de educación continua se basan en:

a) La nueva función que se le asigna. Tradicionalmente se definía a la educación como una actividad social conservadora, es decir, con la función de transmitir y conservar el conjunto de conocimientos y el sistema de valores que poseía una determinada sociedad. Hoy en las sociedades industrializadas se le asigna a la educación fundamentalmente una misión generadora de nuevos conocimientos y promotora de cambios. El objetivo de asimilación y conservación de conocimientos ha sido reemplazado por la formación de una actitud de constante búsqueda de información actual. Esta nueva función de la educación queda muy bien sintetizada en las expresiones "educar para el cambio" y "aprender a aprender".

b) Específicamente en educación médica, los programas de educación continua deben implemen-

¹ Síntesis del Seminario elaborado por la Licenciada Amanda de Galli.

tarse para prevenir la obsolescencia del recurso humano ya formado. Esta última se produce por el rápido cambio y aumento de los conocimientos científicos y los avances de la tecnología. Se afirma que, sin actividades de actualización o de readiestramiento, un profesional con formación terciaria se torna obsoleto en el término de 6 a 8 años. De modo que la educación continua es un requisito indispensable para mantener y mejorar la calidad de las prestaciones de salud.

La segunda reunión —14 de junio— estuvo dedicada a discutir las distintas formas de llevar a cabo las actividades de educación continua:

- 1) Enseñanza escolarizada.
- 2) Enseñanza en servicio.
- 3) Educación a distancia.

1) **Enseñanza escolarizada:** Los cursos para graduados, habituales en la SAP como en otras sociedades científicas, son un ejemplo de esta forma de educación continua. Tienen como características:

a) Los participantes pertenecen a la misma profesión o especialidad.

b) Están dirigidos a individuos aislados, es decir, que pertenecen a distintas instituciones asistenciales.

c) Exigen de los participantes un tiempo y dedicación fuera del horario y lugar de trabajo.

d) Se desarrollan fundamentalmente mediante clases expositivas.

e) Se organizan y/o se asiste de acuerdo con motivaciones o necesidades sentidas por los profesionales y no en función de las de la institución asistencial, todo lo cual suele determinar una falta de correspondencia entre los contenidos de la enseñanza impartida en los cursos y la realidad asistencial.

2) **Enseñanza en servicio:** En nuestro medio se utiliza como sinónimo "enseñanza en terreno". Los norteamericanos denominan a esta forma de enseñanza "on the job training": actividades de enseñanza-aprendizaje en el mismo lugar de trabajo, por medio de las mismas actividades asistenciales, de acuerdo con los recursos locales; involucran a todo el personal de un servicio. Se implementan actividades, como pases de sala, estudios de casos con las historias clínicas, ateneos, interconsultas, seminarios bibliográficos, etc.

Esta forma de educación continua se desarrolla en estrecha relación con las necesidades y recursos asistenciales de la institución en la que se lleva a cabo.

3) La educación por los medios masivos de comunicación es la que se designa como **educación a distancia**. En nuestro país, en educación médica es apenas incipiente.

Estas tres formas de educación continua no son excluyentes sino complementarias. A modo de ejemplificación se presentaron dos experiencias:

— Curso de Tisioneumonología. — Doctor Ricardo Katz (enseñanza escolarizada).

— Programa de Educación Continua en Neuquén. — Panel: Doctores Vásquez y Plaza y profesor Pescetto.

Del análisis y discusión de estas dos experiencias se concluyó: en todos los casos debe planificarse con cuidado el programa y no correr los riesgos que implica basarse exclusivamente en la buena voluntad de los profesionales que están dispuestos a colaborar, sea viajando al interior o dictando un curso sobre la especialidad que se domina.

Estas reflexiones plantearon la realización de un diagnóstico de necesidades como paso ineludible en la programación de actividades de educación continua.

Las preguntas habituales que se formulan por lo general los responsables de actividades docentes: "¿qué enseñar?", "¿cuánto enseñar?", pueden ser respondidas así: "De acuerdo con las necesidades". Resulta indispensable identificar las características del trabajo asistencial y el nivel de capacitación de los profesionales a quienes va a dirigirse el programa. Es decir que debe efectuarse una evaluación diagnóstica.

En relación con la evaluación diagnóstica —en la tercera reunión del Seminario— se presentaron dos experiencias:

a) A nivel de pregrado: El doctor Pizzia expuso la experiencia recogida en la II Cátedra de Pediatría aplicando un pretest y un postest. Los cambios que se registran entre éstos se designan "índice de aprovechamiento relativo". En el foro que siguió a la presentación se puntualizaron los conceptos siguientes.

— Los resultados de una prueba diagnóstica deben orientar al docente y al alumno; al docente porque sobre la base de los resultados del pretest reajusta los objetivos y las actividades de enseñanza, y al alumno porque se le indica el sentido en el que debe dirigir sus esfuerzos.

— No tiene sentido aplicar un pretest si no se está dispuesto a modificar lo previsto.

— El pretest permite una racionalización del esfuerzo y capacidad docente: no se repite lo que los alumnos ya adquirieron y no se dan por supuesto otros aprendizajes, y se evita avanzar en terreno falso.

— Es responsabilidad del docente que los alumnos logren los objetivos educacionales propuestos.

b) A nivel de posgrado: El doctor Aparicio presentó la Prueba de Autoevaluación que se está aplicando en la SAP. El propósito de aquella es identificar el nivel de formación pediátrica de los casi 5000 miembros de dicha institución con vistas a implementar futuras actividades de actualización según necesidades regionales y superando así una

perspectiva de programación centrada en la preferencia de los docentes de Buenos Aires.

Se describió el mecanismo de elaboración y distribución de la prueba y entre todos los participantes se analizaron posibles explicaciones al escaso número de respuestas llegadas a la SAP hasta la fecha: mala distribución por correo, preguntas muy difíciles, poca motivación para responder por falta de estímulo, carencia de experiencia en este tipo de evaluaciones. Finalmente se advirtió que podía tomarse como indicador de la poca predisposición de los médicos hacia la educación continua y que todavía prevalecen actitudes de temor o vergüenza para aceptar o reconocer la propia ignorancia o desconocimiento en un área del conocimiento médico. Reforzando esta idea se mencionaron dos actividades que están a disposición de los médicos en la SAP —biblioteca y consulta diagnóstica— y que son muy poco utilizadas.

Además de conocer por medio de la evaluación diagnóstica el nivel de los receptores, el responsable de una actividad de educación continua tiene que manejar algunos conceptos de programación para poder organizar eficientemente su tarea. El tema de Planificación de la enseñanza de trabajo a partir de un ejercicio grupal elaborado por los doctores Grill y Valli hizo una presentación sobre los aspectos básicos de la planificación destacando la necesidad de respetar en esta última las etapas descritas por Andrade en su trabajo "Diseño del Plan de Estudios": determinantes básicos, sociedad y alumnos, política sanitaria y legislación, principios pedagógicos, fines y propósitos, objetivos, metodología, estrategias, tácticas y evaluación.

La última reunión se dedicó a elaborar, en grupos de trabajo, un plan tentativo o una propuesta de trabajo para la SAP en materia de educación continua.

La propuesta siguiente es una síntesis de lo producido por los grupos:

PROGRAMA DE EDUCACION CONTINUA EN LA SAP

Fines

Mantener, mejorar y renovar la formación médica de los miembros de dicha sociedad con vistas a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población infantil.

Propósitos

- 1) Colaborar en la formación de pediatras generales.
- 2) Contribuir a la formación de pediatras especializados en las distintas ramas de la pediatría.

Objetivos generales

- 1) a) Los miembros participantes del programa serán capaces de implementar acciones de atención

primaria, como control prenatal, consulta externa y control del niño sano.

- b) Diagnosticar y tratar correctamente la patología prevalente en la población infantil en su zona de influencia.

- 2) Los pediatras especializados serán capaces de resolver eficientemente la patología de derivación en su especialidad.

- 3) Los miembros participantes del Programa de Educación Continua serán capaces de reconocer y valorar la necesidad de una permanente actualización. Esta actitud se revelará por su participación en las tareas de la SAP y en la organización de actividades de educación en servicio en su lugar de trabajo.

Selección de actividades de enseñanza-aprendizaje

Se proponen actividades en distintos niveles de complejidad:

1. Escuela de Pediatría: destinada a médicos que recién inician su práctica pediátrica con el fin de brindarles una formación de pediatras generales más organizada.

2. Actualización para pediatras ya formados: seminarios, becas, difusión de autoinstructivos, educación en terreno.

3. Cursos-actividades con vistas a la formación de especialistas.

Previo al diseño de las actividades debe realizarse una evaluación diagnóstica del nivel cognoscitivo de los profesionales y formularse los objetivos específicos de cada una de las actividades en los tres niveles mencionados.

