

ISSN 0121-1021

ANALES de la ACADEMIA

DE MEDICINA DE MEDELLIN

Doctor
IGNACIO VELEZ ESCOBAR
E.S.M.



EPOCA V. VOL. III. No. 1 - FEBRERO DE 1.990

LICENCIA No. 5129 DEL MINISTERIO DE GOBIERNO
TARIFA POSTAL REDUCIDA No. 496 DE ADPOSTAL - A.A. 52278 MEDELLIN - COLOMBIA

ANALES de la ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

EPOCA V. VOL. III. No. 1 - FEBRERO DE 1.990

Director: Dr. Rodrigo Londoño Londoño. Presidente de la Academia de Medicina de Medellín

Editor: Dr. Ramón Córdoba Palacio

Editor asociado: Dr. Efraím Upegui Acevedo

Comité de redacción: Dra. Angela Restrepo Moreno
Dr. Alberto Echavarría Restrepo
Dr. Alfredo Naranjo Villegas
Dr. Mario Robledo Villegas
Dr. Fernando Gartner Posada

Esta revista se publica con el aporte económico del Fondo C.E.M. y F.E.S.

Fotocomposición: Compugraf

Impresión: Editorial Piloto

Carátula: Marta Cecilia Jaramillo Arango

CONTENIDO

A nuestros colaboradores	4
Editorial: El derecho a la vida	5
Técnica y ética del abordaje de la sexualidad en la atención médica de los adolescentes Gustavo Alfredo Girard	7
El dolor en los niños: una mirada científica y compasiva Tiberio Alvarez E.	12
El dengue hemorrágico Alberto Echavarría R.	16
"Labio y paladar hendido". Programa del Hospital Infantil Noel Grupo de labio y paladar	30
Vida de la Academia	52
Informe de labores	53
Declaraciones	57
Acuerdos	59
Correspondencia	60

A nuestros colaboradores

ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN es el órgano de expresión de esta Academia y tiene como objetivo primordial la difusión de los conocimientos médicos y de los valores éticos que han inspirado desde sus orígenes la medicina hipocrática, además la exaltación de las personalidades médicas cuya vida y obra merezcan enaltecerse.

Todos los artículos enviados para ser publicados en Anales serán sometidos al estudio del Comité Editorial que debe dar su aprobación a los mismos, de acuerdo con su calidad. **La publicación de aquéllos no implica que la Academia de Medicina de Medellín, el Director de la revista o sus Editores se hagan responsables de las opiniones expresadas en ellos. La responsabilidad es, siempre, del respectivo autor o autores.**

Las colaboraciones pueden ser: artículos originales, presentación de casos, descripción de métodos diagnósticos, notas terapéuticas, revisión y actualización de temas, trabajos sobre historia de la medicina, estudios sobre ética o deontología médica y, por último, cartas al editor.

Los trabajos, con la ordenación aceptada internacionalmente, deben enviarse en original y dos copias, escritos a máquina a doble espacio, por un solo lado. Las citas o referencias bibliográficas deben ceñirse a las siguientes normas: a) deben señalarse en el texto con números arábigos en orden consecutivo, según la primera aparición; b) al final del artículo, bajo el subtítulo Referencias Bibliográficas, se hará la relación así:

1º. Se conservará el orden de aparición en el texto.

2º. Las citas de libros y de revistas deben hacerse de acuerdo con las indicaciones del Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC). Las fotografías, gráficas, ilustraciones, etc., deben señalarse con números arábigos; los cuadros o tablas deben tener numeración diferente a las anteriores y también en cifras arábigas.

Los trabajos deben acompañarse de un resumen en español, no mayor de 150 palabras, y de su respectiva traducción al inglés, con el título Summary. Al final del Resumen y del Summary deben colocarse las Palabras clave y las Key words que indiquen los temas en los cuales puede indizarse el artículo.

Las colaboraciones deben enviarse a la siguiente dirección:

ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

Apartado aéreo 52278
Medellín - Colombia (S.A.)

Editorial

El derecho a la vida

La aparición del hombre sobre la tierra data desde dos millones de años según los restos fósiles más antiguos. Sin embargo sólo se habla del verdadero hombre a partir de los restos que indican inteligencia que lo diferencia de los demás animales y lo convierte en un "homo habilis" con un volumen cerebral entre los 550 y 700 cm³. A partir del Paleolítico superior aparece el "homo sapiens" ya con un elemento espiritual de origen directamente divino que no puede proceder de una evolución natural. La concesión gratuita del espíritu a una pareja de homínidos, en un determinado momento de su desarrollo, constituye propiamente la creación del hombre. Su volumen cerebral es ya de 1.400-1.500 cm³ según su desarrollo cultural debido a que ya tiene lenguaje. En ese momento comenzó a pensar, no sobre sí, sino sobre el cosmos que le rodeaba y todas las fuerzas naturales y los elementos los encarnó en figuras humanas exaltadas a la categoría de divinidades, creadoras del mundo. El hombre es así creado por Dios.

En el siglo V antes de Cristo los Sofistas centran ya la atención exclusivamente sobre el hombre considerándolo como medida del universo y como ser eminentemente social y político; se estableció el concepto de lo que el hombre aparenta ser y lo que en realidad es. Platón definió cómo el hombre es puramente su alma, que encarcelada en el cuerpo anhela separarse de él. El alma existía antes de ser encerrada en el cuerpo en un lugar divino donde podía contemplar las ideas puras objeto de la sabiduría. El hombre es pues cuerpo y alma. El alma es aquello que otra vez Linneo en el siglo XVI después de Cristo volvió a reconocer como el elemento "absolutamente inmaterial que el Creador ha dado al hombre". La vida es pues de origen divino y el alma aparece cuando voluntariamente el hombre y la mujer unen sus células germinativas para dar origen al ser.

A través del tiempo el hombre lucha por independizarse de su Creador y por adueñarse del universo. Centra su atención unas veces en el cuerpo y otras en el espiritualismo y pocas en ambas, hasta encontrar que el hombre es un "ser humano", es una "persona" y esto sólo se logra con la "libertad".

El valor de la persona humana ha llevado a la formación de "los derechos humanos", cuyo primer postulado es el derecho a nacer. El hombre sabe que deben cumplirse pero no lo hace porque le interesa más dedicarse a los placeres, sentimientos y pasiones. Se ha convertido en un hombre político que quiere vivir en una sociedad llena de vicios y corrupción donde el dinero es la única aspiración que le permite apoderarse de todo, inclusive de la vida de los demás, siendo el homicidio la principal causa de muerte. Se "dialoga" sobre la vida de los hombres y de los pueblos. El hombre se ha acostumbrado a este adefesio destruyendo la justicia y creando la impunidad. Crea distintivos sociales para justificar la muerte de los demás y situaciones especiales para que los que destruyen la vida puedan llegar al gobierno de los pueblos y a dictar las leyes que regulan la convivencia social. Es tal la anarquía moral que se hace necesario ya agregar a la lista de los derechos humanos, el derecho que tienen las personas de ser gobernadas por hombres que no tengan la menor sospecha de ser autores intelectuales o materiales de asesinatos, además de no ser promotores de la corrupción imperante.

El irrespeto por la dignidad humana ha llegado hasta el punto de dictar leyes que permiten la inmoralidad de terminar con la vida de los seres desde el momento de su lugar intrauterino. Esto ha hecho pensar que si las leyes no son morales la justicia tampoco lo es. Lo que es un delito, por su legalización, no pasa a ser un bien común.

En Colombia hace varios años se viene haciendo un movimiento para legalizar el aborto. Este homicidio legalizado es un fiel reflejo de la degradación de las costumbres y de la inmoralidad y corrupción que se ha apoderado de nuestra sociedad.

Esta tarea se le quiere encomendar al cuerpo médico alegando ser el único preparado para hacerlo. Es decir, se quiere corromper también al cuerpo médico con el espejismo de ganar mucho dinero con un sicariato legalizado en las salas de cirugía de las clínicas, retractándose de lo preconizado en la ley 23 de 1.981 emanada también del Congreso de Colombia.

Nuestros médicos han sido educados por las facultades de Medicina ceñidas a las más estrictas normas de respecto a la persona humana, orientado a la conservación de la vida desde el momento mismo de la fecundación y así lo deben jurar en el momento de su graduación. Esta educación ha sido impartida por nuestros profesores a los que acredita, además de sus vastos conocimientos científicos, una conducta moral y ética cristalina. Así el cuerpo médico se ha convertido en un modelo de integridad a quien el pueblo colombiano, sufrido y enfermo, ha acudido confiado en encontrar en él, el remedio para sus quebrantos de salud y el consuelo para sus debilidades del alma, siempre llevados con la honradez que inspira el cumplimiento de la ley de Dios, los fundamentos de la moral y el respeto a la persona humana.

Es por esto por lo que el cuerpo médico no se puede dejar confundir con falsos argumentos que lesionen su integridad y, conocedor como lo es de la esencia de la vida y de su obligación de protegerla, debe protestar por el abuso y ofensas que nuestros legisladores cometen al quererlo inducir, por medio de las leyes, a practicar un hecho que va contra su fuero interno, contra Dios, y contra una sociedad indefensa movida al vaivén de unos legisladores, sin dignidad, ni ética, actuando en nombre de una patria que es la de sus caprichos. Los médicos no pueden practicar por complacencia ni el aborto, ni la eutanasia, ni la pena de muerte.

La Academia de Medicina de Medellín siempre se ha opuesto a la legalización del delito del aborto desde el año 1.974 cuando lanzó su primera declaración, reafirmando en ella en 1.975 y en el año de 1.987. La Academia cree que sus conceptos siguen siendo irrefutables y tienen la misma validez en el momento actual en que de nuevo se tiene un proyecto en estudio en la comisión primera del Senado. En este número de Anales de la Academia se reproducen estas declaraciones, para que nuevamente el cuerpo médico reflexione sobre ellas.

Técnica y ética del abordaje de la sexualidad en la atención médica de los adolescentes

Gustavo Alfredo Girard. M.D. *

RESUMEN

La sexualidad está de tal manera relacionada con el sentido de vida que prácticamente resulta imposible encararla con un encuadre totalmente objetivo o científico. Esto hace que muchas veces se llegue a una "ideologización del tema".

Existen distintos campos o planos desde los cuales la sexualidad puede ser encarada. El discernimiento de los mismos resulta imprescindible.

Este difícil encuadre de la sexualidad hace más difícil su trato por parte del médico cuando de pacientes adolescentes se trata. Resulta importante discernir las interacciones que se producen tanto por parte del joven, su familia y el profesional.

Debe evitarse caer en situaciones extremas que suelen ser inoperantes, cuando no contraproducentes.

Palabras clave: Sexualidad
Sexualidad adolescente
Ética Médica

La persona humana está de tal manera marcada por la sexualidad, que ésta es parte principal entre los factores que caracterizan la vida de los hombres.

La sexualidad está íntimamente relacionada con la filosofía de vida de cada persona, su forma de vivirla, de sentirla, de actuarla. Se encuentra en íntima relación con la historia personal, la cultura, los valores y todo ello en un marco en que juegan innegables aspectos éticos y religiosos.

*Profesor de Pediatría. Primera Cátedra de Pediatría Hospital de Clínicas José de San Martín. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires.

SUMMARY

The is such a close relationship between sexuality and philosophy that it is very difficult to make a scientific approach, because we risk confusing it with our own ideology.

Sexuality can be considered at different levels and we have to make a clear definition of each of them.

Sexuality becomes more difficult to approach when we deal with adolescent patients. That is why it is so important to value the interactions produced among the youngsters, his family and the medical team.

The team has to balance the situation in order to avoid extreme, useless and sometimes harming positions.

Key words: Sexuality
Adolescent sexuality
Medical Ethics

Esta situación nos coloca ante el primer desafío y es aquel que nos indica que no existe una única manera de encararla por más científica u objetiva que sea la metodología con la que se pretenda trabajar.

Si bien existen márgenes firmes y limitados su acontecer se va desarrollando con un profundo dinamismo y movilidad.

No sólo es diferente la sexualidad en el niño, en el adolescente, en el adulto y en el geronte sino que en cada una de estas etapas, la sexualidad va presentando

do distintos cambios y matices. Por ejemplo, grandes diferencias existen en el adulto, aun en su vida matrimonial sobre como actúa su sexualidad teniendo poco que ver la que transcurre durante la luna de miel, en los primeros años de matrimonio, en los embarazos, con hijos crecidos, en épocas de crisis o en la senectud.

ENFOQUE ESTADISTICO, SANITARIO Y ETICO

Los estudios de Master y Johnson en los EEUU, hace ya muchos años contribuyeron en forma muy importante a señalar conductas y actitudes de la sociedad norteamericana de la post-guerra, referidas a la sexualidad. Salvo excepciones en otras sociedades y países no existieron estudios de similar profundidad.

Estos hechos y actitudes indican comportamientos determinados en una sociedad y en un momento histórico de la misma, que indudablemente permiten investigar el comportamiento humano, pero muchas veces se asignó a estos estudios un alcance más allá de lo anteriormente expresado.

Al hablar de sexualidad muchas veces nos encontramos con una "ideologización" del tema, pues según la forma de sentir o concebir la sexualidad se extraen conclusiones acordes con la forma en que prioritariamente o subjetivamente se entiende la misma.

Por ello los distintos campos debe quedar bien limitados y evitar superposiciones entre los mismos. Así se podrá tratar un encuadre estadístico, otro sanitario, otro ético y otro religioso.

La *frecuencia*, con que un determinado hecho o situación se presenta nos permite valorar su prevalencia en una sociedad o cultura determinada en un momento de su historia. Nos encontramos con un dato netamente *estadístico*.

En el campo de la salud, pesquizamos e intentamos diferenciar actitudes o acciones que pueden ser *sanas* o *enfermas*, y esto desde una óptica no solo biológica sino también psicológica y social.

Corresponderá al terreno *ético* discernir entre lo bueno y lo malo. Todo lo que contribuya a un mejor desarrollo de una persona y a su crecimiento pleno podrá ser considerado éticamente *bueno*, mientras que lo que contribuya a su desjerarquización o degradación de su calidad humana podrá ser considerado éticamente malo. El plano ético-moral es más profundo

de lo que en general se considera cuando se limita a un simple enunciado de normas o leyes por cumplir.

Desde el punto de vista *religioso* todo hecho o situación, que no contribuya al crecimiento espiritual, a ajustarse al Orden de la naturaleza y las cosas, como así también a la relación del hombre con la Divinidad o el Absoluto, puede ser considerada como desordenada o específicamente pecaminosa.

De todo lo anteriormente expresado se desprende que un hecho, por la frecuencia con que se presenta, no necesariamente es saludable o bueno y que no necesariamente lo bueno es frecuente y que actitudes que éticamente pueden ser consideradas malas no necesariamente son enfermas.

El manejo de estos niveles es imprescindible en el área de la sexualidad, donde las acciones o actitudes son en general consideradas desde un determinado objetivo punto de vista, de por sí parcial.

ABORDAJE DEL PACIENTE ADOLESCENTE

Al intentar reflexionar sobre el abordaje de la sexualidad en el adolescente debemos ser conscientes de que en el joven la misma se encuentra en profunda y permanente transformación, pero la propia del profesional dista mucho de ser estática. En este sentido muchos pueden aportar los innumerables trabajos sobre los fenómenos de transferencia y contratransferencia, que en esta relación se dan. No es el objetivo del presente trabajo ahondar sobre los mismos.

Todo esto explica sin duda el efecto movilizador que el abordaje de la sexualidad representa para el médico que atiende adolescentes. Una misma problemática puede ser encarada por el profesional en formas distintas, dispares y diferentes.

En este trabajo me limitaré a presentar algunos señalamientos del abordaje de la sexualidad por parte del profesional, obviando en ciertos aspectos al paciente sin por ello olvidar que es el eje de la consulta, pero cuya sexualidad ha sido tratada por múltiples autores, desde los más diversos ángulos.

Un hecho que debe ser destacado es la especialidad del profesional actuante. Acorde con la misma, una similar problemática será y deberá ser abordada desde ángulos totalmente diferentes. No tener en cuenta esta situación es lo que lleva en muchas ocasiones al

equipo de salud a no estar de acuerdo con la forma de encarar la sexualidad del paciente adolescente.

El elegir un tipo de profesional por parte del paciente o su familia, lleva de por sí en forma directa o indirecta un mensaje sobre como desearía ser interrogado sobre aspectos de su sexualidad, y en muchos casos el límite de dicho interrogatorio. Poco tiene que ver la anamnesis que sobre sexualidad realiza un pediatra tradicional de la de un ginecólogo, la de un psicopedagogo con la de un psicólogo o en casos extremos de un oftalmólogo con un sexólogo.

Se intentará aquí el abordaje en la atención médica de adolescentes.

PRESENTACION

La forma en que el paciente se presenta al consultorio nos permite de por sí ir planteando una táctica de abordaje en lo cual la sexualidad no estará ausente.

¿Buscaba un Consultorio de Adolescentes o lo hace por imposición de la edad?, ¿Viene solo o acompañado?, ¿Por quién?, ¿Qué grado de participación tienen los acompañantes en la consulta?, ¿Deseaba venir o lo hace bajo presión?, ¿Cómo viste?, ¿Cómo saluda al profesional?, ¿Cómo expresa este saludo?

Estas situaciones deben ser captadas por el profesional pues deberá adaptar su accionar a todas y cada una de estas situaciones que hacen íntimamente a la relación médico-paciente. Esta adaptación en muchos casos deberá ser flexible y rápida. Es tan deslucido presentar la mano cuando el adolescente intenta un beso, como puede ser avasallador intentar un beso cuando el adolescente extiende su mano. La palmada en la espalda representa muchas veces un gesto intermedio, que da tiempo para una correcta ubicación. En cada caso por supuesto debe existir una adaptación a la cultura y formas diversas de costumbres ya sea de la sociedad en general, como de la subcultura adolescente en particular.

ANAMNESIS

Es tal vez en la anamnesis donde más interrogantes y cuestionamientos se pueden plantear en cuanto al abordaje de la sexualidad. Deben plantearse los objetivos que se alcanzarán con cada pregunta. En el abordaje de la sexualidad una pregunta sin objetivos, ade-

más de ser innecesaria puede ser contraproducente. En cada caso a respuestas diferentes corresponderán actitudes profesionales distintas, ya sea en el ámbito de la educación, como en el de la prevención y/o terapéutica. Debe buscarse un adecuado encadenamiento de preguntas con base en las respuestas precedentes. Esto permite en forma paulatina ir abriendo un amplio abanico que nos permita ir interpretando el nivel de desarrollo, de complejidad y/o de conflicto que pudiese existir en la sexualidad del adolescente entrevistado. Finalmente corresponderá la devolución de los datos de la anamnesis, que en muchas ocasiones podrá ser postpuesto al examen físico.

Es en esta devolución donde mayores posibilidades de inconvenientes se pueden dar. Actitudes paternalistas, autoritarias, dogmáticas, represoras, temerosas, permisivas, demagógicas, suelen aparecer e incluso alternar en la misma consulta.

Muchas veces una actitud omnipotente del profesional lo lleva a pensar que una actitud suya o una indicación en uno u otro sentido tiene el poder mágico de cambiar radicalmente actitudes o actuaciones del adolescente con respecto al sexo.

Cuando la historia del paciente, sus vivencias, sus creencias, y su cultura no sólo no coinciden sino que son contrapuestas o entran en conflicto con las del profesional actuante dos tentaciones pueden surgir. Por un lado parapetarse y defenderse detrás de sus propias estructuras y valores o por el contrario creer que para ser escuchado debe compartir en forma explícita o implícita los del adolescente, que implica una renuncia a los suyos propios. Para no caer en estos riesgos una tercera posibilidad suele aparecer: bajo un encuadre serio y ortodoxo surge una postura immaculada que no puede mantenerse sino a costa de un enorme distanciamiento con el joven, con lo que pierde toda la riqueza que brota de las relaciones interpersonales, esencialmente humanas.

En cada respuesta el profesional debe percibir o captar el grado de seguridad o dudas que la misma encierra. Valorar si esa respuesta, en general lacónica y corta, no deja lugar para otro tipo de posibilidades o si por el contrario entrafía un período implícito para volver sobre lo ya tratado. En este sentido el finalizar con preguntas llamadas gancho o abiertas puede ser de enorme importancia. ¿Existe sobre este u otro tema algo más que te preocupe?. ¿Hay alguna otra duda que quieras presentar? Ante sus negativas

dejar siempre abierta la puerta para volver sobre este u otros temas en entrevistas posteriores.

Siempre en la entrevista en algún momento se debe intentar un diálogo a solas con el adolescente. En caso de gran dependencia familiar o autoritarismo y/o desconfianza la prudencia aconsejará intentarlo posteriormente. En ese diálogo el profesional siempre debe estar dispuesto a dar respuesta a los interrogantes que se le planteen.

Surgido de la observación del trabajo profesional en forma individual o en centros que atienden adolescentes, desearía reflexionar sobre dos extremos en los que se suele caer al intentar un abordaje de la sexualidad:

1). El tabú o temor a encararla que suele manifestarse en una actitud de exclusión del tema, o de tipo paternalista, dogmático o rígido. No pocas veces este temor lleva al profesional a parapetarse detrás de los familiares del propio adolescente sabedor que en presencia de ellos es mucho más difícil que el tema sexual tenga salida.

2). La absoluta falta de pudor o de respeto por el paciente y su intimidad. En muchos centros he observado el más detallado interrogatorio sobre la sexualidad por parte del equipo actuante. El adolescente es sucesivamente interrogado por la asistente social, la enfermera, la psicóloga, el médico sobre aspectos que hacen no sólo al ejercicio de su sexualidad sino a su manera de sentirla y de vivirla. Es como si por el solo hecho de ser adolescente los adultos profesionales tenemos todo el derecho de interrogar de las más diversas formas sobre temas tales como: Masturbación, frecuencia, fantasías, relaciones sexuales, detalles de las mismas, orgasmos, juegos y relaciones homosexuales, etc.

Lo anterior no significa que estas preguntas *no* deban ser hechas; en muchos casos son necesarias, pero *nunca*, como un abordaje de rutina. ¿Cómo nos sentiríamos los adultos, si al concurrir a una entrevista clínica, los miembros de un equipo que pretende hacer una medicina integral más allá de lo somático nos somete a tal tipo de interrogatorio, como rutina y desde las primeras entrevistas?. A través de una delicada y cálida relación médico paciente el profesional podrá ir pesquizando estos datos y, en cada caso, al evidenciarlos disponer de los mecanismos apropiados que permitan que los mismos sean canalizados en forma adecuada a las circunstancias.

EXAMEN FISICO

El examen físico con todo el simbolismo que entraña el contacto corporal puede ser de gran importancia en el abordaje de la sexualidad adolescente.

De por sí nos puede revelar aún en plena pubertad normal, en las mujeres: asimetrías mamarias, mamas pequeñas o extremadamente grandes, hipertrofia de labios menores o de clítoris, mayor densidad de vello; en los varones: variaciones de la forma y tamaño genital, escaso vello o la tan común, pero no por ello menos conflictiva, ginecomastia. Todas estas situaciones al ser comprobadas deben ser verbalizadas, recalcar siempre lo positivo y así disminuir ansiedades, fortalecer el esquema corporal y mejorar la autoestima.

Mas allá de su propio cuerpo la interacción que se da en el examen físico es también de gran importancia por las fantasías que suele o puede despertar. Esto es más evidente cuando del examen genital se trata. El médico deberá extremar siempre al máximo su cuidado, tacto y respeto por el pudor adolescente.

Otras veces el contacto corporal en la semiología: percusión, auscultación, palpación, permite un acercamiento o distensión de situaciones que parecían difíciles de revertir en la anamnesis previa.

La forma en que el adolescente se quita su ropa está indicando en forma clara la mayoría de las veces como vive su pudor e intimidad. En algunos casos lo hará con celeridad y, en otros, diez minutos más tarde sólo se despojará del sueter y del calzado.

Con base en todo lo anterior el médico actuante valorará en cada caso los límites a los que deberá ceñirse en el examen físico y en ocasiones puede ser aconsejable posponer un examen completo.

CONCLUSIONES

En el abordaje de la sexualidad en el adolescente el tiempo suele desempeñar un importante papel. Los tiempos del adolescente no suelen corresponderse con los del adulto.

Poco sirve querer saltar etapas. Cumplir el formalismo de una historia pre-impresa no suele bastar y puede convertirse en un escollo.

Atender adolescentes significa compromiso, y éste muchas veces nos pide separarnos de actitudes ortodoxas o rígidas, que nos puede llevar a situaciones de mayor dificultad y riesgo. Ese riesgo es necesario sin que signifique imprudencia o temeridad.

En la relación médico-paciente para abordar un tema tan delicado y especial como es el de la sexualidad se buscará: un clima de confianza, sin amiguismo; de

enfrentamiento de ideas, sin contiendas estériles; de límites, sin distanciamiento; de autoridad, sin dogmatismo; de afecto, sin enamoramiento ni seducción; de compromiso, sin dar lugar a falsas expectativas; y todo ello basado en el mutuo respeto que debe existir entre el adolescente y el profesional, que le permita a aquél comprender que, en última instancia, sólo se desea contribuir para que pueda alcanzar todas sus potencialidades.

El dolor en los niños: una mirada científica y compasiva

Tiberio Alvarez E. M.D. *

RESUMEN

El niño al nacer tiene toda la infraestructura anatómica y fisiológica para sentir dolor; tiene corteza cerebral, tálamo, médula espinal, nervios periféricos, receptores, neurotransmisores y todas las conexiones posibles entre las diferentes neuronas; los niños muestran cambios de conducta y llanto que son respuestas que comprometen el desarrollo de altas funciones del Sistema Nervioso Central. Si se asume, entonces, que el niño experimenta dolor, la obligación del médico es prevenir y reducir ese sufrimiento innecesario, proveyéndole analgésicos y mejorando el estrés endocrino-metabólico que presentan.

*Palabras clave: Los niños y el dolor
Pediatria
Dolor*

SUMMARY

At the moment of birth, the child has all the anatomical and physiological infrastructures to experience pain; he (she) has cerebral cortex, thalamus, bone marrow, peripheral nerves, receptors, neurotransmitters and all possible connections between the various neurons. Children show changes in their behaviour accompanying by crying which represent answers indicating that of higher functions have been developed by the Central Nervous System. Then, if it is assumed that the child experiences pain, it is the doctor's obligation to prevent and reduce all unnecessary pain by providing analgesics and improving the resulting endocrine-metabolic stress.

*Key words: Children and pain
Pediatrics
Pain*

INTRODUCCION

Hasta hace muy poco tiempo se enseñó a través de las diferentes generaciones médicas que los niños no sentían dolor ni sufrimiento y que por lo tanto no se justificaba administrar analgésicos aun en casos de procedimientos considerados dolorosos por los adultos; también se enseñó que los niños no requerían anestesia para los procedimientos quirúrgicos y prácticamente estaba contraindicada en aquellos que tuvieran problemas cardiovasculares pues se "aumentaba la morbimortalidad". Algunos médicos, más para tranquilizar su conciencia, aplicaban un poco de anestesia local o administraban al niño un poco de Brandy o de Whisky a través de una torunda de algodón "para que el niño fuera chupando mientras tanto". Aún hoy

día, muchos niños, prematuros y recién nacidos a término tienen que sufrir despiertos, el proceso de la intubación endotraqueal, las biopsias, la colocación de sondas a tórax. Tampoco se justifica (según algunos médicos) ordenar analgésicos postoperatorios. Es poco frecuente, además, que al revisar las historias clínicas de los niños que están hospitalizados, se encuentre la prescripción de analgésicos. El panorama se torna más sombrío, cuando al analizar los currículos médicos y de enfermería de las diferentes facultades del país, no se encuentra un curso, una conferencia, o una charla sobre el manejo del dolor en niños. En la literatura científica, salvo en los dos o tres últimos años, el tema del dolor en niños ha brillado por su ausencia; para confirmar lo anterior, sólo basta con hojear el contenido de los más importantes textos de pediatría y cirugía infantil para concluir que no hay un solo capítulo dedicado a este tema a pesar de que el dolor es un

* Profesor Titular de Anestesiología de la U. de A. Director de la Clínica del Dolor.

acompañante "normal" del niño. En las revistas médicas, este tema ha sido poco importante para tenerlo en cuenta en editoriales y artículos.

