
2 CONSEJO EDITORIAL Y CREDITOS DE LA REVISTA

3 AUTORIDADES DE LA FACULTAD PERÍODO 2002- 2001

4 EDITORIAL,
Resúmenes 3.

ARTICULOS ORIGINALES.

- 5 Los hábitos alimenticios en la España del descubrimiento y conquista de América a través de la novela de la época
Victor M. Parramón

- 12 Sustancias capaces de producir dependencias: consideraciones psicoanalíticas y clasificación.
Antonio Salas, Mónica Esteve

- 15 Metodología de evaluación del desarrollo en niños/as de 2 meses a 3 años de edad.
Linda A. Carr Delgado.

- 28 Prevalencia de Ascaris y Ancylostoma alimenticios en la etapa temprana en el embarazo en gestantes del H.M.P.S.J.
Nora Jello, Dolmar Guzmán, Haruro Salazar, Uribe Vásquez.

- 42 Estradiol: aporoscopia en cáncer gástrico.
Dora Benítez Arenga, Gonzalo Salgado, Miguel Moyón, Mauricio Arias de, Eric Enriquez, Santiago Jacome.

- 46 Farmacovigilancia y reacciones adversas a medicamentos: Reporte de conocimientos y actitudes en una muestra de médicos.
Juan Carlos Maldonado.
-

CRÓNICAS DE LA FACULTAD.

- 54 Resumen de las Tesis presentadas por los médicos residentes de los cursos de posgrado previa la obtención de los títulos de especialistas.
-

CASOS CLÍNICOS:

- 71 Enfermedad de Heck en madres e hija: a propósito de un caso.
Tamara León.
-

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES:

- 74 Normas de Publicación.



**ARTICULO
ORIGINAL**

LOS HABITOS ALIMENTICIOS EN LA ESPAÑA DEL DESCUBRIMIENTO Y CONQUISTA DE AMERICA A TRAVES DE LA NOVELA DE LA EPOCA

Víctor M. Pacheco¹

1 Profesor Principal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Academia Ecuatoriana de Medicina.

Resumen

Las características de la sociedad, el nivel socioeconómico, el entorno ecológico y el desarrollo cultural general y gastronómico determinan los hábitos alimenticios de un grupo social. Estos hábitos pueden señalarse en textos literarios. Identificamos ahora los hábitos alimenticios de la España de los siglos XV a XVII a partir de un inventario cuantitativo y crítico de los productos y preparaciones alimenticias citadas en las novelas más representativas de la época (El Quijote, Guzmán de Alfarache, La Vida del Buscón, El Lazarillo). El patrón alimenticio demuestra un comportamiento de consumo diferencial para las clases sociales. Los menos favorecidos tenían como base de su alimentación cereales euroasiáticos, granos y verduras poco variados o salvajes, escasas frutas, cárnicos y grasas de desecho de distintos ganados, productos lácteos, y escasos pescados. Las clases medias incluían además, cárnicos y grasas poco apreciadas, incrementaban la variedad de vegetales (verduras y frutas) y consumían mejor calidad de productos. Las clases más favorecidas incluían en su alimentación carne de distintos orígenes incluida la proveniente de la caza, además de una mayor variedad de pescados, frutas exóticas para el medio, cereales no nativos, diversas especies de postres, bebidas espirituosas refinadas seleccionadas y aceite de oliva. Los hábitos alimenticios de la España del Descubrimiento y Conquista obedecen a los determinantes indicados inicialmente y pueden identificarse a partir del estudio de la literatura de la época.

Palabras clave: Nutrición, Historia de la Medicina, Humanidades Médicas

Summary

The structure of societies, their socio-economical level, ecological habitat, and cultural and gastronomic characteristics assign nourishing habits of social groups. These habits can be pointed out in literature texts. We established nourishing habits in Spain of XV to XVII centuries from critic analysis of representative novels published in these times (El Quijote, Guzmán de Alfarache, La Vida del Buscón, El Lazarillo). Nourishing standards show differential consumption for social class. Basic food for poor people was euro-asiatic cereals, grains, seeds and vegetables of limited varieties or savages, scanty fruits, meats and fats refused, daily products, and fishes in rarely opportunities. Medium class enclosed meats and fats think little of esteem, increased vegetables (fruits and greenness) and eats best products. Richs eats meats from different cattle or hunting, more fishes, exotics fruits, no natives cereals, desserts, selected alcoholics drinks and olive's oil. Nourishing habits in Spain of Conquest and Discovery responds at facts hinted previously and can be showed in the literature's epoch.

Key Words: Nutrition, History of Medicine, Medic Humanities.

INTRODUCCION

Previamente hemos identificado los determinantes de los hábitos de alimentación de un individuo o de un grupo social determinado¹. La respuesta a la pregunta de ¿por qué comemos lo que comemos? obedecería a diferentes factores: a. las condiciones biológicas del sujeto (un recién nacido tiene una alimentación diferente a la de un adulto), b. el entorno ecológico, de mayor influencia cuanto menor sea el desarrollo socio-económico de la comunidad (el entorno medioambiental determina la accesibilidad a determinados productos: los que se consiguen en el litoral no son los mismos que los del interior), c. características de la sociedad (de su estructura, desarrollo y modelo de distribución de los bienes y productos), d. nivel socioeconómico del sujeto o grupo social (por la posibilidad de acceso a alimentos en un modelo de libre mercado o redistributivo específico) y, e. del desarrollo cultural general y gastronómico (gusto o rechazo por ciertos alimentos, impregnación cultural o religiosa de los mismos). Estas circunstancias determinan que los hábitos alimenticios y la aceptación o no del gusto por los alimentos sean diferentes entre individuos, entre sociedades y de una etapa histórica a otra, así la alimentación en América será diferente de la de España y la del siglo XV al XVII de la del XXI. El proceso de globalización alimenticia, iniciado en 1492, ha llevado sin embargo a la aceptación de ciertos productos y sabores originarios o prevalentes en uno y otro lado del Atlántico en el área contrapuesta^{2,3}

El objetivo del presente trabajo es el de establecer los hábitos alimenticios en la España de la etapa del descubrimiento y conquista de América -definiendo esa etapa como el lapso comprendido entre los siglos XV y XVII-, a partir del estudio de las obras literarias que consideramos más representativas de la época.

MATERIALES Y METODOS

Se consideraron como textos emblemáticos de la época comprendida entre el siglo XV y el XVII: "El ingenioso hidalgo Don Quijote de la Mancha"⁴, y diversas obras clasificadas como "Novela picaresca", ya que se refieren a la vida de pícaros y zascandiles españoles: "Historia de la Vida del Buscón, llamado Don Pablos, ejemplo de vagabundos y espejo de tacaños"⁵, "Guzmán de Alfarache"⁶, y "La vida de Lazarillo de Tormes y de sus fortunas y adversidades"⁷. Utilizamos como método el análisis de contenido de texto en su modalidad de análisis temático de relaciones, definiendo como unidades de significación

alimentos y preparaciones alimenticias, y como elementos de relación la pertenencia a un grupo social establecido para cada protagonista a los que se refieren los autores de los textos. Se estructuraron inventarios críticos de los productos y preparaciones alimenticias señalados en las obras indicadas y de una recolección de las minutas de los Reales Alcázares de Madrid⁸. En los casos de diversas preparaciones alimenticias se investigaron sus componentes y la forma de preparación.^{9,10,11,12}

RESULTADOS

Transcribimos las citas más descriptivas de los hábitos alimenticios recogidos en las diferentes obras señaladas

a. El Quijote⁴.

Cervantes señala ya, desde el primer párrafo del Quijote, productos y alimentos que definían los hábitos alimenticios de la época así como ciertos elementos diferenciadores de esos hábitos en diversos estratos sociales, y la preferencia general por algunos alimentos. Así, al indicar la inserción socio-económica media del hidalgo D. Alonso Quijano, señala el consumo de la carne de vaca, de menor costo que la de carnero.

"...Una olla de algo más vaca que carnero, salpicón las más noches, duelos y quebrantos los sábados, lentejas los viernes, algún palomino por añadidura los domingos,..." (Primera parte, Cap. I)

El Quijote tenía que recurrir la mayoría de las noches -de acuerdo al retrato de Cervantes-, al consumo de restos de carne de la comida del mediodía, picada con sal y aderezada con pimienta, aceite, vinagre y cebolla, como ingredientes del "salpicón". Menos clara está la composición de los "duelos y quebrantos" que constituían su alimentación los sábados: diversos investigadores han indicado como elementos en su composición desde raciones de carne obtenida de cabezas de ganado muertas por enfermedad o lesión, de las que se aprovechaba la carne, hasta un preparado de huevos con torreznos -es decir pedazos fritos o por freír de tocino o grasa-, pasando por un caldo elaborado a partir de los huesos restantes del "salpicón". Esta última propuesta de composición, investigada por García Solana, implica el uso de huesos restantes de un salpicón a los que se añade sal, ajos y agua, concentrando el caldo por decocción; o bien por espumeo -como sugiere Carmina Usero- de una preparación obtenida de su prensado al que se

añadía todo tipo de especias. Esta clase de olla, como menos sustanciosa y agradable, se permitía comer los sábados en España, donde con motivo de la victoria de las Navas, ganada por el rey don Alfonso VII contra los moros el año de 1212, se instituyó la fiesta del Triunfo de la Santa Cruz y se hizo voto de abstinencia de carne los sábados⁹⁻¹¹.

Cervantes contrasta estos hábitos alimenticios con la severa de los cabreros, pastores y sirvientes, de los que Sancho es un exponente. Las diferencias son abismales: los cabreros comen sin remilgos hasta bellotas y queso, más duro que una piedra.

"... aquí trajo una cebolla, y un poco de queso, y no sé cuántos mendrugos de pan -dijo Sancho-, pero no son manjares..." [...] ... se acomodó ... lo mejor que pudo sobre su jumento, y, sacando de las alforjas lo que en ellas había puesto, iba caminando y comiendo detrás de su amo..."

"... se fue tras el olor que despedían de sí ciertos tasajos de cabra que hirviendo al fuego en un caldero estaban... [...] acabado el servicio de carne, tendieron sobre las zaleas gran cantidad de bellotas, avellanadas, y juntamente pusieron un medio queso, más duro que si fuera hecho de argamasa..."

"... Y dijo: -Vuestra merced sí que es escudero fiel y legal,...y no como yo, mezquino y malaventurado, que sólo traigo en mis alforjas un poco de queso, tan duro que puede descalabrar con ello a un gigante; a quien hace compañía cuatro docenas de algarrobas y otras tantas de avellanas y nueces, merced a la estrechez de mi dueño,... Por mi fe, hermano -replicó el del bosque-, que yo no tengo hecho el estómago a tagarninas, ni a piruétanos, ni a raíces de los montes..." (Segunda parte, Capítulo XIII)

En la última cita se refiere Cervantes a la necesidad de Sancho y otro escudero de ingerir como alimentos frutos del algarrobo que se daba como pienso al ganado, cardos silvestres de muy mala calidad (tagarninas) o peras silvestres (piruétanos).

Hay otra referencia gastronómica de pequeño calado, en el capítulo XXXI, de la Primera Parte, en la que Don Quijote señala la pobreza -o mala intención- al brindar alimentos, por parte de clases medias o pobres:

"...que ahora sólo se debe acostumbrar a dar un pedazo de pan y queso que esto fue lo que me dio mi señora Dulcinea, por las bordas de un corral, cuando de ella me despedí; y aún por más señas, era el queso

ovejuno..." (Primera parte, Capítulo XXXI)

En el capítulo dedicado a las bodas del rico Camacho, Cervantes recoge una buena muestra gastronómica de lo que suponemos debía ser una gran celebración de época, entre grupos sociales dominantes.

"De la parte de esta enramada... sale un tufo y un olor harto más de torreznos asados que de juncos y tomillos: bodas que por tales olores comienzan... deben de ser abundantes y generosas... Lo primero... fue, ... un entero novillo; y en el fuego... seis medias tinajas, ... embebían y encerraban en sí carneros enteros ... las liebres, ya sin pellejo, y las gallinas... no tenían número; los pájaros y caza de diversos géneros eran infinitos.... Contó Sancho más de sesenta zaques de más de dos arrobas cada uno, y todos llenos... de generosos vinos; así, había rimeros de pan blanquísimo; los quesos, puestos como ladrillos enrejados, formaban una muralla, y dos calderas de aceite... servían de freír cosas de masas... y las zambullían en otra caldera de preparada miel [...] En el dilatado vientre del novillo estaban doce tiernos y pequeños lechones, que... servían de darle sabor y enternecerle. Las especias de diversas suertes parecían haberlas comprado por arrobas... Todo lo miraba Sancho Panza... y de todo se aficionaba... últimamente, las frutas de sartén, si es que se podían llamar sartenes las tan orondas calderas [...] el cocinero respondió ..., este día no es de aquellos sobre quien tiene jurisdicción el hambre, merced al rico Camacho.... espumad una gallina o dos... y dos gansos..." (Segunda Parte, Capítulo XX)

Sin tanto detalle, Cervantes cuenta sobre la alimentación del Gobernador -algo más discreta- y la prescripción dietética que éste debería seguir para preservar su salud en el capítulo XLVII de la Segunda parte:

"... llegó a un plato de fruta delante, (...) aquel plato de perdices... , aquellos conejos guisados, ...aquella ternera..., ... aquel platonazo que está más delante vahando me parece que es olla podrida, que por la diversidad de cosas que en las ollas podridas hay, no podré dejar de topar con alguna cosa que me sea de gusto y de provecho. (...) mas lo que yo sé que ha de comer el señor gobernador ahora para conservar su salud y corroborarla, es un ciento de cañutillos de suplicaciones y unas tajadicas sutiles de carne de membrillo, que le asienten el estómago y le ayuden a la digestión. (...) y por ahora denme un pedazo de pan y obra de cuatro libras de uvas, que en ellas no podrá venir veneno,..." (Segunda parte, Capítulo XLVII)

Las referencias de Cervantes al pescado son escasas y se refieren, en términos generales a pescados sazonados en conserva. Al referirse a la primera salida de Don Quijote, por en Campo de Montiel y su estancia en una venta no muy distinguida, se lee:

"... acertó a ser viernes aquel día, y no había en toda la venta sino unas raciones de un pescado que en Castilla llaman abadejo, y en Andalucía bacalao, y en otras partes curadillo, y en otras truchuelas. Preguntáronle si por ventura comería su merced truchuela, que no había otro pescado que dar de comer... Como haya muchas truchuelas -respondió Don Quijote-, podrán servir de una trucha... Cuanto más, que podría ser que fuesen esas truchuelas como la ternera, que es mejor que la vaca, y el cabrito que el cabrón".

En el capítulo XVIII vuelve a citar pescado en salazón:

"...tomara yo ahora más aína un cuartal de pan, o una hogaza y dos cabezas de sardinas arenques...".
(Segunda parte, Capítulo XLVII)

b. La novela picaresca⁵⁻⁷

El hambre es el motor del pícaro en todas las novelas picarescas españolas, tanto en el Lazarillo de Tormes como también en el Guzmán de Alfarache de Mateo Alemán. El pícaro tiene que valerse de todas sus astucias para coseguir la comida, llegando incluso a robarla.

En el Buscón, Quevedo nos dice⁵:

" Trajeron un caldo en unas escudillas de madera, tan claro, que en comer... noté con la ansia que los macilentos dedos se echaban a nado tras un garbanzo huérfano y solo..."

"...yendo una noche...por la calle Mayor, vi una confitería y en ella un cofín de pasas sobre el tablero, y tomando vuelo, vine, agarréle y di a correr..."

En la mayor parte de las obras de la picaresca está presente el tema de la comida, pero casi siempre se plantea su escasez; cuando se habla de una mesa repleta de comida, no es el pícaro el que participa en el banquete, sino que observa como comen los demás, tal como podemos leer en el Buscón, cuando Pablos dice, refiriéndose a uno de sus amos:

"...Conjuraba los ratones, de miedo que no le royesen

algunos mendrugos que guardaba...Entramos en casa de Don Alonso, y echáronnos en dos camas con mucho tiento porque no se nos desparramasen los güesos de puro roído del hambre..."

O en el "Lazarillo"⁷:

"Pues ya que conmigo tenía poca caridad, consigo usaba más. Cinco blancas de carne era su ordinario para comer y cenar. Verdad es que partía conmigo del caldo. ¿Qué de la carne, ? tan blanco el ojo! Sino un poco de pan...Los sábados cómese en esta tierra cabezas de carnero y enviábame por una...aquella la cocía y comía los ojos y la lengua y el cogote y sesos, la carne que en las quijadas tenía, y dábame todos los huesos roídos... A cabo de tres semanas que estuve con él, vine a tanta flaqueza, que no me podía tener en las piernas de pura hambre. Vime claramente ir a la sepultura, si Dios y mi saber no me remediaran..."

En el mismo "Lazarillo", y por comparación se señala ciertos hábitos alimenticios de clases más pudientes, así en la Segunda parte Lázaro dice:

"porque siempre quise más comer berzas y ajos sin trabajar que capones y gallinas trabajando",

El significado que da Lázaro a esta frase deja lugar a pocas dudas: sacrificaba los manjares de los pudientes por el bienestar del ocio aunque su alimentación fuera poco apetecible.

La dieta del estudiante, tradicionalmente pobre y escasa, es señalada tanto por Quevedo como por Mateo Alemán, que además recogen parte de los trucos a que recurrían para mejorarla.

Don Pablos en el Buscón⁵ nos habla de las comidas en la venta de Alcalá, propia de los estudiantes de su universidad:

"...Porque los estudiantes tomaron la ensalada, que era un razonable plato, y, mirando a mi amo, dijeron--"no es razón que, donde está un caballero tan principal, se pueden estar damas sin comer Manden V.m. que alcancen un bocado... El, haciendo del galán, convidolas. Sentáronse y entre los dos estudiantes y ellas no dejaron sino un cogollo... Ya daban cuenta del pan...Sentáronse los rufianes con medio cabrito asado y dos lonjas de tocino y un par de palomas cocidas..."

Igualmente en el episodio de las crueldades del ama, se señala el patrón de alimentación que imponía ésta a

los estudiantes a su cargo:

"... la carne no guardaba en manos del ama la orden retórica, porque siempre iba de más a menos... Y la vez que podía echar cabra o oveja, no echaba carnero, y si había huesos no entraba cosa magra; y así hacía unas ollas éticas de puro flacas, unos caldos que, a estar cuajados, se pudieran hacer sartas de cristal de ellos. Las Pascuas, por diferenciar, para que estuviese gorda la olla, solía echar cabos de sebos... si se compraba aceite de por junto, carbón o tocino escondíamos la mitad..."

En el Guzmán de Alfarache⁶ se describe con gran ironía la vida de pupilaje en Alcalá de Henares, que el pícaro conoció en su vida de estudiante:

"... Hacíaseme trabajoso si me quisiere sujetar a la limitada y sutil ración de un señor maestro de pupilos... sacando la carne a hebras, extendiendo la menestra de hojas de lechuga, rebanando el pan por evitar desperdicios, dándonoslo duro porque comiésemos menos, haciendo la olla con tanto gordo de tocino, que sólo tenía el nombre y así daban un bodrio más claro que la luz o tanto, que fácilmente se pudiera conocer un pequeño piojo en el suelo de la escudilla... y de esta manera se habían de continuar cincuenta y cuatro ollas al mes, porque teníamos el sábado mondongo. Si es tiempo de fruta, cuatro cerezas o guindas, dos o tres ciruelas o albaricoques, media libra o una de higos, conforme a los que había de mesa; empero tan limitado, que no había hombre tan diestro que pudiese hacer segundo envite. Las uvas partidas a gajos como las merienditas de los niños, y todas en un plato pequeño, donde quien mejor libraba, sacaba seis. Y esto que digo no entendáis que lo dan todo cada día, sino que sólo un género; que cuando daban higos no daban uvas, y cuando guindas, no albaricoques. Decía el pupilero que daba la fruta tercianas, y que por nuestra salud lo hacía. En tiempo de invierno sacaban en un plato algunas pocas pasas... Daba para postre una tajadita de queso, que más parecía viruta o cepilladura de carpintero, según salía de delgada, porque no entorpeciere los ingenios; tan lleno de ojos, y transparente, que juzgara quien la viera ser pedazo de tela de entresijo flaco..."

c. Las Minutas del Real Alcázar de Madrid ⁸

De las Minutas del Real Alcázar de Madrid se pueden inferir los hábitos alimenticios de los monarcas españoles de la Casa de los Austrias. En ellas destaca el pan, preparado de distintas formas y con variedad de ingredientes, el vino, el aceite de oliva; y la práctica

inexistencia de frutas y verduras frescas.

El elemento básico de la dieta real, a más del pan, fue la carne, obtenida de las más diversas especies y guisada de las formas más variadas. Aparece en todas las comidas y cenas: asada, estofada en la olla podrida, adobada con naranja; la más apetecida en el siglo XVII la de pavo (real por supuesto), gallina y cordero lechal.

De las Minutas se desprende también un hecho: el escaso consumo de verduras en la corte, salvo durante el reinado de Mariana de Austria. Dos podrían ser los factores que determinen la costumbre: el difícil acceso (aún para los reyes) a productos frescos y la práctica inexistencia de una tradición culinaria adecuada para su preparación, como lo prueba la extrañeza de algunos cocineros reales por el uso de aceite en el aderezo de las ensaladas.

La frecuencia de consumo de frutas frescas en los Reales Sitios al parecer fue también limitado, exceptuando aquellas que se incorporaban a los dulces (peras, cidras, albrichigos, limones). Las frutas secas como dátiles, pasas, avellanas, se consumían en forma algo más regular.

Los Austrias, de acuerdo a las Minutas, tenían especial predilección por los dulces. Los postres diarios, de una amplia variedad, están presentes en todas las Minutas, siendo el azúcar uno de sus ingredientes más frecuentes. Éste se obtenía bien de Andalucía (de la zona de Granada) o importado de Portugal. Llama también la atención el frecuente consumo de harina de arroz, preparado como manjar blanco que, en concordancia con las anotaciones, debió haber sido uno de los platos preferidos de los distintos monarcas.

El consumo de pescado en las casas de los monarcas, durante los siglos XV a XVII, fue escaso conforme la información de las Minutas, haciéndolo solo durante las fiestas religiosas católicas (de vigilia), cuando se complementaba la dieta con dulces, aunque se señala que en "menor cantidad".

Como bebidas se ingerían habitualmente vino, refrescos –de agua de canela, azahar, limón, naranjas, membrillos o leche garrapiñada- y nieve. Hasta donde podemos deducir, en las Casas Reales la leche no se ingería como refresco o bebida, sino casi exclusivamente como ingrediente de diversos dulces.

DISCUSION

La gastronomía descrita, para la España de los siglos XV a XVII, define los hábitos alimenticios de tres grupos sociales muy diferenciados: los pobres, donde estarían los labradores, los pastores ovejeros o cabreros –y cuyo representante bien podría ser Sancho o el Lazarillo–, alimentándose hasta de bellotas; los hidalgos, tipo don Quijote o caballero del Verde Gabán y los clérigos medios, degustadores de ollas de vaca y fiambre de salpicón; y los ricos y nobles, sin limitaciones culinarias, consumidores de las mejores espumas y de preparaciones elaboradas con los productos más exóticos y de mejor calidad. Posiblemente el único plato común a los tres grupos fuera el pan, y como preparación más estructurada, la olla podrida –en sus múltiples variantes, con sus ingredientes de mejor o peor calidad, en función de la propia economía–. Las ollas podridas han servido para crear posteriormente sabrosos cocidos o maravillosas calderetas, entre otros platos presentes en la actualidad

⁹⁻¹².

El pan y otros productos finales que utilizaban como ingredientes el trigo, constituían en España, así como en toda la cuenca del Mediterráneo, "el principal fundamento de la nutrición y el primer fomento para conservar la vida" (Serpeto, 1653) ². A falta de trigo se recurría a una variedad casi infinita de granos que procesados hasta harina y mezclados en formas variables, podían transformarse en un símil del pan¹³. El pan es en la España de la época un elemento cultural con diversidad de lecturas: nutritiva, terapéutica (en él se mezclaban hierbas y semillas), ritual (religiosa en el cristianismo y el islamismo), y social. La importancia del pan como símbolo de prestigio social se puede inferir tanto de los elementos ceremoniales que lo rodeaban como de la abundancia de su consumo en las mesas reales. El pan tenía también una importancia capital para el "estado llano": llegando a ser elemento de transacción comercial o parte integral de la remuneración básica de pastores y campesinos, así lo indica Jorge Juan: "... y el zagal gana 20 reales al mes... además de este salario, lo ha de mantener el amo de pan, aceite, vinagre y sal.." ¹⁴

El valor del pan como elemento de referencia social en los siglos XV al XVII en España se evidencia en una serie de juegos de palabras, refranes y versos populares que utilizan como la palabra "pan" en su texto y que indican el medroso desprecio de los hombres de pan blanco hacia los de pan negro y los sin pan, llamados "matapanes" o "llamapuertas",

desheredados absolutos ^{2,15,16}.

La cultura nutricional española de esos siglos incluía a las carnes y grasas de origen animal, y al vino, como elementos ideales para estructurar una dieta sana. En 1542, por ejemplo, se señala una actitud negativa hacia las frutas y verduras, consideradas por Lobera de Ávila como "perniciosas", al igual que el pescado. Esta actitud es también defendida en toda el área mediterránea: el Codex Salernitanus indica, entre las prescripciones para conservar la salud, el desatino que significa el consumir peras, manzanas, duraznos, leche o queso, cuando se está enfermo; y los beneficios del vino fresco, los huevos pasados y la carne del dorso de la vaca o el cerdo ².

El pescado no solía formar parte de la dieta del interior de España, por razones geográficas y de desarrollo tecnológico obvias: no hay ningún río poderoso, ni el mar está muy próximo, y no se habían desarrollado las técnicas de preservación de alimentos actuales, salvo la salazón. Quizá los pescados de río (truchas, barbos o cangrejos) formaran parte de la dieta de algunas villas muy próximas a algunos lagos; pero en La Mancha más seca y árida el único pescado consumido era el bacalao en viernes de abstinencia carnal o en Semana Santa. Sin olvidarnos de las sardinas saladas, denominadas arenques. En 1542 Lobera de Ávila señala un posible efecto indeseable por el consumo de pescados ^{9,11,12}.

El patrón alimenticio descrito demuestra un comportamiento de consumo diferencial para las clases sociales.

Los menos favorecidos tenían como base de su alimentación productos crudos o poco procesados a partir de cereales euroasiáticos (trigo, cebada), granos y verduras poco variados o no domesticados (garbanzos, berenjenas, berzas, rábanos, nabos, ajos, lechugas, cebollas, aceitunas, cardos, algarrobos) escasas frutas (albaricoques, higos, cerezas, uvas, peras silvestres, moras), cárnicos y grasas de desecho (menudencias, vísceras, untos y grasas) de distintos ganados; productos lácteos (queso de oveja y vaca), y escasos pescados (sardinas, congrios).

