

Intervención familiar como complemento diagnóstico en el marco de la pediatría ampliada. Modelo del rompecabezas

*Family intervention as complement diagnosis of pediatric extended framework.
Model of the puzzle*

Dra. E. Eleonora De Petre^a

RESUMEN

El modelo del rompecabezas es una intervención breve, interdisciplinaria, diagnóstico-terapéutica, que toma como foco a la familia. Su finalidad es determinar el grado de participación de la dinámica familiar en la generación y desarrollo del síntoma presentado por el paciente. Participan de manera conjunta el adulto mediante el discurso y el niño mediante juegos cognitivos y proyectivos que permiten, a través de la interacción mutua, descubrir la estructura y la dinámica familiar. El terapeuta, a partir de los elementos aportados en la interacción de las partes durante la entrevista, arma y realiza el reencuadre o nueva mirada del problema presentado.

El objetivo de este trabajo es describir la técnica empleada. Se ejemplifica con dos casos clínicos y se muestran algunos resultados del modelo de atención.

Palabras clave: terapia familiar, niños, trastorno psicossomático, interacción.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.128>

INTRODUCCIÓN

La consulta por síntomas conductuales o psicossomáticos es frecuente en pediatría, y compromete la salud del niño, o su crecimiento y desarrollo.

A partir de los conceptos de la pediatría ampliada,¹ al ser la familia el núcleo en el que preferentemente se crean y entrelazan los vínculos e interacciones más tempranas, es importante poner una mirada desde el abordaje de la terapia familiar sistémica para aportar al proceso diagnóstico pediátrico.^{2,3} Este modelo de intervención multidisciplinaria se brinda como una herramienta diagnóstica y terapéutica ante este tipo de síntomas, considerando que la problemática del niño puede ser parte y emergente de la disfuncionalidad del sistema familiar y su entorno social.²

A diferencia de las terapias familiares clásicas, sistémicas o psicoanalíticas,³ este modelo de atención toma al niño como protagonista. Su finalidad es determinar el grado de participación de la dinámica familiar en la generación y desarrollo del síntoma presentado por el paciente y posibilitar un diagnóstico diferencial.

El terapeuta construye una hipótesis que pone de manifiesto las probables razones del desequilibrio familiar. Esta surge a partir de la posibilidad de develar las percepciones infantiles manifestadas en la interacción entre el juego proyectivo infantil realizado y la participación conjunta de los padres.^{6,7}

A partir de las emociones generadas y compartidas entre los miembros participantes y la intervención terapéutica, surgen los recursos propios del grupo familiar para poder poner en marcha nuevos modos de relación entre sus miembros como solución al problema consultado.^{8,9} Se ponen en el centro los sentimientos y necesidades afectivas del niño, inadvertidas o no tenidas en cuenta por el adulto hasta ese momento.

La resolución de los síntomas será consecuencia, por lo tanto, de la posibilidad del reencuadre o nueva mirada del problema.

El objetivo es describir el modelo y ejemplificar con dos casos clínicos.

Descripción de la técnica terapéutica

El modelo del rompecabezas se basa en tres a cinco entrevistas interdisciplinarias semiestructuradas, diagnóstico-terapéuticas, con objetivos específicos en cada una de ellas (*Tabla 1*). El juego proyectivo realizado por el niño en presencia del padre es el principal elemento vehiculizador del cambio en el sistema familiar (*Anexo 2*). El equipo está conformado por un grupo de trabajo especializado en el abordaje familiar, en el que se incluye al pediatra que deriva al paciente.

Al trabajar en la frontera entre lo orgánico y lo psicopatológico, es posible que a partir de la primera consulta el pediatra deba profundizar en la búsqueda de causas orgánicas.

a. Pediatra y Psiquiatra Infanto-Juvenil de Consultorios Externos del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y del Equipo de Familia Sistémica del Centro de Salud Mental N° 1 de la Ciudad de Buenos Aires.

Correspondencia:

Dra. E. Eleonora De Petre: eledepetre@hotmail.com.ar

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 8-10-2012

Aceptado: 18-12-2012

En caso de hacerse necesario se derivará al paciente o a aquellos subsistemas familiares que aparezcan como problema, para realizar una terapia más prolongada y consolidar los resultados (*Anexo 1*).

CASOS CLÍNICOS

1. Varón de 9 años. Motivo de consulta: derivado desde la escuela por introversión, falta de contacto visual y de integración social. No escribe ni participa en clase. Falta de contacto afectivo: no se deja besar ni tocar por nadie. Inteligencia y conocimientos curriculares adecuados. Se sospecha síndrome de Asperger. Historia familiar de padres separados por violencia. A los dos años, el padre encerraba al niño impidiendo el contacto con su madre. Tenencia materna. Ausencia de contacto con el padre biológico desde hace cinco años. Madre en pareja desde hace cuatro años. Atribuye el comportamiento al daño provocado por su padre. Niño colaborador y expresivo en la consulta. El juego proyectivo realizado permite descubrir ante los ojos de la madre la necesidad del niño de tener un padre, la fortaleza de este y la fal-

ta de temor hacia su padre biológico. La mamá descubre ante el niño los motivos no aclarados por los que no permitía el acercamiento hacia su padre ni hacia su padrastro. El reencuadre del problema permitió una reorganización familiar. Comenzó a pasear con su padrastro y lo nombra como a un mago espectacular.

En la tercera entrevista se observan cambios: se deja besar por la mamá, mira a los ojos, empezó a relacionarse con sus compañeros, pinta con colores y sacó buenas notas en la escuela.

2. Niña de dos años y medio. Consulta por falta de progreso ponderal y retraso del lenguaje (dice sólo tres palabras). Es irritable y agresiva. Se sospecha retraso madurativo por abuso sexual paterno en una única oportunidad referido en la consulta pediátrica por la madre. Historia familiar: padres separados desde su nacimiento. Contacto paterno solo en cuatro oportunidades. La madre atribuye su conducta a este antecedente. Actitud general: la niña responde a las consignas del terapeuta y se muestra tranquila y colaboradora. A partir de los juegos proyectivos la mamá ve que su hija se representa apar-

TABLA 1. Participación de la familia, del terapeuta y del coterapeuta en las entrevistas

Participación de la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Discurso paterno: motivo de consulta, genograma, historia relatada. • Emociones detectadas en el niño y en los padres al llegar y durante la entrevista. • Intervención del niño a través de los juegos proyectivos de evaluación familiar. • Momentos de interferencia en los juegos. • Intervención del niño a través de los juegos cognitivos y proyectivos de evaluación familiar. • Emoción y reflexión paterna desencadenada ante el juego. • Experiencia emocional compartida de descubrimientos afectivos con efecto terapéutico.
Intervención del terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> • Direccionalidad de la entrevista. • Transformación de la experiencia emocional en palabras a partir de la experiencia sensible vivida por el terapeuta. • Contraposición y superposición de miradas paterna e infantil. • Indicación de tareas.
Intervención del coterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> • Observación del niño durante toda la consulta: detección de los momentos de interferencia en los juegos. • Registro de los juegos proyectivos.

tada del resto del grupo familiar, no representa a su madre y ubica a su hermana bebé como la figura femenina principal. Del discurso materno surge que la niña no es una prioridad para ella, que la agota y que debe retarla constantemente. En un momento de emoción, la madre percibe la tristeza de su hija, quien llora ante la intervención del terapeuta. Esto permite reencontrar el problema como desapego madre-hija. Se recomendó a la madre compartir con la hija momentos sin retarla ni reprimirla. En la segunda entrevista (15 días después) se observan los siguientes cambios: aumentó 400 g, dice frases con un número amplio de palabras y se muestra tranquila en su hogar.