Una vez definidos los objetivos específicos se organizan las actividades sobre la base de los recursos humanos, físicos, presupuestarios y temporales. Finalmente debe planificarse el sistema de evaluación.

Dada la importancia asignada a la evaluación diagnóstica como base para la planificación de un Programa de Educación Continua y tomando en cuenta el tiempo que ésta puede insumir se consideró la conveniencia de elaborar un Plan de Transición que se implementará de inmediato. Este plan consistiría en una actividad docente desarrollada sobre el perfil sanitario actualmente aceptado como básico en el consenso general, de modo que los temas a abordar serían: áreas de consultorio externo, crecimiento y desarrollo, desnutrición, TBC, etc.

Por último, los participantes estuvieron de acuerdo en señalar que los pediatras, miembros de SAP, así como deben participar en actividades de educación continua también deben aceptar evaluaciones periódicas para verificar su nivel de formación, y que la institución tiene que implementar estos mecanismos de control.

RESPUESTA A LA PRUEBA DE AUTOEVALUACION

En el Suplemento de diciembre de 1976 de Archivos se publicó la prueba de autoevaluación de la Sociedad Argentina de Pediatría. Los temas generales fueron "CRECIMIENTO Y DESARROLLO" y "PATOLOGIA HABITUAL EN CONSULTA EXTERNA".

Esta prueba anónima constó de 220 preguntas y se procedió a su distribución por correo, en marzo de 1977, a todos los socios de la S.A.P.

Las reclamaciones sobre la falta de recepción por parte de numerosos asociados, detectadas durante el curso del año, motivó una reimpresión y nuevo envío - esta vez personalmente al domicilio del asociado, según registros de la S.A.P.- que se concretó durante los meses de octubre y noviembre de 1977.

Superados con largueza los plazos previstos para la recepción de respuestas, en el presente número se publican las opciones correctas de cada una de las preguntas.

La tabla 1 está integrada por columnas, cada una de las cuales se compone de 3 listas interrelacionadas, encabezadas por las siglas:

Pr.: son los números correlativos de las preguntas según el orden de publicación (1 a 220).

Ac.: contiene las alternativas correctas de cada pregunta.

Te.: letras mayúsculas desde F a Y - cada una de las cuales identifica un conjunto de preguntas agrupadas en un tema, tal como se observa en la tabla 2.

Para lograr la autoevaluación, se recomienda:

a) Para cada pregunta, coteje la respuesta que usted eligió al resolver la prueba en el ejemplar de Archivos, con la alternativa correcta de la lista de la tabla 1, marcando aquellas que hayan resultado acertadas.

Al finalizar las 220 preguntas, sume el total de aciertos, establezca el porcentaje y tendrá así una noción general sobre su actuación.

b) Es probable que usted desee conocer su rendimiento en cada uno de los temas que conforman la prueba. Para ello deberá correlacionar las tablas 1 y 2 de la siguiente manera:

En la tabla 1 para cada pregunta respondida correctamente, observe en la lista "Te." la letra mayúscula que identifica el tema de pertenencia. Transcriba luego a la Tabla 2, en el tema correspondiente, el número de la pregunta acertada, enmarcándola con un círculo.

De este modo, para cada tema usted tendrá identificadas las preguntas acertadas y sin señal alguna los desaciertos o preguntas no contestadas. Extraiga los porcentajes correspondientes e infiera su rendimiento en cada uno de los temas.

TABLA 1

Pr.	Ac.	Te.													
1	-	b).	P	13	-	b).	I	25	-	e).	O	37	-	d).	H
2	-	d).	H	14	-	c).	F	26	-	c).	V	38	-	c).	O
3	-	c).	J	15	-	c).	Ñ	27	-	d).	O	39	-	e).	Y
4	-	d).	Y	16	-	e).	F	28	-	c).	R	40	-	b).	T
5	-	b).	G	17	-	a).	F	29	-	a).	H	41	-	e).	F
6	-	b).	H	18	-	d).	H	30	-	b).	K	42	-	a).	F
7	-	c).	O	19	-	b).	W	31	-	c).	S	43	-	a).	T
8	-	b).	Q	20	-	e).	P	32	-	c).	R	44	-	d).	W
9	-	a).	R	21	-	d).	K	33	-	b).	F	45	-	b).	L
10	-	e).	F	22	-	b).	N	34	-	a).	J	46	-	d).	G
11	-	d).	Y	23	-	a).	F	35	-	d).	O	47	-	a).	G
12	-	e).	V	24	-	c).	I	36	-	b).	O	48	-	b).	I

Pr.	Ac.	Te.													
49	-	b).	J	92	-	b).	L	135	-	a).	S	178	-	d).	O
50	-	e).	M	93	-	d).	J	136	-	b).	Y	179	-	c).	F
51	-	e).	M	94	-	c).	S	137	-	a).	G	180	-	b).	Q
52	-	b).	I	95	-	e).	F	138	-	b).	K	181	-	d).	O
53	-	d).	N	96	-	b).	O	139	-	c).	N	182	-	a).	T
54	-	a).	G	97	-	e).	F	140	-	c).	G	183	-	c).	H
55	-	a).	H	98	-	a).	W	141	-	b).	I	184	-	a).	F
56	-	d).	H	99	-	b).	N	142	-	e).	Y	185	-	e).	H
57	-	d).	S	100	-	a).	L	143	-	d).	O	186	-	a).	N
58	-	b).	F	101	-	e).	W	144	-	c).	K	187	-	b).	F
59	-	e).	K	102	-	e).	G	145	-	e).	V	188	-	c).	Ñ
60	-	e).	H	103	-	c).	P	146	-	e).	G	189	-	c).	G
61	-	e).	S	104	-	c).	K	147	-	d).	Q	190	-	c).	J
62	-	a).	L	105	-	c).	P	148	-	b).	L	191	-	a).	O
63	-	b).	F	106	-	a).	J	149	-	c).	G	192	-	a).	G
64	-	c).	T	107	-	a).	S	150	-	c).	Y	193	-	d).	N
65	-	a).	G	108	-	d).	I	151	-	c).	L	194	-	a).	Ñ
66	-	e).	N	109	-	b).	Ñ	152	-	b).	T	195	-	d).	F
67	-	e).	J	110	-	b).	V	153	-	b).	J	196	-	d).	S
68	-	b).	X	111	-	c).	N	154	-	b).	G	197	-	e).	M
69	-	a).	X	112	-	c).	J	155	-	d).	S	198	-	e).	G
70	-	d).	X	113	-	a).	L	156	-	c).	F	199	-	a).	M
71	-	e).	X	114	-	c).	N	157	-	a).	Q	200	-	a).	K
72	-	d).	X	115	-	d).	Ñ	158	-	e).	H	201	-	a).	N
73	-	a).	O	116	-	b).	L	159	-	c).	X	202	-	b).	J
74	-	d).	P	117	-	d).	R	160	-	c).	I	203	-	c).	S
75	-	e).	S	118	-	b).	F	161	-	b).	O	204	-	a).	G
76	-	a).	N	119	-	e).	F	162	-	b).	N	205	-	c).	H
77	-	c).	F	120	-	e).	J	163	-	a).	R	206	-	e).	I
78	-	b).	F	121	-	e).	L	164	-	c).	G	207	-	c).	Q
79	-	e).	G	122	-	e).	F	165	-	c).	F	208	-	d).	N
80	-	d).	P	123	-	d).	V	166	-	c).	U	209	-	d).	P
81	-	a).	H	124	-	e).	P	167	-	d).	I	210	-	e).	S
82	-	e).	J	125	-	d).	Q	168	-	b).	R	211	-	a).	W
83	-	a).	G	126	-	e).	I	169	-	a).	R	212	-	d).	R
84	-	c).	V	127	-	d).	W	170	-	e).	R	213	-	d).	O
85	-	c).	L	128	-	d).	S	171	-	d).	R	214	-	d).	L
86	-	a).	I	129	-	d).	W	172	-	c).	R	215	-	e).	K
87	-	d).	V	130	-	c).	I	173	-	e).	O	216	-	c).	P
88	-	c).	P	131	-	a).	J	174	-	b).	L	217	-	e).	G
89	-	c).	I	132	-	e).	F	175	-	d).	H	218	-	a).	F
90	-	b).	V	133	-	a).	O	176	-	b).	N	219	-	a).	H
91	-	b).	H	134	-	b).	J	177	-	e).	P	220	-	c).	G