Los grupos sociales pertenecientes a clases medias habitualmente añadían, al patrón señalado previamente, el consumo de productos cárnicos poco apreciados para el gusto de la época (vaca, en lugar de carnero), pescados escasos en salazón o conservas, y una mayor variedad de vegetales y frutas. El acceso a productos exóticos al medio (limón, naranja, nieve o

diversas especias) era, para estos grupos, limitado.

Las clases más favorecidas incluían además en su alimentación carne de distintos orígenes incluida la proveniente de la caza (musculatura salazonada, embutidos, volatería, caza), además de huevos, una mayor variedad de pescados (truchas, bacalaos), frutas exóticas para el medio (limón, naranja), cereales no nativos (arroz), especias (pimienta), bebidas espirituosas refinadas seleccionadas y aceite de oliva.

La evidencia obtenida de la literatura señala sin embargo ciertos elementos comunes en todos los grupos sociales: la apetencia por el pan (mientras más blanco, mejor), la elaboración de preparaciones asimilables a la "olla podrida" (con ingredientes múltiples en variedad y calidad) y el consumo de vino de uva.

Los productos citados en las novelas emblemáticas de la época son aquellos que se podían obtener con relativa facilidad en la meseta ibérica. Su presencia –y la práctica ausencia de otros productos– obedece al nicho ecológico de la región, con medios de comunicación insuficientes.

Los hábitos alimenticios de la España del Descubrimiento y Conquista obedecen a los determinantes ya indicados y pueden identificarse a partir del estudio de la literatura de la época.

BIBLIOGRAFIA

1. Pacheco VM. Determinantes de los hábitos nutricionales en una población: elementos fisiológicos, psicológicos, ecológicos, socio-económicos y culturales para una teoría integral. *Endocrinología Ecuatoriana* (Quito) 1993; 2: 141.
2. Pacheco VM. Del zea mays a la coca-cola. Evolución histórica de los hábitos alimenticios en la región norteandina del Ecuador. Quito: Facultad de Ciencias Médicas, 1991.
3. Rojas L. Aportes alimenticios del Viejo al Nuevo Mundo. Bogotá: Editorial Voluntad. 1993.
4. Cervantes M. El ingenioso hidalgo Don Quijote de la Mancha. Barcelona: Editorial Optima. 2ª ed. 2000.
5. Quevedo F. Historia de la vida del Buscón, llamado Don Pablos, ejemplo de vagabundos y espejo de tacaños. (1626). Madrid: Espasa-Calpe, 1977.
6. Alemán M. Aventuras y vida de Guzmán de Alfarache (1599). Barcelona: Planeta, 1985.
7. Anónimo. La vida de Lazarillo de Tormes y de sus fortunas y adversidades. (1554). 14º ed. Madrid: Editorial Cátedra. 1999.
8. Simón-Palmer ML. La alimentación y sus circunstancias en el Real Alcázar de Madrid. Madrid: Instituto de Estudios Madrileños. 1982.
9. s.a. Historia de la cocina madrileña. <http://www.ciberjob.org/cocina/historia/madrid.htm>. Consulta 12/nov/2003
10. Gázquez A. El origen de la cocina tradicional española y el Libro de Buen Amor. www.afuegolento.com/noticias/87/firmas/agazquez. Consulta 20/oct/2003.
11. Cobos-Fuentes, R. De El Quijote a la mesa. <http://www.jimena.com/cocina/apartados/quijote.htm>
12. Domingo X. De la olla al mole. Madrid: Ediciones Cultura Hispánica. 1984.
13. Camporesi P. El pan salvaje. Madrid: Editorial Mondibérica S.A. 1988.
14. Juan J, Ulloa A. Noticias secretas de América. Buenos aires: Ediciones Mar Oceano, 1953.
15. Davis NZ. El regreso de Martin Guerre. Barcelona: Antonio Bosch. 1984.
16. Sasss LJ. La mesa bien servida: cocina y banquete en el medioevo inglés. En: Kuper J. La cocina de los antropólogos. Barcelona: Tusquets Editores, S.A. 1984: 34-39.

ARTICULO ORIGINAL

SUSTANCIAS CAPACES DE PRODUCIR DEPENDENCIA: CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES Y CLASIFICACION

Antonio Salas Riczker¹, Mónica Esteves Echanique²

1 Médico, Hebeatra y Pediatra. Profesor de Farmacología, Escuela de Medicina, Universidad Central del Ecuador. Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina de la Adolescencia (SEMA) y miembro de la Academia Ecuatoriana de Neurociencias. 2 Médica, Hebeatra. Jefa del Programa de Atención Integral al Adolescente, Ministerio de Salud Pública. Sociedad Ecuatoriana de Medicina de la Adolescencia (SEMA).

Resumen

Se analiza las formas de consumo, la evolución cronológica de la adicción, las motivaciones que llevan a la farmacodependencia, sus consecuencias generales, los criterios diagnósticos de dependencia y abuso, tipos de consumidores y síndromes psiquiátricos. Asimismo, se plantea una vasta clasificación de las diversas sustancias que producen dependencia; abarca 5 grupos: estimulantes, depresoras, inhalantes, drogas de diseño y misceláneas. Finalmente, se reflexiona en la importancia de la labor interdisciplinaria y la participación de la familia, el maestro y el entorno.

Palabras claves: Psicofarmacología, adicción, dependencia, síndrome de abstinencia, tolerancia.

Summary

We analyze the forms of consume, cronological evolution of adiction, motivations, general consequences, criteria for diagnosis of dependence and abuse, types of consumers and psychiatric syndromes. The clasification of the drugs includes 5 groups: stimulants, depresants, inhalants, designed drugs and others. Finally, we reflect upon the importance of interdisciplinarity and participation of the family, teachers and environment.

KEY WORDS: Psychopharmacology, adiction, dependence, abstinence syndrome, tolerance.

INTRODUCCION

La acción de la droga no depende tan solo de sus características como fármaco sino de todo lo que de ella se espera, de lo que buscan quienes la consumen y la suministran y de lo que dicta el entorno.¹

Desde la década del cincuenta, en especial desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, la juventud ha buscado formas de identidad a través de lo que Erikson denomina "ritualización espontánea en la juventud". Calderón y Gaustein señalan: "Estas formas de ritualización han revestido diversos estilos, desde la 'Beat Generation' de los cincuenta, pasando por los beatniks, los yippies, los hippies, los hipsters, la revolución psicodélica y la religión del LSD, llegando a los actuales heavy-metal y punks. Todos ellos tuvieron algo en común: la búsqueda a través de la

creación de subculturas y en algunos casos de contracultura. Muchas de estas subculturas estuvieron ligadas al consumo de algunas drogas, pero dentro del contexto de una utopía: la vida comunitaria, el rescate de la dimensión espiritual, el retorno a las cosmovisiones indígenas o hindú, la exploración de espacios interiores. Con el correr del tiempo, sus símbolos se convirtieron en objetos de consumo y, al igual que sus ropas, su música y su lenguaje, fueron incorporados como un valor comercial más por el sistema y la droga echó raíces y fructificó. En aquellos tiempos se trataba de hashish, marihuana y LSD. Pero luego fueron la cocaína, las anfetaminas La búsqueda de nuevas drogas continúa: "crack", "kat" (catina, norpseudofedrina), psicofármacos, inhalantes.

Pero, ¿Qué hay en común entre aquellos jóvenes (que

renunciaban al "confort", al consumo, al "status", a los valores del sistema y se lanzaban a la búsqueda de una vida más espiritual y comunitaria, para quienes la droga era una especie de "pipa de la paz" compartida ritual y comunitariamente para "abrir las mentes") y el compulsivo adicto que en cualquier baño de la ciudad se inyecta su dosis, conseguida a cualquier precio? ¿Acaso el uno se transforma en el otro? y si es así, ¿Cómo devino uno en el otro? ¿Quiénes la promovieron y quiénes se beneficiaron de esa metamorfosis?

FORMAS DE CONSUMO

Se distinguen las siguientes formas de consumo de drogas (Tabla 1):²

Tabla 1.
Formas de consumo de drogas

Forma	Descripción
Experimental	Es un patrón de uso común a todas las drogas. Se prueban una o varias veces pero no se las vuelve a consumir.
Ocasional	Consumo intermitente sin adquirir dependencia psíquica ni fisiológica.
Episódica	Consumo con motivo de alguna circunstancia especial (fiesta, celebraciones).
Sistemática	Caracteriza a la drogadicción, con todas sus consecuencias (dependencia fisiológica, psíquica o ambas; tolerancia; deterioro progresivo o psico-orgánico).

EVOLUCION CRONOLOGICA DE LA ADICCION

La evolución cronológica de la adicción es un proceso semejante en todos los adolescentes que consumen drogas y se enmarca en las siguientes etapas³ (Tabla 2):

Tabla 2.
Etapas evolutivas hacia la farmacodependencia

Etapas	Característica
0	Vulnerable a las sustancias psicoactivas. Siente <i>curiosidad</i> por el uso de drogas.
1	Está <i>aprendiendo</i> a usar drogas.
2	<i>Busca</i> los efectos de la droga y adquiere sus propios suministros.
3	Está ensimismado y concentrado en los cambios de sus propios estados anímicos y se ha hecho <i>farmacodependiente</i> . (Necesita de las drogas para poder mantener el bienestar).
4	Estado <i>crónico</i> . A menudo sufre de un síndrome cerebral orgánico.

MOTIVACIONES

Es fácil que el adolescente con pocos recursos psíquicos encuentre en la droga un medio para escapar a la inseguridad y al aislamiento producidos por las dificultades de adaptación a su nueva situación. Puede buscar la droga para relajarse y tener la sensación de descubrir nuevas maneras de ser y de sentir sin vivir la angustia del cambio. La droga también puede representar la posibilidad de compartir experiencias vitales con los amigos y de ser comprendidos por ellos; ya no se es un individuo aislado y extraño sino uno más entre iguales.⁴

Podría considerarse la utilización de las drogas, por parte de los adolescentes, como un síntoma a través del cual expresan su conflictividad y, a la vez, un intento por solucionarla.⁴

La motivación por la cual los adolescentes inician el uso de alcohol o de drogas es de origen múltiple:³

- Curiosidad.
- Uso por parte de los padres o contemporáneos.
- Forma de ganar aceptación social.
- Resultado de baja autoestima.
- Búsqueda de cambios afectivos y perceptivos.
- Vencer la timidez y actuar de manera más

- "natural" en situaciones sociales.
- Alivio a una situación estresante.
- Desafío a la autoridad parental.
- Rito de pasaje.
- Forma de combatir el aburrimiento.
- Para facilitar una relación sexual.
- Respuesta a los mensajes publicitarios que asocian el fumar o el beber con la apariencia (el "sex-appeal") y la madurez.
- Comportamientos inducidos por transculturación.

CONSECUENCIAS GENERALES DE LA FARMACODEPENDENCIA

Se puede destacar algunas² (Tabla 3):

Tabla 3.
Consecuencias generales de la farmacodependencia

1. Reacciones antisociales: Hurtos, falsificación de recetas, prostitución (y subsecuentes infecciones de transmisión sexual), incremento de la agresividad, accidentes de tránsito, suicidios, homicidios, tráfico ilegal, síndrome de desmotivación.
2. Síndrome de déficit en la actividad: Astenia, interrupción de la actividad motora, disminución de la actividad intelectual, pasividad, introversión.
3. Infecciones y disminución del estado inmunitario: Debido a la falta de asepsia, la administración de drogas por vía inyectable, puede dar lugar a hepatitis viral, paludismo, endocarditis bacterianas y micóticas, abscesos subcutáneos, tétanos, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, tromboflebitis, osteomielitis, infecciones oculares, etcétera.
4. Peligro de sobredosificación: Es frecuente con opiáceos al inyectarse la dosis máxima de una etapa anterior después de un período de abstinencia, cuando se requeriría una dosis menor. Esta dosis "normal" en el consumidor crónico (adaptación por tolerancia) resulta excesiva después de un período de abstinencia y puede ocasionar la muerte por depresión respiratoria. A veces se denomina, de manera impropia, muerte por sobredosificación, a la producida por intoxicación, debida a las mezclas fraudulentas con que se suele mezclar ("cortar") la droga (estricnina, quinina, talco, polvo de ladrillo, etcétera).
5. Aparición de psicosis: Especialmente esquizofrenia en personas predispuestas, con el consumo de anfetaminas, LSD-25 y fenciclidina (PCP). Los consumidores de cocaína pueden desarrollar psicosis paranoides y depresiones graves.
6. Riesgo de escalada: Cuando se empieza el consumo de las indebidamente denominadas "drogas blandas", existe el riesgo comprobado de la escalada a drogas más activas y con mayor capacidad de producir dependencia; v.gr., heroína. Es importante señalar que los derivados del cáñamo (marihuana, hashish) y los alucinógenos constituyen, en muchas ocasiones, el primer peldaño de la escalada a una drogadicción, casi siempre irreversible.
7. Efectos tóxicos específicos.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE DEPENDENCIA Y ABUSO

La "American Psychiatric Association" propone los siguientes criterios diagnósticos^{3,5} (Tabla 4):

Tabla 4.
Criterios diagnósticos de dependencia y de abuso de psicofármacos

<p>DEPENDENCIA</p> <p>A. Por lo menos 3 de los siguientes criterios diagnósticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Consumo de sustancia en cantidades mayores o por un lapso más prolongado que el que la persona pretendía. 2) Deseo persistente o uno o más esfuerzos infructuosos de reducir o controlar el uso de la sustancia. 3) Gran cantidad de tiempo dedicado a actividades necesarias para obtener la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos. 4) Intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia frecuentes cuando se espera que cumpla sus obligaciones en el trabajo, escuela u hogar, o cuando el consumo de la sustancia es peligroso desde el punto de vista físico. 5) Disminución o suspensión de actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes, debido al uso de la sustancia. 6) Uso continuado de la sustancia pese a saber que se tiene un problema social, psicológico o físico persistente o recurrente provocado o exacerbado por el uso de la sustancia. 7) Síntomas de abstinencia característicos. 8) La sustancia se consume para evitar los síntomas de abstinencia. <p>Nota: Los ítems 7 y 8 no se pueden aplicar a la Cannabis, a los alucinógenos y a la fenciclidina.</p> <p>B. Algunos síntomas de la alteración han persistido durante no menos de un mes o han aparecido de manera reiterada por un período más prolongado.</p>
<p>ABUSO</p> <p>A. Patrón maladaptativo de uso de sustancias psicoactivas indicado por no menos de una de las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Uso continuado pese a saber que se tiene un problema social, ocupacional, psicológico o físico persistente o recurrente provocado o exacerbado por el uso de la sustancia. 2) Uso recurrente en situaciones en las que éste es físicamente peligroso (v.gr., conducir en estado de intoxicación). <p>B. Algunos síntomas de la alteración han persistido durante no menos de un mes o han aparecido de manera reiterada en un período más prolongado.</p> <p>C. Nunca cumplieron los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas para esta sustancia.</p>

TIPOS DE CONSUMIDORES Y SINDROMES PSIQUIATRICOS

Al parecer las personas que emplean psicofármacos con capacidad de producir dependencia pueden vivenciar un amplio espectro de síndromes psiquiátricos. Es práctico considerarlos bajo la clasificación de sociales, neuróticos y psicóticos⁶ (Tabla 5).

Tabla 5.

Clasificación de los síndromes psiquiátricos que vivencian las personas que emplean psicofármacos

SOCIALES	NEUROTICOS	PSICOTICOS
Están motivados por la curiosidad, la búsqueda de emociones o para adaptarse al grupo. Su tratamiento implica reeducación.	Expresión de conflicto emocional profundamente arraigado que requiere psicoterapia.	Puede ser expresión de enfermedad esquizoide, paranoide o maníaco-depresiva. Por lo general requieren fenotiazinas, antidepresivos, litio u otros fármacos.

Consumidores sociales: Por lo general están motivados por la curiosidad o la búsqueda de emociones. Pueden "jalar parejo" con la jorga, expresando según ellos "independencia" o buscando "identidad". Muy pocos toman la droga en forma regular o se habitúan.

Consumidores neuróticos: Son aquellos en quienes el consumo de la droga es la expresión de cualquier síntoma neurótico; es un intento para aliviar la ansiedad y restablecer el equilibrio psíquico al enfrentarse a conflictos de profundo arraigo y remolinos emocionales.

Consumidores psicóticos: No son, necesariamente, psicóticos todo el tiempo. Algunos lo son, y pueden en virtud de este hecho ser conducidos por individuos sin escrúpulos a multitud de problemas de diversas clases (delincuencia, promiscuidad, alcoholismo o ingestión de drogas). Otros aprenden a utilizar el alcohol, la marihuana u otras drogas cuando presienten un ataque de psicosis inminente. El intento, a menudo hecho sobre una base inconsciente es con el objeto de prevenirse del ataque (el cual es depresivo en su mayoría pero maníaco o esquizo-afectivo en ocasiones) y escapar de él.

CLASIFICACION DE LAS SUSTANCIAS QUE PRODUCEN DEPENDENCIA

Vamos a considerar numerosas sustancias clasificadas en diversos grupos: estimulantes, depresoras, inhalantes tóxicos, drogas de diseño y otras^{2,6,7,8,9,10,11} (Tabla 6).

Tabla 6.

Clasificación de las sustancias que producen dependencia

ESTIMULANTES				
Alucinógenas		Metilfenidato y anfetaminas		Otras
Psicodislépticas, Psicotógenas, psicotomiméticas, psicodélicas o alucinógenas propiamente	Cannabis sativa	Coca	ANFETAMINA DEXTROANFETAMINA METANFETAMINA FENMETRACINA	CAFEINA NICOTINA
LISERGIDA (LSD) MESCALINA HARMINA PSILOCIBINA BUFOTENINA FENCICLIDINA	MARIHUANA HASHISH DRONABINOL	COCAINA		

DEPRESORAS

Opiáceos	Etanol y sedantes		
	Barbitúricos	Benzodiazepinas	Otras
Benzomorfanos PENTAZOCINA Fenantrenos MORFINA HEROINA (diacetilmorfina) HIDROMORFONA DIHIDROMORFINONA OXIMORFONA CODEINA DIHIDROCODEÍNA OXICODONA HIDROCODONA BUPRENORFINA Fenilheptilaminas METADONA Fenilpiperidinas MEPERIDINA FENTANILO Morfinanos LEVORFANOL	Acción corta SECOBARRBITAL PENTOBARBITAL Acción intermedia AMOBARBITAL	Acción ultracorta TRIAZOLAM Acción corta ALPRAZOLAM LORAZEPAM Acción intermedia BROMAZEPAM CLONAZEPAM NITRAZEPAM FLUNITRAZEPAM Acción prolongada DIAZEPAM CLORAZEPATO CLORDIAZEPÓXIDO FLURAZEPAM	Alcoholes CLORAL HIDRATO ETCLOROVINOL Carbamatos ETINAMATO Dicarbamatos MEPROBAMATO Piperidindionas GLUTETIMIDA METIPRILON Quinazolona METACUALONA Misceláneos ZOLPIDEM ZALEPTON

INHALANTES

Anestésicos	Solventes	Nitritos orgánicos	Misceláneas
Acetona Aerosoles Barnices Cloroformo Dietiléter Óxido nitroso	Benceno Cementos de caucho Gasolina Pegamentos Propelentes de aerosoles Rociadores de pintura	Nitrito de amilo Nitrito de butilo Nitrito de isobutilo	Betún Insecticidas Keroseno Lacas Oxido de etileno Tetracloruro de carbono, tricloroetileno y otros líquidos limpiadores Tolueno (metilbenceno)

DROGAS DE DISEÑO

Feniletilaminas	Derivados de opiáceos	Arilexilaminas	Derivados de metacualona
DOB DOM (STP) 2CB/MFT (after-turner) MDA (droga del amor) MDMA (éxtasis, Adán, XTC, M&M) METANFETAMINA (Speed, crack, meth, ice) N-etil MDMA (Eva) PMA TMA-2	Del fentanilo AMAF AMF (China white) PFF 3MF De meperidina MPPP MPTP	Fenciclidina (PCP) (Polvo de ángel) PCC PCE PHP TCP	Meclocualona Nitrometacualona

MISCELANEAS

Anticolinérgicos	Antihistamínicos	Antidepresivos	Esteroides
ESCOPOLAMINA TRIHEXIFENIDILO	DIFENHIDRAMINA CICLIZINA TRIPLEENAMINA	Tricíclicos AMITRIPTILINA IMIPRAMINA CLOMIPRAMINA Tetracíclicos MAPROTILINA MIANSERINA	METANDROSTELONA

CONCLUSION

"En toda locura encontramos la realidad y su distorsión, la seguridad obstinada y el terror recóndito, la fuerza y la impotencia. No podemos mirarla de lejos ni acompañarla con alegría porque encierra un proyecto de muerte anticipada (...). Rehuyendo entonces la omnipotencia de la palabra declamada, nos disponemos a escuchar, a descifrar, a aprender"^{1,12}.

Tanto para la tarea preventiva como para la asistencial y de inserción social, se requiere de un grupo interdisciplinario que maneje técnicas preventivas y educativas de salud, tenga actitud y aptitud para ver el problema desde antes de su inicio, mirando a la población adolescente con enfoque de riesgo y ofreciendo factores protectores. Cuando recién se inicia, la idea es enfrentarlo con capacidad para trabajar en equipo interdisciplinario, enmarcando el trabajo profesional, reconociendo los límites de su pertenencia y de su saber. Dicho grupo debe tener la amplitud de escuchar, de complementarse entre sí y de dar cabida al docente, al vecino, al familiar, a la institución que participan.

Si realmente se quieren lograr resultados y disminuir la farmacodependencia, cabe efectuar un trabajo participativo integral de una comunidad organizada. Dicha participación será efectiva en la tarea de prevención de la farmacodependencia si es realmente transformadora y no solamente una participación que en el mejor de los casos logre dar conciencia y argumentos técnicos a grupos de madres y adolescentes que luego ayudarán en tareas básicas sanitarias, pero que realmente tendrán poca o nula participación en los niveles de decisión de políticas de salud. También es la participación comunitaria efectiva la que se requiere en el campo de la rehabilitación o prevención terciaria que resulta incompleta si no la acompaña la comunidad y la familia a la que pertenece el paciente.

La familia, como núcleo de referencia y de identidad, constituye un espacio básico y primario para el desarrollo del niño y del adolescente que puede tener una participación activa en los modelos de prevención de la farmacodependencia, ya sea incluida en los grupos de prevención primaria o trabajando junto al joven enfermo, en grupos terapéuticos, grupos de orientación o grupos multifamiliares. Por eso difícilmente alguna institución en los países latinoamericanos plantea el tratamiento exitoso de un individuo farmacodependiente si no es con la participación familiar. Una de las principales preguntas que suelen hacer los padres en el primer encuentro con el equipo de profesionales es: ¿cuáles son los signos para que nos demos cuenta si nuestro hijo es farmacodependiente? Obviamente, la respuesta consiste en analizar cuáles son los signos que indican mucho antes la mala o inadecuada relación de ese hijo con sus padres. Una vez que el problema se sitúa en el campo de la salud mental resulta mucho más fácil motivar o involucrar a los padres en la tarea preventiva, ya que de lo contrario, si se tratara de un problema de drogas exclusivamente (como aquellos tienden a creer), sería tan solo cuestión de "vigilar", de estar alertas para "separar", "aislar" al joven de la droga en el momento en que ésta lo "ataca". Esta concepción deja a los padres ajenos al problema, ya que no los compromete ni los involucra en un cambio que debe ser de todos. De igual forma, no compromete a la comunidad en un cambio en el que la participación guíe la toma de decisiones hacia el bienestar por ella señalada como deseable; es negarle su colaboración, alimentando la fantasía fácil pero costosa, de que la eliminación de los "elementos indeseables" es su mejor defensa.

Cabe mencionar, por fin, el papel del maestro quien, junto a los padres, contribuye a consolidar la identidad del niño. Es pertinente que el maestro no solo se involucre en este problema cuando los equipos profesionales van a dar conferencias a sus escuelas,

sino que como el médico, debe tener aptitud y actitud **para** conversar con ellos, para ser realmente su amigo **y el** interlocutor válido frente al transcurrir cotidiano **de un** adolescente. Es desde ese vínculo desde donde **seguramente** estará en condiciones de ayudar cuando **el** problema de drogas surja como tantos otros **conflictos** juveniles.

Las tareas cotidianas de los equipos capacitados que **trabajan** con modelos preventivos tendrá sentido y **sar**án satisfactorias si, además, están integrados con **otras** temáticas; v.gr., adolescencia, sexualidad o todas **aquellas** que le hagan percibir al adolescente como un **ser** único biopsicosocial y espiritual con capacidad de **valorarse** y buscar nortes y proyectos de vida, en los **cuales** la droga no esté incluida.

Actualmente, se ha comprobado que las estrategias de **promoción** de salud, mediante el "empoderamiento" **de los** líderes adolescentes y la transmisión de **mensajes** de "adolescentes para adolescentes" serán **siempre** una arma efectiva para lograr la meta de todo **equipo** de salud: la prevención. Sin embargo, cuando **los dos** pasos anteriores (promoción y prevención) no **han** dado resultados, será imprescindible una buena **educación** en resiliencia tanto al adolescente como a **sus** padres y maestros. Superar la adicción a las **drogas** se convierte a veces en una tarea titánica, pero **no** imposible. Lo que sí hay que tener claro que es una **meta** compartida, proactiva, participativa cuyo éxito **depende** de un "eje transversal" que cruza todo este **camino**: el afecto y el diálogo.

REFERENCIAS

1. Gillone A: Drogadicción: un síntoma. En: Maddaleno M, Munist MM, Serrano CV, et al (eds), La Salud del Adolescente y del Joven. Publicación científica No. 552, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, EUA, 1.995:217-223.
2. Lorenzo P, Leza JC, Lizaasoain I: Drogodependencias. En: Velasco Martín A, Fernández PL, Serrano Molina JS, et al, Farmacología Velásquez, 16ta. Edición. Interamericana-McGraw-Hill, Madrid, España, 1.993:498-529.
3. Silber TJ, Munist M: Abuso de sustancias. En: Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M (eds), Manual de Medicina de la Adolescencia. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud No. 20. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, EUA, 1.992:519-528.
4. El fenómeno de las drogas. En: La Adolescencia, consultor de psicología infantil y juvenil. Grupo Editorial Océano, Barcelona, España, 1.985:239-262.
5. Schonberg SK: Drogadicción. En: McAnarney ER, Kreipe RE, Orr DP, et al, Medicina del Adolescente. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1.994:1.099-1.113.
6. Anderson D, Solomon P: Drogadicción. En: Solomon P y Patch VD, Manual de Psiquiatría. El Manual Moderno S.A., México DF, México, 1.972:186-196.
7. Samaniego Rojas E, Fundamentos de Farmacología Médica, quinta edición. Editorial de la Universidad Central, Quito, Ecuador, 1.999:77-84,307-313,315-326,327-344.
8. Trevor AJ, Katzung BG, Masters SB: Drugs of abuse. En: Katzung&Trevor's Pharmacology, sixth edition, International Edition. Examination and Board Review. Lange Medical Books/McGraw-Hill, Medical Publishing Division. United States of America, 2.002:287-295.
9. Eliastam M, Sternbach GL, Bresler MJ: Manual de Medicina de Urgencia, quinta edición. Mosby-Year Book Wolfe Publishing. Ediciones Hispanoamericanas Ltda, Santafé de Bogotá, 1.992:435-521.
10. Drug Information for the Health Care Professional, USP DI, 19th edition, volume I. United States Pharmacopeial Convention, Inc. Micromedex Inc, Englewood, CO, U.S.A., 1.999.
11. O'Brien CP: Adicción y abuso de drogas. En: Hardman JG, Limbird LE (eds), Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica Goodman&Gilman, vol I, décima edición. McGraw-Hill-Interamericana, México DF, México, 2.001:629-651.
12. Grimson R: La cura y la locura. Ediciones Búsqueda, Buenos Aires, Argentina, 1.983.