DISCUSIÓN

Este modelo contribuye a obtener una mirada ampliada del paciente que facilita el diagnóstico diferencial, evaluando la participación de la disfuncionalidad familiar como determinante de la

aparición, el agravamiento o la evolución de síntomas de dudosa organicidad. Permite, al mismo tiempo, evaluar aspectos cognitivos y conductuales del paciente.

La innovación de este modelo es la creación de una estructura dinámica mediada por el juego proyectivo infantil que genera un contrapunto al discurso adulto. Desde el abordaje tradicional, el adulto se autopreserva desde las posibilidades que le otorga el discurso verbal. El niño hace una construcción afectiva a través del juego proyectivo y, de este modo, toma la palabra.

El juego, al actuar como facilitador de la comunicación intrafamiliar, devela la conflictiva que probablemente causa la sintomatología. Actuando como principal vehiculizador del cambio genera aprendizaje familiar y construye el pronóstico y tratamiento por seguir.

El modelo plantea, asimismo, un cambio de paradigma al realizar la entrevista familiar conjunta tomando al niño como protagonista.

TABLA 2. Descripción de las entrevistas, objetivos de cada una y contenidos

Entrevistas	Objetivos específicos	Contenidos
Primera	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de una hipótesis a partir de la interacción entre los juegos proyectivos y el discurso paterno. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica familiar generada por el juego.
Segunda	<ul style="list-style-type: none"> Detectar el problema latente o motivo de consulta oculto. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de los síntomas. Cumplimiento de la tarea encomendada. Cambios y dificultades percibidos: en el paciente en particular y en otros miembros de la familia.
Tercera a quinta	<ul style="list-style-type: none"> Investigar la eficacia de la terapia y definir nuevo enfoque terapéutico para quienes sea necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> Cambios y dificultades percibidos: en el paciente en particular y en otros miembros de la familia. Intervención sobre el subsistema familiar detectado como problema. Reevaluación del paciente en las áreas afectivas y cognitivas, así como en lo vincular. Trabajar con la red familiar ampliada en caso de hacerse necesario y adjuntar informes de los docentes, en caso de ser pertinentes.

FIGURA 1. Representa mediante cubos y muñecos su particular e irrepetible estructura familiar



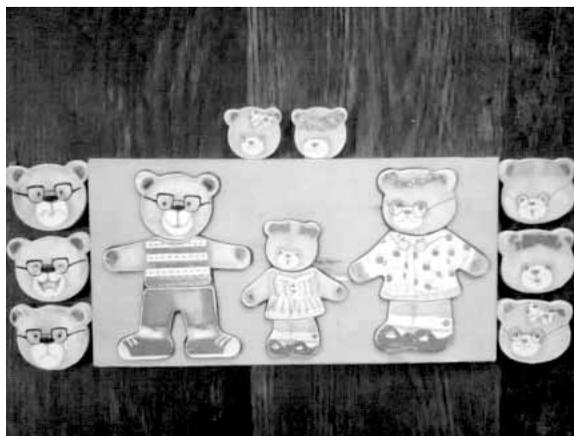
El encuadre del modelo se caracteriza por la presencia y posterior seguimiento del pediatra derivador, que a partir de la intervención ha descubierto aspectos ignorados sobre el paciente. Su participación como depositario de la confianza del paciente posibilita crear una fuerte alianza terapéutica, que permite realizar una rápida intervención profunda en el sistema. Ésta moviliza emociones que se comparten entre los miembros durante la intervención.⁹

La brevedad de la terapia para producir cambios está en relación con el involucramiento emocional de la familia en ella, transformándola en artífice necesario de la resolución de los síntomas. Los procesos continúan una vez concluidas las entrevistas, a partir de los recursos maternos y paternos descubiertos, y el seguimiento pediátrico de apoyo.

Facilita el acceso a una población de pacientes con demanda insatisfecha, virgen en general de tratamientos psicológicos anteriores, al funcionar como prolongación de una consulta pediátrica.

El modelo fue aplicado en pacientes hospitala-

FIGURA 2. Representa las emociones captadas por el niño. Permite expresar sentimientos de tristeza, alegría, placer o displacer de sí mismo o de sus padres, así como poner de manifiesto valores familiares



rios. Desde julio de 2010 hasta octubre de 2011 se atendieron 87 pacientes, de 2 a 12 años. De ellos, 11 desertaron. De los 76 pacientes seguidos, en 67 se observó asociación entre los síntomas y la dinámica familiar disfuncional y se obtuvo una evolución favorable a partir de la intervención a corto plazo. Los 9 pacientes restantes fueron derivados para otros tratamientos. Se brindó luego la posibilidad de continuar una terapia más prolongada en los casos que lo requirieron.

Se concluye que el modelo del rompecabezas podría ser una herramienta diagnóstica terapéutica eficaz para diferenciar síntomas de dudosa organicidad en el marco de la consulta pediátrica, permitiendo luego derivar para otros tratamientos a quienes así lo requieren. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez A. Psicoanálisis; pediatría, familia y derecho. Buenos Aires: 1^{era}. ed. Carybe; 2001.
2. Fergusson DM, Lynskey MT. Adolescent resiliency to family adversity. *J Child Psychol Psych* 1996;37(3):281-92.
3. Berenstein I. Familia y enfermedad mental. 2^a Reimpresión. Buenos Aires: Ed Paidós; 1984.

ANEXO 1

Descripción del modelo terapéutico

El objetivo es que el terapeuta pueda descubrir el modo de relación o pauta transaccional oculta disfuncional generadora de síntomas –hipótesis–, no surgida de manera directa del discurso adulto.

La estructura de la entrevista y la direccionalidad de la charla son guiadas por el terapeuta en función de la simbolización del juego infantil.

Los miembros participantes son: el paciente pediátrico de 2 a 12 años, identificado como portador del problema, y los adultos acompañantes, los padres o personas que asumen dicha función. El niño participa fundamentalmente mediante el juego de tipo cognitivo y proyectivo (*Anexo 2*), los adultos participan mediante el discurso. La simultaneidad de la atención permite generar interacciones y crear un ambiente con situaciones e intercambios similares a los de su hogar en presencia de un terapeuta.

La duración de cada entrevista está determinada por el tiempo de desarrollo y desenlace de un proceso emocional, experimentado durante la consulta.

Pasos del *setting* terapéutico:

1) *Genograma familiar*: se incluyen tres generaciones y se reconstruye la historia particular del paciente y su familia (*Figura 1*).