TABLA 2

F – ALIMENTACION: 10-14-16-17-23-33-41-42-58-63-77-78-95-97-118-119-122-132-156-165-179-184-187-195-218 – Total: 25 preguntas.	
G – INMUNIZACIONES: 5-46-47-54-65-79-83-102-137-140-146-149-154-164-189-192-198-204-217 – Total: 20 preguntas.	
H – C. Y D. FISICO: 2-6-18-29-37-55-56-60-81-91-158-175-183-185-205-219 – Total: 16 preguntas.	}
I – C. Y D. NEUROMOTOR: 13-24-48-52-86-89-108-126-130-141-160-167-206 – Total: 13 preguntas.	
J – C. Y D. PSICOLOGICO: 3-34-49-67-82-93-106-112-120-131-134-153-190-202 – Total: 14 preguntas.	
K – GENETICA: 21-30-59-104-138-144-200-215 – Total: 8 preguntas.	
L – DESNUTRICION Y CARENCIAS PARCIALES: 45-62-85-92-100-113-116-121-148-151-174-214 – Total: 12 preguntas.	
M – OBESIDAD: 50-51-199 – Total: 3 preguntas.	
N – RECIEN NACIDO: 22-53-66-76-99-111-114-139-162-176-186 – Total: 11 preguntas.	
Ñ – OFTALMOLOGIA: 15-109-115-188-194 – Total: 5 preguntas.	
O – PATOLOGIA VIAS AEREAS SUPERIORES: 7-25-27-35-36-38-73-96-133-143-161-173-178-181-191-213 – Total: 16 preguntas.	
P – BRONCONEUMOPATIAS NO TBC: 1-20-74-80-88-103-105-124-177-209-216 – Total 11 preguntas.	
Q – T.B.C.: 8-125-147-157-180-207 – Total: 6 preguntas.	
R – DIARREA AGUDA Y DESHIDRATAACION: 9-28-32-117-163-168-169-170-171-172-212 – Total: 11 preguntas.	
S – PATOLOGIA DIGESTIVA: 31-57-61-75-94-107-128-135-155-196-203-210 – Total: 12 preguntas.	
T – INFECCION URINARIA: 40-43-64-152-182 – Total: 5 preguntas.	
U – VULVOVAGINITIS: 166 – Total: 1 pregunta.	
V – DERMATOLOGIA: 12-26-84-87-90-110-123-145-197 – Total: 9 preguntas.	
W – CIRUGIA Y ORTOPEdia: 19-44-98-101-127-129-211 – Total: 7 preguntas.	
X – EXANTEMATICAS Y TRANSMISIBLES: 68-69-70-71-72-159 – Total: 6 preguntas.	
Y – PSICOPATOLOGIA: 4-11-39-136-142-150 – Total: 6 preguntas.	

**CRECIMIENTO
Y
DESARROLLO**
(43 preguntas)

Como fuera dicho, esta prueba fue remitida en dos oportunidades a todos los asociados de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Al 30 de enero de 1978 se recibieron pocas respuestas. Obviamente, este valor al no ser numéricamente representativo del universo total, impide efectuar un tratamiento estadístico que permita extraer conclusiones y recomendaciones válidas y confiables.

Comisión de Autoevaluación de S.A.P.

Dres.: N.Aparicio, A.G.Pizzia, R.Valli, C.Needleman, E.Laurencena,
M.Cesarsky; asesor pedagógico, Prof. A.Pescetto.

Revisores de la prueba

Dres.: C.Gianantonio, J.R.Vásquez, A.Larguía, N.Ferrero, H.Vecchio, T.F.Puga.

ENURESIS

ARIEL ARMADA

Médico asistente del Instituto Materno-infantil de Lanús

Se denomina enuresis a la micción involuntaria después de los 5 años de edad, nocturna, diurna o de ambos tipos. En los varones, por ser el desarrollo de la maduración funcional vesical más tardío, la edad límite podría aceptarse hasta los 6 años. Alrededor de un 13% de los niños mayores de 5 años padecen del síntoma. Puede ser primaria cuando nunca tuvo control miccional o secundaria si éste fue adecuado por unos 4 meses como mínimo. La proporción de enuresis secundaria aumenta con la edad y, por regla general, un 25% de los niños sufrirán alguna recaída, principalmente ante situaciones de tensión emocional. En todas las edades existe un predominio masculino. El factor hereditario es innegable; aproximadamente en el 72% de los niños se registra un antecedente positivo en la familia y en un 40% el síntoma lo padeció uno de los progenitores.

ETIOLOGIA

En la mayoría de los casos la etiología es esencial debido a una alteración en la maduración funcional vesical como elemento básico reforzado por factores emocionales y sociales. Existiendo factores iniciales y factores capaces de mantener el síntoma una vez producido, todo esto en un proceso dinámico. En estos enuréticos esenciales, en el 75% la enseñanza de higiene corporal fue escasa y, además, había antecedentes de reprimendas familiares. De este modo, un enurético esencial se formaría, al tener una maduración ve-

sical lenta, en una familia que no le presta cuidados suficientes para poder adquirir un hábito higiénico apropiado, agregándose luego factores emocionales, por presiones y pautas sociales ejercidas sobre el niño que le exigen un conveniente control higiénico a una edad más o menos preestablecida.

La secuencia en la maduración del control vesical voluntario es: de 1 a 2 años hay sensación de lleno vesical, a los 3 retiene la micción por breve tiempo con vejiga llena y posee buen control diurno, a los 4 años inicia la micción con vejiga casi llena y la retiene temporalmente con lleno vesical, siendo eficaz el control nocturno, y, por último, entre los 6 y 7 años, la micción se hace con cualquier llenado vesical.

En un niño normal a los 6 años la micción se hace imperiosa al tener 150 a 180 ml de orina en la vejiga; en un enurético esencial esta situación se da con sólo 60 a 80 ml. Esto no se debe a que la vejiga sea más chica, sino a que el tono vesical se incrementa más con volúmenes menores de orina.

Además, en la mayoría de los enuréticos son pocos los casos con psicopatología severa, certificando que la etiología más común es una alteración del desarrollo. Los trastornos psicopatológicos severos se observan con mayor frecuencia en las enuresis secundarias, a medida que aumenta la edad y si se asocian con encopresis.

En otro grupo de enuréticos la causa fundamental es psicológica; en efecto, la enuresis es

sólo un aspecto de la dificultad general de un niño en la adaptación de la conducta o podrá constituir un síntoma aislado en un paciente cuyo desarrollo psicológico es adecuado. En el primer caso suele coexistir encopresis, una conducta extraordinariamente antisocial y signos de psicosis; en el segundo, desencadenaría el síntoma un hecho amenazador como el nacimiento de un hermano.

En estudios psicológicos de estos niños se encuentra, con alta incidencia, inhibición de la agresión, relación simbiótica con la madre y en otros casos hiperactividad con agresividad. En los padres se pueden observar actitudes básicas de rechazo, inseguridad, ansiedad o crueldad, en particular de la madre, produciendo trastornos en la maduración de la personalidad del niño; en resumen: son padres hostiles, punitivos y bastante fríos. Este tipo de progenitores sin ser excluyente, se ve más en las clases bajas, en las que tener un hijo enurético es un estigma grave, no así un hiperactivo-agresivo que en general es mucho mejor tolerado.

En otro grupo de padres el esquema es distinto, hay una actitud de incompreensión acerca del proceso madurativo, falta de estímulo y educación en la esfera del control esfinteriano, indiferencia, pasividad y descuido en el desarrollo del niño. Son los padres sobreprotectores, infantilizantes, que inhiben la actividad espontánea y la agresión del niño, ya que esto provocaría de alguna forma la ruptura de la relación simbiótica. Esta

dinámica familiar origina niños temerosos, tímidos, vergonzosos y no líderes en el juego. Este tipo de padres se observa más en las clases media y alta, en las cuales saben que la enuresis es un síntoma psicológico y es mejor tolerado que otro trastorno.

A veces se nota una actitud especial del progenitor que ha sido enurético o en cuya familia hubo individuos con este problema; éste se preocupa en algunos casos por el establecimiento del control esfinteriano, hace al hijo objeto de una enseñanza muy precoz e insistente y exterioriza de modo inconfundible su ansiedad al respecto. En otros casos, recordando sus propias humillaciones, protege al niño en extremo en todo lo relativo a esta función.

Alteraciones en la dinámica familiar pueden provocar enuresis; así, si nace un niño poco después de establecido el control, es frecuente que vuelva a mojarse, pero si mientras se procura el control ocurre el hecho, éste suele retrasarse. En otros casos si tiene un hermano de más edad que por alguna circunstancia especial (enfermedad, invalidez) recibe un cuidado mayor por parte de la madre, el niño presenta en general problemas varios de conducta, entre los que figura la enuresis como manifestación de su protesta, resentimiento y deseo de ser atendido. Ahora, si el hermano mayor es responsable, maduro y considerado por los padres un modelo de hijo, en el menor, si no controló aún el esfínter vesical, la enuresis se perpetúa como exteriorización de su sentimiento de incapacidad para emular o competir con su hermano y origina un anhelo de mantenerse en una situación de dependencia e inmadurez, que exige cuidado y tolerancia familiar.

