



**ARCHIVOS
ARGENTINOS DE
PEDIATRÍA**

*Órgano de la Sociedad
Argentina de Pediatría
Fundados en 1930*

DIRECCION CIENTIFICA

Coronel Díaz 1971 (1425) Buenos Aires
Argentina. Tel. 80-2063 - 821-0612

DIRECTOR:

Teodoro F. Puga

SUBDIRECTOR:

José Dibetto

SECRETARIOS DE REDACCION

A. Armada, C. A. Azmat, J. Bulajevsky,
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, Al-
fredo Largaña, Juan J. Murtagh, José E.
Rivarola y José R. Vásquez.

**COMISION DIRECTIVA DE LA
SOCIEDAD ARGENTINA DE
PEDIATRÍA 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 Cer-
nadas

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 SE-
RIAL NUMBER; ISSN 0325-0075 INS-
CRIPTO EN LA PROPIEDAD INTE-
LECTUAL BAJO EL N° 1.391.085

PREMIO APTA "F. Antonio Rizzuto"
a la mejor labor 1973, categoría Revis-
tas Científicas

Composición, armado y películas:
Centrograf S.R.L., Riobamba 436, 8°
Impreso en: Gráfica Patricios S. C. A.,
Gral. Juan G. Lemos 248

SUMARIO

EDITORIAL

Educación paramédica

TEODORO F. PUGA 305

COLABORACION INTERNACIONAL

Familia y adolescencia. Opiniones de un pediatra.

ENRIQUE DULANTO GUTIERREZ 308

PEDIATRÍA Y ARTE 317

TRABAJO ORIGINAL - REGION I

*Diarreas agudas infantiles de origen bacteriano. I Estudio
y seguimiento bacteriológico en coprocultivos.*

G. E. SPIZZAMIGLIO, N. BINSZTEIN, T. EIGUER Y
C. GARCIA 319

TRABAJO ORIGINAL - REGION I

*Tumores del sistema nervioso central en pediatría. Qui-
mioterapia con nitrosoureas*

GRACIELA H. DE MACCHI, GUADALUPE REY DE
SANTOS, MARTIN GIRADO, GUILLERMO AJLER,
NORBERTO LOPEZ RAMOS Y ALBERTO EDERY ... 326

TRABAJO ORIGINAL - REGION IV

*Estudio bacteriológico de las neumonías del lactante
y evaluación de un esquema terapéutico*

EDUARDO RAUL LENTINI, ALBERTO KEMEÑY Y
MARIA TOTERA DE CIBEIRA 329

ACTUALIZACION

Determinación genética del sexo

JOSE MARIA SANCHEZ 335

ECOS DE PEDIATRÍA XV

La pediatría y el sistema hindú de medicina

V. B. ATHAVALE 338

PEDIATRÍA PRACTICA

*Aporte concreto e insospechado en la problemática de
la desnutrición*

CARLOS JOSE SOAGE 341

ATENEO BIBLIOGRAFICO 345, 349

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Glomerulonefritis. Normas de diagnóstico y tratamiento

COMITE DE NEFROLOGIA DE LA SAP 347

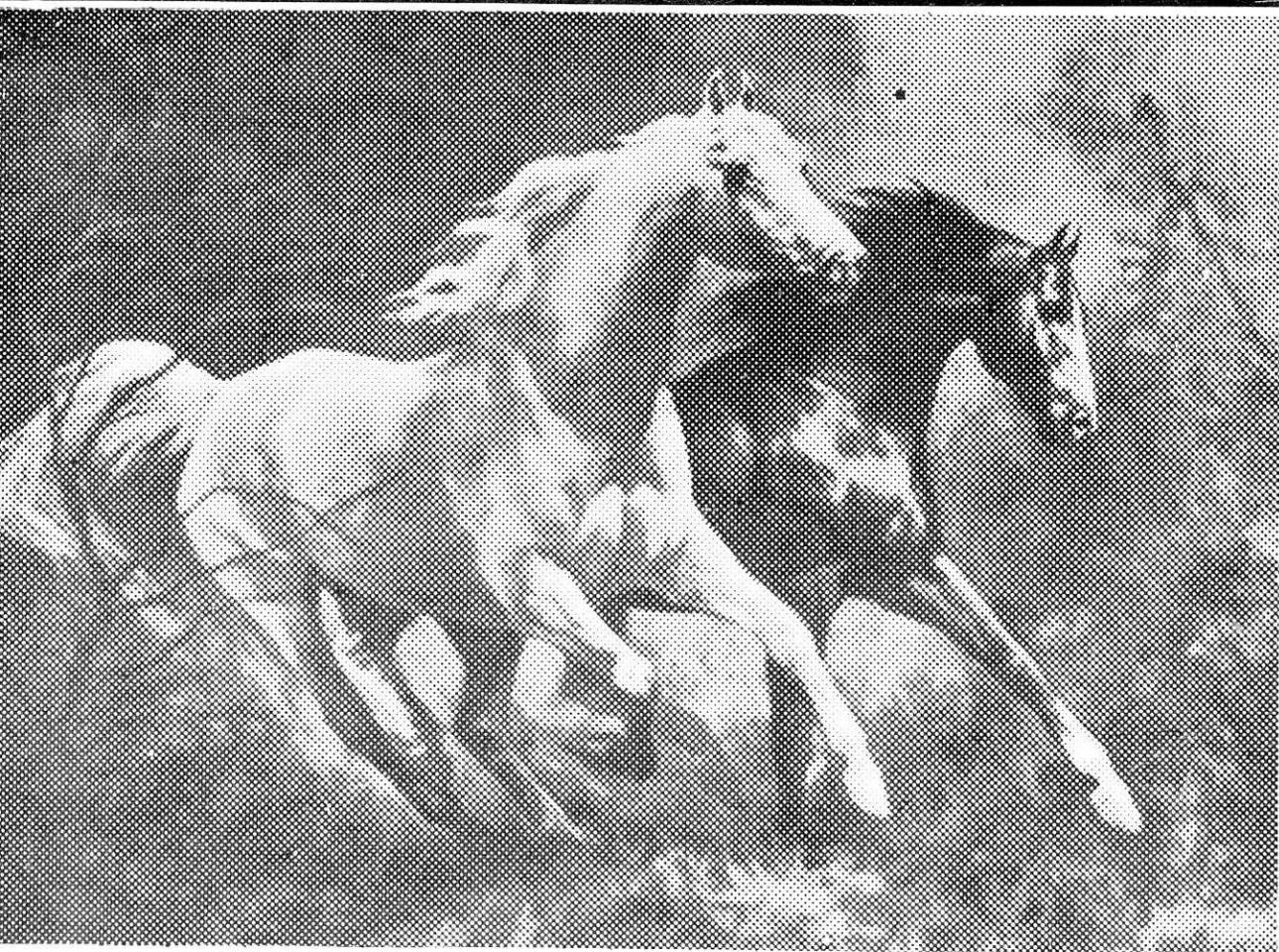
JORNADAS Y CONGRESOS

Reunión sobre nutrición infantil 350

CORREO ARGENTINO SUC. 25	FRANQUEO PAGADO CONCESION N° 6160
	TARIFA REDUCIDA CONCESION N° 1113

Editores

ANSELMO S. A. C. F. I.
Piedras 264 P.B. D Capital
Teléfono 30-4062



PROTEIGENO

TABLETAS INYECTABLE SOLUCION

ARGININA, LISINA, METIONINA,
ETANOL BETA AMINO ACIDO FOSFORICO Y VITAMINA B₆

**SALUD Y CAPACIDAD FUNCIONAL
POR PROCEDIMIENTOS FISIOLÓGICOS**

ARGININA Y METIONINA: Favorecen la biosíntesis de la creatina muscular y nerviosa, que constituye el reservorio universal de energía.

ETANOL BETA AMINO ACIDO FOSFORICO: De marcada acción anabolizante, debido a su efecto neurotónico.

ARGININA: Está demostrada su importancia en la fertilidad, pues su escasez o carencia produce disminución en la cantidad y movilidad de los espermatozoides.

INDICACIONES

FATIGA MUSCULAR Y NERVIOSA
DISMINUCION DE ENERGIA ORGANICA
RECUPERACION DE PIEL, CABELLO Y UÑAS
MEJORA LA CONSOLIDACION DE FRACTURAS
ACELERA LA CICATRIZACION DE HERIDAS
AUMENTA LA RESISTENCIA A LAS INFECCIONES
TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO



LABORATORIOS POEN S.A.C.I.E.L. - Ganna 5120/24 - Buenos Aires

EDUCACION PARAMEDICA

Observar la sagrada obligación de intervenir en la enseñanza y entrenamiento de los demás.

Juramento hipocrático

Según la Organización Mundial de la Salud el personal sanitario es el medio que permite "alcanzar para todos los pueblos, el grado más alto de salud que sea posible".

Personal sanitario de primera línea es aquel que tiene el primer contacto con la población. Una gran ciudad moderna cuenta seguramente con los recursos más especializados, pero existen lugares donde ese eslabón lo constituyen el médico de familia, el farmacéutico, la enfermera, el veterinario e, incluso, un curandero. Por lo general esta asistencia primaria la realiza el personal auxiliar. Aquellos países que no pueden formar la cantidad de médicos necesaria para las exigencias de la población tienen la posibilidad de encomendar el contacto inicial a una persona de formación menos costosa y con medios más modestos. Algunos de ellos creyeron prudente preparar con este objeto auxiliares de medicina y enfermería y personal de otras categorías.

Se ha visto que esta solución, contra lo que se temía, no deteriore la asistencia, siempre que el personal auxiliar se limite a desempeñar las funciones para las que está capacitado y que la estructura de los servicios permita encomendar a un personal de formación superior los casos más difíciles.

La Organización Mundial de la Salud colaboró (otorgando becas, material de enseñanza e instructores) con aquellos países que tienen programas de formación de personal de distintas categorías: parteras, auxiliares de enfermería y obstetricia, técnicos en saneamiento, en abastecimiento de agua e higiene, inspectores de sanidad, técnicos radiólogos y de laboratorio, etc.

A medida que la prestación de servicios médicos adquiere un sentido más social, nuevas carreras paramédicas se incorporarán a esa actividad. Es notable la ingerencia de la asistente social como agente de enlace entre la familia y el hospital. Del mismo modo la atención del psicólogo es exigida cada vez con mayor frecuencia en los grandes centros urbanos.

Pero el real problema que se plantea en la mayoría de los países es la escasez del personal de enfermería.

Durante la década pasada el rol de la enfermera pediátrica o de la puericultora tuvo una significativa expansión en la atención de los pacientes.

Analizando los hechos se comprobó que la puericultora práctica puede atender por sí misma las 3/4 partes de todo aquello que signifique actividad ambulatoria, y que estas enfermeras son bien aceptadas, muy competentes en el asesoramiento de la salud y demuestran eficiencia en la medida que aumenta la necesidad del enfermo.

Pueden brindar a los pacientes los cuidados más inmediatos, aun a los de mayor edad. Permiten a otras enfermeras diplomadas dedicarse a trabajos más especializados; incluso pueden efectuar tareas que antes sólo eran prerrogativas del médico.

El éxito de estos programas de enseñanza y el reconocimiento de las cualidades de los graduados, han logrado la aceptación de otros profesionales de la salud y del público.

En el XIV Congreso Internacional de Pediatría realizado en Buenos Aires, Thomas Stapleton, de Australia, ex Secretario General de la Asociación Internacional de Pediatría (IPA), coordinó una mesa redonda sobre distintos aspectos de la Educación Paramédica.

La forma de encararla difiere según el terreno, distribución de la población, tipo y grado de desarrollo tecnológico y naturaleza de la organización social y política.

*En dicha mesa, Henry K. Silver transmitió la experiencia realizada con Patricia Mc Atee, del Departamento de Pediatría de la Universidad de Denver, Colorado, en la formación de puericultoras prácticas y que aparece publicada en el *Pediatrics* de noviembre de 1974.*

Tin U, Profesor de Pediatría y Director del Hospital de Niños de Rangoon, Birmania, analizó los cursos de 22 meses que se realizan en escuelas rurales alejadas de dicha ciudad y que capacitan a las puericultoras para la mejor asistencia sanitaria en el medio rural.

Por último, Stapleton se refirió a la labor de los llamados médicos descalzos en la República Popular China. Son verdaderos trabajadores sanitarios, elegidos por la misma comunidad, a los que se prepara con conocimientos básicos para resolver problemas cotidianos de salud y realizar controles de medicina preventiva. Actúan como enlace entre la población y niveles sanitarios más complejos; los resultados obtenidos en China parecen ser excelentes.

En el otro extremo de la escala encontramos un servicio de gran prestigio como el de Reynolds, del Departamento de Pediatría del Colegio Universitario del Hospital de Londres. Allí, Reynolds introdujo en 1965, el método de cuidado intensivo en neonatología lo que permitió aumentar el índice de sobrevivencia. Como entonces no disponía más que de un residente, capacitó a las puericultoras. Aprendieron a diagnosticar y a realizar procedimientos complejos como intubación, reanimación, control de glucosa en sangre o su administración, determinación de niveles de bilirrubina en plasma, etc. Es decir, cumplían tareas que en un servicio corriente son privativas del médico.

La mayoría de estas puericultoras realizan un entrenamiento de 6 meses en cuidados intensivos neonatales. Los cursos están reconocidos y las enfermeras quedan altamente gratificadas.

El auxiliar no puede sustituir al médico, pero cuando el dilema se plantea entre auxiliar o nada, la primera opción tiene ventajas obvias. Es evidente que en muchos países existe un déficit de enfermería por razones de índole económica, cultural o social.

Muchos organismos han dedicado su atención a este problema. Pero todos sabemos que mientras no se solucionen las causas que provocan la falta de personal en vano se teorizará al respecto.

Quizá no se ha visto aún con claridad suficiente que aumentar el número de personal sanitario no basta para mejorar las condiciones de salud, pero es evidente que las causas del menor desarrollo influyen también en la escasez de dicho personal. Sólo entre los países desarrollados es dable comprobar la proporción de una enfermera cada 200 habitantes.

Existen diferencias de opinión con respecto a los roles y prerrogativas de las puericultoras, especialmente en lo que se refiere a la práctica médica, porque cuando miembros de una profesión asumen tareas que corresponden a otra profesión deben tener la protección y dirección de los miembros de esta última.

Es interesante comentar aquí un artículo de News Letter, boletín mensual de la Academia Americana de Pediatría, en el que se afirma que antiguamente el pediatra y la puericultora practicaban la profesión uno junto a otra. Con la proliferación de las especialidades, los cambios sociales y económicos y el aumento de la población, la relación entre médicos y enfermeras se volvió más tirante, llegando en algunos sectores a crearse severos desacuerdos. Los pacientes estaban en medio del conflicto.

En los últimos años se están haciendo renovados esfuerzos para restablecer dicha relación. Sus fundamentos son: 1) Mutua aceptación de un objetivo común. 2) Equiparación del status, prestigio y

acceso a la información." 3) Diversidad de conocimientos y prácticas.

Con ese objetivo hay que preparar a los alumnos capaces de constituir equipos con espíritu creativo en la tarea que hace al bienestar de la comunidad. Es decir que la docencia debe hacerse en dos niveles: uno objetivo que implica el aprendizaje específico que capacita técnicamente al personal, y otro subjetivo que tiende a modificar y motivar la mentalidad de los jóvenes respecto del verdadero rol que desempeña la enfermera.

Ha llegado el momento en que el propio médico debe replantearse la situación y cambiar la perspectiva dentro del personal sanitario.

Ante todo tiene que desaparecer ese prurito de muchas enfermeras acerca de que el médico es un dictador que puede disponer de un súbdito a su arbitrio. En muchos países, incluidos algunos desarrollados, se subestima aún la posición que ocupa la enfermera, quien muchas veces debe obedecer el mandato de los médicos, incluso en contra de las normas aceptadas.

Este carácter prusiano de la enfermería es una herencia de la escuela creada por Florence Nightingale durante la guerra.

El médico tiene que tomar conciencia de que la actividad en equipo no se refiere solamente a sus pares sino que incluye a este personal indispensable de enfermería que cada vez se hace más necesario por el aumento de la población y la complejidad de los servicios prestados. El médico puede y debe bregar por la especialización de la enfermera en la tarea a que ha sido destinada.

Cambiar un sistema siempre es difícil, pero cuando hay necesidad de hacerlo no debe eludirse el esfuerzo porque el cambio igual se produce pero en condiciones desfavorables.

En algunos ambientes médicos existe el convencimiento de que el desarrollo de una ciencia de la enfermería, de la cual podrían derivarse principios unificadores esenciales para la orientación de su práctica, sólo puede progresar dentro de la Universidad donde la investigación es una parte inherente del proceso educativo y los alumnos tienen acceso a la enseñanza superior junto a otros profesionales.

Este concepto es parcializado e implica el desconocimiento de una realidad social del mundo en desarrollo.

Tan huérfana de atención está la enfermería pediátrica que todos los estudios, programas e inquietudes de la enseñanza se orientan hacia la enfermería en general.

Mucho se podría discutir sobre el problema, pero acá y ahora, en pediatría ¿Qué tenemos? Poco y nada. ¿Qué necesitamos? Mucho y especial. ¿Cómo lo lograremos? Este es el desafío.

Si nosotros, pediatras, necesitamos enfermeras especializadas debemos ocuparnos directamente y

no limitarnos a reclamar escuelas o cursos al ministro o sanitarista de turno, que nunca llega a término para concretar sus proyectos y organigramas. Si alguna vez sucediera, nosotros, pediatras, efectores de salud, estaríamos preparados, entrenados y con buena experiencia práctica.

El hecho de que nos ocupemos de la docencia paramédica no significa que tengamos que responsabilizarnos del problema.

Se nos ocurre que así como en las comunidades rurales del país se fueron organizando colegios secundarios con la férrea voluntad y apoyo de los habitantes y, una vez concretados, el estado los oficializó, del mismo modo los médicos, en el ámbito hospitalario podríamos iniciar o fomentar escuelas para formar enfermeras pediátricas y luego reclamar el respaldo necesario que el gobierno estará obligado a otorgar.

Originariamente en nuestro país la educación médica se orientó, en forma fundamental, hacia los estudiantes que ingresaban en las Facultades de Medicina y obtenían su graduación con el título habilitante de médicos. Por propia iniciativa, esos alumnos realizaban su práctica actuando como practicantes de sala o de guardia, sin esquemas previamente establecidos, que muchas veces distorsionaban esa misma formación.

Paralelamente, la enfermera recibía su instrucción en escuelas de enfermería que poco a poco fueron haciéndose tradicionales.

Muchas veces, como consecuencia de la falta de enfermeras diplomadas, las vacantes que se producían se llenaban con personal de maestranza que a través de los años se había hecho práctico a fuerza de cubrir claros por enfermedad, vacaciones o simplemente por no haber candidatas. Esta situación desgraciadamente aún es frecuente, a pesar de los cursos para auxiliares que se dictan en distintos lugares.

Las Unidades Hospitalarias trajeron, sin lugar a dudas, un gran progreso en la formación de los estudiantes de medicina. Después de cursar las materias básicas, al ingresar en esas unidades reciben actualmente una instrucción teoricopráctica que los capacita con mucha más amplitud para el desarrollo de su labor cotidiana.

La residencia médica, hoy también definitivamente aceptada, forma especialistas en las distintas ramas y los habilita, en poco tiempo y con programas seriamente estructurados, para realizar en forma eficiente tareas relacionadas con el extraordinario progreso médico actual.

En este momento todos estamos de acuerdo en que la medicina se ejerce sobre la base de un trabajo en equipo, en el que la enfermera ocupa un lugar destacado. No en vano permanece 24 horas junto al niño enfermo.

En la especialidad pediátrica existen distintos

grados de formación según sea el lugar que ocupe

Consideramos que así como debemos formar un pediatra general, que es lo que el país necesita y a partir de él subespecialistas tales como pediatra internista, neonatólogo, nefrólogo, cardiólogo, etc., debemos preparar también una puericultora con conocimientos básicos para desempeñarse tanto en el Consultorio Ambulatorio del Hospital o del Centro Periférico, como en las Salas de Internación de 1a. y 2a. infancia o en neonatología. A partir de esta puericultora general podrían abrirse varias subespecialidades paralelas a las médicas.

Los programas de enseñanza en enfermería están determinados por el estudio de las necesidades y recursos, representados por el personal existente, su clasificación, distribución y preparación y por el ambiente social en que se desenvuelve la enfermería.

La selección de objetivos, las experiencias de aprendizaje y la organización y desarrollo de los programas de enseñanza deben sustentarse en el conocimiento de las necesidades y recursos de la comunidad, de la profesión y de las futuras enfermeras.

Necesitamos sistemas educativos orientados hacia las exigencias de la sociedad.

Desde siempre los médicos se han preocupado por la docencia universitaria de pre y posgrado y, al margen de señalar con insistencia la falta de preparación de la enfermera, ¿contribuyeron orgánicamente a esa misma preparación? ¿no la han tenido sin darse cuenta realmente como una tarea secundaria? Salvo casos excepcionales, considero que sí.

¿Cuál es el camino entonces?

En relación con esta pregunta queremos destacar la experiencia que realizamos en nuestro Servicio desde 1972, cuando, junto a la docencia de alumnos y residentes, iniciamos a título experimental la docencia para puericultoras y enfermeras pediátricas.

Los cursos duran 2 años y los resultados los consideramos excelentes. Se forma una puericultora general con firmes conocimientos básicos y una práctica adecuada, que rápidamente consigue ubicación.

Nos seguimos preguntando: ¿si cada uno de los servicios de pediatría del país iniciara una tarea similar, cuántas enfermeras especializadas egresarían cada año?

Esta pregunta necesita una profunda reflexión.

En la medida en que tomemos con vocación y responsabilidad la formación de nuestras puericultoras y enfermeras pediátricas, habremos concretado un extraordinario aporte para completar la eficiencia del equipo de salud que redundará en beneficio de todos y en primer lugar de nuestros pequeños pacientes. Indudablemente es uno de los caminos a seguir en los próximos años.

Teodoro F. Puga

FAMILIA Y ADOLESCENCIA

Opiniones de un pediatra

ENRIQUE DULANTO GUTIERREZ

Departamento de Medicina de Adolescentes
Hospital Infantil de México

Enrique Dulanto Gutiérrez, destacado profesional mexicano, es nuestro colaborador en este número. Pediatra del Hospital Infantil de México, se ha dedicado en estos últimos años al estudio de la Adolescencia y sus problemas. Vastamente conocido en toda América, presentó esta conferencia en Medellín, Colombia, en ocasión de pro-

ducirse su ingreso a la Academia de Medicina de Antioquia.

Con motivo de su participación en el Congreso Internacional de Ginecología Infantojuvenil realizado en Buenos Aires en noviembre de 1978, fue especialmente invitado por la Sociedad Argentina de Pediatría a desarrollar el tema.

Abordar el tema de la familia y el adolescente significa necesariamente disertar sobre la interacción del grupo y los jóvenes que en él quedan incluidos. El hablar en particular de esta etapa de la vida obedece a la necesidad didáctica de enfatizar las peculiaridades que acontecen como resultado de las características del desarrollo del adolescente, las que obligan a cambiar pautas de conducta en los sistemas que facilitan la operancia de la dinámica familiar, de manera tal que el marco de referencia puede seguir supliendo su misión y facilitando la función esencial de la familia: favorecer el crecimiento y desarrollo humano.

Antes de proseguir creo necesario dejar constancia de lo que entendemos por familia y adolescentes.

Familia es un grupo humano que reunido intercambia afecto, valores y otorga mutua protección; por ello encontramos como inmejorable definición la que ofrece Ackerman: "Se puede considerar como una especie de unidad de intercambio; los valores que se intercambian son amor y bienes materiales. Estos valores fluyen en todas direcciones dentro de la esfera familiar. Generalmente, sin embargo, los padres son los primeros en dar." Este mismo autor opina que los fines esenciales humanos y sociales para los cuales se ha establecido la familia se resumen en las siguientes funciones de vital interés:

1. Provisión de alimentos, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida; protección ante los peligros externos, función que se rea-

liza mejor en condiciones de unidad y cooperación social.

2. Provisión de unión social, que es la matriz de los efectos de las relaciones familiares.

3. Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; este vínculo de identidad proporciona la integridad y las fuerzas psíquicas para enfrentar experiencias nuevas.