El adulto participa de dos modos diferentes: por un lado verbaliza el problema manifiesto, aporta los hitos fundamentales y el marco histórico. Esto permite dar un sentido especial a la enfermedad, ubicándola dentro de la historia silenciosa que cada persona le cuenta a los otros y se cuenta a sí misma.¹

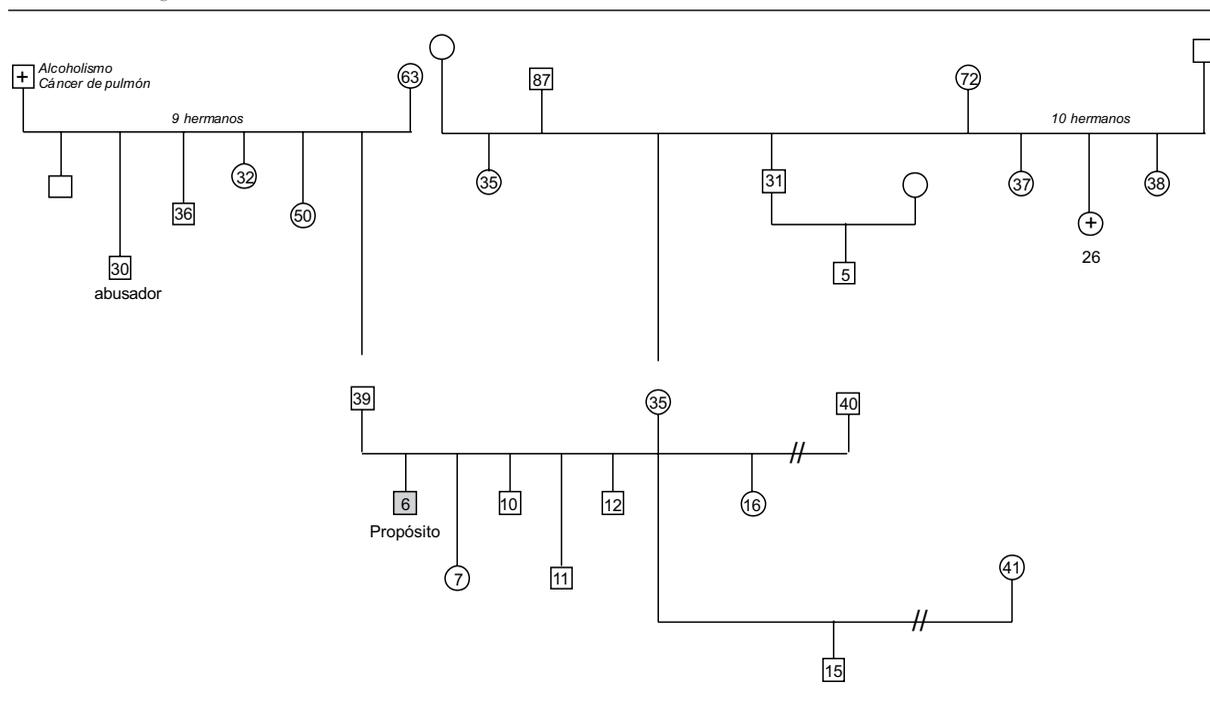
En esta etapa de la entrevista se detectan: a) los discursos significativos que remiten a creencias o pensamientos con contenido afectivo, determinantes de actitudes y b) los recuerdos, situaciones o personas referidas desencadenantes de emociones.

Simultáneamente el niño se encuentra activo realizando los juegos propuestos, por lo tanto se deben detectar sus intervenciones espontáneas y sus interrupciones o discontinuidades en función del relato paterno. La espontaneidad del niño es fundamental para no inducir sus respuestas y para detectar sus focos de interés o preocupación.

2) *Juegos proyectivos*: para develar la estructura y dinámica familiar (*Anexo 2*).

El set ofrecido consta de cubos y figuras de madera que pueden ser utilizados tanto como juego libre o ser ordenados como rompecabezas de dificultad creciente. Representan imágenes sobre las cuales los niños pueden a instancias del terapeuta realizar proyecciones: a) imaginar his-

FIGURA 1. *Genograma*



torias; b) personificar animales, a los que les atribuyen determinadas capacidades y características y c) ordenar figuras o personas separándolas en subsistemas a las que los niños les adjudican significado, creando con ellas una determinada distribución espacial. Cada rompecabezas brinda al terapeuta la posibilidad de evaluar diferentes aspectos del paciente y de la dinámica familiar. Estos permiten también realizar una valoración de las capacidades cognitivas.

Se genera un primer momento de sorpresa a partir de la intervención exclusiva del niño, seguido por la participación de todos los presentes. Se le brinda al niño la posibilidad de ocupar en la consulta un lugar central. Se comparte con el adulto sus impresiones a través de las reflexiones que el juego le provoca y las asociaciones que le dispara que surgen de las vivencias compartidas, posibilitando la interacción entre los miembros participantes.

Los niños expresan mediante el juego situaciones, percepciones y deseos, mediante imágenes que los adultos pueden explicar. A su vez, sus sensaciones e intuiciones pueden aliviarse al ser representadas en palabras. La actividad cognitiva mantenida en el juego amortigua los afectos generados en el niño al escuchar el discurso paterno.

El juego permite evaluar a niños a partir de los dos años de edad, cuando aún no son capaces de expresarse con dibujos.

Este momento de la consulta es terapéutico para el niño, ya que lo lleva a sentirse reconocido y descubierto en sus sentimientos.

Desde el punto de vista paterno, se produce un impacto que los involucra directamente en la situación, a partir de la captación de la representación visual de la familia percibida por el niño. Esto cambia y enriquece el discurso realizado hasta ese momento haciendo surgir aquello oculto que puede dar cuenta de la realidad, a partir de la representación infantil.

3) *Trabajo con las emociones*: las emociones generadas son una pieza fundamental del tratamiento. Se revisan episodios traumáticos, creencias paternas arraigadas, miedos o secretos, que llevan a actitudes generadoras de síntomas. A partir de la posibilidad de la regresión, es decir, de retornar a una fase menos diferenciada del

desarrollo, para ser capaz de recrear nuevamente aquello que ha sido destruido por el trauma o la enfermedad, los padres pueden constituirse en artífices de los cambios.²

4) *Construcción de una hipótesis*: a partir de la decodificación del significado de las interacciones se puede inferir la estructura y el funcionamiento familiar, a la vez que el síntoma presentado es redefinido en función de un contexto que involucra a todos los miembros de la familia.

Con el aporte de los elementos que surgen como parte de las piezas de un rompecabezas, se llega al armado de una hipótesis que permite el posterior reencuadre o cambio de mirada del problema, que luego los padres puedan confirmar dándole veracidad.³

5) *Recomendaciones a la familia*: son tareas concretas indicadas por el terapeuta a la familia en función de la hipótesis realizada.

6) *Seguimiento*: una vez resuelto el síntoma, el paciente queda a cargo del pediatra derivador. Sin embargo, se abre la posibilidad de tratamiento psicoterapéutico para aquellos miembros de la familia que así lo requieran, a partir del descubrimiento de un problema que no fue el consultado.

Debido a la frecuente deserción de pacientes en todas las enfermedades crónicas, en especial las psicopatológicas,⁴ lo cual se ve acentuado en las poblaciones de escasos recursos, los llamados telefónicos permiten conocer la evolución de pacientes que no retornan, en muchos casos por evolución favorable. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine. Dialogue and discourse in clinical practice. London: BMJ Books; 1998.
2. Canevaro A. Quando volano i cormorani. Terapia individuale sistemica com il coinvolgimento dei familiari significativi. Roma: Edizioni Borla; 2009.
3. Bergman JS. Pescando barracudas. Pragmática de la terapia sistémica breve. España: 1ª ed. Paidós; 1987.
4. Belmar NA, De La Parra Cieciva G, Guillón M, Valdés C. Deserción de pacientes de psicoterapia: exploración de factores pronósticos en base a la evaluación psicométrica de ingreso. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 1995;33(3/4):273-8.

ANEXO 2

Juego proyectivo de evaluación familiar

Los juegos se ofrecen en determinado orden. El niño es invitado a armar los rompecabezas que se le van ofreciendo. Luego, a partir de ellos, el terapeuta lo induce a jugar con su imaginación haciendo posible utilizar los mismos juegos de modo proyectivo. Cada uno de los rompecabezas evaluará aspectos diferentes del niño y de la dinámica familiar.