En otros casos el síntoma se produce como consecuencia de la separación de los padres o

del fallecimiento de alguno de ellos.

En general se advierte que la falta de enseñanza de los hábitos higiénicos a una edad adecuada, padres excesivamente permisibles e infantilizantes y una disciplina higiénica prematura, minuciosa y punitiva, son susceptibles de conducir a la enuresis.

En otro grupo de enuréticos, de poca incidencia, la etiología es fundamentalmente orgánica, como válvulas uretrales posteriores con infección urinaria o sin ella; en estos casos es común la enuresis diurna. En las niñas la infección urinaria puede provocar el síntoma.

Los **trastornos neurológicos** que afectan la **inervación vesical poseen también una relación causal con la enuresis.** El **mielomeningocele** es el más manifiesto y frecuente, la espina bífida oculta como hallazgo aislado no está asociada con enuresis.

En los niños con muy bajo cociente intelectual es común la enuresis, pero en los moderados y leves la incidencia es igual a la de la población general.

La **poliuria** que tienen los niños con diabetes mellitus, diabetes insípida, anemia drepanocítica e insuficiencia renal crónica puede vincularse con enuresis.

EVALUACION

Una correcta evaluación que satisfaga el interés y la expectativa del paciente y su familia tiene un alto valor terapéutico. El sentimiento posible de culpabilidad puede atenuarse si se explica sencillamente el probable origen múltiple y la dificultad común en comprender el síntoma.

Werry observa muy acertadamente: "Puesto que en la mayoría de los casos la enuresis resulta no ir acompañada de patología demostrable ni de psicopatología y ser sumamente resistente al tratamiento, represen-

ta un ejercicio del orden más alto en la práctica de la buena medicina. Los médicos deberían estar suficientemente seguros para poder tolerar tanto la ignorancia etiológica como la impotencia terapéutica sin caer en las trampas de la investigación y el tratamiento excesivo, de la agresión contra los padres, de actitudes de organicismo extremo, de psicologismo pronunciado o de la prescripción de regímenes terapéuticos imposibles o difícilmente practicables, lo que a causa de la omisión inevitable por parte de los padres, les exime a ellos de responsabilidad ulterior en la atención del caso".

Al atender a un enurético se le debe hacer una buena historia pediátrica, registrando los aspectos dinámicos y familiares de la vida del niño. Para valorar los efectos terapéuticos se debe partir de la gravedad de la enuresis, en qué etapa evolutiva se encuentra, si se modifica en los períodos de tensión personal o familiar, si el síntoma persiste al dormir fuera de su casa y qué opinión tienen el niño y sus padres con respecto al origen del síntoma.

Se debe investigar a qué edad y cuál fue la forma de enseñanza del control esfinteriano y si hubo, y en qué momento, dificultades o resistencia a dicho control. Es útil constatar cómo el síntoma limita el desarrollo del niño.

Es operativo pesquisar en qué circunstancias familiares se originó el síntoma, si la enuresis es primaria o secundaria, si se asocia a encopresis y si hay otros enuréticos en la familia.

Es frecuente hallar alteraciones en el lenguaje simbólico, con retraso en el inicio del lenguaje, trastornos de la lectoescritura y dislalia; se considera que esta alteración surge como consecuencia de que el ambiente familiar dificulta la adquisición de funciones. Se compro-

bó también que los recién nacidos de bajo peso controlaban el esfínter vesical más tarde que aquellos cuyo peso de nacimiento era adecuado. Pesquisar la profundidad del sueño no es útil; se probó que no tiene relación con la enuresis y pareciera tratarse de una racionalización del síntoma por parte de los padres.

Se debe realizar un examen físico completo, especialmente sobre el sistema genitourinario: presión arterial, crecimiento pondoestatural, palpación abdominal en busca de masas, diuresis diaria, frecuencia y urgencias de las micciones, volúmenes de éstas (mixograma), control del chorro de orina y el esfuerzo, y si hay malformaciones en los genitales externos. Se tratará de averiguar, en todo lo posible, los efectos traumáticos que este examen implica para los enuréticos.

El examen neurológico permite descartar anormalidades en la inervación vesical, la respuesta sensorial en zona perineal y el tono del esfínter rectal.

El examen de orina resulta útil; la densidad baja es sospechosa de diabetes insípida y la glucosuria y cetonuria orientan hacia una diabetes mellitus. Cuando la sintomatología y el sedimento urinario fresco nos hagan presumir una infección urinaria se debe solicitar un urocultivo. Los métodos cruentos exploratorios casi no tienen indicación; así la pielografía, uretrocistografía y uretrocistoscopia pueden simbolizar castigo y reforzar sentimientos de vergüenza y culpa en los niños que no han recibido apoyo emocio-

nal en el hogar para su síntoma. Los procedimientos que son traumáticos y no poseen a menudo una retroalimentación informativa apropiada para el paciente podrán aumentar las fantasías sexuales o crear otras nuevas.

Una vez efectuada una adecuada evaluación del paciente, los casos con patología orgánica o psíquica significativa deben ser asistidos juntamente con el especialista apropiado. El grupo restante, que constituye la mayoría de los enuréticos, no encajará claramente en alguna categoría etiológica. Esta población es tratada mejor en atención primaria por el pediatra que está más familiarizado con el niño y su familia.

TRATAMIENTO

Lo fundamental es crear una atmósfera de optimismo y de compromiso con el paciente. Una fuente de datos que apoya el optimismo en la curación del síntoma y para valorar el porcentaje de curaciones con distintos tipos de tratamientos es el alto índice de curaciones espontáneas que tiene la enuresis esencial. El índice de curación espontánea anual es del 15% y, cuando más pequeño es el niño, mayor es la probabilidad de que esto ocurra.

En los niños con psicopatología grave se evaluará si el síntoma debe ser suprimido, ya que es posible que sea una válvula de escape y se necesite el control por parte de un psicoterapeuta.

En la enuresis esencial es importante hacer entender a la familia que ésta es un síntoma involuntario, que no debe haber castigo ni situaciones avergonzantes para el niño; la dinámica familiar no se debe focalizar sobre el síntoma.

Es útil que el enfermo tenga una participación activa, sienta deseos de curarse y asuma, en parte, la responsabilidad. Debe plantear según las causas del síntoma, día a día, la influencia de los factores emocionales y las posibilidades de cambiarlos. Se deben intentar objetivos como medir diariamente el aumento de la capacidad vesical funcional y durante la micción *detenerla y reiniciarla siempre* haciéndole notar al niño que los éxitos son exclusivamente personales.

Con este método de participación activa, los resultados no son significativamente más exitosos que con otros procedimientos pero, en conjunto, la mejoría es más beneficiosa y las recaídas menores.

En el uso de drogas y aparatos de condicionamientos el paciente tiene una participación pasiva; su efecto terapéutico es de placebo y, además, no son inofensivos.

Como corolario es útil lo que Meadow observa: "La historia del tratamiento de la enuresis lo torna a uno escéptico en relación con cualquier modo particular de terapéutica. Sin embargo, este escepticismo no debe teñirse de cinismo ni de desesperación, ya que la enuresis constituye un reto y no una derrota"

REFERENCIAS

- Arnold, S. J. y col.: Enuresis. Incidence and pertinence of genito-urinary disease in healthy enuretic children. *Urology*, 2:437, 1973.
- Baker, B. L.: Symptom treatment and symptom substitution in enuresis. *J. Abnorm. Psychol.*, 74:42, 1969.
- Bakwin, H.; Bakwin, R. M.: Clinical management of behavior disorders in childhood. Philadelphia, W. B. Saunders C. 4a. ed., 1972.
- Benjamin, L. S. y col.: The relative importance of psychopathology, training procedure and pathology in nocturnal enuresis. *Child Psychiatry Hum. Dev.*, 1:215, 1971.
- Boschán, P.: *Evaluación y manejo del niño enurético*. Actualización de temas de consultorio externo. Editorial Publicaciones Médicas Argentinas, 1971.
- Braithwaite, J. V.: Causes of enuresis. *Brit. Med. J.*, 2:63, 1969.
- Braithwaite, J. V.: Causes of enuresis. *Brit. Med. J.*, 2:248, 1969.