4. El moldeamiento de los roles sexuales, preparador del camino para la maduración y relación sexual.

5. La ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social.

6. El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

La familia descrita en los puntos anteriores se convierte en la unidad primordial y campo de experiencias y desarrollo del adulto y del hijo desde niño hasta su desprendimiento al final de la adolescencia o el abandono del hogar primario. Para éste será el núcleo en el que contemple sus primeros triunfos y fracasos y encuentre su primer intento de sociabilización, función esta última que debe alcanzar su clímax durante la adolescencia.

En nuestro concepto, la adolescencia es una etapa crítica del crecimiento y desarrollo humano, dominada por la tarea de lograr la maduración psicosocial del individuo. En corto tiempo, quien la vive tiene que sufrir una experiencia existencial única e intrasferible y por eso algunos autores la han denominado moratoria existencial y

otros, como Winnicot, han expresado que "es una experiencia de vivir y un problema de existir".

En esta ocasión será importante recordar que quienes atraviesan la etapa deberán madurar emocionalmente cumpliendo, entre muchas, las siguientes tareas que los integrarán a la vida social en la comunidad como personas contribuyentes: aceptar un rol psíquico y sexual, establecer un nuevo tipo de relación frente a los padres, obtener independencia emocional y económica de la familia, escoger y prepararse para el desempeño de una ocupación, desarrollar capacidades intelectuales y conceptos nuevos para su adecuada competencia social, adquirir patrones de conducta responsable, prepararse para el matrimonio y la dirección de una familia, construir valores propios que estén en armonía con el medio en que vive.

Enumerar esta lista es fácil; cumplirla, harto difícil. Las posibilidades serán mayores en tanto la familia esté enterada de cuáles son las pautas normales del desarrollo biopsicosocial de sus hijos en primer lugar y, en segundo, cuán motivados se encuentran éstos, para acompañar a su prole con afecto, prudencia y tacto en el fenómeno existencial de la maduración.

Esta condición, como todas aquellas que concurren para el funcionamiento de la familia, debe iniciarse desde la etapa neonatal si se desea continuidad y éxito en la adolescencia. Los padres deberán sentar las leyes y reglas del juego, las que irán cambiando en forma general y en la relación particular para cada miembro, según las etapas por las que atraviesan la familia y el individuo; es decir, ésta deberá crear un marco de referencia, de acuerdo con sus valores, capacidades para manejarlo y su personalidad.

Nunca será posible tener una relación familia-adolescente sana y próspera, si no se ha intentado en etapas previas a ésta una apropiada interacción con el individuo; después de todo, el adolescente no es producto de generación espontánea, ni de un conjuro social; es, por el contrario, la culminación de una etapa larga y bien trazada de acontecimientos biológicos, emocionales, culturales y sociales, que desembocan en lo que podríamos llamar la época de la "cosecha" de aquellos que en alguna forma han contribuido al desarrollo de jóvenes y familia.

Quienes conocen cuáles son los indicadores de normalidad en el desarrollo de sus hijos, como fruto de su perseverancia en la tarea de educarlos, podrán distinguir lo normal de lo patológico y, cuando tengan duda de ello, sabrán consultar con oportunidad al pediatra, médico, profesor u otras personas relacionadas con la vida diaria de sus hijos. Desde luego que para que un adolescente pueda cumplir con más o menos oportunidad las importantes metas que impone la etapa necesitará, como hemos señalado, por lo menos un clima en el que

impere el afecto, la comunicación y un entendimiento, la aceptación de los roles que con plena identidad cada cual desempeña en la familia. La tarea no es fácil para el adolescente y resulta un poco más sencilla para los padres y para el grupo si todos tienen un adecuado índice de madurez y de identidad lógica para la etapa que cursan. Nos parece conveniente recordar que Josselyn define el síndrome de tormenta emocional en el adolescente como el de "exhaustión del yo", estado que se produce porque el joven cuenta con recursos emocionales escasos o inadecuados ante las demandas punzantes, lacerantes del yo. Esta situación convierte al adolescente en una persona confusa, que causa grandes, pequeños o variados tipos de problemas en el área familiar y escolar, lo cual acarrea en ocasiones verdaderas crisis de relación familiar, con saldos negativos para ambas partes; sin embargo y pese a eso, es muy importante recalcar y reconocer que no es un enfermo mental.

Esta misma autora es clara al declarar que: "El comportamiento del adolescente es típico de aquellos individuos de cualquier edad que no han encontrado un patrón adecuado para integrarse y reconciliar sus propios impulsos, los requerimientos de su conciencia, los requerimientos de la realidad. La adolescencia, como verdaderamente sucede en las neurosis y psicosis, se caracteriza por una relativa insuficiencia del yo. Esta situación debe comprenderse como una consecuencia del agotamiento del ego ante el número de demandas y su incapacidad para emprender todas éstas, a pesar de que pueden ser admitidas." Horrocks sostiene, al igual que nosotros en el presente ensayo, "que si el ambiente es tal que el adolescente puede ser gradualmente un individuo inducido a tener experiencias para las que está preparado y en las que él está capacitado para actuar, si le es permitido asumir responsabilidades y desempeñar un papel actualizado y cuando está preparado para ello, si hay un esfuerzo real por parte de los adultos para aceptar sus actitudes y cuando es posible ayudarlos en sus necesidades, aquél encuentra su transición a la madurez de una manera dócil, agradable, fluida y sin complicaciones".

Durante la última década la institución familiar se ha visto duramente atacada con críticas que van desde lo razonable, objetivo y justificado hasta lo inconmensurablemente ridículo, sensacionalista, falaz, basado en argumentos subjetivos. Con frecuencia se pregona y se cita que el fracaso de la familia es un común denominador en nuestra sociedad, y buen grupo de personas aseguran que como institución ha pasado a la historia y no tiene finalidad ni sentido en el acontecer de las últimas décadas de este siglo y desde luego muchísimo menos que ofrecer en el venidero.

Nadie puede dudar de que en sociedades de consumo y tecnología altamente avanzada, así co-

mo en algunos sectores sociales de los países en desarrollo, se contempla a la familia como un mal necesario o núcleo de poca importancia. Esto es comprensible si se da crédito al sensacionalismo o el análisis es realizado y enjuiciada la finalidad del grupo por el número de divorcios, hijos que abandonan sus hogares, cónyuges que son sometidos a tratamientos psiquiátricos, matrimonios que subsisten únicamente merced a mutuas pero dañinas tolerancias de sus amasijos*. Estadísticas tales pueden dar un ejemplo claro de lo que podríamos denominar el fracaso de la institución familiar o la pornografía de la familia. Mas para ventura de la humanidad no todos los elementos que conforman las sociedades del mundo, independientemente del grado de adelanto técnico y económico que presentan y del credo religioso o político que sustentan, están en esas condiciones; mucho menos la familia rural. La desaparición de la familia clásica es un hecho generalizado, fundamentalmente en áreas metropolitanas, pero en nuestra Iberoamérica buen número de poblaciones la contemplan aún como unidad funcional y en una considerable cantidad de casos ésta se conserva con variaciones. Aceptamos sí que la familia ha sufrido una evolución que en aspectos nos parece favorable y en otros no.

Buen número de sociólogos y psicólogos iniciaron después de la Primera Guerra Mundial un movimiento que podríamos llamar antipadres, en supuesto favor del crecimiento y desarrollo de los niños y adolescentes. Desde entonces, numerosas publicaciones culpan a los padres de la totalidad de las alteraciones biopsicosociales de la familia. Los revisionistas también cuestionaban la validez de todo el sistema de protección, orientación y cuidado prodigado a los hijos en el seno de esta institución; dijeron a estas características y otras más, la connotación de "elisis" tradicionales que, sin más razón que el haberse acostumbrado a ellos, la sociedad imponía a las nuevas generaciones, condicionándolas a permanecer atadas a un tradicionalismo absurdo que consideraron dañino y que, en su oportunidad, provocaría un pronunciado retardo en las posibilidades de adquirir un desarrollo armónico y adecuado con la tecnología, que apuntaba ya como característica social dominante de esta época. Todo movimiento de esta índole tiene críticas productivas, sensatas y constructivas, pero termina por agrupar una larga secuencia de conceptos amarillistas, triviales y carentes de objetividad. En estos movimientos abundan y lamentablemente terminan por dominar pensamientos de excelentes resentidos, revanchistas y un subjetivismo, que bien puede calificarse como un pensamiento en contra de todo y a favor de nada; es triste que este tipo de pensamientos sea el que logre mayor difusión entre las personas poco instruidas o bien orienta-

das. Socialmente sabemos que esto no es una casualidad, tiene un fin preconcebido: la destrucción de la familia.

Psicólogos, psiquiatras, sociólogos y antropólogos modernos mencionan que entre las causas preferentes para explicar el cauce de parte de la conducta social actual, la anarquía y la ausencia de valores de carácter moral, es la crisis que la familia sufre al convertirse en un vehículo reproductor de la especie, pero con poco o ningún compromiso en la educación y formación de sus hijos, la cual ha sido entregada a los tecnócratas y el Estado. Nadie desconoce que aquellos países donde este tipo de psicología y sociología hizo mayores estragos tienen, en la actualidad, mayor número de conflictos con sus jóvenes en los parámetros que quieren analizarse.

Hasta la fecha la humanidad no ha podido suplir la institución familiar con ninguno de los ensayos técnicos que múltiples sociedades capitalistas, socialistas o comunistas han intentado; asombran las técnicas desplegadas y su perfección. Tan perfecta organización permitía suponer que el éxito coronaría todo esfuerzo. Sin embargo, los interesados en la materia tienen que reconocer dolorosamente el fracaso y éste se produjo en realidad porque el intercambio afectivo, la convivencia cálida que propicia el hogar, el crecimiento armónico que facilita a niños, jóvenes y adultos, así como la formación de valores por el lenguaje hablado y el no verbal, no han podido ser instituidos en estos amplios programas por técnica alguna. Para que las condiciones anotadas como óptimas se den será necesario que las familias vivan y funcionen adecuadamente. No es de extrañar que las actuales campañas de organismos internacionales que manejan la salud pública estén dirigidas a fortalecer la vida familiar; esta búsqueda de un renacimiento o la creación de los fuertes vínculos familiares son la prueba de que esta sociedad no puede desaparecer, es necesaria fundamentalmente para lograr que el hombre nacido animal adquiera un sentido humano de la existencia. Vale la pena citar a René Dubós, quien a propósito dice: "El humanismo del hombre no es innato; es producto de la sociabilización. Algunos de los rasgos peculiares del humano desaparecen en condiciones tales como el hacinamiento, probablemente porque el hombre adquiere su capacidad humanística sólo mediante el contacto con seres humanos y en condiciones adecuadas. El hombre necesita de los efectos sociabilizantes del grupo verdaderamente humano para poder llegar a ser y permanecer humano."

La familia puede y debe evolucionar de acuerdo con la época en que vive y los patrones de la comunidad en la que queda incluida.

Sugiero desterrar de nuestro lenguaje la idea común de que existen familias buenas y malas y, sobre todo, basar el adjetivo según su tradicionalis-

* Concubinatos.

mo o no, y sus ideas religiosas o políticas; esto acarrea daños irreparables emocional y socialmente entre los menores y favorece rivalidades estériles en la comunidad. Enfocada la familia como sistema, nos permite hablar de sistemas que tienen expresión y dinámicas propias, que permiten funcionar o no funcionar al grupo.

La familia compuesta por seres dinámicos, en aspectos biológicos, cognoscitivos y emocionales, deberá sufrir cambios según sus miembros desarrollen facultades, que a su vez deberán procurar poner en juego para lograr objetivos y metas.

El que una familia pueda evolucionar y ser por muchos años baluarte de adultos, jóvenes y pequeños, dependerá en gran parte de la identidad lograda por sus componentes, y del conocimiento, aceptación e identificación con los roles que desempeñan en la integración familiar.

En una familia será un signo la expresión de su dinamismo, tanto en lo correspondiente a su funcionamiento interno como a su relación exterior. También lo será la capacidad de permeabilidad que tenga. Grupos que permiten influencias, las tamizan y después las aceptan o rechazan como valores, ideas o medios de propiciar su desarrollo, nos parecen sanos; la permeabilidad es índice de una adecuada comunicación, lazos firmes, libertad, seguridad y capacidad, al menos para intentar la selección de estímulos que pueden hacerlo crecer y mantenerlo en estrecha relación con la comunidad.

Grupos cerrados con una moral estrecha, con criterios que califican como positivo sólo lo que su ideario considera, que no permiten la renovación de fuentes de estímulo, siempre escudados en conceptos de una mal entendida religión o una ética basada en su egocentrismo y en la manipulación de valores, pueden ser considerados propiciadores de enfermedad.

Ahora bien, cómo va la familia a facilitar las tareas mencionadas como inaplazables para los adolescentes, cómo van a variar las relaciones interpersonales y se establecerán las nuevas reglas del juego. Si el grupo es sano, esta expansión con ligeros y esporádicos sobresaltos podrá considerarse casi como natural y, según el grado de patología, esto será cada vez más confuso y complicado.

La familia consciente de sus obligaciones será siempre una buena compañía de sus hijos en cualquier etapa de su existencia. De la misma manera, un profesor que tiene conciencia de lo que es el magisterio no sólo sabe embuir la pasión del estudio y el conocimiento de su materia al alumno, sino que procura ayudarlo en su formación personal. En esta misión, familia y escuela tienen un movimiento sinérgico. Es indispensable que se percaten de ello para reforzar con respeto las posibilidades de incrementar las oportunidades del desarrollo cognoscitivo e integración emocional. Cuan-

do los adolescentes viven en un terreno tan favorable pueden gozar de su adolescencia con plenitud y profesores y padres tienen la oportunidad de enriquecerse enormemente y no sólo de contemplar la experiencia, sino de todo lo que aporta el renaciente espíritu y la capacidad intelectual de los jóvenes. Padres o maestros que se sabotean sólo lograrán inducir a los niños y a los jóvenes a una desorientación tal, que mucho dilatarán en lograr una adecuada identidad, autonomía e independencia en sus hijos y educandos. La formación de los roles sexuales en niños y la afirmación de ellos en la adolescencia son una obligación compartida entre la familia y la escuela; esto se logra merced a mensajes verbales y no verbales. En este proceso todo adulto es profesor activo, por más que niegue o dude de su participación. La familia deberá ir ampliando gradualmente el margen de libertad para que el púber, y después el adolescente, vaya teniendo para tomar decisiones en aspectos de su vida personal y escolar y pueda adoptar actitudes que hagan posible el intercambio de opiniones en aspectos conexos con la familia. La libertad deberá ser condicionada y adecuada a las capacidades de manejo que de ella hagan los jóvenes.

No se trata de que padres o maestros dirijan o controlen la adolescencia en cuanto a las experiencias de vida que se requieran; la adolescencia es una etapa de desarrollo existencial y como tal es única e incomunicable; padres y maestros pueden describir el fenómeno y simplemente aportar orientación y consejo para que las experiencias tengan un máximo de oportunidad positiva y aquellas negativas que se presenten puedan ser debidamente glosadas entre adolescentes y adultos, para que dejen al menos el fruto que se suele obtener de un análisis objetivo, justo y oportuno.

Se habla mucho de que los padres de familia deben ser compañeros de sus hijos durante la adolescencia. Esto significa estar en contacto con la realidad personal y social en la que el adolescente se desarrolla; es decir, permanecer en contacto con él y conocer su mundo, mas dejarlo en libertad para que nos haga partícipes de ese mundo en la interioridad y dimensión que él desee o en los campos en que juzgue necesaria nuestra participación.

Compañeros de experiencia o partícipes de éxitos y fracasos como espectadores y orientadores, pero no compañeros físicos y reales de sus aventuras y sus experiencias; esto puede ser vivido por parte del adolescente como una grave intromisión limitante o interpretarlo como una manipulación del padre y de la familia para no dejarlo partir. En muchísimas ocasiones por la inseguridad propia de la etapa los jóvenes invitan a los mayores a participar de su vida en diversos aspectos sociales y es oportuno que los padres acepten algunas de estas invitaciones para ayudarlos a crear un margen y un

espacio vital propio que les brinden seguridad; pero también es muy importante aconsejarlos y apoyarlos para que muchas de esas experiencias las vivan solos y reciban del grupo apoyo y confianza, mientras los padres deben retirarse prudentemente de la primera fila.

Es importante considerar que los hermanos mayores pueden ser en una tutela impuesta por los padres a los menores, fuentes de interminables conflictos, rivalidades y sinsabores que terminan por distanciar a los hermanos y crear graves escisiones en la familia. Adolescentes en diferentes etapas pueden o no compartir voluntariamente sus experiencias, pero establecer un tutelaje y, más aún, ceder autoridad y guía al mayor puede ser vivido por los menores, quienes reciben la acción, como una evasión de sus padres a sus responsabilidades para con él, como un rechazo al contacto afectivo y generoso que ellos demandan de quienes sienten que los deben guiar y proteger.

Personalmente (algunos psiquiatras no participarían de esta idea) considero que los padres deben intervenir enérgicamente, mas no con medios brutales o agresivos, en aquellas relaciones que indudablemente son nocivas para el adolescente; permitir la libertad irrestricta de esas amistades, cualesquiera que sean el sexo y la edad, implica una idea de incompetencia y ausencia de autoridad ante el hijo adolescente, quien se encuentra en muchas ocasiones impotente para terminar personalmente con situaciones y relaciones que él mismo considera nocivas y es incapaz de manejar. En otras ocasiones, cuando los jóvenes incluyen determinadas personas en su círculo de amistades y, entre sus actividades, ciertas rutinas o costumbres que parecen poner en peligro su estabilidad emocional (lo cual se refleja fundamentalmente en los estudios y hábitos de conducta social y de los cuales deja amplia información indirecta a la familia) esto debe ser interpretado como una actitud de reto hacia la autoridad familiar y prueba de cuánta fuerza y dominio se tiene aún sobre él y cuán convincentes pueden ser los padres en la orientación o métodos que empleen para hacerlos regresar a normas de conducta consideradas como normales para la familia.

Este tipo de actitudes pueden significar una solicitud de ayuda por parte de los adolescentes; mucha de la problemática que desarrollan tiene por objeto manifestar problemas que los atormentan emocionalmente y que no necesariamente significan patología, sino una muestra normal de la amplia gama de matices con que la personalidad se cubre durante este proceso de maduración emocional. Si los padres o autoridades actúan con frialdad, indiferencia y aun con complacencia, el adolescente lo vivirá como un acto más de rechazo y falta de interés en su formación, no encontrará oposición

constructiva y sentirá una impotencia para medir fuerzas que le permitan ir conociendo su capacidad de maduración y establecer su identidad.

Fuera de casos en los que la patología puede ser bien identificada, una gran parte de los adolescentes urbanos, primordialmente los que habitan en ciudades, en áreas industriales o centros mercantiles poderosos, recurren a prácticas que de una forma u otra causan temor y desequilibrio en la homeostasis familiar. Entre ellas podemos citar: fumar ocasionalmente marihuana, iniciar una adicción al alcohol, parrandas frecuentes acompañadas de escándalos, amistades femeninas o masculinas en cuyo manejo y vivencia se perciben rasgos íntimos y pasionales, retos de grupos, abandono escolar, fuga de la casa, rebeldía abierta al orden familiar, lenguaje soez y críticas, abandono y mofas de las prácticas religiosas. Todas ellas ponen a los padres en gran zozobra, porque hay clara conciencia del daño que resiente ante sus padres y familiares la poco conveniente nueva figura "exterior" del joven.

Aparte de las razones lógicas que un adulto sensato puede estimar como dañinas para la vida futura, preocupan en demasía y con justificada razón las contingencias legales a las que los adolescentes pueden quedar sometidos en algunas situaciones. Los padres pueden encontrarse alarmados y los profesores conscientes también.

¿Qué hacer? En nuestra opinión su actitud lejos de ser represiva, rechazante y agresiva, deberá ser la de manifestar una firme convicción respecto de los valores que se han dado en el hogar o la escuela a lo largo de esta formación, pero a la vez totalmente receptiva y respetuosa para oír las explicaciones y motivaciones que el joven tiene y lo han llevado a este tipo de situaciones. La actitud familiar deberá ser conciliatoria dando orientación, apoyo y haciendo prevalecer la autoridad con los castigos que a juicio de los padres son necesarios; nunca ofrecer o amenazar con algo que no se cumplirá o entrar en regateos y componendas; la situación demanda autoridad racional y hay que aplicarla con determinación y afecto; reformando una vez más los métodos de relación y comunicación si éstos no son operantes o si lo son, mantenerlos firmes y hacer comprender al adolescente que el inoperante es él. Es indispensable no entrar en discusiones y regateos bizantinos o caer en el juego dialéctico al que tan afecto es el adolescente.

Por otra parte, debe tenerse cuidado en mofarse, reprimir o criticar acciones o aspectos de su vida que él pudo haber aprendido del mundo adulto familiar, por el ejemplo o por complacencia extrema de los padres en etapas previas. Al entablar estos diálogos los adultos deben poseer una clara conciencia respecto de su postura y saber si ellos

son o no parte del problema, tener una ubicación realista, si aún cuentan con autoridad moral para poder actuar y, algo más importante, saber si efectivamente, racionalmente, significan aún un símbolo de autoridad para el joven. Muchos adultos tienen la fantasía de que por el solo hecho de serlo y por su condición de padres o maestros, su autoridad es la misma que cuando el hoy joven tenía 4 años, es decir, son inconscientes de todo el acontecer que ha mediado en la relación con los menores por muchísimos años; en realidad, han vivido muy poco la verdad de su hogar y la maduración de sus hijos. En un enfrentamiento de este tipo, padres que han actuado de este modo pueden resultar perfectos extraños.

Muchas veces, en la búsqueda de emancipación e individualidad, la rebeldía puede ser descabellada. Siempre será necesario mantener las puertas abiertas a la comunicación y nunca amenazar, insinuar o retirar el afecto; éste deberá continuar siendo espontáneo y transmitido de la misma manera. Poderle decir: "te comprendo, te acepto, pero no estoy de acuerdo con lo que haces" sigue siendo la fórmula necesaria para hacer entender a un joven que nuestro afecto como familia está con él, aunque no nuestros puntos de vista y nuestros valores. Es indispensable que en estas etapas, como hemos dicho con anterioridad, el marco de referencia se amplíe, pero debe seguir existiendo, sosteniendo las firmes convicciones de quien o quienes lo han establecido. Marcar límites a un adolescente es una tarea no sólo necesaria sino ineludible para quien pretende o tiene autoridad sobre él. Permisibilidad, libertad no son lo mismo que ausencia de límites y libertinaje; los primeros conceptos son conscientes, objetivos y congruentes con nuestros valores y nuestro deseo de ayudar a crecer y madurar al adolescente. Los segundos, cuando son permitidos y aun compartidos por los adultos, son sinónimos de total inoperancia, como autoridad, o de un desinterés total por su acontecer. Con frecuencia los adultos quisieran constituir una autoridad, pero como padres y profesores son muy rígidos y, como personas, egoístas, preocupados más por su prestigio y postura personal, adictos a la represión e indiferentes ante los problemas del adolescente; esto condiciona su inoperancia y rechazo. Otros más, cansados de lidiar con ellos, desorientados, terminan por abandonarlos; los menos, para controlarlos utilizan, para manipularlos, variadas artimañas, desde dádivas económicas hasta permisividad irrestricta; otros compiten con ellos; muchos más descienden en forma grotesca y falsa a "jugar" a ser adolescentes, tratando así de acortar distancias y diluir o evadir responsabilidades.

Quienes actúan así fracasan rotundamente. Abundan también adultos licenciosos que para continuar con su sistema proclaman que los jóve-

nes deben gozar de autonomía, con libertad absoluta, para ganar seguridad. Avalan toda su conducta irregular y licencia con justificaciones pueriles; con esto intentan separar las distancias cómodamente, para que cada cual termine con individual egoísmo haciendo lo que quiere.

No se medita en el daño tan severo que se le hace ni en los problemas que puede experimentar el joven. Disciplina, orden y respeto a los valores de la familia y a los de la autoridad no implican disminuir la libertad o impedir la maduración del joven; conocemos más casos de jóvenes en graves problemas como resultado de la evasión de responsabilidad de sus padres, que por el abuso de autoridad.

El sentido de autoridad en una familia se establece desde que un niño inicia la etapa neonatal; paulatinamente afecto y autoridad se van mezclando para lograr sus frutos óptimos; comunicación, convivencia y ejemplo son las directrices que marcan el derrotero para la imagen de la autoridad que desea pintarse. Este cuadro se establece desde las actitudes que los padres despliegan y hacen desplegar a sus familias ante situaciones reales, sean éstas normales o críticas. Aquéllos deberán emplear afecto y cordura para exhibir autoridad sin reprimir por esto el símbolo de la libertad.