Las pocas observaciones que se encuentran parten de falsas premisas o enseñan aspectos que afortunadamente han sido revaluados con el tiempo. Swafford y Allen (1.968) notificaron que en un período de cuatro meses, sólo 26 de 180 niños que fueron admitidos en su unidad de cuidados intensivos, recibieron algún tipo de narcóticos y que sólo dos de 60 pacientes pediátricos que fueron llevados a cirugía, recibieron analgésicos. La conclusión de estos autores, muy similar a otros investigadores fue la siguiente:

"Los pacientes pediátricos rara vez necesitan alivio del dolor después de haber soportado una operación. Ellos toleran muy bien la incomodidad y el malestar de la intervención" ¹.

OBJETIVO

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, el presente artículo tiene como objetivo DISCUTIR algunos aspectos relacionados con los nuevos descubrimientos efectuados en el área del dolor y su efecto en los niños, buscando con ello el cambio hacia una actitud positiva de ayuda y comprensión en este proceso por parte del personal de la salud.

POR QUE NO SE MANEJA ADECUADAMENTE EL DOLOR EN EL NIÑO

Entre las razones que se han dado para explicar o mejor para justificar el poco o ningún tratamiento del dolor en el niño están la siguientes:

1. El sistema nervioso de los niños es inmaduro pues no está completamente mielinizado razón por la cual es imposible la transmisión y la percepción del dolor. Este concepto de la no-mielinización que ha persistido desde el siglo XIX cuando fue propuesto por Flechsig para explicar la no-percepción dolorosa ya no encuentra asidero con los nuevos descubrimientos científicos ²; aun en los nervios periféricos del adulto, los impulsos nociceptores son llevados a través de las pequeñas fibras C que son desmielinizadas y de las fibras A-delta que tienen una delgada capa de mielina; se ha comprobado que la falta de mielina simplemente entorpece, que no inhibe, la velocidad de conducción del impulso; por otra parte las distancias que debe viajar el estímulo son muy cortas en los niños; además, se ha demostrado que los tractos nerviosos en la médula espinal y en

el S.N.C. están completamente mielinizados durante el segundo y tercer trimestre de la gestación ³. Se concluye entonces que la presencia de mielina no es condición indispensable para indicar la maduración del SNC y por lo tanto para la transmisión del estímulo nociceptivo.

2. Los receptores y las vías de transmisión del dolor no están presentes o están poco desarrolladas en el feto y en los niños muy pequeños. Este concepto también está revaluado hoy día. De acuerdo con investigaciones recientes, empleando métodos de microscopía electrónica y de inmunohistoquímica se ha comprobado que los receptores sensoriales cutáneos empiezan a aparecer hacia la séptima semana de gestación en la región peribucal, receptores que rápidamente se extienden al resto de la cara, a las palmas de las manos y a las plantas de los pies de tal manera que hacia la vigésima semana de gestación toda la superficie cutánea y de las mucosas tienen ya los receptores sensoriales, los cuales a su vez han sido precedidos, desde el punto de vista de formación, por el desarrollo de sinapsis entre las fibras nerviosas y entre las diferentes neuronas (interneuronas) en el asta dorsal de la médula espinal (observables después de la sexta semana de gestación) ^{3,4}.

3. La respuesta del dolor en los niños es mínima y de característica decorticada (sin acción de la corteza cerebral) lo cual explica que la percepción y localización del dolor no sean posibles. Mc Graw (1.963) decía que algunos niños sólo reaccionan al estímulo doloroso una semana después del nacimiento y lo hacen con "respuesta en masa" respuesta que perdura durante el primer mes de vida. En el libro clásico sobre anestesia pediátrica el Dr. Smith comparaba la respuesta y actividad cortical del niño con la acción que producía el pentotal en la corteza cerebral de los pacientes, "ambos tienen perdida la función cortical y son incapaces de sentir dolor... cuando el niño llora ante un estímulo doloroso o el paciente se empieza a quejar, el dolor puede ser sentido pero no recordado... es necesario el desarrollo cortical del niño y el completo despertar del paciente para sentir el dolor y recordarlo" ⁵.

El concepto que se ha tenido de la necesidad de la corteza cerebral así como una maduración funcional de la misma para sentir el dolor ha sido analizado recientemente. En la excelente revisión hecha por Anand y Hickey ³ se lee que el desarrollo de la neocorteza empieza a las ocho semanas de gestación; los procesos dendríticos de las neuronas corticales inician

una profusa arborización y desarrollan procesos sinápticos para las fibras que vienen del tálamo y para las conexiones intracorticales; esta conexión con las fibras talamocorticales son básicas para la percepción de la corteza; "estudios en fetos de primates y de humanos, muestran que neuronas aferentes al tálamo producen axones que llegan al cerebro hacia la mitad de la gestación. Esas fibras "esperan" debajo de la neocorteza hasta que la migración y arborización dendrítica de la corteza sea completa para así establecer, finalmente, conexiones sinápticas hacia la vigésima y vigésima cuarta semana de la gestación".

Otra prueba del grado de maduración de la corteza cerebral fetal es la que se ha logrado con los estudios electroencefalográficos, los estudios metabólicos y el desarrollo de la conducta de los niños; por ejemplo, se sabe que hacia la trigésima semana de gestación, se puede decir, de acuerdo con el EEG, si el niño está despierto o dormido; por esta misma época se pueden registrar los potenciales evocados por estímulo táctil y olfatorio. Se sabe también que la máxima actividad metabólica del cerebro se localiza en las áreas sensoriales del recién nacido (corteza sensoriomotora, tálamo, tallo cerebral) lo cual sugiere maduración funcional de esas regiones. Finalmente, como veremos más adelante, los niños demuestran o mejor tienen respuestas, cambios de conducta al estímulo doloroso, cambios que se manifiestan en los procesos cognitivos, coordinativos y asociativos "que no dejan duda acerca de la presencia de función cortical en el niño" (Sammons).

4. Los niños no sienten dolor y por lo tanto no requieren analgésicos o anestésicos pues tienen un umbral demasiado alto al estímulo doloroso que los protege durante el trauma del nacimiento y los primeros meses de vida.

Hasta hace pocos años, la aplicación de los narcóticos a los recién nacidos y a los niños menores de dos años, estaban contraindicados pues no había evidencia que tuvieran receptores morfínicos y mucho menos que tuvieran los sistemas neuroquímicos asociados con la percepción del dolor. Hoy se sabe por ejemplo, que la sustancia P, el llamado neurotransmisor del dolor, se encuentra en el hipotálamo, los cuerpos mamilares, el tálamo y en la corteza cerebral de los fetos humanos, desde una época muy temprana del desarrollo fetal (12^a-16^a semanas) ⁶.

En relación con el sistema opioide endógeno encargado de modular el dolor a nivel espinal y supraespinal

se sabe que a las 15 semanas de gestación hay células maduras en la pituitaria que liberan endorfinas.

Las endorfinas y las enkefalinas son liberadas en el feto al nacer, como respuesta al trauma del parto; se ha visto por ejemplo, que los niveles plasmáticos de betaendorfina y betalipotropina en la sangre del cordón umbilical, en niños nacidos por vía vaginal o por operación cesárea son tres a cinco veces más altos que los encontrados en el plasma de los adultos ⁷, niveles que se aumentan en casos de nacimiento por presentación de nalgas o por el uso del vacuum extractor, quizás como respuesta al estrés; también se aumentan en casos de asfixia, apnea del prematuro, infecciones, hipoxemia... aumentos que corresponden al estrés producido por la enfermedad, el trauma y por los procedimientos de tratamiento ⁸.

Este gran aumento en la liberación de betaendorfina, no implica la no administración de analgésicos o anestésicos en los niños por aquello de tener un umbral alto del dolor; si bien es cierto que este umbral puede explicarse por los niveles de endorfinas, también es cierto que en casos de estrés trauma o procedimientos invasivos se requiere el complemento analgésico. Los altos niveles de endorfinas plasmáticas que presentan los niños al nacer, caen rápidamente en las primeras 24 horas y lentamente van alcanzando los niveles del adulto hacia los cinco días de vida ⁹.

5. Los niños no sienten dolor porque no tienen memoria.

Según Freud los adultos sufren de Amnesia Infantil pues tienen una pérdida casi total de la memoria de las primeras experiencias de la vida; hoy se sabe que los "recién nacidos tienen mucha más capacidad de memorizar de lo que previamente se pensó" ¹⁰. Es sabido que el dolor por sí mismo no puede ser recordado ni explicado aun por los adultos; sólo se recuerdan las experiencias asociadas con el dolor. La memoria a largo plazo requiere el adecuado funcionamiento e integridad del sistema límbico y el diencefalo, estructuras que están desarrolladas y funcionantes en el recién nacido; además "los cambios celulares, sinápticos y moleculares requeridos para la memorización y el aprendizaje dependen de la plasticidad cerebral, la cual, como se sabe está muy desarrollada durante los períodos prenatal (tardío) y neonatal" (Will); a pesar de que algunos autores (Janov - Holden) han expresado que las neurosis y los problemas psicossomáticos de los adultos tiene su origen en la memorización de eventos

dolorosos ocurridos durante la infancia y aun en la vida neonatal, sus hallazgos no han sido aceptados por otros investigadores. "Hasta tanto no se establezca la relación de la memoria dolorosa, los niños tienen el mismo derecho a recibir la analgesia y la anestesia que los adultos" (Lida E. Swafford) ¹.

6. Los niños además de no sentir o sentir poco dolor, tienen un metabolismo diferente de las drogas analgésicas, tienen más problemas de drogadicción y los efectos depresores de los narcóticos son mucho más deletéreos en ellos. Lo anterior se manifiesta con la no prescripción de analgésicos o la prescripción a bajas dosis y el temor exagerado, casi histérico, de la aplicación de los narcóticos.

Los datos disponibles de acuerdo con Dahstrom y col. ¹¹ indican que los niños metabolizan la morfina de la misma forma que el adulto y por lo tanto no hay razón para asumir que los niños requieren menos dosis que el adulto cuando la administración se relacione con el peso; si se administra en esta forma tampoco debe temerse por la depresión cardiorrespiratoria que producen los narcóticos y tampoco a la drogadicción, pues si el dolor es intenso, es obligatorio recurrir a estas drogas sin temor a la drogadicción siempre y cuando se tenga el debido control del estado del niño. Parece que este problema es más de actitud que real, entre los médicos y las enfermeras ¹² no sólo para el niño sino también para los adultos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Swafford, L.; Allan, D.:** Pain Relief in the Pediatric Patient. *Med. Clin North Am.* 52:133. 1.968.
2. **Schechlen, Neil L.** Recurrent Pains in Children: An Overview and an Approach. *Pediatric Clinics of North America.* 31: 949-68. 1.984.
3. **Anand, K.J.S.; Hickey, P. K.** Pain and its Effects in the Human Neonate and Fetus. *N. Engl J. Med.* 317:1321-9. 201 Ret. 1.987.
4. **Valman, HB; Pearson, JF.** What the Fetus Feels. *Br Med. J.* 280: 233-4. 1.960.
5. **Smith, R. M.** Anesthesia for Infants and Children. St. Louis, C.V. Mosby Co. pp. 27, 34-37. 1.963.
6. **Charnay, Y.; Paulin, Y.; Dubois, P.M.** Distribution of Substance P. Like immunoreactivity in the Spinal Cord and Dorsal Root ganglia of the Human Fetus and Infant. *Neuroscience.* 10: 41-55. 1.983.
7. **Gautray, J. P.; Jolivet, A.; Vielh, J. P.** Presence of Immunoassayable Beta-endorphins in Human Amniotic Fluid: Elevation in cases of fetal distress. *AM J. Obstet Gynecol.* 129; 211-2. 1.977.
8. **Hindmarsh, K.W.; Sankaran, K.** Endorphins and the Neonate. *Can Med. Assoc. J.* 132: 331-4. 1.985.
9. **Moss, Jr.; Conner, H. et al:** Human B - endorphin - like immunoreactivity in the perinatal-neonatal period. *J. Pediat.* 101:443-6. 1.982.
10. **Kolata, G.** Early Signs of school AGR I.Q. *Science.* 236:774-5. 1.987.
11. **Dahstrom, B.; Bolme, P. et al:** Morphine Kinetics in Children. *Clin. Pharmacol Theraps.* 26: 354-365. 1.979.
12. **Marks, R.M.; Sachar, E. J.** Under treatment of medical patients with narcotic analgesics. *Ann Intern Med.* 78: 173-181. 1.978.

El dengue hemorrágico

Características hematológicas y fisiopatogenia del síndrome

Alberto Echavarría R. M.D. *

RESUMEN

Se hace una revisión bibliográfica de la literatura hasta la fecha, para aclarar en detalle las alteraciones hematológicas y la fisiopatogenia del síndrome hemorrágico del dengue. Se detallan las anomalías de las células sanguíneas en el dengue benigno y en la forma grave hemorrágica, con especial énfasis en las de los órganos hematopoyéticos. Se analizan las alteraciones del sistema vascular, del sistema hemostático y del inmunológico considerando el papel determinante de cada una de ellas en el síndrome grave de hemorragia y choque. Se presenta en detalle la hipótesis de Halstead, que considera todos los fenómenos anteriores en una secuencia. Se discuten brevemente los efectos depresores de los Flavivirus sobre los precursores hematopoyéticos en especial las formas diferentes de infección de los virus del dengue, el Parvovirus B19 y el virus de la Hepatitis C. Finalmente, se hace una consideración sobre los efectos que estos virus puedan producir en síndromes clasificados actualmente como dengue hemorrágico.

*Palabras clave: Dengue hemorrágico,
fisiopatogenia
Flavivirus
Hematopoyesis*

SUMMARY

A bibliographic revision up to date on hemorrhagic dengue disease is made in relation to the hematologic aspects and the physiopathology of the dengue discrasia and shock. Detailed anomalies of peripheral blood cells with emphasis on bone marrow and linphoid and mono-phagocytic system, is presented. Hemostatic anomalies, including vasocapillary anomalies are discussed and immunologic aspects of dengue infection are considered in the pathogenesis of severe shock, as stated in the Halstead hypothesis. A brief discussion on the mood of infection and the depressive effect on bone marrow precursors and on linpho-monocytic cells, are presented in relation to the dengue viruses and other Flaviviruses, in special Parvovirus B 19 and hepatitis C virus (HVC).

*Key words: Hemorrhagic dengue, physiopathology
Flaviviruses
Hematopoiesis*

INTRODUCCION

El dengue o fiebre del dengue es una enfermedad aguda que se diferencia de otros síndromes febriles, por sus grandes dolores musculares y osteo-articulares.

* Miembro de la Sociedad Colombiana y de la Sociedad Internacional de Hematología. Expresidente de la Academia de Medicina de Medellín. Académico Honorario de la Academia de Medicina de Medellín.

Fué reconocido como entidad nosológica diferente por Benjamin Rush, quien la describió detalladamente por lo que él mismo acababa de sufrir en Filadelfia en 1.780, y no fué hasta 1.907, cuando Ashburn y Craig, demostraron que era producida por un virus filtrable presente en la sangre en los tres o cuatro días siguien-

tes a la iniciación de la fiebre, un año después de que Bancroft en Australia, lograra demostrar la transmisión de la enfermedad por el *Aedes Aegypti* ¹.

Los primeros brotes epidémicos fueron conocidos y estudiados desde el principio del siglo, con el de Galveston en E.E.U.U. en 1.922-23, durante el cual se encontraron las complicaciones hemorrágicas por Rice, en voluntarios infectados experimentalmente, en mujeres que presentaban meno-metrorragia y hombres que sufrieron hemorragias gastro-intestinales en 47 de 565 casos. En la epidemia sufrida por Grecia en 1.928, se produjo una elevada mortalidad aún en adultos, consecuencia de la infección por dos tipos de virus diferentes del dengue que infectaron masivamente a la población, la primera demostración de la etiopatogenia del síndrome hemorrágico, como se conoce actualmente. En este brote, cerca del 90% de la población llegó a sufrir la infección y en El Pireo la mortalidad fué tan alta que el 37.9% de las muertes fueron atribuidas al dengue ².

En 1.958 empezó a aparecer en Bangkok, Thailandia, una epidemia de dengue con características hemorrágicas especialmente en la población infantil, la que ha sido intensamente estudiada y ha permitido reconocer muchos detalles sobre la etiopatogenia del choque hemorrágico, como lo explicaremos más adelante ³.

Hasta 1.981 no se había presentado ninguna forma grave de dengue en la cueca del Caribe, a pesar de que habían sido encontrados esporádicamente los tipos 3, 2 y 1, durante 15 años. En determinado momento, aparecieron numerosos casos de dengue hemorrágico en Cuba lo que coincidió con la aparición del tipo 2 después de que el tipo 1 había infectado la población por más de 10 años ⁴.

Esta epidemia afectó 116.000 personas, de las cuales 24.000 presentaron la forma hemorrágica y produjo la muerte de 158 ⁵. Recientemente se ha presentado un nuevo brote de dengue con características semejantes en Venezuela y últimamente ha llegado a nuestro país. La posibilidad de extensión del problema es tan grande que hoy en día en América, solamente están libres del mosquito *A. Aegypti*, las islas Bermudas, las Islas Cayman, Costa Rica, Uruguay y Chile ⁵.

AGENTE CAUSAL

Los virus del dengue son *Flavivirus* dentro de la familia *Flaviviridae*, cuyo prototipo es el virus de la fie-

bre amarilla. Son virus formados por una sola cadena de RNA, con cuatro diferentes mutantes denominados numéricamente tipos 1, 2, 3 y 4 con diferencias en la estructura de sus proteínas, demostrada por medio de isoelectroenfoque ⁶.

La infección primaria de un individuo por virus de dengue produce una reacción inmunológica rápida que impide la re-infección del mismo tipo viral y al mismo tiempo impide por dos a tres meses la infección por virus de otro tipo. Los anticuerpos son inicialmente inmunoglobulina M, no fijan el complemento y reducen su título, pero no desaparecen.

La infección secundaria por otro tipo de virus desencadena una reacción inmunológica diferente: el anticuerpo es IgG en su mayoría, fija el complemento y es específica para el antígeno viral. Esta reacción secundaria, es influida poderosamente por los anticuerpos anteriores, producto de la reacción primaria, lo que juega un papel primordial en la fisiopatogenia del síndrome grave hemorrágico y el choque, como veremos en detalle más adelante.

Desde el punto de vista hematológico los *Flavivirus* son agentes depresores intensos de los órganos hemopoyéticos especialmente la médula ósea, con mielosupresión completa, pero afortunadamente transitoria, como lo detallamos a continuación.

Este efecto depresor no es exclusivo del virus del dengue, sino que también lo ejercen otros *Flavivirus*, como el *Parvovirus*, especialmente la variedad B19, que provoca crisis aplásticas de las anemias hemolíticas congénitas y probablemente el síndrome de la anemia aguda descrita por Lederer desde 1.925 ⁷.

SINDROME DE DENGUE FEBRIL Y DENGUE HEMORRAGICO GRAVE

Después de un período de incubación de tres días, aparece la enfermedad febril súbita, con elevada temperatura, intensa cefalea, dolor ocular, mialgias y artralgias generalizadas asociadas con un pequeño brote congestivo que desaparece bajo la presión de los dedos, durante los dos primeros días de la fiebre. Strong define este primer brote como "un brote carnín en las palmas de las manos y las plantas de los pies, con enrojecimiento efímero de la cara" ¹; hay adenopatías generalizadas, sin hepato ni esplenomegalia y a veces se presentan náuseas y vómito. Al final de la primera semana cae la fiebre y los síntomas disminuyen paulatinamente hasta desaparecer.

Este síndrome es benigno y muchos tratadistas que no consideran las formas hemorrágicas declaraban categóricamente que la mortalidad era ninguna.

La forma grave hemorrágica del dengue, se inicia de la misma manera, con los mismos síntomas y duración, pero al momento de la defervescencia en lugar de desaparecer los síntomas, empieza en la segunda semana la exacerbación de todos los signos y síntomas. Se presenta una nueva elevación de la temperatura y aparece un rash pápulo-macular generalizado, de mucho mayor intensidad que el primero, seguido de lesiones purpúricas en la piel de la cabeza y en las extremidades. Es común la aparición de epistaxis y hemorragias traumáticas en mucosas y en sitios de punción. El estado general empieza a deteriorarse y aparece una moderada cianosis y enrojecimiento de la piel, y por último dificultad respiratoria, taquicardia, hipotensión progresiva y choque.

La evaluación clínica de este síndrome ha sido catalogada por Halstead, en cuatro grados a saber:

Estados I y II son los síndromes con la sintomatología anterior que presentan un recuento plaquetario aproximado a 100.000 plaquetas /mm³. y un nivel de hematocrito elevado.

El estado III se considera cuando además de lo anterior, hay hipotensión hasta 20 mmHg. El estado IV es el estado de choque, sin presión arterial perceptible, colapso circulatorio y hemorragia gastro-intestinal en muchos casos. La duración es de uno o dos días y durante este período hay mortalidad entre 10 y 40% atribuible a la hemoconcentración severa, el desequilibrio electrolítico con acidosis metabólica y la hipovolemia por hemorragia⁸.

ALTERACIONES HEMATOLOGICAS DEL DENGUE FEBRIL Y DEL DENGUE HEMORRAGICO

Es un hecho bien conocido que durante la infección primaria del dengue se observa una linfadenopatía generalizada. En los 100 casos descritos por Strong en el brote epidémico de Filadelfia, encontró 62% de adenitis, desde leve hasta prominente¹. Durante el período febril se presentan leucopenia y neutropenia que desaparecen con la defervescencia. Los linfocitos circulantes aumentan en la segunda semana y a veces presentan alteraciones de "irritación" con aparición de células de citoplasma basófilo con características mo-

nocitoides o las llamadas "células de Turk". En la reacción secundaria con dengue hemorrágico, esta anomalía se aumenta considerablemente y se aprecian linfocitos "atípicos" que fluctúan entre 10 y 50%⁹. (Ver figuras N°. 1 y 2).

SISTEMA LINFOIDE Y RETICULO ENDOTELIAL

Concomitante con las alteraciones linfoides en la sangre circulante se observan cambios patológicos en la estructura ganglionar, con hiperplasia de todos los órganos linfoides con apariencia granulomatosa de los cuerpos de Malpighi y áreas fibrinoides entre las células inflamadas. Las placas de Peyer del intestino delgado se hipertrofian con acumulación de células linfoides y plasmocitarias.

Hay atrofia tímica en la mayoría de los casos graves en niños, en los cuales hay además intensa fagocitosis de los eritrocitos, leucocitos y plaquetas por los monocitocitos nucleares.

Experimentalmente se ha demostrado por inoculación en monos Rhesus, que después de la inyección subcutánea de virus hay una diseminación en los órganos linfoides, hígado, bazo, y tracto intestinal en 24 horas, después de lo cual aparecen una gran cantidad de monocitos infectados que invaden el torrente circulatorio y en los casos graves hay necrosis de las células de Kuffner en las cuales se puede reconocer el antígeno del virus¹⁰. Posteriormente el virus se disemina por hígado, bazo y sistema retículo-endotelial, para que después aparezcan una gran cantidad de monocitos y posiblemente promonocitos infectados¹⁰ lo que indica que estas células son el objetivo principal de la infección viral.

MEDULA OSEA

A nivel de la médula ósea la infección del dengue ejerce una acción depresora con una alteración profunda de la función hemopoyética, condición que es también producida por los Flavivirus, especialmente Parvovirus B19. La detención de la hemopoyesis es múltiple.

a). La línea granulocítica disminuye, con reducción absoluta de polinucleares neutrófilos hasta 2.000 por mm³ y leucopenia de 4.500 en promedio, para reaparecer la producción al desaparecer el período febril, período en el cual salen a circular metamielocitos y mielocitos.

INFECCION PRIMARIA POR VIRUS DEL DENGUE

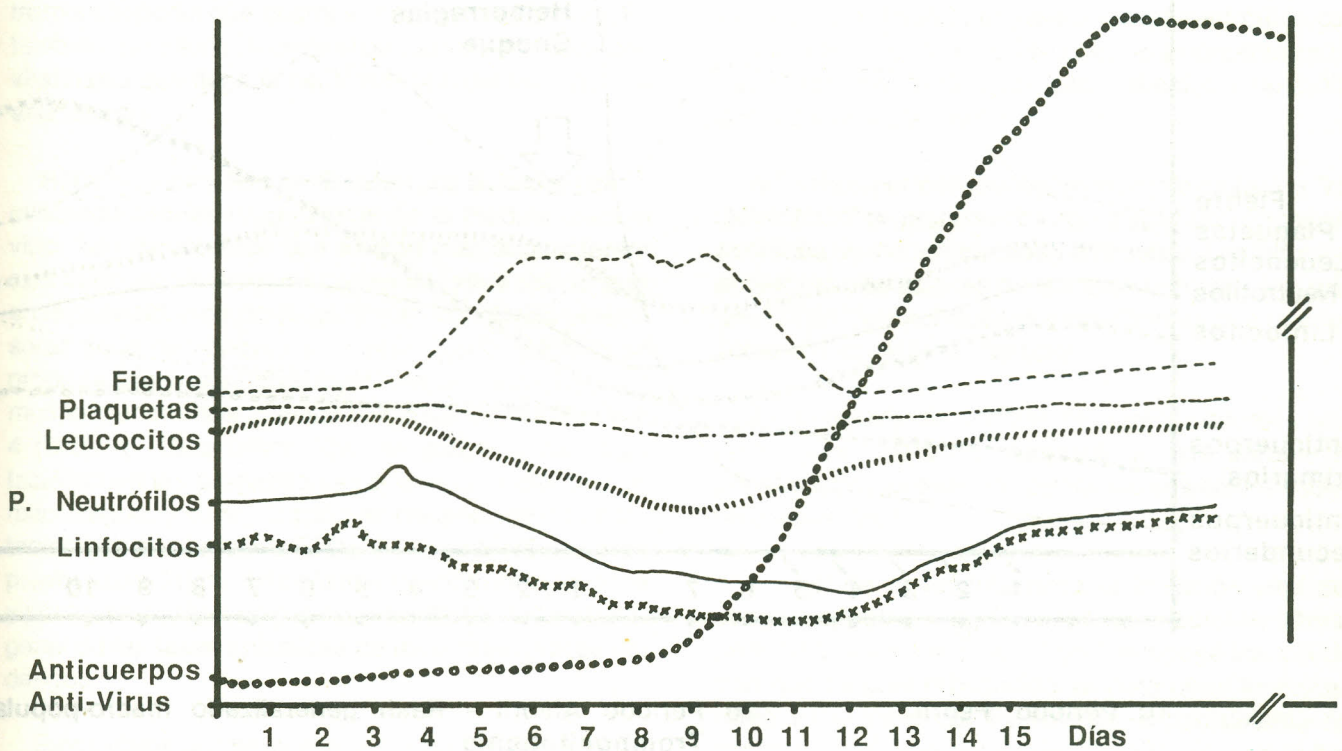
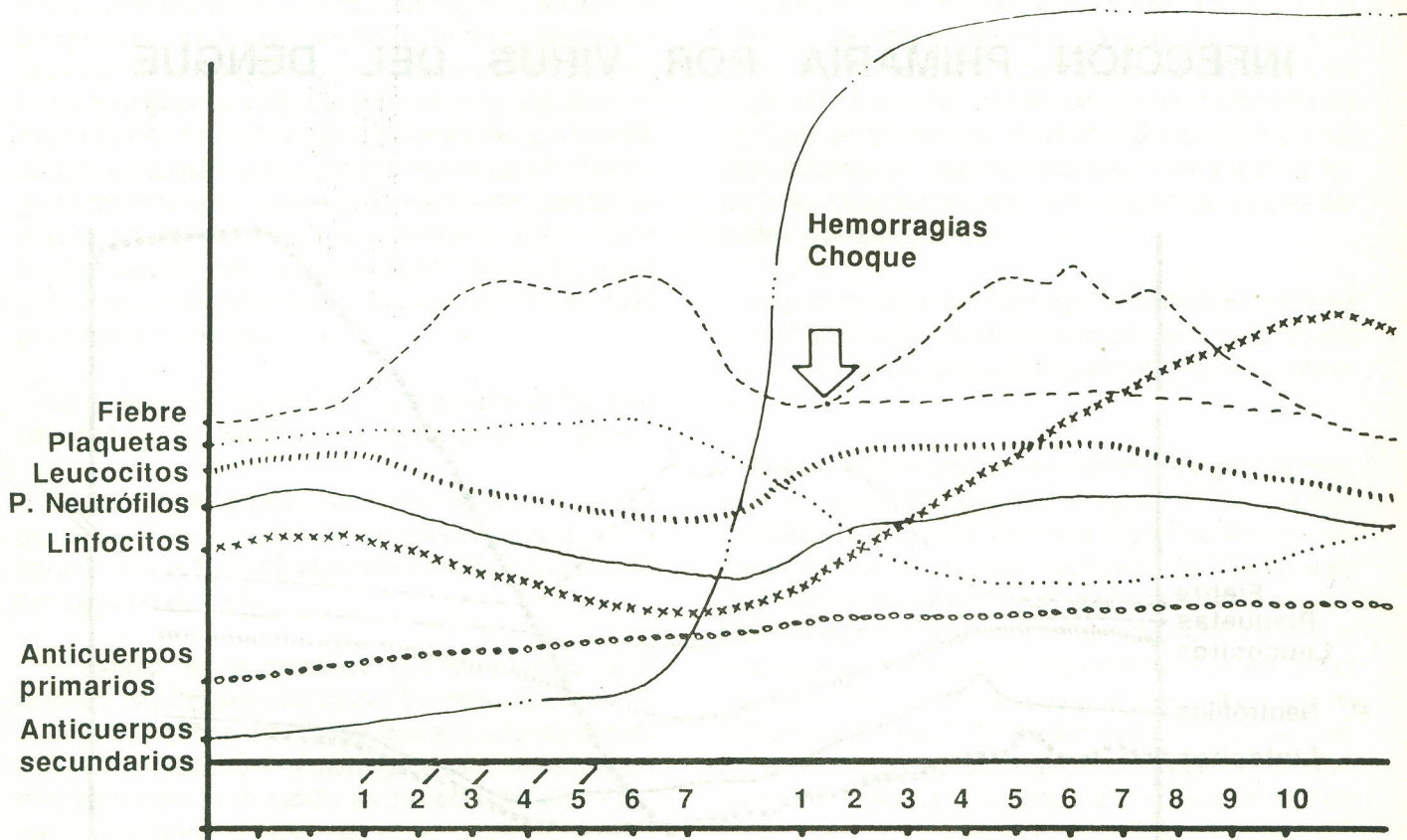


Figura N° 1

Alteraciones hematológicas durante el dengue no hemorrágico. Nótese la disminución moderada de las plaquetas y los leucocitos con disminución mayor de los polinucleares neutrófilos y linfocitos, defectos que son transitorios y desaparecen con la reacción inmunológica anti-virus.