- Brazelton, T. B.: A child oriented approach to toilet training. *Pediatrics*, 29:121, 1962.
- Cohen, M. W.: Enuresis. *The Pediatric Clinics of North America*, vol. 22, Nº 3, 1975.
- Dodge, W. F. y col.: Nocturnal enuresis in 6 to 10 year old children. Correlation with bacteriuria, proteinuria and dysuria. *Amer. J. Dis. Child.*, 120:32, 1970.
- Fermaglich, J. L.: Electroencephalographic study of enuretics. *Amer. J. Dis. Child.*, 118:473, 1969.
- Forsythe, W. I.; Redmond A.: Enuresis and spontaneous cure, rate. *Arch. Dis. Child.*, 49:259, 1974.
- Hallgren, B.: Nocturnal enuresis: Etiologic aspects. *Acta Pediat. (Sup.)*, 118:66, 1958.
- Hinman, F.: Urinary tract damage in children who wet. *Pediatrics*, 54:142, 1974.
- Johnstone, J. M. S.: Cystometry and evaluation of anticholinergic drugs in enuretic children. *J. Pediatr. Surg.*, 7:18, 1972.
- Jones, B. y col.: Recurrent urinary infections in girls: Relation to enuresis. *Can. Med. Assoc. J.*, 106:127, 1972.
- Lovibond, S. H.: *Conditioning and enuresis*. Oxford, Pergamon, 1964.
- Mahoney, D. T.: *Studies of enuresis*. V. Classification of enuresis and the juvenile urinary incontinence syndrome. *Urology*, 1:315, 1973.
- Marshall, S. y col.: Enuresis: an analysis of various therapeutic approaches. *Pediatrics*, 52:813, 1973.
- McKendry, J. B.; Stewart, D.A.: Enuresis. *The Pediatric Clinics of North America*, Vol. 21, Nº 4, 1974.
- Meadow, R.: Childhood enuresis. *Brit. Med. J.*, 4:787, 1970.
- Muellner, S.R.: Development of urinary control in children. A new concept in cause, prevention and treatment of primary enuresis. *J. Urol.*, 84:714, 1960.
- Murphy, S. y col.: Neurological evaluation of adolescent enuretics. *Pediatrics*, 45:269, 1970.
- Oppel, W. C. y col.: The age of attaining bladder control. *Pediatrics*, 42:614, 1968.
- Reca, T.: "Enuresis". En: *Problemas psicopatológicos en pediatría*. T. Reca y col. Edit. Univ. Bs. As., 3ª ed., 1971.
- Ritvo, E. R.: Contributions of sleep research to the understanding and treatment of enuresis. *Int. Psychiat. Clin.*, 7:117, 1970.
- Sacks, S. y col.: Psychological changes associated with conditioning functional enuresis. *J. Clin. Psychology*, 30:271, 1974.
- Silberstein, R. M.: Enuresis: A controversial problem in child psychiatry. *Child Welfare*, 52:367, 1973.
- Starfield, B.: Enuresis: Its pathogenesis and management. *Clin. Ped.*, 11:343, 1972.
- Stein, Z. A. y col.: The social dimensions of a symptom: A socio-medical study of enuresis. *J. Soc. Sci. and Med.*, 1:183, 1967.
- Umphress, A. y col.: *Adolescent enuresis. Clinical Notes. A sociological study of family interaction*. *Arch. Gen. Psychiat. (Chicago)*, 22:237, 1970.
- Werry, J. A.: Enuresis - A psychosomatic entity? *Canad. Med. Assoc.*, 97:319, 1967.



COMUNICADO DEL COMITE DE TUMORES

El Comité de Tumores de la Sociedad Argentina de Pediatría comunica a todos los interesados que ya está a su disposición la carpeta con los protocolos de estudio, seguimiento y tratamiento a los que se adjuntaron instrucciones generales sobre cirugía, anatomía patológica y quimioterapia, modelos de historias clínicas, fichas para el registro, así como una clasificación clínica, otra anatomopatológica y estadios de cada tumor. Los interesados en integrar el grupo cooperativo pueden dirigirse al

mismo, ubicado en la sede de la Sociedad, para adquirirla, recordando que sólo se aceptarán Comités constituidos por Anatomopatólogo, Radioterapeuta, Cirujano y Quimioterapeuta, por lo menos, y que se iniciará el trabajo en grupos cooperativos, a partir del 1º de marzo de 1978.

Dr. Enrique Bugnard
Secretario General del Comité
de Tumores

HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA INFANTIL EN LA ARGENTINA

DONATO A. DEPALMA

Médico del Hospital General de Niños "Ricardo Gutiérrez"
Adscripto a la Cátedra de Historia de la Medicina de la UNBA.

Antigua como otras disciplinas médicas, enfocada por el pensamiento histórico, filosófico o religioso que los tiempos demandan, esta aseteada estructura del conocimiento —tan subjetiva en su requisitoria— transitará desde Europa con vívidas renovaciones para fertilizar las vertientes americanistas.

Mientras los siglos que devienen en farragosa literatura traerán la luminosidad de nuevas aportaciones, debemos preguntarnos ¿cómo era la primigenia psiquiatría infantil?, ¿qué fuentes abrevaron el conocimiento empírico o mágico de las perturbaciones infantiles?

Guaraníes, quichuas, araucanos y en general todas las tribus amerindias reconocieron alteraciones mentales atribuibles a exorcismos, magia simpática, daños y hechicerías.

Los quichuas distinguieron variadas perturbaciones psíquicas y en su primitivo lenguaje señalaban la signología de los delirantes, reconocían cuadros melancólicos y la embriaguez de la chicha. No ignoraban la epilepsia y la histeria, y suponían las consecuencias de psicopatías provocadas por coca, belladona y chamico.

Descendientes del Gran Imperio de Tahuantinsuyo, con su cohorte de médicos, curanderos, sacerdotes y herboristas, reconocieron la oligofrenia con sus secuelas de imbéciles e idiotas. Tan identificados se hallaban con las enfermedades y los estigmas psicopáticos que no titubearon en representar en huacos y otras artes cerámicas los rostros brutales de alcoholizados, deformes y portadores de estigmas degenerativos. Separaban éstos de dementes y aberrantes, transmitiéndonos mediante crónicas y relaciones la terapéutica empleada destinada a neutralizar los maleficios que atormenta

Cuando en 1580 Juan de Garay funda por segunda vez Buenos Aires destina una manzana del predio para construir un hospital. Este será colocado bajo la advocación de San Martín de Tours y recién cristalizará en 1605 para atender específicamente a los militares de presidio. Recordemos que en el ínterin el denominado "hospital" tan sólo sería una construcción de adobe con precarísimos recursos.

Carecemos de información en cuanto a la atención psiquiátrica de niños y adolescentes dado el oscurantismo que por entonces reinaba en torno de la especialidad.

En 1611, se resolvió el traslado del hospital ubicado en el solar que actualmente correspondería al delimitado por las calles Sarmiento, Corrientes, Reconquista y 25 de Mayo, al que se encuentra entre México y Defensa. Hasta 1670 su existencia fue puramente nominal, ya que su capilla y las dos construcciones de adobe estaban lejos de acercarse a un esbozo de centro asistencial.

En 1799 los "convalecientes, incurables, locos y contagiosos" ocupaban dos ranchos aparte, contiguos al edificio del hospital, siendo éste un verdadero depósito de crónicos, con escasa o ninguna posibilidad de recuperación. La atención y la terapéutica eran nulas.

Hacia noviembre de 1822 la "Sala de Representantes" autorizó al gobierno a invertir una importante suma en la construcción de un nosocomio que llevaría el nombre de "Hospital General de Hombres". En sus apartados, el proyecto prefijaba la habilitación de un "cuadro de dementes", ámbito de triste recordación en las décadas futuras por el aislamiento y abandono de los enfermos mentales, sin posibilidades de atención y temerosos de castigos o apaleamientos. El apoyo psiquiátrico

de "loquero" —reducto de pobres infelices— adyacente al primitivo hospital.

Con el correr del tiempo, los lóbreos hospitalares para asistir alienados fueron convergiendo hacia establecimientos modernizados, imbuidos de nuevas corrientes científicas y profunda raigambre humanística.

En 1854, en antiguos solares de "La Convalecencia", la meritoria labor del doctor Buenaventura Bosch, se exaltará por medio de nuevas adaptaciones y excepcionales reformas.

¿Qué antecedentes tenían en nuestro territorio las nuevas corrientes?

Refirmemos que la psicología ha tenido un doble origen: por un lado, la labor de filósofos y, por otra vertiente, el aporte de biólogos y sociólogos. Ciencias afines como "patología mental", "pedagogía", "antropología", "medicina legal" y "criminología" ensancharán los cauces de aquella disciplina, teniendo como norte de toda especulación científicista al hombre y al niño, su medio y sus posibilidades de recuperación. Si nos remontamos a 1767 sorprenderá el atisbo de las primeras luces en la enseñanza de psicología, por alumnos del 2º curso del Colegio de Monserrat, es decir, en una época posterior a la expulsión de los jesuitas. En las "Exercitaciones", que constituyeron el flamante plan de estudios, programábanse las disertaciones de "psicosofía" —antigua denominación de la psicología— en las que bullían ideas y concepciones de Descartes, Platón, Leibnitz y Aristóteles.