ARTICULO ORIGINAL

METODOLOGIA DE EVALUACION DEL DESARROLLO EN NIÑOS/AS DE 2 MESES A 5 AÑOS DE EDAD

Linda Arturo Delgado¹

¹ Posgrado de Pediatría, Instituto Superior de Posgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central, Quito - Ecuador.

Resumen

La evaluación del desarrollo infantil y sus problemas asociados en los servicios de salud es indispensable, pues el desarrollo es un indicador de bienestar social. Los pediatras nos encontramos en una posición privilegiada para vigilarlo y liderar el equipo multidisciplinario de atención. Sobre esta base y con la necesidad de evaluar sistemáticamente el desarrollo en nuestro medio, la presente investigación se efectuó en los niños/as de 2 meses a 5 años de edad de la Consulta Externa de Pediatría del Hospital de Niños "Baca Ortiz" (Quito), durante el período febrero 2001 - enero 2003. Se utilizaron dos formularios sugeridos por la OMS/OPS adaptados a nuestro medio, especialmente en el lenguaje. **El 19% de los niños/as evaluados con tales formularios presentó alteraciones.** Este porcentaje fue más alto que el reportado en el país y en el extranjero. La mayoría de estos niños/as fueron varones de 18 meses de edad, con una discrepancia en el desarrollo cronológico de 9 meses. El área más afectada fue la locomoción (45%) y la menos alterada, la coordinación visomotora (17%). El 50% de niños/as acudió a controles subsecuentes. Los servicios de subespecialidad a donde fueron referidos, respondieron a sus necesidades de atención. **El juicio clínico, sin el apoyo de los instrumentos antes mencionados, no es suficiente porque sólo identifica el 3% de niños/as con alteraciones.** Por lo tanto, se necesitan pruebas de evaluación con orientación biopsicosocial y adecuadas para cada población. Los formularios modificados y usados en esta investigación demostraron ser una buena opción; su aplicación permitió reconocer rápidamente a los niños/as con alteraciones del desarrollo y determinar sus problemas asociados.

PALABRAS CLAVES : Desarrollo infantil, problemas asociados, pruebas de evaluación, formularios.

Summary

The evaluation of the infantile development and their associate problems in the services of health are indispensable, because the development is an indicator of social well being. The pediatricians are in a privileged position to watch over him and to lead the multidisciplinary team of attention. On this base and with the necessity of evaluating the development systematically in our population, the present investigation was made in the children of 2 months to 5 years of age of the External Consultation of Pediatrics of the "Baca Ortiz" Children's Hospital (Quito), during the period February 2001 - January 2003. Two forms were used, suggested by the OMS/OPS and adapted to our population, especially in the language. **19% of the children evaluated with such forms presented alterations.** This percentage was higher than the one reported in our country and abroad. Most of these children were male of 18 months of age, with a discrepancy in the chronological development of 9 months. The most affected area was the locomotion (45%) and less altered was the coordination vision-motor (17%). 50% of the children went to subsequent controls. The subspecialty services to where they were referred, responded to their necessities of attention. **The clinical approach, without the support of such instruments, is not enough because it only identifies 3% of children with alterations.** Therefore, evaluations tests are needed with orientation biopsicosocial and appropriate for each population. The modified forms used in this investigation, demonstrated to be a good option; their application allowed to recognized quickly to the children with alterations of the development and to determine its associate problems.

KEY WORDS: Infantile development, associate problems, evaluation tests, forms.

Dirección para correspondencia: Instituto Superior de Posgrado, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central el Ecuador. Iquique y Sodiro s/n. Teléfono: 2 238 960. E-mail: l.arturo@andinanet.net Quito-Ecuador.

INTRODUCCION

El desarrollo infantil se define como "el proceso cualitativo que produce el progresivo perfeccionamiento funcional de los órganos y sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones." ⁽¹⁾ Desarrollo significa perfeccionamiento a través de cambios progresivos, graduales en "la estructura y composición de los aspectos físico, emocional, mental y social del individuo." ⁽²⁾ Mientras que el desarrollo es un proceso cualitativo, el crecimiento implica cambios anatómicos cuantificables. El adecuado crecimiento, desarrollo y la interrelación armoniosa con los factores biológicos y sociales son fundamentales para alcanzar un alto nivel de bienestar en el niño/a. Bienestar es la "capacidad de llevar una vida plena, creativa y alentadora." ⁽³⁾

De hecho, la Organización Mundial de la Salud ha definido como Salud "un estado de perfecto [óptimo] bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad." ⁽⁴⁾

El bienestar y el desarrollo infantil implican la interrelación de múltiples variables: salud, condiciones ambientales, económicas, sociales, etc. ⁽⁵⁾ Factores intrínsecos (genética, estímulos hormonales, etc.) y extrínsecos (familia, sociedad) determinarán, en última instancia qué nivel de desarrollo alcanzará un niño/a. ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾

Los primeros años de vida para el niño/a son vitales, porque en este período de tiempo se empieza a formar y desarrolla el cuerpo y la mente; se aprende la manera de interactuar con el medio y a convivir con los demás. De acuerdo al UNICEF, "la mayor parte del desarrollo maravilloso del cerebro ocurre antes de que el niño cumpla 3 años de edad." ⁽¹⁰⁾ Además, la "calidad no material" ⁽¹¹⁾ de la vida del niño/a y de su familia es difícil de medir, pero se puede tener un acercamiento mediante la identificación de los problemas que se asocian al desarrollo del niño/a. Por lo tanto, la evaluación del desarrollo es una de las mejores estrategias para determinar el nivel de bienestar de un niño/a. Este hecho es de suma importancia si tomamos en cuenta que la población de niños/as menores de 5 años en el Ecuador es de 1'803.341 (14.8% de la población total). El 50.9% son niños y el 49.1% son niñas (VI Censo de Población y Vivienda, 2001).

La importancia de la evaluación del desarrollo infantil radica en diferenciar oportunamente entre el niño/a que tiene una alteración en el desarrollo (identificación precoz de alteraciones), del/a que se manifiesta con variaciones del patrón normal (verificación del adecuado desarrollo). La aplicación de pruebas de evaluación del desarrollo garantiza la

adecuada vigilancia en un período crítico del ser humano. De esta forma, el desarrollo se enmarca en un modelo de investigación biopsicosocial.

La OPS y varios autores ⁽¹²⁾ certifican que en la actualidad, la mayoría de servicios de salud de América Latina, aplican programas de evaluación del crecimiento y desarrollo, sin embargo la valoración del progreso en la esfera del desarrollo y la detección oportuna de alteraciones asociadas es "inferior al de crecimiento". ⁽¹³⁾

Autores como Glascoe ⁽¹⁴⁾ han alertado sobre obstáculos que impiden o limitan dicha evaluación: características del niño/a, factores familiares, mitos y creencias, falta de motivación, conocimientos y/o tiempo del examinador, obstáculos en los servicios de salud (distancia y tiempo), características de las pruebas de evaluación, etc.

Cabe entonces preguntar, ¿éstos hechos corresponden a la realidad de cuanto ocurre en el Ecuador en materia de evaluación del desarrollo? Para dar una respuesta a este interrogante y como punto de partida para la presente investigación se realizó en Junio del 2001 un estudio piloto en la Consulta Externa del Hospital de Niños "Baca Ortiz". Se revisaron, de manera aleatoria, las hojas 028 (Anamnesis, Examen Físico y Control Infantil) de 200 historias clínicas de niños/as entre 2 meses y 5 años de edad.

En este análisis, se encontró que 30 hojas 028, equivalentes al 15% de las 200 historias analizadas, tenían el registro por escrito de la evaluación del desarrollo, pero sin establecer el mecanismo de valoración. Tomando en cuenta los datos reportado en el Ecuador sobre deficiencias, sólo el 3% de niños/as con alteraciones del desarrollo estarían siendo identificados. Estos hechos evidencian la necesidad urgente de aplicar en la Consulta Externa una prueba, tipo encuesta de fácil manejo para evaluar el desarrollo de todos los niños/as atendidos/as. Por otro lado, los patrones de desarrollo requieren de validaciones que respondan a las características socioculturales de cada región.

El protocolo de la presente investigación se basó en el modelo sugerido en el "Documento de Investigaciones Operativas sobre Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI – enero 2000". La AIEPI es una de las estrategias de la OMS/OPS, diseñada en 1992 para disminuir la morbimortalidad de los niños/as menores de 5 años en todo el mundo, a través de capacitación, información y educación. Esta estrategia se fundamenta en pruebas científicas. "La medicina basada en evidencias enfatiza la importancia de evaluar evidencias de las investigaciones clínicas y previene el uso de la intuición, experiencia clínica no sistematizada y razonamientos fisiopatológicos no

probados para la toma de decisiones." ⁽¹⁵⁾ Además, la OPS advierte que la focalización de la atención del niño/a por motivo de consulta es uno de los obstáculos de la evaluación del desarrollo. Por eso la estrategia AIEPI sugiere aprovechar "todas las visitas del niño/a, sano o enfermo/a, a la consulta para evaluarlo integralmente, y no solamente por el motivo de consulta." ⁽¹⁶⁾

Con estos antecedentes, la presente investigación se llevó a cabo con el fin de determinar y validar los instrumentos más adecuados para evaluar el desarrollo de los niños/as entre 2 meses y 5 años de edad que acuden a las consultas externas de Pediatría.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal para estudio de prevalencias.

Por el tipo de diseño de la investigación, se efectuó el análisis descriptivo de las variables, previa su operacionalización.

Para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central, como el promedio o media; y medidas de dispersión, como la desviación estándar. Para las variables cualitativas se escogieron los porcentajes y las razones.

Como instrumentos se seleccionaron dos formularios tipo encuesta, propuestos en el "Documento de Investigaciones Operativas sobre Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - enero 2000" de la OMS/OPS. Estos formularios fueron adaptados en lenguaje y contenido para su aplicación en la población escogida.

El Formulario 1 para la "Evaluación del Desarrollo del niño/a de 2 meses a 5 años de edad" es una prueba primaria de evaluación del desarrollo tipo encuesta. El tiempo estimado de su aplicación es de aproximadamente 3 minutos. Este formulario se fundamenta en los criterios de evaluación del desarrollo de la OMS/OPS, para las áreas psicomotora (locomoción y coordinación visomotora), psicosocial e intelectual. ⁽¹⁷⁾ Con este formulario se investigan, de acuerdo a la edad cronológica, los hitos del desarrollo de los diferentes períodos de evolución del pensamiento, los mismos que se basan en la teoría de la personalidad de Jean Piaget. ^{(18) (19)}

El Formulario 2 para la "Identificación de problemas asociados en niños/as de 2 meses a 5 años de edad con alteración del desarrollo" investiga la prevalencia y las características de varios factores biológicos y sociales que influyen en los niños/as con alteración del desarrollo. El tiempo estimado de su aplicación es de 4 minutos aproximadamente. Este formulario se fundamenta en los índices de Desarrollo, Pobreza,

Derechos del Niño/a, en las Metas de la Cumbre UNICEF de la Infancia de 1990 y en las Metas de Supervivencia del UNICEF. ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾⁽²²⁾ Los problemas se clasifican por sus características en cuatro grupos: Familia, Cuidado del Niño/a, Vivienda y Cuidado de la Salud Familiar.

Se realizaron algunas modificaciones a los formularios originales propuestos por la OMS/OPS. Dichas modificaciones consistieron, fundamentalmente en adaptar el lenguaje a las personas que serían encuestadas y en aumentar ciertas variables de interés para la población a ser investigada, tales como: antecedentes patológicos familiares, tipo de familia, número de hijos/as, estado civil de la madre, alcoholismo en la familia, cuidado del niño/a", trabajo de la persona que cuida al niño/a, número de controles prenatales, concurrencia a un centro de cuidado diario y presencia de hacinamiento. Se tomó como universo de referencia 8.182 niños/as de 2 meses a 5 años de edad, atendidos en la Consulta Externa de Pediatría del Hospital de Niños "Baca Ortiz", durante el año 2000. Al ser un hospital de referencia nacional, la investigación realizada en el "Baca Ortiz, permite tener la seguridad de que los datos obtenidos nos acercan a la realidad nacional sobre la evaluación del desarrollo y sus problemas asociados.

El cálculo de la muestra, en base a este universo se realizó con el programa Epi Info 6 para un estudio descriptivo. La prevalencia más alta esperada para alteraciones del desarrollo en la población a ser investigada, se consideró en 20% y la prevalencia más baja esperada en 10%. El nivel de confianza estimado fue del 99.9%. La muestra resultante fue de 200 niños/as de 2 meses a 5 años de edad para ser evaluados. De éstos/as, 106 fueron mujeres y 94 varones. La asignación de los niños/as se realizó con el método aleatorio simple, de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: niños y niñas de 2 meses a 5 años de edad, atendidos en la Consulta Externa de Pediatría del Hospital de Niños "Baca Ortiz" (Pediatría General), entre agosto del 2001 y enero del 2002, que consultan por cualquier causa (control de niño/a sano o enfermedad.); la persona que acude con el niño/a autoriza la realización de la investigación y firma el documento de Consentimiento Informado. Criterios de exclusión: niños y niñas menores de 2 meses de edad y mayores de 5 años de edad, acuden a consultas de subespecialidad en el Hospital de Niños "Baca Ortiz"; la persona que acude con el niño/a no autoriza la realización de la investigación.

El grupo de 200 niños y niñas escogidos/as aleatoriamente fue evaluado inmediatamente antes de

su ingreso al consultorio del médico tratante de la Consulta Externa de Pediatría del Hospital de Niños "Baca Ortiz", durante el período comprendido entre agosto del 2001 y enero del 2002.

Previo aplicación de los Formulario 1 y 2, se solicitó la autorización por escrito de la persona que acudió con el niño/a a la Consulta Externa de Pediatría del Hospital de Niños "Baca Ortiz", mediante la lectura y firma del formulario de Consentimiento Informado, en donde se describen los objetivos y beneficios de la investigación. La lectura y firma del formulario de Consentimiento Informado se llevó a cabo en presencia de un testigo, que también firmó en dicho documento.

Luego de cumplido este requisito, se aplicó el Formulario 1 "Evaluación del Desarrollo del niño/a de 2 meses a 5 años" a los 200 niños y niñas. Las preguntas del Formulario 1 fueron realizadas a la persona que acudió con el niño/a, de preferencia aquella que lo/la cuida. El tiempo estimado para la aplicación del Formulario 1 fue de 3 minutos por niño/a. Para la interpretación del Formulario 1, se estableció que un hito no logrado equivale al 25% de discrepancia con la conducta esperada, lo que sugiere una posible alteración del desarrollo. En el caso de niños/as con antecedentes de prematuridad, se realizó la evaluación del área motriz de acuerdo con su edad corregida.

El Formulario 2 "Identificación de problemas asociados en niños/as de 2 meses a 5 años con alteración del desarrollo" se aplicó a la persona que acudió con los niños/as que presentaron alguna deficiencia del desarrollo, identificados mediante el Formulario 1. El tiempo para la aplicación del Formulario 2 fue de 4 minutos por niño/a.

En la historia clínica de cada uno de los niños/as con alteración del desarrollo se verificó si alguno de ellos/as había tenido consultas previas por deficiencia en el desarrollo.

El médico tratante de la Consulta Externa de Pediatría que revisó al niño/a fue informado de los hallazgos de la evaluación, con el fin de programar controles subsecuentes y/o referencia al servicio de especialidad, de acuerdo a las necesidades de cada niño/a.

Seis meses después de la entrevista inicial, se revisaron nuevamente las historias clínicas de los niños/as identificados con alteración del desarrollo, a fin de obtener información sobre la vigilancia subsecuente del desarrollo.

RESULTADOS

De los 200 niños/as evaluados en su desarrollo,

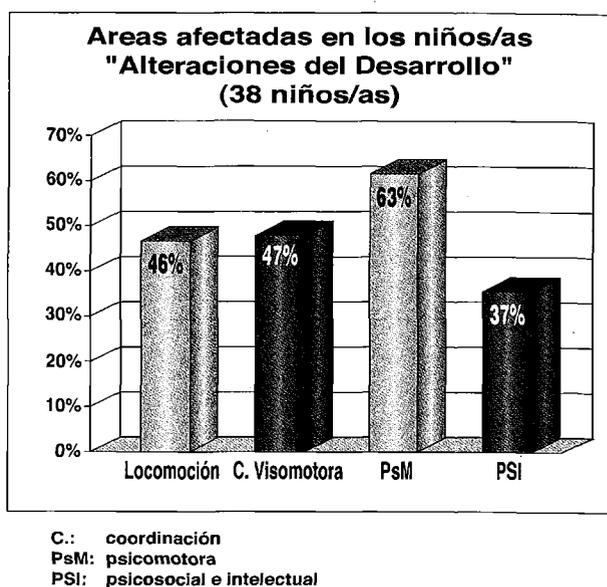
mediante el Formulario 1, el 19% presentó alteraciones en alguna de las áreas psicomotora o psicosocial-intelectual.

En la Figura 1, se aprecia la prevalencia de las alteraciones del desarrollo, de acuerdo a las áreas investigadas. Más de la mitad de los niños/as tiene afectación en el área psicomotora.

El Formulario 2 permitió identificar la prevalencia y características de los problemas asociados al desarrollo. Fue útil para establecer el perfil del niño/a con alteración del desarrollo, en base a las características y prevalencia de los problemas; a nivel personal, de su familia, vivienda y el cuidado de su salud. A continuación se indican los principales resultados obtenidos de la aplicación del Formulario 2.

Figura 1.

Áreas afectadas en los niños/as de 2 meses a 5 años de edad con alteraciones del desarrollo



Características del niño/a identificado con alteración del desarrollo

Los niños/as con alteración del desarrollo tienen en su mayoría entre 12 y 59 meses de edad (55,3%), son varones y acuden por presentar principalmente, enfermedades prevalentes de la infancia. La mitad de estos niños/as presentan antecedentes patológicos personales de importancia (APP).

En relación a la edad cronológica, la media es de 18 meses de edad +/- 13.2DS, con un rango de 4 a 59 meses de edad. La media de meses de retraso es de 9.6 meses +/- 7.7DS, con un rango de 2 a 36 meses de retraso. El mayor número de niños/as con alteración del desarrollo tiene 9 meses de edad cronológica (13.2%), seguido de 18 meses de edad cronológica; con un promedio de 9 meses de retraso.

Características de la familia

La mayoría de niños/as con alteración del desarrollo son los hijos/as menores de familias nucleares, donde el padre es el jefe del hogar. Es importante anotar que las familias anucleares son más numerosas que las extendidas y que la madre es jefa del hogar en una de cada cinco familias.

Características de la vivienda

Se observa un predominio de las viviendas en zonas urbanas. Más de la mitad de los niños/as con alteración del desarrollo viven en hacinamiento, aunque sus viviendas cuentan con servicios básicos de saneamiento ambiental. Tabla 1.

Tabla 1.

Característica de la vivienda de los niños/as con alteración del desarrollo.

VARIABLE	n	%
Ubicación geográfica	29	76.3
Urbana		
Rural	9	23.7
Presencia de hacinamiento	21	55.3
Disponibilidad de agua en el interior	30	78.9
Disponibilidad de eliminación de excretas	38	100

Características del cuidado de la salud familiar

La mayoría de madres acudieron a servicios públicos de salud para la atención de salud antes y durante el nacimiento de sus hijos/as. El 15.8% de los niños/as con alteración del desarrollo nacieron en otro sitio diferente a un servicio de salud pública (consultorio particular o domicilio). Tabla 2.

Tabla 2.

Acceso a los servicios de salud de los niños/as con alteración del desarrollo.

LUGAR	CONTROL PRENATAL		NACIMIENTO	
	n	%	n	%
Servicio de salud público	35	92.1	32	84.2
Consultorio particular	2	5.3	3	7.9
Domicilio	0	0	3	7.9
Ninguno	1	2.6	0	0
TOTAL	38	100	38	100

Casi todas las madres de los niños/as con alteración del desarrollo asistieron por lo menos a un control

prenatal (CPN), pero sólo la mitad de estos controles fueron precoces y periódicos. Al momento de la entrevista, 21 (55.2%) personas encargadas de los niños/as presentaron el Carné de Salud y Vacunación. El alojamiento conjunto se cumplió en la mitad del grupo de niños/as y un gran porcentaje de ellos/as no se alimentaron de sus madres en la primera hora de vida. El 18.4% de niños/as con alteración del desarrollo lactaron de su madre por primera vez en la primera hora de vida, mientras que el 81.5% lo hicieron después.

Del total de niños/as con alteración del desarrollo, el 52.6% ingirió otro alimento diferente a la leche materna luego del nacimiento. Tabla 3.

Tabla 3.

Características del control prenatal y atención de salud postnatal de los niños/as con alteración del desarrollo

VARIABLE	SI		NO	
	n	%	n	%
Control Prenatal	37	97.4	1	2.6
Control Prenatal Precoz	22	57.9	16	42.1
Control Prenatal Periódico	23	60.5	15	39.5
Alojamiento conjunto	19	50	19	50
Lactancia materna precoz	7	18.4	31	81.6
Primer control del niño/a sano/a	30	78.9	8	21.1
Control periódico del niño/a*	20	52.6	18	47.4
Vacunación al día*	32	84.2	6	15.8

*La información se obtuvo mediante la certificación verbal de la persona que acudió con el niño/a y de la revisión del Carné de Salud.

Atención subsecuente de los niños/as con alteraciones

Seis meses después de la entrevista inicial, se revisaron las historias clínicas de los 38 niños/as con alteración del desarrollo. Se encontró que el 44.7% (14 de los 38 niños/as) asistieron a consulta subsecuente del desarrollo en uno o varios servicios de referencia de la Consulta Externa de Pediatría del Hospital de Niños "Baca Ortiz". Los niños/as con afectación en cualquiera de las tres áreas del desarrollo tuvieron consultas de seguimiento en los servicios de Consulta Externa de Neurología, Rehabilitación y Psicología. Los servicios de subespecialidad estuvieron de acuerdo a las necesidades de atención. Tabla 4.

Del grupo de niños/as con alteración del desarrollo

Tabla 4.

Ralación entre consultas subsecuentes y áreas afectadas en los niños/as con alteración del desarrollo

AREA	TOTAL		Locomoción		Coordinación visonotora		Psicointelectual y social	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Neurología	17	36.2	8	36.4	5	45.5	4	28.6
Rehabilitación	16	34.2	7	31.9	4	36.4	5	35.8
Psicología	10	21.2	5	22.7	2	18.1	3	21.4
Pediatría	2	4.2	1	4.5	0	0	1	7.1
Traumatología	2	4.2	1	4.5	0	0	1	7.1
TOTAL	47	100	22	100	11	100	14	100

que acudieron a consultas subsecuentes, casi la mitad se encuentran bajo el cuidado directo de la madre. Tabla 5.

Tabla 5.

Asistencia de los niños/as con alteración del desarrollo a consulta subsecuente, desagregada por vivienda y responsable del cuidado del niño/a

ASISTENCIA		NO		SI	
		n	%	n	%
RESPONSABLE DEL CUIDADO DEL NIÑO/A	Madre	12	54.5	10	54.5
	Otra persona	6	75	2	25
	Asistencia a CCD	5	62.5	3	37.5

Un hecho importante es que, antes de la primera entrevista el 57% de niños/as con antecedentes severos de alteraciones del sistema nervioso central (SNC) tenían control de desarrollo en alguna consulta previa. Seis meses después de la entrevista inicial, se verificó que este porcentaje subió al 86%.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

El Formulario 1 fue útil como prueba de selección primaria para evaluar el desarrollo de los niños/as de 2 meses a 5 años de edad de la Consulta Externa del Hospital de Niños "Baca Ortiz". Permitió identificar de forma más confiable y exacta a los niños/as con alteraciones de desarrollo. Este hallazgo confirma que la aplicación de pruebas para la evaluación del desarrollo ayuda a detectar alteraciones de manera más exacta, segura y completa, que el juicio clínico. La Academia Americana de Pediatría (AAP) en su declaración de las políticas sobre "Vigilancia del desarrollo y screening de infantes y niños pequeños (RE0062-2000)"⁽²³⁾, advierte que si no se utilizan pruebas estandarizadas, casi el 50% de niños con

retraso mental no serán diagnosticados hasta después de los tres años de edad, debido a que muchos problemas no son tan obvios en edades tempranas. Por lo tanto, descubrir alteraciones del desarrollo es un verdadero desafío.

Las pruebas tipo encuesta son sencillas y rápidas de aplicar. El entrevistador tarda apenas 3 minutos, esto es de vital importancia en los servicios de consulta externa, donde sólo se disponen de 15 a 20 minutos para atender a cada paciente. Otras ventajas de este tipo de pruebas son su confiabilidad (la sensibilidad llega al 80%)⁽²⁴⁾, bajo costo y el incentivar la participación de los padres en el cuidado de sus hijos/as. El porcentaje de niños/as con alteración del desarrollo (19%) identificados mediante el Formulario 1 (prueba de evaluación primaria) es más alto en relación a las cifras encontradas en la bibliografía revisada, tomando en cuenta que las investigaciones sobre evaluación del desarrollo con pruebas primarias en niños/as de 2 meses a 5 años son escasas. En Chile se reporta una prevalencia de deficiencias en niños/as de 12%⁽²⁵⁾, en Estados Unidos entre 12% y 16%⁽²⁵⁾. En el Ecuador, la única fuente de datos sobre deficiencias del desarrollo; en términos generales y no sólo de discapacidades es la EMEDINHO 2000⁽²⁷⁾. Los resultados de esta encuesta señalan que 12% de niños/as entre 2 y 9 años de edad tienen algún tipo de alteración del desarrollo, según la apreciación de sus madres. La diferencia entre estos datos y el resultado de la investigación puede deberse a que las pruebas de evaluación no son las mismas; en Chile se utilizó el EEDP, en Estados Unidos pruebas de evaluación secundaria y el EMEDINHO 2000 una encuesta a las madres, mientras que para la presente investigación se usó el Formulario 1 de la OMS/OPS.

Es rescatable anotar que el 10.5% de niños/as con alteración del desarrollo tienen un control previo por alteraciones del desarrollo, pero estos pacientes tiene patologías muy evidentes en relación a deficiencia: síndrome de Down (dos casos), PCI y meningitis. En el caso de deficiencias no tan visibles es necesario

aplicar pruebas de evaluación como sugieren varios autores. ⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾

En el estudio piloto de la presente investigación, se encontró que, en el caso de no utilizar una prueba de evaluación sistemáticamente, sólo se estarían identificando 3 niños/as con alteraciones por cada 100, mientras que al aplicar la prueba se identifican 19 niños/as por cada 100 que acuden a la consulta. Este hallazgo confirma el criterio de varios autores ⁽³⁰⁾⁽³¹⁾⁽³²⁾ en relación a que el juicio clínico es insuficiente para la evaluación efectiva del desarrollo.