Tratar de crear autoridad en la etapa de la adolescencia, sin que ello hubiera sido determinado con anterioridad, sólo puede hacerse cuando un adolescente está dispuesto a establecer un vínculo voluntario con un adulto familiar o no, a quien él por sí mismo escoge como símbolo ante el fracaso que experimenta por la crisis de autoridad de su familia o la indiferencia de los padres; jóvenes en esta situación deciden buscar en sus maestros, médicos o padres de amigos, símbolos a los cuales terminan por confiarse demandando su guía, comprensión y aceptación, ante la sorpresa de sus propios progenitores. Recuérdese que los adolescentes sanos, conscientes de su etapa, obedecen porque quieren y en ese querer están condicionando la relación afectiva, el respeto y la razón.

Pensar que el adolescente no persigue autoridad en la familia, escuelas, universidades y aun en la comunidad, es uno de los errores más graves que puede cometerse. Las crisis que observamos hoy día en los campos escolares y universitarios, los problemas sociales que se establecen en ellos, tienen en el fondo una crisis de autoridad y valores en los adultos que pretenden manejarlos. En ocasiones, cuando mucho, hay autoritarismo compensado por anarquía y libertinaje.

No se trata de establecer autoritarismo, pues en el momento en que éste se impone (a veces necesidad última) sólo demostrará nuestras limitaciones y pobreza como adultos para imponer orden y la falta de capacidad para negativizar, de

manera inteligente y razonable, las corrientes de quienes emplazan a nuestros jóvenes a crear un caos en las familias o la comunidad.

La familia durante la adolescencia puede entrar en conflicto cuando encuentra resistencias de los jóvenes a seguir consejos respecto de sus labores y compromisos escolares, abandono de prácticas religiosas, expresión de su sexualidad y participación activa en eventos políticos o el deseo del joven de separarse del hogar. Nuestra opinión es que la familia sana, unida, como siempre deberá propiciar la libertad para que el joven realice sus apetencias en estos parámetros; esta libertad, tal como hemos expresado, debe ser dada con afecto, apoyo y en función de su responsabilidad, interés genuino y dialogada.

La elección que el adolescente haga del bachillerato, el abandono temporal o definitivo de la escuela o escoger una carrera puede ir contra el deseo de la familia, mas esto deberá ser analizado fría y objetivamente sin manipulación de intereses, entendiendo razones y creando responsabilidad de decisión en el joven (esto en ocasiones no es posible por rasgos de personalidad y maduración del adolescente) y libertad para la elección, o bien se decidirá ser tolerantes y aplazar una decisión importante para cuando él esté en condiciones de tomarla. El joven podrá hacer entre tanto otra cosa que favorezca su maduración; nunca se debe presionar al hijo a seguir una carrera que no le interesa o cuando no sabe realmente qué estudiar; después de todo la elección de una profesión a una edad en la que se tienen que resolver tantos problemas existenciales no es fácil.

La familia, el medio, deben pugnar porque el joven obtenga en esta etapa un acendrado sentido de responsabilidad social y comunitaria, sea cual fuere su decisión, y encaminarlo hacia una clara vocación de servicios. Pugnar porque tenga oportunidades de desarrollar su personalidad psicosocial en el área que desee. La familia debe avanzar y encontrar entusiasmo para compartir las ideas que expongan los hijos en el campo de su elección por mucho que ellos no les convenga la profesión escogida.

En mi opinión deberá orientarse básicamente a los jóvenes a abandonar la elección de profesiones humanistas, técnicas y administrativas por el solo afán de lucro; nos guste o no, nuestro siglo verá enterrar muchas ideas clásicas que nos han regido sobre desarrollo económico y social.

Durante esta etapa los padres con hijos en educación media y superior deberán tolerar con frecuencia y sin amargura el hecho de que éstos duden de sus conocimientos y prefieran entablar estrecha relación con sus maestros, a quienes admiran, porque los encuentran más afines con sus ideales y representan un campo nuevo y opuesto en la manera

de enfocar problemas de la que su familia ha tenido; esto coincide con el renacimiento psíquico de los jóvenes y su intensa búsqueda de expresión de personalidad.

El maestro, tanto de secundaria como de bachillerato, suele ser conflictivo, para esta etapa, en función de que muchos de ellos ejercen el magisterio casi como una necesidad para lograr su subsistencia, y son personas muy amargadas o resentidas por su fracaso como profesionales (en Iberoamérica, los profesores de secundaria y bachillerato no son pedagogos de carrera, son médicos, ingenieros, biólogos, químicos, abogados que se emplean como profesores de matemáticas, anatomía, física, química, literatura, biología, historia, etc.), y porque dependen de varios trabajos para obtener un adecuado salario, amén de vivir presionados por el tiempo, las distancias y las conflictivas que acarrea tratar con jóvenes que en muchos aspectos y sin quererlo son un continuo reto, agresivo, inteligente, dinámico, para los profesores. Desde luego, a gran número de maestros les asiste la razón en estas conflictivas cuando jóvenes groseros, rebeldes y faltos de autocritica, apoyados en su natural narcisismo, encuentran en la escuela un campo ideal para manifestar su inconformidad con el sistema familiar.

En la universidad la conflictiva cambia, porque la mayoría de los profesores ejercen la docencia como parte integral de su plan de desarrollo científico, poseen un sentido didáctico y un acendrado amor al oficio que desempeñan y tratan de hacerlo comprender así al alumno; al menos el ideal es ése.

Aquellos jóvenes que por necesidad o por gusto abandonan la escuela y desean trabajar, inician una larga serie de problemas en búsqueda de trabajo y, después en el acomodo de su aún no formada personalidad a la rigidez de principios o la sumisión necesaria hacia sus jefes, quienes no siempre comprenden la crisis de maduración de la adolescencia. La familia una vez más deberá permitir estas experiencias, aportando su entusiasmo al triunfo que obtengan y ayudándolos a comprender y minimizar los problemas laborales que surjan, sobre todo teniendo en consideración lo difícil que es hoy día encontrar trabajo para los adolescentes.

Muy favorable será que los padres aconsejen a los jóvenes que para mejorar su trabajo sigan a la vez ciertos breves cursos que puedan elevar su nivel laboral. Aquellos deben ser realistas y aceptar que la mayoría de los jóvenes egresados de la enseñanza secundaria y aun del bachillerato tienen grandes insuficiencias para acometer hoy día, con éxito, muchas empresas con la tecnología que demandan los empleos públicos, con posibilidades remunerantes adecuadas y una promisoriosa posibilidad de aseverar y desarrollo humano.

Los problemas en torno de la ausencia de prácticas religiosas o devociones que el antes niño te-

nía, representan con frecuencia un gran dolor para la familia, en la que los principios de vivencia religiosa son arraigados. Personalmente declaro ser religioso y practicante, y considero y comprendo los temores que los padres abrigan ante el abandono de toda práctica externa y la rebeldía que la juventud presenta. Sin embargo, habrá que considerar que a nosotros, con una experiencia mucho más clara y bien estructurada de práctica religiosa, nos es difícil seguir y amoldarnos a diversos cambios que se han producido en el campo de la relación clérigos-laicos y del rito después del Concilio Vaticano. Más aún, nos sentimos confundidos ante lo que ha sido la modelación de nuestra conciencia en el pasado y la forma en que hoy se debe educar a la juventud para estar acorde con las nuevas corrientes filosóficas y teológicas que ampara el cristianismo ecuménico; sabemos y presentimos que aún hay muchos cambios por venir, y éstos serán los que desarrollen las conciencias religiosas del siglo XXI.

Quizá lo más importante sea que los adultos continúen sus prácticas religiosas invitando a los jóvenes a participar de ellas, tener en nuestras charlas, motivaciones de trabajo y preocupaciones diarias por el ejercicio del ideario cristiano, y simplemente dejar que ellos decidan con libertad la asistencia a los servicios religiosos, más no como signo de pertenencia al grupo para lograr una justificación social, sino como clara vivencia de la simbología que encierra la comunión de su realidad con Dios; debemos permitirles la búsqueda de un amor, un ideal que los haga partícipes comunitarios en pensamiento y obra, encontrado en la experiencia de vivencia con Dios.

Dar testimonio será siempre más importante que una práctica religiosa tibia y acomodativa siempre justificante de las buenas conciencias sociales.

Hoy abundan los factores socioculturales que impulsan a los adolescentes en forma temprana a expresar libremente la sexualidad; en ocasiones, casi obligan no sólo a su manifestación, sino a su participación, a riesgo de que negarse signifique el rechazo por parte del grupo; a causa de esto y de la maduración biológica sexual cada vez más temprana (particularmente en las capas sociales mejor estimuladas), en zonas urbanas, con frecuencia se crean conflictos a nivel familiar cuando los jóvenes en forma directa o indirecta dejan información sobre la práctica de relaciones sexuales o su participación en situaciones de alto contenido erótico. Los problemas más difíciles se crean con padres que tienen una mentalidad puritana o códigos éticos y religiosos particulares o muy rígidos. Los problemas van desde cómo se visten, arreglan, mueven o insinúan hasta cómo se relacionan con amigos; nos parece que todo hábito de esta índole

debe ser tomado con seriedad y se tratará de conocer, en diálogo franco, puntos de vista y realidades. Los padres deberán ser desde un principio responsables directos de la conducta sexual de los hijos y de sus consecuencias y con franqueza dar su opinión, aceptación o repudio por las prácticas premaritales. Definitivamente, toda aceptación de promiscuidad o de que el hogar sea el sitio de las citas nos parece desaconsejable; esto implica un ataque directo a patrones y valores previamente establecidos en el hogar, sobre todo si éstos han sido mantenidos con dignidad por los padres.

La complacencia del padre por las aventuras del hijo y su participación en ellas nos parece inadecuada. En materia de sexualidad cada generación debe mantener su jerarquía.

También es usual que muchos padres preocupados de su propia sexualidad proyecten sus problemas a los hijos o hijas; en el primer caso les gusta estimular y casi obligan al hijo a aventuras eróticas, simplemente para satisfacer su curiosidad, sin respeto alguno por la intimidad, opinión y personalidad del joven.

En ocasiones personas de conducta licenciosa o equívoca o con gran cantidad de antivalores suelen presentar con atractivo sus teorías y hacen pensar a jóvenes sanos que ellos son anómalos; mucho cuidado con estos individuos: los jóvenes deben ser reforzados y ayudados a salir de esas zonas de influencia.

Finalmente, pese a nuestros puntos de vista humanos, éticos y religiosos, cuando los hijos desean tener una vida sexual activa, aunque lastime nuestros valores, lo único que queda por hacer es respetar su libertad de conciencia y responsabilizarlos de las actitudes que toman.

Los padres evitarán proyectar sus propias necesidades en los hijos; por muy anormal que parezca —que no lo es— muchos progenitores de ambos sexos tienen envidia de la juventud, fresca sensualidad y atractivo de sus hijos; les molesta en cierta forma percatarse que no son ellos ya los más fuertes, hermosos o atractivos, que aquéllos se convierten en competidores sociales y en ocasiones también sexuales.

Los padres con frecuencia tienen sueños eróticos relacionados con sus hijos, o sea interrogan y crean fantasías sobre ellos, sea cual fuere su sexo, piensan y se los imaginan en actividades eróticas. Esto causa gran ansiedad y miedo; más aún si en algunas de esas situaciones imaginarias se ven como compañeros sexuales de sus hijos. Debidamente analizado, esto es una de las formas de señalar el fin de una relación con los hijos como si fueran niños o púberes, y aceptar la iniciación de una etapa de vida adulta y como tal se deberá entablar la relación.

Grave y legítima preocupación causa el que los

hijos o hijas se vean comprometidos durante la adolescencia temprana (12 - 18 años) en actividades coitales que redundan en problemas sociales y jurídicos con riesgos graves, que habrá que afrontar con objetividad, serenidad y responsabilidad, pero haciendo a un lado actitudes que revisten mannerismos y códigos sociales, en los cuales lo único que se ventila es la manida palabra "honor"; habrá que encontrar soluciones humanas y realistas.

El matrimonio forzado entre adolescentes como solución de honor suele ser uno de los fracasos existenciales a corto plazo más sonados de la joven pareja. Habrá que respetar la opinión de los jóvenes y su decisión en tan importante asunto a menos que exista incapacidad mental de algún orden.

Los problemas que la politización en las escuelas superiores y de bachilleres causa en la relación entre jóvenes y su familia son frecuentes; oscilan desde el desajuste en los horarios y ritos de familia, hasta los más serios enfrentamientos y discrepancias, salpicados del lenguaje amargo, hiriente y soez entre padres e hijos. No son pocos los que llegan al rompimiento, lo cual es difícil de analizar, pues en materia de política es fácil confundir posturas idealistas con otras de necesaria permanencia o pueril conveniencia (en ésta pueden estar tanto jóvenes como adultos).

Personalmente creo que es más importante la participación que el ausentismo juvenil en tareas y toma de conciencia de lo que atañe particularmente a la comunidad o a la realidad nacional. La primera recomendación a los padres será que consideren con serenidad la postura del hijo, que evalúen si esto no es un acto de oposicionismo a su persona o autoridad, canalizada en política, lo cual pudo ser en deportes o valores estéticos; después considerar la pasión juvenil, que hábilmente es estimulada y aprovechada por los líderes. Graves problemas de este tipo suelen ocurrir en aquellas familias cuyos conceptos políticos son tradicionalistas y los padres, críticos continuos y severos de todas las opiniones de sus hijos en cualquier terreno. Con este tipo de progenitores, cualquier aseveración u opinión que viertan sobre un acto público, puntos de vista económicos o situaciones que surjan en el campo obrero-patronal será aprovechada por los jóvenes para demostrar la anticuada paz del adulto, sin que por ello signifique que éstos aportan algo nuevo, soluciones o ideas genuinas; habrá situación de retórica y nada más.

En otras ocasiones, el conformismo de los adultos ante lacerantes situaciones sociales o factores que alteran el orden o la oportunidad de que los jóvenes tengan aceptación y sus posturas arcaicas frente a problemas trascendentales suelen irritar apasionadamente a los adolescentes y esto será suficiente para producir la discusión.

El respeto a la opinión de los jóvenes en tanto

ésta sea sensata es no sólo recomendable, sino un punto de madurez en favor del adulto. Conciliar puntos de vista parece imposible, pero puede lograrse si hay una idea que con objetividad muestre una opción o camino viable entre dos puntos de vista.

Ante la presión de adolescentes menores es difícil saber si se debe autorizar o alentar la participación activa en política y organización de mítines; esto deberá ser medido en forma individual, teniendo en cuenta la madurez y capacidad del joven, su prudencia y mesura, el grupo para el cual trabaja y las circunstancias generales que en materia de política privan en ese momento.

Estamos convencidos de que los adolescentes son los más utilizados como piedra de choque y que en ocasiones estos encuentros pueden ser trágicos, ya que los políticos más carentes de escrúpulos son precisamente los que inexplicablemente los motivan. Los ideales, aunque pueden ser muy vistosos, la mayoría de las veces son mezquinos. La ausencia del joven, por otra parte, a los ideales del grupo puede, en ciertos casos, causar el aislamiento, segregación, agresión, sentimientos de culpa o de traición para con el grupo y para consigo mismo.

De cualquier manera nos parece que los padres deben conocer, entender y aceptar las ideas de sus hijos, sobre todo de los más jóvenes, para poder corregirlos o encauzarlos con sinceridad y objetividad; además deben vigilar y tratar de evitar toda forma de activismo que acarree posibles consecuencias penales o atente contra la integridad física del joven. Conversaciones realistas y objetivas pueden quizá tener lugar y sentido, sobre todo con aquellos que no son fanáticos o verdaderamente convencidos de su participación (la gran mayoría).

Las actitudes que se observan en este parámetro están en relación directa con la formación política de la familia, su cultura y sus creencias. Los padres en esta ocasión, como en muchas otras, deberán recordar que los hijos por años los han observado, oído y visto desempeñarse libremente en actitudes diversas en el problema que se toca, así que tienen buena cuenta de la autenticidad de su postura, sea ésta activa, conformista, de silencio obligado o más trágicamente de su aceptación, opinión y participación oportunista, pero carente de valor personal.

La partida de un hijo del hogar puede ser violenta, casi una situación trágica, o bien armoniosa o meditada; de cualquier modo podemos asegurar que el hijo que rompe temporal o permanentemente con el hogar, raramente modificará su opinión y, si bien puede postergarla, al final se irá.

Esta situación será siempre grave y una verdadera prueba para la estructura de personalidad de los padres y de la familia.

La partida puede llevarse a cabo con rompi-

miento afectivo o no; en el primer caso la depresión familiar es aún más severa, las culpas flotan y pocos pueden terminar con los fantasmas si no lo hacen analizando objetivamente la situación y las culpas personales o de todos. Siempre será conveniente que al menos la salida se produzca con armonía y después del análisis objetivo de las causas que la provocan y una aceptación de los hechos dentro de la mayor veracidad.

El que un hijo abandone el hogar puede ser en ocasiones una necesidad para la salud mental de todos o al menos de la del que parte; en otras, en que quizá no sea un imperativo y se encuentre una lógica a todos los argumentos, puede verse como un capricho; mas sea cual fuere la razón, siempre será necesario hacerse a sí mismo como padre, y después al joven, los siguientes interrogantes:

¿Por qué se va? ¿Adónde va? ¿A qué va? ¿Cuáles son los objetivos? ¿Qué persigue? ¿Cuáles son los riesgos y las ventajas? ¿Qué resultados se prevén? ¿Qué otras alternativas u opciones se tienen? y, finalmente: ¿Cuál será la actitud de la familia a su regreso? Aconsejamos, salvo muy contadas excepciones, dejar la puerta abierta porque, después de todo, si hay amor pocas son las barreras que no pueden salvarse.

Todo este cuestionamiento no resuelve el problema, pero sí aclara situaciones, tranquiliza ánimos y conciencias y quizá permita una más clara visión de todo el proceso.

Las actitudes de empecinamiento, drásticas o medidas de autoritarismo no componen nada, empeoran todo y ambas posturas terminan por separarse en forma que se antoja casi irreconciliable.

Para terminar, pienso que ningún médico, psicólogo, psiquiatra, trabajador social o consejero que participa en labores con adolescentes o familias ventilando sus problemas, recomiende actitudes y soluciones que él mismo no sea capaz de adoptar en condiciones similares; antes de opinar hay que meditar con sensatez que en materia de lazos afectivos familiares no se deben abrir llagas que pueden ser mortales u otras que, sin serlo, son crueles e innecesarias. Actuar con técnica, sí, pero con humanismo dignificante, justificante y, sobre todo, considerando que aquello que a nosotros nos parece posible y objetivo como solución puede ser muy doloroso para el grupo o el joven, y quizá por ello impracticable o, si se realiza, a costos que no siempre justifican los réditos.

PEDIATRIA Y ARTE

PIFANO. JOVEN TOCANDO LA FLAUTA.
París, Louvre (Jeu de Paume)
Eduardo Manet (1832-1874)

Posó un jovencísimo ejecutante militar, llevado al taller del pintor por el comandante Lejosne, amigo de Manet y de Baudelaire. Presentada la obra al Salón en 1866, fue rechazada; en tal ocasión el escritor Zola, encargado de redactar algunos artículos para el *Événement*, visitó a Manet, cuya pintura le causaría una profunda impresión, inspirándole un artículo en el que calificaba al presente cuadro de obra maestra. A causa de dicho escrito, que desencadenó numerosas protestas de los lectores, Zola se vio relevado de las tareas periodísticas.





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

DIARREAS AGUDAS INFANTILES DE ORIGEN BACTERIANO

Estudio y seguimiento bacteriológico en coprocultivos

G. E. SPIZZAMIGLIO, N. BINSZTEIN, T. EIGUER, C. GARCIA

Instituto Nacional de Microbiología "Dr. Carlos G. Malbrán", Buenos Aires
División Enterobacterias del Hospital "Lucio Meléndez", Adrogué, Buenos Aires

Se realizó el estudio bacteriológico de 146 coprocultivos, correspondientes a 87 niños que acudieron al Hospital "Lucio Meléndez" de Adrogué; 79 cursaron un proceso de diarrea aguda y 8 fueron controles. Su edad osciló entre 1 y 16 meses. En un grupo de 29 niños de esta población se logró efectuar el seguimiento de la flora entérica en muestras sucesivas, en distintos periodos: en el momento de la internación, durante la permanencia en el hospital y con posterioridad al alta.

En 50 pacientes únicamente fue posible, por razones técnicas, obtener una sola muestra. El procesamiento, efectuado con los métodos habituales, se completó con el estudio bioquímico de la flora aerobia aislada y la determinación de la estructura antigénica de *Salmonella*, *Shigella* y *Escherichia coli* EPI (enteropatógeno infantil). Los resultados mostraron la presencia de enteropatógenos en el 34,05% de los pacientes con diarrea estudiados, co-

rrespondiendo el 18,11% a *E. coli* EPI, el 10,14% a *Salmonella* y el 5,8% a *Shigella*.

Se debe señalar la alta frecuencia de asociaciones simultáneas entre esos gérmenes con otros considerados potencialmente patógenos, como *Pseudomonas*, *Providencia* y en particular *Staphylococcus aureus*, cuya suma elevaría al 46,7% la etiología conocida. No se encontraron los microorganismos antes mencionados en el grupo control.

El seguimiento de la microflora en coprocultivos sucesivos reveló que el 58,6% de los 29 niños analizados presentaron distintos enteropatógenos en las diferentes muestras, lo cual indica la importancia de efectuar estudios seriados para realizar un mejor diagnóstico.

Arch. Argent. Pediat., 76: 319, 1978. DIARREAS AGUDAS, BACTERIOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, INFECCIONES.

INTRODUCCION

Es sabido que en la población infantil de nuestro medio que sufre procesos diarreicos sólo es posible encontrar un agente etiológico bacteriano en alrededor del 35% de los casos. Estos resultados se obtienen, en general, a partir de un solo coprocultivo efectuado en el período agudo o bien luego de un tratamiento determinado que no ha sido efectivo.

Este trabajo tiene por objeto analizar los hallazgos bacteriológicos en niños con diarreas agudas, a partir de muestras recogidas en distintos intervalos durante el proceso infeccioso.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó el estudio de 146 coprocultivos precedentes de 87 niños de consultorio externo e internados en la Sala de Pediatría del Hospital "Lucio Meléndez", de Adrogué, cuya edad osciló entre 1 y 16 meses. La recolección de heces se efectuó por hisopado anal o evacuación espontánea. La remisión del material fue llevada a cabo dentro de

las 3 horas de su obtención o se conservó en heladera hasta el momento de ser trasladado para su análisis.

De los 87 niños, 79 estaban cursando un proceso diarreico y se dividieron en dos grupos: I y II. En el grupo I de 29 pacientes se siguió la evolución tomando muestras en el momento de la internación, a distintos intervalos durante la permanencia en el hospital y con posterioridad a su alta. Por las dificultades que presentó el seguimiento de los afectados en sus domicilios, los intervalos fueron variables; no obstante, el mayor porcentaje de muestras (64%) se consiguió dentro de lapsos comprendidos entre 10 y 20 días.

El grupo II estaba integrado por 50 pacientes con un solo coprocultivo y el III, con 8 niños sanos, fue el control.

En el cuadro I puede verse la distribución de los niños en los grupos, en relación con el número de muestras analizadas.

Las siembras del material, los aislamientos y la clasificación bioquímica y serológica de los gérme-

Cuadro 1. Distribución de los niños en relación con el número de muestras analizadas

Numero de niños	Número de muestras					Total
	1	2	3	4	5	
Grupo I (29)		10*	9	9	1	88
Grupo II (50)	50					50
Grupo III (8)	8					8
Total de coprocultivos						146

* Los valores indican el número de pacientes con 1, 2, 3, 4 o 5 muestras.

nes aislados se realizaron siguiendo las técnicas de Eigner⁶, Edwards y Ewing⁵ y Le Minor¹⁰.

RESULTADOS

Aislamiento

Se realizó el análisis bacteriológico de 138 coprocultivos, correspondientes a 79 niños con diarrea, de los cuales se aislaron los microorganismos mencionados en el cuadro 2. Este esquema indica la frecuencia de microorganismos aislados y han sido considerados como patógenos reconocidos la

Salmonella, *Shigella* y *Escherichia coli* del grupo enteropatógeno infantil (*E. coli* EPI) y de patogenicidad dudosa: *Providencia*, *Pseudomonas* y *Staphylococcus aureus*. Puede verse la mayor proporción de *E. coli* EPI y le siguen, en orden decreciente, *St. aureus*, *Salmonella*, *Providencia*, *Pseudomonas* y por último *Shigella*. Los serotipos de *E. coli* más frecuentes fueron el 111: B₄ (16-25) y el 55: B₅ (6-25).

