

ANTIOQUIA MEDICA

VOL. 15 N° 4 - 1965-ANTIOQUIA MEDICA-MEDELLIN, COLOMBIA

Organo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y de la Academia de Medicina de Medellín. — Continuación del "Boletín Clínico" y de "Anales de la Academia de Medicina". — Tarifa Postal reducida. Lic. N° 1.896 del Ministerio de Comunicaciones.

Dr. Benjamín Mejía Cálad
Decano de la Facultad

Carlos Sanín Aguirre
Presidente de la Academia

EDITOR:

Dr. Alberto Robledo Clavijo

CONSEJO DE REDACCION:

Dr. Héctor Abad Gómez

Dr. César Bravo R.

Dr. Iván Jiménez

Dr. David Botero R.

Dr. Alfredo Correa Henao

Dr. Marcos Barrientos M.

Dr. Oscar Duque H.

Srta. Melva Aristizábal

Srta. Margarita Hernández B.
Administradora

CONTENIDO:

EDITORIAL

El médico y las instituciones sociales 215

MEMORIAS CIENTIFICAS ORIGINALES!

Descripción de un nuevo botón para diálisis peritoneal intermitente. **Sr. Rafael Elejalde. Dr. Jaime Borrero** 217

Desnutrición prenatal. Estudio antropométrico de 1650 recién nacidos en Medellín, Colombia. **Dra. Leni Oberndorfer. Dres. William Mejía y Gustavo Palacio del Valle** 223

PRESENTACION DE CASOS!

La Blastomycosis Suramericana en el Valle del Cauca. Informe de 33 casos. **Dr. Raúl Alvarez Gutiérrez** 243

ENCUESTAS!

Encuesta básica para un programa de planificación familiar. **Dr. Maric Jaramillo Gómez** 247

Carta abierta al Ministro de Salud Pública. **Dr. Hernando Duque Maya** 261

EL MEDICO Y LAS INSTITUCIONES SOCIALES

En ninguna otra época del mundo ha existido mayor necesidad del sentido de responsabilidad en el Médico que en la actual.

Asistimos a la paulatina socialización de la medicina, hecho que se va imponiendo aún contra el querer de muchos que miran con nostalgia el ejercicio privado, tan lleno de satisfacciones, pero tan incompleto en otros aspectos.

La complejidad de los problemas médicos y la ampliación del panorama de la patología que ha producido el auge en las investigaciones y el uso de la técnica en la medicina, han hecho necesaria la integración de equipos médicos para el mejor estudio y tratamiento de los pacientes y la prestación de mejores servicios al conglomerado.

La tradicional relación entre el médico y el paciente tiende por consiguiente a perder gran parte de su valor, pues ya no es el enfermo una persona aislada sino integrante de un grupo del cual sólo se distingue accidentalmente. Se dirá entonces que ha perdido el individuo pero si ésto sucede realmente, ha ganado la comunidad.

La tendencia universal cada vez mayor, de socializar nuestra profesión y que ha entrado de lleno en nuestra patria, hace necesario que los médicos seamos más concientes de nuestras obligaciones; concientes como queremos que los demás sean sobre nuestros derechos.

La circunstancia de trabajar al servicio de una entidad y no independientemente, no exonera al profesional y mucho menos al médico de cumplir sus obligaciones con los pacientes. Tanto respeto merece

el paciente que busca los servicios particularmente como el que nos es enviado por una entidad. Tenemos obligación de poner todos los conocimientos al servicio tanto del uno como del otro. El aparentemente distanciamiento entre el médico y el paciente afiliado a una entidad, no puede ser óbice para que sigamos considerando al enfermo como una persona humana que sufre y por lo tanto merece toda nuestra atención y no como un ente impersonal y aislado.

Uno de los grandes peligros de la socialización de la medicina es la rutinización de los médicos. Nadie puede olvidar que pertenecemos a una profesión que vive en perenne evolución y por lo tanto exige a quienes la hemos abrazado el permanecer en actitud receptiva y de continuo estudio si queremos cumplir a cabalidad nuestras obligaciones. El hecho de no ser buscados directamente por un paciente, no nos libera de ese compromiso y más bien lo acrece, si queremos superarnos y destacarnos dentro del grupo.

No quiero mencionar siquiera nuestros deberes desde el punto de vista ético y moral pues sobra todo comentario sobre su permanente vigencia.

La cordialidad, las buenas maneras y la atención esmerada a cada paciente de la Institución en que se trabaja, no hay razón para que no sean idénticas a las que se conceden a un enfermo de la práctica privada.

Por último no es posible olvidar que si queremos no ser tratados como empleados comunes y si exigimos un fuero especial, dada la índole de nuestras labores; también debemos prestar nuestros servicios con el espíritu y las maneras que corresponden a quien ha adoptado voluntariamente una profesión que tiene como objeto servir a la humanidad doliente.

Las nuevas modalidades de prestación de servicios médicos y asistenciales no nos liberan de ninguno de los compromisos adquiridos al recibirnos como profesionales de la medicina. Si ansiamos preservar nuestra individualidad dentro de las entidades sociales, no podemos apoyarnos en otra cosa que en el cumplimiento estricto de los postulados eternos de nuestra profesión.

A. R. C.

DESCRIPCION DE UN NUEVO BOTON PARA DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE

* Rafael Elejalde

** Jaime Borrero

En el año de 1923 la diálisis peritoneal fue utilizada por primera vez en el hombre. Dificultades técnicas y poco entendimiento del fallo renal agudo dificultaron su aplicación y su expansión.

Inicialmente para el procedimiento se empleaban dos catéteres introducidos en sitios diferentes de la cavidad abdominal y suponía el uso de grandes cantidades de líquido, con los peligros de infección, sobrehidratación, colapso circulatorio o dificultad en el drenaje del líquido empleado para la diálisis. Este procedimiento requería constante atención médica, e implicaba desorganización en la rutina hospitalaria.

En el año de 1951 Grollman y otros (1), describieron un método de diálisis peritoneal intermitente cerrada, para el tratamiento del fallo renal agudo; desde entonces se usó con éxito en muchas partes del mundo. En años recientes se ha modificado este procedimiento (2) para el manejo de la Insuficiencia renal crónica.

Las principales modificaciones han consistido en los medios de acceso a la cavidad peritoneal y sobre todo en el empleo de conductores a través de los cuales puede insertarse la cánula de diálisis periódicamente. Henderson y colaboradores (3) han descrito el uso de la diálisis peritoneal en 12 pacientes a quienes mantuvieron por un período de 33 semanas y Boen (4) mantuvo un paciente por 8 meses. Generalmente la obstrucción y la infección determinan el resultado final del procedimiento en estos casos.

* Estudiante de 4º año de Medicina.

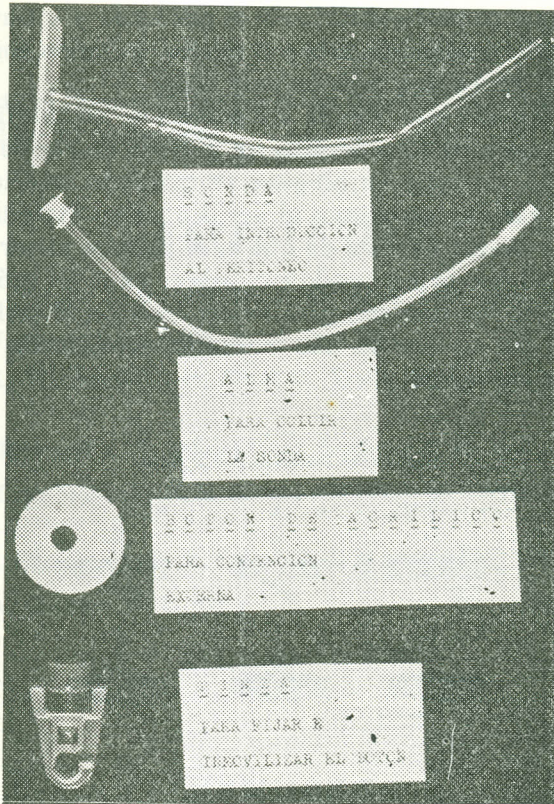
** Profesor Agregado, Departamento de Medicina Interna U. de A.

En el año de 1959 Morton H. Maxwell y colaboradores (5) describieron un método para llevar a cabo la diálisis peritoneal. Mediante un trocar de paracentesis introducían a la cavidad peritoneal un cateter de nylon con múltiples perforaciones pequeñas y con una curvatura permanente; este cateter se conectaba a un equipo para diálisis peritoneal, el cual se conectaba a su vez a los frascos con las soluciones usadas generalmente.

En el año de 1963 Kevin G. Barry y colaboradores (6) describieron una cánula flexible para permitir un acceso prolongado a la cavidad peritoneal, para diálisis, drenaje y otros procedimientos; este aparato está construido de cloruro de polivinilo y consta de un balón neumático el cual se fija a la parte terminal de un tubo de 18 cms.; se emplea una guía de teflón para introducir la cánula dentro del trocar. El tubo se fija a la piel mediante un disco de plexiglas; este aparato fue descrito para introducirlo a la cavidad peritoneal a través de un trocar de paracentesis, procedimiento muy difícil y que ocasiona con frecuencia la rotura del baloncito. Una vez el baloncito está introducido en la cavidad peritoneal se llena con solución salina mediante un tubito que sale paralelo al tubo conductor del cateter. El Dr. Barry reporta 7 pacientes mantenidos con diálisis peritoneal mediante esta cánula por intervalos superiores a 50 días; además dice que no hubo reacción peritoneal al material de la cánula.

En 1964 el Dr. Russel A. Palmer (7) describe un nuevo tubo para diálisis peritoneal hecho de silastic (caucho siliconizado) y describe su uso en 2 pacientes con fallo renal crónico. Este tubo medía 84 cms. de largo y tenía una luz de 2 mm., con el cabo terminal, que se introducía en el peritoneo, en forma de espiral; además el tubo tenía múltiples perforaciones que se extendían por 23 cm. Se insertaba mediante laparotomía unos 5 cms. por debajo del ombligo a través de la línea alba y llegando al peritoneo, y se introducía unos 20 cms. dentro y el resto quedaba en el tejido subcutáneo emergiendo a la superficie solo una pequeña parte de él. Probablemente se presentan adherencias como resultado de la reacción peritoneal al material y al trauma causado o a la infección.

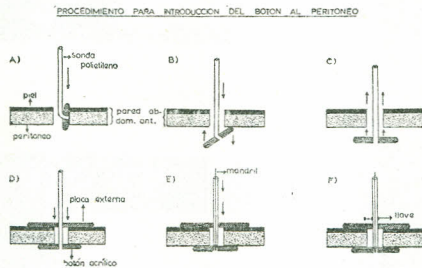
En vista de las dificultades técnicas de consecución y del alto costo de las anteriores cánulas, resolvimos construir una tan funcional pero más económica. Usamos para ello polietileno y metil —meta— acrilato de metilo (acrílico). La cánula consta de las siguientes partes: (Fig. N^o 1) una placa ovalada de 1 cm. de ancho por 3 de largo, de acrílico, en cuyo centro se inserta un tubo de polietileno de 4 mm. de luz y de lon-



gitud variable, según la persona en quien se vaya a insertar; además, tiene una placa circular de acrílico con una perforación en su parte media a través de la cual pasa el tubo de polietileno. Se ha construido también un tubo cuyos extremos se hicieron de acrílico y el cual sirve para ocluir el tubo de polietileno para evitar así las infecciones y el acceso libre a la cavidad peritoneal. Además de lo anterior el sistema tiene una llave metálica, la cual se coloca por encima del disco plástico para que el botón no se hunda en la cavidad peritoneal y además para ocluir totalmente la luz de la cánula cuando no está en uso. Mientras el paciente no se está dializando se emplea un vendaje oclusivo el que se cambia semanalmente. Este sistema se puede esterilizar en el autoclave o en medios químicos. Para su introducción al peritoneo (Fig. N^o 2) se prac-

tica una pequeña incisión unos 5 cms. por debajo del ombligo en la línea media, la cual se profundiza hasta el peritoneo y a través de ella se introduce el botón doblándolo sobre sí mismo, evitando con esta manobra el tener que hacer una incisión muy larga.