Datos del Ecuador de 1998 refieren que el área de mayor afectación en los niños/as menores de 5 años es la psico intelectual, con un 83.8%, mientras que el área psicomotora se altera en un 16.2% ⁽³³⁾. Datos del año 2000 confirman estas cifras ⁽³⁴⁾.

En la presente investigación, se obtiene información diferente, pues el área más afectada es la psicomotora en más de la mitad de los niños/as con alteración del desarrollo (62.9%). Este hallazgo implica la necesidad de establecer programas de estimulación temprana en nuestra población. Si bien es cierto la respuesta a la estimulación en niños/as con alteración del área psicomotora puede ser menor que la de niños/as con problemas de lenguajes, existe mayor beneficio al aplicar un plan de estimulación, que el no hacerlo. Un hecho alentador es que la esfera motriz es menos predictiva de la competencia intelectual, por lo tanto la mayoría de niños/as de la serie con estimulación oportuna pueden desarrollar sus habilidades cognitivas. ⁽³⁵⁾

El Bienestar, el Desarrollo Humano y la pobreza tienen múltiples implicaciones de orden social, político, económico, religioso, etc., pero queda claro que, en última instancia, el centro de todos los procesos somos los seres humanos. Con este enfoque de "desarrollo centrado en la persona" ⁽³⁶⁾ es imperativo que los niños/as tengan la oportunidad desplegar sus capacidades, aprovechar las oportunidades y afrontar los desafíos de la vida con un adecuado desarrollo psicomotor.

De esta forma, la evaluación del desarrollo y sus problemas asociados, se convierten en la base de la atención pediátrica integral y son indicadores de salud y bienestar general. Además, en el Ecuador existe la normativa legal e institucional que ampara el cumplimiento del derecho de los niños a desarrollarse con dignidad. ⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾

Finalmente, a la luz del análisis de los hallazgos de la investigación, se sugieren las siguientes recomendaciones:

Al pediatra: evaluar sistemáticamente, en cada consulta médica, el desarrollo infantil y sus problemas asociados; aplicar pruebas tipo encuesta, como los

Formularios 1 y 2 de la OMS/OPS, utilizados en la presente investigación; actualizar permanentemente los conocimientos en relación al desarrollo; involucrar a la familia en el proceso de desarrollo de sus niño/as. A la familia: estimular permanentemente el desarrollo del niño/a y tomar decisiones oportunas, en caso de identificar alteraciones; consolidar el vínculo familiar hasta que el niño/a cumpla por lo menos los 3 años de edad.

A varios organismos: reforzar los servicios públicos de salud para brindar una atención integral, mediante la aplicación de protocolos y programas de desarrollo, adecuados para cada población; difundir experiencias, investigaciones, normas y programas en relación al desarrollo y su evaluación; preparar profesionales en el campo de la salud comprometidos en vigilar, impulsar y defender el desarrollo infantil.

Para futuras investigaciones: profundizar con estudios científicos los aspectos relacionados con el desarrollo y sus problemas asociados (Ej.: alojamiento conjunto, concurrencia a centros de cuidado diario, etc.).

AGRADECIMIENTO

A los/as pacientes, sus familias y personal del Hospital de Niños "Baca Ortiz" por su colaboración. Al Instituto Superior de Posgrado y al Instituto Superior de Investigaciones de la Universidad Central del Ecuador por su orientación.

BIBLIOGRAFIA

1. Altamirano E, Ordóñez G, Montalvo G. Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo Humanos. En: Fundamentos científicos y sociales de la práctica pediátrica. Quito: Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas; 1989. Pp. 75.
2. Arturo R. Desarrollo Organizacional. Tomo I. Quito: Gallo capitán; 1988. Pp. 9.
3. Galván R, Ramos R. El Escolar. En: Cusminsky M, Moreno E, Suárez E. Crecimiento y desarrollo. Hechos y Tendencias. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud; 1988. (Publicación Científica 510). Pp. 319.
4. Haggerty R. Communicating with Parents and Community Involvement: International Perspectives in Early Emotional Development. *Pediatrics* 1998; 102 (5 suppl): 1327-1329.
5. Cusminsky M, Moreno E, Suárez E, eds. Introducción. En: Cusminsky M, Moreno E, Suárez E. Crecimiento y desarrollo. Hechos y Tendencias. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud; 1988. (Publicación científica 510). Pp. XVI.
6. Sammeroff A. Management of Clinical Problems and Emotional Care: Environmental Risk Factors in Infancy. *Pediatrics* 1998; 102 (5 suppl): 1287-1292.
7. Espinosa N. Crecimiento y Desarrollo Humano en la etapa intrauterina y postnatal del primer año en el altiplano andino. 1ra ed. Quito: Sociedad Ecuatoriana de Pediatría; 1995. Pp. 95.

8. Fierro-Benítez R, Ramírez I, Estrella E, Stanbury J. The role of iodine in intellectual development in an area of endemic goiter. En: Dunn, J. Endemic goiter and cretinism: continuing threats to world health. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 1974. Pp. 135-136.
9. Hoekelman R. Supervisión de la salud infantil. En: Hoekelman R, ed. Atención Primaria en Pediatría. 3ra ed. Madrid: Harcourt Brace; 1998. Pp. 28.
10. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Informe Mundial de la Infancia 2001. Nueva York, Estados Unidos de Norteamérica: UNICEF; 2001. Pp. 11.
11. Viteri M, Narváez P, Santos M, eds. Diagnóstico Situacional. Abuso de sustancias. En: Prenatal. Quito: junio 2001.
12. Lira M, Gálvez G. El programa de estimulación precoz: diez años después de una experiencia piloto. En: Cusminsky M, Moreno E, Suárez E. Crecimiento y desarrollo. Hechos y Tendencias. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud; 1988. (Publicación Científica 510). Pp. 385.
13. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Investigaciones Operativas sobre Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI. Versión Preliminar. Washington, D.C.: OMS/OPS; enero 2.000. Pp. 546.
14. Glascoe F. Exactitud del Denver II en el screening del desarrollo. *Pediatrics* (ed. esp.) 1992; 33 (6): 366.
15. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Especialistas enfatizan desafíos de la estrategia AIEPI para niños sanos. [Sitio en Internet]. Washington, D.C.: 21 noviembre 2001. Disponible en : <http://www.paho.org/spanish/dpi/ps011121.html> Acceso: 14 de diciembre 2002.
16. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Departamento de la Salud y el Desarrollo de Niños, Niñas y Adolescentes. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Capítulo modelo para libros de texto. AIEPI. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Adaptación para el Ecuador. Traducción: Miguel Hinojosa. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2001-2002.
17. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Promoción del Crecimiento y desarrollo integral de niños y adolescentes. Módulo de aprendizaje, AIEPI. 2da ed. Washington, D.C.: OMS/OPS; junio 1999. Pp. 94.
18. Piaget J. Seis Estudios de Psicología. 4ta ed. México: Ariel Seix Barrial; 1977.
19. Cusminsky M, Lejarraja H, Mercer R, Martell M, Fescina R. Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño. 2da ed. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud; 1993. (Serie PALTEX No 33.) Pp. 58,77.
20. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Yo cuento contigo!! Decálogo por las Niñas y los niños del Ecuador. Quito: UNICEF; mayo 1996. Pp. 73.
21. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Informe Mundial de la Infancia 2002. Nueva York, Estados Unidos de Norteamérica: UNICEF; 2002. Pp. 57.
22. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Fundación Observatorio Social del Ecuador. Los primeros pasos del Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en el Ecuador. Quito: junio 2002. Pp. 4.
23. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Developmental Surveillance and Screening of Infants and Young Children (RE0062). [Sitio en Internet]. *Pediatrics* 2001; 108 (1): 192-196. Disponible en: <http://www.aap.org/policy/re0062.html>. Acceso: 14 de diciembre 2002.
24. Gilbride K. Developmental Testing. *Pediatrics* in review 1995; 16 (9): 338.
25. Michelini ML, Rodríguez S, Montiel S, Borthagaray G. Apoyo sanitario interdisciplinario en educación inicial. *J. Pediatr. (Rio J)* 2000; 76 (4): C15-C32.
26. Glascoe F, Shapiro H. Developmental and Behavioral Screening. [Sitio en Internet] American Academy of Pediatrics. Developmental-Behavioral Pediatrics Online Community. *Developmental and Behavioral News* 1999; 8 (1). Disponible en: <http://www.dbpeds.org.html>. Acceso: 14 de diciembre 2002.
27. Ecuador. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Ministerios del Frente Social. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. Instituto Nacional del Niño y la Familia. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Los niños y niñas ahora, una selección de indicadores de su situación a inicios de la nueva década. Resultados de la "Encuesta de medición de indicadores de la niñez y los hogares" EMEDINHO, diciembre del 2000. Quito: Abya-Yala; noviembre 2001. Pp. 8.
28. Sánchez - Ventura J. Supervisión del Crecimiento y Desarrollo [Sitio en Internet]. ibs@meditex.es; 1995. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/PrevInfad/Crecimiento.html>. Acceso: 6 de junio 2001.
28. Finney J, Weist M. Valoración de la conducta de niños y adolescentes. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Desarrollo y conducta: niños mayores y adolescentes. México: Interamericana; 3/1992. Pp. 365.
30. Screening del desarrollo ¿esperar (todavía) lo imposible? [editorial]. *Pediatrics* (ed. esp.) 1992; 33 (6): 310.
31. Levy S, Hyman S. Valoración pediátrica del niño con retraso del desarrollo. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Minusvalía del desarrollo. México: Interamericana; 3/1998. Pp. 490.
32. Blasco P. Trampas en el diagnóstico del desarrollo Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Desarrollo y conducta: El niño de muy corta edad. México: Interamericana; 6/1991. Pp. 1460.
33. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Ecuador; 1998. [Sitio en Internet] Disponible en : <http://www.paho.org/spanish/sha/prflecu.html>. Acceso: 6 de junio 2001.
34. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. SIISE. [CD-ROM]. Versión 3.0 Ecuador: Ministerios del Frente Social. Unidad de Información y Análisis de la Secretaría Técnica del Frente Social; 2002. Disponible también en: <http://www.siise.gov.ec>
35. Shonkoff J, Green M. Commentary: Child Development: A Basis Science for Pediatrics, by Julius B. Richmond, MD. *Pediatrics*, 1967; 39: 649-658. *Pediatrics* 1988; 102 (1 suppl): 243-245.
36. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2002. Barcelona, España: Mundi-Prensa; 2002. Pp. 16, 47.
37. Ecuador. Asamblea Constituyente. Constitución Política de la República del Ecuador. Quito: Universal; junio 1998. Pp. 30-31.
38. Ecuador. Registro Oficial No. 737. Ley: Código de la Niñez y Adolescencia. Quito: Registro Oficial; enero 3 2003.
39. Ecuador. Registro Oficial No. 381. Ley Reformatoria a la Ley de Maternidad Gratuita. Quito: Registro Oficial; agosto 10 1998.
40. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud. Control Prenatal. En: Materno-Perinatal. Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva. Quito: MSP; 1999
41. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Manual Técnico,

Operativo, Administrativo y Financiero. Protocolos. Quito: MSP; 2002.

42. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud. Coordinación Nacional de Fomento y Protección. Programa de Atención a la Niñez. Normas de Atención a la Niñez. Quito: MSP; 2002.

43. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Fomento y Protección. Registro Oficial No. 814. Ley 101 de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna. Noviembre 1 de 1995. Quito: MSP; 2000.

ARTICULO ORIGINAL

PREVALENCIA DE ASCOS Y ANTOJOS ALIMENTICIOS EN LA ETAPA TEMPRANA DEL EMBARAZO EN GESTANTES DEL HMPSJ

Dra. Nora Tello V.¹, Dr. Dollman Guzmán G.², Dr. Ramiro Salazar T.³, Dr. Daniel Vásquez G.⁴

Resumen

Es común durante la etapa temprana del embarazo, el rechazo a ciertos alimentos y bebidas, generalmente las frituras, el café, el alcohol y también el humo de los cigarrillos. Se piensa que los antojos se deben al aumento de los niveles hormonales que algunas mujeres experimentan durante el primer trimestre del embarazo.

Algunos autores han vinculado a la náusea y el vómito con un riesgo reducido de abortos, generando en los trabajadores de salud la sensación de un pronóstico favorable en el resultado del embarazo.

Hook planteó que la náusea y el vómito protegen al embrión de los efectos tóxicos de ciertos alimentos que contienen químicos teratogénicos peligrosos y abortificantes presente en la dieta materna. Además propuso que los ascos y antojos alimentarios son síntomas interrelacionados con la náusea y el vómito, los mismos que están presentes en la etapa temprana del embarazo.

El estudio prospectivo de corte transversal fue realizado en el Hospital Municipal Patronato San José (HMPSJ) de Quito se utilizó la información prenatal de 852 pacientes, quienes fueron reclutadas durante el primer trimestre y fueron seguidas hasta el final de la gestación. Consistentemente con los hallazgos encontrados por Hook, las mujeres tuvieron mayores probabilidades de reportar ascos alimenticios, específicamente para las carnes, alimentos fritos, asados o a la parrilla y a los vegetales amargos y especerías. Pero contrariamente a estos hallazgos las mujeres también tuvieron mayores probabilidades de reportar ascos por los alimentos blandos y suaves como almidones y carbohidratos.

Los antojos alimenticios fueron más frecuentes para las frutas y jugos de frutas, seguidos de pescado y mariscos y carnes en general. Se encontró asociación entre náusea, vómito con ascos y antojos alimenticios; pero no hubo asociación estadísticamente significativa entre ascos y antojos alimenticios con abortos, ni anomalías congénitas.

INTRODUCCION

Planteamiento del Problema

Algunos estudios indican que los conocimientos, actitudes y prácticas de la dieta de las mujeres embarazadas pueden estar influenciados por varios factores ⁽¹⁾ como los sociodemográficos (por ejemplo la edad materna, educación, estado civil, ocupación, etnicidad), los cambios en los estilos de vida (tabaco,

alcohol, fármacos) y otros aspectos relacionados con el hogar y la vivienda ⁽²⁾. Además las embarazadas tienen más probabilidades de experimentar cambios en su dieta por un acceso inadecuado a los alimentos, o por evitar ciertos alimentos debido a intolerancias (por ejemplo intolerancia a la lactosa), debido a dietas novedosas o por prácticas culturales (tabúes, prescripciones culturales), las que dan, como consecuencia que los patrones dietéticos y el estado nutricional de la madre y del feto se alteren ⁽³⁾.

Autores como Klebanoff et al. y Weigel & Weigel ⁽⁴⁾ han sugerido que la náusea y el vómito esta asociado

*Dirección para correspondencia: Dra. Nora Tello V. Hospital de Niños Baca Ortiz, Dpto. Nutrición
E mail: norat72@hotmail.com*

con los ascos y antojos dietéticos los cuales son comunes al comienzo del embarazo, hecho importante porque los ascos y antojos pueden fomentar modificaciones favorables o no favorables en la dieta de las embarazadas y su ganancia de peso.

Hook ⁽⁶⁾ da crédito a la hipótesis de que la náusea y el vómito son un mecanismo protector del embrión en desarrollo ya que la mujer rechaza ciertos alimentos tóxicos y otras sustancias como el alcohol, caféina, y el tabaco cuando está embarazada. Weigel ⁽²⁾ planteó la hipótesis de que la náusea y el vómito que se presentan al inicio del embarazo puede afectar adversamente la habilidad de la mujer para realizar tareas relacionadas con su trabajo doméstico, reduciendo su actividad física, con sus relaciones personales y sociales, con su estado psicológico, con su dieta y su estado de salud durante los períodos críticos del desarrollo del embrión.

Profet ⁽⁶⁾ en 1992 planteó la hipótesis de que el principal rol de la náusea y el vómito en las 20 primeras semanas de gestación es proteger al embrión contra el aborto y las anomalías congénitas mediante la supresión materna de la ingestión de ciertos alimentos como vegetales de sabor amargo o picantes, especias o hierbas y otros alimentos dañinos que contienen fitoquímicos potencialmente abortificantes, así como también alimentos que emiten olores a fritos o a quemados tales como las carnes asadas, fritas, o al carbón, ya que indican la creación de factores mutagénicos. En contraste, Profet sugirió que las mujeres con NVE deberían tener menores probabilidades de evitar pan, granos y otros cereales que se caracterizan por olores blandos, sabores moderados y una tasa disminuida de descomposición, ya que esto señala su baja toxicidad ⁽⁶⁾.

Flaxman y Sherman 2000 ⁽⁷⁾ propusieron que la NVE es una adaptación que provoca que las mujeres embarazadas eviten los alimentos dañinos a sus embriones o para sí mismas debido a su estado inmunosupresivo. Ellos propusieron que los alimentos que se evitan con más frecuencia por las mujeres en el comienzo del embarazo son las carnes, el pescado, el pollo y los huevos ⁽⁷⁾.

Si estas hipótesis fueran ciertas todas las mujeres de manera innata, espontánea o casi instintivamente deberían presentar este tipo de rechazo o asco a productos certificadamente tóxicos.

Propósito del estudio

Conocer la frecuencia y magnitud de la presencia de

ascos y antojos alimenticios en las mujeres embarazadas durante las 18 primeras semanas de gestación y su relación con el estado nutricional de la madre y la posibilidad de presentar aborto o anomalías congénitas en el producto.

Objetivos del estudio

1. Establecer la prevalencia de ascos y antojos alimenticios durante las 18 primeras semanas de gestación.
2. Correlacionar las características sociodemográficas (edad, educación, estado civil, ocupación y disponibilidad de servicios básicos), con los ascos y antojos alimenticios.
3. Correlacionar la náusea y el vómito con los ascos alimenticios durante las 18 primeras semanas.
4. Correlacionar los ascos alimenticios con el riesgo de aborto y anomalías congénitas.

Hipótesis

Verificar si la hipótesis planteada por Hook es efectiva o no en el medio andino ecuatoriano ya que poseemos una cultura diferente con patrones alimenticios diferentes que se vuelven más evidentes durante el embarazo.

Ho: Los ascos alimenticios no previenen el aborto y anomalías congénitas.

Ha: Los ascos alimenticios si previenen el aborto y anomalías congénitas.

Justificación

En el Ecuador no existen trabajos científicos que detallen ascos y antojos durante el embarazo.

Estrella en su trabajo enfatiza como los ascos y antojos influyen de alguna manera en el patrón dietético ⁽⁸⁾.

Weigel, en el 2000; realiza estudio sobre náusea, vómito, ascos y antojos en el embarazo temprano y sus consecuencias alimenticias ⁽⁹⁾.

** Este estudio es el primero a nivel nacional en realizarse y analizar los alimentos que generan ascos y antojos y como se relacionan con el resultado del embarazo. **

Marco Teórico

Existe suficiente sustento científico indicando que la alimentación es uno de los factores más importantes para la salud y bienestar de la embarazada así como para el crecimiento y desarrollo del feto. Es bien

conocido que la ingesta energética es el mayor determinante de la ganancia de peso durante el embarazo por tanto se han establecido recomendaciones de las necesidades proteico calóricas y de nutrientes esenciales para la mujer embarazada (NRC 1989). Si se comparan estos requerimientos con los de una mujer no embarazada el incremento es de: 300 Kcal./día, 70% de proteínas y dependiendo del micro nutriente va del 15 al 100%.⁽¹⁰⁾

Existen también evidencias culturales que indican que los ascos y antojos alimenticios son comunes durante la etapa temprana de la gestación. Estudios reportan la prevalencia de estos síntomas entre un 50 a 80% para los ascos alimenticios (Demissie, Tierson, Coronios-Vargas), y un 43 a 98% para los antojos alimenticios (Demissie, Al-Kanhal y Banni, Tierson, Coronios-Vargas).^(5,11,12,13)

Los síntomas de náusea y vómito a menudo son causa de malestar físico y psicológico para un porcentaje de mujeres durante las fases tempranas de la gestación, pero ciertos autores han vinculado la náusea y el vómito con un riesgo reducido de aborto durante las primeras 20 semanas de gestación (Weigel & Weigel, Klebanoff, Petitti, Wen)^(2,4,9)

Por otra parte la evidencia de asociación de la náusea y vómito con anomalías fetales, prematuridad, bajo peso al nacer y otros resultados perinatales permanecen con menor firmeza (Weigel, Behrman, Chin).^(3,9)

Desde 1976 Hook interesado en este campo, realizó investigaciones sobre la "hipótesis de protección embrionaria" y planteó la hipótesis de que la náusea y el vómito protegen al embrión en desarrollo y al feto de los efectos tóxicos de ciertos alimentos y otras sustancias como el alcohol, cafeína y el tabaco al hacer que la mujer evite alimentos que contienen químicos abortígenos o teratogénicos, especialmente aquellos presentes en ciertos vegetales, alimentos y bebidas alcohólicas o cafeinadas.

Aunque Hook se concentró más en la relación entre la NVE y los ascos para el café, alcohol y tabaco, también observó que las mujeres embarazadas frecuentemente presentaban asco para el pollo, carnes, alimentos fritos, cebollas y otros vegetales picantes. Sin embargo contrario a lo dicho por Hook, algunos otros investigadores como Kaufman, Tierson y Finley^(5,9) encontraron que los ascos a las bebidas alcohólicas eran significativamente menos comunes que los ascos a las carnes, pescados, pollos, huevos o bebidas sin

alcohol y casi tan frecuentes como los ascos a los vegetales. Es bien conocido que el alcohol es un teratógeno potente especialmente en los primeros meses de embarazo y la lógica natural diría que las mujeres embarazadas deberían rechazarlo.^(6,7,9)

Hay tres posibles explicaciones desde la perspectiva bio-médica para la asociación entre los ascos a los productos animales, específicamente las carnes y la NVE.

- 1.- el daño digestivo de algunos productos animales podría crear o liberar sustancias teratogénicas o sustancias abortificantes ya que la digestión de las carnes incluyen dipeptidos, tripeptidos, triglicéridos, fosfolípidos, esteroides, aminoácidos, ácido úrico, vitaminas liposolubles como la A, D, E y K. Entre estos compuestos, sólo la vitamina A (ácido retinoico) se conoce por causar defectos de nacimiento y esto ocurre cuando se ingiere diariamente en dosis farmacológicas y durante varios meses de gestación^(2,6,9,13,14)
- 2.- ciertos métodos de cocción y preparación de los alimentos como por ejemplo: freír, asar a la parrilla o ahumar crean mutágenos durante la cocción como hidrocarburos aromáticos policíclicos (benzo pirenos) y aminas aromáticas heterocíclicas, sustancias tóxicas que se forman durante la combustión del carbón y pirolisis de proteínas.^(6,12,13)
- 3.- las mujeres embarazadas benefician a sus embriones cuando evitan productos animales como las carnes porque minimizan la exposición a enfermedades portadas en los alimentos.

Las carnes son más peligrosas que las verduras porque se dañan más rápidamente, (ya que un animal al morir deja de funcionar el sistema inmunológico inmediatamente luego de su muerte) y es por eso que las carnes se asocia a menudo con enfermedades infecciosas transmisibles. En cambio los vegetales y semillas de plantas se colonizan con menos rapidez porque la celulosa y la lignina no son fáciles de descomponer por las bacterias aeróbicas y también debido a las propiedades antimicrobiales y antifúngicas que muchas plantas contienen^(2,6,7,13)

Existe una razón especial por la que las mujeres embarazadas pueden beneficiar a sus embriones al evitar productos cárnicos y es que la respuesta inmunológica celular disminuye aunque la respuesta humoral se mantenga inalterada o aún tal vez

fortalecida durante la gestación. La inmunosupresión temporal es esencial para un embarazo exitoso ya que si el sistema inmune funcionara normalmente, la madre podría rechazar a su propia descendencia cuyos fenotipos celulares son ajenos debido a que la mitad de su genotipo se deriva del padre.

Algunas mujeres que no presentan disminuciones normales de la actividad celular sufren con mayor frecuencia de abortos espontáneos recurrentes. ^(14,15,16) Pero la inmunosupresión materna también crea riesgos para el embrión, especialmente en el primer trimestre de embarazo donde una enfermedad febril seria, infecciones respiratorias y otras puede causar abortos o defectos de nacimiento. Los patógenos que se encuentran en los alimentos también pueden afectar directamente la viabilidad del embrión por ejemplo la toxoplasmosis gestacional ha sido vinculada con defectos neurológicos congénitos de nacimiento abortos espontáneos, enfermedad neonatal y defectos oculares ^(7,17).

Riesgo de anomalías fetales

El 60% de la variación del peso al nacer es atribuible al entorno en el que el feto crece. Los factores maternos relacionados con disminución del crecimiento intrauterino son por ejemplo: desnutrición materna, mala condición socio-económica, precarias condiciones de vivienda, madres analfabetas, multiparidad, intervalo intergenésico menor de 6 a 12 meses, embarazos múltiples, patología materna (afecciones renales, hipertensión inducida por el embarazo, diabetes), tabaquismo (más de 10 cigarrillos al día), inadecuado control prenatal, los extremos de edad materna (adolescentes, primíparas añosas) y una edad ginecológica menor a tres años (diferencia en años entre la edad cronológica actual y la edad de menarquía). ^(18,19)

El desarrollo prenatal se divide en 3 etapas:

- a) Blastógena: Ocurre dos semanas postovulatorias. Debido al tamaño muy pequeño del huevo, los requerimientos de nutrientes son insignificantes. Solo deficiencias graves nutricionales, especialmente proteicas pueden producir la muerte del blastocito, pero más a menudo tienen un efecto adverso sobre la mucosa uterina o el proceso de nidación. ⁽²⁰⁾
- b) Embrionaria: ocurre entre la tercera a la octava semana, donde la diferenciación y organización celular dan nuevas estructuras. Al final de esta

etapa el embrión mide 3 cm. de longitud y pesa 6 gramos. Aquí es necesaria la presencia de todos los nutrientes esenciales en equilibrio para permitir una adecuada diferenciación y organización celular; así por ejemplo el déficit de zinc o folatos dan lugar a malformaciones del tubo neural.

- c) Fetal: Del tercero al noveno mes. En esta fase el crecimiento es rápido debido al aumento del tamaño y multiplicación celular. Así es como desde la etapa embrionaria hasta el nacimiento el peso aumenta unas 500 veces (de 6 gramos a los dos meses a 3500 gramos a los nueve meses). El déficit de nutrientes durante este período detiene el crecimiento e induce cambios funcionales sutiles. ⁽²⁰⁾

Los teratógenos rara vez causan anomalías congénitas durante las primeras cuatro semanas post-menstruales. Los períodos de vulnerabilidad de los órganos y sistemas empiezan alrededor de la semana cuarta a quinta, cuando el sistema del nervioso central en vías de desarrollo y el corazón son críticamente sensibles. El pico de la organogénesis y la susceptibilidad del embrión a teratógenos se presenta durante las semanas 6 a 12. El sistema nervioso central del embrión continua siendo sensible hasta la semana 18. Hay una obvia correlación entre los períodos de sensibilidad y la organogénesis embrionaria y la presencia del punto máximo de la NVE. ^(21,22,24)

Pero también es importante tener en cuenta que existen muchos otros peligros para el desarrollo normal del embarazo, por ejemplo uno proviene del abuso de sustancias toxicas nocivas que afectan el desarrollo del feto, otros pueden proceder de la contaminación ambiental o de los alimentos en mal estado ingeridos inadvertidamente; pero también algunas mujeres exponen la vida del futuro de su bebé cuando estando embarazadas consumen alcohol, fármacos u otras drogas. ⁽²⁰⁾

El Tabaco

Los agentes químicos absorbidos del humo del cigarrillo limitan el crecimiento fetal, al reducir el número de células producidas tanto en el cuerpo como en el cerebro del bebé. La nicotina produce la constricción de los vasos sanguíneos, por lo tanto, reduce el aporte de sangre a la placenta, interfiriendo con la nutrición del bebé.