Del género *Salmonella*, las dos únicas especies halladas fueron *Salmonella typhimurium*

Cuadro 2. Incidencia de gérmenes patógenos y potencialmente patógenos

Cepas aisladas	<i>Salmonella</i>	<i>Shigella</i>	<i>E. coli EPI</i>	<i>St. aureus</i>	<i>Providencia</i>	<i>Ps. aeruginosa</i>	Total
Número	14	8	25	21	13	12	93
%/138 coprocultivo	10,14	5,80	18,11	15,21	9,42	8,70	67,38

Cuadro 3. Asociaciones de microorganismos

Asociaciones	Nº de casos	
<i>E. coli</i> 111:B ₄ con:	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	2
	<i>Staphylococcus aureus</i>	1
	<i>Salmonella oranienburg</i>	2
	<i>Shigella flexneri</i>	1
	<i>Shigella boydii</i>	1
	<i>E. coli</i> 55:B ₅ <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1
	<i>Staphylococcus aureus</i> - <i>Shigella sonnei</i>	1
<i>Staphylococcus aureus</i> - <i>Prov. alcalifaciens</i>	4	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> - <i>Prov. alcalif.</i>	1	
<i>Salmonella oranienburg</i> - <i>Prov. alcalif.</i>	1	
<i>St. aureus</i> - <i>Ps. aerug.</i> - <i>Prov. alcalifaciens</i>	1	
Total	16	

(S.T.M.) y *Salmonella oranienburg* (S.O.), siendo ésta la más preponderante (11-14).

Con respecto a *Shigella* hubo uniformidad en el aislamiento de los distintos serotipos.

Asociaciones de microorganismos

En 16 niños (20%) se observó la presencia simultánea, en la misma muestra, de más de una especie bacteriana de patogenicidad reconocida y/o dudosa. El cuadro 3 indica las asociaciones encontradas. Debe hacerse notar que en 7-16 casos se encontró *E. coli* EPI, principalmente el serotipo 111: B₄, asociado a otros gérmenes.

En el cuadro 4 se presenta la distribución de gérmenes enteropatógenos reconocidos y potenciales de los 79 niños con diarrea. Se ve que, considerando únicamente a los niños en el primer coprocultivo de los grupos I y II analizados, en el 34,1% de los niños puede vincularse la diarrea a un agente etiológico reconocido como patógeno y en el 12,6% a un patógeno potencial.

Cuadro 4. Distribución de gérmenes enteropatógenos reconocidos y potenciales en los grupos I y II

Flora microbiana	Número de niños		
	Grupo I	Grupo II	Grupo III
Patógena reconocida	14 (17,7)*	13 (16,4)	27 (34,1)
Patógena potencial	4 (5,0)	6 (7,6)	10 (12,6)
No patógena	11 (13,9)	31 (39,2)	42 (53,1)
Total	29	50	79

* Los números entre paréntesis indican porcentajes.

Evolución y seguimiento en niños con diarrea

GRUPO I

Se ha considerado de interés seguir la evolución de la flora microbiana no sólo durante la internación, sino también con posterioridad a ésta. En los cuadros 5 y 6 se registra la flora hallada en todos los casos. El cuadro 5 muestra los pacientes en quienes se aisló un mismo enteropatógeno, reconocido o potencial, en por lo menos dos muestras y el cuadro 6, los casos en que los gérmenes fueron diferentes. Debe señalarse que en 3 pacien-

tes no se obtuvo ningún enteropatógeno en ninguna de las muestras analizadas. Esta división es arbitraria, ya que, como se ve en el cuadro 5, si bien hay repetición de alguno de los gérmenes aislados, éstos van acompañados por otros diferentes, que aparecen en la misma o en distinta muestra.

A fin de establecer una posible relación entre los aislamientos obtenidos en la primera muestra, correspondientes en general al período agudo de la diarrea, y los hallazgos en muestras sucesivas se consideró conveniente tabular los datos según se presentan en el cuadro 7. De estos resultados se

Cuadro 5. Niños con un mismo germen enteropatógeno reconocido o potencial en muestras seriadas

Casos	C o p r o c u l t i v o s			
	Muestras N°			
	1	2	3	4
1	<i>S. O.</i> <i>E. c. 111:B₄</i>	<i>Pr. alcal.</i> <i>Ps. aerug.</i>	<i>Pr. alcal.</i> <i>Ps. aerug.</i>	<i>Ps. aerug.</i>
2	<i>Sh. sonnei</i>	<i>Sh. sonnei</i> <i>St. aureus</i>	<i>Ps. aerug.</i> <i>E. c. 55:B₅</i>	No
3	<i>E. c. 111:B₄</i> <i>Sh. flex.</i>	<i>S. O.</i>	<i>S. O.</i>	No
4	<i>E. c. 55:B₄</i>	<i>E. c. 55:B₅</i>	No	No
5	<i>Pr. alcal.</i>	<i>Pr. alcalif.</i>	No	No
6	<i>E. c. 111:B₄</i> <i>Sh. b. 15</i>	<i>Sh. b. 15</i>	—	—
7	—	<i>S. O.</i> <i>E. c. 111:B₄</i>	<i>S. O.</i> <i>E. c. 111:B₄</i>	No
8	<i>Ps. aerug.</i>	—	<i>St. aureus</i>	<i>Pr. alcal.</i> <i>St. aureus</i>
9	<i>St. aureus</i>	—	<i>Ps. aerug.</i>	<i>Pr. alcal.</i> <i>St. aureus</i>

— No se aislaron patógenos reconocidos o potenciales.

No No se pudo obtener la muestra.

Cuadro 6. Niños con gérmenes enteropatógenos reconocidos o potenciales diferentes en muestras sucesivas

Casos	C o p r o c u l t i v o s			
	Muestras N°			
	1	2	3	4
10	—	<i>S. I. M.</i>	<i>No.</i>	<i>No</i>
11	<i>Sh. flex. 2</i>	<i>St. aureus</i>	—	<i>No</i>
12	<i>S. I. M.</i>	<i>S. O.</i> <i>Pr. alcal.</i>	—	—
13	—	—	<i>St. aureus</i>	<i>No</i>
14	—	—	<i>E. c. 55:B₅</i>	<i>No</i>
15	—	<i>St. aureus</i>	<i>No</i>	<i>No</i>
16	<i>E.c. 128:B₁₂</i>	<i>St. aureus</i> <i>Ps. aerug.</i> <i>Pr. alcal.</i>	<i>No</i>	<i>No</i>
17	<i>E.c. 111:B₄</i>	—	<i>St. aureus</i>	<i>No</i>
18	<i>Ps. aerug.</i> <i>E. c. 111:B₄</i>	<i>S. O.</i>	<i>No</i>	<i>No</i>
19	<i>St. aureus</i>	—	—	—
20	<i>Sh. flex. 6</i>	<i>S. O.</i> <i>E. c. 111:B₄</i>	<i>No</i>	<i>No</i>
21	<i>Sh. sonn.</i>	—	<i>Ps. aerug.</i>	—
22	—	<i>St. aureus</i>	<i>S. O.</i>	<i>Pr. alcal.</i>
23	<i>E. c. 119:B₄</i>	<i>St. aureus</i>	<i>Pr. alcal.</i>	<i>No</i>
24	<i>E. c. 55:B₅</i>	<i>St. aureus</i> <i>Pr. alcal.</i>	<i>No</i>	<i>No</i>
25	—	<i>St. aureus</i>	<i>No</i>	<i>No</i>
26	—	<i>St. aureus</i>	—	<i>Ps. aerug.</i>

Cuadro 7. Distribución de gérmenes enteropatógenos y potencialmente patógenos en la primera muestra y en muestras sucesivas

En muestras sucesivas	Patógenos reconocidos	Patógenos potenciales	Sin patógenos	Total
En 1ra. muestra				
1 o más patógenos reconocidos	7*	7	0	14
1 o más patógenos potenciales	0	3	1	4
Ningún patógeno	4	4	3	11
Total	11	14	4	29

* Las cifras indican el número de casos.

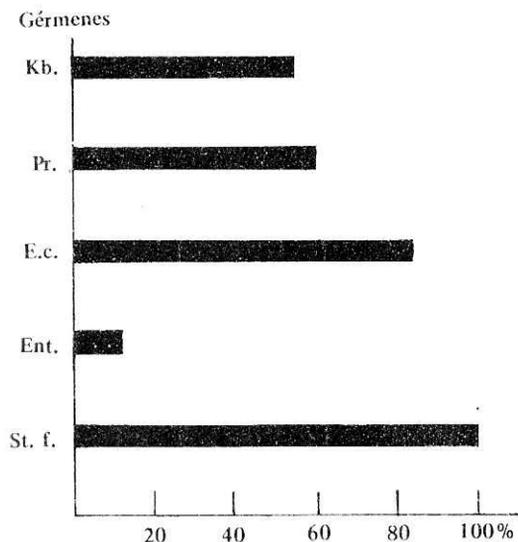


Fig. 1 - Frecuencia de gérmenes entéricos en los niños controles.

Kb.: *Klebsiella* Ent.: *Enterobacter*.
 Pr.: *Proteus* St. f.: *Streptococcus faecalis*.
 E.c.: *Escherichia coli*.

deduce que en 18-29 casos se pudo establecer una relación etiológica entre el proceso y la flora bacteriana, ya que en esos niños se detectó en la primera muestra la presencia de patógenos reconocidos o potenciales. Por otra parte, se ve que en 12-13 niños (casi un 100%), en quienes se aisló un patógeno reconocido en dicha muestra, aparecen en lo sucesivo otras bacterias diferentes (reconocidas o potencialmente patógenas).

Con respecto a los casos negativos de la primera muestra interesa destacar que en 8-11 niños se aislaron posibles agentes etiológicos a partir de los coprocultivos posteriores.

Aislamiento de otros gérmenes entéricos

GRUPO III (control)

Este grupo se integró con 8 niños internados en el hospital por problemas distintos de los gastrointestinales. Las edades oscilaron entre los 2 y 14 meses, con una mayoría comprendida en el rango entre 3 y 6 meses. Esta distribución es coincidente con la de los 79 niños con diarrea aguda. El estudio bacteriológico de las heces no reveló la presencia de gérmenes patógenos reconocidos. Sólo en 2 pacientes se aisló *St. aureus*.

En la figura 1 se representa la frecuencia de otros gérmenes entéricos, incluyendo el *Streptococcus faecalis* que se halló en todas las muestras del grupo control.

GRUPOS I Y II

En el grupo de niños con diarrea (fig. 2) se nota una disminución de la frecuencia de *Klebsiella* y

Streptococcus faecalis, comparado con el grupo control.

DISCUSION

Es conocida la interacción, entre los gérmenes considerados normales y los patógenos, que implican una protección natural contra las infecciones entéricas. En este trabajo, teniendo en cuenta la flora autóctona del colon, interesa señalar la variación encontrada entre el grupo control y los casos con procesos diarreicos agudos. En general, se nota una disminución de la frecuencia de *Klebsiella* y *St. faecalis* (figs. 1 y 2) en los niños diarreicos. Esto coincide con la observación de otros autores, como Gorbach,⁷ que demuestran que el aumento de los patógenos reconocidos se produce en detrimento de la flora normal. La causa probable se debe a que el tránsito acelerado impide una concentración óptima de nutrientes que conduce a este desequilibrio ecológico. Si bien esos gérmenes son habitantes normales del colon, se los ha asociado frecuentemente a brotes de diarrea, en particular en servicios hospitalarios³.

Nuestros resultados han permitido detectar la presencia de enterobacterias reconocidas como patógenas -*Salmonella*, *Shigella* y *E. coli* EPI- en el 34,1% de los 79 niños con procesos diarreicos, pero no en el grupo control. Sin embargo, en 2 pacientes de dicho grupo se pudo detectar la existencia del *Staphylococcus aureus*. Esto bien podría deberse a una contaminación intrahospitalaria, ya que se trató de niños internados por otros problemas que los gastrointestinales.

El estudio de los enteropatógenos reconocidos,

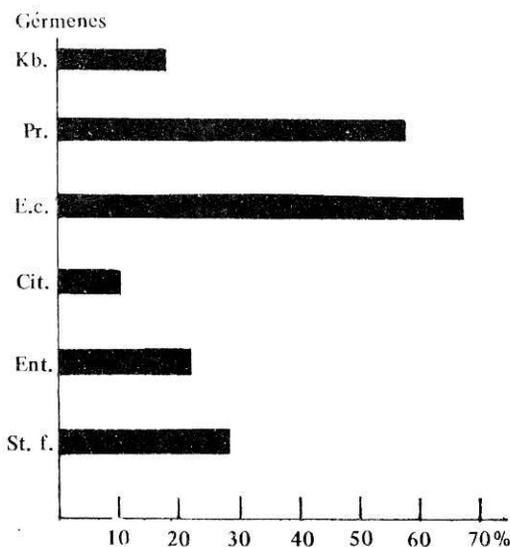


Fig. 2 - Frecuencia de otras bacterias entéricas.

Kb.: *Klebsiella* Cit.: *Citrobacter*.
 Pr.: *Proteus* Ent.: *Enterobacter*.
 E.c.: *Escherichia coli* St. f.: *Streptococcus faecalis*

a partir de los 138 coprocultivos (cuadro 2), ha mostrado una alta frecuencia de *E. coli* EPI, particularmente los serotipos 111:B₄ y 55:B₅. Estos resultados contrastan con la tendencia general de los aislamientos de los últimos años, en que *Salmonella* fue y continúa siendo el género predominante.

Además de los gérmenes enteropatógenos reconocidos existe otra gama de microorganismos, cuya patogenicidad se discute y es por ello que los presentamos como "potencialmente patógenos". En este grupo incluimos algunas especies de los géneros *Providencia*, *Pseudomonas* y *Staphylococcus aureus*, que en algunas circunstancias pueden llegar a ser un posible agente causal de procesos diarreicos.

Con respecto a estos gérmenes debe señalarse que su patogenicidad aún está en discusión y se conoce poco acerca de su mecanismo de acción. Por lo general se acepta que la producción de coagulasa por el *St. aureus* es un indicador de su patogenicidad potencial⁴, ya que durante muchos años se encontró que las cepas aisladas en condiciones patológicas son productoras de coagulasa. La estafilocagulasa es una proteína lábil al calor y capaz de transformar el fibrinógeno soluble en fibrina insoluble, sólo en presencia de un factor accesorio del plasma: "cogulase reacting factor". Este germen ha sido aislado en el 15,21% de los 138 coprocultivos efectuados. Grenier y colaboradores⁸ encontraron cifras del 22% en lactantes hospitalizados, menores de 1 año, pero no pudieron demostrar una relación etiológica. Tampoco se la ha podido comprobar en este trabajo.

Iguales consideraciones pueden hacerse para la *Pseudomonas*. Si bien no es un comensal habitual del tracto intestinal en los niños, numerosas publicaciones señalan los disturbios gastrointestinales que pueden ocasionar^{1, 11} muchas veces de severa magnitud. La *Pseudomonas aeruginosa* ha sido el agente causal de brotes en salas de cirugía y servicios hospitalarios. Estas infecciones son cada vez más frecuentes por la relativa ineficacia de la quimioterapia sobre dicho germen. Crecen y sobreviven en ambientes húmedos, son insensibles a muchos desinfectantes y antibióticos, presentan baja toxicidad en personas sanas, pero son más patógenas e invasoras que otras bacterias, en pacientes o tejidos con baja resistencia humoral. El incremento de las infecciones en las Salas de Pediatría ha sido atribuido al uso indiscriminado de antibióticos que suprimen a los organismos comensales sensibles y favorecen la selección de cepas muy resistentes y oportunistas, como la *Pseudomonas aeruginosa*⁹.

En relación con el género *Providencia*, actualmente se conoce poco respecto de su papel patóge-

no en las enfermedades diarreicas. A causa de que ha sido aislado a partir de brotes epidémicos, en casos esporádicos,^{1,3} y por el aumento de su incidencia en los 2 últimos años en nuestro medio, lo incluimos entre los patógenos potenciales.

Si se consideran estos tres microorganismos, es decir, *Providencia*, *Pseudomonas* y *St. aureus*, la cifra de sus aislamientos llega al 12,6% de los niños estudiados en esta población (cuadro 4). Empero, al englobarlos con los datos de enteropatógenos reconocidos observamos que se obtiene el 46,7%, o sea, que prácticamente en la mitad de los casos analizados la diarrea puede asociarse a un agente etiológico.

Un problema que se plantea en relación con el agente causal es a cuál de ellos se debe atribuir la responsabilidad cuando aparecen asociaciones de dos o más agentes bacterianos. Este hecho se presenta con bastante frecuencia en nuestro medio⁴, alcanzando valores del 20% (cuadro 3), mientras que en otros países como en Guatemala no supera el 12%^{1,2}.

En 18 (58,6%) de los 29 niños en quienes se pudo efectuar el seguimiento de la microflora por coprocultivos seriados se aislaron distintos enteropatógenos en diferentes muestras. Esta "gran fluctuación" remarca aún más la casi imposibilidad de asignar a un agente particular el rol protagónico de estos procesos en nuestra población infantil. En la literatura mundial no existen observaciones similares.

La gran variedad de enteropatógenos encontrados podría indicar que se está en presencia de una infección hospitalaria por la prolongada internación, que favorecería el agregado al proceso inicial de contaminantes infecciosos. Además, ya que esta población pertenece a un estrato socioeconómico bajo del Gran Buenos Aires, es posible que sea mayor su susceptibilidad a la poliinfección, la cual está aumentada por condiciones ambientales e higiénicas deficientes. Entre ellas, aunque no se han podido precisar las referencias en este estudio, merecen señalarse las observadas en una publicación anterior² que demostró que, en un 62,1%, los pacientes provenían de viviendas con instalaciones sanitarias deficientes; la casi totalidad poseía pozo ciego. Este hecho facilita la dispersión de las bacterias entéricas, dada la intermitencia con que son excretados los gérmenes por los portadores sanos y/o enfermos.

Estos resultados, por otra parte, remarcen la importancia que tiene el estudio seriado en las diarreas agudas, más aún por el hecho descrito de los 8 casos, cuyo primer coprocultivo fue negativo y positivo en las muestras sucesivas.

AGRADECIMIENTOS

-A la doctora M. D'Empaire y colaboradores por habernos facilitado los sueros para las determinaciones serológicas. - Al doctor Juan Molina y colaboradores - del Servicio de Pediatría del Hospital "Lucio Meléndez" -

-por habernos brindado los elementos para concretar - este trabajo. - A Elida Canale, Néida Rastellini, René - Galanti y Elvira Buono por su activa y eficaz - colaboración.

SUMMARY

This bacteriological study was carried out with 146 stool cultures belonging to 87 children which attended the "Lucio Meléndez" Hospital, in Adrogué; 79 of them passed a process of acute diarrhea and 8 were controls. The ages were from 1 to 16 months. From a group of 29 children of this population it was possible to follow the enteric microflora in successive samples obtained at different times, that is before the admission, while interned in hospital and after the discharge. In 50 patients, due to technical reasons, it was only possible to get one sample.

This processing, made with the usual techniques, was completed with the biochemical study of the aerobic microflora isolated and with the determination of the antigenic structure of *Salmonella*, *Shigella* and *E. coli* EPI.

The results showed the presence of enteropathogenes in 34.05% of the patients with diarrhea, corresponding the 18.11% to *E. coli* EPI, the 10.14% to *Salmonella* and the 5.8% to *Shigella*.

We have to point out the high frequency of simultaneous associations between these germs with others which are considered potential pathogenes as *Pseudomonas*, *Providencia* and specially *Staphylococcus aureus* all of which would increase the known etiology to a 46.7%. Those microorganisms were not found in the control group.

The following of the microflora in successive stool cultures revealed that the 58.6% of the 29 children studied showed different enteropathogenes in their successive samples. That shows the importance of making serial studies in order to get a better diagnosis.

REFERENCIAS

1. Basset, D.C.; Thompson, S.A. y Page, B.: Neonatal infections with *Pseudomonas aeruginosa* associated with contaminated resuscitation equipment. *Lancet*, **1**, 781-784, 1965.
2. Binsztein, N.; Eguier, T. y d'Empaire, M.: Evolución de la salmonelosis en Buenos Aires. Comunicación personal.
3. Burke, J.P.; Ingall, D. y Klein, J.O. y cols.: *Proteus mirabilis* infections in a hospital nursery traced to a human carrier. *New Eng. J. Med.*, 115-121, 1971.
4. d'Empaire, M. y Eguier, T.: Pathogenus enterobacteria in stool cultures. II. Associations most frequent. *Act. Gastroenterol. Lat. Amer.*, **4**, 181-185, 1972.
5. Edwards, P. R. y Ewing, W. H.: Identification of Enterobacteriaceae. Burgess Publishing Company, 3ª edición, 1972.
6. Eguier, T. y d'Empaire, M.: Investigación de Enterobacterias. *Bioq. Pan.*, **1**, 9-56, 1971.
7. Gorbach, S.L.: Intestinal microflora. *Gastroenterology*, **60**, 1110-1130, 1971.
8. Grenier, B.; Rolland, J.C.; Bardie, F.; Andurier, A.; Salmon, D. y Jamet, D.: Etude de l'équilibre bactériologique des selles des nourrissons. Role du *Staphylococcus aureus* dans l'étiologie des gastroenteritis infantiles. *Arch. Fran. Péd.*, **29**, 1083-1096, 1972.
9. Jellard, C.H. y Churcher, G.M.: An outbreak of *Pseudomonas aeruginosa* (pyocyanea) infection in a premature baby unit, with observations on the intestinal carriage of *Pseudomonas aeruginosa* in the newborn. *J. Hyg. Camb.*, **65**, 219, 1967.
10. Le Minor, L.: Le diagnostic de laboratoire des Entérobactéries. Editions de la Tourelle, Saint-Mandé, Francia, 1969.
11. Neter, E. y Weintraub, D. H.: An epidemiological study on *Pseudomonas aeruginosa* (*Bacillus pyocyanus*) in premature infants in the presence and absence of infection. *J. Pediat.*, **46**, 280, 1955.
12. O. M. S.: Estudios y estrategias necesarias para reducir la morbilidad y mortalidad por infecciones entéricas. *Bol. Oficina Sanitaria Panamericana*, **73**, 280-293, 1975.
13. Singer, J. y Bar-Chay, J.: Biochemical investigation of Providence strains and their relationship to the Proteus group. *J. Hyg.*, **52**, 1-8, 1954.
14. Tager, M. y Drummond, M. C.: Staphylocoagulase. *Ann. New York Acad. Sci.*, **128**, 92-107, 1965.



TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PEDIATRIA

Quimioterapia con nitrosoureas

GRACIELA H. DE MACCHI, GUADALUPE REY DE SANTOS, MARTIN GIRADO, GUILLERMO AJLER, NORBERTO LOPEZ RAMOS, ALBERTO EDERY
Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde"*

Con la finalidad de mejorar el porcentaje de sobrevividas de enfermos ya tratados con cirugía y/o radioterapia, se propuso un plan de quimioterapia combinado, basado en el uso de la nitrosourea, en un grupo de 20 pacientes entre 9 meses y 15 años de edad que presentaban tumores malignos del sistema nervioso central (SNC) comprobados histológica-

mente. Al ingresar en el protocolo de estudio, casi la mitad de ellos manifestaban síntomas clínicos de recidiva. De acuerdo con el análisis estadístico, a los 21 meses de tratamiento se comprobó un porcentual de sobrevivida del 40%.

Arch. Argent. Pediat., 76: 326, 1978. ONCOLOGIA PEDIATRICA, TUMORES DEL SNC.

INTRODUCCION

En el grupo etario de 0 a 15 años, los tumores malignos del SNC tienen la mayor incidencia relativa, sólo superada por las leucemias agudas, dentro del espectro de las enfermedades oncológicas de la niñez.

Estos tumores presentan un comportamiento biológico que les es propio y los distingue absolutamente de los del adulto.

1) Más del 50% son infratentoriales.

2) Se localizan a lo largo del neuroaxis, en la línea media, y casi todos ellos están conectados con el sistema ventricular, produciendo en consecuencia un síndrome de hipertensión endocraneana, como consecuencia de la obstrucción al libre paso del líquido cefalorraquídeo.