El padre participa de los mismos juegos al ser invitado a pensar qué le llama la atención del relato de su hijo. De esta manera el juego es contrastado con la realidad percibida por el adulto. Las diferencias encontradas entre las dos realidades o las razones que puedan explicar lo relatado por el niño permiten descubrir los puntos claves de la dinámica familiar.

En los dos primeros rompecabezas el terapeuta participa solo mediante la observación. A partir de la tercera interviene de manera directa dirigiendo la trama que relata el niño.

La interrelación entre todos los juegos y las intervenciones paternas brindan las claves al terapeuta para realizar la hipótesis.

Figuras:

- 1) Se observa el armado completo o incompleto, y el grado de dificultad.
- 2) Se observa la inclusión o no del huevo y el pollito dentro de la gallina.
- 3) Se induce al paciente a elegir el niño que le guste más y se le pregunta qué podría estar haciendo. Evalúa la intencionalidad.
- 4) Se le propone al niño desordenar las figuras y pararlas en un nuevo orden. Luego debe ubicarse a sí mismo entre ellas y ubicar por nombre al resto de las figuras. Se evalúan las relaciones con la familia ampliada.
- 5) Se invita al niño a pensar que está frente a una casa imaginaria. Se le pregunta si quiere entrar. En caso afirmativo se quitan las paredes del rompecabezas y quedan al descubierto los diferentes ambientes que el niño comenzará a recorrer, realizando diferentes actividades y con diversas compañías. Ejemplos: ¿Quiénes están en la mesa sentados con él? ¿Quién está dentro de la casa? ¿Qué programa de televisión miró y qué capítulo es? Se le induce a pedir un deseo a la estrellita que se ve desde la habitación.
- 6) Se sitúa al niño dentro de este paisaje y se le pide que imagine dónde podría estar él o quién

podría ser respecto de las personas que allí aparecen. Se le pide que ponga su atención en el personaje disimulado delante del árbol al que debe otorgarle una actitud benévola o intimidante. En contraste, con respecto al personaje de la nena vestida de blanco llevando flores, le adjudicará la capacidad de dirigir afectos mediante la distribución que hará de las flores. Ubicará a la mascota como parte integrante o no de la familia. Con el auto indicará la llegada o la partida de alguien (aquellos que se desplazan).

- 7) Ciudad: situado en este nuevo contexto elegirá el lugar para ir a vivir y la compañía que desearía tener. En las casas de al lado ubicará a otras personas (conocidas o desconocidas). Se lo invita a dar un paseo con los autos, evaluando así aspectos recreativos. En los autos irán distribuidos de forma particular las distintas personas significativas para el niño (formando diferentes subsistemas). Al llegar a la costa estas mismas personas se distribuirán para dar un paseo en barco. El niño indicará quién viaja en remolcador y quién en barco. Se evaluará capacidad ejecutiva y capacidad de cambio.
- 8) Circo: se lo invita a formar parte del plantel junto con toda su familia a la que ubicará en los distintos personajes: equilibrista, malabarista, payaso con globos, payaso con pelotas, domador, león, elefante. Se evalúa la relación espacial y funcional entre ellos.
- 9) Zoológico: realizará identificaciones entre los animales y sí mismo y la familia, atribuyéndoles características específicas a cada animal. Los animales enjaulados serán invitados a quedar o no en libertad justificando su motivo. Se prestará especial atención a la distribución espacial (posiciones centrales o periféricas), cercanías y medios que habitan (acuoso, tierra, aire) en que ubicará a cada uno. Los animales serán invitados a desplazarse buscando la compañía de otros.
- 10) Osos: representa las emociones captadas por el niño. Permite expresar sentimientos de tristeza, alegría, placer o displacer de sí mismo o de sus padres, así como poner de manifiesto valores familiares.
- 11) Cubos: representa mediante cubos y muñecos de madera su estructura familiar, roles, jerarquías, alianzas, proximidad o distancias. Los muñecos representan un padre, una madre, una nena, un nene y un bebé. Se le ofrece agregar más muñecos en caso de que así lo deseara. Luego al finalizar el armado deberá

ubicarse a sí mismo primero y luego dirá quiénes son lo demás. Es importante saber que en muchos casos el padre o la madre muñecos pueden representar al propio paciente o el bebé representar a alguno de sus padres. Esta

elección permite evaluar los roles dentro de la familia. Asimismo la altura a la que ubica a cada uno se relaciona con las jerarquías o importancias dentro de la familia. La distribución espacial nos indica las distancias afectivas. ■

Secuencia de juegos ofrecidos en la terapia

1) Figura: identidad



2) Gallina con pollito: vínculo materno



3) Nenes: intencionalidad



4) Familia con abuelos: familia ampliada



5) Casa: percepción de sí mismo en el hogar y deseos



6) Nena con flores: capacidades afectivas y temores



7) Ciudad: subsistemas, capacidades ejecutivas y flexibilidad



8) Circo: modos de relación intrafamiliar



9) Zoológico: subsistemas, identificaciones, actitudes, peligros y bloqueos afectivos



10) Osos: estados de ánimo



11) Cubos y muñecos: estructura familiar



Administración de la Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE) en el hogar en poblaciones con alta prevalencia de necesidades básicas insatisfechas

Administration of the National Screening Test (PRUNAPE) at home level in inner cities

Dr. Horacio Lejarraga^a, Dra. María Cecilia Pascucci^a, Dra. Celina Lejarraga^a y Dr. Fernando Nunes^a

RESUMEN

La administración de la Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE) en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) podría asociarse a una alta proporción de falsos positivos. Para reducir esta proporción, en una encuesta de 2012 de Salud Ambiental de ACUMAR en La Matanza y Florencio Varela, se evaluó la adecuación del domicilio a partir de cinco factores: piso irregular, espacio escaso para ciertas pautas PRUNAPE, ruidos molestos, falta de privacidad y ausencia de mobiliario necesario. Si el domicilio era inadecuado, se administraba la PRUNAPE en un tráiler; si el niño "no colaboraba" en el domicilio, se administraba la prueba en el tráiler por segunda vez. Se evaluó el desarrollo psicomotor en 2174 niños menores de 6 años. Todos los hogares encuestados fueron adecuados para administrar la PRUNAPE. En el domicilio, 98 niños (4,4%) "no colaboraron" con la PRUNAPE y se derivaron al tráiler; 58 (59%) concurren, de los cuales 28 (48%) pasaron la prueba. La PRUNAPE puede administrarse en terreno en hogares NBI tomando las precauciones descritas.

Palabras clave: desarrollo psicomotor, pesquisa de trastornos del desarrollo, encuestas de desarrollo, población NBI, PRUNAPE.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.132>

INTRODUCCIÓN

La Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE)¹ fue validada² para la detección oportuna de trastornos del desarrollo en niños menores de 6 años.³ Fue diseñada para su administración en la consulta ambulatoria pediátrica^{1,4} y se ha usado también en prisiones⁵ y en encuestas domiciliarias en terreno.⁶ En 2012 la Dirección de Salud Ambiental (DSA) de ACUMAR (Autoridad Cuenca Matanza-Riachuelo), entidad estatal destinada al saneamiento ambiental de 14 municipios que lindan con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Riachuelo, llevó a cabo una encuesta de nutrición, desarrollo y análisis toxicológico (ENU DPAT II).⁷ Se realizó en áreas de alta prevalencia (30% o más) de familias con necesidades básicas insatisfechas (NBI) en los Municipios de La Matanza (LM) y de Florencio Varela (FV). La evaluación de los niños se cumplió en su domicilio, pero la condición de las viviendas y el ambiente circundante (ruidos molestos, mucha gente observando, etc.) podrían interferir en el resultado de la prueba. Uno de los resultados posibles de la PRUNAPE es que el niño "no colabora"; en un ámbito clínico, este resultado debe registrarse como que el niño "no pasa la prueba",¹ pero en una encuesta domiciliaria quedamos con la duda de si este resultado se debía a un desarrollo psicomotor retrasado o si los niños no pasaban la prueba por interferencias del medioambiente.