El nivel de monóxido de carbono es más elevado en la sangre del fumador y sea cual sea el nivel presente en

la madre, se concentra en la sangre del bebé. Además de ser una sustancia tóxica, el monóxido de carbono reduce la cantidad de oxígeno que la sangre puede transportar. A mayor concentración de monóxido de carbono en la sangre del bebé, menor será el peso al nacer. Estos niños de bajo peso al nacer pueden tener problemas y menos posibilidades de sobrevivir. También se duplica en las fumadoras la incidencia de niños prematuros.

Los estudios han demostrado que existe una mayor probabilidad de todo tipo de malformaciones congénitas en los hijos de mujeres fumadoras, incluso el riesgo de aborto espontáneo es casi dos veces mayor, en parte debido a que el cigarrillo aumenta considerablemente el riesgo de implantación de la placenta en la parte inferior del útero y en parte porque las placentas de las fumadoras tienden a ser más delgadas, sus vasos sanguíneos están deteriorados y envejecen prematuramente. Las madres que continúan fumando después del cuarto mes de embarazo contribuyen a aumentar en un tercio el riesgo de que sus hijos mueran prematuramente.

Aunque se cree que el cigarrillo es nocivo en cualquier cantidad, el nivel crítico es de 10 cigarrillos diarios; por debajo de este número, la tasa de muerte de los recién nacidos disminuye. Los hijos de fumadores empedernidos corren doble riesgo de tener malformaciones.

Consumo de alcohol

No existe un nivel seguro para el consumo de alcohol durante el embarazo. Parte del alcohol que se ingiere llega al torrente sanguíneo del bebé y este es más nocivo durante el período crítico del desarrollo comprendido entre las 6 y 12 semanas. Si se consume más de dos copas al día, existe una probabilidad entre diez de que el bebé sufra el síndrome alcohólico fetal (SFA), que puede conducir a anormalidades faciales como fisura palatina y labio leporino, defectos cardíacos, desarrollo anormal de las extremidades e inteligencia inferior al promedio.

Un solo incidente de consumo excesivo de alcohol conlleva la misma probabilidad de causar el síndrome alcohólico fetal que el abuso de la bebida durante todo el embarazo. Por lo tanto, se deberá limitar el consumo de alcohol a dos copas de licor, vino o cerveza, si se consume licor algún día.

Fármacos

Es bien sabido que ciertos fármacos pueden afectar el

desarrollo del feto, especialmente durante el período crucial comprendido entre las 6 y 12 semanas, cuando se están formando todos los órganos vitales.

Los componentes de ciertas drogas llegan directamente al feto y lo pueden afectar, provocando nacimientos antes de tiempo, problemas durante el parto, bajo peso, defectos congénitos y abortos espontáneos. En el caso de algunas drogas, como los barbitúricos o la heroína el niño desarrolla adicción, por eso una vez nacido requiere tratamiento médico intensivo, ya que puede sufrir e incluso morir por falta de la droga.

También algunos medicamentos como tranquilizantes pueden provocar problemas durante la gestación y defectos del nacimiento. Otras medicinas como las aspirinas y analgésicos pueden tener efectos nocivos en alguna etapa del embarazo por eso es altamente recomendable que la mujer embarazada tome las medicinas indispensables y solo las que hayan sido recetadas.

METODOLOGIA

- Diseño del estudio.

Estudio de corte transversal que se ejecutó en las 852 embarazadas de HMPSJ.

- Descripción de la población.

852 embarazadas que acudieron a la consulta externa. Población homogénea que proviene de la misma zona, condición socioeconómica y etnicidad.

- Criterios de inclusión.

- Mujeres de 18 o menos semanas de embarazo.
- Examen clínico revele buen estado de salud.
- Diagnóstico de embarazo por: Ecografía, test de embarazo o determinación de gonadotropina coriónica en sangre u orina.
- Que haya vivido en Quito un año antes de la concepción.

- Criterios de Exclusión.

- Aquellas que presenten problemas en la comunicación verbal (sordera o afasia).
- Pacientes con enfermedades crónicas, como: hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia renal, cáncer o síndromes de mala absorción.
- Pacientes con enfermedades infecciosas graves,

como: SIDA, tuberculosis, malaria.

- Pacientes con medicación, tranquilizantes o cualquier otra droga.

- Tamaño de la muestra.

Método de muestreo aleatorio simple para universo infinito y homogéneo.

Fórmula:

$$N = \frac{(p \cdot q \cdot z^2)}{e^2}$$

p= Probabilidad de ocurrencia esperada de ascos 50%

Prevalencia de antojos 50%

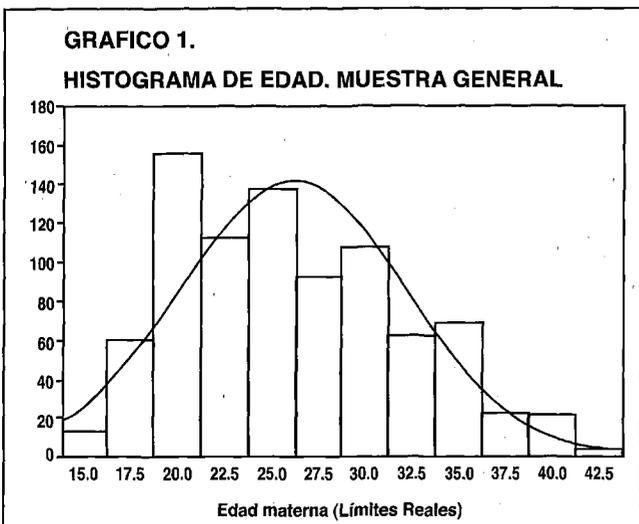
q= probabilidad de no ocurrencia (1-p) 0.5

z= Nivel de confianza al 95% 1.96

e= Error de inferencia 3.5%

RESULTADOS

Las Características socio-demográficas se estudiaron en un total de 852 mujeres embarazadas, de las cuales el 99.4% (n=847) fueron mestizas. La edad promedio de la totalidad de mujeres estudiadas fue 26.05 ± 5.9 años (Rango: 14-43 años), de las cuales el 0.6% (n=5) presentaron embarazos múltiples. La distribución por edad se muestra en el siguiente histograma.

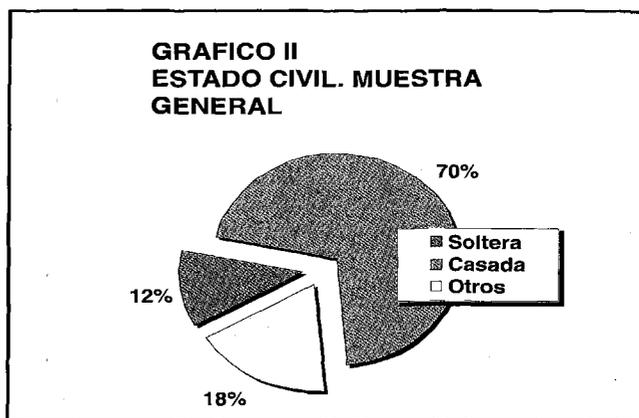


Los antecedentes gineco obstétricos revelaron que el 57.2% (n=484) fueron múltiparas, con una moda de 2 embarazos anteriores, y un intervalo intergenésico promedio de 4.4 ± 3.5 años y con 11.3 ± 3.8 semanas de gestación promedio al primer control prenatal.

El 70.4% de mujeres eran casadas y el 85% (n=722) de las mujeres del estudio reportaron que estaban actualmente conviviendo con su esposo o compañero.

La frecuencia encontrada por estado civil reportado se

muestra en el siguiente gráfico.



Otros incluye: Divorciadas, viudas, unión libre, separada y otros no definidos

Al analizar los indicadores de educación y ocupación, se encontró que la escolaridad de las mujeres estudiadas, medida en años aprobados, promedio fue de 11.7 ± 2.9 años, con un porcentaje de analfabetismo del 0.1%. El nivel de instrucción materna encontrado, se presenta en la siguiente tabla.

TABLA I.
DISTRIBUCION DE NIVELES DE INSTRUCCION MATERNA. (n=852)

NIVEL DE INSTRUCCION	n	(%)
Analfabeta	1	(0.1)
Primaria incompleta	8	(0.9)
Primaria completa	46	(5.4)
Secundaria y Superior*	797	(93.5)

* Incluye secundaria incompleta y superior incompleta

En cuanto al empleo de las mujeres estudiadas, el 68.5% (n=584), dijeron estar desempleadas.

Del resto de entrevistadas el 49.9% (n=318) eran amas de casa, 8.6% (n=55) profesionales, y otras madres indicaron que tenían varias ocupaciones como: atender su negocio propio 9.6% (n=61), trabajar en almacén el 8.2% (n=52), o eran estudiantes el 7.8% (n=50). La frecuencia de empleo por nivel de instrucción, se muestra en la Tabla II.

TABLA II.
DISTRIBUCION DE EMPLEO POR NIVEL DE INSTRUCCION MATERNA. (n=852)

NIVEL DE INSTRUCCION	EMPLEO n (%)	
	SI	NO
Analfabeta y primaria incompleta	4 (44.4)	5 (55.6)
Primaria completa	16 (34.8)	30 (65.2)
Secundaria y superior	248 (31.1)	549 (68.9)

Del total de mujeres estudiadas, 847 aportaron con datos del padre del embarazo actual. La edad promedio referida para ellos fue de 29.2 ± 6.9 años (Rango: 15 – 58 años), siendo de raza mestiza en el 98.9% (n=842) de los casos.

Los esposos tendían a ser ligeramente de más edad, mejor educados con 12.1 ± 3.1 años de estudio y empleados como artesanos el 13.6% (n=111), profesionales el 12.4% (n=101), oficinistas el 11.9% (n=97) y en ventas el 9.9% (n=81).

La frecuencia de nivel de instrucción de los padres del embarazo actual se presenta en la Tabla III.

TABLA III
DISTRIBUCION DEL NIVEL DE INSTRUCCION DEL PADRE DEL EMBARAZO ACTUAL (n=847)

NIVEL DE INSTRUCCION	n	(%)
Analfabeto	1	(0.1)
Primaria incompleta	6	(0.7)
Primaria completa	54	(6.4)
Secundaria y Superior*	786	(92.8)

* Incluye secundaria incompleta y superior incompleta

La frecuencia de empleo por nivel de instrucción, se muestra en la Tabla IV.

TABLA IV.
DISTRIBUCION DE EMPLEO POR NIVEL DE INSTRUCCION DEL PADRE (n=847)

NIVEL DE INSTRUCCION	EMPLEO n (%)	
	SI	NO
Analfabeta y primaria incompleta	7 (100)	---
Primaria completa	52 (96.3)	2 (3.7)
Secundaria y superior	704 (89.7)	81 (10.3)

La mayoría de las mujeres investigadas, o sea el 53.1% (n=452) indicaron que habían vivido en casa arrendada, el 33.6% (n=287) vivieron en casa propia y 13% (n=109) en casa prestada.

Estas viviendas estaban equipadas con electricidad 99.6% (n=848), agua potable 98.1% (840), y servicio higiénico dentro de la casa el 87% (n=736).

Las características de tenencia de la vivienda así como la disponibilidad de servicio básicos como luz eléctrica, agua potable y alcantarillado para la muestra general, se presenta en las tablas V y VI.

TABLA V
DISTRIBUCION DE LA TENENCIA DE VIVIENDA. (n=852)

INDICADORES TENENCIA DE VIVIENDA	n	(%)
Propia	287	(33.7)
Arrendada	452	(53)
Prestada	109	(12.8)
Casa de patrono	3	(0.3)
No refiere	1	(0.1)

TABLA VI
DISTRIBUCION DE LA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS BASICOS. (n=852)

INDICADORES	n	(%)
LUZ ELECTRICA		
Si	848	(99.5)
No	3	(0.4)
No responde	1	(0.1)
AGUA POTABLE		
Si	840	(98.1)
No	12	(1.9)
SERVICIO HIGIENICO		
Sanitario dentro de casa	736	(86.4)
Sanitario fuera de casa	96	(11.3)
Letrina	15	(1.8)
Otros	4	(0.4)
No responde	1	(0.1)

Hábitos de vida no saludables

Dentro de los hábitos de vida no saludables, se recopiló información acerca del consumo de cigarrillo, alcohol y uso de medicación, encontrándose que el 0.3% (n=3) del total de mujeres entrevistadas fumaron frecuentemente durante el embarazo, con un tiempo promedio en semanas de abandono del hábito para quienes eran fumadoras de 4.7 ± 0.3 semanas una vez conocido el embarazo.

En cuanto al consumo de alcohol, el 0.1% (n=1) refirieron consumirlo frecuentemente durante el embarazo, con un tiempo promedio en semanas de abandono del hábito de 5.9 ± 3.4 semanas una vez conocido el embarazo.

Los patrones identificados de consumo de cigarrillo, alcohol y uso de medicación, se muestran en las siguientes tablas.

TABLA VII
PATRONES DE CONSUMO DE TABACO. (n=852)

PATRONES	n	(%)
Fumadora habitual de cigarrillo		
Nunca	637	(74.6)
De vez en cuando	190	(22.5)
Frecuentemente	25	(2.9)
Fumadora antes del embarazo		
Nunca	670	(78.3)
De vez en cuando	162	(19.1)
Frecuentemente	20	(2.6)
Fumadora durante los primeros meses de embarazo		
Nunca	818	(95.8)
De vez en cuando	31	(3.9)
Frecuentemente	3	(0.3)

TABLA VIII
PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL (n=852)

PATRONES	n	(%)
Consumo de alcohol antes del embarazo		
Nunca	332	(39.0)
De vez en cuando	510	(59.6)
Frecuentemente	10	(1.4)
Consumo de alcohol durante el embarazo		
Nunca	697	(82.4)
De vez en cuando	148	(17.5)
Frecuentemente	1	(0.1)

TABLA IX
PATRONES DE USO MEDICACION, VITAMINAS O DROGAS. (n=852)

PATRONES	n	(%)
Uso de medicación antes del embarazo		
Nunca	644	(75.8)
De vez en cuando	168	(19.5)
Frecuentemente	40	(4.6)
Uso de medicación durante el embarazo		
Nunca	540	(63.4)
De vez en cuando	214	(25.2)
Frecuentemente	98	(11.4)

Ascos alimenticios

La prevalencia general de ascos alimenticios fue del 73.5% (n=630). Cada mujer presentó en promedio asco a dos alimentos (2.1 ± 1.0) durante el embarazo. La edad promedio de las mujeres que refirieron la presencia de ascos alimenticios fue de 25.8 ± 5.9 años, en tanto que para quienes no lo presentaron fue de 26.7 ± 5.9 ($p > 0.05$). En cuanto a la instrucción materna, el promedio de años aprobados en las

mujeres que presentaron ascos alimenticios fue de 11.5 ± 2.9 años, mientras que en las que no los presentaron fue de 12.4 ± 3 años ($p < 0.05$).

La prevalencia encontrada de ascos alimenticios por grupo etéreo, instrucción materna, estado civil, empleo y disponibilidad de servicios básicos, se muestran en las tablas X, XI, XII, XIII Y XIV.

TABLA X
PREVALENCIA DE ASCOS ALIMENTICIOS POR GRUPO ETAREO (n=852)

GRUPO ETAREO*	Prevalencia (Ic95%)
< 25 años (n=391)	76.7 (72.5 – 80.8)
> = 25 años (n=461)	70.7 (66.5 – 74.8)

* $p < 0.05$ – Diferencia estadísticamente significativa –

TABLA XI
PREVALENCIA DE ASCOS ALIMENTICIOS POR INSTRUCCION MATERNA (n=852)

INSTRUCCION MATERNA**	Prevalencia (Ic95%)
Primaria completa* (n=55)	83.6 (73.8 – 93.3)
Secundaria y superior (n=797)	72.8 (69.7 – 75.8)

* Incluye analfabetas y primaria incompleta /** $p < 0.05$

TABLA XII
PREVALENCIA DE ASCOS ALIMENTICIOS POR ESTADO CIVIL (n=852)

ESTADO CIVIL**	Prevalencia (Ic95%)
Soltera y otros (n=107)	66.4 (57.4 – 75.3)
Casada (n=745)	74.5 (70.8 – 78.1)

** $p > 0.05$ - No diferencia estadísticamente significativa -

TABLA XIII
PREVALENCIA DE ASCOS ALIMENTICIOS POR DISPONIBILIDAD DE EMPLEO (n=852)

DISPONIBILIDAD DE EMPLEO*	Prevalencia (Ic95%)
SI (n=268)	72.4 (67.0 – 77.7)
NO (n=584)	74 (70.4 – 77.5)

* $p < 0.05$ –Diferencia estadísticamente significativa-

TABLA XIV
PREVALENCIA DE ASCOS ALIMENTICIOS POR DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS BASICOS. (n=852)

INDICADORES	Prevalencia (Ic95%)
LUZ ELECTRICA	
Si (n = 848)	73.3 (70.3 – 76.2)
No (n = 3)	100
AGUA POTABLE**	
Si (n=836)	73.6 (70.6 – 76.5)
No (n=16)	68.8 (46.0 – 91.5)
SERVICIO HIGIENICO**	
Dentro de casa (n=741)	66 (62.5 – 69.4)
Fuera de casa (n=110)	60 (50.8 – 69.1)

** $p > 0.05$ No diferencia estadísticamente significativa –

La prevalencia encontrada de ascos alimenticios por altura de residencia sobre el nivel del mar se muestra en la siguiente tabla.

TABLA XV
PREVALENCIA DE ASCOS ALIMENTICIOS POR ALTURA DEL LUGAR DE RESIDENCIA (n=852)

ALTURA*	Prevalencia (Ic95%)
< = 3000 msnm (n=712)	73.9 (70.6 -77.1)
> 3000 msnm (n=140)	71.4 (63.9 - 78.8)

* p > 0.05 -No diferencia estadísticamente significativa-

Los alimentos generadores de asco fueron clasificados en 11 categorías principales. Las categorías específicas incluyeron ⁽¹⁾ carnes (por ejemplo pollo, pescado, mariscos, huevos), ⁽²⁾ vegetales amargos y especias (por ejemplo brócoli, coliflor, espinaca, pimientos, ajo, mostaza, hierbas), ⁽³⁾ almidones y carbohidratos (por ejemplo pan, tallarín, arroz, tubérculos) ⁽⁴⁾ otros vegetales y legumbres, ⁽⁵⁾ alimentos animales y vegetales fritos, asados o a la parilla, ⁽⁶⁾ bebidas alcohólicas y alimentos y bebidas cafeinadas, ⁽⁷⁾ alimentos lácteos, ⁽⁸⁾ huevos, ⁽⁹⁾ frutas y ⁽¹⁰⁾ alimentos dulces no cafeína dos. La onceava categoría incluyó alimentos misceláneos como grasas, líquidos, salados o ácidos.

Los alimentos generadores de asco en las pacientes del presente estudio, clasificados por sus principales categorías, se muestran en la siguiente tabla. La sumatoria total de la lista de alimentos no es igual al tamaño muestral, por cuanto existió la posibilidad de hasta seis respuestas por paciente.

El total corresponde a la totalidad de alimentos referidos por las encuestadas.

La categoría de alimentos más frecuentemente mencionada fue las carnes con 46% (n=608)

Esta categoría de alimentos incluyó: carnes rojas 24%, carnes blancas 22%, y huevos 16.2%.

La segunda categoría mencionada como generadora de asco correspondió a los carbohidratos blandos con 15.5% (n=208) como: trigo, pan y cebada con el 2.7%, maíz y otros granos el 1.3%; el arroz blanco con el 10% y las papas y otros tubérculos el 1.5% respectivamente.

La siguiente categoría alimenticia reportada con más frecuencia fueron los vegetales amargos y especias 12.7% (n=170), los alimentos específicos en esta categoría incluyeron cebollas el 3.6%, ajo el 2.2%,

brócoli, pimientos verde, y col el 0.3%, aliños preparados con comino, pimienta, ajo y cebollas el 1.8% y especerías como comino y orégano el 4.7%.

El 8.7% (117) de todos los alimentos mencionados eran de origen vegetal o animal y se reportaron como generadores de ascos debido a su forma de preparación que era frita, asada o a la parilla (por ejemplo papas fritas, carne y pollo frito, plátanos asados).

TABLA XVI
FRECUENCIA DE ALIMENTOS REPORTADOS COMO GENERADORES DE ASCO, POR CATEGORIAS ALIMENTICIAS

CATEGORIA	n	(%)
Carnes, productos cárnicos y platos basados en carnes	318	(23.7)
Carnes rojas	277	(87)
Carne de puerco	18	(5.7)
Sopas o estofados de carne	10	(3.1)
Hígado y otras vísceras	7	(2.2)
Hot dog y otras carnes procesadas	6	(1.9)
Otras proteínas animales	290	(21.6)
Aves (pollo)	171	(58.9)
Pescados y mariscos	72	(24.9)
Huevos	47	(16.2)
Vegetales amargos/ picantes y especias	170	(12.7)
Comino, orégano	63	(37.1)
Cebollas	48	(28.2)
Ajo	30	(17.6)
Aliños preparados en combinación con ajo, cebollas, pimienta, comino, pimienta	24	(14.1)
Col, brócoli, pimienta	5	(2.9)
Almidones y carbohidratos:	208	(15.5)
Arroz	133	(63.9)
Pan, trigo y tallarines	36	(17.3)
Papas y otros tubérculos	21	(10.1)
Maíz y otros granos	18	(8.7)
Otros:	84	(6.3)
Otros	76	(90.5)
Alimentos líquidos	8	(9.5)
Otros vegetales y legumbres	66	(4.9)
Tomates, aguacate, acelga, remolacha	49	(74.2)
Lentejas, habas, fréjol	17	(25.8)
Alimentos fritos, asados o a la parilla (animales o vegetales)	117	(8.7)
Leche y otros derivados lácteos:	40	(2.9)
Leche	32	(80)
Otros productos lácteos	8	(20)
Frutas	24	(1.8)
Frutas cítricas	9	(37.5)
Otras frutas	8	(33.3)
Todas las frutas	7	(29.2)
Dulces (sin chocolate ni alcohol)	12	(0.9)
Bebidas y alimentos cafeinados (café, cola, chocolate)	11	(0.8)
Bebidas alcohólicas	2	(0.1)
TOTAL	1342	(100)

Las otras categorías alimenticias que se indican en la tabla fueron reportados con menor frecuencia. Estos incluyen cerveza, bebidas y alimentos cafeinados 0.7% (por ejemplo chocolate, café y colas),

leguminosas y vegetales el 4.9% (por ejemplo aguacate, remolacha, tomate, arvejas, lentejas, habas), leche y otros productos lácteos el 3% (por ejemplo queso, yogurt, helado de crema) y alimentos dulces que no contienen alcohol, cafeína o productos lácteos 0.9%.

Antojos alimenticios

La prevalencia general de antojos alimenticios fue del 68.8% (n=596). El promedio de alimentos generadores de antojos fue de 2.4 ± 1.1 . Como en el acápite anterior se dio la posibilidad a cada entrevistada de reportar hasta 6 respuestas.

La edad promedio de quienes presentaron antojos fue de 25.5 ± 5.9 años, en tanto que para quienes no lo presentaron fue de 27.2 ± 6 años ($p > 0.05$). En cuanto a la instrucción materna, el promedio de años aprobados en las mujeres que presentaron antojos alimenticios fue de 11.6 ± 2.9 años, mientras que en las que no los presentaron fue de 12.1 ± 2.9 años ($p < 0.05$).

La prevalencia encontrada de antojos alimenticios por grupo etáreo, instrucción materna, estado civil, empleo y disponibilidad de servicios básicos, se muestran en las siguientes tablas:

TABLA XVII
PREVALENCIA DE ANTOJOS ALIMENTICIOS POR GRUPO ETAREO (n=852)

GRUPO ETAREO*	Prevalencia (Ic95%)
< 25 años (n=391)	75.7 (71.4 – 79.9)
> = 25 años (n=461)	62.9 (58.4 – 67.3)

* $p < 0.05$ –Diferencia estadísticamente significativa-

TABLA XVIII
PREVALENCIA DE ANTOJOS ALIMENTICIOS POR INSTRUCCIÓN MATERNA (n=852)

INSTRUCCIÓN MATERNA**	Prevalencia (Ic95%)
Primaria completa* (n=55)	76.4 (65.1 – 87.6)
Secundaria y superior (n=797)	68.3 (65.0 – 71.5)

* Incluye analfabetas y primaria incompleta /** $p > 0.05$

TABLA XIX
PREVALENCIA DE ANTOJOS ALIMENTICIOS POR ESTADO CIVIL (n=852)

ESTADO CIVIL**	Prevalencia (Ic95%)
Soltera y otros (n=107)	66.4 (57.4 – 75.3)
Casada (n=745)	69.1 (65.7 – 72.4)

** $p > 0.05$. –No estadísticamente significativo-

TABLA XX
PREVALENCIA DE ANTOJOS ALIMENTICIOS POR DISPONIBILIDAD DE EMPLEO (n=852)

DISPONIBILIDAD DE EMPLEO**	Prevalencia (Ic95%)
SI (n=268)	64.9 (59.1 – 70.6)
NO (n=584)	70.5 (66.80 – 74.1)

* $p > 0.05$ –No diferencia estadísticamente significativa-

TABLA XXI
PREVALENCIA DE ANTOJOS ALIMENTICIOS POR DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS BÁSICOS. (n=852)

INDICADORES	Prevalencia (Ic95%)
LUZ ELECTRICA	
Si (n = 848)	68.8 (65.6 – 71.9)
No (n = 3)	100
AGUA POTABLE*	
Si (n=836)	69.4 (66.2 – 72.5)
No (n=16)	37.5 (13.7 – 61.2)
SERVICIO HIGIENICO*	
Dentro de casa (n=741)	67.6 (64.2 – 70.9)
Fuera de casa (n=110)	77.3 (69.4 – 85.1)

* $p < 0.05$ –diferencia estadísticamente significativa-

La prevalencia encontrada de antojos alimenticios por altura de residencia sobre el nivel del mar se muestra en la tabla XXII.