Hemos colocado esta cánula a 2 pacientes, en insuficiencia renal terminal, al primero de ellos durante un período mayor de 2 meses y al segundo, durante un mes; en ninguno se presentó reacción peritoneal manifiesta a la cánula; escogimos el acrílico como material para construcción de esta cánula en vista de que es el plástico mejor aceptado por el organismo y el que se ha usado con mayor éxito en prótesis óseas y dentarias con reacción mínima; para evitar reacción al polietileno lo hemos recubierto con acrílico en una extensión aproximada a la que está en contacto con los tejidos.



RESUMEN

Se describe una nueva cánula flexible fabricada de polietileno y metil meta-acrilato de metilo para diálisis peritoneal intermitente, la cual se usó en 2 pacientes en Insuficiencia Renal Terminal quienes no presentaron reacciones peritoneales al material de la cánula (insuficiencia renal crónica avanzada). A los dos pacientes se les practicó 3 diálisis peritoneales a cada uno con buenos resultados. Los dos pacintes murieron posteriormente.

SYNOPSIS

A new type cannula for intermittent peritoneal dialysis is described. It is constructed of polyethylene and acrylic. It was employed in two patients in terminal renal failure and was left in place for one and two and one half months respectively and was well tolerated without

evidence of peritoneal reaction to the plastic materials. The patients died later on.

NOTA: - Hasta el momento actual se ha usado el botón peritoneal en un total de 10 pacientes.

REFERENCIAS

- 1 - Grolland A., Turner, L. B., McLean, J. A.: Arch. Inter. Med. 1951, 87 - 379.
- 2 - Garret J. J., quoted by Boen et. al. (ref. 4).
- 3 - Henderson L. W., Merrill J. P., Crane C. Trans. Amer. Soc. Artif. Inter. Organs, 1963, 9-108.
- 4 - Boen S. T., Mulinari A. S., Dillard D. H., Scribner B. H., Ibid., 1962, 8 - 256.
- 5 - Maxwell M. H., Rockney R. E. Kleeman C. R., and Twiss M.R: J.A.M.A. 20: 917, 1959.
- 6 - Barry G. K., Shambaugh G. E., Coler: D. J. of urology 90: 125, 1963.
- 7 - Palmer R. A., Quinton W. E., Gray J. E.: Lancet 702, Marzo 29, 1964.

DESNUTRICION PRENATAL +

Estudio antropométrico de 1650 Recién Nacidos en Medellín, Colombia

* *Leni Oberndorfer, M. D.*

** *William Mejía, M. D.*

*** *Gustavo Palacio del Valle, M. D.*

Trabajando por primera vez en el Servicio de Recién Nacidos en la sala de caridad del Hospital Universitario de San Vicente (Hosviente) en Medellín, Colombia, nos llamó la atención la discrepancia de aspecto de estos niños con el de sus madres. Mientras que la mayoría de estas pacientes impresionaban por su fisionomía de crónica desnutrición con sus caras demacradas y pálidas, sus hijos vinieron al mundo redonditos, rosados y con un desarrollo adecuado de su musculatura y capa adiposa. Vamos a hacer en este trabajo el ensayo de explicar este fenómeno con el estudio de los valores antropométricos en 1650 niños.

+ Este trabajo se publica con el título de "Anthropometric Measurements of 1960 Newborn in Medellín, Colombia", en el JOURNAL of TROPICAL PEDIATRICS; el editor, Profesor D. B. Jelliffe, autorizó la publicación de la versión española.

* Profesora de la Cátedra de Pediatría.

** Profesor auxiliar en Medicina Preventiva, Salud Pública.

*** Profesor auxiliar de la Cátedra de Pediatría,
Universidad de Antioquia, Medellín-Colombia.

Dirección L. O., apartado aéreo N° 975, Medellín, Rep. de Colombia.

Material:

Los niños examinados nacieron entre el primero de febrero y el primero de diciembre de 1960. Se trataba de un servicio nuevo y durante los primeros meses había mucho trabajo de organización que explica los hechos siguientes: Por un lado se nos escaparon durante los dos primeros meses muchos niños, porque el material era tan abundante que las pocas horas asignadas para el trabajo no eran suficientes, lo que raramente ocurrió después del primero de marzo, fecha en la cual se nombraron otros colaboradores para el mismo trabajo. Por el otro lado había dificultades técnicas de distinta índole: Uno de los inconvenientes esenciales se manifestó en la evaluación del peso del neonato; varios controles nos mostraron una gran diferencia entre el peso tomado en la sala de obstetricia y el peso controlado por nosotros personalmente poco después del nacimiento.

Este hecho nos obligó a prescindir del peso real neonatal y basar nuestro trabajo en el peso tomado por nosotros mismos. Hemos resuelto eliminar del trabajo todos los niños que fueron examinados a una edad mayor de 48 horas.

Tabla N° 1

Edad de los niños al pesarlos *

Edad al pesar	número de niños	%
0 - 24 horas	1.277	77.3
25 - 48 horas	376	22.7
Total	1.653	100

* Tres niños fueron descartados en las tablas siguientes por falta de alguna medida antropométrica.

La tabla N° 1 muestra la edad de los niños en el momento de pesarlos. Aceptamos que hay un factor de inexactitud en nuestros pesos que puede alcanzar hasta el 5% aproximadamente del peso real al nacer. Sin embargo nos atrevemos a presentar nuestro trabajo en esta

forma con la idea de un estudio piloto, que diera bases de orientación y estímulo para otros investigadores, sin pretensión de haber creado números standard para el ambiente estudiado.

La asistencia y la permanencia hospitalaria son absolutamente gratis para las madres en las salas de caridad. Por consiguiente tenemos en nuestro estudio los niños de la clase socio-económica más baja que busca la atención hospitalaria de nuestra ciudad. Al lado de un grupo de mujeres casadas, vienen las madres solteras, las jóvenes obligadas a la prostitución y las detenidas en la cárcel de mujeres.

A nuestro servicio llegaron todos los niños con un peso mayor de 2.000 gramos, siempre y cuando no mostraron sintomatología patológica. El grupo de niños con un peso mayor de 4.000 gramos era tan pequeño que no lo hemos incluido en nuestro trabajo. En resumen nos quedaron para nuestras observaciones 1.650 niños aparentemente sanos, entre los 2.001 y 4.000 gramos de peso al momento del examen.

El material recogido nos sirvió para dos diferentes clases de estudio: estudio antropométrico y estudio socio-económico.

Método:

Se efectuaron en cada niño las siguientes medidas:

1).- La talla: Se tomó la medida en posición de decúbito, ajustando el niño a un metro de madera que tiene en la parte superior una tabla fija en ángulo recto, y una segunda tabla móvil. Con la ayuda de un asistente se fija la cabeza del niño a la tabla superior, se estiran las piernas que normalmente tienen fuerte tendencia de flexión, hacia abajo, se ajusta la tabla movediza al talón y se lee el valor en el metro.

2).- El perímetro cefálico: Con un metro flexible se procedió a pasarlo por la parte más prominente del occipucio y por la línea supra-orbital.

3).- El perímetro torácico: Fué medido en posición de decúbito, pasando el metro al nivel de los pezones y leyendo un valor promedio entre inspiración y espiración. (1)

En la elaboración de nuestro material hemos resuelto por motivos explicados posteriormente repartir el número total de los niños en cuatro grupos, según el peso.

Tabla N° 2

Distribución ponderal de 1.650 recién nacidos en el Hospital San Vicente, Medellín, 1960

Peso en gramos	Número de niños	%	Número de niños de Partos múltiples
Grupo I			
2001 - 2500	274	16.6	19
Grupo II			
2501 - 3000	755	45.7	6
Grupo III			
3001 - 3500	483	29.3	2
Grupo IV			
3501 - 4000	138	8.4	
Total	1.650	100	

NOTA: Había 17 niños con un peso mayor de 4000 gramos con el peso máximo de 4300 gramos.

La tabla N° 2 muestra la distribución en los cuatro grupos. Llama la atención el gran número de niños en el segundo grupo con casi la mitad de los casos, localizándose la mediana en este grupo. Si se juntan los dos primeros grupos, es decir, los niños de 2001 - 3000 gramos, se obtiene un total del 62,3% contra el 37,7% de los dos últimos grupos, es decir de 3001- 4000 gramos. Además se encontraron 17 niños con un peso mayor de 4000 gramos.

Tabla N° 3
Repartición de los 1.650 niños estudiados según el sexo

Peso en gramos	masculino	femenino	total
Grupo I 2001 - 2500	128	145	273
Grupo II 2501 - 3000	380	377	757
Grupo III 3001 - 3500	261	218	479
Grupo IV 3501 - 4000	81	60	141
Total	850	800	1650

La tabla N° 3 muestra la repartición del sexo en los cuatro grupos de niños. Se nota en el total una ligera preponderancia del sexo masculino como corresponde a lo esperado. Lo mismo se observa en los tres últimos grupos, mientras el primer grupo muestra un número mayor en el sexo femenino. Posiblemente, aunque no comprobado, nacieron más niños que niñas, pero fué mayor el número de hombres que de mujeres de peso menor de 2500 gramos referido al servicio de prematuros, por su condición física neonatal.

En la elaboración del trabajo pusimos los cuatro grupos de peso en relación con la talla, los perímetros cefálicos y torácicos respectivamente. Originalmente se hizo todo el estudio con la separación de los sexos.

Tabla N° 4
Promedio de las medidas de los dos sexos

Grupo	Peso en gramos.	Talla cm.	Perim. cefálico cm.	Perim. torácico cm.
I masculino	2324	45.8	32.5	30.3
femenino	2331	45.4	32.1	30.5
II masculino	2768	47.8	33.8	32.3
femenino	2758	47.5	33.2	32.3
III masculino	3205	49.8	34.6	34.5
femenino	3214	49.2	34.2	34.2
IV masculino	3711	51.3	35.5	35.8
femenino	3662	50.3	35.0	35.8

Como se puede ver en la tabla N° 4, se ha mostrado tan poca diferencia entre los valores particulares de cada sexo que, considerando la desviación standard, no se le puede atribuir valor significativo alguno para separarlos. Por consiguiente resolvimos presentar los valores antropométricos sin distinción de sexo.

Tabla N° 5

Promedio y desviación standard de talla, perímetro cefálico y perímetro torácico en los 4 grupos de peso.

Grupo	Peso en gramos	Talla en cm.		Perim. cef en cm.		Perim. torac. en cm.	
		Prom.	Desv. St.	Prom.	Desv. St.	Prom.	Desv. St.
I	2001-2500	46.0	1.27	32.0	1.14	30.4	1.15
II	2501-3000	47.9	1.28	33.2	0.81	32.1	1.09
III	3001-3500	49.4	1.08	34.4	1.03	33.7	1.21
IV	3501-4000	50.8	1.27	35.3	1.29	35.1	1.21
Promedio total		48.2		33.5		32.5	

Al observar la tabla N° 5 se puede apreciar que existe una relación de aumento entre el peso, talla, perímetro cefálico y perímetro torácico, ya que al aumentar el peso aumentan los otros valores. En esta misma tabla se encuentran anotadas todas las desviaciones standard según los grupos de peso y luego, al investigar la significación estadística entre la diferencia de grupos, según su talla, perímetro cefálico y perímetro torácico, se aprecia que sus diferencias son significativas.

Tabla N° 6

Diferencia del promedio entre el perímetro cefálico y torácico en los cuatro grupos de peso.