Los objetivos de nuestra investigación fueron:

- Evaluar la adecuación del domicilio para la administración de la PRUNAPE en una población con 30% o más de necesidades básicas insatisfechas.
- Evaluar la alternativa de tomar la prueba en un móvil ubicado cerca del domicilio para los casos en los que el hogar se valore como inadecuado o en los que se obtenga un resultado "no colabora" en un hogar considerado adecuado.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Habiendo precisado las áreas y los radios censales, se definieron al azar los puntos de muestra y se fijó la ubicación de unos 30 niños menores de 6 años por cada punto. Sobre la base del estudio espacial, las características de la población y el procesamiento al que se iban a someter los datos, se estimó un tamaño de muestra final de 1000 niños menores de 6 años en cada municipio. Las casas fueron visitadas por sensibilizadores y listadores, con la colaboración de líderes barriales y

a. Dirección de Salud Ambiental, ACUMAR. Autoridad Cuenca Matanza-Riachuelo, Secretaría de Salud y Ambiente, Ministerio de Salud Pública de la Nación.

Correspondencia:
Dr. Horacio Lejarraga: cursotesis07@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 3-8-2012
Aceptado: 18-12-2012

autoridades municipales. Todas las familias entrevistadas aceptaron la invitación y firmaron el consentimiento informado. Veintisiete profesionales (pediatras, psicólogas, psicopedagogas, médicos generalistas, fonoaudióloga, psicomotricistas y terapeutas ocupacionales) fueron capacitados en la administración de la prueba, para lo cual se adaptaron los programas docentes del Curso PRUNAPE del Hospital Garrahan.⁸ La replicabilidad de los resultados PRUNAPE (intraobservador e interobservador) estudiada antes de la encuesta en forma ciega en 25 niños dio un porcentaje de coincidencias de 92% y 86,4%, y un coeficiente kappa de Kendall \pm error estándar de $0,75 \pm 0,16$ ($p= 0,0001$) y $0,77 \pm 0,21$ ($p= 0,003$) intraobservador e interobservador respectivamente, resultados que expresan "buena concordancia".⁹

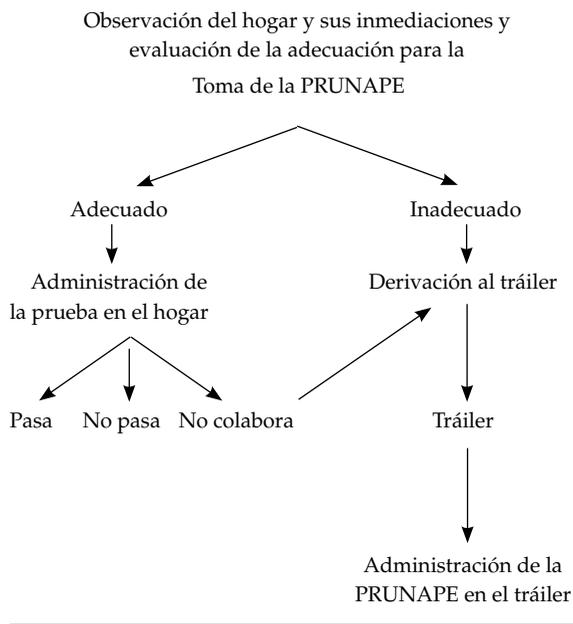
Para reducir la proporción de niños con fracasos de la PRUNAPE debido a la respuesta "no colabora" en la población NBI, se decidió cumplir el esquema expresado en la *Figura 1*.

Se establecieron dos pasos para reducir el número de niños que no "colaboran": 1) definir la adecuación de las condiciones del domicilio; 2) si las condiciones del domicilio no eran aceptadas según los criterios establecidos, el niño era derivado al tráiler para la toma de la PRUNAPE. Si se tomaba en el domicilio y el resultado era "no colabora", también se derivaba al tráiler para una segunda toma.

Para calificar la adecuación del domicilio, se identificaron cinco condiciones, que figuran en la *Tabla 1*.

El observador aplicaba su criterio integrando todos los factores posibles de perturbación en un juicio cualitativo y, a partir de esta evaluación, actuaba según el esquema de la *Figura 1*. Se instaló en las inmediaciones del área un tráiler, que es un móvil dentro del cual se dispone de un ambiente cerrado, privado, sin ruidos molestos, apto para extracción de sangre y de otros procedimientos médicos, de 3 metros de ancho por 5 de largo, con una mesa y dos sillas.

FIGURA 1. Guías para la toma de la PRUNAPE en la ENUDPAD II



RESULTADOS

La *Tabla 2* muestra los resultados de la aplicación de las guías de evaluación del domicilio y de la derivación al tráiler de los niños que no colaboraron en la administración de la PRUNAPE en el hogar.

No hubo hogares considerados inadecuados, o sea, que por esa razón ningún niño fue derivado inicialmente al tráiler. Los derivados fueron aquellos que "no colaboraron" en el hogar. De los 98 niños derivados (4,5%), concurren 58 (59%) y, de estos, 28 (48%) pasaron la prueba. Hubo diferencias significativas entre ambos municipios en la proporción de niños que no colaboraron y en la de niños que concurren al tráiler el día siguiente. Estos resultados muestran tres hallazgos principales: 1) en los barrios con alta proporción de

TABLA 1. Condiciones del domicilio para la administración de la PRUNAPE

Piso	Superficie regular.
Espacio	Suficiente para tomar pruebas de motricidad (saltar con ambos pies, etc.). Un patio externo también se acepta.
Muebles	Una silla y una mesa (para evaluar al niño).
Ruido ambiental	Ausencia de ruidos molestos.
Privacidad	Sin exceso de personas mirando la prueba.

población NBI no se encontraron domicilios inadecuados para la administración de la PRUNAPE; 2) en este medio, la proporción de niños que “no colaboran” es muy baja (7% y 2%), y 3) de los niños que no colaboran, cuando se les toma una segunda vez, más de la mitad pasan la prueba.

COMENTARIO

Es alentador comprobar que la PRUNAPE puede ser administrada en los domicilios de las poblaciones NBI. En otras regiones, como en la Amazonia ecuatoriana, estas condiciones domiciliarias no están dadas, por lo que hubo que modificar algunas pautas PRUNAPE para su implementación.¹⁰

La proporción del 41,8% de niños con resultados “no colabora” y que luego aprobaron en el tráiler permite inferir que la falta de colaboración en el domicilio puede deberse a factores ajenos al nivel de desarrollo del niño. La decisión de brindarle al niño otra “oportunidad” en el tráiler permitió “recuperar” a niños que de otro modo hubieran sido clasificados con un resultado negativo. Estas diferencias en los resultados en el mismo niño pueden ocurrir aun cuando la prueba se tome en el mismo ámbito, ya que su replicabilidad no es del 100% (como ocurre con cualquier test). Con la presente guía hemos intentado eliminar factores perturbadores, pero persisten las diferencias en los resultados entre el tráiler y el domicilio, diferencias que también se pueden encontrar cuando se repite la prueba en el consultorio pediátrico, y esto tiene que ver más con cambios en el estado de ánimo del niño.