TABLA XXII
PREVALENCIA DE ANTOJOS ALIMENTICIOS POR ALTURA DEL LUGAR DE RESIDENCIA (n=852)

ALTURA *	Prevalencia (Ic95%)
< = 3000 msnm (n=712)	68.0 (64.5 – 71.4)
> 3000 msnm (n=140)	72.9 (65.5 – 80.2)

* $p > 0.05$ -No diferencia estadísticamente significativa-

Las frutas en general o las frutas específicas como los jugos de frutas se contabilizaron para la categoría más grande con el 36% (n=528) de los alimentos reportados como antojos. Entre las frutas mencionadas incluyeron limón, piña, naranja, mandarinas, uvas, sandía, fresas, mangos, duraznos, papayas y varias otras frutas secas que crecen en las áreas subtropicales del país.

Las carnes en general fueron reportadas en el 21% (n=308) como el segundo grupo de todos los alimentos apetecidos, específicamente el camarón, otros alimentos del mar, atún, y otros pescados, el pollo y la carne roja. La prevalencia de antojos para los alimentos de carbohidratos harinosos fue relativamente baja solo del 6.7% y de estos los alimentos más apetecidos fueron el maíz, trigo y otros cereales, plátanos verdes y solo un 0.7% para el arroz blanco, avena u otros granos.

La categoría de la leche y los productos lácteos representó un 2.8% (n=41) de los alimentos reportados como antojos. En esta categoría, la leche, el helado de crema, los yogures de frutas, y los quesos contribuyeron a la mayoría de los alimentos reportados como apetecidos por las investigadas.

Las categorías de alimentos referidos como generadores de antojo por la mujeres sometidas a estudio, se muestran en la tabla XXIII.

TABLA XXIII
FRECUENCIA DE ALIMENTOS REPORTADOS COMO GENERADORES DE ANTOJO, POR CATEGORIAS ALIMENTICIAS

Categoría	n (%)
Frutas	528 (36)
Frutas en general	179 (33.9)
Limón	63 (11.9)
Manzanas	49 (9.3)
Naranjas	48 (9.1)
Uvas	29 (5.5)
Piña	25 (4.7)
Toronja	18 (3.4)
Sandía	17 (3.2)
Ensalada de frutas	15 (2.8)
Mango	13 (2.5)
Fresas	12 (2.3)
Papaya	10 (1.9)
Duraznos	8 (1.5)
Sapote	6 (1.1)
Grosella	6 (1.1)
Naranja	5 (0.9)
Maracuya	4 (0.8)
Ciruelas	3 (0.6)
Tomate de árbol	3 (0.6)
Peras	3 (0.6)
Ovos	3 (0.6)
Otras frutas	9 (1.7)
Pescados y mariscos	168 (11.5)
Camarones y otros	114 (67.9)
Atún	54 (32.1)
Carne roja, productos cárnicos y platos basados en carne	140 (9.5)
Todas las carnes	61 (43.6)
Carnes rojas	29 (20.7)
Hot dog y productos procesados	19 (13.6)
Sopas y estofados de carne	15 (10.7)
Hígado y otras vísceras	11 (7.8)
Carne de puerco	5 (3.6)
Almidones y carbohidratos	99 (6.7)
Maíz y otros granos	37 (37.4)
Pan, trigo y tallarines	32 (32.3)
Plátanos	20 (20.2)
Arroz	10 (10.1)
Otros vegetales y legumbres	77 (5.2)
Tomate, acelga, aguacate	49 (63.6)
Lentejas, habas, fréjol	28 (36.4)
Alimentos fritos, asados o a la parilla	54 (3.6)
Bebidas cafeinadas (café, cola, chocolate)	51 (3.4)
Leche y derivados	41 (2.8)
Helados	21 (51.2)
Queso	9 (21.9)
Leche	6 (14.6)
Yogurt	5 (12.2)
Aves (pollo)	37 (2.5)
Huevos	9 (0.6)
Vegetales amargos, picantes y especias	9 (0.6)
Bebidas alcohólicas	2 (0.1)
Otros alimentos (líquidos, salados)	245 (16.7)

Ascós y antojos alimenticios: su asociación con náusea y vómito.

La prevalencia de ascós y antojos alimenticios por presencia de náusea y vómito, en las pacientes estudiadas, se muestra en la siguiente tabla.

TABLA XXIV
PREVALENCIA DE ASCOS Y ANTOJOS POR CONDICION DE NAUSEA Y VOMITO

ASOCIACION	Riesgo relativo (Ic95%)*	
	Ascós	Antojos
NAUSEA		
SI (n=640)	84.4 (81.5 – 87.2)	72 (68.5 – 75.4)
NO (n=211)	40.8 (34.1 – 47.4)	59.2 (52.5 – 65.8)
VOMITO		
SI (n=443)	86.2 (82.9 – 89.4)	72.7 (68.5 – 76.8)
NO (n=408)	59.8 (55.0 – 64.5)	64.7 (60.0 – 69.3)

* Ic 95% = Intervalo de confianza al 95%.

Las investigadas que presentaron náusea y vómito tuvieron más prevalencia de tener ascós y antojos alimenticios con un valor de $p < 0.05$ estadísticamente significativo en comparación de sus contrapartes que no tuvieron estos síntomas.

La asociación entre náusea o vómito y la presencia de ascós y/o antojos alimenticios, se buscó en base a la prueba de χ^2 de Pearson. Los niveles de asociación, se muestran en las siguientes tablas:

TABLA XXV
GRADO DE ASOCIACION DE NAUSEA Y VOMITO CON LA PRESENCIA DE ASCOS.

ASOCIACION	Chi ²	GL	Valor p
Náusea – Ascós			
General	154.225	1	0.000
Vómito – Ascós			
General	74.429	1	0.000

* $p < 0.05$ diferencia estadísticamente significativa

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de náusea y vómito en relación con los ascós alimenticios.

TABLA XXVI
GRADO DE ASOCIACION DE NAUSEA Y VOMITO CON LA PRESENCIA DE ANTOJOS.

ASOCIACION	Chi ²	GL	Valor p
Náusea – Antojos			
General	12.355	1	0.000
Vómito – Antojos			
General	6.354	1	0.012

* $p < 0.05$ Diferencia estadísticamente significativa

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de náusea y vómito en relación con los antojos alimenticios en la muestra general.

Ascós y antojos alimenticios: su asociación con presencia de aborto

De la totalidad de mujeres estudiadas (n=852), solamente en 679 se pudo obtener información referente a la presencia o no de abortos durante las primeras veinte semanas de gestación. La prevalencia de abortos en este período, identificada sobre ésta submuestra fue del 4.7% (IC95% 3.1 – 6.2).

La edad promedio de quienes presentaron abortos fue de 28.7 ± 6.4 años, mientras que en quienes no lo presentaron fue de 26.1 ± 5.9 (p<0.05). La prevalencia de aborto encontrada por la presencia de ascós y antojos alimenticios, se muestra en la siguiente tabla

TABLA XXVII
PREVALENCIA DE ABORTOS POR CONDICION DE ASCOS Y ANTOJOS ALIMENTICIOS (n=679)

INDICADORES*	Prevalencia aborto (Ic95%)
ASCOS*	
SI (n=500)	4.4 (2.6 – 6.1)
NO (n=179)	5.6 (2.2 – 8.9)
ANTOJOS*	
SI (n=461)	4.6 (2.6 – 6.5)
NO (n=218)	5.0 (2.1 – 7.8)

* p > 0.05 –No diferencia estadísticamente significativa-

Los análisis demostraron que no hubo asociación estadísticamente significativa entre aborto y los ascós y antojos alimenticios. La prevalencia de abortos por altura de residencia, se muestra en la siguiente tabla.

TABLA XXVIII
PREVALENCIA DE ABORTOS POR ALTURA DEL LUGAR DE RESIDENCIA

ALTURA*	Prevalencia (Ic95%)
< 3000 msnm (n=571)	3.9 (2.3 – 5.4)
> 3000 msnm (n=108)	9.3 (3.8 – 14.7)

* p > 0.05 –No diferencia estadísticamente significativa-

Ascós y antojos alimenticios: su asociación con malformaciones congénitas

De la totalidad de mujeres estudiadas (n=852), se logró realizar el seguimiento hasta el parto en 365

mujeres. La prevalencia de malformaciones congénitas mayores fue del 3.3% (IC95% 1.4 – 5.1).

La edad promedio de quienes presentaron hijos con malformaciones congénitas fue de 29.6 ± 6.2 años, mientras que en quienes no lo presentaron fue de 26.2 ± 6.1 (p>0.05). La prevalencia de malformaciones congénitas encontrada por la presencia de ascós y antojos alimenticios, se muestra en la siguiente tabla

TABLA XXIX
PREVALENCIA DE MALFORMACIONES CONGENITAS POR CONDICION DE ASCOS Y ANTOJOS ALIMENTICIOS (n=365)

INDICADORES*	Prevalencia (Ic95%)
ASCOS*	
SI (n=269)	2.6 (0.7 – 4.5)
NO (n=96)	5.2 (0.7 – 9.6)
ANTOJOS*	
SI (n=249)	2 (0.3 – 3.7)
NO (n=116)	6.0 (1.6 – 10.3)

* p > 0.05 -No diferencia estadísticamente significativa-

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre anomalías congénitas y la presencia de ascós y antojos alimenticios.

DISCUSION

El objetivo de este estudio fue investigar prevalencia de ascós y antojos y su asociación con el riesgo de aborto y anomalías congénitas.

En este estudio el 99.4% de las investigadas fueron mestizas, con una edad promedio de 26 años y 11.7 años de escolaridad. A pesar de ser una población joven, más de la mitad de la muestra no realiza ningún tipo de actividad remunerada, lo que agrava su situación económica.

Encontramos que el 73.5% de embarazadas reportaron tener ascós alimenticios y el 68.8% presentaron antojos alimenticios prevalencias similares reportadas los estudios internacionales.

Las mujeres que reportaron ascós alimenticios fueron ligeramente más jóvenes, tuvieron menos años de escolaridad y no disponían de un empleo remunerado que aquellas que no reportaron este síntoma (p<0.05) factores que fueron estadísticamente significativos y congruentes con otros estudios realizados.

Las embarazadas reportaron tener más ascós para las

carnes (46%) especialmente la carne de res y pollo, seguido de almidones y carbohidratos (15%) y si a estos productos sumamos el asco por los huevos, la leche y sus derivados (3%) encontramos que el asco producido para los alimentos proteínicos de origen animal alcanzaría un 49%. Se conoce que los requerimientos nutricionales aumentan durante el embarazo, especialmente las proteínas y si existen deficiencias nutricionales proteicas graves se puede producir la muerte del blastocisto o tener un efecto adverso sobre la mucosa uterina o en el proceso de nidación.

Los vegetales amargos, las especerías (13%), los alimentos fritos, asados a la parilla (9%) también generaron asco en un buen porcentaje de gestantes.

En contraste a lo encontrado por Hook y Profet, este estudio difiere ya que encontró que las gestantes presentaron asco a los almidones y carbohidratos como el pan, arroz, trigo, y en poca frecuencia a las bebidas alcohólicas y cafeinadas.

Los antojos alimenticios fueron más frecuentes en mujeres menores de 25 años y no hubo ninguna correlación estadísticamente significativa con otra condición socio-demográfica.

Los alimentos reportados como generadores de antojos alimenticios fueron las frutas y jugos de frutas, seguidos por las carnes y en menor frecuencia los almidones y carbohidratos y los alimentos fritos o asados a la parilla.

Existe una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre náusea y vómito con ascos y antojos alimenticios, es decir que las embarazadas que presentaron náusea o náuseas y vómitos tuvieron una mayor prevalencia de reportar ascos y antojos alimenticios en comparación con sus contrapartes, independientemente de la edad y la instrucción materna.

Por último al asociar ascos y antojos alimenticios con riesgo de aborto o anomalías congénitas no se encontró diferencia estadísticamente significativa, el único factor que se asoció con aborto fue la edad materna, ya que las mujeres que presentaron abortos fueron ligeramente mayores en edad en comparación de aquellas que no lo tuvieron ($p < 0.05$).

Las patologías congénitas más frecuentes fueron la anencefalia, hidrocefalia, labio leporino más paladar hendido, pie equino y otras pequeñas anomalías

congénitas como fistula auricular izquierda.

CONCLUSIONES

La prevalencia de ascos y antojos en las embarazadas que acudieron al HMPSJ es similar a la encontrada en otros estudios internacionales.

Al relacionar características socio-demográficas con ascos encontramos que éstos se presentan con mayor frecuencia en mujeres más jóvenes, quienes tienen menor nivel de instrucción y en aquellas quienes no tienen un empleo remunerado.

Al relacionar características socio-demográficas con antojos encontramos que se presentan con más frecuencia en jóvenes < 25 años, tienen agua potable y disponen de servicio higiénico.

Los 10 primeros alimentos generadores de ascos son: carnes rojas, arroz, aves, pescado, alimentos fritos, leche, huevos, comino, orégano, cebollas, y otros vegetales como tomate, acelga, remolacha.

Los 10 primeros alimentos generadores de antojos son: frutas como el limón, manzanas, naranjas, uvas, piña, camarones, carnes rojas, atún, pollo, pan, helados, tallarines.

Al igual que otros estudios, este trabajo encontró una fuerte asociación entre náusea, vómito y ascos alimenticios.

Este trabajo no encontró ninguna asociación entre ascos y antojos alimenticios y la probabilidad de presentar aborto, resultados que son similares a los encontrados por la Dra. Weigel.

Así también, no existió ninguna asociación significativa entre ascos y antojos alimenticios con la probabilidad de presentar malformaciones congénitas. Los abortos fueron más frecuentes en mujeres de mayor edad en comparación de aquellas que no presentaron un aborto.

Proponemos obtener más información sobre trabajos sociológicos, antropológicos y psicológicos que recopilen patrones culturales relacionados con alimentación en mujeres embarazadas.

RECOMENDACIONES

- Existen pocos estudios actuales que hayan

relacionado los ascos y antojos alimenticios con el riesgo de abortos o anomalías congénitas a nivel internacional. En el Ecuador es el primer estudio que servirá como base para realizar otros estudios a futuro.

- Recoger más información sobre trabajos sociológicos, antropológicos, psicológicos que recopilen patrones culturales relacionados con alimentación y otros cuidados de las mujeres embarazadas.
- Sería importante realizar más investigaciones en aquellas mujeres que presentan ascos alimenticios sobretodo en mujeres indígenas ya que los patrones culturales y dietéticos son muy diferentes a los comparados con las mujeres mestizas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- KETTERLINUS R, HENDERSON S, LAMB M E. Maternal age, sociodemographics, prenatal health and behavior: Influences on neonatal risk status. *Journal of adolescent health care* 1990;11:423-431.
- 2.- WEIGEL MM, Caiza ME, Castro N, Reyes M, Tello N. Pregnancy nausea and vomiting, dietary aversions and the risk for miscarriage and congenital anomaly: the Embryo Protection Hypothesis (artículo en preparación).
- 3.- WEIGEL MM, Narvaez WM, Lopez A et al. Prenatal diet, nutrient intake and pregnancy outcome in an urban Ecuadorian primiparas. *Arch Latinoam Nutr* 26 (1): 21-37, 1991
- 4.- KLEBANOFF M, Koslowe P, Kaslow al. Epidemiology of nausea and vomiting in early pregnancy, *R et Obstet Gynecol* 1985; 66:612-616
- 5.- TIERSON FD, Olsen CI, Hook EB. Nausea and vomiting of pregnancy and association with pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1986;155:1017-1022.
- 6.- PROFET J; KAHN E.; HARTMAN J. Profet, profits and proof: Do nausea and vomiting of early pregnancy protect women from " harmful" vegetables?. *Am J. Obstet Gynecol.* January 1997: 179-181.
- 7.- FLAXMAN S, Sherman P W. Morning Sickness: A mechanism for protecting mother and embryo. *The Quarterly Review of Biology.* Vol 75, No.2 June 2000: 113-141
- 8.- ESTRELLA M. Salud y enfermedad, alimentación y nutrición en mujeres embarazadas.
- 9.- WEIGEL MM, Castro N, Cevallos WF. The dietary intake and nutritional status of Afro-hispanic women in tropical Ecuador.
- 10.- NRC. Recommended Dietary Allowances, 10th ed. Washington, DC: National Academy Press, 1989.
- 11.- CORONIOS-VARGAS M, TOMA R.B., TUVESON R.V., SCHUTZ I. Cultural, influences on food cravings and aversions during pregnancy. *Ecology of food and Nutrition.* Vol 27, pp.42-49.
- 12.- AL-KANHAL MA, Bani IA 1995. Food habits during pregnancy among Saudi women. *International Journal for vitamin and Nutrition Research* 65:206-210.
- 13.- BROWN J; KAHN E.; HARTMAN J. Profet, profits and proof: Do nausea and vomiting of early pregnancy protect women from " harmful" vegetables?. *Am J. Obstet Gynecol.* January 1997: 179-181.
- 14.- OLADAPO A.; LADIPO. Nutrition in pregnancy: mineral and vitamin supplements. *A. J. of Clinical Nutrition*, Vol. 72, No. 1, 280-290. July 2000.
- 15.- CRYSTAL S; BOWEN D; BERNSTEIN I. Morning sickness and salt intake, food cravings and food aversions. *Pshychology & Behavior.* Vol 67, No 2, pp. 181-187. 1999
- 16.- ROZIN P. The socio-cultural context of eating and food choice. *Food choice, acceptance and consumption.* 1986. Pág 82-100.
- 17.- TIERSON FD, Olsen CI, Hook EB. Influence of cravings and aversions on diet in pregnancy 1995; *Ecol Food Nutr* 17:117-129
- 18.- VASCONEZ F, et al. Crecimiento Intrauterino en Quito: Ministerio de Salud Pública, 1987.
- 19.- FOGELMAN K. R.- O MANNOR Tabaco y embarazo. *Brit. Med. J.* 297: 1233.
- 20.- LUKE, B: Efectos de la nutrición sobre el crecimiento fetal. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*, 3:493-503, 1994.
- 21.- BETHANN W., KATHRYN M., BOND J. Influence of rural-urban migration on adult women's food patterns and adequacy of their children's diet, in Ecuador. *Ecology of food and Nutrition.* Vol. 21. pp. 189-198. 1988
- 22.- HARRIS H.E.; ELLISON G.T.; CLEMENT S. Do the psychosocial and behavioral changes that accompany motherhood influence the impact of pregnancy on long-term weight gain?. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1999; 20: 65-79.
- 23.- STOPPARD, M: Nuevo Libro del Embarazo y nacimiento. 1996: 117- 118.
- 24.- UDDENBERG N, Nilsson A, Almgren PE. 1971 Nausea in pregnancy: psychological and psychosomatic aspects. *Journal of Psychosomatic Research* 15:269-276.
- 25.- WORTHINGTON R, Little RE, Lanbert MD et al. Dietary cravings and aversions in the post-partum period. *J Am Diet Assoc* 1989;89:647-651.

ARTICULO ORIGINAL

ESTADIAJE LAPAROSCOPICO EN CANCER GASTRICO

Dr. César Benítez Arregui, Dr. Gonzalo Salgado, Dr. Miguel Moyón, Dr. Mauricio Atencia, Dr. Eric Enriquez, Dr. Santiago Jácome.

Servicio de Cirugía General. Hospital Andrade Marín. IESS. Quito.

Resumen

Los estudios convencionales imagenológicos no permiten realizar un estadiamiento preciso en el cáncer gástrico, el mismo que se lo hace tradicionalmente durante una laparotomía. Se propone una laparoscopia de estadiaje, inmediatamente antes de la gastrectomía, como un método menos invasivo. Se estudian 50 pacientes en quienes se realizó este último procedimiento en el SCG-HCAM, encontrándose, en 22 casos, metástasis peritoneales no sospechadas, y cambiándose el estadio en 36 enfermos. Se evitó realizar una laparotomía en 28 enfermos. Se realiza una discusión sobre el estado de la laparoscopia como método de estadiaje en la literatura universal. Se concluye que la laparoscopia para estadiaje en el cáncer gástrico es exacta y técnicamente factible; evita realizar una laparotomía en casos avanzados; demuestra la poca precisión de la TAC y de la ecografía para detectar metástasis peritoneales, ganglionares y hepáticas; carece de morbilidad y permite la selección del abordaje más apropiado en cánceres de esófago y cardias. Se recomienda la adopción de este método en nuestro medio.

Summary

Conventional methodology using CAT scan and external ultrasound do not allow a precise staging in gastric cancer. A laparotomy has been traditionally used for this purpose. Staging laparoscopy immediately before a planned gastrectomy is proposed instead, being a less invasive method. This has been done in fifty patients at the General Surgery Department, Andrade Marín Hospital, Quito, Ecuador. It is concluded that laparoscopic staging allowed finding 22 cases with non suspected peritoneal metastasis. A laparotomy was avoided in 28 cases and in 36 the prelaparotomy stage was changed. Laparoscopic staging in gastric cancer is easy and safe; avoids an unnecessary laparotomy; and shows the limitation of image studies for demonstration of hepatic, peritoneal and node metastasis. The method has not showed morbidity and it enables to choose the most adequate incisional approach for cardia cancers.

INTRODUCCION

En nuestro medio, los enfermos portadores de cáncer gástrico llegan a los servicios quirúrgicos en etapas avanzadas de su evolución⁽¹⁾. Mediante los métodos convencionales de extensión, como son la ecografía y la tomografía axial computarizada (TAC), no es posible conocer con precisión el estado real de diseminación del tumor en el interior del abdomen^(2,3). Muy especialmente, no es posible establecer la presencia de siembras peritoneales (P1, P2, en la Clasificación Japonesa), el compromiso de la serosa

del estómago (S1, S2), la infiltración de estructuras vecinas desde el tumor primario (S3), el crecimiento de ganglios perigástricos (N1) o de ganglios perivasculares (N2), ni la presencia de metástasis hepáticas pequeñas (H1)^(4,5,6,7). Por esta razón, el estadiaje definitivo del cáncer gástrico se lo ha realizado tradicionalmente mediante una laparotomía. Cuando ésta demuestra una etapa IV u otra causa de inextirpabilidad, se procede, sin más, al cierre de la laparotomía, la misma que, en estos pacientes debilitados, no carece de morbilidad. Con estos antecedentes, se plantea la realización de una laparoscopia, que es un método menos invasivo, para realizar un estadiaje quirúrgico definitivo en el cáncer

*Dirección para correspondencia: Dr. César Benítez Arregui. Calle Marco Aguirre 381. Quito. Ecuador.
email: benitez@access.net.ec*

gástrico. En el Servicio de Cirugía General del Hospital Andrade Marín (SCG-HCAM) desde el año 2001 se empezaron a realizar laparoscopías de estadiaje en todos los enfermos que llegaron para un posible tratamiento quirúrgico de su cáncer gástrico, con el fin de establecer la factibilidad de realizarla, y su utilidad en cuanto a cambiar la conducta terapéutica a seguirse.

MATERIAL Y METODOS

Se estudian 50 pacientes consecutivos con el diagnóstico de carcinoma del estómago que fueron referidos al SCG-HCAM, durante los años 2002 y 2003, cuyas condiciones médicas permitían la realización de un procedimiento quirúrgico, realizándose una laparoscopia para estadiaje inmediatamente antes de una posible gastrectomía y durante el mismo procedimiento de anestesia general. Edad: Entre 25 y 82 años, con un promedio de 59.8 años.

Sexo: 35 hombres, 15 mujeres.

Todos tuvieron una endoscopia digestiva alta que demostró el tumor primario y una biopsia endoscópica que documentó la estirpe histológica.

La localización del tumor primario en el estómago fue:

Esófago invadiendo cardias: 5 casos

Cardias 4 casos

Fundus 2 casos

Cuerpo 16 casos

Antro 17 casos

Píloro 6 casos

El estudio histopatológico de la biopsia endoscópica fue:

Carcinoma escamocelular (de esófago): 2

Adenocarcinoma: 48

El estudio definitivo de la pieza extirpada demostró en un caso la presencia de linfoma.

De los 47 adenocarcinomas, de acuerdo a la clasificación de Lauren fueron:

Tipo intestinal: 27 casos

Tipo difuso: 23 casos

En cuanto a diferenciación:

Bien diferenciados: 15

Medianamente diferenciados: 5

Indiferenciados: 30

Los exámenes de extensión realizados, y sus resultados, fueron de la siguiente manera:

Radiografía pulmonar en todos los 50 casos. Todos sin metástasis pulmonares.

Ecografía de abdomen superior para evaluar el hígado en todos los 50 casos:

Normal: 45 casos

Metástasis hepáticas: 2 casos

TAC para evaluar el hígado en 31 casos:

Normal: 30 casos

Metástasis hepáticas: 1 caso.

La evaluación subjetiva global (ESG) del estado nutricional determinó que 12 enfermos recibieran nutrición parenteral total (NPT) durante un promedio de 9 días antes del procedimiento quirúrgico.

Procedimiento laparoscópico. - Bajo anestesia general y preparado el enfermo para una posible gastrectomía, se realizó el estadiaje laparoscópico, utilizando un equipo de videolaparoscopia, en la siguiente forma:

Aguja de Verress para la formación del neumoperitoneo en 17 casos

Técnica abierta para el neumoperitoneo en 33 casos.

Utilización de dos trócares en 31 casos

Utilización de tres trócares en 19 casos.

Se visualizó toda la cavidad peritoneal, con especial atención al hígado, a todas las superficies peritoneales, los epiplones, el estómago, el bazo y la pelvis, en todos los casos. A través de uno de los trócares se levantó el hígado para visualizar la cara anterior del estómago. Se entró a la transcavidad de los epiplones para visualizar la cara posterior del estómago, el páncreas y los ganglios perivasculares en cinco casos. Se visualizó detenidamente en los tumores del cardias su infiltración hacia el esófago, lo que, luego, permitió, en los casos extirpables, escoger las incisiones más adecuadas.

En los casos en que se encontraron nódulos peritoneales dudosos en cuanto a su naturaleza, se tomaron biopsias en 5 enfermos, las mismas que comprobaron malignidad. En tres casos se realizaron extirpaciones del ligamento redondo y o falciforme del hígado con el mismo propósito y con los mismos resultados. Se realizó instilación de suero fisiológico en la cavidad abdominal y luego su recolección para buscar células malignas en tres casos.

RESULTADOS

Se encontraron metástasis peritoneales no sospechadas previamente, en 22 casos.

Se encontraron metástasis hepáticas no detectadas por ecografía o TAC en 10 pacientes.

Se vieron ganglios agrandados en 15 casos.

Se constató compromiso tumoral de la serosa del estómago en 27 casos.

Se detectó ascitis no sospechada en 3 enfermos

El estadiaje cambió:

de II a III en 5 casos

de III a IV en 31 casos

En estadios I V, el procedimiento se limitó a la

laparoscopia, evitándose realizar una laparotomía. En los casos en que hubo duda sobre el hallazgo laparoscópico, se realizó laparotomía, confirmándose en ella los hallazgos laparoscópicos en todos los casos. El estadio IV estuvo dado por

Metástasis hepáticas en 12 casos

Metástasis peritoneales en 22 pacientes

Metástasis hepáticas y metástasis peritoneales en 6 casos.

Los casos oncológicamente resecables (estadios I, II y III) fueron sometidos a laparotomía y, confirmándose estos estadios, tuvieron una evaluación para la posibilidad técnica de extirpabilidad, y, en los casos en que ésta fué factible, se realizó el tratamiento quirúrgico correspondiente (gastrectomía total o subtotal, con extirpación de una a tres barreras ganglionares, es decir, resecciones D1, D2 o D3).