Grupo	Diferencia en centímetros
I	1.6
II	1.1
III	0.7
IV	0.2
Promedio total	1.0

En la tabla N° 6 se anota la diferencia en centímetros que existe en cada grupo entre el perímetro cefálico y el perímetro torácico y se observa que, a medida que el niño nace con un peso mayor, esta diferencia es menor, lo cual analizado estadísticamente es significativo.

D I S C U S I O N

Nos hemos dado cuenta que el promedio del peso de nuestro grupo está por debajo de las estadísticas de otros países (Salmi (2), Schaffer (3), Ramos Galván (4). Ver tabla N° 7!

A continuación hacemos el ensayo de encontrar una explicación para lo expuesto anteriormente.

Tabla N° 7

Peso del recién nacido a término según varios autores

	Peso en gramos		Autor
	Promedio Niños	Promedio Niñas	
Global	3500	3300	2500-5000
Japón*	2940	2480	Salmi (2)
Suecia	3595	3455	

Estados Unidos			
Blancos	3400	3175	Schaffer (3)
Negros	3175	2950	

México	3290	3145	Ramos Galván (4)

Colombia (Hosvicente)	2925	2870	Trabajo Presentado

* En la edición del año de 1963 de la Pediatría de Fanconi-Wallgren, figura el Japón así: Niños 3030 gramos; Niñas 2960 gramos

Refiriéndonos a la tabla N° 7, no creemos que nuestras cifras hubieran mejorado notablemente en el caso de haber incluido en este trabajo los 17 niños con un peso mayor de 4000 gramos. También nos damos cuenta que presentamos en el grupo I aquellos niños que, según la nomenclatura clásica, fueron estimados como prematuros por su peso al nacer y por lo tanto excluidos de las estadísticas de niños nacidos a término, hechas por otros investigadores.

I. TIEMPO DE GESTACION

El tiempo de gestación está calculado en 280 días después del primer día de la última menstruación. Sin embargo se trata de una cifra muy variable, tanto hacia un mayor o un menor tiempo. Si se agrega a este hecho la inexactitud de las fechas suministradas por las madres, se llega a la conclusión aceptada internacionalmente, considerar a un niño prematuro, cuando pesa al nacer 2500 gramos o menos. Pero los estudios en Estados Unidos han demostrado que los recién nacidos negros de bajo peso tienen más madurez, que sus compañeros blancos del mismo peso. Por este motivo se ha sugerido trazar el límite entre los niños a término y los prematuros con 2350 gramos para los negros. (3)

Ultimamente se ha revisado esta nomenclatura y se muestra la tendencia a distinguir entre los niños con bajo peso al nacer sin limitación exacta en gramos, como un grupo, y prematuros verdaderos como otro grupo. Para el prematuro verdadero se exige una gestación de 37 semanas o menos. Los casos de peso más bajo al nacer se observan en los partos con una placenta inadecuada (7). En nuestro plan de trabajo estaba desde el principio incluido anotar el tiempo de gestación. Hemos copiado los datos de la hoja obstétrica y hemos tratado en algunos casos de aclarar divergencias obvias entre el aspecto del niño y el tiempo anotado del embarazo, por medio de conversación personal con la madre. El resultado era francamente desconsolador. Comprendimos que una parte de las madres de este nivel cultural desconocen la sucesión de los meses del año, no saben su edad, no recuerdan fechas, y al preguntárseles admiten su ignorancia o inventan datos imaginarios. Respecto a este tema hay un estudio simpático que tenía por objeto averiguar la fecha de la última menstruación entre las atendidas en una clínica de maternidad. Se trata de una revisión de 2016 historias que mostraron una fecha determinada, mientras que en otras 434 historias no apareció ningún dato. En la encuesta sobre la fecha del primer día de la última regla alcanzaron la mayor frecuencia el día 15 ,siguie-

ron algunos múltiples del número 5, el día 12 y el 18, mientras el día 30 no fue mencionado ni una sola vez. Este resultado no es compatible con el cálculo de probabilidades, sino parece mostrar una preferencia para ciertos números entre una población de un nivel cultural bajo (8).

Mencionamos un trabajo hecho en el Instituto de Seguros Sociales de Bogotá que tiene como tema "La Edad de Gestación del Recién Nacido" (9). Se trata de un grupo de niños seleccionados según los siguientes criterios: a) Primera consulta prenatal dentro de los primeros tres meses de amenorrea; b) ciclo menstrual regular; c) embarazo normal; d) Parto normal. Por meritorio que sea este estudio, no puede aplicarse a grupos sin discriminación, tratándose en nuestro trabajo de madres con una asistencia prenatal mínima.

En resumen no podemos calcular el tiempo de embarazo para el grupo estudiado y no lo podremos hacer por muchos años venideros en el mismo grupo cultural.

II. Valores Antropométricos para Comprobar la Madurez

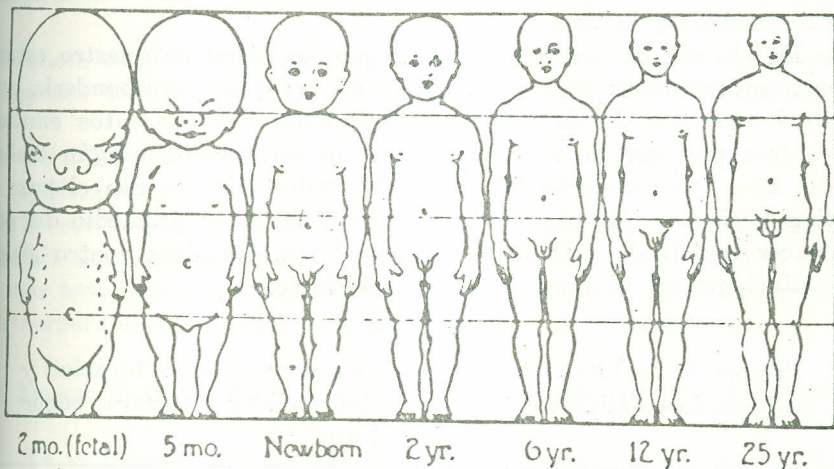


Fig. N° 1.— Cambio de proporciones corporales desde el segundo mes fetal hasta la edad de adulto. (Nelson, pag. 15, (10)).

La figura N° 1 nos muestra la impresionante preponderancia de la cabeza sobre el resto del cuerpo en los meses fetales. En los niños verdaderamente prematuros impresiona el tamaño desproporcionado de

la cabeza (11). Alvarez de los Cobos (12) exige para el diagnóstico de prematuridad lo siguiente: Gestación menor de 38 semanas; peso menor de 2500 gramos; talla menor de 47 centímetros; perímetro cefálico menor de 33 centímetros, torácico menor de 30 centímetros; diferencia entre ambos perímetros más de 3 centímetros.

Analizando nuestro grupo I observamos que el promedio de la talla con 46 centímetros y el promedio del perímetro cefálico con 32 centímetros coincide con las cifras exigidas para clasificar la prematuridad. En contraste se encuentra la circunferencia torácica que está con un promedio de 30.4 centímetros por encima del límite exigido para ser prematuro. En consecuencia tenemos una diferencia entre perímetro cefálico y torácico de 1,6 centímetros para el mismo grupo, en contraste con el exigido de 3 centímetros para el prematuro según Alvarez de los Cobos. Si nuestra observación es correcta, los niños del grupo I tienen a pesar de su peso, talla y perímetro cefálico de prematuro un desarrollo de las proporciones corporales del niño maduro.

Estudiando los otros tres grupos de nuestro trabajo (Tablas Nos. 5 y 6), llegamos al mismo resultado, es decir: con un aumento de peso hay una diferencia que disminuye progresivamente, entre la circunferencia cefálica y la torácica.

En el afán de poder comprobar que los niños de nuestro estudio tienen proporciones de más madurez de las que correspondería a su peso, hemos tratado de hacer comparaciones con los datos emitidos por otros autores. En realidad no hemos encontrado ningún trabajo en el cual se comparen las medidas cefalo-torácicas con el peso en recién nacidos a término. La tabla N° 7 muestra el promedio del peso al nacer registrado por otros investigadores. Nuestros cuatro grupos no coinciden con ninguna de estas publicaciones.

Tabla N° 8

Promedio de talla, perímetro cefálico, perímetro torácico y diferencia cefálica/torácica en recién nacidos a término según varios autores

Autor	Talla	Perímetro cefálico en centímetros	Perímetro torácico	Difer. cefálica torácica
Watson (1)	50.0	35.0	35.0	0
Schaffer (3)	50.0	35.0	33.0	2 - 2.5
Nelson (10)	50.6	35.0	33.0	2
Salmi (2)	50.0	35.0	34.0	1
Trabajo presentado	48.2	33.5	32.5	1

En la tabla N° 8 se encuentran los valores antropométricos publicados por varios autores. Sabemos que nuestro grupo incluye niños de menos peso que en todos los otros trabajos: nuestro estudio empieza con el peso de 2001 gramos y termina con 4000 gramos, mientras que los otros estudios empiezan con 2500 gramos y terminan por encima de 4000 gramos (Ver tabla N° 7). Este hecho deja presumir que el promedio de nuestros valores correspondería a un grupo menos maduro, por concepto del peso, que el analizado en los otros trabajos. Se realizó la prueba significativa para la diferencia entre la talla, el perímetro cefálico y torácico de nuestros niños con las medidas de Nelson (10), con el siguiente resultado:

Para talla	P < 0,001
Para perímetro cefálico	P < 0,001
Para perímetro torácico	P < 0,01

Lo cual es significativo.

Al mismo tiempo se comparó la diferencia de los perímetros cefálico-torácicos de nuestro grupo con los valores standard de Nelson (1).

Diferencia cefálica/torácica de nuestro grupo	1 centímetro
Diferencia cefálica/torácica según Nelson	2 centímetros

La diferencia entre los dos grupos da $P = 0,012$, lo que también es significativo.

Si consideramos todos los hechos mencionados, nos atrevemos a concluir que nuestros niños, aunque el promedio de su peso al nacer es más bajo que el peso publicado por otros autores, tienen proporciones corporales aceptables para niños nacidos a término.

III. Ensayo para Explicar el Bajo Peso en Niños Nacidos a Término.

Ya se han publicado numerosos trabajos sobre la influencia racial en la talla para diversos grupos étnicos del mundo. No hemos encontrado literatura detallada sobre la relación de las medidas antropométricas con respecto al peso del recién nacido, tampoco sobre el porcentaje de los diversos grupos de peso en comparación al número total. Ramos Galván (4) hizo en México un estudio del peso de recién nacidos y lo elaboró en porcentajes de acuerdo con el sistema de Stuart en Boston. El peso de estos niños no fue controlado por el autor personalmente,

sino obtenido por las hojas estadísticas de centros asistenciales del parto. El resultado de la comparación muestra valores inferiores en los niños mexicanos con relación a los niños de Boston.

Slimshaw (5) hizo un estudio en América Central sobre el desarrollo del peso y de la talla en los niños de Guatemala. Se trata de una observación postnatal: La evolución de peso y de la talla en los niños de Guatemala, donde predomina la raza india, se aproxima casi completamente al standard de los niños Americanos de Iowa, durante los primeros seis meses de vida, y luego muestra, de este período en adelante, una progresiva divergencia, dejando atrás a los niños de Guatemala. A la vez observa el mismo autor, que los niños guatemaltecos de un grupo socio-económico elevado no difieren del standard nor-

Tabla N° 9

Distribución ponderal de 426 recién nacidos en el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) de Medellín)

Peso en gramos	Número de niños	%	Número de niños de partos múltiples
Grupo I			
2001 - 2500	38	8,9	8
Grupo II			
2501 - 3000	142	33,3	6
Grupo III			
3001 - 3500	180	42,3	57,8
Grupo IV			
3501 - 4000	66	15,5	
Total	426	100	

NOTA: Habían 19 niños con un peso mayor de 4000 gramos, con el peso máximo de 4600 gramos.

teamericano mientras que los niños de Costa Rica, población de descendencia europea exclusivamente, van tan atrasados como los niños guatemaltecos pobres.