Carecemos de información para explicar las diferencias encontradas entre ambos municipios, pero ahora sabemos que en diferentes áreas estudiadas puede obtenerse diferente proporción de “no colaboración”.

Hay escasa información científica sobre la proporción de niños que “no colaboran” en el

domicilio. En Cardiff, en 208 niños se encontró un 3,9% de niños con resultados “dudosos”,¹¹ y Frankenburg, en un subgrupo de ítems del test de Denver, en 2343 niños encontró un 9,8% de ítems “dudosos”.¹² En estudios realizados en niños de zonas rurales de nivel socioeconómico bajo de los Estados Unidos, la proporción de casos dudosos varió entre 7% y 9%.¹³ La norma de PRUNAPE de clasificar como “no pasa” a los niños que “no colaboran” es razonable; Glascoe halló que estos niños tenían un desarrollo psicomotor más retrasado que los que pasaban la prueba.¹⁴

Por ello, es posible que la categoría “no colabora” contenga dos subgrupos de niños: uno compuesto por aquellos que por razones del momento no colaboran con la prueba, pero con un desarrollo normal; y otro grupo (el que Glascoe detecta en su estudio) tal vez compuesto por niños cuyo desarrollo es realmente un poco retrasado. Creemos que las guías elaboradas en nuestra encuesta sirven para reducir la proporción de niños que no colaboran por razones ambientales o circunstanciales.

En el presente trabajo no hemos estudiado el resultado de una segunda prueba en el hogar, lo que hubiera brindado información valiosa para comparar con los resultados en el tráiler. No presentamos datos sobre la proporción total de niños que pasaron y no pasaron la prueba, porque no es relevante al tema central de nuestra investigación, aunque sabemos que en las poblaciones NBI la proporción de niños con riesgo de trastornos del desarrollo puede ser muy alta.¹⁵

Consideramos relevante que la PRUNAPE pueda administrarse en el domicilio siguiendo el algoritmo utilizado aquí porque posibilita la evaluación del desarrollo infantil en encuestas en terreno en grupos sociales desfavorecidos, a los cuales están destinados los esfuerzos de la Dirección de Salud Ambiental.

TABLA 2. Número y porcentaje de niños que no colaboraron en el domicilio y resultados en el tráiler

Municipios	Evaluados en el hogar	No colaboraron	Concurrieron al tráiler	Pasaron la PRUNAPE en el tráiler
La Matanza (LM)	975	72 (7,4%) *	41 (56,9%) **	22 (54%)
Florencio Varela (FV)	1199	26 (2,2%)*	17 (65,4%) **	6 (35%)
Total	2174	98 (4,5%)	58 (59%)	28 (48%)

* OR= 3,55, para IC del 95%: $p < 0,01$ (entre FV y LM).

** OR= 4,98, para IC del 95%: $p < 0,004$ (entre FV y LM).

Agradecimientos:

A la Fundación Garrahan, por la donación de los materiales PRUNAPE (Manual Técnico, Caja de Materiales, Formularios) a ACUMAR.

A los equipos del Observatorio y del Grupo Metodológico de Salud Ambiental de Acumar, con el que se llevó a cabo la encuesta ENUDPAT II: Graciela Algorry, Julián Antman, Graciela Blatt, Daniel Currá, Alberto Derlindati, Paula Das Neves, Diana Di Pietri, Alberto Derlindati, Iván Insúa, Mariana Kesselman, Alicia Masautis, Estela Rugolo, María Teresa Teso y Alicia Yanicelli. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Lejarraga H, Kelmansly FD, Pascucci MC, Salamanca G. Prueba Nacional de Pesquisa. Buenos Aires: Publicación Fundación Hospital Garrahan. 2005.
2. Pascucci MC, Lejarraga H, Kelmansly D, Álvarez M, et al. Validación de la Prueba Nacional de Pesquisa PRUNAPE. *Arch Argent Pediatr* 2002;100(5):374-85.
3. Pascucci MC, Lejarraga H. Detección temprana de Trastornos de Desarrollo en niños menores de seis años. Boletín Oficial del Ministerio de Salud. Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad. Boletín N° 13; 1998.Pags.3-5.
4. Lejarraga H. La detección oportuna de problemas de desarrollo. La Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE). En: Comité Nacional de Pediatría Ambulatoria. Manual para la Supervisión de la Salud de Niños, Niñas y Adolescentes. Sociedad Argentina de Pediatría: Fundasap; 2010. Págs. 447-50.
5. Lejarraga H, Berardi C, Ortale S, Contreras MM, et al. Crecimiento, desarrollo, integración social y prácticas de crianza en niños que viven con sus madres en prisión. *Arch Argent Pediatr* 2011;109(6):485-91.
6. Dirección de Salud Ambiental. Resultados de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Psicomotor y Análisis Toxicológico en el ámbito de la Cuenca Matanza-Riachuelo (CMR). ENUDPAT I, 2010. ACUMAR. Autoridad Cuenca Matanza-Riachuelo. MSP; 2011.
7. Dirección de Salud Ambiental. 2012. Encuesta de nutrición, desarrollo y análisis toxicológico en los Municipios de Florencio Varela y La Matanza. ENUDPAT II. 2011-2012. ACUMAR. Autoridad Cuenca Matanza-Riachuelo. MSP.
8. Servicio de Crecimiento y Desarrollo. Curso de Capacitación para la Administración de la Prueba Nacional de Pesquisa PRUNAPE. Dirección de Docencia e Investigación. Hospital Garrahan; 2012. Disponible en: <http://www.garrahan.ewdu.ar/cursos/prunape>
9. Altman DG. Practical statistics for medical research 1991. Chapman and Hall, London, UK.
10. Senplades. DEIN 2011. Primera Encuesta de Desarrollo Infantil Integral. Secretaría nacional de Planificación y Desarrollo y INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos). Gobierno de la República del Ecuador. Quito; 2011.
11. Bryant GM, Favies KJ, Newcombe RG. Standardisation of the Denver Developmental Screening Test for Cardiff children. *Dev Med Child Neurol* 1979;(3):353-64.
12. Frankenburg WK, Ker CY, Engelke S, Shafer ES, et al. Validation of New Denver Developmental Screening test items: a preliminary study. *J Pediatr* 1988;112(4):560-66.
13. Harper DC, Waeker DP. The efficiency of the Denver Developmental Screening test with rural disadvantaged preschool children. *J Pediatr Psychol* 1983;8:273-83.
14. Glascoe FP. ¿Are overreferrals on developmental screening tests really a problem? *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155(1):54-9.
15. Lejarraga H, Menéndez A, Menzano E, Fattore MJ, et al. PRUNAPE: Pesquisa de trastornos de desarrollo en el primer nivel de atención. *Arch Argent Pediatr* 2008;106(2): 119-25.

Detección precoz de la colestasis neonatal en las heces por el método de tamizaje con tarjetas colorimétricas

Early detection of neonatal cholestasis by stool color card screening

Dra. Margarita D. Ramonet^a, Dra. Silvia Gómez^a, Dra. Silvia Morise^a, Dra. Lidia Parga^b, Dra. Patricia Caglio^a, Dra. Mirta De Micheli^b y Dr. Armando Garsá^c

- a. Servicio de Pediatría.
- b. Servicio de Neonatología. Departamento Materno Infantil. Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas.
- c. Spectrum Pharmaceuticals, Inc., 157 Technology Dr, Irvine, CA 92618. USA.