No hubo morbilidad ni mortalidad dependiente de la laparoscopia.

La estancia hospitalaria postoperatoria promedio en quienes tuvieron solamente laparoscopia fué de 36 horas.

DISCUSION

El estadiaje laparoscópico de los tumores gastrointestinales adquirió fuerza desde que fue posible realizarlo mediante videolaparoscopia, y contando con el instrumental desarrollado desde los años 90^(8,9).

En este trabajo se utilizó el sistema de estadiamiento de la Japanese Research Society for Gastric Cancer⁽¹⁰⁾, cuyos estadios desde el I al IV son equivalentes en gran medida a los estadios de la clasificación TNM de la Union Internacional contra el Cancer (UICC), en su quinta edición, del año 1997⁽¹¹⁾, estadiamiento que se lo puede realizar laparoscópicamente o laparotómicamente, y que, luego, tiene su confirmación o rectificación patológica. Los parámetros de la clasificación japonesa son más descriptivos: compromiso de la serosa del estómago (S), peritoneo (P) y de las barreras ganglionares (N1, N2, N3).

La exploración de la transcavidad de los epiplones, para visualizar la cara posterior del estómago y tener mejor visión de los ganglios perivasculares, no se realizó en todos los casos. Es importante hacerla. Requiere, naturalmente, de mayor experiencia, y demanda mayor tiempo y constituye, cuando se la realiza, lo que Siewert, de Munich, llama Extended Diagnostic Laparoscopy (EDL)^(12,13).

Es ideal utilizar durante la laparoscopia el estudio ultrasónico de contacto, introduciendo el transductor a través de uno de los trócares, especialmente para

evaluar metástasis hepáticas^(14,15).

La laparoscopia de estadiamiento es posible realizarla como un procedimiento previo e independiente de la eventual gastrectomía. Esto sería ventajoso si se lo hiciera bajo anestesia local, lo cual, por otro lado, limita la factibilidad técnica⁽¹⁶⁾.

Han existido inquietudes sobre la utilización del neumoperitoneo en procesos oncológicos intraabdominales, especialmente en cuanto a la aparición de implantes en los sitios de entrada de los trócares, pero las evidencias de los últimos años las desvirtúan^(17,18,19), y, en la actualidad, el estadiaje laparoscópico en cáncer gástrico es ampliamente utilizado en el mundo^(20,21,22,23,24) y se lo considera mucho más sensible y exacto que los métodos convencionales como ecografía y TAC^(25,26,27). El estadiaje laparoscópico es utilizado actualmente también en cáncer de esófago (para evaluar hígado y ganglios celíacos), en cáncer de páncreas y de vías biliares^(28,29). En algunos centros quirúrgicos se utiliza el acceso laparoscópico para realizar gastrectomías por cáncer en estadio I y II^(30,31) y, con mayor frecuencia, para resecaer cáncer de colon^(32,33).

La evolución y sobrevida de los enfermos de este estudio que solamente tuvieron laparoscopia de estadiaje, y de quienes inmediatamente después de ella tuvieron gastrectomía y linfadenectomía no es motivo de este trabajo; además, no ha transcurrido un tiempo suficiente para evaluar esta sobrevida.

En algunos centros oncológicos en los que se utiliza tratamientos multimodales contra el cáncer gástrico, el estadiamiento preciso antes de la cirugía ha permitido seleccionar los candidatos para quimioterapia^(34,35).

CONCLUSIONES

1. La videolaparoscopia es un método técnicamente factible para el estadiamiento del cáncer gástrico. Es técnicamente sencillo y proporcionó una excelente visión del hígado, de los diafragmas, del peritoneo que recubre las paredes del abdomen incluyendo la pelvis, de la serosa del estómago y otras vísceras, y de los epiplones. Permitió ver fácilmente los ganglios de las curvaturas (grupos 3, 4, 5 y 6). Demanda mayor complejidad el observar la cara posterior del estómago y los ganglios perivasculares (grupos 7, 8, 9, 10 y 11), pues para ello se requiere abrir y entrar en la transcavidad de los epiplones.
2. Permitió realizar un estadiamiento con exactitud, lo cual fué corroborado en los casos en que, inmediatamente luego del estadiaje, se hizo laparotomía para la realización de una gastrectomía y linfadenectomía.

3. Permitió evitar una laparotomía en estos pacientes muy debilitados, al demostrar estadios oncológicamente avanzados, y, por tanto, no tributarios de cirugía.
4. Este estudio ha demostrado la limitación del ultrasonido y de la TAC para evaluar metástasis hepáticas y su imposibilidad para detectar siembras peritoneales.
5. El compromiso de la serosa del estómago y del peritoneo ha sido posible demostrarlo solamente durante la laparoscopia.
6. La laparoscopia de estadiaje carece de morbilidad y de mortalidad y, en los enfermos que no fueron tributarios de resección gástrica, disminuyó la estancia hospitalaria en relación a una laparotomía.
7. Permitió seleccionar las incisiones y el abordaje adecuado en los tumores de esófago y cardias, al demostrar que el tumor se encontraba en el mediastino posterior.
8. Se recomienda adoptar esta forma de estadiaje en nuestro medio por las razones arriba mencionadas

BIBLIOGRAFIA

1. Benítez C, Rosero C. Carcinoma digestivo en jóvenes. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Central. 1992 Vol 17: 51.
2. Lowy AM, Mansfield PF, Leach SD, Ajani J. Laparoscopic staging for gastric cancer. *Surgery* 1996; 119: 611.
3. Champault G, Barat C. *J Chir (Paris)* 1999 Oct; 136(3):150-5.
4. Lavenius MI, Gullichsen R, Salo S., Sonninen P, Ovaska J. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2002 Apr; 12(2): 77-81.
5. D'Hugo D, Pende V, Persiani R, Rausei S, Picciocchi A. Laparoscopic staging of gastric cancer: an overview. *Journal of the American College of Surgeons*, June 2003; 196:6.
6. Nagaham T, Maruyama M, Natsui S, Ochia, T, Hasegawa K, Takashima I, Ebuchi M. Staging laparoscopy for advanced gastric cancer. *Gan to Kagaku Ryoho/Japanese Journal of Cancer and Chemotherapy*. Nov 2002; 29(12):2287-90.
7. Conlon KC. Staging laparoscopy for gastric cancer. *Ann Ital Chir* 2001 Jan-Feb; 72(1):33-7.
8. Bhalla R, Formella L, Kerrigan D. Need for staging laparoscopy in patients with gastric cancer. *Br J Surg* 2000 Mar; 87(3):362-73.
9. Schumacher I, Hunsicker A, Youssef P, Lorenz D. Current concepts in gastric cancer surgery. *Saudi Med J* 2002 Jan; 23(1): 62-8.
10. Nio Y, Yamasawa K, Yamaguchi K, Itakura M, Omori H, Tsuji M, Endo S, Sumi S. Problems in the N- classification o the new UICC stage classification for gastric cancer: an analysis of 10 years outcome of Japanese patients. *Anticancer Res* 2003 Jan-Feb; 23(1):697-705.
11. Fujii K, Isozaki H, Okajima K, Nomora E, Sako S, Mabuchi S, Tanigawa N. Clinical evaluation of lymph node metastasis in gastric cancer defined by the fifth edition of the TNM classification in comparison with the Japanese system. *Br J Surg* 1999 May; 86(5):685-9.
12. Feussner H, Kraemer SJ, Fink U, Waker S, Siewert JR. Pretherapeutic laparoscopy staging in advanced gastric cancer. *Endoscopy* 1999 June;31(5):342-7.
13. Feussner H, Kraemer SJ, Siewert JR. Staging laparoscopy. *Chirurg* 1997 Mar;68(3):201-9.
14. Goh PM, So JB. Role of laparoscopy in the management of stomach cancer. *Semin Surg Oncol* 1999 Jun;16(4):321-6.
15. Velasco J, Rossi H, Fernández M. Laparoscopic ultrasound enhances diagnostic laparoscopy in the staging of abdominal neoplasms. *Am Surg* 2000;66:407-411.
16. Yano M, Tsujinck T, Shiozaki H., Appraisal of treatment strategy by staging laparoscopy for locally advanced gastric cancer. *World J Surg* 2000;24:1130-6.
17. Pearlstone DP, Feig B, Mansfield P. Port site recurrences after laparoscopy for malignant disease. *Semin Sur Oncol* 1999;16:307-12.
18. Ishida H, Murata N, Yamid H. Influence of trocar placement and CO2 pneumoperitoneum in port site metastasis. *Surg Endosc* 2000;14:193-7.
19. Reymond M, Scheider C, Kastl S. The pathogenesis of port site recurrences. *J Gastroint Surg* 1998;2:406-14.
20. Karpeh MS. Influence of laparoscopic staging on therapy of stomach carcinoma. *Chirurg* 2002 Apr;73(4):306-11.
21. Rosin D, Brasesco O, Rosenthal RJ. Laparoscopy for gastric tumors. *Surg Oncol Clinics of N Am* 2001 July;10(3):511-29.
22. Oñate-Ocaña L, Gallardo-Rincón D, Mondrago-Sánchez R, de la Garza-Salazar J. The role of pretherapeutic laparoscopy in the selection of treatment for patients with gastric cancer: a proposal for laparoscopic staging system.
23. Giger U, Schafer M, Krahenbuhl L. Technique and value of staging laparoscopy. *Dig Surg* 2002;19(6):473-8.
24. Arnold J, Schneider A, Zopf T, Benz C, Riemann J. Laparoscopic tumor staging in gastrointestinal carcinomas: significance of internal medicine laparoscopy. *Z Gastroenterol* 2001 Jan;39(1):19-23.
25. Bruch HP, Scwandner O, Keller R. Limitations of laparoscopic visceral surgery in oncology. *Chirurg* 2003 Apr;74(4):290-300.
26. Ballesta Lopez C, Ruguero R, Poves I, Bettonica C, Procacorini B. The contribution of laparoscopy to the treatment of gastric carcinoma. *Surg Endosc* 2002 Apr;16(4):616-9.
27. Sendler A, Dittler H, Feussner H. Preoperative staging of gastric cancer as a precondition for multimodal treatment. *World J Surg* 1995;19:501-508.
28. D'Ugo D, Persiani R, Pende V. Neoadjuvant chemotherapy for locally advanced gastric cancer; results on an ongoing phase II study. *Procedures 4th Int Gastric Cancer Congress*. New York 2001.

**ARTICULO
ORIGINAL**

FARMACOVIGILANCIA Y REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS: REPORTE DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN UNA MUESTRA DE MEDICOS.

Dr. Juan Carlos Maldonado R.

Unidad de Farmacología. Centro de Biomedicina. Universidad Central del Ecuador.

Resumen

Contexto: En un programa de Farmacovigilancia que utilice el sistema de reporte espontáneo de reacciones adversas, los conocimientos y actitudes de los prescriptores son condicionantes de las prácticas de notificación.

Objetivo: Determinar los conocimientos y actitudes sobre algunos aspectos relacionados con las reacciones adversas a medicamentos, en un grupo de médicos seleccionados para posteriormente participar en un programa de capacitación.

Diseño y sujetos: Estudio observacional en 40 médicos pertenecientes a unidades hospitalarias y de atención primaria en las provincias de Loja, El Oro y Zamora-Chinchipec.

Resultados: La mayoría de los médicos mostraron diferencias o confusiones conceptuales. Solo un 25% consideró como sinónimos a los términos reacción adversa y efecto indeseado. El resto relacionó al primero con una condición de mayor severidad. La capacidad para reconocer una manifestación clínica como una reacción adversa a medicamentos fue limitada. De 32 opciones posibles un promedio de 9.0 ± 5.8 fueron reconocidas como reacciones adversas. El 32.5% de los médicos identificó apenas 5 o menos efectos indeseables. Las situaciones clínicas más reconocidas como posibles reacciones adversas se aglutinaron en aquellas leves y comunes [prurito (62%), vómito (50%), náusea y epigastralgia (45%)] o en reacciones graves y conocidas [agranulocitosis (60%) y hemorragia gastrointestinal (37%)]. Las reacciones de tipo cardiovascular, dermatológicas graves y las de hepatotoxicidad estuvieron entre las menos reconocidas. El 84% de los médicos se mostraron a favor de realizar una notificación de los efectos indeseados, pero la mayoría (65%) consideraron métodos distintos a los que emplea un sistema de reporte espontáneo.

Conclusiones: Existen deficiencias variables en los conocimientos y actitudes de los prescriptores. Mejorar estos aspectos permitiría disminuir los distintos sesgos de notificación voluntaria. Las capacitaciones serían indispensables antes de iniciar un programa de Farmacovigilancia basado en el reporte espontáneo de reacciones adversas.

Palabras clave: Farmacovigilancia, Reacciones Adversas a Medicamentos, Efecto indeseado, Conocimientos, Actitudes, Notificación Voluntaria.

Summary

Background: The physicians' attitudes and knowledge on reporting adverse drug reactions could influence a Pharmacovigilance spontaneous reporting system.

Objective: To assess some attitudes and knowledge about adverse drug reactions in a sample of physicians who were selected to participate on a training program.

Design and subjects: Survey study performed in 40 physicians from Loja, El Oro and Zamora-Chinchipec primary care units and hospitals.

*Dirección para correspondencia: Unidad de Farmacología. Centro de Biomedicina.
Universidad Central del Ecuador. Sodiro N.14-121 e Iquique. POBOX: 17-11-6120.
Telf/fax: (593-2)-322-84-55.
E-mail: jcmaldonado@med.ucentral.edu.ec*

Results: Almost all the physicians showed differences or confusions about adverse drug reactions definitions. Only 25% of them were right to determine undesirable effect as synonymous of adverse reaction. The others assigned a more severe condition to the expression adverse drug reaction. The ability to identify clinical problems as adverse drug reactions was poor. From a list with 32 problems a mean of 9.0 ± 5.8 were identified by the physicians. 32.5% responded correctly 5 or less undesirable effects. The adverse drug reactions most frequently identified were mild [pruritus (62%), vomit (50%), nausea and abdominal pain (45%)] and severe reactions [agranulocytosis (60%) and gastrointestinal bleeding (37%)]. Cardiovascular, dermatological and hepatic drug reactions were some of the less recognized. 84% of interviewed doctors were agree to perform an spontaneous report but most of them (65%) had a misconception about the precise method used in the spontaneous reporting schemes.

Conclusions: Knowledge and some attitudes were inadequate. Improve this aspects could prevent reporting bias. A training program must be ever performed before the beginning of a Pharmacovigilance spontaneous reporting system.

Key words: Pharmacovigilance, Adverse Drug Reactions, Undesirable effect, Knowledge, Attitudes, Spontaneous Reporting Schemes.

INTRODUCCION

La Farmacovigilancia es una de las aplicaciones de la Farmacoepidemiología y se la define como "el conjunto de actividades y métodos que tienen por objeto estudiar, identificar y valorar los efectos del uso agudo y crónico de los tratamientos farmacológicos en la población o en subgrupos de pacientes expuestos a tratamientos específicos"^[1]. Inicialmente busca valorar tanto los efectos favorables como los indeseados, pero sus principales resultados ocurren sobre éstos últimos al permitir identificar reacciones adversas previamente desconocidas y valorar el riesgo asociado con el uso de los medicamentos. Los resultados de la Farmacovigilancia pueden entonces ofrecer a las autoridades de salud elementos que permitan tomar medidas reguladoras como el retiro del mercado de un medicamento, el establecimiento de restricciones en su uso y/o modificaciones en las monografías de los productos, así como generar información relevante e imparcial para los profesionales sanitarios contribuyendo a una mejor conducta terapéutica.

En nuestro país, el Decreto Ejecutivo No. 2007 de 1990 estableció la creación del Sistema Nacional de Atención Farmacoterapéutica (SINFA) integrado por seis subsistemas, incluyendo el de Farmacovigilancia y Control Sanitario^[2]. Posteriormente, bajo el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud y el apoyo a través de su Proyecto "Apoyo a la Política Nacional de Medicamentos y Desarrollo de Servicios Farmacéuticos en la Zona Austral y Sur del Ecuador" (Ecuador/OPS-OMS/Holanda), el 11 de noviembre de 1994 se inauguró el Centro Nacional de Farmacovigilancia con sede en el Departamento de

Farmacología del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical (INHMT) "Leopoldo Izquieta Pérez" de la ciudad de Guayaquil^[3].

Debido al limitado rendimiento del programa y con el objetivo de apoyar una continuidad del proceso, el Proyecto "Ecuador/OPS-OMS/Holanda" realizó un nuevo impulso a las actividades en Farmacovigilancia a partir de la segunda mitad de 1999. Como las labores debían ejecutarse en la zona de influencia del Proyecto, tendrían como sede a la provincia de Loja pero buscando involucrar a las provincias de El Oro y Zamora-Chinchipec. En ese sentido, se trabajó en coordinación con las Direcciones Provinciales de Salud y conforme al marco legal vigente^[4]. Se programó y ejecutó una primera fase denominada "Capacitación e integración de los prescriptores en el Programa de Farmacovigilancia", en la que participaron profesionales que laboraban en el nivel primario de la atención de la salud y en centros hospitalarios, pertenecientes al Ministerio de Salud, Seguridad Social, Fuerzas Armadas y del sector privado. Debido a la incapacidad de trabajar directamente con la totalidad de los profesionales de las tres provincias, se optó por emplear un sistema de replicación interna del programa a través de facilitadores seleccionados por las autoridades sanitarias locales. El detalle de estas actividades y el material de trabajo empleado se encuentra recopilado en tres informes técnicos^[5-7].

Como dentro de la estrategia para estas actividades se consideró el eje "conocimientos-actitudes-prácticas", antes de iniciar las capacitaciones se realizó una evaluación basal (en los futuros facilitadores) que tenía como objetivo determinar los conocimientos

sobre algunos aspectos relacionados con las reacciones adversas a medicamentos. Un resumen de los hallazgos fue incluido en el informe final de la primera fase^[7] pero estos no fueron divulgados a la comunidad médica. En este manuscrito se reportan exclusivamente los resultados correspondientes a los médicos que iniciaron esta capacitación en el sur del país.

SUJETOS Y METODOS

Cada Dirección Provincial de Salud de las provincias participantes, había seleccionado un grupo de profesionales (médicos, bioquímicos, farmacéuticos y enfermeras) para cumplir con las subsiguientes actividades de la replicación del programa en las distintas áreas de salud y unidades operativas; así en un primer momento fueron capacitadas 23 personas en Loja, 19 en El Oro y 15 en Zamora-Chinchipec, de las cuales 40 eran médicos. Estos profesionales eran miembros de las Direcciones Provinciales, Directores o Coordinadores de las Áreas de Salud Locales, miembros de los Comités de Farmacología, Subdirectores Hospitalarios, Jefes de Servicios Hospitalarios y Docentes universitarios.

Durante la primera reunión de capacitación^[5] y antes de iniciar la exposición de los temas, los profesionales respondieron un formulario anónimo, estructurado con un total de veinte ítems. En la primera sección del formulario se evaluaron conocimientos sobre definiciones y aspectos relacionados con la Farmacovigilancia. La segunda sección indagó sobre experiencias del profesional frente a casos de reacciones adversas. La tercera sección estuvo destinada a estimar el conocimiento y la capacidad de detección de varios efectos indeseados. En esta sección, fueron consideradas 32 reacciones adversas de distinta severidad que se han reportado asociadas al uso de medicamentos.

Este listado de reacciones adversas incluía aquellas leves, comunes y conocidas para la mayoría de fármacos (*nausea, vómito, epigastralgia, diarrea, prurito*), otras leves pero relativamente difíciles de sospechar como causadas por un fármaco (*estreñimiento^[8], parestesias^[9], cistitis^[10], tos^[11]*), reacciones graves conocidas y fáciles de sospechar (*anemia aplásica, agranulocitosis^[12], hemorragia gastrointestinal^[13], angioedema^[11], colitis pseudomembranosa^[14], insuficiencia renal crónica^[15], síndrome de Stevens-Johnson^[16]*), reacciones indistinguibles de otros problemas de salud o de sus manifestaciones clínicas y por lo tanto difíciles de

sospechar (*ictericia, colestasis, hepatitis no vírica^[17], hipertensión arterial^[18], arritmia cardíaca^[19], asma^[20], extrapiramidalismo^[21]*), reacciones graves y difíciles de relacionar con un medicamento (*síndrome de Guillain-Barre^[22], infarto de miocardio^[23], insuficiencia cardíaca^[24], necrosis tóxica epidérmica^[16], lupus eritematoso^[25], fibrosis pulmonar^[26]*) y algunas que, aunque raras, cuando ocurrieron fueron grandes tragedias poblacionales (*focomelia^[27], adenocarcinoma de vagina^[28], neuropatía mielo óptica subaguda^[29]*).

La cuarta sección del formulario estuvo destinada a estimar la actitud del profesional frente a una situación de efecto indeseado, planteada como el caso clínico de un paciente bajo tratamiento antidepressivo con amitriptilina que durante el tratamiento desarrolla un cuadro de estreñimiento^[8]. Debido a que este efecto es consecuencia de las propiedades anticolinérgicas del fármaco y es dosis dependiente, las opciones de respuestas planteadas incluyeron desde la disminución de la dosis hasta la suspensión o modificación del tratamiento. Finalmente la última sección midió la opinión del profesional sobre la notificación de reacciones adversas. Para este reporte, no se ha cuantificado las posibles variaciones en las respuestas a preguntas abiertas del formulario que buscaron captar percepciones y prácticas puntuales realizadas por los profesionales, por lo que solamente se comentan de forma resumida las respuestas más comunes. Para el análisis de los datos concerniente a las preguntas cerradas, se empleó estadística descriptiva resumiendo los resultados como porcentajes o medias (desviación estándar) según el tipo de variable. La medición posterior a la capacitación no fue ejecutada por razones internas del proyecto^[4].

RESULTADOS

Los profesionales médicos que participaron en esta evaluación laboraban en las provincias de Loja (n=20), El Oro (n=10) y Zamora-Chinchipec (n=10). La mayoría eran de sexo masculino (n=30; 75%). En todo el grupo, la edad media (DS) fue de 42.2 (9.0) años y el tiempo promedio de postgraduados fue de 13.2 (5.9) años.

En las preguntas relativas a conocimientos y definiciones básicas, el 25% (n=10) de los médicos respondió inadecuadamente que "los medicamentos son siempre lo mejor para recuperar la salud", la mayoría (77.5%; n=31) acertó al responder que solamente "algunos de los medicamentos" que se

comercializan son realmente eficaces en la práctica clínica y apenas el 30% (n=12) consideró que "ningún" medicamento es completamente seguro.

Las opiniones respecto a la razón por la cual un medicamento obtiene el permiso para comercializarse se aglutinaron en la opción correcta "han demostrado eficacia terapéutica" en ensayos clínicos (44.7%; n=17), mientras que un 18.4% respondió "porque han comprobado su eficacia y seguridad poblacional". El resto de los encuestados emplearon las opciones incorrectas o no respondieron.

Prácticamente todos (n=36) los participantes eligieron el literal que se ajustaba de mejor forma con el concepto de Farmacovigilancia; uno se inclinó por "vigilancia de la manufactura", dos por "evaluación antes de comercialización" y uno por "vigilancia de los permisos". Apenas un 25% (n=10) consideraban que los términos "reacción adversa" y "efecto indeseado" son sinónimos. Las definiciones que los participantes dieron a los términos "reacción adversa", "efecto secundario" y "efecto colateral" fueron múltiples y revelaron la confusión o desconocimiento por parte de los profesionales; así, la mayoría entendían al primer término como un cuadro "más grave", al segundo como una situación previsible y al tercero como algo común y poco preocupante desde el punto de vista clínico. Cuando fueron interrogados sobre los tipos de reacciones adversas que conocen, en ningún caso se presentaron respuestas relativas a clasificaciones y prácticamente todos los ejemplos que mencionaron se limitaron a problemas gastrointestinales menores y reacciones alérgicas.

De las 32 reacciones adversas incluidas en el listado, fueron reconocidas como tales un promedio de 9.0 ± 5.8 por parte del grupo de médicos encuestados. En el grupo de profesionales que habían informado haber presenciado una reacción adversa en algún momento de su carrera, hubo un mayor número de efectos indeseados identificados (9.7 ± 5.9) que entre aquellos que referían nunca haber visto un efecto adverso (6.9 ± 5.0). Ninguno de los médicos obtuvo el máximo de aciertos, apenas cuatro médicos reconocieron una cantidad adecuada (entre 16 y 30 reacciones adversas), siete médicos identificaron a casi la mitad (entre 11 y 15 reacciones) de las situaciones clínicas como relacionadas con el uso de medicamentos, mientras que la mayor parte de los profesionales (40%) identificaron entre 6 y 10 efectos indeseados, así como apenas un número igual o menor a 5 de los efectos adversos considerados (32.5%).

Las situaciones clínicas reconocidas por los médicos como posibles reacciones adversas causadas por medicamentos fueron predominantemente aquellas

que se ubican en los dos polos de severidad (Tabla 1). Así, los mayores porcentajes de reconocimiento fueron para reacciones graves (comúnmente conocidas) del tipo anemia aplásica y agranulocitosis (60%), hemorragia gastrointestinal (37%) y angioedema (35.0%), y para reacciones leves comunes como el prurito (62%) y sobretodo aquellas que se localizan en aparato digestivo [vómito (50%), náusea y epigastralgia (45%)]. Los menores porcentajes de reconocimiento ocurrieron en aquellos efectos adversos muchas veces indistinguibles de otros problemas de salud, como por ejemplo las manifestaciones de hepatotoxicidad (ictericia, colestasis y hepatitis) y las reacciones cardiovasculares.

Tabla 1.

Frecuencia de identificación de situaciones clínicas como posibles reacciones adversas relacionadas con el uso de medicamentos.

Reacción adversa	n	%
Prurito	25	62.5
Anemia Aplásica	24	60.0
Agranulocitosis	24	60.0
Vómito	20	50.0
Nausea	18	45.0
Epigastralgia	18	45.0
Diarrea	17	42.5
Hemorragia gastrointestinal	15	37.5
Estreñimiento	14	35.0
Angioedema	14	35.0
Arritmia cardíaca	14	35.0
Colitis pseudomembranosa	14	35.0
Extrapiramidalismo	13	32.5
Ictericia	12	30.0
Tos	12	30.0
Sd. Stevens-Johnson	12	30.0
Necrosis tóxica epidérmica	11	27.5
Hepatitis no vírica	10	25.0
Focomelia	10	25.0
Asma	9	22.5
Parestesias	8	20.0
Insuficiencia renal crónica	8	20.0
Hipertensión arterial	7	17.5
Colestasis	7	17.5
Infarto miocardio	5	12.5
Lupus eritematoso	4	10.0
Insuficiencia cardíaca	3	7.5
Fibrosis pulmonar	3	7.5
NMOS*	3	7.5
Adenocarcinoma de vagina	2	5.0
Cistitis	2	5.0
Sd. Guillain-Barré	2	5.0

*NMOS: Neuropatía Mielo Óptica Subaguda.