3) La casi totalidad no tiene una gran fracción de crecimiento, salvo el neuroblastoma, el cual a su vez posee la temible condición de hacer implantes a distancia, utilizando como vía el líquido cefalorraquídeo.

Todas estas razones tornan a la terapéutica de

tales tumores un problema de difícil solución. Es casi imposible la exéresis completa de todos estos tumores o de la gran mayoría de ellos, sin causar daños muy serios y permanentes del tejido nervioso noble que los rodea.

Sin embargo, el mejoramiento de las técnicas quirúrgicas, el mejor apoyo clínico posoperatorio, la sofisticación de las técnicas de terapia radiante, unidos a una quimioterapia inteligente y casi selectiva, ha hecho, en conjunto, mejorar el pronóstico de los tumores del SNC en enfermos pediátricos.

Con vistas a elevar el porcentaje de sobrevividas de pacientes ya tratados con cirugía y/o radioterapia, se propuso un plan de quimioterapia basado en la utilización de una nitrosourea — la 1-(cloroetil)-3-(4-metilciclohexil)-1-nitrosourea (metil CCNU)— en plan combinado.

MATERIAL Y METODOS

Desde mayo de 1976 hasta diciembre de 1977, 20 pacientes, cuyas edades oscilaron entre 9 meses y 15 años, con tumores malignos del SNC, comprobados histológicamente, fueron incorporados a un plan de quimioterapia. Todos habían recibido tratamientos previos de cirugía y/o radioterapia y, en el momento de ingresar en el protocolo en estudio, casi la mitad de ellos presentaban ya síntomas clínicos de recidiva. Los demás fueron admitidos con un intervalo de 3 semanas desde finalizada la terapia radiante.

*. Comunicación previa auspiciada por el Comité de Docencia e Investigación. Los pacientes provienen de los Servicios de Neurocirugía de los Hospitales "Pedro Fiorito" de Avellaneda, "Alejandro Posadas" de Haedo y "Pedro de Elizalde" de Capital Federal.

PLAN TERAPEUTICO (fig. 1)

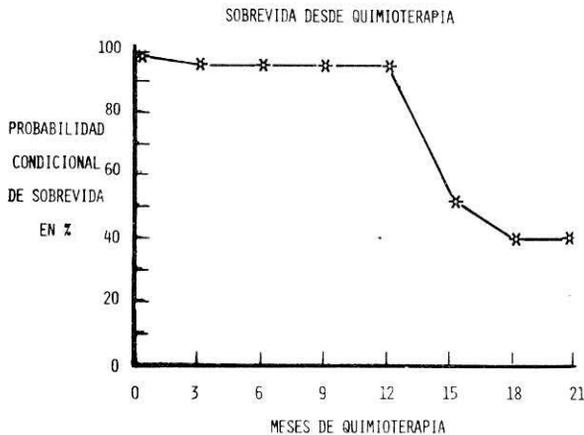


Fig. 1. Programa para el tratamiento de tumores del SNC en niños.

RESULTADOS

Tipos histológicos y localizaciones

Clasificación morfológica-histogénica de los blastomas del SNC de Del Río Ortega-Polak (Registro Latinoamericano de Tumores del SNC):

- Neuroblastoma de cerebelo
- Glioma de tronco cerebral
- Glioepitelioma del piso del IV ventrículo
- Microglioma de la zona frontal
- Glioblastoma isomorfo {
 - frontotemporal
 - de cerebro (comprime al tálamo)
 - piso del III ventrículo
- Astrocitoma grado I del tronco
- Oligodendroglioma del nervio óptico
- Glioblastoma isoheteromorfo parietotemporal
- Adenocarcinoma de plexos coroideos.

En el momento de hacerse la primera evaluación de estos pacientes en diciembre de 1977, se obtuvo la curva de supervivencia que reproducimos en la figura 2.

Posteriormente se efectuó una segunda evaluación, en octubre de 1978, y éstos fueron los resultados:

Veintiocho pacientes fueron incluidos en el programa y, de éstos, 23 habían sido evaluables en forma completa; todos habían recibido entre 1 y

12 ciclos mensuales de tratamiento. Cinco se hallaban bajo tratamiento y 13 habían fallecido.

De estos últimos 3 tuvieron respuestas objetivas parciales mayores del 50%, evaluadas por exámenes clínicos, de 12 meses de duración desde la iniciación de la quimioterapia y después fallecieron por progresión de la enfermedad. Ocho presentaron respuestas objetivas parciales menores del 50% y de corta duración (entre 2-4 meses), 2 murieron por intercorrientes infecciosas (sepsis por *Pseudomonas*), 5 están vivos y fueron dados de alta después de 1 año de tratamiento con quimioterapia, habiendo sido evaluados luego todos clínicamente y con tomografía computada. Los diagnósticos histológicos de estos 5 pacientes son neuroblastoma de cerebelo (2), glioblastoma isomorfo del piso del III ventrículo (1), astrocitoma grado I, de tronco cerebral (1), y oligodendroglioma del nervio óptico (1).

Todos sufren secuelas neurológicas de su enfermedad aceptables y compatibles con una vida casi normal y su supervivencia oscila, hasta el momento de la segunda evaluación, entre 1 año 6 meses y 1 mes, medidas desde la finalización del tratamiento quimioterapéutico.

Dados estos resultados, el equipo formado por neurocirujanos, radioterapeutas y quimioterapeutas propuso evaluar si pacientes sometidos a quimioterapia previa a cirugía y radioterapia podrían mejorar y prolongar esta supervivencia. Tres pacientes han recibido ya este tratamiento.

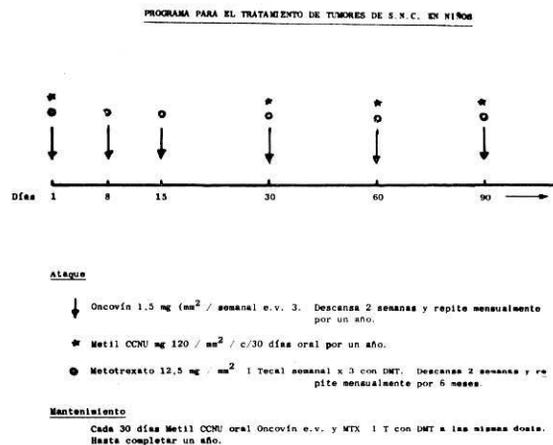


Fig. 2. Curva de supervivencia a los 24 meses.

AGRADECIMIENTO

Los autores agradecen al doctor Roberto Yabo, Master en Bioestadística, el informe estadístico efectuado.

SUMMARY

To increase the survival rate of patients presenting C.N.S. tumors previously treated with surgery and/or radiotherapy, a chemotherapeutic program was proposed, based on the use of a nitrosourea, the 1-(chloroethyl)-3-(4 methyl-cyclohexyl)-1-nitrosourea (methyl CCNU) in a combined plan. Twenty patients were included, whose ages ranged between 0 and 15 years, without distinction of histological type of the tumor. The patients presented or not recidival symptoms at their inclusion in the study.

No evaluation was made regarding histological types of tumors. According to the statistical analysis, there was a global survival rate of 40% at 21 months of treatment.

The only toxicity observed was a controllable myelodepression. The reaction to the intrathecal medication was easily controlled with corticotherapy.

The study showed that the combination was useful to prolong the survival of some patients. This treatment could be used as follows:

1. In patients with susceptible histological types of tumors.
2. As prophylactic treatment before recidivation, after surgery and/or radiotherapy.
3. To demonstrate if chemotherapy prescribed before surgery and/or radiotherapy improves the survival of the patients (MVM/II).

REFERENCIAS

- Mellhaus, G.: Brain tumors, clinical management of cancer in children, 1975.
- Shut, L. y Rosenstock, J. G.: Tratamiento de las neoplasias endocraneanas en niños. Seminario de Oncología, 2, 21, 1975.
- Craig, W.; Keith, H. M. y Kernohan, J. W.: Tumors of the brain occurring in childhood. Acta Psychiatr. Neurol., 24, 275, 390, 1949.
- Cushing, H.: The intracranial tumors of preadolescence. A. M. J. Dis. Child., 33, 551-584, 1927.
- Bailey, P.; Buchanan, D. N. y Bucy, P.: Intracranial tumors of infancy and childhood.

PROFESOR Dr. YAGO FRANCHINI

(27-9-1895 - 24-12-1977)

A 1 año de su fallecimiento

El 24 de diciembre se cumple 1 año del fallecimiento del Profesor Dr. Yago Juan Franchini, quien fuera Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Pediatría desde 1952 hasta su muerte y sin discusión el pionero de la otorrinolaringología infantil en la República Argentina.

En esos 25 años de actividad societaria fue un constante animador de las sesiones científicas, contribuyendo con sus observaciones atinadas al éxito de las mismas; igualmente a los que tuvieron la felicidad de ser sus discípulos les parecerá, por mucho tiempo, seguir oyendo su palabra señora, siempre suave, siempre amable, sin estridencias inútiles y que no supo nunca de enojos, odios ni rencores.

Fue el especializado que poseía un gran dominio de la clínica infantil, por lo cual se lo consideraba como un pediatra dedicado a la otorrinolaringología, tanto en nuestro país como en el extranjero, donde se lo conocía por la trascendencia de sus trabajos de investigación clínica, radiológica y quirúrgica.

Sus trabajos tienen la virtud de seguir estando

de actualidad y costará años y dedicación poderlos superar, manteniendo tanto su vigencia, que son la lectura obligada, que se aconseja, para los médicos jóvenes que quieren abrazar el estudio de la Otorrinolaringología Pediátrica.

Más de 150 trabajos, infinidad de conferencias para graduados y clases para alumnos, jalonaron el camino de su vida profesional, sintetizada en los estudios de la otitis, antro mastoideo, alergia y otorrinolaringología, diabetes y otorrinolaringología, adenoiditis, rinosinusitis, patología de amígdalas, etc.

Perteneció al Hospital de Niños "Pedro de Elizalde" desde 1920 y al jubilarse en 1959 se lo designó Consultor Honorario, para seguir deleitando a sus discípulos con sus enseñanzas hasta el día de su muerte.

La Sociedad Argentina de Pediatría y sus discípulos, al maestro Franchini en el 1^{er} aniversario de su fallecimiento, le rinden un justiciero homenaje y expresan su cariñoso recuerdo.

José Ribó

ESTUDIO BACTERIOLOGICO DE LAS NEUMONIAS DEL LACTANTE Y EVALUACION DE UN ESQUEMA TERAPEUTICO

EDUARDO RAUL LENTINI*, ALBERTO KEMEÑY, MARIA TOTERA DE CIBEIRA

Sala 14 del Hospital "Emilio Civit", Mendoza
Cátedras de Medicina Infantil y de Microbiología, Universidad Nacional de Cuyo

Se presenta un estudio sobre neumonías en niños entre 1 mes y 2 años de edad. Se estudiaron 62 niños durante 1 año mediante punción pulmonar, hemocultivo y aspiración laríngea.

Se evaluó simultáneamente un esquema de tratamiento (niños menores de 8 meses: ampicilina 100 mg/kg/día cada 6 horas durante 7 días, y niños mayores de 8 meses: penicilina 100.000 U/kg/día cada 8 horas durante los 2 primeros días, y luego 100.000 U/kg/día cada 12 horas hasta completar 7 días).

En el trabajo se consideran algunas razones que explican los escasos hallazgos bacterianos (una punción pulmonar y tres aspiraciones laríngeas positivas).

Los resultados del esquema de tratamiento fueron ampliamente alentadores: un 88% de buenos resultados en los casos en que se usó penicilina y un 83% de resultados satisfactorios en aquellos en que se utilizó ampicilina.

Arch. Argent. Pediat., 76: NEUMONIAS, NEUMONOLOGIA PEDIATRICA.

INTRODUCCION

Es muy abundante la literatura mundial que trata la etiología bacteriana virósica de las afecciones respiratorias agudas de la infancia. Creemos, sin embargo, que aún persisten muchas dudas al respecto, especialmente si tenemos en cuenta la variabilidad de los métodos utilizados para su detección, la multiplicidad de los agentes involucrados, junto con su variación estacional, y el abuso de antibiototerapia previa.

Investigamos nuestros pacientes con punción pulmonar, hemocultivo y aspiración laríngea, convencidos de que sólo el hallazgo del germen en pulmón,

sangre o líquido pleural³, permite certificar el diagnóstico etiológico. Intentamos a la vez determinar la validez de un esquema de tratamiento para las neumonías.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron mediante punción pulmonar, hemocultivo y aspiración laríngea a todos los niños con diagnóstico de neumonía que ingresaron en nuestra sala (edades 1 mes a 2 años) durante el período de 1 año (julio 1976-julio 1977). El ingreso medio anual a nuestro servicio es aproximadamente de 1.000 niños.

La punción pulmonar se

realizó según técnicas descritas². La aspiración laríngea se efectuó con sonda esterilizada cubierta por una camisa del mismo material para evitar la contaminación por gérmenes de faringe o boca al retirarla o introducirla.

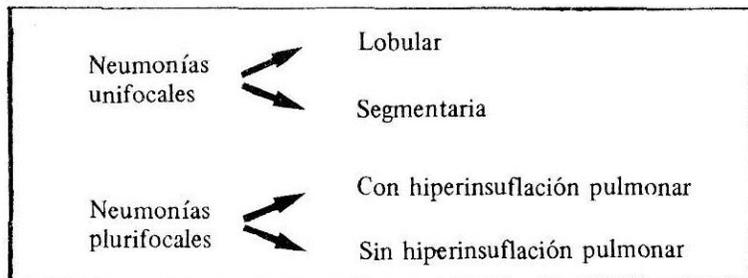
Se hizo una radiografía de tórax previa punción pulmonar, y antes del egreso, en los casos de buena evolución.

La evaluación de los cuadros respiratorios se llevó a cabo según la clasificación¹ propuesta en el cuadro 1.

El esquema de tratamiento usado fue el siguiente: Niños menores de 8 meses: ampicilina 100 mg/kg/día cada 6 horas du-

* Becado por CAPI para la realización de este trabajo. Agradecemos a la licenciada Magdalena Beltrán de Lentini su colaboración en la programación y evaluación de resultados y al Laboratorio Bagó por el suministro de drogas.

Cuadro 1. Clasificación de las neumonías según Julio Meneghello y col.



Cuadro 2. Resultados de los estudios bacteriológicos en punción pulmonar, aspiración laríngea y hemocultivo

	Punción pulmonar	Aspiración laríngea	Hemocultivo
Nº de técnicas realizadas	25	25	22
Nº de resultados positivos	1	3	0
Nº de enfermos no estudiados	37	37	40

rante 7 días y mayores de 8 meses: penicilina 100.000 U/kg/día cada 8 horas durante 48 horas y luego cada 12 horas durante 7 días.

La elección de la edad de 8 meses como límite para uno u otro tratamiento se hizo arbitrariamente. Cuando el resultado no se interpretó como satisfactorio (cuadro estacionario o agravamiento dentro de los 2 primeros días)¹ se agregó gentamicina a los enfermos medicados con ampicilina, y a los que se les prescribió penicilina, ampicilina más gentamicina previa suspensión de aquélla.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 62 enfermos, cuyos diagnósticos fueron los siguientes: 17 niños presentaron neumonías unifocales, 17 neumonías plurifocales con hiperinsuflación y 28 neumonías plurifocales sin esta última.

Los resultados de las técni-

cas de diagnóstico aplicadas se reproducen en el cuadro 2.

La aspiración laríngea se realizó en 25 casos. Sólo se efectuó esta técnica (así como el hemocultivo) en los enfermos en los que se había hecho punción pulmonar. La aspiración laríngea fue positiva sólo en 3 casos. En uno se obtuvo *Klebsiella* (cultivo puro) coincidiendo con el mismo germen de dicha punción; en el segundo se halló neumococo en cultivo puro y en el tercero, bacterias gramnegativas no tipificadas. Los po-

libacterianos fueron informados como negativos.

El hemocultivo se llevó a cabo en 22 casos. En 3 no se efectuó por dificultad técnica. Todos los hemocultivos fueron negativos y tres se comunicaron como negativos ya que se halló estafilococo albus, que se consideró germen contaminante. Los hemocultivos no fueron seriados y se realizaron por razones de índole práctica sin relación con la curva febril.

Respecto de la punción pulmonar, ésta no reveló complicaciones. Sólo en 1 caso presentó un neumotórax, no hipertensivo, por falla técnica, al que no se le administró ningún tratamiento.

Cabe destacar los resultados altamente satisfactorios que se obtuvieron con el esquema de tratamiento aplicado: buen resultado con penicilina en el 88% de los casos, y con ampicilina en el 83% (véanse cuadros 3 a 5).

Cuadro 3. Número de casos según el tipo de antibiótico usado

Penicilina	Ampicilina
25	36

Cuadro 4. Resultados del tratamiento inicial

Bueno	Malo
52	9

Cuadro 5. Resultados de la medicación según el antibiótico usado

	Bueno	Malo	Total
Penicilina	22 88%	3	25
Ampicilina	30 83%	6	36

DISCUSION

Los resultados del esquema de tratamiento empleado han sido sumamente satisfactorios: 88% de buenos resultados para el esquema de penicilina como única droga y 83% para el de ampicilina como única terapéutica.

No desconocemos la existencia de trabajos que otorgan un papel importante a los gérmenes gramnegativos en la etiología de las afecciones respiratorias bajas en la niñez^{15,19,20}.

Sin embargo, en nuestro medio, y de acuerdo con resultados semejantes en la literatura mundial, creemos que los gérmenes grampositivos desempeñan un papel muy relevante. Macaya¹ dice textualmente: "Un porcentaje importante de las bronconeumonías tiene un origen bacteriano, principalmente gérmenes grampositivos sensibles a la penicilina."

Según Francisco Macasaet: "Los datos totales indican que aproximadamente el 60% de las afecciones respiratorias de la niñez pueden ser producidas por virus o neumococos¹⁰". Creemos que sobre la base de nuestra experiencia con un esquema similar y de los resultados del actual, podemos suponer con certeza, a pesar de la negatividad de la mayoría de las técnicas de cultivo usadas, que hay un gran porcentaje de gérmenes grampositivos en nuestro medio.

Nuestra afirmación es avalada por los buenos resultados de la terapéutica con penicilina, que aún actualmente es el antibiótico de elección para estos gérmenes^{1,4,12}, y, basados en ello y en la extraordinaria sensibilidad de estos últimos a dicha droga,^{1,12,17} la usamos a intervalos más prolongados que los habituales, como ya lo han hecho otros autores con muy buen éxito^{1,17,21}. Los resultados obtenidos apoyan ampliamente esta dosificación. Es posible extender, en menor medida, estas conclusiones a los niños de menos de 8 meses, a quienes se administró ampicilina. El efecto de ésta no es tan focalizado sobre grampositivos como el de la penicilina²² y algunos gérmenes, como el *Haemophilus influenzae*, *E. coli*, *Proteus* y *Salmonella*, han sido sensibles. De todos modos es muy probable que al utilizarla estemos también combatiendo una gran cantidad de gérmenes grampositivos, ya que el *Haemophilus* tendría un papel no muy importante en las neumonías de los niños,^{10,11,18,23} y, dado el uso abusivo que se ha hecho de esta droga, es muy factible que un relevante número de gérmenes gramnegativos no sean ya sensibles a ella.

Somos conscientes de las limitaciones del diagnóstico clínicoradiológico de los cuadros bacterianos-virósicos,^{3,5,8,15,16} así como del hecho

de que no haber efectuado estudios virológicos simultáneos (no factibles en nuestro medio) puede falsear parcialmente los resultados. El alto porcentaje de virus detectados en los cuadros respiratorios bajos del niño pequeño,^{9,10} la antibioticoterapia previa y el día en que se tomó la muestra explican muchos resultados negativos y numerosos hallazgos de patógenos secundarios gramnegativos de otros trabajos^{4,10}. En nuestros casos debemos aclarar que todos, con antelación, estaban en terapéutica antibiótica. Existen en la literatura rendimientos más altos,^{2,11,12,19} pero en muchos de ellos no se aclara días de antibióticos previos y las técnicas usadas son muy controvertidas en cuanto a su validez^{3,13}.

Nuestro esquema de tratamiento nos ha permitido el uso más espaciado de antibióticos y, por ende, disminuir el número de horas de enfermería dedicadas a esta tarea, así como se ha establecido un punto de partida más firme para el tratamiento de las neumonías. Estamos convencidos de que sólo estudios más reglados en pacientes sin antibióticos, tratando de detectar gérmenes en sangre, punción pulmonar y líquido pleural, unidos a estudios virológicos durante varias estaciones, nos permitirán tener el conocimiento certero de la etiología de las afecciones respiratorias bajas de la niñez.

SUMMARY

Sixty-two children ranging age from one month to two years with a clinical radiological diagnosis of pneumonia were studied by means of lung tap, larynx aspiration and blood culture. The authors studied at the same time the clinical results of an antibiotic treatment which consisted of peniciline (100.000 U/kg/b.w.) every eight hours during two days and then 100.000 U/kg/b.w., every twelve hours until seven days of treatment were completed. Peniciline was used for infants older than eight month. Infants younger than eight month were treated with ampicilin 100 mg/kg/b.w., every six hours during seven days.

Reasons for low bacterial results are discussed. Treatment results were satisfactory in 88% of cases treated with peniciline, and 83% of cases treated with ampicilin.

REFERENCIAS

1. Meneghello, J. y col.: *Pediatría*, 42, Intermédica, Buenos Aires, 1972.
2. Klein, J. O.: Lung puncture in pneumonias of infants and children. *Pediatrics*, 44, 486, 1968.
3. Lepow, M.: Interrelationships of viral-mycoplasmal and bacterial agents in uncomplicated pneumonias. *Am. Rev. Resp. Dis.*, 97, 553, 1968.
4. Bath, J. C.: Pneumonia in hospital practice. *Brit. J. Dis. of the Chest*, 58, 1, 1964.
5. Kending, E. L.: *Disorders of the respiratory tract in children*, pág. 371, W. B. Saunders Company, Philadelphia, London, 1967.
6. Bauza, C. y col.: Virosis respiratorias en la infancia, y Vásquez, J. R.: Revisión y estado actual de las bronconeumonías por gramnegativos, pág. 393, *Pediatría Panamericana - Neumonología*, Ed. Méd. Panamericana, Buenos Aires, 1973.
7. Fekety, J.: Bacteria-viruses and mycoplasma in acute pneumonia in adults. *Am. Rev. Resp. Dis.*, 104, 499, 1971.
8. Krugman, S.; Goodrich, Ch. y Ward, R.: Primary varicella pneumonia. *The New Eng. J. of Med.*, 257, 18, 1957.
9. Loda, F. D.: Studies on the role of viruses, bacteria and mycoplasma pneumonia as causes of lower respiratory tract infection in children. *J. of Ped.*, 72, 161, 1968.
10. Macasaet, F. F.: The etiology of acute respiratory infections. *J. of Ped.*, 72, 161, 1968.
11. Vinik, M.: Experience with *Haemophilus*. I, pneumonia. *Radiology*, 86: 701, 1960.
12. Ravitch, N.: The changing puncture of pneumonia and empyema in infants and children. *J.A.M.A.*, pág. 1.039, 1961.
13. Fekotey, J.: The non value of sputum culture in diagnosis of pneumococcal pneumonia. *Am. Resp. Dis.*, 103, 849, 1971.
14. Normas del Servicio Nacional de Salud, Chile. Normas de prevención, tratamiento y control de las enfermedades respiratorias de la infancia, 1974.
15. Mc Henry, M.: Neumonía adquirida en el hospital. *Clin. Med. N.A.*, 35, 1974.
16. Mostow, S.: Neumonías adquiridas fuera del hospital. *Clin. Med. N.A.*, 47, 1974.
17. Graham, R.: Antibióticos para tratamiento de infecciones causadas por cocos grampositivos. *Clin. Med. N.A.*, 80, 1974.
18. Honing, L.: *Haemophilus influenzae* pneumonia in infants and children. *The J. of Ped.*, 83, 2, 1973.
19. Vásquez, J. y Valente, M.: Bronconeumopatías agudas con bacteriología a bacilos gramnegativos. *Revista del Hospital de Niños*, 49, 13, 1971.
20. Avery, M. E. y Fletcher, R.: *The lung and its disorders in the newborn infants*, pág. 174, W. B. Saunders Company, Philadelphia, London, 1974.
21. Tumulty, P. A. y Zabrod, G.: Pneumococcal pneumonia treated with aqueous penicillin at twelve hours intervals. *New Eng. J. Med.*, 239, 1033, 1948.
22. Bergoglio, M. R.: *Antibióticos*, pág. 137. Talleres gráficos, Universidad Nacional de Córdoba, 1970.
23. Roley, H. D.: Empyema due to *Haemophilus influenzae* in infants and children. *Am. J. of Dis. of Child.*, 110, 24, 1965.