INFECCION SECUNDARIA VIRUS DEL DENGUE



1o. Período Febril

2o. Período Afebril - Rash generalizado macro-popular
 Trombocitopenia
 Vasculopatía
 Coagulopatía
 Hemoconcentración y choque

Figura N° 2

Durante la infección secundaria por virus del dengue aparecen fenómenos semejantes a la infección primaria, pero con mayor intensidad y después de la primera semana cuando desaparece la fiebre se inicia el período de dengue hemorrágico con los fenómenos enunciados en la figura, que coinciden con la aparición de anticuerpos contra la segunda infección en presencia de los anticuerpos de la primera infección.

Se ha demostrado por el Grupo Cooperativo de Cuerpos de Paz en Thailandia que hay una ausencia total de granulocitopenia en casos graves ¹¹.

b). El mismo estudio demostró que la médula ósea tomada desde el cuarto día de fiebre, presentaba también diseritropoyesis muy marcada, semejante a la que los hematólogos indonesios habían ya reconocido con el nombre de eritroblastopenia en niños desnutridos ¹² con aparición de proeritroblastos gigantes en médula ósea. Hay detención completa de la eritropoyesis por días o semanas en casos graves.

c). La detención de la maduración de los megacariocitos en la médula ósea, es el factor determinante de la trombocitopenia que acompaña las formas graves. Es también transitoria durante el período de diseminación viral hasta que llega la neutralización del virus por los anticuerpos.

Recientes estudios verificados por Nakao y col. ¹³, utilizando células progenitoras de la médula ósea in vitro, han demostrado que existen marcadas diferencias entre los diversos mutantes del virus del dengue en la capacidad de propagación en las células precursoras de la hemopoyesis: El virus tipo 2 (DEN 2) se propaga primordialmente en células no eritroides y con mucho menor eficiencia que la lograda por el virus tipo 4 (DEN 4). Este último tipo, se propaga con gran facilidad en los progenitores de la línea eritroide y en macrófagos, y su replicación es dependiente del contenido en eritropoyetina. El DEN 4 no es citotóxico, pero provoca una detención de la maduración eritropoyética y por lo tanto juega un papel primordial en la fisiopatogenia de las fases aplásicas de las formas graves del dengue ¹⁴.

Estos datos permiten concluir, que la médula ósea es uno de los sitios de mayor propagación viral durante la infección por DEN 4 y el probable factor primordial en las reacciones en las formas graves.

FISIOPATOGENIA

Históricamente el dengue ha estado asociado a fenómenos hemorrágicos desde la aparición de sus primeros brotes epidémicos a principios del siglo, tal como se mencionó anteriormente, pero solamente en los últimos años se conoce en detalle.

Hay cuatro aspectos diferentes que considerar en el síndrome hemorrágico grave del dengue.

- 1). Alteraciones de los elementos figurados de la sangre inducidas por el virus.
- 2). Alteraciones del sistema vascular
- 3). Alteraciones del sistema hemostático
- 4). Alteraciones del sistema inmunológico.

I- Anomalías leucocitarias y eritrocitarias

Desde 1.940 se conocía en detalle la acción depresora del dengue sobre los leucocitos circulantes, una marcada leucopenia que coincide estrechamente con la iniciación de la fiebre y que alcanza su máxima depresión al quinto o sexto día, para recuperarse progresivamente en los tres o cuatro días siguientes a la defervescencia. Esta leucopenia se produce por la disminución absoluta de polinucleares neutrófilos, con cifras promedio de 4.500 leucocitos y porcentajes de neutrófilos hasta 20% con cifras absolutas de 2.000 polinucleares por mm³.

Al final del período leucopénico se presenta una "regeneración" de granulocitos con la aparición en sangre periférica de metamielocitos y mielocitos. Los linfocitos presentan alteraciones de reacción con apariencia de células de Turk o linfocitos monocitoides que pueden llegar a más de 50% del total.

En el estado de choque se aprecia además una eosinopenia marcada, después de que durante el período febril del dengue normal, los eosinófilos suben progresivamente.

A nivel de la médula ósea la infección viral del dengue, ejerce una acción depresora, con una alteración profunda en la producción hemopoyética, condición que es bien reconocida ya para otros flavivirus, como es el caso del Parvovirus, especialmente su mutante B-19, y el recién descubierto virus de la hepatitis C ^{13, 14, 15, 16}.

En estudios verificados en Thailandia, se ha demostrado desde el cuarto día del proceso febril, una disminución marcada de la maduración eritropoyética, con detención de la maduración en los proeritroblastos, a veces tan notoria que provoca la aparición de una crisis de anemia aguda especialmente en niños desnutridos. Este defecto conocido podría ser un factor predisponente para que el síndrome del dengue hemorrágico, sea más frecuente en población infantil desnutrida o en ancianos. Al lado de la anomalía eritropoyética, Biermam y Nelson, han demostrado megacariocitos disminuidos, causa de la trombocitopenia observada en la

sangre periférica; estos fenómenos van disminuyendo progresivamente después del séptimo al décimo día ³.

II- Trombocitopenia y alteraciones plaquetarias

La disminución de las plaquetas acompañan el síndrome febril en la mayoría de los casos del dengue. Es debida a dos factores:

a). La detención de la producción megacariocítica en la médula ósea y b). los defectos funcionales de las plaquetas que reducen la supervivencia de ellas. Si recordamos que el tiempo de vida (T1/2) de una plaqueta es de tres a cuatro días, comprenderemos que la trombocitopenia provocada por el dengue es precoz y generalmente aparece al final del período febril o en el momento de la defervescencia.

En estudios hechos por Mitrakul y col. en Tailandia, se encontraron 10 pacientes, de un grupo de 11, con T1/2 plaquetario de seis a cincuenta horas y defectos funcionales como la incapacidad de liberación del ADP en el proceso de la agregación plaquetaria. Sin embargo las demás funciones eran normales, incluyendo la retracción del coágulo.

La trombocitopenia que generalmente fluctúa alrededor de 100.000 por mm³ y los defectos cualitativos son la causa del síndrome petequiral y los fenómenos de hematomas por trauma menor observado en pacientes con dengue. Por esta razón la administración de aspirínicos y de drogas anti-inflamatorias o anti-reumáticas están contraindicadas porque disminuyen o inhiben totalmente la agregación plaquetaria durante por 10 a 14 días, o hecho que agrava el cuadro hemorrágico. Esta prevención debe ser mayor en niños recién nacidos, población infantil de cuatro a seis años y en adultos y ancianos con otra patología asociada.

Así mismo debe considerarse la suspensión de aspirínicos y anti-agregantes plaquetarios (tipo Dipiridamol) en aquellos pacientes de edad avanzada, que estando bajo tratamiento, sufren un síndrome febril de tipo dengue.

III- Alteraciones del sistema vascular

La asociación de discrasia sanguínea con lesiones hemorrágicas de tipo petequiral, la trombocitopenia concomitante y la prueba del torniquete positiva, hablan claramente en favor de un defecto vascular, en especial de los pequeños vasos capilares, en los cua-

les se observa una fragilidad al trauma y a la presión venosa aumentada. En el caso de dengue hemorrágico y choque, se describe un edema de las células endoteliales sin daño en la membrana basal. No obstante, los hallazgos son semejantes a los observados en las quemaduras leves o en la isquemia intensa. Tampoco se ha podido demostrar lesión necrótica, infección viral local, ni reacción inflamatoria. Sin embargo, se ha demostrado que la producción de histamina es cinco a veinte veces más elevada en pacientes con choque hemorrágico, pero el efecto terapéutico de los anti-histamínicos es nulo, lo mismo que el de los corticosteroides ⁸.

Este defecto vascular es probablemente de naturaleza inmunológica y es uno de los factores más determinantes del choque hemorrágico del dengue. Los endotelios vasculares afectados actúan como una membrana semipermeable que permite la trasudación de la sangre, reteniendo la macromoléculas y los elementos figurados, mientras que pasan al espacio extracirculatorio los electrolitos y las micromoléculas, con una progresiva hemoconcentración demostrable fácilmente por el aumento del volumen celular (hematocrito) que asciende entre 20% y 50% sobre lo normal, durante todo el tiempo del período crítico, después del cual mejora progresivamente en la etapa de recuperación.

En los últimos años, en la vasculopatía capilar se ha acumulado evidencia en relación con una etiología atribuida a fenómenos inmunológicos derivados del mecanismo de activación del C3 del complemento, con coagulopatía concomitante y otros factores que determinan una permeabilidad capilar anormal provocando choque. Este mecanismo será expuesto en detalle más adelante (Ver figuras N^{os}. 3 y 4).

IV- Alteraciones del sistema de la coagulación

A pesar de que se han descrito varias anomalías del sistema de la coagulación, no existe un patrón específico que determine la aparición del fenómeno hemorrágico. Se ha descrito prolongación en el tiempo de protrombina y los factores de este grupo (II, V, VII, X) que dependen esencialmente del funcionamiento hepático por lo cual este tipo de defecto es considerado como un reflejo de la disfunción hepática. La verdadera coagulopatía producida en el dengue hemorrágico, comprende la disminución del fibrinógeno hasta niveles muy bajos, y la presencia de productos de degradación del fibrinógeno en forma progresiva durante los días del síndrome hemorrágico, lo que constituye un

FACTORES QUE INFLUENCIAN EL TONO VASCULAR NORMAL

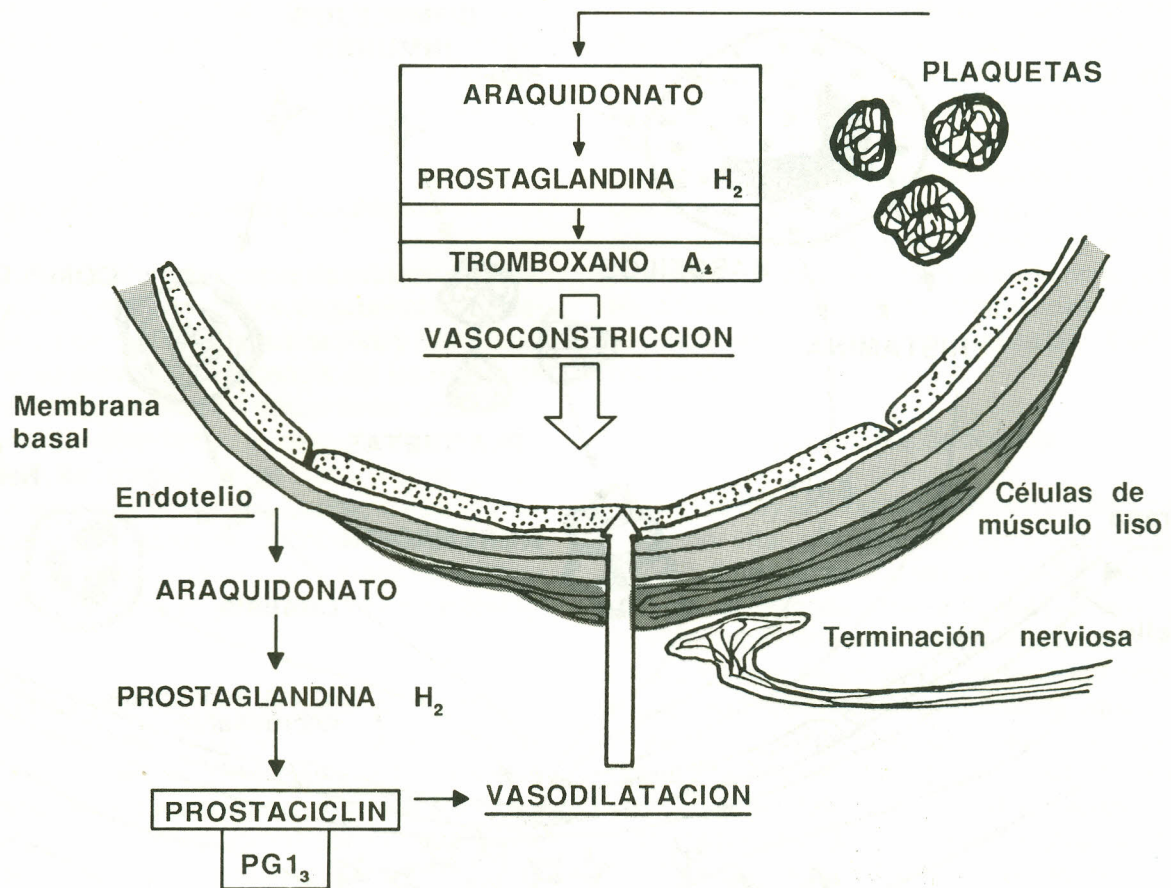


Figura Nº. 3

En condiciones normales el tono capilar está influido por dos mecanismos antagónicos. El ácido araquidónico de las plaquetas por intermedio del metabolismo de la ciclo-oxigenasa se transforma en prostaglandina H₂ y ésta se metaboliza a TROMBOXANO A₂, potente vasoconstrictor. Por otro lado, el aradoquinato derivado de los endotelios vasculares se metaboliza también en prostaglandina H₂ y ésta se transforma en PROSTACICLINA o PROSTAGLANDINA I₂ (PGI₂), potente vasodilatador que actúa a través del sistema neuro-muscular capilar. El tono capilar normal es el resultante de los dos mecanismos en forma equilibrada.

FACTORES PATOGENICOS A NIVEL VASCULAR EN LA REACCION INMUNOLOGICA

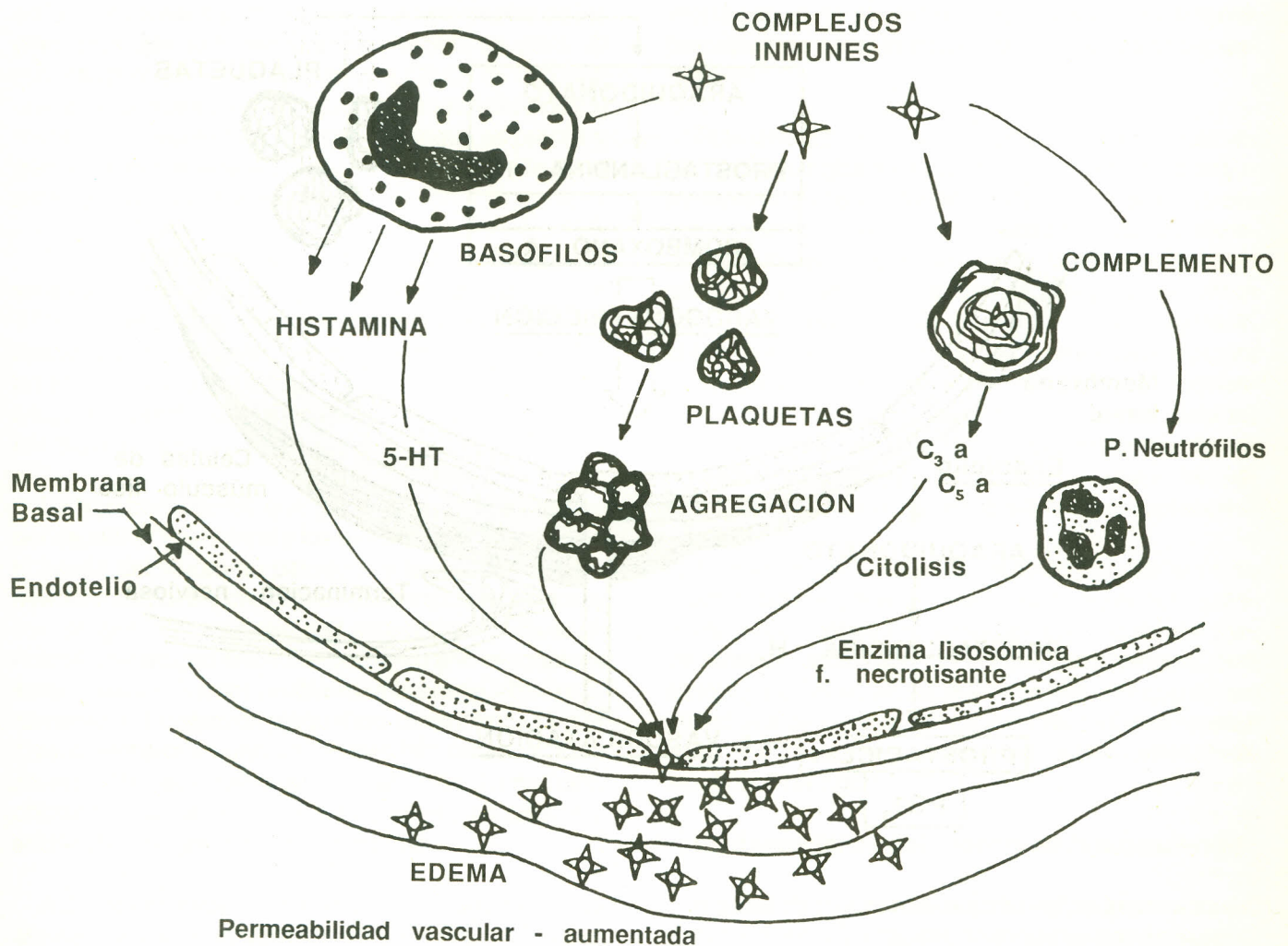


Figura N°. 4

Las vasculopatías inmunes se desencadenan cuando los complejos inmunes determinan cuatro (4) mecanismos patológicos diferentes: a). Estimulación de los basófilos tisulares, con liberación de histamina y 5-hidroxi-triptamina. b). Activación de la agregación plaquetaria, con liberación de serotonina y otras aminas presoras. c). Activación de la vía alterna del complemento con la formación de C3a y C5a, conocidos por su potente acción citotóxica. d). Activación de los polinucleares neutrófilos en los lechos vasculares, con liberación de enzimas lisosómicas. Todos estos procesos afectan el normal funcionamiento de los endotelios capilares provocando disfunción, distonía y hemorragia.

cuadro de coagulopatía de consumo, pero sin la aparición de la reacción trombótica necrotizante de la coagulación intravascular diseminada. En un estudio verificado por la OMS, estas anomalías se observaron con moderada trombocitopenia y con mínimo descenso del fibrinógeno ¹¹.

En algunos casos estudiados en Tailandia, el síndrome de choque hemorrágico acompañado de la C.I.D. ha sido observado en niños y adolescentes que presentaron profundo choque y gran hemorragia gastro-intestinal, que en tres casos fué acompañado por gran trombocitopenia, disminución extrema del fibrinógeno y aumento muy grande de los productos de degradación del fibrinógeno.

V- Alteraciones del sistema inmológico

Existen cuatro diferentes cepas de virus del dengue, denominados serotipos 1,2,3 y 4, de acuerdo con pruebas de inhibición de la hemaglutinación, y fijación del complemento e inmunofluorescencia. En los brotes de Grecia en 1.928, una masiva epidemia de virus tipo 1, fué seguida por otra de tipo 2, después de lo cual se presentaron las complicaciones hemorrágicas graves y en el área de Tailandia y el Caribe, los brotes sucesivos han hecho aparecer distintos serotipos entre los cuales la diseminación del tipo 2 parece ser la infección que desencadena mayor número de complicaciones.

Existe una evidencia de una doble infección viral, una *infección primaria* que produce una fiebre de dengue normal que desaparece en una a dos semanas. La aparición de anticuerpos en cuatro a seis semanas impide la contaminación por otros virus de dengue de otros serotipos, lo cual protege al individuo de una doble o triple infección en las áreas altamente contaminadas. En los meses siguientes disminuyen progresivamente los anticuerpos producidos por la *infección primaria* y al cabo de cuatro a seis meses se presenta la posibilidad de una segunda infección por otro serotipo, que provoca la aparición de otro tipo de anticuerpos. Esta *infección secundaria*, es al parecer necesaria para que el síndrome hemorrágico y el choque, aparezcan en las áreas afectadas.

Estudios de la OMS en Tailandia han demostrado que el dengue hemorrágico tiene una modalidad especial en niños recién nacidos, de madres inmunizadas previamente (infección primaria materna) y en niños mayores de un año que habían tenido ya una fiebre de

dengue anterior (infección primaria y secundaria). En este estudio de colaboración se ha puesto de presente que en el Asia Suroriental habían existido epidemias periódicas de dengue sin complicaciones hemorrágicas hasta que en el período de 1.958-66 aparecieron una gran cantidad de niños con síndrome hemorrágico y choque. El 99% de los niños mayores de un año de edad tenían evidencia de respuesta secundaria inmune ¹⁷.

En 1.981 gran número de casos de fiebre hemorrágica se presentaron en el área del Caribe, en una región donde los serotipos 3,2 y 1 habían aparecido secuencialmente. La aparición del virus 2 en los alrededores de la Habana, desencadenó una gran cantidad de muertes por choque hemorrágico. Cabe anotar que la infestación del *Aedes Aegypti* en zonas favorables alcanza tan alta infestación que es capaz de producir el dengue en una gran parte de la población. En la Cuenca del Caribe la primera epidemia en 1.978 desencadenó en Puerto Rico cerca de 10.000 casos producidos por el serotipo 1 ⁴.

De todos estos hechos se deduce:

- 1). Que hay una relación estrecha entre una doble infección viral y la aparición del síndrome hemorrágico.
- 2). Que la infección secundaria por virus 2, es, al parecer, el desencadenante de los procesos graves.
- 3). Que debe transcurrir un período de seis meses o más para que se provoque la reacción secundaria cuando ya haya disminuido el título de anticuerpos de la infección primaria.
- 4). Que períodos muy largos (hasta cinco años) entre la infección primaria y la secundaria tienden a disminuir el fenómeno del choque hemorrágico.
- 5). Que la infección secundaria en individuos previamente inmunizados es capaz de estimular, con ayuda de los anticuerpos, la proliferación viral hasta 11 veces más que las observadas en individuos no inmunizados, como se ha demostrado en *Macacus Rhesus*, con virus tipo 2 ¹⁸.
- 6). Que este fenómeno de INFECCION INTENSIFICADA POR ANTICUERPOS, puede ser reproducida por medio de inmunización pasiva experimentalmente en *Macacus Rhesus* con el virus 2 del dengue ¹⁰.

De todas estas consideraciones se desprende que el proceso de infección por el virus del dengue se comporta paradójicamente como un agente que intensifica su proceso patológico con la ayuda de los mismos anticuerpos, con un mecanismo recientemente propuesto, que detallaremos a continuación.

VI- Infección del dengue estimulada por anticuerpos

El proceso patológico del virus del dengue depende de la capacidad que tiene para poder vivir y multiplicarse. Esta fase no la puede llevar a cabo sino mediante la posibilidad de ser atrapado por la célula mononuclear donde puede sobrevivir y replicarse.

De otra manera el virus es eliminado por la reacción inmune que se despierta rápidamente en la segunda semana, por lo cual no hay complicaciones hematológicas en la infección primaria.

En el caso de la infección secundaria, los anticuerpos restantes de la primera infección, en concentraciones bajas no neutralizantes, inician una reacción con los virus, que son fagocitados rápidamente por las células de la línea fagocito-monocitaria en donde se protegen del medio externo y proliferan continuamente. Así, el número de monocitos fagocitarios infectados aumenta rápidamente y su número total es muy elevado en comparación con un caso de infección primaria, de tal manera que la gravedad observada en la infección secundaria depende directamente del grado de infección mononuclear.

La aparición del síndrome hemorrágico se inicia cuando el producto de la proliferación viral intracelular se vierte al plasma circulante aumentando la viremia hasta 54 veces la inicial en los experimentos en *Macacus Rhesus* llevados a cabo por Halstead¹⁹.

Se ha postulado por Halstead que la replicación intracelular del virus y su liberación posterior, son el factor desencadenante del proceso de hemorragia y el choque⁸, considerados en una secuencia de hechos, como puede apreciarse en la figura N°. 5.

La citolisis de la célula mononuclear libera proteasas capaces de provocar la activación del C3 del complemento con aparición de productos de degradación (C3b + Factor B) lo que a su vez estimularía la producción de C3a, cuya capacidad para ejercer citotoxicidad y citolisis es bien conocida, además de provocar la liberación de histamina favoreciendo así la permeabilidad capilar, fenómeno central en el desarrollo del síndrome de choque.

Por último, la tromboplastina y otros fosfolípidos tisulares derivados de la citolisis serían los responsables de la activación intravascular del sistema de la

coagulación, precipitando así la reacción fibrinolítica y el el síndrome de hemorragia grave. (Ver figura N°. 5).

DISCUSION

El dengue hemorrágico no es una enfermedad distinta, ni es inducida por un virus específico del dengue. Es una infección viral que compromete seriamente los órganos hemopoyéticos y desarrolla una reacción inmunológica secundaria que afecta el sistema vascular a nivel capilar provocando efectos deletéreos sobre la estabilización de la volemia con pérdida de líquido circulante, seguido por fuerte hipotensión y choque.