Los datos se presentan como número (%) de médicos que reconocieron la reacción adversa.

En el ejemplo hipotético del efecto indeseado asociado al uso del antidepresivo, dos médicos no respondieron, cuatro (10.5%) optaron por prescribir un laxante y modificar la dieta del paciente, dos (5.3%) prefirieron suspender el tratamiento antidepresivo y no prescribir ningún otro medicamento, diez (26.3%) optaron por delegar el paciente a un especialista, la mayoría (36.8%, n=14) decidió suspender el tratamiento con amitriptilina y prescribir un nuevo antidepresivo, y solamente ocho médicos (21.1%) consideraron realizar una disminución de la dosis de la amitriptilina como primera decisión terapéutica.

En el apartado que trató sobre la opinión del profesional en cuanto al reporte de reacciones adversas, el 84.6% (n=33) de los médicos manifestaron que siempre se deberían notificar las reacciones adversas a medicamentos que se detecten durante la práctica clínica, mientras que el 15.4% restante expresó que esta notificación debería ocurrir solamente cuando la reacción adversa es grave. De forma similar, la mayoría de los médicos (75%) se inclinaron por el hecho de tener que comunicar a la autoridad sanitaria las reacciones adversas que se desarrollen luego de prescribir un medicamento. Sin embargo, el 42% consideró que para realizar esta notificación la mejor forma era "escribir una carta al departamento de Control Sanitario"; (tabla 2).

Tabla 2.

Actitud que tendrían los médicos frente a una reacción adversa y sobre la forma de notificarla.

<i>Cuando el médico prescribe un medicamento y ocurre una reacción adversa:</i>	
• Debe sentirse culpable o tener miedo a las sanciones	3 (7.5%)
• Debe ser indiferente con el problema	1 (2.5%)
• Debe contárselo a sus colegas en el lugar de trabajo	6 (15.0%)
• Debe comunicárselo a las autoridades sanitarias	30 (70.5%)
<i>La mejor forma que tendría un médico para notificar una reacción adversa es:</i>	
• Publicar el caso en una revista biomédica	5 (12.5%)
• Comunicar directamente al laboratorio productor	4 (10.0%)
• Enviar una tarjeta de reporte específica al MSP	14 (35.0%)
• Escribir una carta al departamento de Control Sanitario	17 (42.5%)

Finalmente, el 75% (n=30) de todos los profesionales encuestados manifestó haber presenciado alguna vez durante su carrera una reacción adversa a medicamentos. La mayoría de estas observaciones

declaradas fueron fenómenos de hipersensibilidad o gastrointestinales leves, causadas en su mayoría por antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos y psicofármacos. Sin embargo, de aquellos profesionales que estuvieron frente a algún tipo de efecto indeseado, apenas 6 de ellos desarrollaron alguna práctica de notificación: dos le informaron al laboratorio fabricante, dos anotaron el efecto adverso en la historia clínica del paciente y dos enviaron un documento a la Dirección Provincial de Control Sanitario.

DISCUSION

Algunas catástrofes provocadas por medicamentos son mundialmente conocidas. Basta recordar las historias de la talidomida y el apareamiento de malformaciones congénitas^[27], el adenocarcinoma de vagina en las mujeres cuyas madres recibieron dietilestilbestrol durante el embarazo^[28] y la epidemia de mielopatía neuro óptica subaguda causada por las hidroxiquinolinas^[29]. El desastre de la talidomida fue posiblemente el detonante para la génesis de medidas legislativas reguladoras en Europa y para el desarrollo una de las estrategias de Farmacovigilancia basada en el reporte espontáneo de reacciones adversas, específicamente cuando en 1964 se inició el sistema de la "Tarjeta Amarilla" en el Reino Unido^[30]. Progresivamente continuaron estableciéndose en otros países diversos sistemas como el monitoreo intensivo del "Boston Collaborative Drug Surveillance Program" y se comenzó la ejecución de varios estudios observacionales^[31]. Estas distintas actividades farmacoepidemiológicas terminaron por dar origen al Programa Internacional de Monitoreo de Medicamentos de la OMS^[32].

Muchos medicamentos comercializados tras demostrar su eficacia clínica poseen un perfil de seguridad a largo plazo desconocido y solamente años después comienza a definirse su relación beneficio-riesgo. Como ejemplo de esto último tenemos al riesgo incrementado para sufrir cardiopatía isquémica con los bloqueadores de los canales de calcio tipo dihidropiridinas^[23], el riesgo cardiovascular y de cáncer asociado con la Terapia de Reemplazo Hormonal^[28] y el síndrome de Guillain Barré por gangliósidos^[22]. Además, algunos fármacos como el mibefradil^[33] y la grepafloxacina^[34] se retiraron del mercado poco tiempo luego de su comercialización por problemas de seguridad.

Es necesario tener en cuenta que por más racionales que sean las prescripciones y por más éticos que sean

los que prescriben, dispensan o venden medicamentos, aún así estamos frente a sustancias cuyos riesgos de efectos tóxicos no pueden ser totalmente eliminados, o a veces, ni siquiera conocidos. De ahí la necesidad de continuar estudiando y vigilando a los medicamentos para aumentar el reconocimiento de sus efectos indeseados. Debido a la importancia sanitaria de estas actividades, se ha manifestado^[32] que cuando un país no posee un Sistema Nacional de Farmacovigilancia, refleja la poca seriedad con que trata el campo de los medicamentos dentro de su política de salud.

Algunos estudios han estimado que las reacciones adversas causan entre el 3% y el 11% de las admisiones hospitalarias y ocurren por lo menos en el 5% de los pacientes sometidos a tratamiento farmacológico^[35]. Mientras muchas de las reacciones adversas dependen de las propiedades farmacodinámicas del medicamento y por lo tanto pueden ser predecibles y evitables, otras no dependen del mecanismo de acción, pueden presentarse de forma inesperada y sin relación con la dosis administrada. Estas características permite clasificarlas en reacciones de tipo A y B respectivamente^[35,36]. Los efectos indeseados de tipo B suelen despertar rápidamente la sospecha diagnóstica, mientras que numerosos efectos de tipo A pueden ser indistinguibles de un empeoramiento del curso clínico de la propia enfermedad tratada.

De las distintas metodologías de Farmacovigilancia, aquella con mejores ventajas por su sencillez, buen rendimiento, bajo costo relativo y comodidad es el reporte espontáneo de reacciones adversas (o notificación voluntaria) que utiliza como herramienta un formulario (más conocido como "Tarjeta Amarilla") a ser llenado por el profesional que sospecha la presencia de una reacción adversa. Por estas razones el programa planificado^[4,7] para las tres provincias del sur del Ecuador, pretendía utilizar en un primer momento este sistema pero debido a que las prácticas de notificación dependen de una actitud previa para sospechar un efecto indeseado y de conocimientos básicos afines, para que el programa tuviera un adecuado rendimiento debía realizarse simultáneamente la difusión del mismo y procurar modificar los conocimientos y las percepciones en los profesionales de salud. En los hallazgos de este estudio se pudo observar que ciertos aspectos relacionados con el tema eran conocidos. No obstante, también fue evidente la confusión de algunos términos conceptualmente distintos en cuanto a las reacciones adversas. Esta simple situación podría conducir a que el médico realice una notificación selectiva de los

efectos indeseados que él considere como tales, así como a infranotificaciones de reacciones menos severas pero importantes desde el punto de vista sanitario.

En muchas ocasiones los efectos indeseados pueden ser indistinguibles de un cuadro patológico puro, por lo que un médico debe estar predispuesto a siempre considerar una etiología medicamentosa dentro del diagnóstico diferencial de un problema de salud. Caso contrario puede confundirse a la reacción con un empeoramiento de la patología de base o con el apareamiento de una nueva enfermedad. En este sentido, nuestros resultados mostraron en los médicos una limitada capacidad para relacionar las manifestaciones clínicas como posibles reacciones adversas causadas por medicamentos. Esta situación es desfavorable, incluso porque algunos de los trastornos menos reconocidos por los médicos (como los dermatológicos, hepáticos y neurológicos) pueden ser relativamente frecuentes y asociados con el uso de distintos grupos farmacológicos. Todo esto traducido a la práctica clínica en el marco de un sistema de notificación espontánea, determinaría una mayor probabilidad de infranotificaciones y subestimaciones en el riesgo asociado. Incluso llamó la atención que las tres manifestaciones clínicas de las tragedias mundiales ocurridas con medicamentos tampoco fueran muy reconocidas, aunque suelen constar como ejemplos en varios textos docentes que se revisan durante el pregrado.

El hecho de que los profesionales relacionen de mejor forma a los efectos gastrointestinales leves (como la náusea) y algunos muy severos y tradicionalmente conocidos (como la agranulocitosis), pero no así el resto de manifestaciones de los efectos indeseados, encuentra su origen en la formación académica e incluso en la limitada información sobre seguridad que obtiene el prescriptor de los textos básicos, vademecums e insertos del empaque del producto. Ofrecer y garantizar información generada por fuente independiente de la industria es posiblemente una de las mejores alternativas disponibles para mantener actualizado al médico en cuanto el uso, beneficios y riesgos de los medicamentos.

En el grupo estudiado se pudo observar una predisposición razonablemente buena para realizar un acto de notificación de los efectos indeseados, aunque cuando indicaron la forma de hacerlo solamente la tercera parte de los médicos optó por la alternativa que se emplea en un sistema de reporte espontáneo. Este dato es un indicador del poco alcance de difusión que

tuvo el programa nacional iniciado en 1994, por lo menos para la zona sur del país, más aún si se tiene en cuenta el tiempo de graduados que tenían los médicos encuestados. Otra de las opciones elegidas por el 12.5% de los médicos fue la publicación científica. Es cierto que también se considera a la publicación de una reacción adversa como una forma de reporte (fundamentalmente cuando no han sido descritas previamente), pero para considerarla útil requiere recopilar en su texto suficiente información para posibilitar un análisis de causalidad^[37].

En un sistema de reporte espontáneo, algunos de los sesgos de notificación encuentran su origen en las actitudes de los prescriptores^[38]. El temor a sanciones y el sentimiento de culpa pueden afectar la predisposición a realizar una notificación. El 7.5% de los médicos refirieron que podrían encontrarse en esta situación y es aquí donde, nuevamente, la modificación de los conocimientos y actitudes juega un papel fundamental al informar al profesional sobre la forma en que funciona un sistema de Farmacovigilancia.

Cuando se realizó la recolección de los datos de este reporte, se esperaba que el programa iniciado en las provincias del sur del país desembocara en la conformación de un Centro Regional de Farmacovigilancia que, a manera de experiencia piloto, cooperara con el Centro Nacional y pudiera servir de apoyo a las autoridades de salud. La situación del programa a finales de 1999 fue tratada en otra publicación^[4] y desde entonces lo que más se temía terminó por ocurrir: una disminución progresiva de las actividades por finalización del apoyo internacional y la poca decisión local para continuar con las tareas emprendidas.

En todos los países desarrollados se considera fundamental a la Farmacovigilancia dentro de la política de medicamentos. Sus distintas metodologías permiten obtener información que se transforma en una herramienta útil para la toma de decisiones por las autoridades, promueve un mejor uso de los medicamentos y mejora la percepción social del medicamento. Quizás cuando en nuestro país se comprenda su relevancia podría abrirse la posibilidad de no desperdiciar pasos previos y continuar con el proceso de su desarrollo y aplicación.

REFERENCIAS

1. Laporte JR, Tognoni G. Estudios de utilización de medicamentos y de farmacovigilancia. En: Laporte JR, Tognoni G, editores. Principios de epidemiología del

medicamento. Segunda edición. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1993: 1-24.

2. República del Ecuador. Registro Oficial No. 570 del 26 de noviembre de 1990.
3. Hernández F. Farmacovigilancia en el Ecuador. *Los Medicamentos* 1997; 2 (5): 9-12.
4. Maldonado JC. Farmacovigilancia: ¿Qué pasa con su desarrollo en el Ecuador?. *Boletín APS* 2000; 5: 15-30.
5. Maldonado JC. "Capacitación e Integración de los Prescriptores en el Programa de Farmacovigilancia". Informe Técnico. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud: Proyecto "Apoyo a la Política Nacional de Medicamentos y Desarrollo de Servicios Farmacéuticos en la Zona Austral y Sur del Ecuador" (Ecuador/OPS-OMS/Holanda). ECU/EDV/INF.99.16. Quito, septiembre de 1999; 107 páginas.
6. Maldonado JC. "Capacitación e Integración de los Prescriptores en el Programa de Farmacovigilancia". Informe Técnico. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud: Proyecto "Apoyo a la Política Nacional de Medicamentos y Desarrollo de Servicios Farmacéuticos en la Zona Austral y Sur del Ecuador" (Ecuador/OPS-OMS/Holanda). ECU/EDV/INF.99.21. Quito, septiembre de 1999; 122 páginas.
7. Maldonado JC. Actividades Sistemáticas sobre Farmacovigilancia. Primera Fase: "Capacitación e Integración de los Prescriptores en el Programa Regional de Farmacovigilancia". Informe Final. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud: Proyecto "Apoyo a la Política Nacional de Medicamentos y Desarrollo de Servicios Farmacéuticos en la Zona Austral y Sur del Ecuador" (Ecuador/OPS-OMS/Holanda). ECU/EDV/INF.99.22. Quito, octubre de 1999; 70 páginas.
8. Rochon PA, Gurwitz JH. Drug therapy. *Lancet* 1995; 346: 32-36.
9. Daugherty KK, Gora-Harper ML. Idiopathic paresthesia reaction associated with rofecoxib. *Ann Pharmacother* 2002; 36: 264-266.
10. Bateman DN. Tiaprofenic acid and cystitis. *BMJ* 1994; 309: 552-553.
11. Morales-Olivas FJ, Ferrer JM, Palop V, Rubio E. Reacciones adversas por fármacos inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina notificadas por medio de tarjeta amarilla. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 321-325.
12. Laporte JR. Agranulocitosis y anemia aplásica inducida por fármacos. *Med Clin (Barc)* 1987; 88: 555-558.
13. Laporte JR, Carné X, Vidal X, Moreno V, Juan J, Catalan Countries Study on Upper Gastrointestinal Bleeding. Upper gastrointestinal bleeding in relation to previous use of analgesics and non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Lancet* 1991; 337: 85-89.
14. Keighley MRB. Antibiotic-associated pseudomembranous colitis: pathogenesis and management. *Drugs* 1980; 20: 49-56.
15. Sandler DP, Smith JC, Weinberg CR, et al. Analgesic use and chronic renal disease. *N Engl J Med* 1989; 320: 1238-1243.
16. Roejeau JC, Stern RS. Severe adverse cutaneous reactions to drugs. *N Engl J Med* 1994; 331: 1272-1258.
17. Grignola JC, Arias L, Rondán M, Solá L, Bagnulo H. Hepatotxicidad asociada a la nimesulida (Revisión de 5 casos). *Arch Med Inter (Montevideo)* 1998; 20: 13-18.
18. Maldonado JC, Oviedo M. Hipertensión arterial por pseudoefedrina: reacción adversa de tipo B. Caso clínico y revisión. *Metro Ciencia* 1999; 8 (1): 31-35.
19. Clark S. Danger of non-sedating antihistamines. *Lancet* 1997; 349: 1268.
20. Vallano A, Pedrós C. Asma inducida por ácido acetilsalicílico. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 274-275.

21. Bateman DN, Rawlins MD, Simpson JM. Extrapramidal reactions with metoclopramide. *BMJ* 1985; 291: 930-932.
22. Figueras A, Morales-Olivas FJ, Capellà D, Palop V, Laporte JR. Bovine gangliosides and acute motor polyneuropathy. *BMJ* 1992; 305: 1330-1331.
23. Laporte JR. Bloqueadores de los canales de calcio: novedades sobre su (in)efectividad e (in)seguridad. *Medicamentos y Salud* 1998; 2: 25-38.
24. Anónimo. Cardiac failure and pioglitazone hydrichloride. *WHO Drug Information* 2000; 14: 165-166.
25. Woosley RL, Drayer DE, Reidenberg MM, Nies AS, Carr K, Oates JA. Effect of acetylator phenotype on the rate at which procainamide induces antinuclear antibodies and the lupus syndrome. *N Engl J Med* 1978; 298, 1157-1159.
26. Smith W. Amiodarone. *Australian Prescriber* 1991; 14: 67-68.
27. Olivera MA, Bermudez JAZ, Souza ACM. Talidomida no Brasil: vigilância com responsabilidade compartilhada? *Cad Saúde Pública* 1999; 15: 99-112.
28. Maldonado JC, Calle A. Del Dietilestilbestrol a la Terapia de Reemplazo Hormonal. *Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia* 1999; 6: 356-62.
29. Chetley A. Hidroxiquinolinas: Retiro mundial con un retraso de 20 años. En: Chetley A. *Medicamentos problema. Segunda edición. Acción Internacional por la Salud. Lima-Perú: AIS, 1995: 85-92.*
30. Routledge P. 150 years of pharmacovigilance. *Lancet* 1998; 351: 1200-1201.
31. Edlavitch SA. Postmarketing surveillance methodologies. *Drug Intell Clin Pharm* 1988; 22: 68-78.
32. Coêlho HL. Farmacovigilância: um instrumento necessário. *Cad Saúde Pública* 1998; 14: 871-875.
33. Po ALW, Zhang WY. Wath lessons can be learnt from withdrawal of mibefradil from the market? *Lancet* 1998; 351: 1829-1830.
34. Food and Drug Administration. Glaxo Wellcome voluntarily withdraws Raxar (Grepafloxacin). U.S. Food and Drug Administration. MEDWATCH. The FDA Medical Products Reporting Program. New Safety Information Summaries. October 28, 1999.
35. MedWatch Continuing Education Article. Clinical therapeutics and the recognition of drug-induced disease. Goldman SA, Kennedy DL, Liberman RL, eds. Rockville, Md: Food and Drug Administration, June 1995.
36. Rawlins MD. Clinical pharmacology: adverse reactions to drugs. *BMJ* 1981; 282: 974-976.
37. Laporte JR, Lience E. Información mínima que deben contener las publicaciones sobre sospechas de reacciones adversas a medicamentos. *Med Clin (Barc)* 1991; 97: 56-57.
38. Figueiras A, Tato F, Fontañás J, Gestal-Otero JJ. Influence of physicians attitudes on reporting adverse drug events: a case-control study. *Med Care* 1999; 37: 809-814.



ENFERMEDAD DE HECK EN MADRE E HIJA: A PROPOSITO DE UN CASO

Tamara León

Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Central del Ecuador, Postgradista de Dermatología : Universidad Central del Ecuador.

Resumen

La enfermedad de Heck o Hiperplasia epitelial focal es una causa de morbilidad en indios americanos. Afecta a la población pediátrica. La causa es el papiloma virus humano HPV, tipo 13 y 32. Las lesiones se localizan en el labio inferior y mucosa yugal, lengua, paladar son asintomáticas, de bordes definidos.

En la enfermedad destacan alteraciones alimenticias, genéticas e inmunodeficiencias.

Se reporta 2 casos de Hiperplasia epitelial focal y se hace una revisión de esta entidad, remarcando la importancia genética.

Palabras clave: Hiperplasia epitelial focal ,madre, hija.

Summary

Heck of Disease - Focal Epitelial Hyperplasia is cause of morbidity among indigenous American. Children was also affected. The cause is human papilloma virus HPV, 13 and 32 type. Lesions were located on the lower lip and the jugal mucosa, tongue, palate are asintomatic, defined lesions.

The main clinical features of the disease are changes of feeding, genetic, immunodeficiency. We reported 2 cases of Focal Epitelial Hyperplasia and a revision of this entity is made, stressing importance genetics.

Key Words: Focal Epitelial Hyperplasia , mother , children.

INTRODUCCION

La enfermedad de Heck es una lesión proliferativa benigna que afecta principalmente a niños de niveles socioeconómicos que viven en pobreza, se caracteriza por pápulas o placas de color de la mucosa o blanquecinas que se localizan en lengua, carrillos, paladar y labios.

Los pacientes afectados no presentan otra sintomatología .

Se asocia con la infección por papiloma virus humano HPV tipo 13 y 32, factores nutricionales, estados de inmunosupresión, alteraciones genéticas.

Aunque este HPV involucrado causa lesiones benignas ciertos genotipos de HPV son potencialmente oncogénicos. La inmunidad y la susceptibilidad genética juegan un papel muy

importante también en la infección por HPV, y explica que al existir mayor edad se desarrolla mayor resistencia a la infección. El papel más importante lo tiene la inmunidad celular que puede causar la regresión espontánea del proceso.

La inoculación del virus dentro de una epidermis no intacta es la manera de infección del HPV. La maceración y la humedad también jugarían un rol importante y cada lesión nueva proviene a partir de otra. Se dice que la enfermedad puede transmitirse durante el parto. Otros casos no tienen antecedentes de HPV pero se observa niveles de desnutrición crónica o aguda, deficiencias higiénicas, falta de abastecimiento de agua potable que son comunes en estos enfermos, es común de la raza mestiza.

Es necesario saber que a veces puede haber progresión a carcinoma verrugoso.

En el diagnóstico diferencial se incluyen el Síndrome de Cowden, los fibromas orales, condilomas acuminados orales, entre otros.

El tratamiento se puede realizar con extirpación quirúrgica simple, crioterapia, electrofulguración, aplicación de ácido tricloroacético, y se puede recomendar en forma oral retinoides orales, inmunoestimulantes virales.

CASO CLINICO

Se trata de 2 pacientes que eran madre e hija de 38 y 7 años de edad respectivamente, que presentaban lesiones tipo pápulas y otras placas de color rosado, brillantes localizadas en mucosa de labios superior e inferior. No existían antecedentes familiares o personales de importancia en ningún caso.

La madre presenta las lesiones 30 años atrás con aumento de las mismas periódicamente aproximadamente eran en número de 50 sin ningún síntoma acompañante, las lesiones afectaban además carrillos y lengua.

Esta mujer tiene 2 hijos varones además de la niña afectada por esta patología pero al examen clínico, estos no tienen ninguna alteración.

La niña empezó a presentar dichas lesiones a los 2 años de edad pero en menos cantidad con localización en labio superior e inferior. Son pápulas de color rosado, brillantes y placas localizadas sobre todo en el interior de las comisuras labiales.

En ambos casos se realiza exámenes de laboratorio que revelan normalidad.

Se realiza estudios histopatológicos que coinciden con acantosis del epitelio mucoso, hiperqueratosis marcada con áreas de papilomatosis y la presencia de coilocitos en la capa córnea. Leve infiltrado linfocitario perivascular superficial.

Una vez confirmado el estudio diagnóstico se procede a realización de electrofulguración más aplicación de ácido tricloroacético intercalados en forma semanal con recidiva de las mismas en algunos casos por lo cual se indica metisoprinol oral con lo que mejoran pero no totalmente.

DISCUSION

La patogenia de la enfermedad nos indica que puede haber un fuerte vínculo genético pues coincidencialmente en este caso están afectadas madre

e hija, teniendo en cuenta que también las dos pacientes son de un mismo sexo.

No existe afectación del resto de hijos de la madre afectada a pesar de que viven juntos. Podría pensarse en que existiría contagio por medio de fomites pero el resto de miembros de la familia estarían involucrados, esto apoya más aún la factibilidad de una influencia genética. La madre presenta las lesiones que aumentan en forma progresiva desde una infancia temprana y está en una edad en la que quizá sería infrecuente su infección pues en la mayoría de casos remite espontáneamente, es raro observarlo en adultos.

La raza mestiza es otro factor involucrado directamente con el padecimiento.

De una u otra forma la predisposición genética a la infección por HPV se comprende por la transcripción de la partícula viral que puede quedar "dormida" durante años en una célula epidérmica infectada subclínicamente.

El diagnóstico clínico e histopatológico de la Enfermedad de Heck es por lo demás sencillo una vez descartados otros diagnósticos que se desechan al confirmarse microscópicamente. El tratamiento implica paciencia, combinación de terapias para alcanzar una mejor respuesta, hoy en día se han considerado innumerables técnicas o productos para solucionar esta patología que van desde desarrollo de vacunas para HPV hasta uso de cimietidina oral, interferones, citocinas, imiquimod y más.

Como recomendación indicamos la posibilidad de evitar traumas orales manteniendo intacta la mucosa oral siempre, una buena higiene, basada en una excelente alimentación y la búsqueda de la superación diaria para sobrepasar niveles de pobreza siempre recordando quienes somos y teniendo en cuenta las enfermedades propias de nuestra raza.

BIBLIOGRAFIA

1. Gine_web Newsletter: Virus del papiloma. Disponible en: [http://www.lcondilomas.hpv/Gine-web Newsletter July-julio 1997.htm](http://www.lcondilomas.hpv/Gine-web%20Newsletter%20July-julio%201997.htm) (último acceso 16 junio 2002)
2. Ackerman Bernard, Kerl Helmut, Sánchez Jorge et.al. Atlas Clínico de las 101 Enfermedades más comunes de la Piel. Madrid: Marbán, 2002.
3. Rassner Gernot. Manual y Atlas de Dermatología. Madrid: Harcourt Brace, 1999
4. Lanchipa P, Soria J, Sánchez I et. al. III Congreso Latinoamericano de Dermatología Pediátrica: Hiperplasia Epitelial Focal. Sociedad Latinoamericana de Dermatología Pediátrica. 2003. 103
5. Folia Dermatol. Prevalencia y Distribución de la Hiperplasia epitelial focal en la población escolar de Morrope-Lambayeque- Perú. Disponible en :<http://www.lheck.peru.htm>.

(último acceso 27 de enero 2004)

- Steinhoff M, meted, Stockfleth E et. Al. Revista de la Sociedad Peruana de Dermatología: Tratamiento tópico de la Hiperplasia epitelial bucal con interferon B. 2001.II:2:132.
- Fitzpatrick Thomas, Allen Richard, Wolf Klaus et. al. Atlas en

Color y Sinopsis de Dermatología Clínica. Madrid_McGraw-Hill Interamericana, 2001.

- Falabella Rafael, Chaparro Jairo, Barona María et. al. Fundamentos de Medicina Dermatología. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas, 2002.

FOTOGRAFIAS

FOTO 1

Niña afectada de Enfermedad de Heck.
Se observan pápulas redondeadas brillantes.



FOTO 2

Afectación de la mucosa labial con lesiones papulares y otras en placas.



FOTO 3

Madre afectada de Enfermedad de Heck.
Múltiples placas elevadas en mucosa oral.

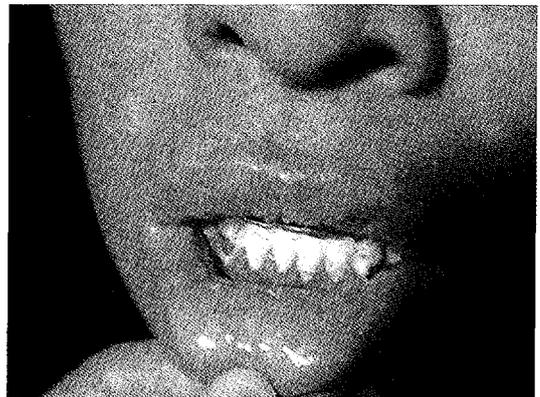


FOTO 4

Afectación de labio superior.