Comentario del doctor RICARDO SERGIO DALAMON, pediatra neumonólogo del Instituto Materno Infantil de Lanús

Las infecciones respiratorias agudas son las enfermedades más frecuentes de la infancia. Constituyen aproximadamente el 50% del total de enfermedades en niños menores de 5 años. Muchas de éstas están circunscritas a las vías aéreas superiores pero 1 de cada 5 afectan el tracto respiratorio inferior.

Algunas estadísticas, como la de H. Williams y P. Phelan, señalan que el 90% de las enfermedades respiratorias son debidas a virus y, pese a que las bacterias son responsables de muchas infecciones, su papel en la producción de la enfermedad es a menudo muy difícil de determinar.

La mayoría de los virus sólo se aíslan en las vías respiratorias durante la infección aguda y desaparecen en los últimos estadios de la enfermedad, con excepción del *Mycoplasma pneumoniae* que puede aislarse algunas semanas después de la infección original. Por otra parte, es infrecuente obtener un crecimiento de estos virus en niños tísticos tomados al mismo tiempo.

Si los virus sincitial respiratorio, parainfluenza I, II y III, influenza A1, A2 y B, rinovirus, Cox-

sackie y *Mycoplasma* se aíslan durante la infección, pueden asumirse como agentes etiológicos.

En nuestro país los servicios de atención pediátrica carecen de la infraestructura necesaria para este tipo de investigación y sólo en muy contadas oportunidades se puede recurrir a la demostración de una elevación significativa del título de anticuerpos séricos contra los virus.

El papel de las bacterias en la enfermedad respiratoria es mucho más difícil de determinar. Normalmente se aíslan del tracto respiratorio superior de niños con enfermedad aguda de las vías aéreas inferiores el *Haemophilus influenzae* y el *Diplococcus pneumoniae* y, algo menos frecuentemente, el estafilococo aureus y el estreptococo. Todos estos microorganismos son patógenos potenciales, aunque todavía resulta difícil confirmar su papel en el desencadenamiento de la enfermedad. La principal razón es que muchos niños sanos son portadores de estos microorganismos en una proporción muy similar a la de los afectados de neumonía.

La única manera de establecer con certeza la causa bacteriana de una neumonía es por aisla-

miento del microorganismo, sea de la sangre, punción pulmonar, aspiración traqueobrónquica, líquido pleural o detectando un aumento significativo de anticuerpos séricos frente a un patógeno bacteriano que se haya aislado de la nasofaringe. Puesto que todos estos procedimientos, excepto el hemocultivo y la punción pleural, resultan difíciles de llevar a cabo en un niño, pues no están exentos de riesgo y además suponen dificultades técnicas en el laboratorio, tienen una aplicación limitada como procedimientos sistemáticos.

De los métodos actualmente empleados, el hemocultivo seriado, obtenido en perfectas condiciones de asepsia durante picos febriles y sin medicación antibiótica previa, es el que mejores resultados ofrece. En las neumonías neumocócicas se han alcanzado cifras de hasta el 40% de positividad y del 75% en las estafilococias; sin embargo, en nuestro medio estos guarismos no superan el 20%. El cultivo de aspiración laríngea nos exige extremas condiciones de asepsia, además de ser muy molesto para el paciente, y sólo consideramos positivos a aquellos estudios que en el examen directo nos muestran un germen único o flora predominante intracelular. La punción pulmonar se reserva para las neumonías de mala evolución sin posibilidad de diagnóstico etiológico por otros métodos; por otra parte, puede ser la única manera de aislar germen para realizar pruebas de sensibilidad a los antibióticos y debe considerarse en especial en niños gravemente enfermos que no responden a la medicación y en aquellos cuyas neumonías son secundarias a otras enfermedades subyacentes o fármacos que disminuyen las defensas del individuo. De los peligros teóricos que se describen con esta técnica, sólo por lo común se observa un neumotórax leve, especialmente si la zona elegida para la punción no presenta una densa consolidación. El porcentaje de positividad para los distintos autores oscila entre el 30 y el 50%. Una nueva perspectiva de investigación etiológica nos brinda la contraimmunoelectroforesis, técnica indirecta que permite determinar la existencia de antígenos en los distintos líquidos biológicos puestos en contacto con antisueros específicos. Si bien un 30% de los cultivos negativos pueden ser positivos por este método, en nuestro medio la escasa disponibilidad de antisueros específicos, unido a lo costoso de la determinación, lo trasforman en una técnica de no fácil acceso y potencialmente eficaz cuando se eliminan estos inconvenientes.

Las neumonías por gérmenes gramnegativos si-

guen teniendo relevancia no sólo por su incidencia, sino por la gravedad de su evolución. Se ven principalmente en niños menores de 1 año y en especial dentro de las primeras semanas de vida o en los lactantes con procesos debilitantes y como complicación de niños hospitalizados durante períodos prolongados. Dentro de ellos la **Pseudomonas aeruginosa** sigue siendo el germen más frecuentemente encontrado y plantea un verdadero problema en las unidades de cuidados intensivos, en niños con sus vías respiratorias abiertas al exterior (intubación endotraqueal, traqueostomía y ventilación artificial), donde la alta humedad en la que estos niños son asistidos es un factor primordial.

Tanto en las formas neumónicas como bronconeumónicas se pueden aislar también **Escherichia coli**, **Klebsiella**, **Aerobacter** y **Haemophilus influenzae**, condicionados todos ellos por un déficit inmunitario transitorio, polimedicación previa, desnutrición, etcétera.

Es sobre la base de estos conocimientos que el **Comité de Tisioneumonología de la SAP** recomienda en los niños menores de 6 meses con neumonías unifocales o multifocales, sin posibilidades de diagnóstico etiológico o hasta que éste se confirme, la asociación de un antibiótico del tipo betalactámico (penicilinas, ampicilinas, cefalosporinas, etc.) con otro del grupo de los aminoglucósidos (gentamicina, kanamicina), aunque en este último grupo debemos incluir las drogas incorporadas recientemente al arsenal terapéutico, con similar o mayor potencia y mucho menor resistencia (sisomicina, tobramicina, amicasina).

Los **doctores Lentini, Kemeñy y Cibeira** señalan con toda claridad en este interesante estudio bacteriológico de las neumonías, las dificultades con las que tropieza el pediatra en la búsqueda del agente etiológico, cuando se trabaja con técnicas rigurosas y con niños polimedcados antes de su internación.

La propuesta de un nuevo esquema antibiótico en niños menores de 2 años espaciando las dosis significaría disminuir las molestias para el paciente y reducir los costos operacionales, dos perspectivas dignas de tenerse en cuenta. Por otra parte, dicha propuesta es fácilmente homologable al esquema que con tanto éxito estamos empleando en niños mayores con las penicilinas de depósito, y representa una invitación a todos los grupos de trabajo a ensayar esta nueva experiencia que permita obtener conclusiones definitivas.



Cumplimos 7 años y no pensamos dejar los pañales



Todo lo contrario.

Estamos orgullosos de ser la única empresa de servicio de pañales del país con verdadera experiencia en la materia. Con la eficiencia y las garantías de asepsia * que sólo nuestros procesos exclusivos controlados internacionalmente pueden lograr.

Por eso, al celebrar nuestro 7º aniversario, queremos agradecer a los miles de mamás que confían en nosotros, y a todos los sanatorios que desde hace tanto tiempo cuentan con la seguridad de nuestro sistema. Que son quienes nos permiten seguir creciendo siempre... a pañal limpio!

la pañalera

LLAMENOS Tel. 52-5508/52-5711/51-0294
Donato Alvarez 3488 - Capital

* Proceso Bact-O-Septic de esterilización bacteriostática

DETERMINACION GENETICA DEL SEXO

JOSE MARIA SANCHEZ *

INTRODUCCION

Esta presentación tiene como finalidad la puesta al día de este tema que ha adquirido gran notoriedad en los últimos tiempos a la par de los nuevos advenimientos en genética, bioquímica e inmunología. Estas adquisiciones han permitido la mejor comprensión del mecanismo íntimo de la diferenciación sexual y del papel que en ella juegan determinantes genéticos y ambientales. Sin embargo, no puede decirse que el problema esté totalmente esclarecido pues existen controversias sobre algunas hipótesis que hacen que se planteen más de una ante determinados puntos. Ellas serán expuestas en el texto.

DIFERENCIACION SEXUAL

La diferenciación sexual es inherente a todos los seres vivos, cualquiera sea su ubicación en la escala evolutiva. Aun los organismos más inferiores, como las bacterias, presentan un comportamiento heterosexual, habiéndose observado *in vitro* que algunas se comportan como dadoras de material genético (F⁺) en el sentido de que, antes de la división, se adosan a bacterias receptoras (F⁻) y les transfieren el cromosoma bacteriano, el cual se recombina con el de la receptora, segregando luego a las células hijas en un proceso que puede asimilarse a la recombinación sexual en los organismos superiores.

Sin embargo, en sentido estricto, recién podemos hablar de diferenciación sexual cuando en la escala biológica aparecen constituciones cromosómicas específicas de cada sexo. Esta especificidad no tiene las mismas características en todas las especies. Así, por ejemplo, en las aves el macho es homogamético - es decir, puede formar un solo tipo de gametas pues sus cromosomas sexuales son idénticos - en tanto que las hembras son heteroga-

méticas, pues tienen dos cromosomas sexuales distintos.

En los mamíferos, en cambio, la hembra es homogamética, XX, en tanto que el macho es heterogamético, XY. De acuerdo con esto, en la especie humana el determinante del sexo del futuro embrión es el hombre, pues según que el espermatozoide sea 22, X o 22, Y resultará de la fecundación del óvulo, que siempre es 22, X, un individuo 46, XX o 46, XY.

En ausencia del Y, el embrión se diferenciará como femenino siguiendo la tendencia natural de la especie. Sólo si posee un Y se revertirá esa tendencia natural y se desarrollará como masculino, independientemente del número de X que lo acompañen, aunque si es más de uno presentará anomalías.

Podemos ejemplificar estas situaciones recordando dos cuadros distintos relacionados con el número de cromosomas sexuales. Uno es el síndrome de Turner, que presenta fenotipo femenino pero con ovarios atróficos, útero y mamas hipoplásicas, talla baja, pterigium colli (cuello en esfinge), cúbito valgo y C.I. disminuido. El cariotipo es en más del 50% de los casos 45, X pero en el resto es 46, XX con uno de los X anormal estructuralmente. Esto demuestra que si bien la presencia de un solo X es compatible con la vida y origina un fenotipo femenino, es necesaria la presencia de dos X normales para un desarrollo adecuado. El otro cuadro al que haremos referencia es el síndrome de Klinefelter. En este caso el fenotipo es masculino pero los afectados tienen esterilidad, hábito eunucoide, testículos pequeños y funcional e histológicamente anormales y por lo general un C.I. disminuido. Esto confirma que un cromosoma Y induce un fenotipo masculino, independientemente del número de X que lo acompañen, pues estos individuos tienen un cariotipo 47, XYY.

* Director Médico de la Fundación de Genética Humana.
Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Se hace evidente entonces que la determinación sexual comienza con la gametogénesis masculina y que son el o los genes contenidos en el Y los que orientan, en una primera etapa, la diferenciación del embrión. Es motivo de controversia la ubicación de los genes determinantes de masculinización dentro del Y. Unos sostienen que se hallan en los brazos cortos (Böök y col., 1973; Bühler y col.; Jacobs y Ross, 1966) basados en casos en los cuales la delección de esos brazos ocasionaba el fracaso de la diferenciación masculina. Otros afirman que se encuentran en los brazos largos (Siebers y col., 1973) postulando que en los brazos cortos estarían los genes responsables de la maduración del testículo ya formado. Aun más, Tiepolo y Zuffardi (1976) sostienen que en el extremo distal de los brazos largos existe un tercer gen que regiría la espermatogénesis. El concepto actual (Silvers y Wachtel, 1977) es que estarían localizados en ambos, cerca del centrómero. Sea cual fuere la ubicación, consideraremos a continuación el mecanismo por el cual se produce su acción.

Desde los trabajos de Gasser y Silvers (1972) y Wachtel (1975) se acepta que en un gen localizado en el cromosoma Y produce un antígeno de superficie llamado H-Y que es el responsable de la diferenciación testicular. Se trata de un antígeno de histocompatibilidad (de allí deriva su nombre) cuya existencia se postuló mediante experiencias con injertos entre hembras y machos de una cepa de ratones isogénica obtenida por sucesivos cruza-mientos entre individuos descendientes de una misma pareja. Se pudo comprobar que las hembras no rechazaban los injertos provenientes de otras hembras pero sí los de los machos. En razón de que la única diferencia entre unas y otras residía en que los machos tenían cromosoma Y, se atribuyó el rechazo a antígenos localizados en él. Posteriormente se realizaron numerosas experiencias que confirmaron esta hipótesis.

En la revisión de Ohno (1976) se afirma que todas las células del organismo de los machos contienen el antígeno H-Y en tanto que las de las hembras carecen de él. Las células de la gónada primitiva de los machos son únicas en el sentido de que no sólo contienen el antígeno sino también lugares de encaje para el antígeno H-Y de otras células. Esto permitiría el acoplamiento con las células germinales que provienen del saco vitelino y que contienen el antígeno formándose entonces, a partir de allí, el tejido testicular. Las células de la gónada primitiva de la futura hembra contienen sólo un doble juego de lugares de encaje que, en condiciones normales, no jugarán ningún papel pero que pueden explicar algunos hechos en los mosaicismos XX/XY. Dice Ohno que al unirse las células que contienen el antígeno H-Y, liberan a su vez mayor cantidad de antígeno. Si cerca del pun-

to donde esto ocurre hubiera células gonadales XX, esos antígenos se adherirían a sus lugares de encaje haciéndoles participar, a partir de allí, en la diferenciación del testículo. Esto permitiría explicar la inconstancia en el tipo de gónada que se encuentra en esos mosaicos pues si las células XX se hallan a una distancia de las XY que las pone fuera del radio de acción del antígeno H-Y, formarían un ovario en tanto que constituirán un testículo si se encuentran cerca.

Esto se ha observado también en el free-martirismo en vacunos. En esta especie, si la hembra lleva un embarazo gemelar, siendo los fetos de diferente sexo, la gónada masculina puede producir la atrofia de los ovarios del feto hembra originando un testículo. Se piensa que esto ocurre cuando existen anastomosis circulatorias entre ambos fetos lo que permitiría la migración de células XY desde el macho hacia la hembra.

Volviendo a lo que ocurre en condiciones normales, si las células germinales provenientes del saco vitelino poseen el antígeno H-Y, se dirigen a la zona medular de la gónada primitiva, donde inducen la formación de tubos seminíferos. En cambio, si carecen del mismo, permanecen en la corteza formando una gruesa capa celular de la cual derivarán las células primordiales del ovario. Este mecanismo es cuestionado por Mittwoch (1977) quien, basándose en lo que ocurre en las aves, pone en duda que el papel del antígeno H-Y sea siempre la producción de un testículo. En efecto, en esa especie son las hembras las heterogaméticas en tanto que los machos son homogaméticos. Sin embargo, pese a ser hembras, contienen el antígeno H-Y mientras que los machos carecen de él a pesar de tener testículo. Dice, por lo tanto, que el verdadero rol del antígeno H-Y sería hacer crecer la gónada primitiva más rápidamente en el sexo heterogamético que en el homogamético y esta diferencia en la velocidad del crecimiento es lo que haría que esa gónada primitiva se diferenciara en testículo u ovario. Existen otros hechos que apoyan esta hipótesis como, por ejemplo, que el testículo derecho sea algo más grande que el izquierdo y en los mosaicos XX/XYm, cuando las gónadas intraabdominales son diferentes, en el 68% de los casos la del lado derecho es un testículo o un ovotestis. La concepción de Mittwoch correspondería mejor con el rol universal del antígeno H-Y en la diferenciación sexual.

El papel del antígeno H-Y, sea cual fuere su mecanismo, parece terminar aquí pues el resto de la diferenciación del embrión será regido por las hormonas que produzca la gónada diferenciada.

Como hemos expresado, el embrión humano tiene la tendencia natural a desarrollarse como femenino y por ello, en ausencia de cromosoma Y, en un proceso en el que aparentemente no tiene

intervención el ovario, se atrofiará el conducto de Wolff y se desarrollarán las estructuras derivadas del conducto de Müller: trompas, útero y 1/3 superior de la vagina.

En cambio, para que se produzca la involución del conducto de Müller y el desarrollo de los órganos derivados del Wolff, son imprescindibles las hormonas producidas por el testículo fetal es decir, se trata de un proceso activo. Esas hormonas son la testosterona y principalmente su forma reducida, la dihidrotestosterona, proceso en el cual participa la 5-alfa-reductasa. Las células que son andrógeno-inducibles (el conducto de Wolff, el seno urogenital y la corteza fetal, entre ellos) deben contener para que se produzca la diferenciación, un receptor citoplasmático sintetizado por el locus Tfm ligado al cromosoma X.

Al penetrar la testosterona o la dihidrotestosterona en el citoplasma de las células andrógenosensibles, se une al efector formando un complejo inductor-receptor que es imprescindible para la diferenciación masculina. Ese complejo penetra luego en el núcleo donde activa genes estructurales responsables de la síntesis de enzimas que producirán las modificaciones específicas en los tejidos andrógenosensibles que conducirán a la formación de los órganos del sexo masculino.

Es importante mencionar que las células del embrión XX también contienen el receptor androgénico y ello explica la virilización definitiva que puede sufrir tanto por hormonas con efecto androgénico recibidas por la madre como originadas en las suprarrenales en el síndrome de hiperplasia suprarrenal congénita.

El efecto contrario, es decir la falta de virilización del embrión XY pese a la presencia de un testículo funcionante, se debe a una mutación sufrida en el locus Tfm, lo cual es causa de que no se sintetice el receptor citoplasmático dando origen al síndrome del testículo feminizante.

Los individuos afectados presentan un fenotipo externo femenino pero tienen testículos, generalmente ubicados en el conducto inguinal o en los labios mayores, y carecen de útero, trompas y ovarios. En muchos casos se han extirpado los testículos en la infancia confundidos con hernias, lo cual debe evitarse pues producen cierta cantidad de estrógenos que contribuirán al desarrollo de los caracteres sexuales secundarios femeninos. Deben, en cambio, extirparse luego del período puberal por razones estéticas y de comodidad y sobre todo porque con cierta frecuencia sufren transformación blastomatosas.

Estos individuos consultan, ya sea, como se ha dicho, por sospecha de hernia o por amenorrea primaria. Hecho el diagnóstico debe ocultárselo a los afectados, pues pueden llevar una vida normal como mujeres incluso desde el punto de vista de las relaciones sexuales, haciéndoles saber que nunca tendrán menstruación y serán estériles. La conducta contraria, es decir, revelarles la verdad de los hechos, produce daños psicológicos irreversibles en la mayoría de los casos. Este síndrome se hereda como recesivo, ligado al X.

CONCLUSIONES

La determinación sexual del embrión es un proceso complejo en el cual intervienen determinantes genéticos, aunque puede ser modificado por agentes ambientales, es decir, ajenos a los genes directamente implicados en él.

Este proceso se realiza en varias etapas que podríamos resumir así:

1. Gametogénesis de los padres.
2. Sexo cromosómico de la cigota.
3. Desarrollo testicular inducido por el antígeno H-Y.
4. Desarrollo de los conductos de Müller o de Wolff y del seno urogenital por efecto de la ausencia o presencia de hormonas androgénicas respectivamente.
5. Síntesis del receptor citoplasmático de andrógenos.
6. Intervención de otros genes autosómicos o ligados al X, como se ha observado con el gen autosómico "sex-reversed" en los ratones que produce machos XX.
7. Diferenciación masculina de la corteza cerebral del feto XY.

Los conceptos expuestos son los aceptados actualmente pero ello no invalida que algunos puedan ser revisados debido al número de trabajos que aparecen relacionados con el problema.

En nuestra opinión es un tema lo suficientemente importante y quizá no bien conocido como para justificar su actualización y los recientes conocimientos incorporados permiten una explicación fisiopatológica de las alteraciones que se observan en algunos individuos. Ello, a su vez, hará posible mejor estudio y tratamiento de estos pacientes.

Pensamos que también debería considerarse la oportunidad de rever parcial o totalmente la legislación referente a la asignación del sexo.



LA PEDIATRÍA Y EL SISTEMA HINDU DE MEDICINA

V. B. ATHAVALE*

La pediatría ha sido reconocida como una importante especialidad durante más de 5000 años en Ayurveda. La palabra Ayurveda significa "ciencia de la vida", es decir, la ciencia que imparte todo el conocimiento sobre la vida.



Está dividida en 8 secciones mayores:

- 1) Medicina.
- 2) Vida infantil.
- 3) Cirugía.
- 4) Neurocirugía y cirugía del cuello.
- 5) Toxicología.
- 6) Bhuta-videja o Graha-videja, que incluye:
 - a) Psiquiatría.
 - b) Enfermedades infecciosas.
 - c) Enfermedades causadas por poderes sobrenaturales.
- 7) Rasayana: Clínica que mejora la calidad de los tejidos con el consiguiente incremento de su resistencia y demora en el proceso de envejecimiento.
- 8) Vajikarana-sexología.

La infancia está dividida en los siguientes períodos:

- 1) Garbha (fetos).

- 2) Ksheerada (niños con dieta láctea exclusiva hasta los 6 meses).
- 3) Ksheerannada (niños con dieta láctea y mixta de 6 meses a 2 años).
- 4) Annada (niños que se alimentan principalmente de sólidos además de la leche, de 2 a 16 años). Este período a su vez está subdividido en: a) Shishu (preescolares entre 2 y 5 años), y b) Kumara (escolares entre 6 y 16 años).

La vida comienza en el momento de la concepción por la unión del espermatozoide con el óvulo (y el alma individual principalmente, junto con la mente). El nacimiento es sólo un evento en la vida de cada individuo.

La función del pediatra comienza aun antes de la concepción, ya que debe conocer todo acerca de los órganos genitales de ambos progenitores y sus enfermedades; por lo tanto, puede aconsejarlos sobre la dieta, actividades y medicamentos óptimos para la procreación, así como también para el futuro niño. Ayurveda no posee una sección separada para obstetricia y ginecología, puesto que son consideradas como parte integral de la pediatría. Su fin es que cada niño se desarrolle en un ambiente sano, útil y feliz.

Procreando una buena progenie

La reproducción es un fenómeno biológico natural y normalmente no se requieren esfuerzos especiales para tener un niño. La meta del hombre, el animal más inteligente, no debe ser solamente procrear hijos, sino tenerlos con las mejores cualidades. Por lo tanto, ningún bebé debe nacer como resultado de la casualidad.

El planeamiento para una buena progenie comienza en el momento en que se elige la propia pareja, que no debe pertenecer a la misma familia

* Jefe del Departamento de Pediatría del Hospital General Municipal.
Profesor honorario de Pediatría del Colegio Médico Municipal, Bombay, India.

o herencia (Gotra) en las últimas 7 generaciones. Ambos componentes de la pareja deben ser sanos y tener una dieta apropiada, medicamentos y tónicos, antes de planear la concepción de los hijos. Durante el período menstrual, la mujer debe llevar una vida de austeridad y penitencia.

Crecimiento fetal

La mujer embarazada debe cumplir una dieta basada predominantemente en arroz, leche, cuajada, manteca y carne de carnero. Debe ingerir tónicos que promuevan el crecimiento fetal, observar reglas de higiene, buena conducta y ser feliz, y descartar la excitación, el miedo, las tensiones y los medicamentos fuertes. No debe postergar urgencias naturales como la micción, la defecación, etcétera.

La malnutrición fetal está clasificada en:

- 1) Upaishtaka: el feto no crece en forma adecuada.
- 2) Upashushkaka: el feto pierde peso y se torna delgado. El parto debe ser conducido por un equipo obstetricopediátrico entrenado, en un lugar especial, bien equipado.