El aspecto hemorrágico en sí, es muy poco notorio inicialmente y sólo en los casos graves se desarrolla un síndrome de discrasia sanguínea en el período final asociado con fibrinólisis y síndrome de coagulación intravascular diseminada (CID).

Desde el punto de vista del diagnóstico y del tratamiento, los signos más importantes son:

a). La trombocitopenia. b). El aumento del hematocrito y c). La prueba del torniquete positiva. Estos tres factores que están consignados en la reciente circular del Ministerio de Salud²⁰ son en apariencia procedimientos sencillos, pero en la práctica presentan una serie de dificultades en el proceso y en la interpretación, a saber:

1). Recuento plaquetario: Los recuentos obtenidos por equipos electrónicos y los obtenidos por microscopía de contraste de fases, son los más exactos, pero solamente pueden ser verificados en muy pocos centros y laboratorios. La mayoría de los recuentos son hechos mediante la dilución con líquidos especiales, que arrojan gran variabilidad de resultados y necesitan una estandarización y control. El método de Fonio, todavía en uso, que cuenta las plaquetas de un extendido en relación con los eritrocitos, es totalmente erróneo y deben desecharse los resultados.

2). Los valores del hematocrito pueden ser difíciles de interpretar para establecer si existe hemoconcentración, especialmente en niños, cuyos valores son más bajos que en el adulto y especialmente en niños parasitados y desnutridos con anemia. En esta población que es la más expuesta al dengue hemorrágico, es difícil establecer un hematocrito aumentado "en un 20% o más" como lo enuncia la circular. El aumento

ESQUEMA DE LA ACTIVACION DE LA INFECCION DEL DENGUE ESTIMULADA POR ANTICUERPOS

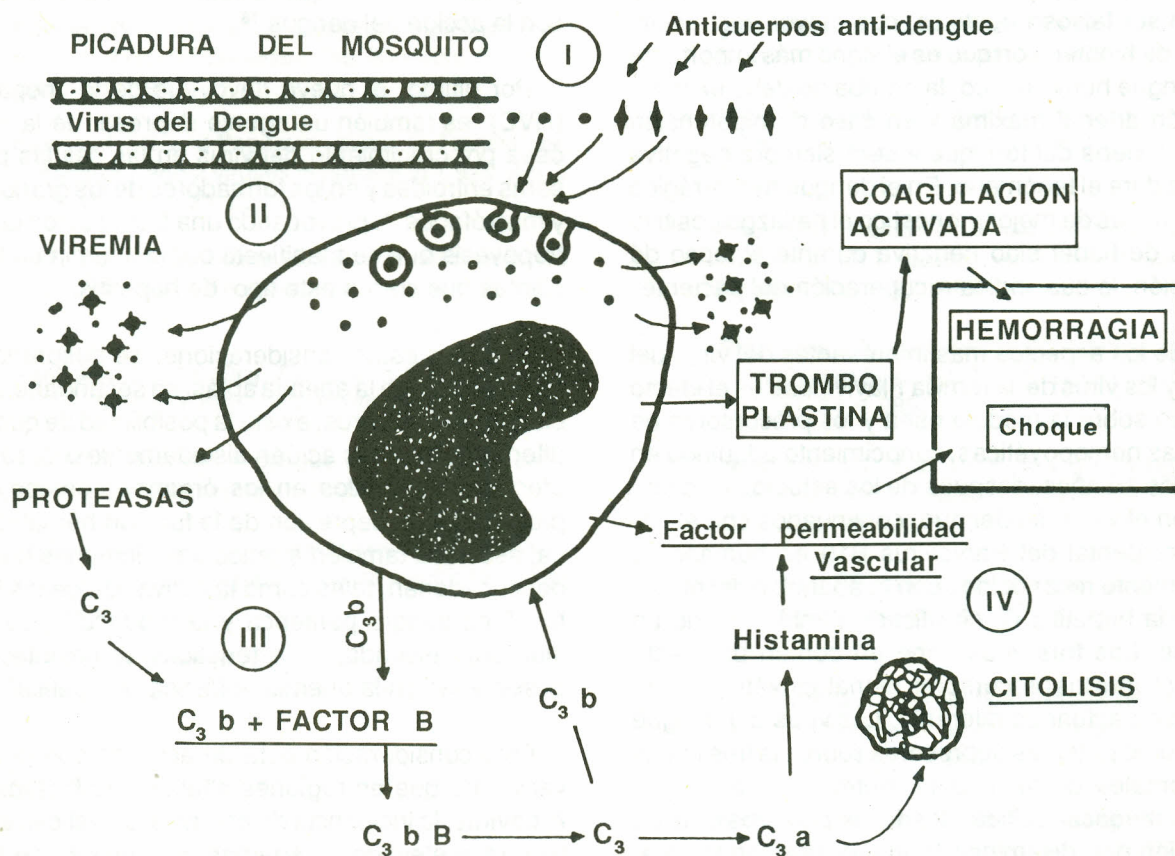


Figura N°. 5

Hipótesis de Halstead. Factores etiopatogénicos del síndrome hemorrágico del dengue. I- Mecanismo aferente, que se inicia cuando los anticuerpos no neutralizantes, se combinan con el virus formando complejos inmunes, que son fagocitados por los monocitos y mononucleares fagocitarios. II- En un mecanismo de activación se producen reacciones eferentes condicionadas por eliminación inmune. III- Amplificación de los monocitos fagocitarios ocurre por la vía del C3b del complemento. IV- Los productos de la actividad monocitaria provocan en cadena los fenómenos que generan el síndrome vascular hemorrágico y el choque.

progresivo en exámenes hechos cada seis horas permite establecer el aumento diferencial, excepto en casos de hemorragia interna gastrointestinal.

3). La prueba del torniquete se basa en la detención de la circulación venosa, mientras que se permite la entrada de la circulación arterial, generalmente por medio de un tensiómetro colocado en el brazo a 100 mm. de presión durante cinco minutos, al cabo de los cuales se descomprime bruscamente y se observa la aparición de petequias durante dos minutos más. Si se utilizan lazos, bandas de caucho o elásticos, sin presión medida y por tiempo arbitrario, los resultados podrían ser falsos negativos, con mayor frecuencia. En caso de hipotensión que es el signo más importante en el dengue hemorrágico, la prueba no debe exceder la presión arterial máxima y en caso de hipotensión grave la prueba del torniquete será siempre negativa mientras dure el fenómeno. En el dengue hemorrágico y el choque, es de mejor pronóstico el hallazgo positivo después de haber sido negativa durante el lapso de hipotensión, lo cual indica recuperación del paciente.

Uno de los aspectos más interesantes del virus del dengue y los virus de la familia Flaviviridae es el efecto depresivo sobre la médula ósea y los precursores de las células hemopoyéticas, conocimiento adquirido en los últimos 15 años, después de los estudios emprendidos con el virus del dengue, continuados con el hallazgo accidental del Parvovirus B19 en humanos y recientemente reconocidos con la aparición del nuevo virus de la hepatitis C, clasificado también como un Flavivirus. Los tres virus tienen en común un efecto depresor sobre los precursores hematopoyéticos, pero su forma de actuar es diferente. Los virus del dengue actúan como potentes depresores sobre las tres líneas fundamentales de la médula (eritropoyética, granulocítica y megacariocítica) desde los primeros días de la infección por diseminación intracelular en los precursores hemopoyéticos, con parálisis de la división celular y la maduración posterior. Esta acción es también diferente para los distintos serotipos de dengue con especial intensidad del dengue 4 (DEN 4) por los precursores eritropoyéticos (BFU-E), dependiendo éste efecto de la presencia de eritropoyetina. El serotipo DEN 2 se propaga en las líneas precursoras no eritroides²¹ pero ninguno de estos virus son citotóxicos. Por lo cual no es posible atribuirle a ellos el intenso episodio de linfocitosis observado en los casos graves y especialmente en los casos fatales, como se comprueba en los hallazgos de autopsia¹⁹. Este hecho parece ser atribuible más bien a la activación del com-

plemento con formación de C3a y C5a cuyos efectos citotóxico y citolítico son bien conocidos²².

El efecto de los parvovirus en humanos con su variante B19 es más intensamente depresivo sobre los elementos eritroides por infección de los precursores, que en este caso lo ejerce sobre el CFU-E y el BFU-E, con formación de células gigantes eritroides de citoplasma intensamente azul, que luego desaparecen, probablemente por la citotoxicidad de estos virus. El efecto es al parecer más selectivo para la línea eritropoyética y menor efecto sobre la línea granulocítica y megacariocítica, lo que constituye la mayor diferencia con la acción del dengue¹⁵.

Por último, el nuevo flavovirus de la hepatitis C (HVC) es también un agente depresor de la médula ósea por crecimiento del virus en las células precursoras eritroides y en los formadores de los granulocitos y macrófagos¹⁶, provocando una disminución de la eritropoyesis que se manifiesta como anemia en los pacientes que sufren este tipo de hepatitis.

De todas estas consideraciones se desprende que en la génesis de la anemia aplásica secundaria a infecciones por Flavivirus, existe la posibilidad de que estos diferentes agentes actúen aisladamente o desarrollen efectos combinados en los órganos hemopoyéticos provocando la depresión de la función hematopoyética, asociada también a reacciones inmunes que ellos desencadenan, tales como la activación de los linfocitos T en sangre periférica y la producción de gama interferón elevada, características semejantes a las observadas en la anemia aplásica "idiopática"²³.

Esta consideración está de acuerdo con la observación de que en regiones altamente infectadas con Arbovirus, la incidencia de anemias aplásicas es también muy elevada²⁴. Además, el aumento de la producción de gama interferón y el aumento de linfocitos T activados en la circulación, que se observan en la anemia aplásica, pueden ser también producidos in vitro por los antígenos del dengue²³ y por otros Flavivirus, incluyendo el nuevo virus de la Hepatitis C¹⁴ ya que el suero de los pacientes con hepatitis C es capaz de inhibir el crecimiento de la médula ósea in vitro.

Finalmente, en la etiología y la fisiopatogenia del llamado dengue hemorrágico, se considera que las acciones depresoras del sistema hematopoyético y las reacciones del tipo inmunológico, primario y secundario, juegan un papel de primordial importancia, aunque

no se sabe aún exactamente el mecanismo. La hipótesis de Halstead presentada anteriormente, recoge los fenómenos y epifenómenos que acompañan el síndrome hemorrágico y el choque, pero todavía faltan muchos detalles al respecto.

Cabe entonces preguntarse si el síndrome es de

etiología pura del dengue o podría ser el efecto combinado con otros Flavivirus bien sea con sucesión o secuencia de infecciones que podrían determinar acciones depresoras hematopoyéticas o estimulantes sobre los mecanismos de inmunidad con efectos adversos sobre el árbol vasomotor con producción de hemorragia y choque.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Strong, RP.** In Stits. Diagnosis Prevention and Treatment of Tropical Diseases. The Blakiston Co. Philadelphia, 1.947.
2. **Halstead, SB. and Papaevangelau, G.** Transmission of dengue 1 and 2 viruses in Greece in 1.928. *Am. J Trop. Med Hyg.* 29, 635, 1.980.
3. **Bierman, HR. and Nelson, ER.** Hematodepressive virus diseases of Thailand. *Ann. Int. Med.* 62, 867, 1.965.
4. **Pan. Am. Heath. Org.** Dengue in the Caribbean. 1.977. Scientific Publ. 375, Washington DC, 1.979
5. **ILADIBA.** Resurge el dengue con ocurrencia de la forma severa hemorrágica. 3,65, 1.989.
6. **Trent, RW.** Antigenic characterization of Flavivirus structural proteins separated by iso electric focusing. *J. Virol* 32. 606, 1.977.
7. **Lederer, M.** Form of Acute Hemolytic Anemia, probably of infectious origin. *Am. J Med. Sci.* 170, 500, 1.925.
8. **Halstead, SB.** Dengue Hematological Aspects. *Seminars in Hematology.* 19, 116. 1.982.
9. **Nelson, ER. et al.** Hematology of Thai hemorrhagic fever (dengue) *Bull Wold Heath Org.* 35, 41, 1.966.
10. **Marchette, N. et al.** Studies on the pathogenesis of dengue infection in Monkeys. *J. Inf. Dis.* 128, 23, 1.973.
11. **World Health Org.** Pathogenic Mechanism in dengue hemorrhagic fever. *Bull.* 48, 117, 1973.
12. **Kho, LK. et al.** Blood and Bone Marrow Changes in dengue hemorrhagic fever. *Pediatrica Ind.* 12, 31, 1.972.
13. **Nakao, S. et al.** Dengue virus, A Flavivirus Propagates in human Bone Marrow Progenitors and hematopoietic Cell Lines. *Blood,* 74, 1235, 1.989.
14. **Steinberg, HN. and Zeldis, JB.** Effect of dengue virus in hematopoietic progenitors *Blood.* 75, 811, 1.990.
15. **Young, N.** Hematologic and Hemopoietic Consequences of B19 parvovirus. *Infection Seminars in Hematol.* 25, 159, 1.985.
16. **Steinberg, HN., and Zeldis, JB.** Inhibition of Human Hemopoiesis by Non A- Non B Hepatitis virus. *J. Med. virol.* 23, 34, 1.989.
17. **Halstead. SB. et al.** Dengue and Chikunguya virus infection in man in Thailand 1.962-1.964. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 18, 997, 1.969.
18. **Halstead, SB.** In vivo enhancement of Dengue virus infection in Rhesus monkeys passively transferred antibody. *J. Inf. Dis.* 140, 527, 1.979.
19. **Halstead, SB.** Dengue hemorrhagic fever. A public health problem and a field for research. *Bull World Health. Org.* 58, 1, 1.980.
20. **Ministerio de Salud de Colombia.** Vigilancia y control del dengue hemorrágico en Colombia. 1.990.
21. **Young, N. and Mortimer, PP.** Viruses and bone marrow failure. *Blood.* 63, 729, 1.984.
22. **Bokish, VA. et al.** The potential pathogenic role of complement in dengue hemorrhagic shock syndrome. *New England. J. of Med.* 289, 996, 1.973.
23. **Zoumbos, NC. et al.** Circulating activated suppressor T Lymphocytes in aplastic anemia. *New England J. of M.* 312, 257, 1.985.
24. **Young, NS. et al.** Aplastic Anemia in the Orient. *Br. J. of Hematol.* 62, 1, 1.986.

"Labio y paladar hendido"

Programa del Hospital Infantil Noel *

Grupo de labio y paladar.

RESUMEN

El paciente con labio y paladar hendido requiere la atención integral por parte de cada uno de los especialistas para lograr un buen resultado final.

Esta publicación quiere mostrar lo realizado por cada uno de los integrantes del grupo a lo largo de 10 años de intenso trabajo y de experiencia con 1.850 pacientes intervenidos.

El equipo debe estar conformado por: pediatra que haga el examen general del niño y su historia; trabajadora social para ayudar a orientar al niño y a la familia, sobre todo si vienen de otros sitios lejanos; sicólogo para orientar y apoyar a las familias que traen consigo un gran complejo de culpa, o que trabajan con el niño mayor y el adolescente para animarlo a continuar en el tratamiento; odontopediatra para la corrección del arco y de la buena implantación dentaria; fonoaudióloga para la buena pronunciación de las palabras, además de la enfermera profesional, el anestesiólogo y el educador. Esperamos que este artículo ayude a muchas comunidades a luchar para que el niño con labio y paladar hendido sea bien atendido por un equipo multidisciplinario, pudiéndose incorporar a la sociedad como un buen ciudadano con capacidad productiva equiparable a la de cualquiera de sus coetáneos.

Palabras clave: Labio y paladar hendido
Queilo y palatosquisis

SUMMARY

In order to achieve adequate end results, the patient with cleft lips and palate requires integral care by every one of the specialists of a team.

The present report shows the work accomplished by each member of our team in 10 years of continuous efforts, during which 1.850 patients have been taken care off.

The equipment we propose should be formed by the following persons: 1) a pediatrician to take care of the child's general examination and clinical record; 2) a social worker to help orienting the child and his (her) family, especially if they come from far-away places; 3) a psychologist to orient and give backing to the affected families feeling that they are to be blamed for the child's situation; the psychologist is also required to work with the child or adolescent to encourage him (her) to continue with the following procedures to be carried out 4) by the odontopediatrician who is to correct the arch and carry put dental implantation; 5) a phonoaudiologist to teach the patient good pronunciation. Other members of the team are the professional nurse, the anesthesiologist and the educator. We trust that this publication will help many communities in their struggle for the child with cleft lips and palate, so that this patient may receive the benefits of a multidisciplinary equipment. The latter will work with the aim to incorporate the patient to the society as another whose productive capacities are equal of the remaining members of the community.

Key words: Cleft lip and palate
Queilo and palatoquisis

* Separatas: Doctor Gustavo Jaillier Arango. Clínica Noel. Calle 64 N°. 50-39. Medellín.

HISTORIA DEL PROGRAMA

El Hospital Infantil Noel, fundado en el año de 1.924, empezó desde entonces a prestar atención integral a los niños que acudían a su consulta. Uno de los objetivos primordiales era la cirugía pediátrica—"para aquellos niños que no pueden ser intervenidos cómodamente en sus casas"— como dice en el acta de fundación.

Ya desde el año 1.925 se empieza la cirugía de labio y paladar, practicada por el Dr. Rafael Mejía Uribe. Más adelante, los doctores Rafael Villegas Arango, Gil J. Gil y Hernán Pérez continúan con esta labor. Desde el año 1.975, el Dr. Luis Carlos Trujillo, cirujano plástico, se vincula de lleno a este programa, sucediéndole el profesor León Hernández, que tanto bien hizo a la cirugía plástica de Antioquia. La Clínica Noel tenía ya una experiencia de 50 años en la cirugía y manejo de los niños con queilo y palatosquisis.

Pero no fue hasta el año de 1.982 cuando el Dr. José Miguel Guzmán, angustiado por la alta incidencia de este problema entre los niños de Antioquia, citó a una memorable reunión en el Amparo Juvenil Santa Ana. El Servicio Seccional de Salud localizaría los niños en las poblaciones y veredas y los transportaría hasta el Amparo Santa Ana. Aquí se le prepararía para la cirugía, que se efectuaría luego en la Clínica Noel; el postoperatorio mediato en el Amparo Santa Ana y luego sería transportado nuevamente por el Servicio Seccional a la población de origen. Era un buen plan triángulo para los niños de Antioquia.

El Médico Director de la Clínica Noel, Dr. Gustavo Jaillier, pidió ayuda a cinco cirujanos plásticos de la ciudad, quienes generosamente se comprometieron a intervenir gratuitamente a los niños.

Se hizo entonces la promoción en todos los hospitales rurales, y desde entonces hasta ahora no han dejado de sentirse los beneficios: más de 1.500 niños han sido tratados. El programa de Labio y Paladar Hendido es ya toda una realidad.

Desde el comienzo se vio la necesidad de pedir ayuda a otros profesionales: pediatras—para hacer la evaluación global del niño y vincularlo al programa—; odontólogos—para su problema de maloclusión, premaxila, etc.—; otorrinolaringólogos—ya que en la gran mayoría de los pacientes con paladar hendido hay hipocusia—; anesthesiólogos—para la revisión del niño y preparación a cirugía—; fonoaudiólogos—para la reeducación de la voz—; psicólogos—para calmar la an-

gustia a nivel personal y familiar, que desencadena la malformación—; trabajadoras sociales—para ayudar en la ubicación y orientación de los pacientes—.

Cada una de estas personas ha prestado lo mejor de sí, y a través de los años se ha logrado una serie de valiosas experiencias que pensamos pueden ser muy útiles para las personas que están trabajando con niños que tengan malformaciones de labio y paladar.

CIRUGIA PLASTICA

EMBRIOLOGIA

Al tratar el paciente con labio y paladar hendido, debemos inicialmente retroceder en el tiempo; la hendidura que vemos en el paciente es el resultado de una agresión al embrión del nuevo ser; por lo tanto, es necesario conocer la embriología humana para localizar y entender la malformación.

El desarrollo del ser humano se inicia con la fecundación, fenómeno en el que los gametos* femenino y masculino se fusionan. Cada gameto es el resultado de una división meiótica**, y porta 23 de los 46 cromosomas iniciales que contenía la célula de donde derivó. Al unirse, se restablece el número diploide de cromosomas (23 del padre y 23 de la madre) y al mismo tiempo se determina el sexo (un espermatozoide que contenga X producirá un embrión femenino—XX—y uno que contenga Y originará un embrión masculino—XY—).

Después de la fecundación se inician las divisiones mitóticas** que producen un aumento del número de células—pero cada vez más pequeñas— hasta semejar una mora. Aproximadamente al tercer día de la fecundación recibe el nombre de mórula, y así ingresa al útero (Fig. N° 1). La mórula entonces permite el ingreso de líquido a su interior para formar una esfera hueca llamada blastocisto, donde aparecen dos grupos celulares: uno que rodea la cavidad—son las células trofoblásticas, responsables de formar la placenta—, y otro grupo que es el embrioblasto—que formará el embrión propiamente dicho— (Fig. 2). Al término de la primera semana, el embrión ha pasado por las etapas de mórula y blastocisto y empieza su anidación en el útero.

La segunda semana se inicia con la diferenciación celular del embrioblasto en dos capas celulares: el ec-

* Gametos: Células sexuales, espermatozoide en el hombre, óvulo en la mujer.

** Meiosis y mitosis: tipos de división celular.

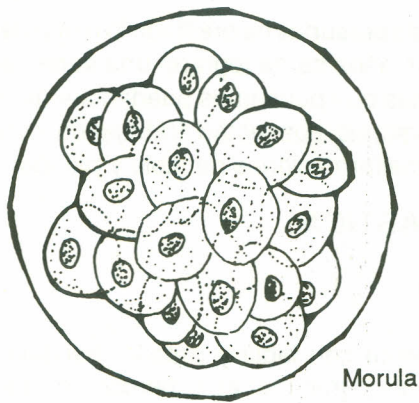


Figura N°. 1

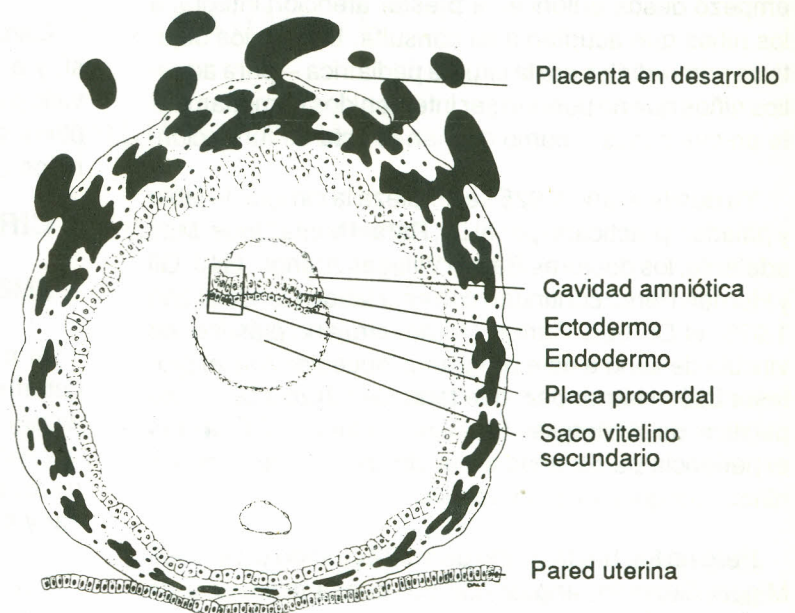


Figura N°. 3

Durante la tercera semana el disco bilaminar se convierte en trilaminar. Células ectodérmicas se invaginan y esparcen lateralmente entre el ectodermo y el endodermo para formar una tercera capa: el mesodermo (Fig. N°. 4). Con las tres capas germinativas básicas empieza la formación de nuevos tejidos y la diferenciación de los órganos.

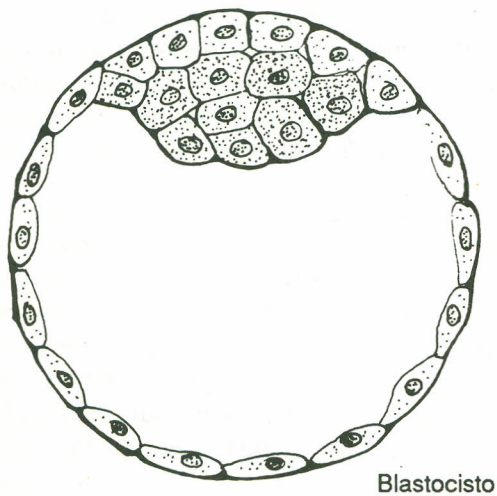


Figura N°. 2

ectodermo y el endodermo (disco bilaminar). Las células ectodérmicas proliferan y migran para crear una cavidad llamada amniótica; las células endodérmicas sufren el mismo proceso y forman el saco vitelino (Fig. N°. 3).

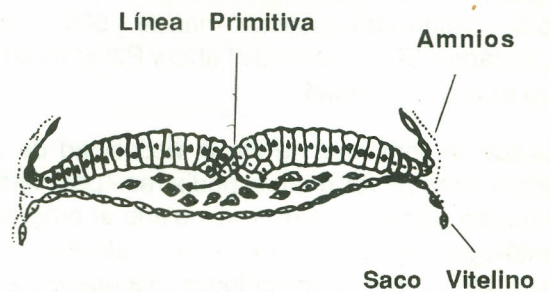


Figura N°. 4

Entre la cuarta y octava semana consideramos el *período embrionario*. En un principio hay un engrosamiento del ectodermo formando la llamada placa neural, cuyos bordes laterales se elevan para formar los pliegues neurales y creando un surco llamado surco neural. Seguidamente, los pliegues se unen para formar un tubo: el tubo neural. En los pliegues neurales hay un grupo celular que luego se separa: se conoce como las células de la cresta neural, las cuales poseen una gran capacidad de diferenciación (formarán ganglios sensoriales, neuronas simpáticas, células pigmentarias, meninges, cartílago y tejido conectivo de la cara) (Fig. N°. 5). Es en este período embrionario

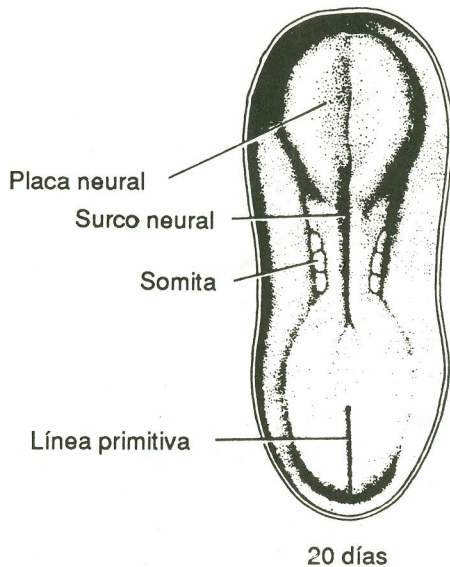


Figura N°. 5

cuando el nuevo ser es más susceptible a factores que dificultan y pueden afectar el desarrollo, y es por tanto el período en que se origina la mayor parte de malformaciones congénitas.

Hacia el final de la cuarta semana, la edad se calcula por el conteo de somitas, pero durante el segundo mes la edad del embrión se indica por la longitud, en milímetros, desde el vértice del cráneo hasta la nalga.