La tabla N° 9 muestra el estudio de 426 historias de niños nacidos en la maternidad del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), Medellín. Las anotaciones de los pesos de estos niños fueron tomadas al momento de nacer y no fueron controladas por nosotros. A pesar de las divergencias del control en el peso de las distintas instituciones, creemos, sin embargo, que la comparación de las cifras tiene algún valor.

Nos hemos limitado para el grupo del ICSS también dentro de los 2001 - 4000 gramos de peso de nacimiento. Mientras que los niños nacidos en el Hosvicente con un peso entre 2001 y 3000 gramos ocupan el 62,3%, y los niños entre 3001 y 4000 gramos el 37,7% del total, observamos que en el ICSS el grupo con el peso inferior a 3001 ocupa el 42,2% y el grupo superior el 57,8% del total. Al margen observamos que en el Hosvicente habían 17 niños con un peso mayor de 4000 gramos con un peso máximo de 4300 gramos sobre un total de 1650 individuos con un peso entre 2001 y 4000 gramos; en el estudio de las historias del ICSS se encontraron al lado de 426 niños entre 2001 y 4000 gramos, 19 niños con peso mayor de 4000 gramos con peso máximo de 4600 gramos. (Ver tablas Nos. 2 y 9 y Fig. N° 2).

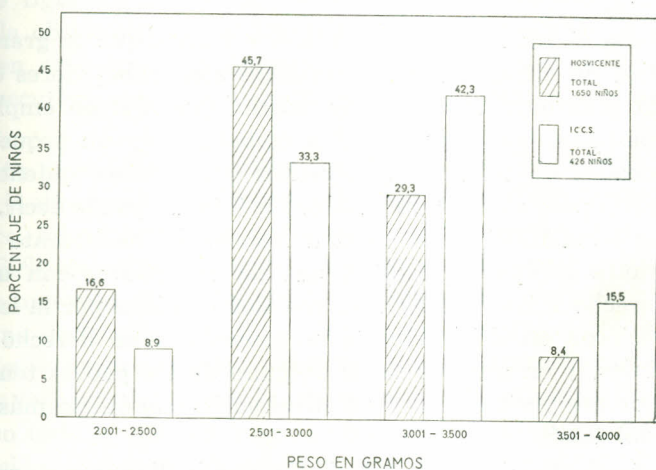


Fig. N° 2—Comparación de los 4 grupos de peso los recién nacidos en el Hospital y en el ICSS.

Reconocemos plenamente el defecto en la comparación por los motivos arriba mencionados, pero suponemos que posiblemente se puede atribuir significación a los datos obtenidos: el 20,1% menos, en niños con peso menor de 3001 gramos y lógicamente el 20,1% más, en niños del peso superior de 3000 gramos en el ICSS, comparando con los valores de los niños del Hosvicente.

Analicemos las posibles causas de esta diferencia aparente en las dos entidades de asistencia natal.

Al principio de nuestra asistencia en el servicio del Hosvicente, hemos tratado de llenar un renglón en nuestro plan de trabajo con el rótulo: "Raza". Quisimos atenernos a la nomenclatura "negro, blanco, mezclado"; entre lo último tenía que figurar cualquiera tipo de mezcla entre la raza blanca, india y negra. Pocas semanas más tarde hemos suprimido este detalle, porque nos hemos dado cuenta, que casi el 100% de los niños pertenecía al tipo "mezclado", descontando un número insignificante de recién nacidos de apariencia negra y todavía un número menor de apariencia blanca.

Respecto a los niños del ICSS, no los hemos visto nacer, pero hemos tratado en la consulta externa todos los niños, por lo menos una vez, antes de haber cumplido los 10 años de edad. En consecuencia conocemos personalmente la estructura racial de este grupo y podemos constatar que la mayor parte pertenece a la raza "mezclada", que ningún caso pertenece a la negra, y tal vez unos pocos se pueden clasificar como blancos.

Referente al nivel socio-económico, sabemos que la gran mayoría de los padres de niños nacidos en el ICSS son trabajadores o trabajadoras de la más baja categoría de sueldo, que ejercen empleos como porteros, choferes, lavapisos, etc. Sin embargo hay un pequeño número de empleados de oficina, farmacéutas y dentistas, quienes figuran en la categoría más elevada de sueldo. En total se puede decir, que cada niño nacido en el ICSS, tenía en el momento del nacimiento y posiblemente durante la época prenatal, uno de sus padres con un empleo fijo y el derecho a las prestaciones sociales exigidas por la ley. Los niños que nacieron en el Hosvicente no tenían ningún derecho a prestaciones sociales, y en muchos casos ninguno de los padres tenía empleo alguno y por eso pertenecían a un nivel socio-económico más bajo que los niños del ICSS.

Resumiendo los factores anteriores, nos inclinamos a creer, que la diferencia del peso al nacer que está a favor de los niños del ICSS, se debe a factores socio-económicos.

Al terminar este capítulo hemos recibido un artículo sobre el peso de niños estudiados en otra institución de asistencia obstétrica de la ciudad. El autor (6) compara dos grupos, según el nivel socio-económico de la madre. El grupo I es comparable, aunque algo superior, a los niños nacidos en el Hosvicente; el grupo II es semejante a los niños nacidos en el ICSS. Aunque los métodos son distintos y la presentación del trabajo diferente, el resultado es de acuerdo con el nuestro: cuanto más hambre soporta la madre, menos pesa en promedio el hijo al nacer.

IV. Hipótesis para Explicar el Mecanismo.

En las páginas anteriores hemos tratado de comprobar que los recién nacidos de nuestro estudio son producto de embarazos a término y que tienen un promedio más bajo del peso al nacer del señalado por las estadísticas de recién nacidos de otras partes del mundo.

En lo siguiente ensayamos a dar una explicación hipotética sobre este hecho, apoyándonos en las publicaciones de dos autores.

Smith (13) publicó un estudio muy interesante sobre el estado nutricional de los niños nacidos en Holanda durante la época de hambre en el invierno de 1945/46. Las madres tenían muy poco que comer y los registros prenatales mostraron muy poco aumento y aún pérdida de peso durante el embarazo. Sin embargo nacieron los niños con un peso que figuraba dentro de los límites normales esperados. Se hizo además la observación, que aproximadamente un 50% de las mujeres sufrían en esta época "amenorrea de hambre" con probable infertilidad consecutiva, así que el número de nacimientos fue notablemente reducido.

Smith trae datos comparativos de la duración del embarazo y del porcentaje de peso entre la cría y la madre, en distintos animales y en el hombre. Mientras que el ratón produce en unos 30 días una cría que pesa el 30% del peso materno, mientras que la oveja produce en unos 120 días una cría que pesa el 15% del peso materno, se madura el feto humano dentro de 280 días y alcanza solamente el 5% del peso materno. Estos hechos pueden explicar, como, en contraste con los animales de laboratorio, el ser humano en su largo tiempo fetal retira poco a poco todo lo necesario de la sustancia materna y por eso no sufre desnutrición aparente intrauterina, por lo menos en madres originalmente bien nutridas, con pocos meses de subalimentación durante el embarazo.

Qué pasa con las madres de nuestros niños?

Estas madres sufren desnutrición crónica, durante generaciones, probablemente. Ellas se han adaptado a estas condiciones, no sufren de infertilidad, y al contrario se puede hablar de multinatalidad.

Qué pasa entonces con los niños?

Vamos a hacer una pequeña excursión sobre la desnutrición protéica del niño pequeño y nos referiremos a un artículo de Jelliffe (14). Este autor distingue tres formas de desnutrición protéica: 1). El tipo "Kwashiorkor" o el daño por el aporte desproporcionado de carbohidratos, quiere decir, un aporte de calorías suficientes, con falta de sustancias básicas, especialmente de proteínas y vitaminas. 2). El tipo "marasmo": además de la falta de las sustancias básicas, hay falta casi completa de aporte de calorías y el niño tiene que volverse caníbal con su propia carne. 3). El tipo "enano". Este niño recibe de todo un poco, más equilibrado, así que el aporte de proteínas apenas basta para sostener el estado actual, pero no es suficiente para las exigencias del crecimiento. Dichos niños dan la apariencia de niños bien proporcionados, nada desnutridos, pero si uno compara las medidas de estos niños con las normas para su edad, ellos se encuentran en un nivel que corresponde a niños mucho menores en años que ellos.

Si nos permitimos aplicar estos hechos a los recién nacidos, llegamos a la siguiente hipótesis: Estos niños nacen redondos, rosados, con desarrollo normal de musculatura y de tejido graso, sin aspecto de acortamiento de su vida intrauterina, con medidas en proporción a su peso reducido, pero con el coeficiente cefalo-torácico de niño a término, bien desarrollado. Enunciamos la posibilidad de que puede tratarse de un proceso de adaptación para la sobrevivencia. Los niños de las madres desnutridas se proveen durante su larga vida intrauterina de las sustancias básicas y frenan su crecimiento, cuando el aporte materno no es suficiente. El resultado son los niños pequeños, redondos y rosaditos, aparentemente maduros.

CONCLUSION

Las tablas antropométricas de este trabajo no pueden servir de base por las inevitables deficiencias técnicas que se presentaron en el control del peso del niño recién nacido. Repetimos que este trabajo lo consideramos como un estímulo para que se investigue posteriormente con instrumental técnicamente adecuado y con personal adiestrado, el

peso y las medidas de los recién nacidos en varios servicios de maternidad, en las distintas capas sociales de la ciudad, para confirmar o descartar la realidad de la hipótesis enunciada en la discusión sobre la desnutrición prenatal.

RESUMEN

Se presenta en la primera parte de este trabajo el estudio de los valores antropométricos de 1650 recién nacidos en el Hospital de San Vicente de Paúl, Medellín - Colombia. Las madres de estos niños vienen del nivel socio-económico más bajo de la ciudad; este trabajo se limita a los niños entre 2001 y 4000 gramos de peso.

El número total se divide en cuatro grupos de 500 gramos de diferencia, y se anotan la talla, el perímetro cefálico y torácico para cada grupo.

Los valores estadísticos de peso, talla, perímetro cefálico y torácico están por debajo de los valores dados por otros autores.

En la segunda parte se discuten estos hechos:

1. Los autores tratan de investigar, si el bajo promedio de peso al nacer tiene relación con el tiempo de gestación, concluyendo, que debido al bajísimo nivel cultural de este grupo, no se pueden obtener datos competentes acerca de la fecha de la última menstruación.
2. En seguida se trata de comprobar la madurez de estos niños a través de los valores antropométricos con un resultado estadístico positivo.
3. Se compara el grupo estudiado con otro grupo del mismo aspecto racial, pero de un nivel socio-económico menos bajo, y se comprueba el mejor desarrollo corporal en los niños de mejor ambiente económico.
4. Se formula una hipótesis: estos niños de madres crónicamente desnutridas nacen de aspecto maduro, bien desarrollados y sin aparentes signos de desnutrición, conservando su presencia eutrófica con un retardo de crecimiento.

ZUSAMMENFASSUNG

Im ersten Teil dieser Arbeit werden die Ergebnisse der Koerpermessungen von 1650 Neugeborenen, die im Hospital de San Vicente, Medellín-Kolumbien zur Welt kamen und deren Muetter dem aermsten Teil der Bevoelkerung angehooeren, dargestellt. Nur die Kinder mi einem Gewicht zwischen 2001 und 4000 Gramm wurden beruecksichtigt.

Die Gesamtzahl wurde in vier Gruppen mit je 500 Gramm Gewichtsunterschied aufgestellt, und jeder Gruppe die enstprechenden Masse, Laenge, Kopf-und Brustumfang betreffend, gegenuebergestellt.