Cuidado del recién nacido

Inmediatamente después del nacimiento se limpia el moco de los labios y la garganta con una torunda de algodón. La respiración es estimulada produciendo sonidos cerca del oído del niño, salpicando agua fría y caliente, alternadamente, en la cara y aplicando en la lengua oro untado con miel. El cordón umbilical se corta dejando un muñón de 4 a 8 dedos de largo. El muñón umbilical es atado con un hilo que se arrolla en forma poco ajustada alrededor del cuello, de tal manera que esté directamente vuelto hacia arriba y no se ensucie fácilmente. El cuerpo debe ser masajeadado con aceite. Se efectúa un baño con agua a la que se agregan medicamentos del grupo Jeevaneeya; luego del baño se añade polvo de hierbas, como Murva, Haridra y Daruharidra, que actúan como tónicos para la piel y antisépticos. Posteriormente, el niño será expuesto a medicamentos fragantes y antisépticos.

El recién nacido, así como su madre, deben permanecer aislados durante 6 semanas.



Leche materna

La leche materna es el alimento ideal para el bebé. Promueve su crecimiento, así como su desarrollo físico y psicológico y también favorece la curación de las heridas y la resistencia a varias enfermedades. Es usada como gotas oftálmicas en enfermedades oculares inflamatorias y como gotas nasales en el asma y el hipo.

Nodriz

Si la leche materna no es suficiente o apropiada es importante contar con una nodriza, ya que ninguna otra leche puede competir con la que proviene del seno. La nodriza debe contar con abundante cantidad de leche puesto que, aparte de su propio hijo, amamantará al otro bebé. Debe ser sana, de mediana edad, limpia, y tener senos y pezones bien modelados. Asimismo, será afectuosa, estará interesada en el otro niño y poseerá buen carácter; se le debe proporcionar una dieta adecuada y un vaso de leche antes de cada comida.

Leche materna infectada (o viciada)

Anormalidades en la dieta y actividades de la madre, factores ambientales o psicológicos, enfermedades maternas o patología localizada en los senos, pueden afectar la calidad de la leche. Si el calor, gusto, olor o consistencia de ésta cambian, el bebé sufrirá varias enfermedades.

Tónicos

Se deben dar a cada niño, regularmente, tónicos (incluso para el cerebro) desde el nacimiento hasta el año de vida.

Dentición

Kashyap menciona que 24 dientes caducos, incluso 12 molares, están presentes en los niños. Así, 4 molares temporales han desaparecido en 5000 años. La nutrición actúa como un fenómeno de estrés y precipitante de muchas enfermedades en los niños.

Ceremonial del bebé

Cada nueva actividad del niño, como el bautismo, sacarlo de paseo, sentarse, jugar con juguetes, el primer corte de cabello, es iniciada como una ceremonia religiosa. Se debe tener especial cuidado en protegerlo de accidentes.

Cuidado psicológico

El niño debe ser conducido gentilmente; se usará un lenguaje suave y placentero y no se lo despertará cuando está durmiendo o se lo distraerá de sus juegos; nunca será asustado y se lo mirará y cumplimentará todas sus demandas hasta la edad

de 2 años. Se debe inculcar gradualmente la disciplina desde los 2 hasta los 16 años. Después de esta edad se debe tratar a los hijos como amigos. La nodriza y la persona que lo atiende deben tener modales adecuados, ser bien educadas e inculcarle al niño modales apropiados y reglas de buena conducta y religión. La prosecución de los estudios, el conocimiento verdadero y la meditación actúan como tónicos para la mente.

Estudio

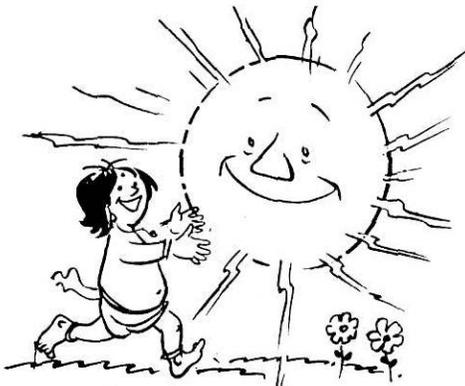
Debe comenzar entre los 5 y 8 años, dependiendo de la inteligencia del niño. Luego de la ceremonia inicial, éste continúa sus estudios en la casa del maestro o en la universidad durante 12 años y preferentemente hasta los 25 años de edad. Este período es conocido como Brahmacharyashrama; durante su trascurso el estudiante debe permanecer soltero y concentrarse sólo en sus estudios.

Casamiento

La edad apropiada mínima para casarse es 25 años para el varón y 16 años para la mujer; aparte de adquirir felicidad y riqueza, la pareja debe desear tener un hijo.

Enfermedades

Los factores etiológicos y las manifestaciones y complicaciones de las enfermedades en la infancia, están escritos en los textos de Ayurveda y no difieren significativamente de los descritos en los textos de medicina moderna. El tratamiento está basado en los principios de Ayurveda. El estrés fetal (ulbaka), la aspiración de líquido amniótico (upasheershaka), el cefalohematoma (nabhipaka) y la sepsis umbilical y tetania neonatal (vinamika) están bien descritos en el recién nacido. Es interesante destacar que la exposición a los rayos solares es aconsejada como tratamiento de la ictericia y enfermedades cardíacas en Atharvaveda.



Fakka, atraso para caminar, ocurre como resultado de anomalías congénitas, malnutrición y complicación de las enfermedades. La fisioterapia es aconsejada para la formación de Fakkaratha, una especial manera de moverse.

Kashyap menciona que hay 3 individuos que están en constante estrés: la madre, el niño y el pediatra.

El pediatra debe utilizar dosis exactas de medicación en los niños. Debe recetar drogas suaves y evitar el empleo de técnicas como el vómito y el purgante.

Los masajes de aceite, la exposición a fragancias medicinales y la inducción a la transpiración son beneficiosos para los niños. No se deben experimentar nuevos medicamentos en ellos.

Los 10 mandamientos para lograr una salud perfecta, según Ayurveda, son:

- 1) Planificación para la creación.
- 2) Dar alimentos nutritivos y una dieta balanceada a la embarazada y luego al niño.
- 3) Entretener al niño en buenos hábitos, higiene personal y sueños adecuados.
- 4) Administrar a los niños los tónicos adecuados, dependiendo de la constitución de los órganos débiles.
- 5) Inculcar disciplina, buenos modales y reglas de conducta apropiada al niño.
- 6) Vigilar que crezca en compañía de buenos amigos, gente culta y respetable.
- 7) Entrenarlo para que adquiera habilidad y eficacia en su materia.
- 8) Entrenarlo para que controle sus deseos, instintos y emociones.
- 9) Entrenarlo para que ame a los demás como a sí mismo.
- 10) Enseñarle a realizar sus tareas en la mejor forma posible, sin esperar retribuciones.

El ejemplo es mejor que el precepto. Ponga en acción lo que preconiza si quiere que sus hijos sean ideales. Si todos se guiaran por estas reglas no estaría lejos el día en que el sueño de todos los médicos, desde tiempo inmemorial, se viera cristalizado: "Que nadie sufra por pena o enfermedad y que todos seamos felices. Que cada uno desee lo mejor a los demás".

सर्वे तु सुखिनः सन्तु ।
सर्वे सन्तु निरामयाः ।
सर्वे भद्राणि पश्यन्तु ।
मा कश्चिद् दुःखमाप्नुयात् ।

APORTE CONCRETO E INSOSPECHADO EN LA PROBLEMATICA DE LA DESNUTRICION

CARLOS JOSE SOAGE*

INTRODUCCION

La paradójica situación no pocas veces observada a nivel de nuestros consultorios externos: una madre que aparenta tener un buen estado nutricional en el concepto popular, es decir, con sobrepeso, portando en sus brazos un niño distrófico, nos indujo a estudiar uno de los factores gravitacionales que pueden ser responsables de esta incongruente anomalía.

Estimamos que en la polifacética constelación de causas que determinan la distrofia, no siempre carga con el mayor peso el perfil correspondiente a hipoalimentación por falta de recursos económicos. Un porcentaje muy significativo de distróficos tienen madres mal nutridas pero en sentido inverso: distróficas por sobrealimentación.



Una misma etiología: fallas culturales. Una sola realidad: la carga social que evoca para toda la comunidad la superación de estos problemas.

Las alteraciones de la nutrición que obedecen a causas exógenas tanto por hipoalimentación como por sobrealimentación constituyen un reto permanente a nuestra condición de universitarios, quienes no debemos olvidar que junto a las realizaciones científicas y específicas del quehacer médico debemos asumir en consultorios externos y extramuros del hospital un papel esclarecedor en todas las patologías con implicancias medicosociales.

No está en nuestras manos la corrección de los actuales y a la vez hoy tan antiguos como

angustiantes problemas socioeconómicos y culturales de nuestro pueblo, pero al pediatra en particular que vive a diario las consecuencias derivadas de aquéllos sobre la salud, le está reservada una responsable labor educativa y esclarecedora que ha de servir para prevenir o amortiguar al menos las incidencias que tienen en el estado nutricional del niño: la ignorancia sobre sus necesidades alimentarias, el valor nutritivo de los distintos alimentos, la forma de manejarlos a nivel culinario, los tabúes y los malos hábitos en materia de alimentación. Es sobre estos últimos tópicos (malos hábitos, tabúes, mal manejo) en los que ciframos nuestra convicción de poder ser positivos y útiles con nuestra persuasiva y permanente actitud educacional al reducir la incidencia que tienen en la causalidad de la desnutrición los hábitos alimentarios inadecuados.

Estamos persuadidos de que la difusión y promoción del manejo correcto de los alimentos permitirán aprender a aprovechar al máximo los nutrientes que la naturaleza ofrece en los alimentos de consumo diario, cuyo costo ha adquirido hoy niveles de tal magnitud y repercusión sobre el erario familiar que es un deber imperativo e imposterable para el médico pediatra asumir con consciente sensibilidad y responsabilidad social el papel de educador en nutrición en todo lo que puede trascender del conocimiento del valor nutricional y económico de los alimentos en relación con su elección, manejo y formas de preparación.

En los tiempos que corren con criterio objetivo y realista, los alimentos de primera necesidad o protectores (aquéllos cuyo consumo diario evita caer en enfermedad por carencia), léase leche, queso, huevo, carne, vegetales, frutas, están cada vez más marginados por la espiral inflacionista del alcance del hombre de recursos comunes que estructuran los mayores grupos humanos.

* Ex jefe del Servicio de Alimentación, Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde" y Jefe de la División Promoción y Protección de la Salud.

MATERIAL Y METODOS

Se hace un estudio del valor económico de los diferentes alimentos que configuran nuestro folklore alimentario en las distintas bocas de expendio de diversos barrios de la Capital: Zona Norte, Sur, Este y Oeste, así como también en localidades de la provincia de Buenos Aires: Lanús, Wilde, Castellar, Ituzaingó, Teniente General Richieri (partido de General Sarmiento).

Se realiza un promedio de los costos de compra y se usa para ponderar el costo real, después de su manejo a nivel culinario.

A partir del conocimiento de la composición química de los alimentos obtenidos teniendo como fuentes de información tablas del INCAP y del Instituto de la Nutrición elaboramos las pérdidas de nutrientes fundamentales logrados de fuentes de información fidedignas.

Del estudio comparativo de estos parámetros surgirán las conclusiones a las que arribaremos al término de este trabajo.

Nuestra contribución educativa permitirá evitar:

- 1°) Pérdidas de nutrientes irreversibles.
- 2°) Malversaciones evitables
- 3°) Dispendios insospechados.

Estos tres ítems nos llevan a considerar dos conceptos fundamentales:

- 1°) Costo aparente y costo real de los alimentos.
- 2°) Desechos obligados y facultativos de éstos.

Ambos conceptos son solidarios e interdependientes; ellos permiten ponderar cómo mediante el buen manejo surgen saldos positivos en la economía familiar y en el estado nutricional de sus miembros y, a su vez, también evaluar en qué medida los malos hábitos y pautas culturales llevan al deterioro de la salud y al de los ya magros recursos económicos de aquéllos.

Interpretamos que costo aparente es el valor del desembolso en pesos que hace el ama de casa cuando realiza la compra, y costo real el que surge después de su manejo culinario por las particulares etapas de preparación y en función de los caracteres físicos de los distintos alimentos.

Los desechos obligados son aquellos que por sus características físicas o fisicoquímicas no pueden o no deben ser consumidos, y desechos facultativos, los supeditados a gustos, hábitos, costumbres personales y pautas culturales en la consumición de los alimentos.

Pasaremos a considerar los distintos alimentos que constituyen la base de nuestra alimentación diaria y cuyo manejo exige cierta información elemental para no caer en pérdida de nutrientes y pesos de magnitud significativa.

En el renglón vegetales, recordemos que la pa-

pa tiene un desecho obligado por la calidad indigestible de su cutícula suberínica (cáscara o piel) y un desecho facultativo supeditado o dependiente del método utilizado en su peladura. Cuando el mondado de la papa se realiza por medio de un elemento cortante o cuchillo, la magnitud de los desechos se eleva a valores que oscilan entre el 25 y 30% y no pocas veces porcentajes mayores (en instituciones oficiales o privadas, sanatorios, hospitales, internados, asilos, institutos carcelarios, fuerzas armadas; en cambio cuando aquél se efectúa por raspado, previa cocción en agua u horno, la pérdida no alcanza al 10%. Por la particular topografía química de este tubérculo el mondado por corte acarrea la pérdida de la mayor parte del hierro, vitamina C y proteínas que se encuentran en la subcutícula, la cual se acrecienta cuando la cocción se realiza trozando el vegetal y reduciendo entonces el contenido mineral en valores que acusan un 20% del contenido original. Los tubérculos cocidos con cáscara delatan pérdidas en mineral que no llegan al 2%.

Las zanahorias cocidas enteras tienen pérdidas de hasta el 25% del contenido original y las cortadas en rodajas de hasta el 50%.

Si la trascendencia nutricional de estas pérdidas no son del alcance de quien se ocupa del mondado, estimamos será fácil de explicar y captar el hecho de que con el procedimiento por corte paga \$220 por 1 kg, y derrocha \$66 por los 300 g de desechos, producto de la técnica incorrecta de limpieza, y que sólo perderá algo menos de \$22 cuando aquél se realice por raspado sobre el vegetal cocido con su piel. Otra alternativa será aclarar que si se pretende preparar 1 kg de puré de papas éste le saldrá \$314 (costo real) en lugar de los \$220 (precio aparente), pues necesitará 1,428 kg para lograr aquella cantidad.

¿Qué les ocurre a los vegetales de hoja por pautas culturales y hábitos conservados por vis a tergo costumbrista? Algunos vegetales de hoja tienen desechos obligados y otros facultativos; éstos son los que interesan por su incidencia económico-nutricional, y hacen al tema que nos ocupa. En nuestro medio se desechan las hojas más verdes de lechuga y escarola, las pencas de acelgas, la parte foliar de remolachas y zanahorias, tallos de apio, etc. En el primer caso dichas hojas verdes representan el 20% del vegetal y encierran el 80% del contenido total (5000 U%) en vitamina A de aquella hortaliza.

Si el contenido en vitamina A de las hojas más verdes es de 4000 U, el desprecio de éstas equivale a desaprovechar las 4000 U, de lo cual se infiere que se pagan \$40 por 5000 U de vitamina A para consumir sólo 1000 U, con lo que el costo real de las 5000 U obtenidas de hojas menos verdes alcanzaría a \$200 y se necesitaría 1/2 kg de lechuga pa-

ra cubrir éstas, o dicho en otra forma se pagan \$40 x 100 g, se tiran \$32 y se aprovechan \$8. Si de acelgas se trata, el desecho facultativo de sus pencas representa el 50% del vegetal, el consumo sólo de sus hojas equivale a decir que se paga por 1 kg y se insume sólo por el 50% de esa erogación. Una utilización racional sería, sólo a título de ejemplo, la preparación de acelgas a la crema y en otra comida presentar pencas de acelga a la parmehana. El costo aparente en este rubro sería \$200 + \$100 = \$300 costo real.

Desechos facultativos inaprovechados equivalen a pesos que se tiran y nutrientes que no ingresan

Las mismas consideraciones caben para otras hortalizas mal tratadas por falta de ilustración en lo elemental.

En el renglón frutas caben idénticas posibilidades; con la piel de muchas frutas peladas por corte se arrastran muchos gramos de pulpa noble con nutrientes, vitaminas y minerales; su consumo (previo lavado prolijo) con piel, cuando su calidad y estado sanitario lo permite, ahorrará muchos pesos y nutrientes en desechos facultativos.

La compra de vegetales y frutas en adecuado estado de frescura permite la utilización de las partes foliares de remolachas, coliflor, zanahorias, etc., así como también el consumo de manzanas, ciruelas, pelones, damascos, etc., con su piel con el consiguiente ahorro en pesos y elementos nutritivos, ya que conviene no olvidar que las hortalizas y frutas corren en el acontecer nutricional de un régimen con el aporte plástico de los minerales y con el papel de mediador metabólico de las vitaminas en ellas contenidas.

El pediatra debe enseñar las técnicas culinarias correctas y se asegurará con su prédica que las pérdidas por difusión de vitaminas hidrosolubles no alcancen valores del 60 al 70% cuando no se utilice el agua de cocción; además se obtendrá una pérdida no mayor del 10% si la difusión en el agua es minimizada por su cocción al vapor. Las pérdidas medias en la cocción de los vegetales y en el rubro "grupo vitamina B" han sido discriminadas en 20% por acción destructora del calor, 25% por difusión en agua y 25% por lo destruido en el tiempo que media entre su preparación y su servicio: total 70%.

Cuando se sumergen verduras para su cocción en agua hirviendo se pierden el 30% de las sales minerales y cuando se emplea agua fría estos valores superan el 60%.

También tiene relevancia el factor tiempo de cocción: si una hortaliza (repollo) se cuece durante 10 minutos, por ejemplo, pierde el 9% de sus proteínas y durante 30 minutos este porcentaje asciende (de 44 a 60%). El tamaño de los trozos

en que se fracciona el vegetal lleva las pérdidas del 25%, cuando el trozado es grande, al 50% cuando es pequeño. Consideramos que estos guarismos son muy significativos como para seguir abundando en ejemplos.

Recordemos que la mineraloterapia y la vitamínoterapia logradas con el manejo correcto de las técnicas de cocción permitirán marginar la receta farmacéutica y el consiguiente ahorro, lo cual acrecentará la canasta familiar en víveres frescos.

Pan: No es poco frecuente escuchar quejarse a las madres de que sus niños consumen del pan sólo la corteza dorada y desechan la miga y el piso; en buena medida esta pauta costumbrista significa una pérdida del orden de 40 a 45% del pan total; paga \$470 el kg y derrocha \$211,5.

Todos estos aspectos subestimados con más frecuencia de lo conveniente sólo pretenden alertar y motivar al médico, pues si los valores comentados son suficientemente llamativos adquieren dimensión inquietante por su trascendencia económica y nutricional cuando las malas prácticas recaen sobre alimentos de origen animal (carne, leche, huevos, queso) por los precios actuales y las perspectivas futuras de éstos en nuestros mercados, sin tener necesidad de enfatizar sobre su calidad biológica casi insustituible.

Si de carnes se trata se sugerirán técnicas de preparación que ahorren sensibles pérdidas en los minerales por disolución y retracción. La cocción en agua ocasiona pérdidas en los minerales muy solubles (Na, K, Cl) que llegan al 35% y en los menos solubles (Ca, Mg, Fe), del 20 al 25%.

Las proteínas solubles se transfieren por esta técnica al medio de cocción en cifras que oscilan entre el 2 y el 5%. Nuestros clásicos y populares puchero, tira de asado, chuletas, tienen un coeficiente de desechos por hueso y grasa no comestible que alcanza un promedio del 30%, con lo que es fácil justificar que de una erogación media a nivel de \$1.500 el kg, aquellos desechos equivalen a consumir por \$1.050 y malversar \$450, que van al bote de los residuos. Frente a este derroche el pediatra no se olvidará de enfatizar sobre la conveniencia del consumo de carne de pescado, tan olvidada y postergada por el grueso de nuestra población y en la que, salvo el contenido en grasa de los peces magros que aconsejamos para los niños, los demás nutrientes se hallan en igual o mayor concentración que en la carne de res. Su precio por kilogramo sigue siendo inferior al de igual cantidad de carne vacuna.

Estamos seguros de que pocos imaginan la distancia existente entre el costo aparente y el real del queso duro para rallar cuando se emplea el rallador convencional cilíndrico que deja un remanente en media luna imposible de rallar sin cuidado por razones obvias. Este saldo de tamaño varia-

ble en función de quien lo hace, es del orden de los 200 g por kilogramo, término medio. Si 1 kg de queso se cotiza alrededor de los \$2.000, se paga en función de gasto aparente \$2.000 pero por su mal manejo su costo real asciende a \$2.400 el kilogramo; la situación se agrava al desaprovechar para el organismo 780 calorías, 60 g de proteínas, 60 g de grasas, 1970 mg de calcio, cuando con la limpieza elemental de su superficie por raspado se podrá rallar en posición opuesta a la habitual o trozar el saldo e incluirlo en caldo, budines, guisados, etc.

Lo mismo podrá ponderarse con diferencias menos acentuadas pero no despreciables cuando la limpieza de la superficie de un queso fresco se realice con o sin inquietud económica: los valores de costo aparente (\$2.200) pasan a un costo real de \$2.860.

El conocimiento de que niños se niegan a ingerir clara de huevo debe llevar al pediatra a aclarar el hecho de que se pagan \$600 por una docena, se tiran \$420 y se aprovechan \$180 de un alimento que ha sido utilizado como patrón de valor biológico de su aminograma. La inclusión de clara de huevo en preparaciones tipo budín, soufflé, merengues, flan, bizcochuelo, ahorrará reprochables pérdidas.

Hemos dejado para considerar en último término el alimento de más trascendencia y jerarquía en la alimentación infantil: la leche.

Para detectar las pautas culturales de nuestra población con relación a su manejo, hemos realizado una encuesta alimentaria sobre un universo de 2.400 familias del más variado nivel socioeconómico-cultural y aun racial, pues incluye un colegio israelí con 500 alumnos.

Las conclusiones finales de ésta serán motivo de otro trabajo. De ella extraemos la tabulación de los ítems más significativos para esta comunicación: más del 75% de las amas de casas hierven la leche en cuanto la reciben y aclaran que, al formarse la película de leche (nata), la desechan. ¿Cuáles son las implicancias económiconutricionales de esta aparentemente anodina pauta cultural?

Estos valores son de tal magnitud que ponderando el valor económico de la leche en función de su aporte calórico (para tener un parámetro de medida) al precio de \$200 por litro, una vez sometida a la ebullición para su adecuación sanitaria y habiendo perdido o no algunos centímetros cúbicos por desborde, comienza a elaborarse el costo real que surge al despreciarse este alimento en los distintos nutrientes del que es despojado al eliminar la "nata" que se forma al enfriarse y en proporción directa con el diámetro del hervidor, y con el tiempo que transcurre desde su hervido hasta su consumición, costo real que alcanza a acrecen-

tar en 30% o más el costo aparente, en función de aquellas pérdidas, y configura el guarismo de \$260 por litro. Fácil será explicar la cantidad de pesos que van al bote de los residuos al despreciar la película de leche considerada por un alto porcentaje de nuestra población como algo inservible y sin valor. Pagar \$200 (hoy) por litro y tirar casi \$60 por maltrato es algo que entenderá y motivará, cualquiera que sea el cociente intelectual de nuestro educando.

Si valoramos que la leche de vaca representa el alimento que debe cubrir el 100% de los nutrientes de mayor jerarquía en los 3 primeros meses de la vida, que de ella depende fundamentalmente el estado de nutrición en esta etapa de adecuación crucial para el lactante y que este alimento cubre con el aporte de 1/2 litro: 1/5 del requerimiento calórico total, 2/5 del requerimiento proteico, 3/4 del requerimiento en calcio, el 50% en vitamina A, el 30% en vitamina B₁, el 50% en vitamina B₂, en un niño de 5 años, fácil será deducir que un alimento de tal jerarquía merece un trato acorde con las bondades que prodiga y una educación popular que lo coloque en un lugar de privilegio entre todos y adquiera conciencia de un derecho inalienable a todo niño: su provisión y su consumo en condiciones de calidad higiénica que evite tratos desmedidos a niveles térmicos, deletéreos para su integridad fisicoquímico-biológica.

Para terminar, eche cuentas el médico pediatra de los guarismos manejados: pérdidas que ascienden a 25, 30 y 50% de los nutrientes originales en un alimento dado, topes de 200, 300, 400 y más pesos por malversaciones en desechos facultativos y justificará entonces nuestra ambiciosa pretensión de hacer un aporte concreto, insospechado, para la problemática de la desnutrición, tal el título original de este artículo.