La formación de cabeza y cuello ocurre durante este período embrionario. Al principio de la cuarta semana el embrión presenta una cavidad—estomodeo—delimitada por la placa neural y la placa cardíaca; en el fondo se observa la membrana bucofaringea (Fig. N°. 6) que rápidamente se rompe comunicando así el intestino anterior. Lateralmente, el estomodeo se halla delimitado por el primer par de arcos branquiales (originados

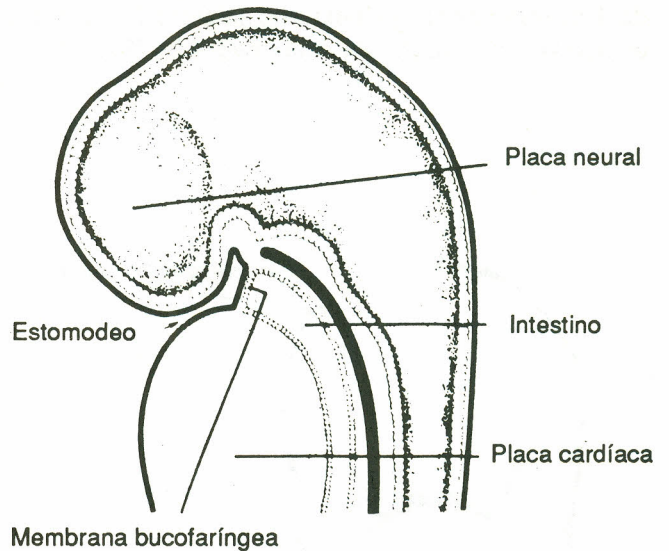


Figura N°. 6

en una proliferación mesodérmica). Al hacer ésto, los arcos branquiales separa la placa neural de la placa cardíaca. A la cuarta y media semana, rodeando el estomodeo, se identifican cinco formaciones: 1) proceso frontonasal, 2) y 3) procesos maxilares (primer arco branquial), 4) y 5) procesos maxilares (porción dorsal del primer arco) (Fig. N°. 7).

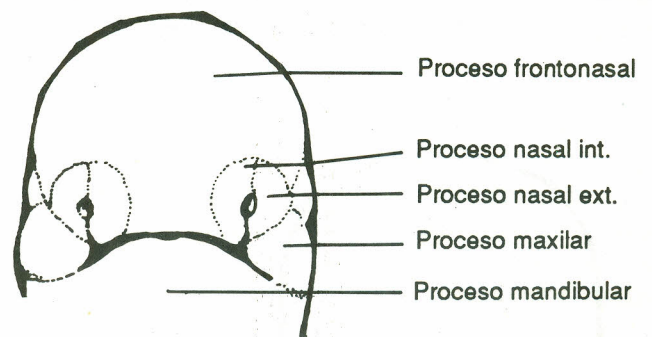


Figura N°. 7

El proceso frontonasal constituye el borde superior del estomodeo y en el mismo, alrededor de la quinta semana, aparecen dos rebordes de crecimiento rápi-

do, los procesos nasales externo e interno (nótese que el proceso mandibular ya está integrado) (Fig. Nº. 8).

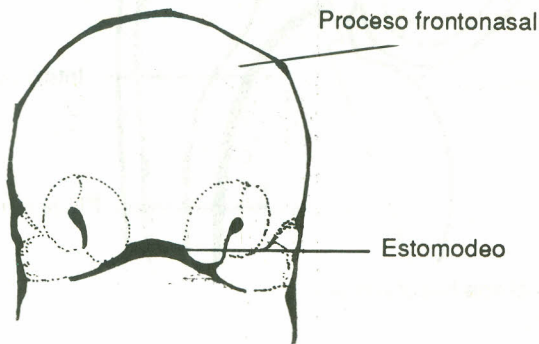


Figura Nº. 8

En las dos semanas siguientes, los procesos maxilares aumentan de volumen y crecen medialmente llevando los procesos nasales hacia la línea media. Así, los procesos nasales internos se fusionan para conformar el labio superior (segmento intermaxilar). Los procesos nasales externos se fusionan con el proceso maxilar y queda como remanente de esta unión el conducto nasolacrimal. Los procesos nasales externos no participan en la formación del labio pero sí en las alas nasales y vertiente nasal (Fig. Nº. 9).

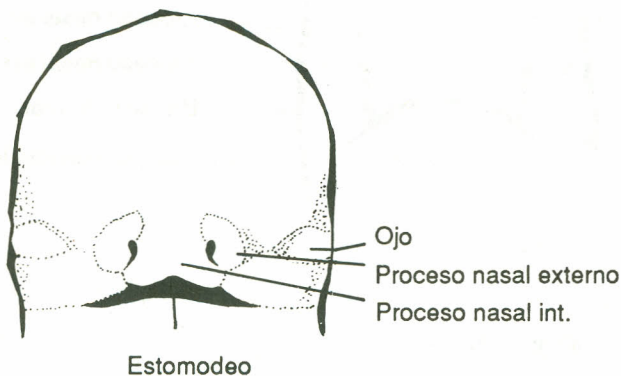


Figura Nº. 9

El segmento intermaxilar comprende: 1) componente labial-surco subnasal, filtro, arco de Cupido, 2) componente maxilar —lleva los cuatro incisivos—, 3) componente palatino —el triángulo distal, limitado por los incisivos laterales y el agujero incisivo anterior— (Fig. Nº. 10). El agujero incisivo anterior se considera el

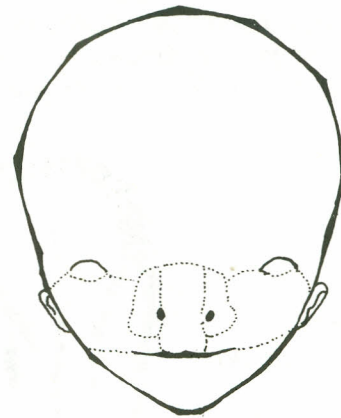


Figura Nº. 10

límite para clasificar las hendiduras de paladar primario y secundario (Fig. Nº. 11). Los defectos anteriores al agujero incisivo anterior que comprenden alvéolo, labio, piso nasal y mal posición alar, se demuestran hendiduras de paladar primario, pues suceden entre las semanas cuarta y octava de desarrollo. El paladar secundario, que es el paladar óseo y blando, se origina entre la sexta y octava semanas.

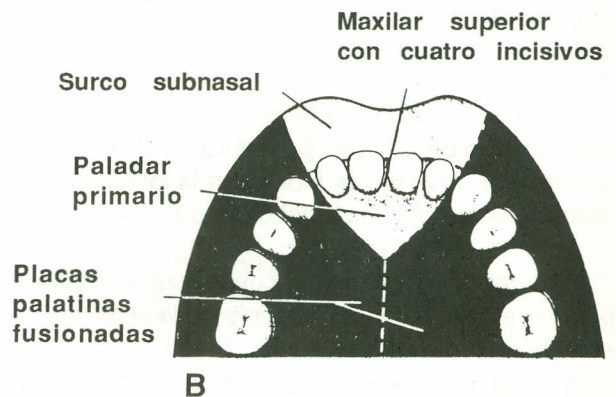


Figura Nº. 11

El paladar es formado por dos láminas de los procesos maxilares (primer arco branquial) llamadas crestas palatinas, que descienden a ambos lados de la lengua en la sexta semana de desarrollo. Hacia la séptima semana la lengua desciende y las crestas palatinas ascienden (Figs. N^{os}. 12 y 13). Este proceso dinámico se acompaña en la octava semana del descenso del tabique nasal y la fusión de las crestas palatinas desde el agujero incisivo anterior hacia atrás. Esto separa la cavidad oral de la nasal, y a la vez ésta se divide en derecha e izquierda (Fig. N^o. 14). En las mujeres la fusión puede retardarse hasta la novena semana, lo que las hace más susceptibles a las hendiduras de paladar secundario.

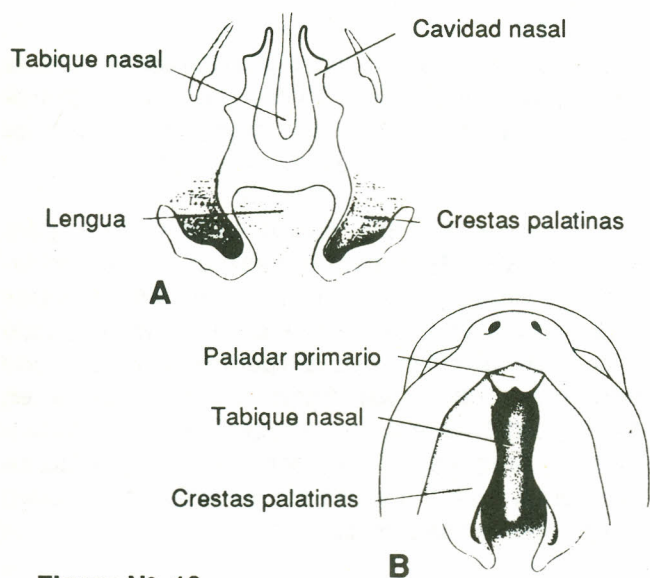


Figura N° 12

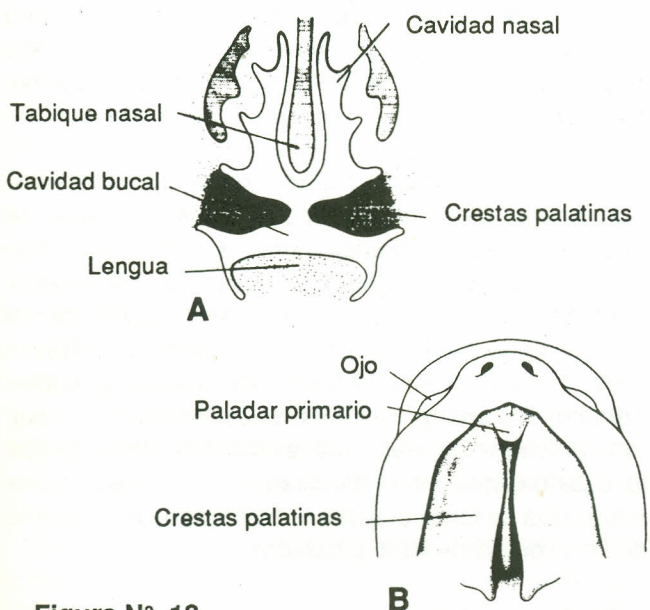


Figura N° 13

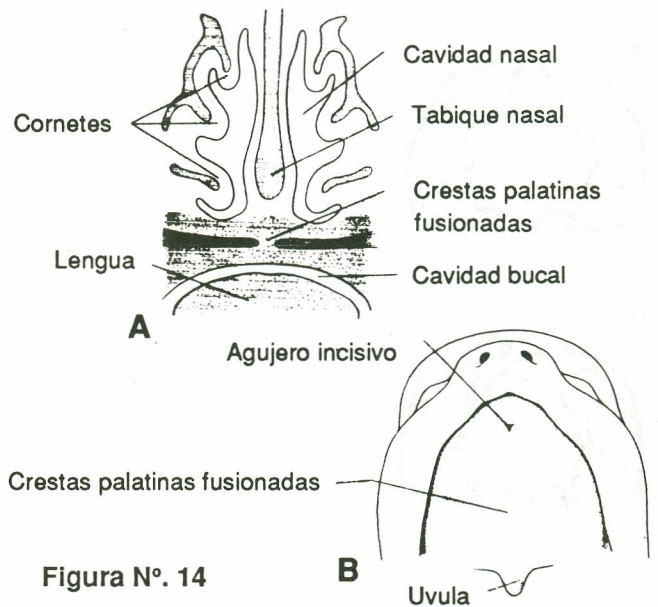


Figura N° 14

Este conocimiento de la embriología nos permite correlacionar casi con certeza las deformidades con el momento en el cual se presentó el agente causal. Además, la clasificación de las hendiduras de labio y paladar en primarias y secundarias con base en la embriología, hace más fácil su aplicación clínica (Figs. N^{os}. 15, 16 y 17).

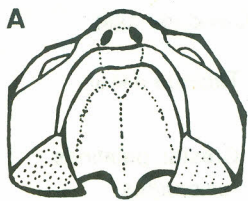
Las hendiduras pueden ser completas o incompletas, derechas o izquierdas, de paladar primario o secundario. Se pueden presentar todas las combinaciones así: un paciente puede presentar hendidura completa de paladar primario e incompleta de paladar secundario; otro puede tener hendiduras completas de paladar primario y secundario.

EPIDEMIOLOGIA Y ETIOLOGIA

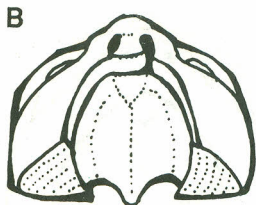
De las deformidades en cara, las más comunes son las de labio y paladar. Antes se decía que eran de 1 por 1.500 nacidos vivos, ahora van en aumento y se acepta que pueden tener una incidencia de 1 por 650 nacidos vivos. Son escasas en negros y frecuentes en caucásicos y orientales.

Las hendiduras en paladar primario son más frecuentes en hombres y las de paladar secundario en mujeres.

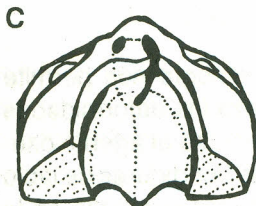
A pesar del adelanto en el campo de la teratología, los conocimientos en el campo de las malformaciones congénitas han aumentado poco. Alrededor de 10% dependen de factores ambientales, otro 10% de facto-



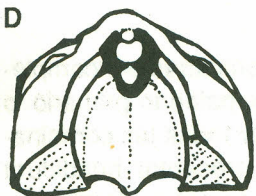
Normal



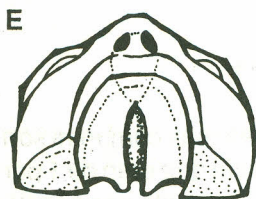
Labio leporino unilateral hasta la nariz



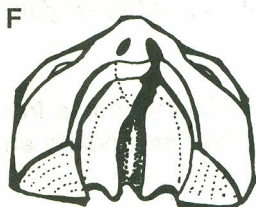
Labio y paladar hasta el agujero incisivo



Labio y paladar bilateral



Paladar aislado



Paladar hendido con hendidura ant.

res genéticos y el restante 80% es causado por la intervención de diversos factores ambientales y genéticos.

Si los padres son normales y tienen un hijo con hendidura en paladar primario o secundario, la probabilidad de que el niño siguiente presente este defecto es de 4%. Si están afectados dos hermanos, el riesgo para el tercero es de 9%. Si uno de los padres presenta hendidura y este defecto aparece en un hijo, la probabilidad de que el siguiente resulte afectado es de 17%.

La edad materna, en sus dos extremos, tiene importancia para las hendiduras en paladar primario, no así en el paladar secundario.

De los factores ambientales y su interacción con otra multiplicidad de factores, muchos de ellos aún desconocidos, depende la mayor causa de las hendiduras de labio y paladar. Para su estudio los dividiremos en:

Infecciosos. Ejemplo clásico es la rubéola, pero múltiples virus y bacterias pueden producir deformidades (v.g. virus del sarampión, citomegalovirus, herpes simple, toxoplasmosis, sífilis, etc.) Un factor agregado a todas las infecciones es la hipertermia, la cual tiene influencia teratogénica franca cuando ocurre en momento del cierre de los pliegues neurales. Aumentos de la temperatura sin tener relación con infecciones, como puede ser el caso de los baños sauna, pueden causar deformidades.

Irradiación. Los efectos teratogénicos de los R X han sido bien documentados. Hay que tener en cuenta que también afectan las células germinativas del feto ocasionando malformaciones congénitas en las generaciones venideras.

Químicos. Es difícil valorar el papel de los agentes químicos entre ellos las drogas, pues el análisis se hace retrospectivo. Mencionemos algunos de los medicamentos de teratogenicidad conocida y de frecuente empleo: talidomida, citostáticos (aminopterín, metotrexate), anticonvulsivantes (fenobarbital, difenilhidantoína, trimetadiona), ansiolíticos (fenotiazinas, meprobamato, diazepam), antibióticos (estreptomocinas, sulfas), anfetaminas, warfarina; existe la creencia de que la aspirina, que es el medicamento que con mayor frecuencia se toma durante el embarazo, es causante de hendiduras de labio y paladar.

Sustancias como los progestágenos, dietiletilbes-

Figuras N°. 15 - 16 y 17

trol, cortisona, yoduro de potasio, han sido relacionadas con deformidades congénitas. Con respecto a la insulina y los hipoglicemiantes orales, no se sabe si son los directos causantes de las deformidades que presentan algunos de los hijos de madres diabéticas, o si éstas se deben más bien a los niveles altos de glucosa.

En nuestro medio existe la fuerte sospecha de que los agentes fumigantes puedan estar asociadas a hendiduras de labio paladar. En estudios realizados en EE.UU., Vietnam y Suecia se investigaron varias sustancias, entre ellas el 2.4.5. T., y se llegó a la conclusión que no entrañan peligro para la reproducción.

Nutrición. Deficiencias vitamínicas pueden ser teratogénicas en animales de experimentación. La observación sistematizada nos indica que las hendiduras de labio y paladar son más frecuentes en familias pobres con desnutrición.

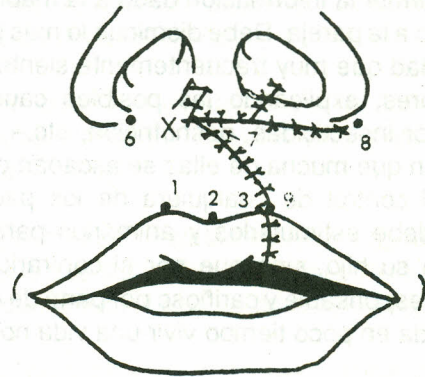
TRATAMIENTO

Un paciente con labio y paladar hendido desafortunadamente se convierte, por todo lo que su deformidad implica, en factor de desequilibrio de su entorno familiar y social. Es por lo tanto muy importante hacerle entender a él y/o a su familia la importancia del tratamiento por parte de un equipo multidisciplinario, y que los procedimientos quirúrgicos correctivos no son necesariamente parte del manejo inicial o inmediato, pues cada una de las cirugías tiene su momento oportuno: la queilorrafia se practica a los tres meses de edad, pues en este momento se cumplen ciertos requisitos que le brindan más seguridad. Los principios quirúrgicos de este procedimiento son: utilización racional de la piel, crear peso nasal, cicatriz en labio que coincida con la columna del filtro, reconstrucción de la cincha muscular del orbicular y conformación del arco de Cupido. La técnica más utilizada es la de rotación-avanzamiento (Millard) (Fig. N° 18).

La cirugía de paladar blando, cuyo objetivo más importante es formar el esfínter velo-faríngeo, se puede practicar a los nueve meses, pero se prefiere hacerla a los 18 meses. La técnica más recurrida es el "push-back" (Veau-Wardill) con la cual se alarga el paladar, se reconstruyen las inserciones musculares del velo del paladar, y se cierra medialmente sin tensión.

Después de la cirugía del paladar, el paciente entra al manejo foniatrico, donde se le ejercitarán los músculos del velo faríngeo. Si a pesar de esta rehabilitación

persiste la incompetencia velo-faríngeo, se hacen los colgajos faríngeos o faringoplastias.



Técnica de Millard

Figura N° 18

Las cirugías definitivas, como retoque de cicatrices, rinoplastias, injertos óseos, etc., seguirán un adecuado juicio clínico y se diferirán hasta etapas más tardías.

PEDIATRIA

El obstetra y el pediatra son muchas veces los primeros profesionales en presenciar la dolorosa realidad de un recién nacido con malformación congénita, exceptuando aquellos casos que han sido diagnosticados ecográficamente durante el control prenatal. El labio y paladar hendido es una de estas dolorosas realidades, y aunque su frecuencia (1:650 hasta 1:1.250 nacimientos) es relativamente baja, el hecho de que sea una lesión que deforma la cara la hace impactante y traumática no sólo para los padres, sino también para aquellos que asisten a la madre y al niño en el momento del parto.

El pediatra, o el médico que esté haciendo las veces de pediatra en el parto, debe sobreponerse rápidamente a este impacto e iniciar inmediatamente una serie de funciones que son de suma importancia para el futuro de su paciente.

Inicialmente, incluso en la misma sala de partos si la madre está consciente, debe informarle del problema

con que nació su hijo, pero al mismo tiempo debe minimizar la angustia de ella explicándole las posibilidades del tratamiento quirúrgico y en general del tratamiento multidisciplinario con los benéficos resultados posteriores.

Más adelante debe reunirse con ambos padres, para reafirmar la información dada a la madre, y para dar apoyo a la pareja. Debe disminuir lo más posible la culpabilidad que muy frecuentemente sienten ambos progenitores, explicando las posibles causas —genética, por insecticidas, desnutrición, etc.— haciendo énfasis en que mucha de ellas se escapan completamente al control de cualquiera de los padres. Así mismo, debe estimularlos y animarlos para que no rechacen su hijo, sino que por el contrario, con un cuidado responsable y cariñoso por parte de ellos, ese niño pueda en poco tiempo vivir una vida normal.

Un aspecto de fundamental importancia en la primera reunión con los padres es el de la alimentación. Este tema se revisará más adelante, pero desde ahora queremos hacer énfasis en que es directa responsabilidad del médico velar por que la nutrición del paciente se haga adecuadamente, ya que es pilar básico para la prevención de complicaciones y para el éxito del tratamiento, principalmente del quirúrgico. Con la asistencia de la enfermera y ojalá de una nutricionista, el médico debe dar una adecuada docencia a los padres sobre las técnicas de alimentación y mantener un estricto control del estado nutricional del paciente.

Otro aspecto importante es el de la prevención de las infecciones, en especial las del tracto respiratorio superior e inferior. Los niños con labio y paladar hendido tienen problemas mecánicos con el aire que inspiran: al entrar éste, no es calentado por los cornetes, ni despojado de muchos contaminantes a nivel de las cilias y el mucus nasal, lo que hace que el número de infecciones respiratorias sea más frecuente en ellos. El médico debe enterar de esto a los padres, para que tomen los cuidados preventivos pertinentes y estén atentos a detectar sintomatología que pueda sugerir alguna infección respiratoria, con el fin de que consulten oportunamente y así evitar complicaciones. Dentro de este aspecto es importante mencionar que aunque los estados catarrales son frecuentes en estos niños, un episodio catarral no debe constituirse necesariamente en causa para suspender y aplazar alguno de los procedimientos quirúrgicos, si tal episodio no está acompañado de fiebre o indicios directos o indirectos de infección bacteriana concomitante.

El paciente con paladar hendido presenta también con frecuencia otitis media; las razones de ello y la conducta terapéutica se mencionan en el capítulo sobre otorrinolaringología. Pero aquí es importante resaltar que es también labor del pediatra el informar a los padres sobre las conductas preventivas y los síntomas de la otitis.

El pediatra debe constituirse entonces en el coordinador y supervisor de todas las conductas que se tomen con el niño: debe velar por que los padres cuiden bien del paciente y lo estimulen física y psicológicamente, y debe estar atento a que el niño reciba la atención oportuna por parte de los diferentes miembros del grupo multidisciplinario.

ALIMENTACION DE LOS NIÑOS CON LABIO Y PALADAR HENDIDO

Uno de los temas que más puede angustiar a los padres de familia y al médico que recibe a un recién nacido con labio y paladar hendido, es el *cómo* alimentarlo.

Hace algunos años, ante el temor de que hicieran broncoaspiración, se les pasaba sonda nasogástrica y se iniciaba así la alimentación.

Con el correr de los años se ha visto que tal medida, sólo debe efectuarse en casos extremos y que la mayoría de los niños pueden ser alimentados más naturalmente.

SENO MATERNO. Si para todo recién nacido se hace énfasis en que la alimentación materna es la mejor e indispensable para el buen progreso sicomotor y nutricional del niño, en el paciente que presenta este defecto del labio y paladar, la alimentación materna no sólo es la mejor, sino que es *salvadora* y puede evitar muchas dificultades.

El contorno del seno materno, en la boca del niño ocluye la fisura palatina y permite que el niño pueda succionar perfectamente, y deglutir con toda facilidad con lo que se evitan muchas *complicaciones* y podrá lograr un excelente aumento de peso y talla.

TETERO. Tres son las diferencias entre el chupo y el pezón materno:

- Longitud de uno y otro.
- El flujo de la corriente láctea.
- La zona que rodea al pezón.

Y teniendo en cuenta que estos tres factores son altamente significativos en la producción de hábitos deglutorios que repercutirán en el posterior desarrollo del habla, hay que tener especial cuidado al alimentar el niño con chupo.

El bebé se alimenta mejor estando casi sentado, el chupo no debe ser muy largo y el agujero debe ser de tal suerte que al voltear el tetero la leche no salga en chorro continuo, sino por gotas, de esta forma el bebé puede controlar la cantidad de líquido que tolera en la boca y junto con la saliva se inicia la predigestión para pasar así a la faringe; se contribuye así a un mejor desarrollo de la musculatura orofacial.

Por lo regular los niños afectados de labio y paladar que no están recibiendo el seno; toleran bien el chupo, pero si aún así hubiere dificultad habría que recurrir a la alimentación con una cucharilla y mucha paciencia.

De todas maneras debe recalarse que la alimentación debe proporcionar la cantidad, la calidad y la emoción adecuadas, es decir: una nutrición suficientemente balanceada para el bebé y una experiencia gratificante y placentera para la madre y sobre todo para el niño, tomándose el tiempo que fuere necesario y en un ambiente relajado y sereno.

En algunos países, como en Méjico, donde la incidencia de labio y paladar hendidos es alta, se fabrican placas para ocluir el paladar y evitar el reflujo de alimentos por la nariz. Estas placas hay que cambiarlas cada dos a tres meses, según el crecimiento del niño. Desde hace un año las estamos aplicando en Medellín.

Los pacientes alimentados al seno no requieren ninguna adición de otros nutrimentos hasta el sexto mes, con excepción de los prematuros a quienes hay que darles complementos de hierro y vitamínicos desde los ocho días de nacidos.

Hacia los cuatro meses se pueden iniciar las sopas de legumbres y carne, perfectamente licuadas y dadas con cucharita a los niños que no reciben el seno.

Poco a poco hay que ir aumentando la consistencia de estos alimentos hasta dárselos casi que en papilla a los siete u ocho meses, cuando ya aparecen los primeros dientes. Hacia el año debe estar recibiendo comidas blandas y masticando normalmente.

Como se ve no es tan angustiante la técnica alimentaria de estos niños y mientras mejor nutridos estén

soportarán con más facilidad las intervenciones quirúrgicas a las que tendrán que ser sometidos.

ALIMENTACION DEL PACIENTE POST-QUIRURGICO

A los niños recién intervenidos tanto de labio como de paladar se les dá dieta licuada por ocho días, empezando luego la dieta blanda.

A los niños que reciben seno, no se les suspende. No se les debe dar tetero en ocho días y se les debe suspender el chupo.

Después de cada ingesta se les da agua para enjuagar los restos alimenticios y evitar que se acumulen detritus, que serían el mejor cultivo para una infección.

Se les inmoviliza los antebrazos para que no se lleven la mano a la boca o al paladar con lo que podrían dañar la cirugía.

La incisión del labio debe lavarse tres veces diarias con aplicador y se le cubre con crema de garamicina.

ASISTENCIA DE ENFERMERIA

La labor de enfermería en el manejo del niño con labio y paladar hendido se cumple en todas las fases del tratamiento: pre, intra y postoperatorio.

A. Preoperatorio

Inicialmente, como parte del equipo de salud que interviene en la atención primaria, la enfermera debe colaborar en la detección de pacientes y estar presta a dar información general a los padres, haciendo énfasis en los beneficios de la atención precoz, estimulándolos a que consulten rápidamente.

Continúa su labor colaborando con el médico en la instrucción de los padres acerca de la alimentación del paciente, la cual, como se mencionó en el capítulo sobre la atención del pediatra, requiere de procedimientos y cuidados especiales. Pero el papel no se restringe a dar las indicaciones iniciales: la enfermera debe asegurarse periódicamente de que las instrucciones dadas se estén siguiendo adecuadamente. Esto es de suma importancia, porque vemos con frecuencia que la técnica alimenticia del niño falla, y esto lleva a desnutrición (leve, moderada, o severa en algunos casos) haciendo necesario aplazar el tratamiento

quirúrgico, o dificultando la recuperación después del mismo. Es también muy importante que la enfermera recuerde indicar a los padres que dos días antes del procedimiento quirúrgico deben alimentar al niño con gotero o cucharita, para acostumbrarlo al tipo de alimentación que recibirá en el postoperatorio.