Statistisch ausgearbeitet zeigten sich die Werte von Gewicht, Laenge, Kopf-und Brustumfang unterhalb jener anderer Autoren.

Im znweiten Teil werden obige Tatsachen diskutiert:

1. Die Verfasser versuchten herauszufinden, ob das durchschnittlich niedrige Geburtsgewicht in Beziehung zur Schwangerschaftsdauer steht mit dem Ergebnis, dass es bei dem aeusserst niediairgen Kultur-niveau der Muetter voellig unmoeglich ist, den wirklichen Termin der letzten Menstruation festzustellen.
2. Es wurde versucht mittels der anthropometrischen Werte die Reife dieser Kinder zu beweisen mit einem positiven Ergebnis der statistischen Berechnung.
3. Den 1650 Kindern wurde eine andere Gruppe Neugeborener gegenuebergestellt, die ethnisch gesehen gleichartig zusammengesetzt, oekonomisch aber etwas besser gestellt ist; diese Gruppe zeigte einen hoeheren Gewichts-durchschnitt.
4. Es wird folgende Hypothese aufgestellt: Diese Kinder chronisch unterernaehrter Muetter kommen dem Anschein nach reif, gut entwickelt und ohne sichtbare Zeichen von Unterernaehrung zur Welt, dank einem Anpassungsvorgang, wobei das eutrophische Aussehen durch ein Zurueckbleiben im Wachstum erreicht wird.

REFERENCIAS

- 1 Watson, Ernest H. y Lowrey, George H.: **Growth and development of children.** Pag. 44 etc. The Year Book Publishers, Chicago, 1952.
- 2 Salmi, T.: **Wachstum und Entwicklung des normalen Kindes.** Fanconi-Wallgren: Lehrbuch der Paediatric. Paá. 3-4. Auflage, Benno Schwabe & Co. Basel, 1954.
- 3 Schaffer, Alexander J.: **Diseases of the Newborn.** Pag. | 17 etc. W. B. Saunders Co. Philadelphia & London, 1960.

- 4 Ramos Galván, Rafael.: **Análisis del "Peso de Nacimiento" y evolución posterior.** Boletín Médico del Hospital Infantil México, Pag. 357-76, 1º de agosto de 1959.
- 5 Scrimshaw, Nevin S. et al.: **Nutritional problems of children in Central America and Panamá.** Pediatrics 16: 378-97, 1955.
- 6 Jaramillo Mario: **Peso al nacer y condiciones económicas.** Bol. científ. de la clínica de maternidad Luz Castro de Gutiérrez, N° 15: 20, 1963, Medellín, Colombia.
- 7 Smith, Clement A.: Conferencia dictada en el Congreso Panamericano de Pediaría, Quito, Ecuador, 1963.
- 8 Jaramillo, Mario: **La fecha de la última menstruación, un dato incierto.** Bol. científ. de la clínica de maternidad Luz Castro de Gutiérrez, N° 14: 26, 1963, Medellín, Colombia.
- 9 Amaris Mora, Alberto: **Edad de gestación del recién nacido en la clínica 1º de Mayo de Bogotá.** Rev. de la Soc. Colom. de Pediatría y Puericultura. Vol. IV: 173-78, 1961.
- 10 Nelson, Waldo E.: **Textbook of Pediatrics.** 6th edition. Pag. 15, 31, 54. W. B. Saunders & Co. Philadelphia & London, 1954.
- 11 Ylppoe, A.: **Fruehgeburt und Lebensschwaeche (Immaturitaet).** Fanconi Wallgren: Lehrbuch der Paediatric, Pag. 246, 3. Auflage. Benno Schwabe & Co. Basel, 1954.
- 12 Alvarez de los Cobos J.: **El niño prematuro.** Ediciones médicas del Hospital Infantil, México, 1956.
- 13 Smith, Clement A.: **Prenatal and Neonatal Nutrition.** Pediatrics 30, 145-56, 1962.
- 14 Jelliffe, D. B.: **Cultural Blocks and Protein Malnutrition in carly childhood in rural West Bengal.** Pediatrics: 20: 128-38, 1957.

LA BLASTOMICOSIS SURAMERICANA EN EL VALLE DEL CAUCA

Informe de 33 casos.

* *Dr. Raúl Alvarez Gutiérrez*

Introducción

Se han publicado excelentes trabajos sobre esta enfermedad en Colombia (1, 2). Sin embargo, me propongo presentar los hallazgos en los pacientes de esta región del país esperando contribuir al mejor conocimiento de una entidad frecuente entre nosotros.

Materiales y Métodos

Los 33 pacientes fueron atendidos en los servicios de Patología de los Hospitales Universitario y San Juan de Dios de Cali, en un período de 5 años (1.960 - 1.964).

A todos se les hizo estudio por Biopsia de la lesión motivadora de la consulta. Se hicieron las siguientes coloraciones: Hematoxilina-Eosina, Gomori, y P. A. S.

En 8 casos se hizo estudio bacteriológico (Ex. en fresco, cultivos e inoculaciones). En los cultivos se usaron los siguientes medios: B. H. I. Agar (Difco), Sabouraud dextrosa (Difco), Sabouraud Sangre de conejo. A algunos de estos medios se les adicionó Cloromicetin (50 mgrs. por lt.) y Actidiona (500 mgrs por lt.)

Se incubaron a 25 y 37°C.

Resultados

En el cuadro N° 1 se observarán los hallazgos más importantes.

* Diagnosticados en los Dptos. de Patología de los hospitales Universitario y San Juan de Dios, Cali, Colombia.

** Prof. Auxiliar de Microbiología, Facultad de Medicina de la Universidad del Valle.

En el 1A están los datos completos de 21 pacientes. En el 1B figuran 12 pacientes con historias incompletas, pues no fue posible obtenerlas por ser pacientes de consulta privada.

Edad:

La edad en que con más frecuencia se halló la enfermedad oscila entre los 40 y 60 años, con 20 casos.

El paciente más joven tenía 16 años, quien 8 meses antes inició su dolencia caracterizada por anemia y adenopatías generalizadas. Al cabo de este tiempo murió. En la autopsia se encontraron lesiones ulcerosas en duodeno, colon, adenopatías (cervicales, mediastinales, mesentéricas, inguinales) además de gran compromiso de páncreas, bazo, pulmón y médula ósea. En todos estos órganos se observaron en abundancia los característicos parásitos.

Sexo:

En nuestra serie, por cada 10 hombres afectados hay 1 mujer.

Ocupación:

Parece ser que predomina en los agricultores. Sin embargo no lo puedo aseverar ya que falta conocer el oficio de 14 pacientes.

Así tenemos:

Por úlceras de la mucosa oral consultaron:	14	pacientes
Por úlceras muco-cutáneas consultaron:	7	pacientes
Por úlceras de la piel (distintos sitios):	9	pacientes
Por anemia y adenopatías consultó:	1	paciente
Sin datos:	2	pacientes
Total de pacientes:	33.	

Patogénesis:

No es posible definir con claridad el origen de esta infección. Hay casos en donde la puerta de entrada pudo ser traumática, con astillas de madera, extracción dentaria. Pollak y colab. hablan de bocas muy sépticas con higiene oral mala (3).

En muchos otros por el cuadro radiológico pulmonar avanzado se podría especular que los esporos del hongo entraron por inhalación y luego se hicieron las metástasis mucocutáneas. Según Lacaz, la forma cutánea primaria es rara (4).

Lesiones Pulmonares:

En 15 pacientes se hizo radiografía A. P. de tórax, pensando de acuerdo con los autores que preconizan la puerta de entrada pulmonar. Angulo Ortega encontró que de 89 casos diagnosticados por Biopsia sólo 3 no presentaban, radiológicamente, lesiones pulmonares atribuibles a la enfermedad (5).

Los hallazgos radiológicos fueron muy variados. Predominaron las lesiones difusas, de localización y forma variada. Las adenopatías hiliares no son raras. Asimismo hubo dos pacientes en quienes se encontró caverna, siendo los estudios bacteriológicos de esputo, negativos para bacterias del género *Mycobacterium*.

Diagnóstico:

En todos el diagnóstico se hizo a partir del estudio histológico. Con el Gomori (especialmente) y el P. A. S. se observaron levaduras con gemación múltiple, aspecto que en el momento actual se considera patognomónico.

Sólo en 8 pacientes se hicieron estudios bacteriológicos. En 7 de ellos el hongo se manifestó en sus dos fases (micelial y levaduriforme). En 3 de ellos se hizo la conversión de fase micelial a levaduriforme inoculando intratesticular al cobayo. En un caso no fue posible el cultivo del hongo a pesar de verse en el examen en fresco.

Los autores venezolanos recomiendan el uso de la biopsia para los estudios bacteriológicos de micosis profundas (6).

Evolución:

De la mayor parte de estos pacientes se ignora su evolución. No regresan a los controles médicos recomendados. No puedo mencionar, sino que con el tratamiento inicial con sulfas o Amphotericin B las lesiones regresan con rapidez.

Se trataron con sulfas, 7; con sulfas y Amphoteri B, 3; con Amphotericin B, 1. A todos se les dió de alta con notoria mejoría de las lesiones.

DISCUSION

Es esta la micosis sistémica más frecuente entre nosotros, por lo menos la más diagnosticada. Es notorio su predominio en pacientes en la 4ª década de la vida. El sexo masculino es el que más la padece y primordialmente el campesino. En nuestro medio hay casos en todas las

latitudes. La manifestación más frecuente es la ulcerosa, lo que aparentemente fuerza al paciente a consultar. El hallazgo frecuente de compromiso pulmonar debería tenerse en mente para hacer siempre un estudio radiológico del pulmón.

No sé hasta donde sea de utilidad anunciarlo aquí, pero dada la precaria situación socio-económica de la mayoría de estos enfermos y el hecho de no volver a control se debería suministrar alguna cantidad de la droga una vez terminada la etapa de hospitalización.

RESUMEN

Se hace un análisis de 33 casos de Blastomicosis Suramericana encontrados en el Depto. del Valle.

Se encuentran hechos similares a los anotados en otras revisiones.

Se enfatiza la importancia del estudio radiológico pulmonar. Finalmente se sugiere el suministro gratuito de droga al paciente.

SYNOPSIS

The data obtained from 33 cases of South American Blastomycosis are summarized. A marked predominance of male patients in their fourth decade of life is noticed. Most of the patients sought medical attention due to ulcerative lesions. Attention is drawn to pulmonary involvement, frequently observed. Due to the poor socio-economic status of most of the patients, the author suggests free medication should be established.

AGRADECIMIENTOS:

Sinceramente agradezco la colaboración de los doctores Pelayo Correa, Héctor Hurtado y Héctor López, para la realización de este trabajo.

REFERENCIAS

- 1 Restrepo M. A., Calle V. G., Restrepo M. Contribución al estudio de la Blastomicosis Sur-Americana en Colombia, *Ant., Med.* 13: 1. 26-41, 1963.
- 2 Robledo M. Trabajo no publicado. Presentado en el VII Congreso Colombiano de Patología en Cali (XI/64).
- 3 Pollak L., y García L. J. Paracoccidioides brasiliensis en el granuloma dental. *Mycopat. et Mycol. Appli.* 30 (VIII): 156-162, 1961.
- 4 Da Silva Lacaz C. Manual de Micología Médica 3ª edición, Río de Janeiro; Livraria Atheneu S. A., 1960, Pág. 258.
- 5 Angulo Ortega A. Las micosis broncopulmonares en el Departamento de Anatomía Patológica del Instituto Nacional de T.B.C., *Rev. de Tisiol y Neumol.* 1: 101-108, 1959.
- 6 Pollak L. Análisis de 4056 cultivos para diagnóstico de Micosis profundas *Rev. de Tisiol. y Neumol., Venezuela,* 1: 109-103, 1959.