En las reformas propuestas en Córdoba en 1813 por el deán Funes y aprobadas por el Directorio, el 4 de marzo de 1815 se hallan antecedentes interesantes. La enseñanza de la psicología se integraba a los estudios de lógica, metafísica, física y ética, pero aún como materia no haría irrupción en la enseñanza secundaria no obstante el entusiasmo de José Gregorio Baigorri, Juan María Gutiérrez, José María Moreno y Pedro Goyena. Es importante señalar que entre 1815 y 1830 algunos de los primeros médicos argentinos se identificaron con el magnetismo animal, influidos por ideas de Mesmer.

No tenemos conocimiento de que tanto Cosme Argerich como Francisco Javier Muñoz, nombrados en 1826 profesores de la Cátedra de medicina legal, que comprendía además "partos, mujeres y niños", publicaran trabajos acerca del problema psiquiátrico infantil, a pesar de que la atención pediátrica entraba en una fase de mayor dedicación al darse a conocer el 2 de enero de 1823 un decreto firmado por Rivadavia creando la "Sociedad de Beneficencia". Bajo la órbita de aquella institución se colocarían mujeres y niños para su mejor asistencia concibiéndose la atención de desvalidos como un deber de solidaridad social. Antecedentes respecto de las niñas huérfanas se remontan a la creación de la primera "Casa de Recogimiento" que funcionó en el edificio del "Hospital Militar San Martín" desde 1699 hasta el 6 de

setiembre de 1702, fecha en la que fueron desalojadas para que el hospital volviera a su carácter asistencial. Por aquel entonces tampoco se consiguan noticias vinculadas al problema mental infantil.

Todo esto es posible admitirlo gracias a perspectivas históricas, ya que el primer intento de reglamentar la actividad escolar —ámbito en el cual se proyectaron los problemas inherentes a la salud mental— recién surgió en 1816, año en que el gobernador intendente de Buenos Aires encomendó a los maestros Rufino Sánchez y Francisco Javier Argerich la redacción de un reglamento para "escuelas de campaña".

Señalemos que las frecuentes convulsiones políticas, la preocupación por formar cuerpos para el ejército y las luchas internas y externas aumentaban el déficit educativo y sanitario, asuntos que durante décadas fueron soslayados. ¿Cómo podría detectarse cualquier psicopatía infantil si ni siquiera se pensaba en los niños normales? Piénsese que los sistemas educativos "Bell" y "Lancaster" recién se pondrían en marcha en 1819 en una sola escuela porteña. La obra clásica de Pinel *Tratado médico filosófico*, sobre enajenación mental o "de la manía" (1801), había aparecido junto con el libro de Cabanis *Relaciones de lo físico con lo moral*. Si recordamos que desde 1808 Cosme Argerich enseñaba doctrinas "sensacionistas" y el doctor Francisco Planes cultivaba la psicología mediante su cátedra de filosofía, no nos sorprenderá el nuevo enfoque que comienza a gestarse en problemas infantoadolescentes. Es que el pensamiento de Condillac, maestro común de las escuelas fisiológicas y perceptivas, devenía en profundas transformaciones; más aún, los grandes visionarios de entonces recogían aquella simiente para diseminarla a todos los vientos. El 15 de abril de 1822 la *Abeja Argentina* decía explícitamente: "Las ideas de Magendie, de Bichat, Richerand, de Alebert, de Pinel, de Thenard, de Orfilia, etc." hacen la base de nuestros cursos y de nuestras lecciones diarias.

Es seguro que el doctor Cosme Argerich (hijo), —médico del "Hospital General de Hombres" y profesor en 1822— conoció los escritos de Pinel. Lo mismo sucedió con su discípulo Diego Alcorta, quien doctorado en 1827 con la tesis "Manía" (primera monografía psiquiátrica argentina) también inspiró sus conocimientos en Esquirol. Será Alcorta, quien profundamente identificado con Itard, emprenderá la reforma de la asistencia psiquiátrica en nuestro país, brindando y propiciando el tratamiento medicopedagógico.

No obstante el conocimiento empírico de los problemas mentales, a nivel infantil poco o nada se había organizado. Prueba de ello es que publicaciones de la época (1830-1850) relacionadas con 11 tesis doctorales ignoraban o simplemente rozaban el interés y la perspectiva por la atención infantil. En años posteriores (1854-1886) se pro-

fundizarán las investigaciones sobre biología, neurología y fisiología, pero sin realizar progresos en el área psicopatológica de los niños.

En 1875, la Facultad de Buenos Aires, que comprendía en su enseñanza estudios preparatorios, previo dictamen formulado por los doctores Vicente Fidel López, José María Gutiérrez, Dardo Rocha y José M. Estrada —éste último autor del proyecto con carácter de decano—, aprobó un nuevo plan de instrucción de 6 años para alumnos secundarios, en el cual en el 5º curso se dictaba “Filosofía elemental”; abarcaba dos asignaturas: “Psicología” y “Lógica”. Anotemos que en Entre Ríos (Colegio del Uruguay) ya desde 1868 se inculcaba la enseñanza de esta disciplina.

La Facultad de Filosofía y Letras tuvo desde 1906 un solo curso de “Psicología” y, a partir de ese año, la instrucción incluirá los análisis críticos de los distintos sistemas y doctrinas psicológicas.

Si bien durante el siglo XIX la influencia de Gran Bretaña fue dominante en muchos campos del conocimiento humanístico, en el orden científico-cultural Francia rigió soberana el pensamiento e ideas argentinas; no obstante, la influencia cultural alemana iba también a fertilizar el sendero del pensamiento nacional. De allí que Domingo Cabred declarara en 1896 su propósito de guiarse en la enseñanza de la psiquiatría por el Instituto Giessen, dirigido por el profesor Sommer, “el más digno de ser imitado”. Su espíritu dinámico prendado de alto cientificismo y orlado por una sólida cultura permitirá elevar el nivel docente gestionando la incorporación de un eminentísimo investigador en las desconocidas áreas de anatomía normal y patológica del sistema nervioso.

En 1899 Christofredo Jakob arriba a nuestro país para hacerse cargo del laboratorio en la Cátedra del “Hospicio de las Mercedes”. Allí desarrollará una infatigable tarea de investigación que abarcará los campos de neurología, fisiología normal y patológica. Unirá a su delicada vena inquisitiva las dotes de consagrado maestro. Aunque Kraepelin era la figura descollante de su época, la psiquiatría francesa seguirá siendo la vertiente en la que abrevarán nuestras futuras generaciones.

Antonio F. Piñero —fallecido en 1921— se ocupó de problemas de la infancia durante su luminosa trayectoria psiquiátrica. A sus afanes se debe en gran parte la fundación del “Patronato de la Infancia”. Siendo diputado nacional en 1906 fustigó la falta de preocupación de las autoridades de entonces por la indolencia ante la higiene pública y se desempeñó, además, como docente universitario.

Podría darse como punto de partida de la educación de sujetos anormales (hoy denominados discapacitados) la iniciativa de Carlos Keil, quien en 1857, con los auspicios y el apoyo de la Logia Masónica, fundó una escuela particular de sordomudos. José M. Solás, quien fuera alumno y luego

maestro del primer “Instituto Nacional de Sordomudos”, funda años más tarde el Instituto “General Belgrano” destinado a la atención de hipoacúsicos y cretinos. .

En 1899, Domingo Cabred —figura señera de la orientación psiquiátrica nacional— decide formalizar la enseñanza para frenasténicos en el antiguo “Hospicio de las Mercedes”. Sus educandos recibirán primero atención física e intelectual y esta última será encomendada a un recluso del establecimiento: monsieur Sanz; luego, ya con carácter pedagógico, se impulsará la enseñanza de la lectura, caligrafía, aritmética y otras asignaturas, decidiéndose en 1915 el traslado de oligofrénicos profundos al Asilo de Torres.

Mientras tanto, por la cátedra de “Patología mental”, creada por la Universidad de Buenos Aires a fines del siglo XIX, transitarán personalidades de la talla de Lucio Meléndez, F. Ameghino, Alejandro Korn, Gonzalo Bosch y Francisco de Veiga.

Manuel Podestá, que fuera el director del “Hospital Nacional de Alienadas” después de Osvaldo Eguía y de Antonio F. Piñero, se destacó por sus vibrantes alegatos en favor de los niños inválidos y desamparados. Sensible en sus escritos —que parecerían inspirados en Ricardo Gutiérrez— y dotado de una bondad sublime, Ingenieros lo ubica entre los eminentes alienistas y galenos escritores. Entre sus obras es digna de mención una reglamentación elaborada en colaboración con Antonio F. Piñero titulada “Protección directa de los niños”.