Llegado el momento de la cirugía, debe participar el día anterior de la misma en la evaluación preoperatoria, dirigiendo especial atención a:

Inmunizaciones que esté cumpliendo o que haya completado el esquema de vacunación.

Exámenes prequirúrgicos: hemograma, citoquímico de orina, coprológico, pruebas de coagulación, etc.: asegurarse que hayan sido tomados y estén al día.

No antecedentes de enfermedad eruptiva en el mes anterior a la cirugía.

Preguntar al paciente o a los padres sobre sintomatología que sugiera infección oral o respiratoria.

De existir algún problema con cualquiera de los parámetros anotados, este debe ser informado al anestesiólogo y/o al cirujano.

B. Intraoperatorio

Además de las labores pertinentes a enfermería en cualquier procedimiento quirúrgico, la enfermera debe tomar parte muy activa en brindar apoyo al niño al ingresar al quirófano y especialmente durante la inducción anestésica.

Recordemos que el niño con labio y paladar hendido requiere varias operaciones, y por lo tanto es fundamental que el recuerdo de su primera intervención quirúrgica sea lo más agradable posible.

C. Postoperatorio

Además de las labores generales que tienen que ver con cualquier tipo de postoperatorio, se debe hacer énfasis en:

1. Recuperación

Vigilar signos vitales: observar si hay dificultad respiratoria, ya que el niño ha de ajustar su respiración a una vía aérea más pequeña.

Observar si hay hemorragia.

Mantener al paciente en decúbito lateral, o en decúbito ventral con la cabeza hacia un lado.

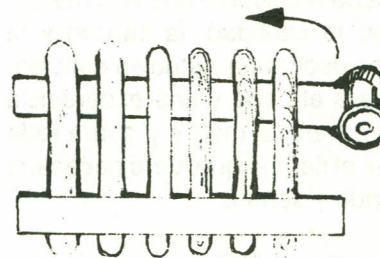
Aspirar cuidadosamente las secreciones.

Vigilar que el paciente mientras se está despertando no se lastime el área operada, y llevarlo a la sala de recuperación cuando esté bien despierto.

2. Hospitalización (normalmente de 24 horas).

Continuar vigilancia de signos vitales y hemorragia.

Inmovilizar ambos miembros superiores para evitar que el niño se lesione con las manos el área operada. En nuestra institución, logramos esto utilizando una "férula" hecha con bajalenguas y esparadrappo, como lo indica la figura N°. 19.



Inmovilización con esparadrappo y bajalenguas



Figura N°. 19

A veces puede llegar a ser necesario sedar al paciente para evitar que se haga daño.

Mantener al paciente en decúbito lateral.

Alimentación: cuando esté bien despierto debe dársele agua con azúcar y tres a cuatro horas después se le iniciará la leche. Se debe dar la comida con cucharita, evitando tocar la herida.

Aseo frecuente y cuidadoso de toda la línea de sutura para favorecer la cicatrización.

Lubricación de la herida con aceite mineral o crema antibiótica.

Antes de dar de alta al paciente, se debe informar a los padres que los puntos serán retirados en cinco a ocho días, y se les deben dar claramente las indicaciones para un adecuado cuidado del niño en el hogar.

3. Cuidados en el hogar

Las instrucciones dadas a los padres requieren que se den de manera práctica; no basta con decirles qué hay que hacer, es fundamental mostrarles cómo hacerlo.

Alimentación: debe hacerse con cucharita, por 15 días. No darle chupo ni tetero (este último puede reiniciarse después de que se hayan retirado los puntos y la herida haya sanado completamente, lo que ocurre en dos a tres semanas). El alimento se debe dar lentamente, para evitar la aerofagia ("tragar aire") y la regurgitación. Además para evitar la broncoaspiración, el niño debe ser sostenido en posición sentado, con la cabeza y tórax ligeramente hacia atrás.

Debido a que durante un período de 15 días el lactante no puede mamar, requerirá de mimos adicionales que le compensen en parte la privación afectiva que significa para él el destete temporal. No se debe suspender la leche. Se estimulará a la madre para que se extraiga y guarde la leche para administrarle al niño con la técnica adecuada.

Limpieza de la sutura inmediatamente después de comer y siempre que se acumule secreción. Después de cada alimentación, se deben hacer enjuagues de la boca con agua bicarbonatada. El aseo debe hacerse suavemente para evitar lesiones; es necesario atender a todas las suturas, inclusive la de la cara vestibular del labio. Aplicar luego pomada antibiótica.

Administrar antibióticos por ocho días.

Inmovilización de los brazos durante 15 días. Retirar los inmovilizadores cada cuatro horas, hacer masajes en los brazos y ponerlos en movimiento. Darle al niño juguetes que no quepan dentro de su boca, y evitar que se golpee.

Estar atentos a síntomas de infección respiratoria o de otitis media. Se debe cambiar frecuentemente de posición al niño para evitar la neumonía hipostática.

Sugerir a los padres que soliciten consejería genética.

Indicarles también cómo pueden estimular en el lactante mayor y en el infante el desarrollo del lenguaje, una vez que se retiren y reabsorban las suturas (estimular al niño a que pronuncie palabras que comiencen por p, b, f, y t), y cómo favorecer un adecuado ejercicio de los músculos de la cara, haciendo que el niño sople plumas o pelotas de ping-pong, y administrando alimentos que requieran masticación prolongada.

TRABAJO SOCIAL

Dentro del tratamiento multidisciplinario de un paciente con labio y paladar hendido está el abordaje de un problema tan importante y complejo como el orgánico y el psicológico: el trastorno social.

Aunque la deformidad de labio y paladar hendido se presenta con frecuencia importante en las clases sociales media y alta, la enfermedad es más frecuente en los estratos bajos, y es precisamente en una familia pobre donde es más traumático el nacimiento de un niño con esta malformación (y en general con cualquiera) por varias razones:

Los padres se sienten incapaces para responder a las exigencias económicas del tratamiento del niño.

Es en las clases humildes donde más arraigadas están las creencias mágico-religiosas acerca de la etiología de la enfermedad, v.g.: "Es un castigo de Dios por haberme burlado de un niño muy feo que ví cuando estaba embarazada", "Es un castigo de Dios porque soy madre soltera", "Mi vecina que es muy envidiosa me maldijo con un rezo".

La misma ignorancia sobre la etiología de la malformación hace que se presente muy frecuentemente la mutua culpabilidad entre los padres, generando graves conflictos que no en pocas ocasiones terminan en las rupturas de la pareja.

La vergüenza, el miedo a la burla —real o aparente— y a los "chismes" relacionados con los mitos sobre la deformidad, pueden ser causa de que la familia del paciente prefiera apartarse de la comunidad.

Es en las familias pobres donde coexisten con más frecuencia problemas tales como la desintegración familiar, la paternidad irresponsable, el alcoholismo, la desnutrición, la drogadicción.

La presencia de un niño con malformación congénita puede afectar otras esferas de la dinámica interna de la familia, indistintamente de la clase socioeconómica:

Los padres se ven afectados en su vida sexual, pues el temor a concebir otro hijo con defectos físicos los lleva a la abstinencia o a la relación sexual insatisfactoria.

La sobreprotección del niño enfermo hace que los diferentes miembros de la familia se sientan ignorados: el padre por su esposa, y los demás hijos por sus padres.

El trauma producido por el nacimiento del niño malformado puede hacer que se precipite una crisis previamente existente y latente, causando el colapso del grupo familiar.

Los hermanos pueden llegar a rechazar y a ser francamente hostiles contra el paciente, por ser el quien acapara la atención de la madre y/o del padre.

Todo lo anterior exige la asistencia del profesional de Trabajo Social, quien inicialmente elabora un diagnóstico mediante el estudio de los datos obtenidos en una entrevista con los padres o acudientes —en la que se incluye información sobre la composición familiar, vivienda, educación, valores, creencias y recreación—. Después de este diagnóstico, se plantean las alternativas de solución a los padres y al grupo interdisciplinario, para después colaborar con la familia en el cumplimiento de la mismas; posteriormente, mediante entrevistas periódicas, se evalúan los resultados.

La labor de la Trabajadora Social en el programa no se restringe a las actividades propias de su consultorio: colabora con los departamentos de Enfermería y Psicología en la realización de reuniones quincenales, encaminadas a que el paciente y cada uno de los miembros de su familia comprendan el proceso del programa y la importancia del papel que cada quien debe cumplir para el éxito del mismo. Se conforma así una tríada:



Debemos mencionar en este capítulo una actividad especial de nuestro Departamento de Trabajo Social, que es muy importante que los funcionarios de Salud a nivel rural conozcan para que puedan servirse de ella: muchos de los pacientes de nuestra institución vienen de áreas rurales alejadas, desde las cuales es sumamente difícil y costoso el transporte a Medellín. Por esta razón, se presentan varios problemas: los padres pueden no tener el dinero suficiente para traer al niño a la ciudad, incluso muchas veces se presenta el caso que no tienen siquiera el dinero para enviar al niño solo; el hospedaje de los padres en Medellín significa otra erogación; la dificultad para salir o entrar a la vereda donde residen hace que muchas veces sea preferible que el paciente permanezca largas temporadas en nuestra ciudad. Para tratar de solventar lo relacionado a los problemas anteriormente mencionados, la Trabajadora Social se encarga de colaborar para facilitar al máximo el transporte de los pacientes y los ubica en albergues dentro del área urbana.

ASISTENCIA PSICOLOGICA

Dad palabras al dolor; la desgracia que no habla, murmura en el fondo del corazón, que no puede más, hasta que le quiebra. (Shakespeare. Macbeth. Acto IV)

Para comprender lo que ocurre a nivel psicológico en un paciente con labio y paladar hendido, es necesario tener en cuenta los procesos y cambios que ocurren en el ambiente familiar desde que el niño nace y especialmente durante sus primeros años de vida, para ver cómo estas reacciones familiares afectan su desarrollo, crecimiento y maduración psicológicos.

El nacimiento de un hijo con labio y paladar hendido impacta a la madre desde el primer instante: se desvaloriza su función como compañera y procreadora; aparece una serie de ideas irracionales con respecto a la deformidad de su hijo, principalmente culpabilizantes de sí misma (en una serie de madres encuestadas, 90% respondieron como posible explicación a la malformación de su hijo "el haberme burlado de un niño que tenía el mismo problema"); se culpabiliza con este mismo tipo de ideas al padre (por "alcohólico" o "mujeriego") y a otros miembros de la comunidad (el "mal de ojo" o "rezo") —este tipo de ideas se presentan más frecuentemente en las familias de bajo estado socioeconómico—; en la madre se produce también miedo ante una imagen que no puede amar, ni reconocer como el producto de su embarazo, generando entre

otras reacciones, depresión, angustia, rabia, ansiedad y rechazo hacia el bebé.

Todos estos sentimientos iniciales de rechazo y culpa son reemplazados rápidamente por una conducta sobreprotectora que intenta eliminar y compensar la angustia que ellos mismos generan, haciendo que la madre se encierre con su hijo en una actitud de "coraza", para protegerlo de un medio que ella considera como amenazante.

Los efectos de esta situación en el niño se harán manifiestos especialmente en los siguientes aspectos:

Alteraciones de la imagen corporal

La imagen corporal es la representación mental del propio cuerpo; se adquiere, constituye y forma gracias al continuo contacto con el mundo. Está sujeta a cambios permanentes, los cuales guardan relación con la movilidad y las acciones del mundo externo.

Alteración del esquema corporal

Se refiere al cuerpo actual en el espacio con relación a la experiencia inmediata; es la forma como hemos asumido nuestra corporalidad y que nos permite comunicarnos de una manera especial con los otros. En un principio es igual para todos, y se va estructurando en cada persona de forma diferente, por medio del aprendizaje y la experiencia.

Baja autoestima

La autoestima o autoconcepto es un resumen completo de las múltiples percepciones individuales que los individuos tienen de sí mismos. Incluye juicios específicos y generales sobre el valor propio. Es el punto de partida para el desarrollo positivo de las relaciones humanas, del aprendizaje, de la creatividad y de la personalidad. Es sinónimo de capacidad para tener éxito. La autoestima es un sentimiento que surge de la sensación de satisfacción que experimenta el niño cuando en su vida se han dado las siguientes condiciones:

Vinculación : consecuencia de la satisfacción que obtiene el niño al establecer vínculos que son importantes para él y que los demás reconocen como importantes.

Singularidad : resultado del conocimiento y respeto que el niño siente por las cualidades o atributos que le hacen especial o diferente.

Poder : consecuencia de que el niño disponga de los medios, de las oportunidades y de la capacidad de modificar las diferentes circunstancias.

Pautas : establecen su escala de valores, objetivos, ideales y exigencias personales.

El cumplimiento de estas condiciones se ve muy comprometido en el niño con labio y paladar hendido, porque en su medio ambiente encuentra constantemente sobreprotección y al mismo tiempo rechazo, lo cual lo priva de experiencias nuevas; no desarrolla alternativas para enfrentarse con éxito a los diferentes problemas; experimenta miedo ante nuevas situaciones; no sabe si será objeto de curiosidad, y no cuenta con los elementos necesarios para sostenerla; además, la situación lo lleva a carecer de los procedimientos adecuados.

Como resultado de todo lo anterior aparece en el niño la frustración (definida como el hecho de privar a alguien de lo que es debido, o de lo que cree tener derecho a esperar y obtener). Se siente lesionado y experimenta el penoso sentimiento de la injusticia (siente que ha perdido lo que poseía, se ve excluido de tener lo que otros tienen y no logra el éxito ansiado). La frustración produce en el niño diferentes reacciones:

Vuelve a estados psicológicos menos avanzados.

Realiza acciones fijas y repetitivas; es incapaz de pasar de una conducta determinada a otras diferentes, de tal forma que sus repertorios de conducta no se incrementan.

Explota sus impedimentos.

Manifiesta conductas de retraimiento y aislamiento como forma de obtener atención del medio.

La frustración se manifiesta también en los padres que, como sus hijos, se sienten en desventaja con el medio y menos recompensados que los otros. Hay padres que permanecen pendientes de la dificultad de su hijo y se la recuerdan constantemente; otros siguen viendo en la malformación de su hijo una especie de maldición o castigo, abonando con esto sus sentimientos de culpabilidad y adoptando ideas fatalistas, resignación pasiva, desesperanza y actitudes defensivas. Algunos llegan a desarrollar una actitud francamente hostil hacia sus hijos, y otros, por el contrario, insisten en una excesiva solicitud y dependencia total que hará

del niño un ser todavía más rezagado respecto a sus posibilidades.

Se deduce de todo lo anterior que no se puede comprender al niño con dificultades, si no se le considera en relación con su grupo familiar y con las influencias que lo rodean, ya que son estos los factores con los que debe desarrollarse y ajustarse psicológicamente; en tal sentido se establece la terapia psicológica individual para darle seguridad al niño, calmar su ansiedad, y darle apoyo para aceptar sus limitaciones.

Pero antes de que el paciente y su familia puedan llegar al manejo por parte del psicólogo, la primera asistencia que pueda prestarles cualquier otro profesional de la salud frente a las diferentes situaciones antes planteadas es de mucha importancia.

¿Qué puede hacer? La mejor actitud que puede asumir es la de escuchar pacientemente. En otras palabras, es permitirle a los padres que hablen una y otra vez, aunque sean repeticiones, sobre todo lo que les aconteció, sobre lo que les suscita y recuerda el hecho traumático, en este caso el nacimiento de un niño deforme que a la vez los dejó sumidos en un estado de duelo. De esta manera se les ayuda a elaborar ese duelo, porque al igual que ocurre con los otros duelos, hasta que los padres no reconozcan qué fue lo que les pasó, qué problemas reales ha traído el nacimiento del niño, y qué fue lo que perdieron, etc., no podrán llegar a amar a su hijo con tranquilidad.

Para lograr esta escucha paciente, además de un poco de tiempo se requiere de ser un buen continente de las angustias de los padres. Es decir, ante la angustia no se debe responder con angustia también. La angustia que traen los padres no se debe tratar de callar, disimular, ni reprimir; sólo se debe tratar de enfrentar con serenidad y ello sólo se logra si el profesional es consecuente con su papel y con su persona. En otras palabras, si sabe ciertamente que su obligación no es componer lo que ya no se puede componer, ni que en sus manos está el impedir que los padres se sientan tan mal. Esto implica también el no asumirse omnipotentemente y reconocer cómo los niños malformados también nos producen angustia porque nos recuerdan a cada paso nuestra propia imperfección y desvalimiento.

La actitud más sana no sería tampoco una actitud de frialdad y distancia que tanto critican muchos padres, porque esta actitud es también muy defensiva; es no

querer saber nada porque nos duele. Lo ideal sería poder reconocer también lo que las malformaciones nos suscitan como personas y como profesionales con un encargo social determinado.

Escuchar también implica acallar nuestros prejuicios. Si éstos irrumpen callarán a los padres. Esto es, si una madre nos confiesa que desea que su hijo se muera, o "qué bueno darle un teterado de veneno", no debemos asustarnos o escandalizarnos y menos aún regañarla, porque de proceder así sólo estaríamos contribuyendo a culpabilizarla aún más.

Tampoco se le debe hablar a los padres sobre "interpretaciones psicológicas", como por ejemplo decirles que el pesar que sienten es realmente por la pérdida de un niño deseado, o que en ellos hay un deseo de muerte del niño, etc., porque con ello sólo se conseguiría confundirlos más o, en el mejor de los casos, contribuir a la racionalización de los sentimientos pero dejando intacta la carga afectiva debida al problema. Además, este tipo de interpretaciones sólo debe hacerse dentro de un contexto de escucha psicoanalítica.

Tampoco se debe contribuir a la negación que con frecuencia hacen los padres de la dimensión real del problema, diciéndoles que el niño va a quedar perfecto, porque esto no es exactamente real; pero de igual manera, y como es obvio, tampoco se debe influir de manera tal que los padres capten la dimensión de la situación más grave de lo que es. Hay que ayudarles a que le den su justo nivel.

También hay que recordar cómo muchas veces la atención a los niños se puede ver entorpecida debido a las innumerables e inesperadas demandas que nos pueden hacer los padres. Estos, debido al malestar que sienten y a que nos suponen poderes que no tenemos (debido a limitaciones técnicas y de otro tipo) nos hacen demandas que más parecen agresiones. Para ellos mismos ha sido como una agresión del destino el que sus hijos hubiesen nacido así, y por ello lo único que quiere es que se les pueda "rehacer" el niño, que es precisamente lo que no podemos hacer. A veces puede ser difícil no responder también con agresividad, pero en estas situaciones es bueno recordar que ellos no agreden por lo que seamos como personas, sino por lo que les representamos o por el lugar que ocupamos.

Es muy importante hacer ver a los padres que, salvo raras excepciones, el niño con labio y paladar hendido

conserva intacta su capacidad intelectual, y por ello nunca debe ser tratado como un retardado mental; tiene derecho a recibir la misma educación de un niño "normal" (ver capítulo sobre Educación y Escolaridad).

La labor que logre cumplir el no psicólogo de acuerdo con las anteriores consideraciones será muy importante, pero de todas maneras el paciente y su familia deberán ser remitidos al psicólogo tan pronto se pueda. La escucha de este profesional es diferente, aunque para él también es válido lo que se dijo anteriormente. El psicólogo va a enfrentar la ansiedad del entrevistado, tratando de comprender los factores específicos por los cuales aparece ésta. Va a centrar su atención sobre aquellos elementos del discurso que se escapan a su asimilación consciente, ya que cuando hablamos decimos una cosa y algo más. Este algo más es el que se propone captar el psicólogo, y es que lleva a la intelección de un saber que se escapa a la conciencia del sujeto y que constituye lo inconsciente o lo más cierto de las determinaciones del sujeto. Este saber puede develar, entre otras cosas, la posible relación patológica que hay con el síntoma orgánico del niño de acuerdo con la estructuración psíquica de los padres, de sus fantasías, vivencias y experiencias.

Como complemento a la terapia individual, también se ofrecen en la Clínica Noel otros programas asistenciales muy importantes para el paciente y la familia. Los describiremos en forma general:

Entrevista inicial con padres de niños con labio y paladar hendido

Se pretende posibilitar un lugar donde la madre pueda descargar todo el contenido de su agresividad, siendo escuchada, y sin que esta catársis marque situaciones de conflicto en su medio familiar.

Crecimiento y desarrollo

El desarrollo del niño obedece a cambios cuantitativos y cualitativos, que se dan a través de pequeños pasos en un proceso continuo e irreversible, que requiere, entre otras cosas, del estímulo y guía por parte de los padres. El programa promueve la adecuada participación de las madres en el desarrollo físico, social, intelectual y emocional de sus hijos.

Escuela de padres

La mayoría de los padres que acuden a nuestra consulta carecen, por razones socioeconómicas, de

una adecuada preparación, e ignoran muchos de los aspectos que se deben seguir en la formación y crianza de sus hijos. Esta situación se agrava cuando los padres se encuentran perturbados o afectados por la realidad de un conflicto como el de un hijo con labio y paladar hendido. En las reuniones de la Escuela de Padres, se fomentan formas adaptativas de comportamiento para enfrentar los problemas familiares, especialmente aquellos por la enfermedad del niño.

Preparación psicológica para la cirugía

El objetivo general es reducir la ansiedad de los niños y de sus padres frente a la cirugía, con el fin de evitar las implicaciones o efectos psicológicos negativos que un procedimiento quirúrgico y la hospitalización pueden acarrear en el paciente, tales como el aumento de dependencia, incremento de temores, perturbaciones en el sueño y la alimentación, enuresis, etc.

Preparación psicológica para odontología

Al igual que en el anterior programa, se busca disminuir las reacciones de ansiedad que pueden presentar los pacientes frente al tratamiento odontológico, lográndose la participación y colaboración del niño, fundamentales en esta parte del tratamiento.

INTERVENCION FONOAUDIOLOGICA

Un aspecto fundamental en el desarrollo social, emocional e intelectual del niño es el lenguaje, tanto en la esfera comprensiva como en la expresiva oral. Esta última especialmente, se ve de leve a severamente comprometida en los niños con fisura labio-palatina. Las alteraciones anatomofisiológicas que de ella se derivan influyen directamente en la funcionalidad de las estructuras orgánicas y mecanismos involucrados en la producción de los sonidos del lenguaje. Igualmente, de manera indirecta, van a incidir sobre el desarrollo de sus habilidades cognoscitivas, su equilibrio afectivo-emocional y en su madurez social. Todos ellos de vital importancia y sobre los que hay que prestar igual atención.

Las principales alteraciones del habla que se observan en estos niños son:

1. **HIPERRINOFONIA** o exceso de escape de aire por la nariz en el momento de hablar, haciendo resonar la cavidad nasal en mayor proporción que la cavidad oral. La voz se oye diferente y con intensidad dismi-

nuida; cuando habla, puede escucharse el soplo nasal, el predominio en el uso de los tres fonemas nasales /m, n, ñ/, con la distorsión, omisión o sustitución de los demás sonidos, por ejemplo, el querer decir "bomba" dicen /moma/; o dicen /mino/ en lugar de "pino".

Esta alteración es debida a la insuficiencia velofaríngea creada por la cortedad o malformación de las estructuras velares por su hipofunción muscular imposibilitando el cierre del esfínter velo-faríngeo con su consecuente pérdida de aire por la nariz.

Puede ocurrir el caso contrario: la ausencia o deficiencia de ventilación nasal o *HIPORRINOFONIA*, debida generalmente a algún tipo de obstrucción nasal ya sea por factores alérgicos, enfermedades del tracto respiratorio superior o malformaciones estructurales asociadas a la fisura labio-palatina congénita inicial. La calidad de voz será distorsionada (hablando como con "la nariz tapada") y los fonemas nasales /m, n, ñ/, serán sustituidos por sus similares en producción /b, d, y/. Por ejemplo: /bado/ por "mano"; /babá/ por mamá. En casos menos severos habrá distorsión y no sustitución de ellos.

Estas dificultades para manejar adecuadamente la entrada y salida del aire, no sólo alteran la resonancia y articulación de los fonemas, sino que lo llevan a adquirir un mecanismo respiratorio básicamente oral haciéndolo más vulnerable a contraer enfermedades en las vías respiratorias, muy frecuentes en ellos.

2. MULTIPLES DISLALIAS o alteraciones en la producción articulatoria de los sonidos del lenguaje. De acuerdo con el grado de compromiso de las estructuras orales que participan en dicha producción (labios, dientes, paladar, velo del paladar, lengua y nariz) pueden alterarse uno, varios o todos los fonemas.

Así, un labio superior fisurado o corto imposibilitará la unión bilabial y por lo tanto la producción adecuada de /p, b, m/. La ausencia de piezas dentales no permitirán los necesarios contactos linguo-dentales, distorsionando sonidos como /t, d, s, rr, f/. La zona alveolar y el paladar son igualmente puntos de apoyo para la lengua en la producción de los fonemas /n, l, s, r, rr, ch, ñ, y/, cuyas características sonoras dependerá del tipo de contacto linguo-palatal. Una malformación estructural en dichas zonas distorsionará o impedirá una pronunciación correcta. Por último, un velo corto, fisurado o con movilidad insuficiente no sólo permitirá la inadecuada salida del aire por la nariz, sino que impedirá la producción de los fonemas velares /k, g, j/.

Todas estas distorsiones se manifiestan en la expresión del niño con omisiones y sustituciones de unos fonemas por otros.

Ejemplos: Omisiones: /ása/ por "casa"
/ómáé/ por "tomate"
/ám-ána/ por "campana"

El sonido omitido es reemplazado por un ruido de golpe glótico.

Sustituciones: /nimón/ por "limón"
/japo/ por "sapo"
/moca/ por "boca"

Es importante anotar, que ante la dificultad que poseen para lograr una adecuada reproducción del sonido que escuchan, estos niños realizan movimientos compensatorios de lengua y labios básicamente, para obtener un sonido lo más parecido posible al original. Es así como una /b/ la producen uniendo labio inferior con dientes superiores; y una /n/ con la lengua en posición interdental o tocando con ella el labio superior.

3. Un tercer problema muy frecuente en casos de fisura palatina, es el *DEFICIT AUDITIVO* por patologías del oído a repetición (otitis media), que influyen de manera adversa en la adquisición de habilidades de discriminación auditiva, necesaria para la diferenciación entre los sonidos del lenguaje acústicamente similares como: /t-d/, /k-g/, /p-b/, /y-ch/. Estas dificultades se manifiestan inicialmente en la comprensión y expresión oral, y más tarde en el proceso de adquisición de la lecto-escritura: "El sonido que no identifican auditivamente no lo pueden escribir".

Los aspectos hasta ahora analizados se refieren al mecanismo de producción externa de los sonidos del lenguaje. Otro punto igualmente importante lo constituye el desarrollo de las habilidades cognitivas, lingüísticas y perceptuales. Lo primero es establecer que el niño con fisura labio-palatina posee una capacidad intelectual normal, a no ser que dicha patología se encuentre asociada con otro tipo de síndrome de origen cromosómico o haga parte de un retardo global del desarrollo. En caso contrario, y si se encuentra retardo en la adquisición de dichas habilidades, este será consecuencia directa del medio ambiente que le rodea, el cual es en la mayoría de los casos desfavorable por privación, déficit de estimulación, aislamiento o sobreprotección.

Tratamiento

El tratamiento fonoaudiológico está encaminado a prevenir y corregir las alteraciones de los mecanismos fonatorio, respiratorio y articulatorio presentes en la expresión oral del niño. Así como a proporcionar la estimulación necesaria para el desarrollo cognoscitivo, lingüístico y perceptual. Se trabajan entonces, básicamente los siguientes aspectos:

Estimulación para el desarrollo del lenguaje.