CUADOR N° 1-A

Caso N°	Edad	Sexo	Ocup.	Proced.	Causa Consulta	Evoluc.	Rx. Tórax
1 GVM.	46 A.	M.	Emplea.	Cali	Úlcera oreja D.	6 meses	Infiltración, fibrosis pulmonar difusas en ambos casos, especial en bases.
2 CM.	63 A	M.	Agric.	Puerto Tejada	Úlceración max. D. sup. Adenop. subma. derecha.	2 meses	Sombra densa pequeña en vértice der. En el resto del parenquima no hay lesiones.
3 JAQ.	46 A	M.	Agric.	Cali	Úlcera vegetante interdigital de pie izq. (4-5 artejos).	1 año	Normal. No se ven lesiones que se puedan atribuir a Blastomycosis pulmonar.
4 MAL.	52 A	M.	Plomero	Tulúa V.	Úlcera mucosa yugal derecha.	5 meses	Pequeños nódulos de aspecto blando en vértices pulmonares y congestión hilar sugestivo de T.B.C.
5 SR.	23 A	M.	Agric.	Sn. Miguel Costa Pac.	Úlcera, lengua y nariz.	6 meses	Radiografía al final del trat.: Normal.
6 DPC.	48 A	M.	Agric.	Guacará V.	Úlcera labio inf. der. y encía.	4 meses	Neumotórax der. y lesiones nodulares dispersas y una imagen izq. de aspecto cavitario.
7 JV.	45 A	M.	Carp.	Cali	Gripas frecuentes absc. amígdalas Der. Adenopatías cervicales. Disnea.		Fibrosis Calcificac. e infiltr. pulmonar difusa bil. Adenop. hilar bil. Enfisema de bases
8 HL.	16 A	M.	Agric.	Tulúa V.	Anemia. Adenopatías gales. Fiebre Hepatoesplenomegalia.	8 meses	Ensanchamiento de mediastino. Hilios dilatados. Elementos nodulares en las bases.
9 JMV.	46 A	M.	Agric.	Ginebra, V.	Úlcera max. der. supurada luego de extr. dental, ganglios cervicales, úlcera paladar y lengua.	10 meses	Infiltración y fibrosis pulmonar simétrica. Adenopatía hilar.
10 RLA.	33 A	M.	Agric.	Cali	Lesiones en boca y encías. Adenopatías cervicales. Lesión codo derecho.	14 meses	Infiltración pulmonar bilater. alrededor de hilios y lóbulos inf.
11 BTV	43 A	M.	Agric.	Bolívar, V.	Rinitis, úlcera, lengua y nariz	18 meses	Infiltración difusa severa bilateral.
12 JMG.	32 A	M.	Agric.	Caicedonia Valle	Úlcera boca, carrillo derecho y encías.	5 meses	Infiltración blanda disseminada en zona medio basal de ambos campos pulmonares.
13 JA.	38 A	M.	Agric.	Bugalagrande, V.	Úlcera carrillo izq. labios y paladar. Adenopatías cervicales	6 meses	Signos de bronquitis crónica hilios congestivos. No hay infiltr.

CUADRO N° 1-B

Caso N°	Edad	Sexo	Causa Consulta	Organos comprometidos
22 J de DV	55 A	M.	T. respiratorios sin especificar	Pulmón (lav. bronquial)
23 PNR.	54 A	M.	Ulceras encías	Encías
24 JB.	28 A	M.	T. respiratorios	Pulmón (lav. bronquial)
25 GT.	Sin datos	M.	Ulcera mano	Piel mano
26 HR.	38 A	M.	Ulcera paladar	Paladar
27 GR.	50 A	M.	Ulcera lengua	Lengua
28 CJD.	45 A	M.	Piel - Sin datos	Sin datos
29 TG.	46 A	M.	Ulcera cavidad oral	Sin datos
30 JCG.	40 A	M.	Piel labio	Sin datos
31 AR.	65 A	M.	Amígdala	Sin datos
32 LO de P.	37 A	M.	Nódulo paraesternal derecho	Sin datos
33 GS.	5 días	F.	Amigdalitis crónica	Sin datos

Aunque no se dispone de datos exactos, hay poderosas razones para creer que el índice de natalidad de este grupo social pasa del 50 x 1.000; su índice de mortalidad infantil es muy superior al de la población total de la ciudad, el hacinamiento es la regla en los innumerables barrios "piratas" de esta zona oriental de Medellín, y la desnutrición de padres e hijos no tiene excepción.

El objetivo inicial e inmediato del presente estudio fue el de calcular la fertilidad de esta comunidad, conocer sus actitudes, deseos y experiencias en relación a su propio índice de natalidad y buscar el grado de motivación para el uso de medidas anticoncepcionales. Como objetivo mediato, dar a conocer a las autoridades de Salud Pública la situación de una muestra típica del grupo social que atienden los servicios oficiales de salud, con miras a justificar con argumentos sólidos un programa de regulación de los nacimientos bajo los auspicios del gobierno municipal.

Como objetivos a largo plazo, iniciar en Antioquia una serie de estudios sobre problemas demográficos y de orden familiar originados en el alto índice de natalidad, con intención de interesar a las autoridades civiles, eclesiásticas y universitarias en un aspecto de la Medicina Preventiva que, si bien era conocido, no era practicado por ellas.

Material y Métodos:

Se programó estudiar 1.000 pacientes en serie continua entre las que se fueran inscribiendo en la Consulta Prenatal del Centro, que fueran casadas y tuvieran vida marital ininterrumpida desde su matrimonio. La encuesta se comenzó en Julio de 1.963, pero a los pocos meses fue necesario suspenderla por dificultades con las autoridades eclesiásticas parroquiales que, por no haber sido oportuna y suficientemente informadas, interpusieron su influencia ante la Secretaría Municipal de Salud, que tampoco estaba informada, ni mucho menos interesada en esta clase de estudios. La encuesta, vencidos estos contratiempos, se reinició en Enero de 1.964.

El cuestionario fue hecho deliberadamente muy sencillo, y en forma de una planilla, con cada renglón correspondiente a una paciente.

Para evitar la desconfianza, suspicacia o timidez excesivas de las pacientes se intercaló el interrogatorio de la encuesta con la anamnesis ordinaria de la primera consulta prenatal.

La edad se contó en años cumplidos; los años de matrimonio en cifras enteras, tomando como año completo fracciones de más de 6 me-

ses y desechando las menores. El embarazo actual se tuvo en cuenta como parto si en el momento de hacer el interrogatorio la gestación tenía más de 6 meses, si tenía menos se descartó. Por conocimiento acerca de un método anticoncepcional se aceptó el que la paciente manifestase haber oído hablar de él, luego de hacerle la pregunta "conoce Ud. algún método o manera de evitar los hijos?", sin sugerir ninguno el encuestador. Por empleo de un método se entendió la práctica, ocasional o habitual. La colaboración del esposo se anotó siempre como probable, no como segura.

Todas las pacientes fueron interrogadas personalmente por el autor.

Para el análisis de los datos se utilizaron tarjetas perforadas MC BEE.

Todas las pacientes encuestadas y no encuestadas están recibiendo o han recibido la enseñanza del método de la continencia periódica mediante un cursillo de 4 clases durante el embarazo y otras 4 en el parto, y están en preparación los cursos para los esposos, que serán dictados en las horas de la noche, y las parejas que asisten juntas a la entrevista-consulta de puerperio están siendo matriculadas en la Consulta de Regulación de los Nacimientos, previa una encuesta más amplia.

Resultados:

Para la presentación de los resultados hemos omitido en casi todos los cuadros las cifras absolutas en vista de que siendo el número de casos estudiados 1000, la lectura de porcentajes da inmediatamente la cifra absoluta.

EDAD: La edad promedio fue de 27,9 años, con la distribución por grupos que indica el cuadro N° 1. Puede apreciarse que se trata de

CUADRO N° 1
Distribución por edad

Edad	%
Menos de 20	14.8
21 a 25	26.0
26 a 30	24.9
31 a 35	20.3
36 y más	14.0

una población gestante relativamente joven, como corresponde a una comunidad donde los matrimonios son precoces. Aunque no fue un punto de la encuesta, hemos observado que una gran cantidad de mujeres se casa bajo la presión de la propia familia, interesada en disminuir el número de sus miembros, habitualmente considerable.

AÑOS DE MATRIMONIO: La edad promedio al contraer matrimonio fue de 19,4 años, y la duración media de la vida matrimonial de 8,5 años. La distribución por edad al casarse y la duración de la vida matrimonial por grupos etarios se presenta en el cuadro N° 2.

Nos parece interesante anotar que no pocas mujeres entre las encuestadas, sobre todo las procedentes de zonas rurales, han contraído matrimonio a edades inferiores a los 14 años, y tanto éstas como las casadas a mayor edad, sin ninguna preparación para el matrimonio, ni de parte de la familia, ni de las instituciones educativas, ni de la Iglesia. Aunque tampoco hizo parte del interrogatorio, hemos observado una frecuencia relativamente alta de mujeres que se casaron sin saber lo que son las relaciones sexuales.

CUADRO N° 2

Años de matrimonio por edad

	Prom. Ed. al M.	
— de 20	3.9	15.8
21 a 25	5.4	17.6
26 a 30	8.0	20.1
31 a 35	11.3	21.9
36 y más	15.2	24.0
27.9	8.5	19.4

FERTILIDAD: Encontramos que por cada 8,5 años de vida matrimonial hay 6,6 embarazos, de ellos, 5,8 son partos y 0,8 abortos. Esto da un embarazo cada 16 meses y un aborto por cada 7,2 partos, por lo tanto, el índice de abortos/partos fue de 13,8. El cuadro siguiente indica el promedio de embarazos según la edad.

CUADRO N° 3
Embarazos por edad

Edad	Embarazos
Menos de 20	2.6
21 a 25	4.0
26 a 30	6.0
31 a 35	8.1
36 y más	10.2

La gente de las clases inferiores al preguntársele cuántos hijos tiene suele responder haciendo una distinción entre vivos y muertos, por esta razón hemos averiguado la cifra de hijos vivos. El promedio por cada 6,6 embarazos o cada 5,8 partos es de 4,5 hijos vivos, o sea, un hijo vivo por

cada 1,3 partos o 1,5 embarazos, lo que quiere decir que para obtener un hijo vivo no basta un embarazo, se requieren 1½. El gráfico N° 1, representa la relación entre embarazos y partos e hijos vivos con la edad.

ACEPTACION DE LA MATERNIDAD: En todos los servicios obstétricos el médico tiene que enfrentarse con muchísima frecuencia

al problema del embarazo no deseado y a la crónica angustia que se apodera de las pacientes con embarazos numerosos y frecuentes, así como a las consecuencias de orden somático y psíquico que la multiparidad conlleva, y no pocos creen cumplir con su deber de ayudar a estas mujeres orientando su problema hacia una solución, no siempre satisfactoria, de resignación

CUADRO Nº 4

Hijos vivos por edad

Edad	Hijos
Menos de 20	2.1
21 a 25	2.9
26 a 30	4.3
31 a 35	6.1
36 y más	7.2

ante lo que juzgan inevitable: la multiplicación sin límites de una familia con recursos absolutamente insuficientes. Parece increíble que los médicos de los organismos de Salubridad sean capaces de resistir indefinidamente la presión de millares de mujeres que a su pesar engendran al mismo tiempo abiertamente manifiestan su rechazo a más embarazos, las más de las veces con justificada razón.