José A. Estévez (1863-1927), director del “Hospital de Alienadas” durante más de 20 años, impulsó la clínica neurológica; no concebía la psiquiatría independiente de estas dos disciplinas y consideraba que la observación continua y la convivencia con los alienados eran los únicos métodos capaces de enseñar a conocerlos y a comprenderlos.

Con estas premisas preveía sus métodos de apoyo psíquico terapéuticos considerándose para su época la voz más autorizada de la especialidad. En el “Hospital de Niños” también recibió elogios por su actuación meritoria y se desempeñó en el “Consultorio de Neuropsiquiatría y Endocrinología” —creación del doctor Arreaga— junto a los doctores Aquiles Gareiso y Juan M. Obarrio.

En la revisión histórica del presente relato no deben exceptuarse de la atención del niño diferencial portador de estigmas psicofísicos la humana calidez y la maternal sensibilidad del alma femenina. Es preciso recordar algunas significativas figuras que impulsadas por un visionario amanecer ofrecieron, con sincera convicción, su desinterés, sus desvelos y su vocación.

Antonia Freüler, una de las primeras médicas escolares, se dedicará con loable vocación a la puericultura preconizando la recuperación social de la infancia.

Perlina Winocour, nacida en Moisés Ville (provincia de Santa Fe) en 1892, obtendrá el título doctoral en 1919 con diploma de honor. Habiendo estudiado magisterio en el Liceo N° 1 unirá su acción científica al aporte pedagógico. La fusión de ambas vocaciones —maestra y médica— le permitirá desempeñarse en los hospitales de Clínicas, Rawson e Israelita. Médica de Sanidad Escolar desplegó en la institución a la que ingresara por concurso en 1924 una acción relevante en investigación de “curvas de desarrollo ponderostaturales de los niños porteños”. Gracias a su espíritu impulsor y a las encuestas de sus gráficos se creará la primera escuela de niños débiles que, al aumentarse su número, se denominarán “escuelas al aire libre”.

Carolina Tobar García, nacida en San Luis en 1899, es la tercera médica escolar. Su actuación se orientó hacia el campo de la “didáctica diferenciada”, especialidad que será el germen de las escuelas de minorados intelectuales.

Sixta Elvira Guñazú, nacida en Merlo (provincia de Buenos Aires) en 1901, con su título de maestra y luego de médica se desempeñará como legista y psiquiatra. Con verdadero cariño espigó en esta difícil especialidad profundizando el enfoque y orientación de la psicopatología infantil.

Telma Reca de Acosta es una de las médicas más conocidas. Nacida en la Capital Federal en 1904 ingresó a los 15 años en la Facultad de Medicina. Con este excepcional antecedente será la fundadora del “Centro de Psicología y Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia” que en sus comienzos dependió jerárquicamente de la Cátedra de Pediatría. Como becaria por la Fundación Rockefeller (1942 y 1947) en Estados Unidos, publicará numerosos libros e interesantes aportes pedagógicos. **Psicoterapia en la infancia, Personalidad y conducta del niño, Inadaptación escolar, Temas de psicología y psiquiatría en la niñez**, serán las principales publicaciones de su rico bagaje científico. Siendo docente de la Facultad de Filosofía y Letras ejercerá la titularidad de la asignatura “Psicología evolutiva y psicología clínica” hasta 1966. ~~Anteriormente los antecedentes de esta excepcional personalidad apuntamos que ha obtenido los títulos de psicóloga del St. Luke's Hospital y de psicoterapeuta del Side Center for Child Development de Nueva York.~~

Por su excepcional inteligencia y entrañable dedicación, la acción de su equipo multidisciplinario logró con ingente esfuerzo y abnegado espíritu de sacrificio apoyar y propender el alto interés que las instituciones psicológicas y psiquiátricas han despertado en todos los estamentos sociales.

Proyectos, legislaciones, ordenanzas y decretos, convenios con las provincias para la creación de establecimientos locales y ayuda federal serán los dispositivos jurídicos que abarcarán el problema médico, legal y social que plantea la alienación

infantil y atención de niños “excepcionales”, recabando protección para estos alumnos marginados a fin de poder rehabilitarlos y entregarlos al seno de la familia y de la sociedad.

Emilio Coni, Ramón Tejerina, Domingo Cabred, Eliseo Cantón, Antonio F. Piñero, Juan Manuel Obarrio y Nerio Rojas —entre otros— constituyeron por la fuerza de sus argumentos y su tesonero entusiasmo las brillantes personalidades de este siglo y de la pasada centuria que permitieron cristalizar la legislación que se adaptara a las necesidades modernas.

Es de mencionar que por entonces los doctores Manuel y Carlos Carlés, presentaron, en la Cámara de Diputados, un proyecto para crear cuatro escuelas que educaran y asistieran a los niños anormales, proyecto que no pudo concretarse a pesar de que había aprobado aquella petición la “Sociedad Médica Argentina”.

En 1920 la Comisión respectiva que defendía la enseñanza de niños infradotados propuso al Consejo Nacional de Educación la concreción de planes especiales para anormales. El programa perfectamente planificado fue aprobado pero nunca puesto en práctica no obstante la reiteración de la solicitud. Sin embargo, en dicho año se fundaba en Buenos Aires el Instituto Psicopedagógico para niños menores de ambos sexos, correspondiendo la iniciativa a la doctora Matilde Flairotto, a la señora Sara Justo y al doctor Lanfranco Ciampi. Hacia 1922 la Universidad del Litoral creará la cátedra de Neuropsiquiatría infantil, anexando una clínica psicológica al igual que las que funcionan en algunas universidades americanas.

Con posterioridad se erigirá en la provincia de Buenos Aires el Instituto de Enseñanza Especial con escuela anexa, brindándose apoyo oficial al tratamiento neuropsicopedagógico de los niños deficitarios.

La emigración provocada por las dos guerras mundiales atrajo a un sinnúmero de médicos especializados en psicoanálisis infantil. La medicina norteamericana comenzará a ejercer su influencia por medio de médicos visitantes, residentes y becarios argentinos quienes sustentarán con sus teorías el “pavlovismo”, condicionando adquisiciones y aplicaciones terapéuticas. Vemos cómo el mosaico de nuestra psicología y psiquiatría infantiles se va nutriendo con las grandes filosofías de época, aportando cada corriente el sedimento útil de las novísimas concepciones. A las posibilidades de la neurología se han ido incorporando con juvenil empuje los brillantísimos conocimientos de la neurocirugía, rama del arte quirúrgico, altamente diferenciada, que facilitará la adopción de conductas insospechadas.

El Hospital de Niños, caja de resonancia del acontecer médico infantil, no ha soslayado la responsabilidad que le cupo en el enfoque del peque-

ño paciente psicológicamente deteriorado. La escuela del maestro Aquiles Gareiso y del doctor Florencio Escardó ha echado los cimientos de una auténtica neuropediatría infantil. La observación, el tratamiento y la reeducación de tantos niños disarmónicos, fronterizos, perturbados, con taras psicológicas y coeficientes intelectuales disminuidos les han permitido dejar la impronta del enfoque *biopsiquicosocial del problema en cuatro reconocidos tomos*. El primero comprende la **Introducción a la neuropediatría** y **Semiotecnia**, el segundo interpreta los **Síndromes neurológicos en la in-**

fancia, el tercero nos describe la **Sistemática neurológica infantil** y el cuarto versa sobre la **Neurología infantil**.

Así, desde la luminosidad lejana de las teorías de Pinel e Itard con su escuela de sordomudos hasta las disciplinas integrativas que comprenden las etapas de la concepción y la adolescencia, la psiquiatría infantil se ha proyectado, con todos los altibajos sociales, en la perspectiva de un quehacer nacional que cada día exige más atención de las ciencias dinámicas y afines, interpoladas en el mundo subjetivo del conocimiento infantil.

REFERENCIAS

- Berman, G.: La salud mental y la asistencia psiquiátrica en la Argentina. Biblioteca de Psiquiatría, Psicopatología y Psicopatología. Ed. Paidós, Bs. As., 1965.
- Bosch, G.: Historia de la Psiquiatría. Mundo Médico, vol. N° 57, pág. 15, 1940.
- Gareiso, A.; Escardó, F.: Neurología Infantil, Ed. 1944.
- Guerrino, A.: Bibliografía histórica de la Psiquiatría Argentina. (Tesis sobre temas de Psiquiatría.) Bs. As., 1966.
- Guerrino, A.: La Psiquiatría en la República Argentina. Ensayo histórico, 1971.
- Ingenieros, J.: La locura en la Argentina. Ed. Tor, Bs. As., 1955.
- Lardies González, J.; Khon, L.: Médicas argentinas con aportes sociológicos. Archivos de Historia de la Medicina Argentina, Año IV, vol. III, N° 9, enero-abril de 1974.
- Lardies González, J.: La psiquiatría argentina en el siglo XIX (tesis), 1953.
- Lardies González, J.: La cátedra de psiquiatría y sus comienzos. Adscripción Cátedra Historia de la Medicina, 1957.
- Loudet, O.; Loudet, O. E.: Historia de la Psiquiatría Argentina. Ed. Troquel, Bs. As., 1971.
- Pérgola, F.; Fustinoni, O.; Pérgola, O.: La Facultad de Medicina de Buenos Aires. Ed. Macchi, Bs. As., 1969.
- Reca, T.: Tratamiento psicológico de los problemas infantiles. Ed. El Ateneo, Bs. As., 1956.