Correspondencia:
Dra. Margarita D. Ramonet: margarita.ramonet@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Financiamiento:
La provisión del material gráfico fue y es actualmente subvencionada por el laboratorio Roemmers, el cual no tiene ningún producto relacionado con esta patología.

Recibido: 6-6-2012
Aceptado: 21-12-2012

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue identificar, mediante el tamizaje precoz, a los lactantes de un mes de edad con deposiciones acólicas o hipocólicas, para la detección temprana de la atresia biliar y otras causas de colestasis neonatal.

El estudio fue esencialmente exploratorio (observacional, prospectivo, sin potencia estadística y sin intervención clínica experimental), usando un método de tamizaje de las heces con tarjetas colorimétricas en todos los recién nacidos atendidos en el control de salud del primer mes durante el período 1999-2002 en un hospital público de la Argentina.

De los 12 484 recién nacidos, 4239 fueron atendidos en la visita del primer mes con la tarjeta colorimétrica. Se identificaron 18 niños con deposiciones hipocólicas, de los cuales solo 4 demostraron tener enfermedad colestásica.

Si bien no se identificó ningún caso de atresia biliar, la prueba de tamizaje mostró ser de utilidad para la detección de otras causas de colestasis neonatal.

Palabras clave: tamizaje con tarjetas colorimétricas, colestasis neonatal, atresia biliar, método de Matsui.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.135>

INTRODUCCIÓN

La reducción del flujo biliar en el período neonatal provoca un síndrome de ictericia, coluria, y acolia o hipoacolia,^{1,2} signos característicos de la colestasis neonatal (CN). La atresia biliar es la causa más frecuente de ictericia obstructiva en los primeros tres meses de vida y es responsable del 40% al 50% de todos los trasplantes hepáticos en el mundo.^{3,4} Existe firme consenso en la literatura pediátrica en que los esfuerzos para la detección de la CN no deben demorarse, ya que su pronóstico depende de un pronto diagnóstico y tratamiento.^{2,3}

El objetivo del presente estudio fue probar un método para identificar, mediante el tamizaje precoz, a los lactantes con deposiciones acólicas o hipocólicas, con vistas a descartar eventualmente el síndrome colestásico, intentando así adaptar la metodología desarrollada por Matsui y cols. en Japón al contexto específico de un hospital público de la Argentina.⁵

PACIENTES Y MÉTODOS

El estudio fue realizado desde el 1 de agosto de 1999 hasta el 31 de julio de 2002 en el Departamento Materno Infantil de un centro de alta complejidad ubicado en el Gran Buenos Aires. En dicho período, se registraron 12 484 recién nacidos (RN).

El estudio fue esencialmente exploratorio (observacional, prospectivo, sin potencia estadística y sin intervención clínica experimental). Los RN que ingresaron en el hospital recibieron el tratamiento de atención normativo de la institución

según el cuadro clínico del paciente y con el consentimiento de uno de los padres.

Con la aprobación de Matsui y cols. se utilizó una versión en castellano de la tarjeta colorimétrica, con las ocho opciones de color: del normal (marrón oscuro, tonos 5 al 8) al anormal (amarillo, tonos 1 al 4) (Figura 1). También se entregó a las madres una tarjeta con material adicional explicativo en el momento del alta. Se les solicitó que compararan en forma semanal el color de las deposiciones de su bebé con las de la tarjeta y finalmente les asignaran el número de la última deposición, en el casillero correspondiente, para entregarla al pediatra en la consulta del primer mes de vida.

Como parte del programa de educación, se exhibieron afiches en el área de Neonatología y Pediatría del hospital a fin de explicarles a las madres la importancia de utilizar la tarjeta colorimétrica.

FIGURA 1. Versión en castellano de la tarjeta colorimétrica utilizada en el Programa Piloto del Hospital Nacional Prof. A. Posadas

	1	Por favor, escriba el número que corresponde al COLOR DE LA MATERIA FECAL de su hijo en el casillero correspondiente, unos días antes del control del primer mes y no se olvide de llevar esta ficha ese día.
	2	
	3	El color de la materia fecal de mi hijo se parece al N° _____ Fecha ___/___/___
	4	Datos Nombre y apellido del niño:
	5	HC N°: Fecha de nacimiento: Hospital donde nació: Nombre de la madre: Fecha de control:
	6	Para completar por el médico: Cuando la madre elige uno de los números del 1 al 4, por favor observar si el niño presenta Ictericia (No, Moderada o Severa).
	7	_____
	8	Color de la materia fecal, comprobada por el médico: N° ____ Fecha ___/___/___ Si el N° corresponde del 1 al 4, por favor comunicarse lo antes posible con:

Sección Gastroenterología Pediátrica

Hospital Nacional P.A. Posadas - V. Sto. Haedo
Provincia de Buenos Aires
Teléfono: (011) 4469-9300 int. 1511
Fax: (011) 4469-9220

El Comité de Historias Clínicas del Hospital autorizó la incorporación del material gráfico (tarjetas colorimétricas) en las historias clínicas de los RN.

RESULTADOS

Al control del primer mes retornaron con la tarjeta colorimétrica 4239 RN (33,9%), de los cuales un subgrupo de 18 (0,42%) presentaron ictericia y deposiciones con colores de 1 a 4. A este subgrupo se le realizó anamnesis, examen clínico, laboratorio, estudios complementarios, determinaciones para evaluar la etiología probable y ecografía hepatobiliar con 4 horas de ayuno.

Todos los pacientes con CN durante el período de evaluación recibieron tratamiento con vitaminas liposolubles y ácido ursodesoxicólico en una dosis de 20 mg/kg/día, mientras persistía la colestasis.

La visualización directa de las deposiciones mostró ulteriormente coloración normal en 14 pacientes, con resolución de la ictericia durante el período de evaluación, y con normalidad confirmada después mediante el examen físico y los resultados de laboratorio. En los restantes 4 pacientes se confirmó la presencia de acolia. Los hallazgos de laboratorio y otros estudios complementarios (ecografía abdominal, examen oftalmológico, radiografía de columna dorsal, evaluación cardiológica, biopsia hepática por punción) con-

firmaron los siguientes diagnósticos definitivos: síndrome de Alagille, hepatitis luética, CN idiopática o transitoria, y litiasis biliar (Tabla 1). No se identificó ningún caso de atresia biliar durante el período de estudio.