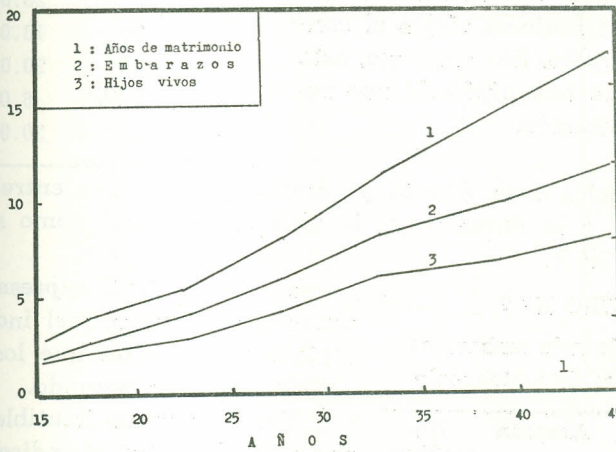


Gráfico 1—Años de matrimonio, embarazos e hijos vivos según edad

CUADRO N° 5

Aceptación de más embarazos según edad

Edad	Aceptan	No aceptan
Menos de 20	26.7	73.3
21 a 25	34.0	66.0
26 a 30	21.6	78.4
31 a 35	16.2	83.8
36 y más	22.0	78.0
Promedio	22.1	77.9

quizás están influyendo en la mentalidad de las mujeres. Uno de estos factores podría ser el impacto que sobre la población hayan tenido la mayor difusión que se ha dado al tema de la natalidad excesiva como fuente de problemas y la réplica de la Iglesia en contra del control de esa natalidad, y, al parecer, las mujeres jóvenes han captado mejor el aspecto favorable al control o la regulación, y las mujeres viejas el concepto desfavorable. Sin embargo, esto no es más que una hipótesis que requiere demostración.

Una relación más directa y constante se observa entre el índice de aceptación y la duración de la vida matrimonial, como se aprecia en el cuadro N° 7.

CUADRO N° 7

Aceptación de más embarazos según los años de matrimonio

Años de Matrimonio	Aceptan	No aceptan
1 a 5	34.8	65.2
6 a 10	15.2	84.8
11 a 15	14.2	85.8
16 a 20	12.5	87.5
21 y más	8.2	91.8
Promedio	22.1	77.9

En el presente estudio sólo un 22,1% afirmaron desear más hijos; el 77,9% desean no tener más. No aparece muy clara una relación directa entre el que podríamos llamar Índice de Aceptación y la edad. Sin embargo, comparando los resultados de las 1.000 pacientes encuestadas con los de las primeras 200 estudiadas en 1.963, se observa una gran diferencia que hace pensar en que, además de la edad, otros factores, de aparición reciente

CUADRO N° 6

Aceptación de más embarazos según la edad, encuesta de 1963

Edad	Aceptan	No aceptan
Menos de 20	47.5	52.5
21 a 25	25.0	75.0
26 a 30	13.0	87.0
31 a 35	20.0	80.0
36 y más	6.0	94.0
Promedio	20.0	80.0

El gráfico N° 2 expresa más claramente el descenso del índice de aceptación a medida que los años de matrimonio van pasando.

También es indiscutible la estrecha relación entre el índice de aceptación y el número de hijos vivos que se tienen.

Gráficamente el fenómeno se aprecia en toda su claridad. (Ver gráfico N° 3)

La cifra ideal promedio de embarazos entre el total de encuestadas

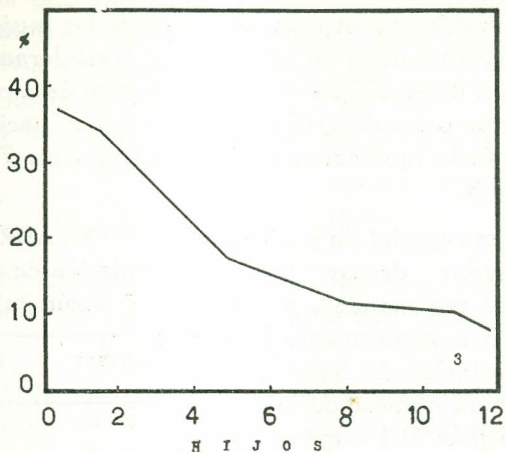


Gráfico 2—Aceptación por años de matrimonio.

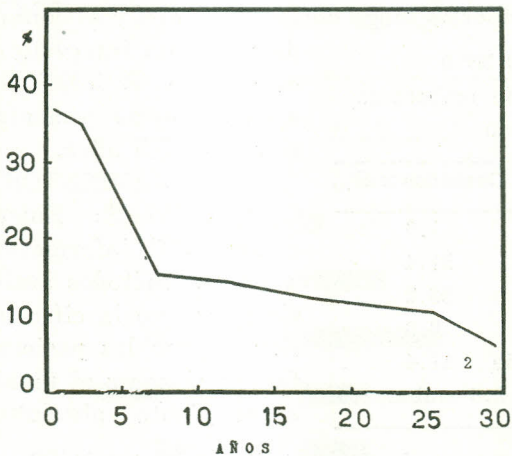


Gráfico 3—Aceptación por hijos vivos.

es muy semejante a la cifra real de los países desarrollados: 2,6. Las variaciones de esta cifra según la edad se aprecian en el cuadro N° 9 y son bastante explicables puesto que es propio de las mujeres que tienen pocos hijos desear completar el número que consideran ideal, y llama la atención el gran descenso del índice de aceptación a partir del 5° año de matrimonio, que coincide ordinariamente con el nacimiento del tercer hijo, como puede apreciarse en los cuadros Nos. 7 y 8, y en los gráficos Nos. 2 y 3.

Hay un grupo especial de pacientes que respondieron desear "todos los hijos que Dios me mande", y son el 11,4%. Esta cifra seguramente hubiera resultado inferior de haber insistido en obtener un número definido, pero nos pareció más útil aceptar las respuestas espontáneas de las pacientes.

El intervalo ideal entre dos embarazos resultó ser de 2,9 años, superior al doble del intervalo real. Sin embargo, debemos advertir que muchas pacientes afirmaron desear que sus embarazos tuvieran lugar cada año hasta completar la cifra ideal para suspenderlos luego definitivamente, y se contabilizaron como

CUADRO N° 9

Número ideal de embarazos deseado

Embarazos	Deseados x el%
0	1.6
1 a 2	51.4
3 a 4	28.2
5 ó +	8.9
lo que Dios mande	11.4
Promed. deseado, 2.6 embarazos	

CUADRO N° 8

Aceptación de más embarazos según hijos vivos

Hijos vivos	Aceptan	No aceptan
0 a 3	33.9	66.1
4 a 6	17.7	82.3
7 a 9	11.5	88.5
10 y más	10.0	90.0

deseando un intervalo de un año; por esta razón, el intervalo ideal, si se excluyen estas pacientes, sería superior a los 3,5 años.

CONOCIMIENTOS ANTICON-

CEPCIONALES: Entre las 1.000 pacientes, 301 informaron conocer uno o varios métodos anticoncepcionales. Creemos que la cifra podía ser superior ya que las pacientes no siempre fueron sinceras al manifestar un desconocimiento absoluto. Una cuarta

parte afirmó conocer más de un método, en total 420, métodos que se clasifican así: (Cuadro N° 10).

Entre los métodos diferentes al de Ogino y los anovulatorios encontramos muchos que no tienen ningún valor como anticonceptivos, pero a título informativo damos la lista completa en el cuadro N° 12.

La gran variedad de sistemas conocidos por estas pacientes nos hacen pensar que la motivación hacia el uso de anticonceptivos tiene que ser muy grande cuando gente tan ignorante en todo sentido se ha ingeniado por iniciativa propia tan originales y numerosos métodos.

Sin embargo, aunque 301 muje-

res respondieron conocer uno o varios métodos, menos de la tercera parte relatan haberlos usado, y cuando lo han hecho ha sido en forma ocasional.

CUADRO N° 11

Frecuencia en el uso de los métodos entre las que conocen

Método	Conocen y no usan	N°	Usan %
Ogino	131	79	37.3
Anovulatorios	88	9	9.3
Otros	81	44	35.2

CUADRO N° 10

Métodos anticoncepcionales conocidos

Método	Pacientes
Ogino	220
Anovulatorios	97
Otros	125

El bajo porcentaje de mujeres que emplean sus conocimientos anticoncepcionales está indicando claramente, una vez más, que no basta enseñar un método; es necesario convencer sobre la conveniencia o necesidad de su uso y desvanecer los temores de toda índole que aducen las pacientes.

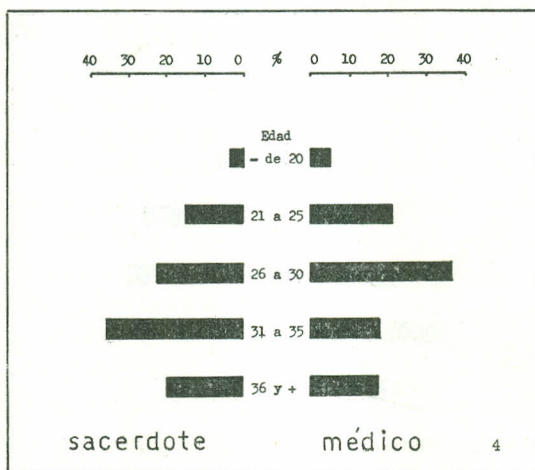


Gráfico 4—Edades a las que informan sacerdote y médico

CUADRO N° 12

Métodos conocidos diferentes al de Ogino y anovulatorios.

METODO	CASOS
Coito interrumpido	38
Poción de fruta de aguacate (para el esposo)	17
Mejoral aplicado por vía vaginal	14
Condón	13
Duchas vaginales	10
Pastillas vaginales	7
Aborto inducido	4
1 onza de pólvora en 1 onza de limón, ingerida esteriliza de por vida	3
Chupar un limón antes del coito	3
Continencia total	2
Tomar tres tragos de agua antes del coito	2
Un gramo de piedra - lumbre vaginal	2
Nitro en polvo, vaginal	2
Diafragma, alcanfor, esterilización quirúrgica y esponja, c/u.	1

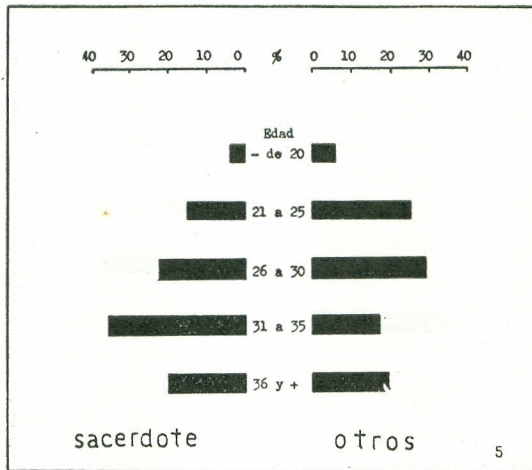


Gráfico 5—Edades a las que informan sacerdote y otros

FUENTES DE INFORMACION: El cuadro N° 13 expresa la frecuencia relativa de las fuentes de información por las cuales llegó a las pacientes el conocimiento anticoncepcional. Obsérvese que sólo en un 10.4% de los casos la información fue suministrada por un médico; por eso no es extraño que el 44,8% de las pacientes que conocían la regla de Ogino la supieron al revés.

Un aspecto interesante es la comparación de la edad de las pacientes según la fuente de información:

CUADRO N° 13
Fuentes de información
anticoncepcional

Fuente	Nº	%
Sacerdote	65	17.8
Médico	38	10.4
Otra	263	71.8
Total	366	100.0

CUADRO N° 14

Fuente de información según la edad.

Fuente	— de 20	21 a 25	26 a 30	31 a 35	36 y más	Total
Sacerdote	3,6%	15,4	23,0	35,4	20,0	100,0
Médico	5,3	21,0	37,0	18,4	18,4	100,0
Otra	6,8	25,5	30,0	17,8	19,8	100,0

Más clara se ve la tendencia de los sacerdotes a informar preferencialmente a mujeres de edad en los gráficos Nos. 4 y 5.