Masajes sobre el velo palatino y labios para activar la acción de la musculatura.

Ejercicios musculares de labios, lengua, maxilar y velo palatino con el fin de incrementar su movilidad, control y fuerza.

Reeducación respiratoria, para lograr un manejo adecuado de las cualidades de la voz y del aire durante la fonación.

Entrenamiento en discriminación auditiva.

Reeducación de los patrones articulatorios correctos.

Corrección de malos hábitos articulatorios y respiratorios, así como supresión de movimientos faciales asociados.

Corrección de alteración en el aprendizaje de la lecto-escritura.

Educación a los padres de familia referente al tipo de dificultades en el lenguaje que presenta su hijo, el proceso de tratamiento la manera en que debe participar en él.

Es importante recalcar la iniciación temprana de la intervención fonoaudiológica, porque de ello no sólo dependerá la funcionalidad de los tratamientos quirúrgicos, sino su futura adaptación familiar, social y escolar.

ODONTOLOGIA

El tratamiento odontológico de los pacientes con labio y paladar hendido está orientado fundamentalmente a lograr un arco superior de tamaño y forma adecuados para establecer una relación óptima con el arco inferior.

Atención inicial

El manejo adecuado comienza con la atención del paciente lo más tempranamente posible, y en esto tiene un papel muy importante el odontólogo que vea por primera vez al niño (en nuestro caso, dado que la mayoría de pacientes son de área rural, es el odontólogo que esté cumpliendo el Servicio Social Obligatorio el primero en atender al paciente) será el encargado de hacer el manejo inicial y de dar una adecuada información a la familia sobre el futuro odontológico del niño. Las conductas iniciales que sugerimos se describen de manera general a continuación.

A. Paciente menor de un año

Fabricar un obturador basado en una impresión tomada con Perm-lastic, colocando al paciente boca abajo.

B. Paciente de uno a tres años

Efectuar medidas preventivas sobre las medidas de higiene oral

Topicación con flúor

C. Paciente mayor de tres años

Efectuar las medidas preventivas y curativas necesarias:

Topicación con flúor

Sellantes de fosas y fisuras

Obturación con amalgamas o coronas

Desfocación de restos radiculares

Por lo demás, el paciente con labio y paladar hendido puede y debe ser tratado odontológicamente como un paciente normal.

Tan pronto se pueda y el odontólogo considere oportuno, el niño debe ser remitido a la Clínica Noel (o entidad similar) para que reciba el tratamiento odontológico especializado que requiera.

Atención especializada

Se lleva a cabo en coordinación con los demás miembros del grupo multidisciplinario, especialmente

con el cirujano plástico. El manejo lógicamente dependerá de la edad del paciente y de la forma en que se presenta su malformación.

A. Recién nacido con presencia de premaxilia flotante

1. Posible ortopedia prequirúrgica generalmente orientada a retraer la premaxilia flotante en pacientes de hendidura bilateral de labio y paladar; para ello se emplea una reata, a manera de cincha, apoyada sobre la premaxilia y anclada en la cabeza del niño ("Gorro de Reata"). (Fig. N° 20).

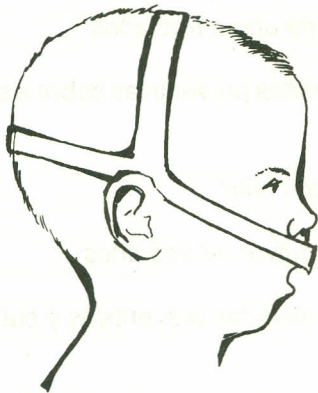


Figura N° 20

2. En algunos pacientes se puede colocar obturador de acrílico para facilitar la alimentación.

B. Pacientes con dentición decidua (uno a seis años).

Se dirige la atención principalmente hacia la prevención, interceptación, y rehabilitación desde el punto de vista de las estructuras dentarias, lo mismo que al manejo de la maloclusión.

Estos pacientes generalmente presentan anomalías dentarias en el número, hipoplasias, hipocalcificaciones, anomalías de erupción, de posición o de alineamiento dental, colapso uni o bilateral de segmentos bucales superiores, y falta de desarrollo vertical de los sectores correspondientes a la fisura. Esta serie de

alteraciones lleva al desarrollo de relaciones interóseas disarmónicas, además de retronatismo bimaxilar o superior que se va haciendo progresivo.

Medidas preventivas

A. Fomento de la higiene oral:

- Control de azúcares
- Enseñanza del cepillado
- Fisioterapia oral

B. Topicación con flúor

C. Sellantes en fosas y fisuras

ANESTESIA

El paciente con labio y paladar hendido representa un reto para el manejo anestésico, por varias razones: la deformidad afecta la vía aérea superior, y puede constituir un inconveniente para la intubación; el sitio de trabajo del cirujano hace necesario que el anestesiólogo trabaje alejado de la cabeza del paciente, dificultando por ejemplo el mantenimiento y la verificación de la adecuada intubación; la manipulación constante de la zona orofaríngea y el movimiento consiguiente del tubo endotraqueal pueden generar reflejos autónomos con repercusiones cardíacas, además de extubación accidental.

A. Diferencias anatómicas e implicaciones

Es conveniente recordar inicialmente las diferencias anatómicas del niño con el adulto que influyen en los procedimientos anestésicos; la cabeza es relativamente más grande y el cuello es corto, la lengua es más grande, los orificios nasales son más estrechos—lo que hace que se obstruyan más fácilmente, y debemos recordar que la obstrucción nasal en el niño puede significar obstrucción respiratoria, ya que los niños son respiradores nasales—; la laringe en el niño es más cefálica y anterior, la epiglotis es más larga y rígida, y la tráquea es corta (esto último aumenta el riesgo de intubación monobronquial).

B. Evaluación preanestésica

Se debe evaluar el estado clínico del paciente, haciendo énfasis en el desarrollo general, estado nutricional, cardiovascular, vía aérea superior y función respiratoria; y como en toda evaluación preanestésica,

se deben tener muy en cuenta los antecedentes del paciente, especialmente los anestésicos.

Es muy importante durante esta evaluación estar atentos a síntomas o signos que sugieran infección respiratoria, pues este tipo de problemas es mucho más frecuente en niños con labio paladar hendido. Durante el examen físico, es también importante hacer un cuidadoso examen de la cavidad orofaríngea, para ir previendo las posibles dificultades técnicas que se puedan presentar en la intubación.

En cuanto a la premedicación, no existen diferencias importantes con la de otros niños, pero sí se recomienda el uso de atropina para secar las secreciones, además de los ansiolíticos de uso común. Es importante hacer notar que en estos pacientes la premedicación debe administrarse en forma parenteral, por la dificultad para la deglución que pueden presentar. Las dosis recomendadas son:

Hidrato de cloral	50.00	mg/kg	oral
Diazepam	0.10 - 0.20	mg/kg	I.M.
Dormicum	0.02 - 0.03	mg/kg	I.M.
Atropina	0.01 - 0.02	mg/kg	I.M.

C. Manejo Transoperatorio

Se debe tener una temperatura adecuada en la sala de cirugía, pues el paciente pediátrico es muy lábil a la hipotermia y esto puede precipitar estados de acidosis.

Como en todo procedimiento anestésico, es muy importante la revisión del equipo, incluyendo tensiómetro y estetoscopio infantiles.

La inducción anestésica se puede realizar, si se tiene una vena canalizada, con los inductores de acción corta como Tiopental (5-7 mg/kg), Etomidato (0.2 mg/kg), Dormicum (0.03 mg/kg); en caso de que no exista la vena canalizada, lo usual es la inducción por gravedad con óxido nitroso 66%, oxígeno 33% y el agente inhalatorio de acuerdo con las preferencias y conocimientos del anestesiólogo. Una vez se encuentre el paciente en un plano anestésico profundo se procede a canalizar la vena.

La intubación endotraqueal puede ser difícil en estos pacientes, por lo que sigue siendo controversial el uso de relajantes musculares de tipo despolarizante (suc-

cinilcolina 1-2 mg/kg) o intubar el paciente mediante profundidad anestésica. En caso necesario puede ser útil colocar un rollo de gasa o algodón en la brecha del paladar mientras se pasa el tubo a la tráquea.

Después de revisar que la intubación ha sido correcta, se procede a fijar el tubo. Se recomienda hacerlo pasando un punto de hilo por el frenillo labial inferior, tomando periostio para evitar que se desgarre la mucosa. La fijación del tubo a la lengua es desaconsejable, pues puede producir más dolor y sangrado en el postoperatorio.

Se presenta intensa discusión con respecto al uso de la torunda de algodón o gasa en la retrofaringe; los que la defienden afirman que se evita la deglución de sangre y secreciones previniendo su aspiración en caso de vómito durante la extubación o en el postoperatorio inmediato; los que la atacan afirman que se pueden presentar laceraciones de la mucosa, con la posibilidad de edema y sangrado secundarios. En lo que sí están de acuerdo es en el uso del tubo endotraqueal lo más ajustado posible al diámetro de la tráquea del paciente.

El sostenimiento de la anestesia se hace igual que con el paciente normal. La vigilancia se hace como mínimo con un fonoendoscopio precordial y un tensiómetro en el brazo más cercano al anestesiólogo. Muy importante es el acucioso cuidado de la vía aérea, ya que se presenta con alguna frecuencia la extubación accidental, lo que acarrea serias complicaciones para la reintubación, por el sangrado y secreciones presentes en la orofaringe.

Una vez terminado el procedimiento, inicialmente se debe aspirar la cavidad y se retira el tapón faríngeo. Se practica entonces laringoscopia, para descartar la posibilidad de sangrado postquirúrgico (principal causa de laringoespasma durante la recuperación). Es también controvertido el momento de la extubación. Se recomienda que si la intubación fue difícil, se retire el tubo sólo cuando el paciente esté despierto; si no hubo problema con el manejo de la vía aérea, se puede retirar el tubo con el paciente dormido. Después de extubado, se coloca con cuidado la cánula de Guedell para permeabilizar la vía aérea mientras el paciente se encuentra en condiciones de sostenerla solo.

En algunos casos se recomienda la sedación con benzodiazepinas para evitar que el paciente, con la lengua, se lastime la cirugía.

La analgesia postoperatoria se ordena igual a lo recomendado para cualquier paciente pediátrico.

D. Complicaciones

A veces se hace difícil la vigilancia de los pacientes, pues el cirujano trabaja sobre la cabeza del paciente. Se debe tener un especial cuidado de la integridad de la vía aérea.

Durante el transoperatorio, se puede presentar:

Sangrado excesivo: si se presenta una pérdida mayor del 10% del volumen total circulatorio, se debe reemplazar con sangre fresca total; pérdidas menores se pueden reemplazar con Hartmann en proporción de 3: 1.

Extubación accidental: detener el procedimiento, rectificar la intubación.

Hipotermia: usar los colchones térmicos, o en su defecto bolsas de agua caliente, cuidando de no producir quemaduras.

En recuperación, puede ocurrir principalmente obstrucción de la vía aérea, depresión respiratoria, o sangrado. El personal debe estar especialmente atento a la presentación de cualquiera de estos sucesos, para avisar al médico.

Si se hace necesario reintervenir al paciente por sangrado, se recomienda hacer la inducción anestésica (intravenosa o por gravedad) con el niño en decúbito lateral y con ligero Trendelenburg para evitar que las secreciones obstruyan la vía aérea; la relajación muscular es igual a la realizada inicialmente; la intubación en decúbito supino, aspirando las secreciones.

EDUCACION Y ESCOLARIDAD

En el capítulo sobre embriología, se vió claramente cómo el cerebro quedaba perfectamente aislado, protegido, independiente de las alteraciones que acontecían en la formación de los procesos maxilares y mandibulares del niño con labio y paladar hendido. Además, sabemos que esta malformación por sí misma no constituye factor de riesgo para que ocurra anoxia o hipoxia perinatal *. Por tanto, a excepción de

* Hipoxia perinatal: falta de aporte adecuado de oxígeno a los tejidos del organismo antes, durante y después del parto. Esto afecta particularmente al cerebro, el cual puede sufrir la alteración o pérdida irreversible de algunas de sus funciones (como sucede en la "parálisis cerebral").

aquellos pacientes con síndrome como el de *Taybi* que se asocia también a déficit mental, el niño con labio y paladar hendido tiene un cerebro tan normal orgánica y funcionalmente como el de cualquier otro niño sano: puede y debe ser educado como cualquiera de los otros niños de la casa, minimizando su defecto, evitando el compararlo o humillarlo, y dejándolo crecer libremente sin sobreprotegerlo.

Con el tratamiento quirúrgico y fonoaudiológico el paciente logra una adecuada articulación del lenguaje, y puede entonces vincularse a la escuela en igualdad de condiciones con sus compañeros. Desde hace algunos años se ha pretendido que los niños con labio y paladar hendido sean remitidos a escuelas especiales. Actualmente se sabe que con esto es mayor el daño que se les hace, que el bien que se pretendía obtener. Si tenemos en cuenta que el niño aprende por imitación e identificación con las personas que le rodean, ¿cómo se puede esperar que el paciente desarrolle adecuadamente su lenguaje, si se encuentra rodeado de niños con problemas mayores como retardo mental, dislexia, dislalia, etc.?

Debe por tanto ser aceptado en los centros educativos para niños "normales", donde oyendo hablar correctamente, viendo cómo se producen los sonidos y con la paciente ayuda del maestro-educador irá progresando no sólo en su lenguaje, sino en todos los conocimientos impartidos a los demás estudiantes. El verdadero educador debe buscar la asesoría de la fonoaudióloga que esté tratando a su alumno, o, en su defecto, solicitar la ayuda de un profesional idóneo, para colaborar de la mejor manera posible en el progreso del lenguaje del niño.

El maestro debe estar atento no sólo al problema del lenguaje, sino también, muy importante, al bienestar psicológico del niño. Estudios realizados tanto en nuestra institución como también en otras entidades internacionales dedicadas al tratamiento de niños con labio y paladar hendido, demuestran que estos niños tienen un pobre autoconcepto **, lo que se manifiesta de manera particular en la vida escolar, con baja rea-

** Autoconcepto: es un resumen complejo de las múltiples percepciones individuales que las personas tienen de sí mismas. Incluye: juicios específicos y generales sobre el valor propio, evaluación personal de las capacidades, internalización de otras reacciones hacia uno mismo y la conducta. El autoconcepto juega un papel crítico en un ajuste apropiado. Provee un armazón para instaurar la meta personal, tiene significado en la conducta social y es elemento crucial en la satisfacción y felicidad personal.

lización académica, falta de iniciativa, infelicidad y malas relaciones sociales. Así como en el problema del lenguaje, el maestro debe asesorarse adecuadamente de un psicólogo, para no caer en la frecuente costumbre de algunos educadores e incluso de los padres de exigirle menos al niño, sino para ayudarlo a su alumno a trascender de la mejor manera posible esta situación y explotar su potencial.

El niño con labio y paladar hendido no es un minusválido, es una persona que merece respeto y apoyo, que tiene derecho a que se le brinden las mismas oportunidades educativas que al resto de sus coetáneos. Podríamos hacer un extenso listado de médicos, políticos, abogados, artistas, escritores y locutores que

están dando lustre a nuestra sociedad y a quienes se les prestó ayuda en sus momentos difíciles con cirugías múltiples de labio y paladar, terapia de lenguaje, apoyo psicológico familiar y social, etc., para poder llegar ser a lo que ahora son.

Qué papel tan importante el del maestro-educador, dedicarse con paciencia y sacrificio para que el niño en este tratamiento pueda equipararse a los demás niños y lograr un desarrollo armónico físico, intelectual y psicológico, de tal suerte que más adelante pueda vincularse a los estudios universitarios o tecnológicos, formando parte activa de la fuerza productiva de un país. ¿Podrá haber mejor recompensa a tantos esfuerzos y tantos sacrificios?

Vida de la Academia

Informe de labores

Informe de labores de la Academia de Medicina de Medellín durante el año de 1.989, presentado por el Dr. Rodrigo Londoño Londoño, Presidente de la Corporación y los demás compañeros de la Mesa Directiva:

Honorables Académicos:

En nombre de mis compañeros de junta y en el mío propio, quiero de nuevo renovarles nuestros sinceros agradecimientos por la honorífica oportunidad que nos han brindado de regir los destinos de esta Augusta Academia, durante el año pasado de 1.989. Este hecho además de que nos ennoblece nos ha concedido ser partícipes de un capítulo más de la vida de la medicina antioqueña. La labor realizada ha sido el fruto del esfuerzo unificado de cada uno de nosotros con todos los honorables académicos y con cada una de las diferentes comisiones nombradas para diversos fines, que siempre estuvieron atentos a la solución de los variados problemas y a la realización de las metas que nos propusieron llevar durante el período.

Fueron muchos los temas científicos, éticos y materiales, de los que la Academia se ocupó, teniendo el cuidado de analizarlos en forma minuciosa, hasta lograr llegar a tener conclusiones claras y diáfanas que nos permitan crear doctrinas y formas de comportamiento para el futuro.

Quiero referirme en primer lugar al tema del sigilo médico. Después de una conferencia dictada por el Académico Ramón Córdoba Palacio, el 29 de Marzo, se llegó a la conclusión de que el secreto médico no está siendo cumplido como debe ser, debido a diferentes motivos. El médico ha dejado en parte su consulta privada, para dar paso a nuevas modalidades de prestación de servicios de salud pública y una pseudo socialización de la medicina, que han cambiado sustancialmente la forma del ejercicio de la medicina. El médico se ha convertido en un empleado de estos sistemas o de instituciones privadas que le obligan a trabajar en grupo y que por lo tanto han hecho que el secreto médico sea del grupo. Las historias clínicas son manejadas por muchas personas y guardadas en

sitios de fácil acceso permitiendo su lectura y el enterarse rápidamente de los diagnósticos. Los pacientes son vistos por muchos médicos en cortos períodos de tiempo que impiden se establezca una buena relación médico paciente evitando que estos lleguen a tener suficiente confianza para tratar sus problemas íntimos relacionados o no con la enfermedad. Pero cuando se logra la empatía, la consignación de los secretos en las historias trae en realidad problemas que atentan contra su conservación confidencial. La Academia envió una comunicación al respecto a todas las entidades que tienen que ver con el problema, y sus sugerencias fueron muy bien recibidas por todas las directivas de clínicas y servicios asistenciales, con comentarios ampliamente favorables en especial los recibidos del Director del Hospital Mental de Antioquia que se refirió en especial a la reserva profesional en el ejercicio de la siquiatria. Se condenó igualmente la actuación de los medios de comunicación que descubren los secretos médicos y los divulgan en la prensa o en los noticieros o en revistas, a veces con el nombre y hasta el retrato de los pacientes. Otras veces son ellos los que piden los premios por actuaciones de los médicos quitándole esta prerrogativa a las asociaciones científicas.

La preservación de la ética médica fue discutida varias veces. El 4 de agosto se hizo un foro sobre el uso y abuso de la Cesárea, moderado por el Académico Jaime Botero Uribe y en el que participaron los Dres. Germán Ochoa Mejía, Alfonso Jubiz Hasbun y Rafael Manotas Cabarcas.

Después de un estudio concienzudo de la situación se llegó a la conclusión de que se hacen muchas cesáreas por complacencia con las pacientes y por conveniencia de los médicos obstetras. La Academia se pronunció en tal sentido y en respuesta a las cartas enviadas a las instituciones que tienen que ver con el problema, como las facultades de Medicina, la Sociedad de Ginecología y Obstetricia y las diferentes clínicas, se recibió un amplio respaldo y conceptos que reafirmaron la posición de la Academia y la refuerzan. El jefe del departamento de obstetricia de la Universidad de Antioquia, Dr. Carlos E. Escobar Gaviria expre-

só: "permite a modo de reflexión, preguntarse ¿si en la realidad no existen dos obstetricias?; una, la practicada en entidades similares a la nuestra, donde se practica una medicina donde prima el sentido académico y clínico y la otra, efectuada en las entidades particulares, sobre la personas pudientes, donde otros factores, diferentes al eminentemente clínico, poseen igual o mayor valor que éste"... "este fenómeno no es exclusivo de la gineco - obstetricia; yo diría que es común a muchas ramas del saber médico".

La ética de la atención y la estancia en las salas de cuidados intensivos fue analizada en otra mesa redonda moderada por el académico Dr. Tiberio Alvarez E., con participación de los Dres. Alvaro Porras M., María Eugenia Gómez P. y Gustavo Restrepo M. Los cuidados intensivos siguen creando grandes interrogantes respecto a la conservación de la vida de los pacientes terminales y de los recuperables, que han modificado por completo la filosofía de la muerte ante los avances de las posibilidades de los trasplantes y de los injertos y de la hora de desintubación pulmonar de los pacientes, ante un trato catalogado como inhumano durante la estadía en las salas de monitoreo.

Estos hechos y todas la variantes de posibilidades que pueden aparecer, han dado origen en todo el mundo a un movimiento bio-ético, que cada día cobra más importancia en el ejercicio de la medicina.

Para satisfacer las dudas que al respecto se plantean y para conocer más de esta nueva ciencia, la Academia invitó al Padre Alfonso Llano Escobar, sacerdote Jesuíta, a dictar la conferencia de fondo en la sesión solemne de Aniversario del día 6 de septiembre. En esta misma sesión la Academia hizo entrega del Premio "Manuel Uribe Angel" a los mejores estudiantes de cada una de las tres facultades de Medicina de la ciudad así:

Universidad de Antioquia: Dr. Francisco Gómez Correa.

Universidad Pontificia Bolivariana: Dr. Jorge Iván Cañas Palacio.

Instituto de Ciencias de la Salud CES: Dr. Jorge Andrés Soto Jiménez.

Si las academias deben velar por el ejercicio ético y moral de la profesión, también tienen que estar alertas a defender al médico que se comporte correcta y científicamente bien. En el monetarizado mundo actual, ha aparecido el deseo de explotar y abusar del médico.

La modalidad de buscar una mala práctica en las actuaciones del galeno, todos los días tiene más auge. Se busca la actuación ambivalente en la que un resultado se obtiene por diferentes vías, que favorecen siempre al enfermo, las ambigüedades en la redacción de las historias o en la escritura de órdenes de laboratorio, para demandar al médico porque sí o porque no, para obligarle a pagar indemnizaciones económicas aunque las actuaciones esten ceñidas a la ética y al proceder científico. Ante un fallo del Honorable Tribunal Superior de Antioquia, considerado por la Academia como desacatado, se emitió un acuerdo en el que se alertó a todos los estamentos de la sociedad sobre lo peligroso de estas tácticas persecutorias que atentan contra la libertad que tienen los médicos de escoger en el momento de actuar la conducta más apropiada para la realización de los exámenes y procedimientos en bien del enfermo.

El 4 de octubre se hizo al respecto una mesa redonda sobre la responsabilidad civil y penal del médico, moderada por el académico Augusto Giraldo G., en la que intervinieron los abogados Dres. Mario Salazar M. y José Fernando Ramírez Gómez, magistrados del Honorable Tribunal Superior de Medellín. Se concluyó que el médico se expone a ser sancionado civilmente cuando en su ejercicio no se comporta como se comportaría un médico prudente y diligente, y esto es lo que el juez tiene que probar mediante testimonios e inspecciones por peritos. Penalmente, culpa es la violación del cuidado necesario en las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se actúa frente a actividades peligrosas. El médico debe prever y evitar el riesgo siempre que este sea posible y evitable. Nunca el médico tiene dolo.

Son tantos los factores que inciden sobre la vida del médico que a veces es casi imposible descubrir a los impostores. Una persona que se hizo pasar por médico, falsificando documentos, llegó hasta pertenecer a esta Academia como asociado. Fue así como por decisión unánime de esta corporación en sesión extraordinaria del 29 de marzo, por primera vez en un siglo, fue expulsado de su seno el ciudadano Daniel Mejía Jaramillo, anunciando su situación a todas las Academias, Facultades de Medicina y Servicios de Salud del país. La pseudo socialización de la salud la ha convertido en muchas ocasiones en una prestación política y varios médicos ya son fanáticos.

La comunidad obtiene un deterioro en la calidad de los servicios y el médico puede pensar más en la

obtención de influencias que en la preparación científica y moral para obtener una vinculación laboral en las diferentes instituciones empleadoras y a veces hasta para la presentación a concursos y posiciones académicas. Este hecho fue condenado y denunciado por la Academia como el más violatorio de la dignidad de la profesión médica y del derecho que la sociedad tiene de recibir una adecuada atención en la salud. Así se le hizo saber al Sr. Presidente de la República, a sus Ministros de Salud y de Trabajo y Seguridad Social, a las autoridades médicas seccionales y municipales, a las Academias, a las Facultades de Medicina, a los Colegios médicos del país lo mismo que a la sociedad. Muchas fueron las manifestaciones de respaldo. El Colegio Médico del Norte de Santander al solidarizarse con la Academia dice que "es seguro, que nunca antes el atropello, la barbarie y el desprecio por la vida humana, la falta de honradez y la pérdida de temor de Dios y a las sanas costumbres, llegaron a tan bajo nivel" en nuestro país.

En el aspecto puramente científico la Academia se ocupó de revisar temas de gran actualidad. Las lesiones producidas por los retrovirus y su patología fueron ampliamente discutidas por los académicos.

Los retrovirus descubiertos por primera vez en 1.908 por Ellerman y Banga han ido cobrando relieve importancia por las lesiones que en el hombre producen los cuatro virus que le pueden atacar. El HTLV-I; HTLV-II; VIH-1 y VIH-2. Los dos primeros producen enfermedades linfoproliferativas y los dos últimos destrucción del linfocito. El académico Carlos Jaramillo Tobón hizo una magnífica presentación sobre los aspectos estructurales y epidemiológicos dejando muy en claro la transmisión sexual y parenteral por sangre mediante las prácticas sexuales antihigiénicas, las conductas sexuales aberrantes y las inyecciones de los drogadictos. El académico Alberto Echavarría Restrepo explicó el mecanismo de las enfermedades linfoproliferativas con estudios muy detallados sobre las diferentes clases de leucemias y sobre la paraparesia espástica del Pacífico producida por el virus HTLV-III y sobre los carcinomas, linfomas y tumor de Kaposi producidos por el virus HTLV-III también con transmisión sexual.

El Dr. Jairo Mesa Cock presentó las manifestaciones cutáneas del Sida en una ilustrativa conferencia que permitió dejar agotado el tema de los retrovirus.

Los académicos Gabriel Toro González y Darío Córdoba Palacio, se ocuparon del estudio de la pato-

logía y contaminación ambiental otro de los grandes problemas del mundo industrializado. Los plaguicidas y los fumicidas producen cada día más lesiones teratogénicas, nerviosas y sistémicas que requieren que su uso sea cada vez más controlado. La contaminación de las aguas por el mercurio y la ingesta de los peces intoxicados es un grave problema de salud pública que la Academia también denunció ante las autoridades de sanidad habiendo recibido favorables comentarios en la prensa nacional.

La mesa redonda sobre labio y paladar hendidos moderada por el Académico J. Mario Castrillón M. y en la que participaron los Dres. Alberto Kurzer Chall, Gustavo Jaillier A. y Luis Fernando Villegas U., reveló la importancia que tienen los trabajos multidisciplinarios y puso de manifiesto el adelanto que tiene la cirugía plástica en nuestro medio en especial en los servicios del Hospital de San Vicente de Paúl y de la Clínica Noel de Medellín.

Otros trabajos de gran interés fueron los presentados en las siguientes sesiones:

Febrero 22, Diabetes Pancreática Tropical por el Dr. Pablo Robles Vergara. Marzo 8, La Leishmaniasis cutánea en la cuenca del Mediterráneo, por el Dr. Iván Darío Vélez Bernal.

Mayo 24, Valor diagnóstico de la Radiografía Panorámica, por el Odontólogo Dr. José Vicente Vallejo Ochoa.