DISCUSIÓN

El diagnóstico etiológico del síndrome colestásico mejora el pronóstico, ya que permite resolver las enfermedades tratables clínica o quirúrgicamente en el momento oportuno. La portoenteroanastomosis hepática (intervención de Kasai) está universalmente reconocida como el tratamiento primario de la atresia biliar y su pronóstico depende de la edad de realización de la cirugía, y también de la experiencia del equipo quirúrgico.⁶⁻⁹

En 1995 Matsui y cols. diseñaron, en Japón, el sistema de tarjetas colorimétricas para la identificación de la atresia biliar. Esos autores llevaron a cabo un tamizaje con este método en una población de 17 641 RN en el control de salud al mes de edad, durante un período de un año, e identificaron 2 casos de atresia biliar en 3 pacientes que presentaban deposiciones hipocólicas o acólicas. El programa de detección temprana les permitió realizar el procedimiento de Kasai dentro de los 60 días de vida.⁵

Utilizando un método de tamizaje similar en un estudio piloto regional, en una cohorte de 119 973 neonatos pertenecientes a 49 hospitales

Tabla 1. Hallazgos principales y diagnóstico final de los cuatro casos que presentaron deposiciones acólicas

Caso	Sexo	Peso al nacer (kg)	Comienzo acolia (días)	Hepatomegalia	BD Mg (%)	AST/ALT (UI/I)	FA/GGT (UI/ mg%)	Colesterol (mg%)	Vesícula (US)	Biopsia/ Punción	Diagnóstico (Edad en días)
1	F	3,23	2	Firme	3,8	207/96	1901/513	299	Pequeña	Pobreza de conductos biliares	Síndrome de Alagille (42)
2	F	1,39	4	Firme	3	150/80	1660/310	151	Normal	Hepatitis inespecífica	Hepatitis luética (37)
3	M	2,75	4	Firme	12	340/225	771/56	250	Normal	Transformación de células gigantes	Colestasis neonatal idiopática (39)
4	M	3,55	15	Elástica	2,6	167/97	2377/1466	308	Cálculos	Colestasis canalicular y hepatocítica	Litiasis biliar (35)

BD: bilirrubina directa; AST: aspartato-aminotransferasa; ALT: alanina-aminotransferasa; FA: fosfatasa alcalina; GGT: gamma-glutamiltanspeptidasa; US: ultrasonido.

de Taiwán, la tasa de retorno fue del 65,2% de un total de 78 184 RN. Se hallaron deposiciones anormales en 94 casos (0,12%). En 29 (30,9%) lactantes se confirmó atresia biliar, 8 casos (8,5%) correspondieron a hepatitis neonatal, en 3 lactantes el diagnóstico correspondió a otras enfermedades hepáticas crónicas no quirúrgicas. Los restantes 54 casos con decoloración transitoria de las heces se normalizaron durante los 3 meses de seguimiento.¹⁰

Dado que la incidencia mundial de la atresia biliar es de 1:8000-1:18 000 RN vivos, la probabilidad de hallar casos de atresia biliar en este estudio de 3 años era ínfima. Sin embargo, el método detectó otras patologías colestásicas que también se benefician con un diagnóstico y tratamiento oportunos.^{11,12}

Es interesante destacar que el paciente con diagnóstico de síndrome de Alagille tenía una hermana de 4 años con un diagnóstico previo de estenosis pulmonar periférica y prurito, y fue considerada con el mismo síndrome durante el seguimiento en nuestro centro.

Tras la finalización del estudio en 2002, y a partir de esta experiencia, se decidió implementar el tamizaje con las tarjetas colorimétricas como una práctica de rutina en el hospital. Hasta el presente, esta estrategia permitió la detección de lactantes con CN; en 2 de ellos se diagnosticó la atresia biliar a los 38 y los 42 días de vida, y fue posible realizarles tempranamente la intervención de Kasai.

La baja adherencia en la tasa de retorno puede atribuirse a las características de nuestro sistema de salud y, en particular, a la población estudiada. Nuestro hospital atiende a una población predominantemente vulnerable, con un 15,8% de necesidades básicas insatisfechas, altas tasas de escolaridad incompleta, embarazo adolescente, falta de empleo y condiciones precarias de vivienda.¹³ La mayoría de las madres que solicitan cuidados obstétricos durante el embarazo y el parto no concurren al control del primer mes, ya que no están vinculadas a este de manera permanente, no tienen facilidades de transporte y asisten a centros primarios de atención más cercanos a su residencia.

Estamos convencidos de que deberán realizarse esfuerzos futuros para aumentar el nivel de concientización en el equipo de salud y en las madres acerca de la importancia del tamizaje precoz de rutina. Es necesario implementar programas intensivos de educación para la salud en la comunidad y elaborar guías para el profesional mé-

dico dirigidas al manejo efectivo y la derivación oportuna de todos los RN menores de 30 días que presenten ictericia y deposiciones hipocólicas o acólicas para su diagnóstico y tratamiento eficaz.

La importancia del presente estudio reside en que una metodología no invasiva permite detectar a los pacientes con colestasis neonatal y beneficiar a muchos de ellos con un tratamiento temprano. Por este motivo, pensamos que el método de tamizaje con tarjetas colorimétricas merecería su incorporación en los programas de pesquisa neonatal.

CONCLUSIÓN

La detección de lactantes con deposiciones acólicas o hipocólicas mediante el método de tamizaje con tarjetas colorimétricas es factible, simple y de bajo costo.

Agradecimientos

A los pediatras y neonatólogos del Departamento Materno Infantil del Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. Al Dr. Fernando Álvarez por la revisión del manuscrito, a Jorge Roca por la asistencia técnica y al laboratorio Roemmers por la impresión de las tarjetas colorimétricas. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Balistreri WF, Grand R, Hoofnagle JH, Suchy FJ, et al. Biliary atresia: current concepts and research directions. *Hepatology* 1996; 23: 1682-92.
2. Suchy FJ. Approach to the infant with cholestasis. En: Suchy FJ, Sokol RJ, Balistreri W, Eds. *Liver diseases in children*. Philadelphia, 2nd ed: Lippincott, 2001. Págs. 187-94.
3. Sokol RJ, Mack C, Narkewicz MR, Karrer FM, et al. Pathogenesis and outcome of biliary atresia: current concepts. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003; 37:4 -21.
4. Schreiber RA, Kleinman RE. Biliary atresia. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002; 35: S11- S16.
5. Matsui A, Dodoriki M. Screening for biliary atresia. *Lancet* 1995; 345:1181.
6. Kasai M, Suzuki S. A new operation for "non-correctable" biliary atresia: hepatic portoenterostomy. *Shuyutsu* 1959; 13: 733-39.
7. Chardot C, Carton M, Spire-Bendelac N, et al. Prognosis of biliary atresia in the era of liver transplantation: french national study from 1986 to 1996. *Hepatology* 1999; 30: 606-11.
8. Hung PY, Chen CC, Chen WJ, Lai HS, et al. Long-term prognosis of patients with biliary atresia: a 25 year summary. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006;42:190-5.
9. Serinet M, Wildhaber B, Broué P, et al. Impact of age at Kasai operation on its results in late childhood and adolescence: a rational basis for biliary atresia screening. *Pediatrics* 2009; 123; 1280-6.
10. Chen S-M, Chang M-H, Du J-Ch, et al. Screening for bili-

- ary atresia by infant stool color card in Taiwan. *Pediatrics* 2006;117: 1141-54.
11. Bakshi B, Sutcliffe A, Akindolie M, Vadamalayan B et al. How reliable can paediatric professionals identify pale stool from cholestaic newborn? *Arch Dis Fetal Neonatal* 2011, Aug 17 [Epub ahead of print].
 12. Jacquemin E. Dépistage de l'atresie des voies biliares et couleur des Selles: méthode de l'échelle colorimétrique. *Arch Pediatr* 2007;14(3):303-5.
 13. Anuario Estadístico de la República Argentina 2004. *INDEC*, 1ª ed., Buenos Aires; 2004. Págs. 69-72.

Las redes sociales son instrumentos que pueden resultar útiles a la hora de transmitir ciertas informaciones, estimular algunos reencuentros, convocar a determinados espacios colectivos en los que se protegen y honran valores de la vida ciudadana. Y pueden socavar las redes vinculares reales y empobrecer la vida de los individuos cuando se las pretende como sucedáneos de las relaciones interpersonales reales y trascendentes que crecen, se profundizan y se enriquecen al calor de tiempo y experiencias compartidas...

SERGIO SINAY. *La Nación Revista*, Domingo 3 de marzo de 2013