Las pacientes encuestadas no sólo tienen pocos y deficientes conocimientos acerca de los métodos anticoncepcionales, sino que ni siquiera saben que hay un método aceptable por la moral católica. El 75% de ellas cree que el método de la continencia periódica es prohibido por la Iglesia y que su práctica constituye un pecado. Sin embargo, hay ciertas circunstancias que modifican esta cifra, como puede apreciarse en los cuadros siguientes.

Más definida aún es la relación con la cifra de embarazos, lo cual da a entender que un número grande de ellos estimula a las mujeres a informarse mejor.

Estas cifras corresponden al total de 1.000 pacientes. En aquellos casos de mujeres que afirmaron no conocer ningún método, se interrogó si creían

CUADRO N° 15
Opinión sobre la licitud del método de Ogino x años de matrim.

Años de Matrim.	Cree lícito	Cree ilícito
0 a 5	14.1	85.9
6 a 10	18.6	81.4
11 a 15	30.8	69.2
16 a 20	51.0	49.0
21 y más	39.0	61.0
Promedio 8.5	25.0	75.0

CUADRO N° 16

Opinión sobre la licitud del método de Ogino x embarazos

Embarazos	Cree lícito	Cree ilícito
0 a 4	18.1	81.9
5 a 8	28.1	71.9
9 a 12	32.2	67.8
13 y más	48.2	51.8

el esposo colaboraría si se les enseñara a espaciar los embarazos por un método permitido por la Iglesia. El cuadro N° 17, demuestra que solo la mitad de los esposos estarían, según el decir de las esposas, dispuestos a colaborar.

Además de la eventual colaboración del marido quisimos medir la

magnitud de las inhibiciones morales para el uso de métodos anticoncepcionales, averiguando hasta dónde estarían dispuestas a usar un método que chocara con su moral religiosa. El cuadro N° 18, deja ver que la inmensa mayoría manifestó no estar dispuesta a usar un método

CUADRO N° 18

Aceptación de algún método prohibido según la edad

Edad	Usaría	No usaría
— de 20	8.0	92.0
21 a 25	7.1	92.9
26 a 30	14.4	85.6
31 a 35	15.0	85.0
36 y más	12.5	87.5

prohibido. Es de advertir que esta pregunta se hizo sin mencionar ningún método en particular.

que hubiera algún recurso permitido por la Iglesia para espaciar o suspender los embarazos; en caso de respuesta negativa se consideró que creían ilícito el método de Ogino. Entre las pacientes que sí lo conocían, lo creían lícito solo el 34,8%; ilícito el 65,2.

Con miras a la planificación de los cursillos a los esposos, se interrogó a las señoras sobre si creían que

CUADRO N° 17

Colaboración marital

Esposa	Esposo Colaboraría	No
Desea anticoncepción	41.7	58.3
No desea anticoncepción	57.0	43.0

CUADRO N° 19

Aceptación de métodos prohibidos según opinión sobre la licitud, para un católico, del método de Ogino

	Usaría	No usaría
Cree lícito	21.4	78.6
Cree ilícito	10.0	90.0

Finalmente, encontramos un dato que abre un gran interrogante, y es el hecho de que, el solo conocimiento de la licitud de un método realmente lícito, parece favorecer el uso eventual de un método ilícito, como se desprende de las cifras del cuadro N° 19.

CONCLUSIONES :

- La edad promedio de las pacientes es de 27,9 años.
- Por cada 8,5 años de matrimonio hay 6,6 embarazos, de los cuales 5,8 son partos y 0,8 abortos.
- De cada 5,8 hijos nacidos, quedan vivos 4,5.
- Solo una minoría acepta más embarazos (22,1%), y este índice de aceptación es inversamente proporcional a la edad, los años de matrimonio y el número de hijos vivos en la familia.
- La cifra ideal de embarazos es de 2,6 menos de la mitad de la cifra promedio real.
- El intervalo ideal entre los embarazos es de 2,9 años, más del doble del promedio.
- Existe una ignorancia colectiva en materia de anticoncepción; solo el 30,1% de las pacientes tiene alguna información. El método más conocido es el de Ogino, pero entre las que lo conocen, lo entienden al revés el 44,8%.
- Solo una tercera parte de las pacientes que conocen algún método lo practican. Los anovulatorios solo son conocidos por el 8,8% y practicados por el 0,9%.
- La fuente de información más frecuente es el vulgo, en segundo lugar el sacerdote, pero se observa una tendencia a informar a mujeres de numerosa familia y edad fecunda avanzada. La fuente de información menos frecuente es el médico.
- La mayoría de las pacientes (75%) creen moralmente ilícito el método de Ogino y pocas estarían dispuestas a emplear otros métodos.
- La colaboración eventual del esposo no permite ser muy optimistas.

SYNOPSIS

In order to project a Family Planning Programa at the Pilot Public Health Center of Medellín, for a period of two years, was conducted a research about the fertility, knowledge, attitudes, opinions and behaviour of a group of 1.000 pregnant women having regular prenatal care.

The obtained information indicated a high fertility an absolute ignorance of modern contraceptive methods and a vehemente desire for family planning.

Only 30% of the studied women know or more contraceptive methods, and this may be attributed to the ommission of professional groups on providing information to the people. Of those women with some knowledge or practice on contraception, 10% were informed by doctors have informed only 3% of the whole group.

CARTA ABIERTA AL MINISTRO DE SALUD PUBLICA

Creemos de actualidad esta comunicación enviada al Ministerio, por considerarla como programa de nuestras realizaciones colombianas.— **La Dirección.**

Salamina, C., Septiembre 7 de 1964.

Señor Doctor
Gustavo Romero Hernández
Bogotá.

Muy distinguido señor Ministro de Salud:

Esta carta se la escribe un médico general, con 19 años de servicios en mi pueblo, donde he afrontado la mayor parte de los problemas relacionados con la salud.

Hace algunos días lo oí a Ud. por "Cinco Reporteros y el Personaje de la Semana". Posteriormente oí en el radioperiódico "Cantaclaro" que Ud. había llegado de Tunja a posesionarse de su cargo, y hoy nuevamente oí la noticia que Ud. estaba en visita a los laboratorios Samper Martínez, en función de Ministro de Salud.

Hace algunos meses me dirigí al ilustre doctor y pediatra Néstor Villegas Duque, en el sentido de buscar ayuda por conducto del Ministerio y de los Laboratorios Samper Martínez, para ver si es posible establecer la vacunación antituberculosa a los recién nacidos, en aquellos lugares donde funcione un Centro de Salud y con él un médico director y una Hermanita de la Caridad, de buen sentido, para que le dé los dos centímetros de vacuna a todo niño que vaya naciendo en las salas de maternidad. Pedía esto porque yo lo hago en Salamina hace algunos

CARTA ABIERTA AL MINISTRO DE SALUD PUBLICA

Creemos de actualidad esta comunicación enviada al Ministerio, por considerarla como programa de nuestras realizaciones colombianas.— **La Dirección.**

Salamina, C., Septiembre 7 de 1964.

Señor Doctor
Gustavo Romero Hernández
Bogotá.

Muy distinguido señor Ministro de Salud:

Esta carta se la escribe un médico general, con 19 años de servicios en mi pueblo, donde he afrontado la mayor parte de los problemas relacionados con la salud.

Hace algunos días lo oí a Ud. por "Cinco Reporteros y el Personaje de la Semana". Posteriormente oí en el radioperiódico "Cantaclaro" que Ud. había llegado de Tunja a posesionarse de su cargo, y hoy nuevamente oí la noticia que Ud. estaba en visita a los laboratorios Samper Martínez, en función de Ministro de Salud.

Hace algunos meses me dirigí al ilustre doctor y pediatra Néstor Villegas Duque, en el sentido de buscar ayuda por conducto del Ministerio y de los Laboratorios Samper Martínez, para ver si es posible establecer la vacunación antituberculosa a los recién nacidos, en aquellos lugares donde funcione un Centro de Salud y con él un médico director y una Hermanita de la Caridad, de buen sentido, para que le dé los dos centímetros de vacuna a todo niño que vaya naciendo en las salas de maternidad. Pedía esto porque yo lo hago en Salamina hace algunos

meses. Llevo en la actualidad unos cuatrocientos cincuenta niños vacunados. No se me ha quedado ninguno, fuera de los prematuros, que no haya recibido la dosis y le haya expedido el carnet para futuras comprobaciones estadísticas. Esta vacuna la consigo con el dispensario antituberculoso de Medellín, a cuyo cargo está el Doctor Abad Mesa, dispensario que la recibe de Samper Martínez. Le decía que me había puesto en cadena con el Doctor Néstor Villegas, ya que este problema es de Ministro, y más que de Ministro, es del Samper Martínez, ya que la vacuna gasta unos catorce años para ser elaborada, de acuerdo con los doscientos cincuenta y un países que tienen que darle por nueve medios de cultivo, para lograr desvitalizar el germen vacunante. El Dr. Villegas me informó que había pasado mi petición a la Federación Médica, la que pasaría la iniciativa al Ministro para buscar la manera de realizarla.

Al lanzar este programa me fundo en estas razones: a) Habiendo vacuna, es sencilla la paciente labor de ir vacunando la población colombiana que nazca en los diferentes centros vacunantes; b) la vacuna está chequeada como inocua, pues en Antioquia se viene vacunando hace muchos años, sin que tengan datos de hechos contrarios; c) hay mucha tuberculosis en Colombia, no sabemos cuanta, pero en ciudades apretujadas y hambreadas, lo mismo en los campos donde no hay leche, hay abundancia de esa enfermedad, siendo un problema casi insoluble para el estado, ya que en Colombia son pocos los sanatorios que atienden a estos enfermos; d) el niño vacunado difícilmente contraerá la enfermedad; e) en medicina como Ud. lo dijo, señor Ministro, mejor es prever que remediar.

Por estadísticas recientes hemos visto cómo en Estados Unidos esta enfermedad ha aumentado, a pesar de la terapéutica, por falta de vacuna. También se citan casos o hechos como este: En los países Escandinavos hay hospitales infantiles para tuberculosis, donde no hay demanda de las camas porque la vacuna ha acabado con la enfermedad. He visto también en revistas internacionales de renombre, gráficas en donde aparecen las enfermeras vacunando, con dosis bebible, filas de niños en Australia, contra la enfermedad que nos ocupa. Si esto lo hacen en Australia, por qué no hacerlo en Colombia, en frente de esta avalancha de nacimientos que tenemos?.

Dejo en Ud. esta inquietud, ya que en ese Ministerio estriba el que se realice lo que podemos hacer en provecho del pueblo Colombiano. Hace unos 10 años se vacunó en masa la población colombiana. Mejor dicho, se hizo prueba de tuberculina, y a los negativos se les inyec-

tó la vacuna. Mi plan sería para recién nacidos, en cada Centro donde haya médico al pie de sala de Maternidad. Qué importante que se hiciera un plan piloto-experimental para Caldas, ya que este departamento es apretado en población, minifundista y cafetero?. Si procedemos a hacerlo, al cabo de veinte años habremos vacunado nuestra población y ahorrado mucho tiempo y mucha tranquilidad. Como hecho importante, en contra del pesimismo de quienes aducen que de esa campaña de vacunación pasada no quedaron estadísticas y que por consiguiente no se saben sus efectos, se cita la experiencia general del médico observador y juicioso que no ha visto casos de tuberculosis en personas vacunadas en la fecha que menciono.

En la buena mente y razón del señor Ministro dejo esta modesta inquietud. Lo repito, no soy más que un médico general, que no ha salido al Exterior, que no ha hecho otra cosa que leer, vivir la vida del consultorio y del hospital, y tratar enfermos todos los días.

Con sentimientos de la más alta consideración, me suscribo del señor Ministro de Salud, como su atento y seguro servidor,

Hernando Duque Maya.