¿Qué otros agentes pueden ocuparse con tal carga de fundamentos tecnicocientíficos de desasnar al soberano de estos aspectos? Sólo el pediatra descontamos tiene perspectivas de éxito cierto y masivo por el predicamento que le confiere su aún sobreviviente perfil de líder en la comunidad materno-infantil. No ha llegado con la intensidad y constancia necesaria la educación alimentaria como enseñanza trascendente en los ciclos inferior y medio.

Las nutricionistas argentinas constituyen aún un reducido contingente para una cobertura tan multitudinaria como apremiante.

Sólo la difusión remultiplicada, dado el número de médicos pediatras, bastaría para que en pocos años estos conceptos con implicancias médicas sembraran, en todas las latitudes del país, la semilla de las buenas prácticas alimentarias y en poco tiempo también se comenzarán a vislumbrar sus bondades y reeditar sus frutos.

El pediatra no debe sentir retaceada su figura o desdibujada su imagen científica al ocuparse en difundir estos temas que, si bien huelen a economía doméstica, sus perspectivas tienen genuino sabor a cosa médica.

CONCLUSION

Es un mandato de la hora actual que el médico pediatra destine, frente a cada consulta por niño sano o enfermo, parte de su tiempo en realizar cultura alimentaria y logre así erradicar las influencias

negativas que tienen en lo nutricional y económico el mal manejo de los alimentos a nivel culinario, no abonando con prescripciones terapéuticas innecesarias (léase vitaminas, minerales, proteínas de origen farmacéutico) el malestar social que evoca el escaso poder adquisitivo del salario de un trabajador de modestos recursos. Actuando sólo así podrá sentir cumplida la integración medicosocial de su diario quehacer y que la medicina actual y el momento histórico que vivimos imponen como un deber inexcusable.

ATENEO BIBLIOGRAFICO

PEDIATRIA ESENCIAL: G. R. Burgio, G. Perinotto. Volumen de 894 págs., profusamente ilustrado. Editorial E.T.A.T. Italia, 1978.

"Pediatría Esencial" presentada por el Prof. G. R. Burgio, titular de la 1ª Cátedra de Pediatría, Director de la Clínica Pediátrica de la Universidad de Pavía, Italia, y actual Presidente de la Sociedad Italiana de Pediatría, está dedicada a los médicos que en su quehacer diario necesitan una obra de consulta práctica y actualizada, y a los estudiantes de medicina, los que hallarán en ella una síntesis clínica de la especialidad.

Esta obra dividida en tres partes, el recién nacido, el lactante y el niño mayor de 1 año, fue concebida considerando que los problemas de las dos primeras edades son fundamentalmente diferentes entre sí; debido a esto el autor hace una amplia exposición sobre la fisiología del desarrollo en estos períodos, proyectando las necesidades esenciales para el mantenimiento de la salud en su más completa concepción de bienestar físico, psíquico y social, complementando su obra con grandes cuadros y gráficos que resumen los problemas que preocupan a los que se interesan por la especialidad.

La primera y segunda parte a su vez están divididas en dos secciones. En la primera del capítulo Recién nacido, expone las características y exigencias del recién nacido sano, su adaptación a la vida extrauterina y su alimentación. En la segunda se dedica a la patología propia de esta época: sufrimiento fetal, traumatismo de parto, malformaciones, el recién nacido con alteraciones respiratorias, digestivas, hemorrágicas, el recién nacido icterico, infectado, convulsivo, el prematuro, el recién nacido de bajo peso y el posmaduro.

En la parte dedicada al lactante presenta primero al lactante sano y su desarrollo psíquico y motor, la maduración y evolución de los distintos sistemas y sus exigencias alimentarias para luego

desarrollar ampliamente la patología: alteraciones del crecimiento y desarrollo, de la digestión, errores congénitos del metabolismo, lactante con grave compromiso del sistema nervioso, convulsiones, raquitismo, tetania, anemias, cardiopatías, afecciones respiratorias, síndrome febril prolongado.

En la tercera parte, la del niño mayor del año de vida, describe con gran autoridad las alteraciones del crecimiento, deficiencias ponderostaturales, alteraciones de la nutrición, enfermedades respiratorias, infecciosas, parasitarias, neurológicas, musculares, del sistema osteoarticular, deficiencias inmunológicas, fiebre sin causa aparente, primoinfección TBC, niños edematizado y convulsivo. Luego trata a la pubertad normal y patológica, las intoxicaciones, y aporta elementos de psiquiatría infantil sumamente útiles para el pediatra.

En resumen, es una obra completa, enfocada con criterio práctico, donde los capítulos extensamente tratados desde el punto de vista fisiopatológico, clínico, diagnóstico y de tratamiento, con numerosos cuadros y esquemas que facilitan su comprensión, permiten al pediatra tener a su disposición un libro actualizado y de rápida consulta.

Vera María Giraudi.

EL NIÑO ASMÁTICO (Libro para padres). Guillermo Bustos y Francisco Bracamonte. Ed. Galerna. Buenos Aires. 1977.

No es habitual que un comentario bibliográfico comience con la portada del libro, pero en este caso es imprescindible. En ella aparece con elementales trazos de arte ingenuo un niño común, simple, expresivo; sobre él un título **El niño asmático**, sí, asmático, sin vueltas, sin subterfugios, sin falsos sinónimos que disfracen la realidad. Con este lema: sencillez y sinceridad, los autores emprenden

(Continúa en pág. 349)

PEDICULOSIS

Carta abierta a los señores Pediatras

Estimado Doctor:

Como Ud. sabe, la infestación por *pediculus humanus* se encuentra en plena avanzada, no respetando en la actualidad niveles sociales o económicos.

Su prevención o erradicación requiere un producto confiable superior a los hasta ahora conocidos y que asegure

Alta eficacia insecticida

Perdurable acción repelente

Barencia de efectos tóxicos

Para ello nos place presentarles

YALUCITO* loción, que elimina los parásitos, y YALUCITO champú de eficaz acción preventiva.

Cordialmente suyos

INSTITUTO ROGAL S.R.L.

Es un producto de



Instituto Rogal S.R.L.
Luis María Campos 1339

CAPITAL

YALUCITO:

YALUCITO: PARASITICIDA no clorado, de fórmula original propia, asocia en su fórmula un fármaco químicamente relacionado a los de origen vegetal (ésteres del ácido crisantemico o piretro obtenido de las flores desecadas del *Crysanthemum*) y un cicatrizante en proporciones

PRESENTACION:

Loción tratante x 120 ml

GLOMERULONEFRITIS

Normas de diagnóstico y tratamiento

COMITE DE NEFROLOGIA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA*

1. Definición

Glomerulonefritis es un término diagnóstico genérico aplicado a un conjunto de entidades clínicas y anatomopatológicas de predominante afectación glomerular inflamatoria, que se exteriorizan principalmente con hematuria, proteinuria, hipertensión arterial y variable grado de compromiso funcional.

2. Clasificación

A. Etiológica.

A.1. Posinfecciosas.

A.1.1. Estreptocócica: Comprende aproximadamente el 80% de las glomerulonefritis agudas en pediatría.

A.1.2. Otros gérmenes: Estafilocócicas, neumocócicas, *Haemophilus influenzae*, lúes, etc.

A.1.3. Virales: sarampión, varicela, parotiditis, hepatitis, etc.

A.2. De enfermedades sistémicas.

A.2.1. Púrpura anafilactoidea.

A.2.2. Lupus eritematoso sistémico (LES).

A.2.3. Enfermedad sérica.

A.2.4. Síndrome de Goodpasture.

A.2.5. Nefropatías herodofamiliares asociadas a sordera u oftalmopatía.

A.3. Idiopáticas.

B. Evolutiva.

B.1. Aguda: Hipertensión arterial, retención nitrogenada. Oliguria o síndrome nefrótico que se resuelven antes de los 15 días de iniciado el cuadro. Hematuria macroscópica que desaparece antes del mes. Complementemia que se normaliza a los 2 meses. Proteinuria y filtrado glomerular que se normalizan a los 3 meses y hematuria microscópica que desaparece antes del año.

B.2. Rápidamente progresiva: Evoluciona desde el comienzo a la insuficiencia renal grave en semanas o meses.

B.3. Persistente: Cuando cualquiera de los signos o síntomas enumerados en B.1. persiste por tiempos mayores de los referidos.

B.4. Crónica: Involucra el concepto de irrever-

sibilidad, que anatomopatológicamente significa fibrosis (glomérulos en oblea) y, clínicamente, insuficiencia renal irreversible.

C. Histológica.

C.1. Proliferativa endocapilar difusa con o sin exudación.

C.2. Proliferativa endocapilar y extracapilar focal (80% de glomérulos con semilunas).

C.3. Proliferativa endocapilar y extracapilar difusa (con semilunas en el 80% de los glomérulos).

C.4. Membranoproliferativa.

C.5. Proliferativa mesangial.

C.6. Proliferativa focal.

C.7. Fibrosis glomerular difusa (glomerulonefritis crónica).

3. Diagnóstico

3.1. Anamnesis:

3.1.1. Enfermedad actual: Hematuria, edemas, oliguria, diarrea, cefalea, obnubilación, visión borrosa, hemianopsia, convulsiones, alteraciones del psiquismo, dolor abdominal, vómitos, lumbalgia, polaquiuria, epistaxis, artralgias. Forma de comienzo y duración de los síntomas.

3.1.2. Antecedentes personales: Infección de las vías aéreas superiores (angina, otitis, etc.), escarlatina, infección dérmica. Otros procesos infecciosos en el transcurso del mes anterior al comienzo del cuadro actual. Enfermedad nefrourológica previa. Derivaciones ventriculoatriales. Tratamientos recibidos. Tóxicos. Alergenos.

3.1.3. Antecedentes familiares: Enfermedad renal en la familia, sordera, oftalmopatía, infecciones de las vías aéreas superiores o impétigo en los convivientes.

3.2. Examen físico:

Con especial referencia a: Talla, peso, tensión arterial, frecuencia cardíaca, respiración, edemas, lesiones cutáneas (descamación), palidez, examen de fauces, ritmo de galope, ingurgitación yugular, hepatomegalia dolorosa, signos de edema pulmonar (tos seca irritativa, rales húmedos difusos simétri-

* Secretario general: Doctor Luis E. Voyer.

Vocales: Doctores María Gracia Caletti, Carlos Cambiano, Roberto Remedi y Horacio Repetto.

cos, subcrepitantes, ortopnea, cianosis). Trastornos del sensorio. Signos neurológicos focales (parálisis facial, paresias, etc.). Trastornos de la visión (visión borrosa, escotomas). Fondo de ojo. ECG. Telerradiografía de tórax.

3.3. Exámenes de laboratorio:

3.3.1. Indispensables: Orina, proteinuria y sedimento (búsqueda cuidadosa de cilindros hemáticos, y repetirla diariamente si no se ven en el momento de la internación).

Densidad. Hemograma. Uremia. Ionograma. Creatininemia. Eritrosedimentación. Antiestreptolisina O (ASTO) y/o estreptozima. Complemento y/o C₃. Escobillado de fauces para estreptococo β-hemolítico.

3.3.2. Electivos: Proteinograma, Colesterolemia, estado ácido-base, crioglobulinas, orina de 12 o 24 horas para creatinuria y proteinuria.

3.4. Biopsia renal, indicada en las siguientes situaciones:

3.4.1. Insuficiencia renal aguda grave (oliguria severa o anuria que no responde a la furseמידا).

3.4.2. Casos en los que no se puede documentar una posible etiología estreptocócica.

3.4.3. Glomerulonefritis persistente.

3.4.4. Hipocomplementemia persistente (más de 6 meses de duración).

4. Criterio de internación

Presencia de edema, hipertensión arterial, oliguria, uremia, síntomas neurológicos, manifestaciones de hipervolemia, riesgo social.

5. Control evolutivo

5.1. Clínico: Registro diario de peso. Pulso (características) en caso de complicaciones cardiovasculares cada 6 horas. Respiración (caracteres y frecuencia) y tensión arterial 2 veces por día. Si hay hipertensión manifiesta, contrólase cada 2 horas. Diuresis, control diario: Fondo de ojo, a la semana.

5.2. Laboratorio: examen de orina 2 veces por semana. Uremia. Ionogramas seriados de acuerdo con las cifras iniciales y la evolución del cuadro clínico. Complemento y ASTO: si son normales repetir a la semana y si son anormales, a las 2 semanas.

5.3. Radiológico: Telerradiografía de tórax: si es patológica (agrandamiento cardíaco, edema de pulmón), 2 veces por semana hasta la normalización.

5.4. ECG: si es patológico repítase a la semana.

6. Tratamiento

6.1. Reposo en cama hasta la desaparición del edema, hematuria macroscópica, oliguria, hiperten-

sión arterial y normalización de la uremia. Reposo relativo durante 10 días más, luego retorno a actividades normales pero sin ejercicios físicos violentos hasta la normalización de la función renal.

6.2. Dieta.

Durante las primeras 8 horas (período de control del balance hídrico) no se hace ningún suministro oral ni parenteral. Luego se suministran pérdidas insensibles (300 ml/m²/día o 12 ml/kg/día) más la diuresis.

Sodio: Si hay oliguria y/o hipertensión y/o edemas no se da sodio. Si no están presentes los signos anteriores, dieta libre sin agregado de sal. Si hay oliguria severa **NO** dar jugos cítricos, infusiones (té, etc.), gaseosas por su contenido en sales de potasio.

Proteínas:

Uremia menor de 60 mg%: ingesta libre.

Uremia entre 60 y 100 mg%: 0,75 g/kg/día.

Uremia superior a 100 mg%: 0,50 g/kg/día.

6.3. Antibióticos.

En la glomerulonefritis aguda (GNA) en la que se pueda establecer una etiología estreptocócica (por la clínica o el laboratorio) suminístrese penicilina durante 10 días por vía oral o penicilina benzatínica. En caso de alergia a la droga se puede recurrir a eritromicina, cefalosporina, lincomicina, clindamicina. Se sugiere tratar toda angina, excepto que presente vesículas o fiebre por más de 48 horas a pesar de haber iniciado el suministro de penicilina. No se utilizarán tratamientos por más de 10 días.

La glomerulonefritis aguda no modifica las indicaciones de amigdalectomía ni el calendario de inmunizaciones (excepto en su período de estado).

6.4. Complicaciones:

6.4.1. Hipertensión arterial: Con 140/90 o más, diuréticos (furseמידا, 2 a 3 mg/kg/dosis E.V. o I.M.): Reposo y dieta. Si no se cede, a las 2 horas, repítase el diurético y agréguese reserpina o alcaloides de la rauwolfia, 0,07 a 0,10 mg/kg/dosis I.M. Si no mejora, suminístrese diazóxido, 5 mg/kg/dosis E.V. rápido y repítase a las 6, 8 o 12 horas según evolución de la tensión arterial, o nitroprusiato de sodio, 35 mg (o en situaciones de oliguria severa o anuria, 70 mg) en 500 ml de glucosado al 5%. Manténgase la solución a resguardo de la luz e iníciase goteo E.V. a 20 microgotas por minuto, dosificando el goteo con monitoreo de la tensión arterial. Actúa dentro del primer minuto.

Con cifras mayores de 160/110 o con síntomas del sistema nervioso central asociados, comiencese con nitroprusiato de sodio o diazóxido. En casos de sostenida hipertensión arterial, después de la medicación inicial referida, manténgase medicación con cualquiera de las drogas referidas en Normas de insuficiencia renal crónica.

6.4.2. Insuficiencia cardíaca:

Raramente por falla miocárdica, condicionada fundamentalmente por la hipertensión arterial y/o hipervolemia, no responde al tratamiento digitalico. Se tratará con diuréticos, furseimida o ácido etacrínico, 1 a 5 mg/kg/dosis E.V. o I.M. Si el cuadro no mejora se recurrirá a la diálisis peritoneal hipertónica.

6.4.3. Encefalopatía:

Generalmente asociada a hipertensión importante, puede presentarse con cifras tensionales normales (edema cerebral por alteraciones hidroelectrolíticas, exceso de sodio). Se tratará con diuréticos, drogas y dosis anteriormente referidos (cuando el cuadro se debe a edema cerebral, con esto sólo se obtendrá mejoría) asociados, en presencia de hipertensión, a nitroprusiato de sodio o diazóxido.

Si hay convulsiones, diazepam 0,1 a 0,5 mg/kg/dosis (dilúyase la dosis total en 5 a 10 ml de agua destilada en una jeringa y adminístrese por vía E.V. hasta que ceda la convulsión, en el momento en que se interrumpe la inyección aunque no se haya administrado la dosis prevista). No debe usarse sulfato de magnesio.

6.4.4. Insuficiencia renal aguda.

Véase Normas de diagnóstico y tratamiento de síndrome urémico hemolítico.

7. Control del grupo familiar

Contrólense convivientes. Si el origen de la infección estreptocócica es cutáneo, hágase examen físico y medicación si tienen lesiones. Si la infección es de las vías aéreas superiores, trátese a todos los convivientes. Realícense examen de orina y control clínico de aquellos que presenten signos de glomerulonefritis.

8. Control posalta

Semanal el primer mes, después mensual el primer trimestre y trimestral el primer año; luego controles anuales.

Tensión arterial. Proteinuria, semicuantitativa y sedimento. Uremia al mes y cada 3 meses hasta el año. Depuración de creatinina o creatininemia, ASTO y complemento cada 6 meses el primer año (si persisten anormales se continuarán haciendo controles periódicos).

Alcanzada la normalidad de los elementos anteriores, efectúese un control anual de éstos.

Se agradece la colaboración, como invitada del comité, de la licenciada en nutrición señorita Maritza Viejo, en la confección de las Normas de insuficiencia renal crónica.

ATENEO BIBLIOGRAFICO

(Viene de la pág. 345)

la no simple tarea de escribir un "Libro para padres".

En sus cuatro capítulos se analizan profundamente la enfermedad crónica más frecuente en la infancia. El profundo conocimiento del tema permite a los autores presentarlo en forma amena, clara y fácilmente aceptable. Se jerarquizan los aspectos más destacados de la etiología, la clínica y el tratamiento y en la última parte, "La familia del niño asmático", este "Libro para padres" enfrenta a sus reales destinatarios. Se les informa ampliamente y se les muestra la magnitud de su responsabilidad en el proceso de la curación.

Finalmente, en una encomiable actitud receptiva se propone un cuestionario a los lectores.

Su calidad de impresión y las ilustraciones son óptimas.

En síntesis, se trata de un libro vibrante, lúcido y lógico que traduce el compromiso de los autores con el lector: ofrece a éste una guía teórica-práctica del quehacer diario del niño asmático.

Narciso Ferrero

CENTELLOGRAFIA CON AGENTE TENSIOACTIVO PULMONAR YODO 131 (SURFACTANTE I³¹). G. S. Kadlubik y C. C. González. Bol. Med. Hosp. Inf. México, vol. XXXIV, N° 3, mayo-junio 1977, pág. 711.

Ya en trabajos anteriores los autores se refirieron al uso de este método, la centellografía pulmonar, y la novedad de esta comunicación es el empleo del surfactante I³¹ en 12 pacientes recién nacidos sanos y 2 casos con membrana hialina. Se usaron dosis orales de 200 microcuries para cada uno y después se tomaron las imágenes pulmonares en proyecciones anterior, posterior y lateral, dando, en caso de membrana hialina, una imagen típica.

No se observaron reacciones ni consecuencias inmediatas y tardías. Los autores reclaman ser los primeros en usar este recurso diagnóstico tan importante para el neonatólogo.

Prof. A. Chattás

REUNION SOBRE NUTRICION INFANTIL

En agosto de 1978 se llevó a cabo en la sede de la SAP una importante reunión científica cuyo tema central fue "Nutrición en el Niño".

Invitados por el Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI) y por la Comisión Directiva de la SAP, participaron de la reunión Thomas A. Anderson de la Universidad de Iowa, EE.UU., y Fernando Viteri, jefe del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), quienes recibieron de manos de nuestro presidente, doctor Jorge Nocetti Fassolino los diplomas de Miembros Correspondientes Extranjeros. Al agradecer la distinción el doctor Viteri dirigió las palabras siguientes:

Señor Presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría, doctor Jorge Nocetti Fassolino; señores miembros de la Comisión Directiva y distinguidos pediatras de la SAP; colegas y amigos:

Recibo este emotivo homenaje y tan preciada distinción con la humildad de quien tiene la certeza de que no son sus méritos personales ni mucho menos sus méritos científicos, sino la generosidad y el maravilloso espíritu estimulante de los distinguidos miembros de la Sociedad Argentina de Pediatría, los que los han movido a nombrarlo Miembro Correspondiente de tan reconocida sociedad académica.

Los pequeñísimos logros que se asocian a mi persona en realidad son el resultado de varias condiciones ante las cuales el único mérito al que podría yo aspirar sería tratar de responder sinceramente y con generosidad ante quienes han depositado su confianza, su amistad y esfuerzo personal en mí. Me explico: ante quienes me han dado siempre la oportunidad de educarme y de enriquecer mi espíritu; ante quienes, como lo hacen ustedes ahora, me han estimulado a servir más y mejor; ante quienes engrandecen mi vida al darme con enorme desinterés su amor, amistad y cariño desmedidos a mi correspondencia; ante quienes responden con un esfuerzo más allá del requerido, por cumplir con su responsabilidad como hombres y como trabajadores dentro de un equipo; ante quienes, teniendo menos en lo material que yo, tienen más en lo humano y me lo dan con esperanza; ante el niño y el adulto que se ponen en mis manos buscando mi ayuda; en fin, ante el Ser Superior que me da la libertad y al mismo tiempo me marca claramente el destino de mi vida, con la fe de que con El llegaré a alcanzarlo.

He dedicado mis esfuerzos hacia la investigación y la docencia movido por el convencimiento de que la investigación es una cualidad innata al hombre, como lo es también compartir lo que uno es con los demás realizando en este sentido una labor docente.

Veo a la investigación como el método más natural y efectivo para adquirir conocimientos a cualquier edad, ya que el aprendizaje es la consecuencia de la participación del estudioso en el proceso de descubrir, de crear, de soñar, remontando la mente más allá de lo que es evidente. En el proceso de investigar se agudiza la capacidad de plantear preguntas y defenderlas, de observar e integrar hechos, analizar situaciones y hallazgos, y, más importante aún, despertar el ansia de saber más, ya sea para explicar

el error de nuestro planteamiento básico, de nuestro método o de nuestra interpretación de resultados no esperados, o para avanzar en los interrogantes que surgen al adelantar nuestro conocimiento.

La investigación, entonces, es el proceso natural de aprendizaje en libertad, que al mismo tiempo afianza y engrandece esa libertad. Este concepto es aplicable tanto al individuo como a la comunidad, a la nación o a la humanidad entera.

Como ente libre cada hombre debe plantearse su razón de ser y su misión. Aunque consciente o inconscientemente tendemos a ello, es indispensable investigar en el orden espiritual pues cuanto mayor sea nuestro conocimiento en esta dimensión mayor será nuestra libertad individual.

Como entes sociales es nuestra responsabilidad determinar cómo podemos ser más útiles al conglomerado humano. En ello influye una serie de factores condicionantes inherentes al medio en el que nos desenvolvemos y al cual nos debemos de acuerdo con nuestro binomio libertad-responsabilidad. De aquí que la investigación apropiada para un ambiente determinado puede resultar inadecuada para otro, excepto en sus dimensiones universales, o sea en sus repercusiones en lo que hace a la verdad.

Como entes sociales y como investigadores en un medio con limitaciones de recursos, nuestro deber es ser al mismo tiempo cautelosos y arrojados. Es nuestro deber y responsabilidad estar bien informados y despiertos para poder encontrar soluciones no ortodoxas a los problemas de nuestra comunidad, pero sobre todo debemos estar dispuestos a asumir el riesgo de equivocarnos en nuestro afán de investigadores con sentido social. En este caso, debemos tener la prestancia para corregirlos, haciéndolos notar a quienes en un futuro proseguirán nuestra labor.

He pretendido esbozar ante ustedes, cómo veo mi responsabilidad de docente e investigador, y cómo en mi opinión sólo conjugando nuestro afán científico con nuestra libertad individual, el amor y el respeto al prójimo, es posible dar cumplimiento a nuestra misión. Sólo así podrá desmentirse el concepto de que la ciencia y la tecnología han fracasado en dar la felicidad al hombre.

Recibo conmovido esta inmerecida distinción con la certeza de que mi esposa, mi familia y mis colaboradores son quienes la merecen y que yo no soy más que el instrumento más expedito para rendirles a ellos el homenaje que merecen. Muchas gracias.