El 20 de septiembre hizo su ingreso a la Academia como miembro correspondiente, el Dr. Jorge Vasco Posada quien presentó un trabajo titulado "Pterigio: Cirugía y quimioterapia" en el cual demostró en 600 casos operados, que la aplicación del antimetabolito 5-fluorouracilo y de la Triamcinolona produce una curación del 100% tanto en los pterigos primarios como en los recidivados.

Como un descanso cultural para finalizar el primer semestre, el 7 de junio el Dr. Alberto Betancur Arango hizo una exposición lingüística sobre el "Análisis intratextual de las expresiones latinas en El Nombre de la Rosa" y para finalizar el año, el 29 de noviembre, el académico Dr. Jorge Franco Vélez nos deleitó con un fragmento de su libro en preparación "Recuerdos Médicos".

En el año tuvimos que lamentar la sensible desaparición del académico honorario, expresidente de la

Institución, Dr. Gabriel Marín Giraldo, quien fuera uno de los primeros médicos locales dedicado a la especialización de la otorrinolaringología. La Academia le rindió un homenaje de gratitud el 1º. de noviembre cuando fue colocado el óleo de su persona, en la galería de Académicos muertos, con una semblanza de su vida. Pronunciada por el Académico Jorge Vasco.

El 15 de noviembre, en unión con la Sociedad Antioqueña de Cardiología y de la Clínica Cardiovascular de Medellín, después de la celebración de la Santa Eucaristía oficiada por el Jesuíta Darío Arango, se descubrió el óleo recordatorio de la memoria del académico Antonio Escobar Escobar fallecido el 2 de enero de 1.989. El académico Dr. Alfredo Naranjo Villegas resaltó sus cualidades humanas y médicas y su positiva intervención en la creación de la especialidad de cardiología en nuestro medio así como en la fundación de la Sociedad Antioqueña de Cardiología.

Termina este período la corporación compuesta por 41 miembros honorarios; 26 miembros de número, 12 correspondientes y 6 asociados.

Gracias a la gran dedicación y empeño de los Dres. Ramón Córdoba Palacio y Efraím Upegui Acevedo editores de la revista Anales de la Academia de Medicina, se pudo cumplir con el tiraje de los tres números programados para el año de 1.989. La presentación, calidad del material y de los trabajos publicados, ha hecho que la Academia reciba la felicitación sincera de muchos médicos. A los editores así como al consejo de redacción, les renovamos nuestros más reconocidos agradecimientos. Igual reconocimiento para el Fondo para la Educación Superior, FES, y para la Corporación de Estudios Médicos, CEM, que han continuado estimulándonos con su apoyo económico.

En el aspecto económico la Academia pasó por un año de suma pobreza. Gracias a la magnífica colaboración de cada uno de todos los honorables académicos, este estado se pudo solventar y como lo podrán apreciar en el informe de tesorería podremos seguir laborando con la misma intensidad con que lo hemos hecho y la correspondencia y los gastos de funcionamiento no sufrirán mengua. Es esta la oportunidad para agradecer a la Señorita Gilma Castaño y a la Señora Socorro Vásquez de Silva, la valiosa cooperación prestada en la marcha de la institución y su paciente resignación en el manejo de las finanzas.

La Academia recibió el auxilio aprobado por la Asamblea Departamental de Antioquia, Ordenanza No. 59 del 12 de enero de 1.988, gracias a la tenacidad de nuestro expresidente, Dr. Oriol Arango M. Esto hizo posible la remodelación de la nueva sede, con los planos elaborados por los arquitectos María Mercedes Mejía y Luis Ricardo Aristizábal de la firma Vértice, asesorados y vigilados por el arquitecto Luis Fernando Gómez Martínez quien desinteresada y voluntariamente se ha ofrecido para esta labor. La demolición de la parte correspondiente está ya terminada y una vez que planeación dé el permiso correspondiente se iniciará la construcción.

Con parte de la ayuda aprobada por la ley 110 del Senado, creemos que podemos terminar la obra negra de la construcción. Es este el momento para rendir también tributo de agradecimiento al Comité de Construcción, integrado por los Dres. Oriol Arango Mejía, Jorge Delgado Giraldo y Efraím Upegui Acevedo.

Queremos también reconocer a la familia del Dr. Roberto Carmona, la donación que hicieron para el museo histórico, del primer equipo de Electroencefalografía que llegó a la ciudad de Medellín en el año de 1.947.

Señores Académicos, el mayor reto de esta junta para este período, es aceptar la honra y confianza que nos han dado al reelegirnos para dirigir esta magna Academia durante este año de 1.990. Seguiremos luchando porque todos los fundamentos filosóficos y científicos de la medicina se sigan practicando como ellos tienen que ser. Porque esta Academia siga teniendo el liderazgo obtenido durante el trabajo honesto y académico de un siglo y siga siendo el máximo exponente de las características de la medicina antioqueña. Muchos serán los problemas nuevos que las generaciones actuales tendrán que afrontar en un futuro inmediato. Conflictos de orden bio-ético derivados de las infinitas posibilidades originadas del desarrollo científico y tecnológico. Problemas ético-económicos que le plantearán a los paciente con estos avances y una gran incertidumbre social médica sino se pone fin a las empresas comercializadoras de servicios médicos, fenómenos todos jugando en un mundo sin justicia y sin valores naturales y filosóficos.

Señores Académicos, muchas Gracias.

Declaraciones

La Academia de Medicina de Medellín ante la legalización del aborto en Colombia

Esta Corporación se ha enterado por informaciones de prensa, con inocultable asombro, de la aparición ante la opinión pública de un movimiento médico que pretende solucionar el grave delito del aborto clandestino por medio del aborto legalizado, vale decir, del aborto jurídico, al amparo de la ley. Se pretende así, legalizar el homicidio con miras a impedir que el mismo sea practicado en la clandestinidad.

Esta Academia Médica es consciente del problema social, médico y de salud pública que se mantiene de tiempo atrás con el aborto clandestino, pero cree que las autoridades sanitarias y de justicia permanecen en mora de aplicar los remedios penales que la ley establece taxativamente para impedir tan protervas actividades delictivas. Cree la Academia que existen unos fundamentos morales y éticos, así como de derecho natural que no pueden ser cancelados so pena de asistir al desmoronamiento, desde sus bases, de toda la estructura jurídica y moral de la comunidad.

Parece cumplirse a todos los niveles del pensamiento y la acción ciudadanas un desajuste muy profundo en la concepción de los más elementales principios que garantizan la estabilidad social conducente a una apreciación distorsionada de los hechos sociales, de sus fundamentos éticos, de su valor en la permanencia y garantía de la vida humana, de los fines trascendentales con que ella está marcada por Dios.

En el caso que nos preocupa sólo se encuentra como remedio para el aborto criminal legalizar el mismo, que es un crimen porque quita la vida, el primer derecho del hombre y lo logra de la más abominable manera al actuar sobre una víctima, además de inocente, indefensa.

Toda actividad médica ha de conducir a conservar la vida, no a destruirla. No puede legitimarse en esta noble profesión, el empleo de sus propios medios científicos para destruir la existencia humana, intocable derecho natural, cuando el hombre no es un agresor que atente contra otra vida ni contra la comunidad. Se trata evidentemente de una violenta desnaturalización de los fines mismos para los que, desde tiempo inmemorial, existen el médico y la medicina.

La Academia de Medicina de Medellín expresa su más enérgico rechazo ante tales planteamientos médicos que irrogan una ofensa inmerecida a una profesión que encuentra la razón de su existencia en la defensa de la vida humana.

JAIME BORRERO RAMIREZ
Presidente

RODRIGO LONDOÑO LONDOÑO
Secretario General

Medellín, 16 de diciembre de 1.974

La Academia de Medicina de Medellín y el aborto

Siempre ha estado la corporación en desacuerdo con el aborto provocado y su legalización. Durante la presidencia del Doctor Jaime Borrero Ramírez, con

fecha 16 de diciembre de 1.974, expidió la siguiente declaración:

“Esta Corporación se ha enterado por informaciones de prensa, con inocultable asombro, de la aparición ante la opinión pública de un movimiento que pretende solucionar el grave delito del aborto clandestino por medio del aborto legalizado, vale decir, del aborto jurídico, al amparo de la ley. Se pretende así, legalizar el homicidio con miras a impedir que el mismo sea practicado en la clandestinidad.

Esta Academia Médica es consciente del problema social, médico y de salud pública que se mantiene de tiempo atrás con el aborto clandestino, pero cree que las autoridades sanitarias y de justicia permanecen en mora de aplicar los remedios penales que la ley establece taxativamente para impedir tan protervas actividades delictivas. Cree la Academia que existen unos fundamentos morales y éticos, así como de derecho natural que no pueden ser cancelados so pena de asistir al desmoronamiento, desde sus bases, de toda la estructura jurídica y moral de la comunidad.

Parece cumplirse a todos los niveles del pensamiento y la acción ciudadanos un desajuste muy profundo en la concepción de los más elementales principios que garantizan la estabilidad social conducente a una apreciación distorsionada de los hechos sociales, de sus fundamentos éticos, de su valor en la permanencia y garantía de la vida humana, de los fines trascendentales con que ella está marcada por Dios.

En el caso que nos preocupa sólo se encuentra como remedio para el aborto criminal legalizar el mismo, que es un crimen porque quita la vida, el primer derecho del hombre y lo logra de la más abominable manera al actuar sobre una víctima, además de inocente, indefensa.

Toda actividad médica ha de conducir a conservar la vida, no a destruirla. No puede legitimarse en esta noble profesión, el empleo de sus propios medios científicos para destruir la existencia humana, intocable derecho natural, cuando el hombre no es un agresor que atente contra otra vida ni contra la comunidad. Se trata evidentemente de una violenta desnaturalización de los fines mismos para los que, desde tiempo inmemorial, existen el médico y la medicina. La Academia de Medicina de Medellín expresa su más enérgico rechazo ante tales planteamientos médicos que irrogan una ofensa inmerecida a una profesión que encuentra la razón de su existencia en la defensa de la vida humana”.

Posteriormente, en septiembre de 1.975, durante la presidencia del Doctor Alberto Echavarría Restrepo y

con motivo de la consulta hecha por el Honorable Senador Doctor Víctor Cárdenas Jaramillo, ponente del proyecto de Ley No. 17/75 “por la cual se reglamenta la interrupción terapéutica del embarazo”, la Academia ratificó por unanimidad la declaración anterior. Se informó al Doctor Cárdenas Jaramillo: “Considera la corporación que hasta el momento actual no existe ninguna indicación *médica* para ejercer una interrupción terapéutica de la gravidez. Además nos permitimos aclarar que los considerandos del artículo 2°. no se refieren sino circunstancialmente a algunas *posibilidades* de problemas de salud en las madres o en los niños con probables lesiones genéticas”. Transcribe además el presidente de la corporación, Doctor A. Echavarría al Senador Doctor Víctor Cárdenas el artículo 9°. del Juramento de Ginebra que dice: “YO GUARDARE EL RESPETO ABSOLUTO A LA VIDA HUMANA DESDE LA CONCEPCION”.

Después de estudiar el proyecto de Ley N°. 17 de 1.975, la Academia de Medicina de Medellín resolvió por unanimidad rechazarlo y ratificar, también por unanimidad, la declaración de Diciembre de 1.974.

Es sabido que el Doctor Víctor Cárdenas presentó a las Cámaras concepto desfavorable al Proyecto de Ley de Legalización del Aborto.

Actualmente, tanto los motivos como los fines que suscitaron el rechazo al proyecto de Ley de 1.975 persisten. Dada la similitud entre el articulado del Proyecto de Ley en mención y lo que discute en el Congreso de la República y teniendo en cuenta que la Academia de Medicina no ha manifestado variaciones en torno a su concepto sobre la ética, la moral y en general sobre la absoluta inviolabilidad de la vida humana, lógicamente puede darse como testimonio en el actual debate la ratificación de las declaraciones transcritas.

MARCO A. BARRIENTOS
Presidente

IVAN MOLINA VELEZ
Vicepresidente

ALBERTO ECHAVARRIA RESTREPO
Secretario General

GONZALO RESTREPO ARANGO
Secretario de Actas

CARLOS RESTREPO ACEVEDO
Medellín, 18 de Octubre de 1.979

Acuerdos

La Academia de Medicina de Medellín y el aborto

LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN, conocedora de que se presentó a estudio del Senado y de la Cámara de la República un nuevo Proyecto de Ley que autoriza o "despenaliza" el aborto en Colombia.

Acuerda:

1°. La Academia de Medicina de Medellín, expresa públicamente su adhesión al principio de total respeto a la vida humana desde el momento mismo de la concepción, tradición milenaria y que consagra, entre otras, la Ley 23 de 1.981, "Normas sobre Etica Médica" en su artículo 2°.

2°. Esta adhesión la fundamenta la Academia en el irrefutable hecho antropológico y biológico de que de óvulos humanos fecundados por espermatozoides humanos normal y naturalmente resultan seres humanos, cuya vida presente y futura nos merece todo respeto y cuidado y que la interrupción consciente y voluntaria de ésta riñe con los más profundos principios éticos de la profesión médica hipocrática. Son personas o seres humanos en su "circunstancia", el estado embrionario o fetal, lo que no disminuye su dignidad de tales.

3°. Que las consideraciones de anormalidades orgánicas, funcionales, psíquicas, que puedan presentar estos seres en el momento de nacer o el rechazo social que puedan padecer, no nos constituye en árbitros o jueces de su valor humano y, por consiguiente, nos obligan a poner a su servicio todos los recursos científicos y humanitarios de que dispongamos como médicos para mejorar su estado pero no para eliminar su existencia.

4°. Que no es, en concepto de la Academia de Medicina de Medellín, legalizando o "despenalizando" actos que atentan contra el ser humano como mejoraremos la calidad de vida de nuestros conciudadanos sino creando y cumpliendo leyes que los protejan y que eleven su propia dignidad.

5°. Que es necesario rodear de recursos sociales y médicos a tantas mujeres que por distintas circunstancias encuentran en su maternidad un motivo de desprecio y no uno de legítimo orgullo y de satisfacción, pero sin menospreciar y destruir la nueva vida de que son portadoras y de la cual debieran ser naturales protectoras. A este respecto considera la Academia de Medicina de Medellín que es urgente ilustrar y crear sanas actitudes en relación con la sexualidad y con la maternidad (paternidad responsable), con un sentido humano pleno.

6°. Que la práctica del aborto legal en diversos países ha permitido realizar estudios, no definitivos aún por la sutileza que es necesario desplegar para la obtención y evaluación de los datos, sobre posibles efectos nocivos de esta práctica en relación con la capacidad futura de estas mujeres para concebir y llevar a cabo una gestación normal tanto en el aspecto psíquico como en el orgánico: trastornos psíquicos de diferente gravedad, duración de la gestación, muerte fetal tardía, anomalías congénitas, embarazos ectópicos, muerte neonatal, y que pasará aún mucho tiempo antes de que se tenga una idea clara sobre la repercusión del aborto provocado o inducido y se pueda afirmar con certeza que es una práctica inocua para estas pacientes.

7°. Que cuando el país se debate ante tan tremenda crisis de valores espirituales y éticos, cuando desde diferentes niveles de la sociedad y del Estado se proclama la necesidad de recobrar el valor de la vida del ser humano y del respeto a éste, sería una gran inconsecuencia y contradicción que una ley permitiera el sacrificio de estos seres y la supresión de sus vidas, porque aún no han nacido.

8°. La ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN exhorta a los Honorables Senadores y Representantes a rechazar el proyecto de ley que autoriza o "despenaliza" el aborto y les solicita, encarecidamente, que

mantenga sin vacilación los principios que protegen como inviolable la vida de ser humano desde la concepción.

Dado en Medellín, a los 30 días del mes de septiembre de 1.987.

ORIOLE ARANGO MEJIA
Presidente

RAMON CORDOBA PALACIO
Secretario General

Año del Centenario

Correspondencia

Del Colegio Médico del Norte de Santander

Cúcuta, noviembre 25 de 1.989.

Señor Doctor
Rodrigo Londoño Londoño
PRESIDENTE ACADEMIA DE
MEDICINA MEDELLIN
Medellín

Muy apreciado doctor:

Su comunicado de noviembre 15, fue recibido ayer y tuvimos la oportunidad de leerlo en reunión extraordinaria de anoche.

Por su contenido de gran franqueza, valiente y oportuno, suscitó especial interés el cual nos permite expresarle en esta respuesta, nuestra solidaridad total y el agradecimiento por la campaña que esta circular indudablemente despertará.

El desmoronamiento moral, la distorsión de la personalidad del colombiano, la pérdida de la dignidad, nos han puesto a recorrer el tramo más asombrosamente rebajado, desprestigiado y amargo que ha tenido la historia de nuestra querida Colombia, es seguro, que nunca antes el atropello, la barbarie y el desprecio por la vida humana, la falta de honradez y la pérdida del temor a Dios y de las sanas costumbres, llegaron a tan bajo nivel. Este desequilibrio moral que cubre todas las direcciones, todos los grados sociales y todas las esferas de las dignidades y directivos del pueblo colombiano, tan obligados a dar el mejor ejemplo, están soportando, como amarras, los diques incontenibles de la desesperación, de la angustia, del hambre y de la despreocupación por la salud y el bienestar del pueblo,

que no por resignado ha olvidado y parece —¡qué Dios nos tenga de su mano!— que esa marea humana está al borde de echar al vuelo las campanas de su desesperación e insostenible situación.

Dentro de este enjambre de complicaciones adversas se mueve la corrupción de todas las profesiones y gremios y como el comunicado de la Academia de Medicina de Medellín lo anota, no se ha salvado el gremio médico que influido por las presiones, exigencias y abusos de la plaga politiquera, ha sido fuertemente azotado y debilitado en los mejores cimientos de su formación, de su dignidad y de su excepcional posición ante el paciente y ante la sociedad. Todos conocemos de sobra y aceptamos con una resignación vergonzosa lo que no somos capaces de rechazar pero sí nos ocasiona pavor. Se exige para lograr un cargo de médico, una plaza de necesidad académica y a veces hasta un cargo de muy distinguida posición, la recomendación política del jefe del fortín, lo cual se traduce en una obligada participación económica mensual o lo que es lo mismo, obliga al profesional necesitado a vender sus servicios pues de lo contrario tendría que conformarse con el mercadeo de sus consultas a \$200.00 ó a \$300.00 u otros centenares que están indicando el termómetro de su angustia. A veces hasta los mismos directivos de las instituciones premian o castigan con especiales comisiones o ayudantías quirúrgicas a quienes ya tienen clasificados. Este "boleteo político" más grave que el de los propios guerrilleros cuyo recurso económico tiene su explicación, se ha generalizado e impuesto de la manera más repugnante. La voz de protesta de ustedes es la primera que se ha alzado en el país a nivel académico. Ya lo había solicitado con verdadera preocupación y varios e importantes planteamientos el Presidente de la Federación Médica Colombiana, pero lo que ustedes han

presentado al cuerpo médico nacional es de indiscutible acierto y por eso queremos acompañarlos.

En tiempos muy lejanos el más grande revolucionario social que haya tenido la humanidad se vio precisado a volcar las mesas del comercio y sacar a látigo a los mercaderes del Templo. Si hoy regresara y recorriera, entre otros, los Hospitales, Clínicas y puestos de ayuda para la salud perdida, podemos imaginarnos a quiénes tendría que castigar.

Nuevamente queremos expresarle nuestra felicitación por este mensaje necesario, que ustedes han enviado a todos los médicos del país por intermedio de sus representaciones oficiales, al Señor Presidente de la República y a los Ministros del Despacho que más directa ingerencia tienen en nuestra actual situación.

Con los más altos sentimientos de consideración y aprecio.

Rafael José Suz Coury
PRESIDENTE

Mario E. Mejía Díaz
SECRETARIO GENERAL

Jaime Faillace Castillo

Hernando Lizarazo P.

Luis Francisco Botello

Alvaro Duque García

Jesús David Yañez G.

Rosalba Herrera de Flórez

Carlos Cano Aconcha

Eduardo Leiva Galvis

Alfredo Goyeneche Illera

José Rodríguez Sánchez

De la Universidad Pontificia Bolivariana

Doctor

Rodrigo Londoño Londoño
PRESIDENTE ACADEMIA
DE MEDICINA DE MEDELLIN
Medellín

Distinguido Señor:

Por indicación del Rector, Mons. Darío Múnera Vé-

lez, pongo en sus manos la copia de la declaración del claustro de la Facultad de Medicina de la Universidad, sobre El Aborto, la cual está acompañada de unas ochenta (80) firmas.

El Rector confía en la utilidad para la Academia de la adecuada difusión de esta manifestación sobre materia tan delicada y tan cara a nuestra Institución de Formación Cristiana.

Con un respetuoso saludo,

Abog. Pedro Posada Marín
Secretario General U.P.B.

Declaración de la U.P.B.

Los suscritos médicos, docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana,

Considerando:

Que se está promoviendo en el país una pertinaz campaña en favor de la despenalización o legalización del aborto, en la cual se exponen los manidos argumentos de los derechos de la mujer y de las altas cifras de mortalidad materna por maniobras clandestinas.

Declaramos:

1°. Que fieles a la noble tradición hipocrática de nuestra profesión, practicamos y enseñamos el máximo respeto por la vida humana desde la concepción.

2°. Que la dignidad de la persona humana está presente en el fruto de la concepción desde el momento de la unión del óvulo con el espermatozoide pues, no existe posteriormente ningún agregado que nos eleve a persona humana, todo lo que somos está contenido, y en todos los órdenes, en esa nueva vida que empieza a desarrollarse y a madurar.

3°. Que tanto la existencia de la madre como la de su hijo, exigen y merecen el máximo cuidado del médico y éste no puede éticamente, y por ningún motivo, suprimir una en favor de la otra, menos aún cuando se pretende sancionar o castigar con la muerte, a quien no es responsable de la situación creada.

4°. Que con los progresos y recursos actuales de la medicina las indicaciones del llamado "aborto terapéutico" prácticamente han desaparecido.

5°. Que existen estudios médicos que demuestran que el aborto realizado en condiciones científicas y técnicas ideales no es tan inocuo como se pretende: trae graves consecuencias en el funcionamiento orgánico, en el futuro de la función materna de la paciente aumentando el porcentaje de abortos espontáneos, de embarazos ectópicos, además de trastornos psíquicos.

6°. Que como violación del más elemental de los derechos humanos, el derecho a vivir, ninguna diferencia puede establecerse entre la legalización o despenalización del aborto y las crueles masacres adelantadas por diferentes regímenes autoritarios en nombre de la libertad y del bienestar de unos cuantos.

7°. Que el bienestar y el progreso del hombre no se alcanzan autorizando la muerte de seres indefensos e inocentes sino creando e impulsando condiciones sociales, culturales y económicas que promuevan el crecimiento pleno de la persona humana.

8°. Que es incomprensible y absurdo que mientras desde casi todos los estamentos del Estado se procla-

man políticas y estrategias que disminuyan el derramamiento de sangre y la pérdida de vidas colombianas, desde el poder legislativo se pretenda legalizar la muerte de personas, porque aún no han nacido.

9°. Que además de las consideraciones anteriores, como médicos católicos, acatamos las enseñanzas de nuestra Iglesia y la de sus autoridades que condenan el aborto como uno de los más abominables crímenes.

En consecuencia pedimos al Honorable Congreso de la República que, con sentido democrático y verdaderamente humano, rechace el proyecto de ley que legaliza o despenaliza el aborto cuya aprobación realmente equivaldría a autorizar la violación del derecho a la vida y el homicidio.

Medellín, 2 de febrero de 1990.

Declaración firmada por ochenta docentes de diferentes áreas del saber médico, por el señor Rector, Monseñor Mario Múnera V., y el señor Decano de la Facultad de Medicina Doctor Jorge Benicio Tishnéss M.

No sólo importa cuanta grasa consume el lactante... lo que importa es cuánta absorbe!



LAS GRASAS DE NAN 1 Y NAN 2

Tienen un índice de absorción de 94.2% tan satisfactorio como el de la grasa de la leche materna

- Las grasas de Nan 1 y Nan 2 están constituidas por 80% grasa láctica y 20% aceite de maíz, lo cual garantiza:
- La misma gama de ácidos grasos que se encuentra en la leche materna.
- Contenido de fosfolípidos igual al de la leche materna, gracias a que las grasas de Nan 1 y Nan 2 están constituidas principalmente por grasa láctica. (El contenido de fosfolípidos de las grasas de la leche de vaca y de la leche materna es de 1 a 2%, a diferencia de la mayoría de las grasas vegetales).



NOTA IMPORTANTE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado que se informe a las mujeres embarazadas y a las que recién acaban de ser madres, sobre los beneficios y la superioridad de la lactancia al seno y en particular sobre el hecho que ésta proporciona a los bebés la mejor nutrición y protección contra las enfermedades.

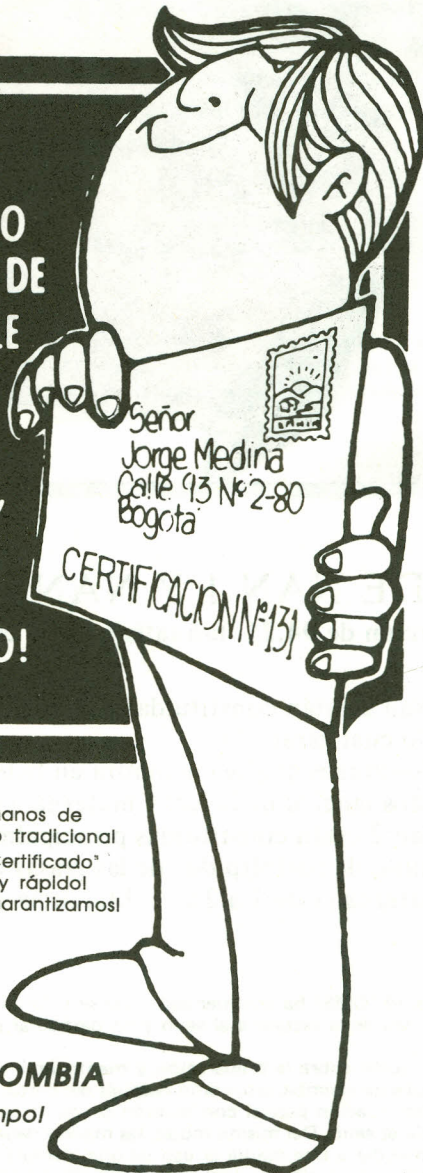
Las madres deberán recibir orientación sobre la preparación y mantenimiento de la lactancia al seno, con énfasis especial sobre la importancia de una dieta bien balanceada tanto durante el embarazo, como después del parto.

La introducción innecesaria de alimentación parcial con biberón o con otros alimentos y bebidas debería ser desestimada, ya que podría tener efectos negativos sobre la lactancia al seno. Del mismo modo, las madres deberán ser alertadas sobre la dificultad de dar marcha atrás a la decisión de no amamantar. Antes de recomendar a una madre el uso de una fórmula infantil, ella debería ser advertida de las implicaciones sociales y económicas de su decisión: por ejemplo, si un niño es exclusivamente alimentado con biberón, será necesario más de una lata (400 Grs.) por semana; en esta forma las circunstancias familiares y los costos serán tenidos en cuenta. Deberá recordarse a las madres que la leche materna es no solamente la mejor, sino también el alimento más económico para los bebés.

Si se toma la decisión de usar una fórmula infantil, es importante dar instrucciones sobre los sistemas correctos para su preparación, enfatizando que el uso de agua sin hervir, biberones sin hervir o dilución incorrecta pueden, todos ellos, causar enfermedades.



SI EL SERVICIO
CERTIFICADO DE
ADPOSTAL, LE
SIRVE A LAS
ENTIDADES
FINANCIERAS,
CON MAYOR
RAZON LE
SIRVE A USTED!



Ponga su correspondencia en manos de expertos. En Adpostal su correo tradicional y de "Servicio Certificado" le llega seguro y rápido! Nosotros se lo garantizamos!



CORREO DE COLOMBIA

llega seguro y a tiempo!