V CONGRESO LATINOAMERICANO DE PEDIATRIA XII CONGRESO PANAMERICANO DE PEDIATRIA XVI CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRIA

ACAPULCO • MEXICO
del 24 al 30 de septiembre

1978

Presidente: S. GUERRA
Secretario General: J. M. CAMARENA
Av. Morelos N° 65-2
Apartado Postal M-8740
MEXICO 1, D.F., MEXICO

Solicitar información en S.A.P. - Coronel Díaz 1971
1425-Bs. As. - T.E. 821-0612

HORACIO N. TOCCALINO

"Posse quod velit, velle quod oportet"

San Agustín, libro XIII

(Poder lo que se quiere, querer lo que sea necesario)

La biografía de Toccalino va más allá de un mero "raccontto" de hechos y fechas, pues al lado de sus humanas virtudes y defectos, representó toda una época de la Pediatría Argentina.

Nace a la Medicina y para la Medicina y con su visión integral de la misma hace simultáneamente su práctica médica en los hospitales Zubizarreta y de Niños.

Pero la Pediatría lo transporta a sus dominios, "sin esperanzas de retorno".

En la búsqueda de su propio camino, ensaya, en el viejo Hospital de Niños, los ya transitados, que no lo satisfacen.

Incursiona en la Nefrología. Obstinado en su metodología del aprendizaje, sabe, como Allan Poe, que "no existe la inspiración, sino la transpiración", y que todo conocimiento implica un esfuerzo.

Los que en esa época éramos sus compañeros de Guardia, recordamos, a veces perplejos (¿teníamos entonces 18 años!), esos sábados por la noche, en que nos reunía en su casa, metódica y hasta compulsivamente, ¡para leer a Homer Smith!, en su versión inglesa, que habíamos conseguido con grandes sacrificios.

Sin embargo, este camino ya por entonces transitado por destacadas figuras de nuestra pediatría, no era el adecuado para su febril espíritu creador.

Intenta la Neumotisiología. Al lado de Anzorena, y con las enseñanzas del profesor Peroncini, adquiere una vasta información en la especialidad, y se transforma en un fino "diagnostificador" en radiología torácica.

¡Cuántos "rad" de más habremos recibido en aquel fluoroscopia de la Sala II del Hospital de Niños, envueltos en "académicas" discusiones sobre la

extensión y localización de una bulla, o la mayor o menor movilidad de un diafragma!

Y para cerrar este otro ciclo, que tampoco satisface a su infatigable instinto de búsqueda, hace su Tesis de Doctorado sobre "Supuraciones Pleuropulmonares de la Infancia" un minucioso estudio clínicoradiológico, con un correcto análisis estadístico de su abundante casuística y una excelente bibliografía sobre el tema.

Y es entonces cuando comprende aquello de "Caminante, no hay camino, se hace camino al andar".

Y comienza a construir su propio camino, el que, con el tiempo, la transformará en figura de consulta, a nivel internacional, de la gastroenterología pediátrica.

Lindquist en Suecia; Torres Pinedo y Davidson, en Estados Unidos; Sabrá, Martins Campos y Fagundes Neto, en Brasil, y tantos otros, unánimemente, lo llamarán "maestro".

Su formación gastroenterológica básica la inicia al lado del profesor Marcelo Royer, figura cumbre de la especialidad, en el ex Instituto Nacional de la Salud.

Pero se necesita intuición, imaginación y capacidad creadora, para trasladar con inteligencia los conocimientos actualizados de la especialidad, su metodología y su tecnología, para aplicarlos o adaptarlos a la problemática infantil. Y Toccalino tenía todo aquello y más todavía, pues agrega también originalidad y practicidad.

Inicia así toda una nueva concepción en la fisiopatología de las enfermedades digestivas de la infancia, en su bacteriología, y en sus alteraciones histopatológicas. Bastará recorrer toda su producción bibliográfica,

y se advertirá que la casi totalidad de sus trabajos son frescos y contundentes ejemplos de investigación clínica, realizados con la más rigurosa metodología, y cuyas conclusiones apuntan o conllevan a su aplicabilidad diagnóstica y terapéutica, ejecutable por el pediatra general.

El alto valor científico de su obra no dejó nunca de lado la agreste realidad en la cual debía desenvolverse, y es por eso su trascendencia en la Pediatría Nacional.

Decía Pasteur que "la ciencia no tiene patria, pero el científico debe tener una". Así, entonces, conociendo su producción, no caben dudas de que Toccalino fue un científico que se sintió orgullosamente argentino.

Fue, ciertamente, el creador de la Gastroenterología Pediátrica en Latinoamérica, su propulsor y consultor, no sólo aquí, sino también en varias otras partes del mundo.

Y como previendo el futuro, y para darle continuidad a su obra, crea la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología Pediátrica y Nutrición, nucleando a las figuras más representativas en el quehacer de esta especialidad, de todos los países del Continente.

Y además en la Escuela, crea discípulos. Y estos discípulos, no sólo continúan su línea de trabajo, sino que también crean otras nuevas, que han adquirido ya repercusión internacional, por la solidez y originalidad de sus propuestas.

Sirvan como ejemplo los estudios en manometría esofágica y rectal, la acidimetría esofagogástrica, la bacteriología duodenal y la endoscopia anorrectal, como métodos nuevos de diagnóstico y tratamiento en las pa-

tologías digestivas pediátricas.

Pero, además y antes que nada, Toccalino fue Pediatra.

Y allí también fue creador. En este campo, lo mejor de su producción fue, sin duda, el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Es curiosa la similitud en las vidas de estas dos figuras de la Medicina argentina. Ambos dieron el máximo de su creatividad en plena juventud, como si am-

bos supieran que la muerte los esperaba muy tempranamente en el camino elegido.

Quienes lo conocieron habrán visto en su despacho, detrás de su adusto escritorio, el lema que fue símbolo de su vida: "Nuestro será el futuro en prepotencia de trabajo".

Es por eso que, parafraseando a San Agustín, en la frase que inicia este recordatorio, Toccalino, ese gigante de nuestra Pediatría, "pudo siempre lo

que quiso, y quiso siempre lo necesario".

Que su fecunda vida creadora, como su silenciosa, valiente y resignada muerte, sean ejemplo para nosotros y para las futuras generaciones de Pediatras, que transitan o han comenzado a transitar el camino que nos ha legado.

Sólo sus cenizas han sido dispersadas; su espíritu, pues es el de los fuertes, como copa de árbol crece sobre nosotros.

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA
XXIII JORNADAS ARGENTINAS
DE PEDIATRIA



*POR UN NIÑO SANO
EN UN MUNDO MEJOR*

Mendoza
24 al 29 de abril de 1978



HOSPITAL DE NIÑOS DE MENDOZA: CONSTRUYAMOSLO

Tema central:

**"CRECIMIENTO Y DESARROLLO
DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE"**

INVITADOS EXTRANJEROS: PROFESORES DOCTORES:

ANGEL BALLABRIGA	España
JOAQUIN CRAVIOTO	México
CARLOS BAUZA	Uruguay
FERNANDO MONCKEBERG	Chile

Participarán los Pediatras de todo el país, siendo 5.000 los socios de la Sociedad Argentina de Pediatría a quienes se les ha cursado la invitación correspondiente y profesionales de distintas disciplinas que al estar relacionadas con el niño y el adolescente aportarán también sus experiencias.

CURSOS Y SEMINARIOS PRE JORNADAS: Estarán a cargo de destacados especialistas argentinos y extranjeros.

Se realizarán, además, cursos de especialidades paramédicas estrechamente relacionadas con la Pediatría: Odontopediatría, Laboratorio, Enfermería y Visitadoras Sociales.

Estas jornadas han sido declaradas de interés **NACIONAL** y **PROVINCIAL** y cuentan con el auspicio de la Universidad Nacional de Cuyo



Nestlé, especialista
en alimentación infantil,

pone a su disposición una
amplia gama de alimentos
perfectamente equilibrados y
adaptados a las necesidades
del lactante cuando la leche
materna falta o es insuficiente.

Nan

Neslac

Nestogeno

Nestogeno

1^{er}
semestre

2^o
semestre

Nestlé más de 100 años al
servicio de la infancia