

## Informes SIIC

### **EVALUAN DIFICULTADES EN LA DETECCIÓN SISTEMÁTICA DE TRASTORNOS VISUALES EN NIÑOS PEQUEÑOS**

#### *Encuesta realizada a médicos pediatras*

Ann Arbor, EE.UU.:

La mayoría de los pediatras considera importante la detección sistemática temprana de los trastornos visuales en los niños de edad preescolar; sin embargo, las tasas de pesquisa son bajas entre los menores de 3 años y la principal dificultad mencionada es la falta de cooperación de los pacientes durante el examen.

Fuente científica:

[*Clinical Pediatrics* 45(3):263-266, Abr 2006] – a *SNC*

Autores

Kemper A

Si bien la mayoría de los pediatras considera importante la detección sistemática de los trastornos visuales en los niños de edad preescolar, la tasa de pesquisa es baja para los menores de 3 años de edad. Una de las principales dificultades para su realización es la falta de cooperación de los pacientes durante el examen, lo cual podría mejorar con la utilización de tecnología más moderna. El examen sistemático de la visión en los niños de edad preescolar es una práctica recomendada para detectar tempranamente la ambliopía o trastornos que, de no recibir tratamiento adecuado, pueden dar origen a ella. Actualmente se indican ciertas pruebas específicas para evaluar los medios transparentes del ojo, la estereopsia, la alineación ocular y la agudeza visual a distancia. Sin embargo, la disponibilidad creciente de nuevas técnicas automatizadas, como la autorrefracción monocular o el *photoscreening*, puede permitir simplificar el examen de la visión en dicha población pediátrica. Por otra parte, en el año 2000 comenzó a utilizarse en los EE.UU. una nomenclatura única para solicitar la detección sistemática de los trastornos visuales, pero hasta la fecha no se ha evaluado el grado en que se la aplica ni se han establecido honorarios a percibir por su realización.

El objetivo de este trabajo fue identificar las dificultades para el examen sistemático de la visión en los niños en la etapa preescolar, y estimar la repercusión de las nuevas técnicas y de los honorarios percibidos, sobre la práctica diaria del consultorio de pediatría. Los autores diseñaron una encuesta de 20 preguntas y seleccionaron al azar una población de pediatras residentes en los EE.UU., quienes recibieron y retornaron dicho cuestionario por correo. Se tuvieron en cuenta 3 categorías de dificultad para la detección sistemática que abarcaron: los factores relacionados con la aplicación práctica en el consultorio, aquellos relativos a las pruebas en sí mismas y los vinculados con la derivación de los niños a especialistas oftalmólogos. Además, se obtuvo información acerca de los métodos usados para la pesquisa y la opinión acerca del reembolso por las prácticas realizadas.

El 55 % de los encuestados (377 de 690 médicos) completó las preguntas y las retornó. Prácticamente todos ellos (90 %) refirieron haber incluido un examen formal de la visión, al menos 1 vez, como parte del control de sus pacientes en edad preescolar. La tasa de evaluación de la agudeza visual fue baja (35 %) en los niños de 3 años de edad, pero se incrementó al 73 % ( $p < 0.001$ ) para aquellos de 4 años y al 66 % ( $p < 0.001$ ) en los de 5 años de edad. Estas tasas fueron similares a otras informadas previamente. La utilización de autorrefracción o de *photoscreening* fue escasa (8%).

La principal dificultad mencionada por los profesionales en la realización de las pruebas fue la falta

de colaboración por parte de los niños. Otros problemas percibidos correspondieron al tiempo insumido por el examen y la falta de entrenamiento. La mayoría no percibió la derivación a especialistas como una dificultad, pero sí expresaron que confiarían más en exámenes cuya tasa de falsos positivos fuera menor al 10 %.

Gran parte de los encuestados (62 %) respondió que deberían percibirse honorarios fijos específicos por la práctica del examen visual sistemático en los niños, lo que no ocurre en la actualidad.

La utilización de nueva tecnología podría superar algunas de las dificultades mencionadas, dado que se requiere menor cooperación por parte de los niños; sin embargo, se necesitan datos adicionales acerca de su precisión y de su efectividad en función de los costos antes de recomendar a los pediatras la utilización sistemática. El estímulo económico puede ser un factor importante para la realización de la pesquisa de los trastornos visuales en los niños, así como para la inversión en tecnología reciente.

En resumen, a pesar que la mayoría de los pediatras informó realizar controles visuales a sus pacientes, la tasa de pesquisa fue baja para los niños menores de 3 años de edad. Una de las principales dificultades percibidas fue la falta de cooperación de los pacientes durante el examen, lo cual podría mejorar con la utilización de tecnología más reciente. El estímulo económico es otro factor importante.

---

## ACTUALIZAN ETIOLOGIA Y MANEJO DE LA HIPERTENSION PULMONAR PERSISTENTE DEL NEONATO

*Nuevas modalidades terapéuticas han determinado la reducción de la morbilidad y la mortalidad por este cuadro*

Detroit, EE.UU.:

La hipertensión pulmonar persistente del recién nacido se caracteriza por la presencia de hipoxemia y cianosis debido a la falta de reducción de la presión y la resistencia de la arteria pulmonar al nacer. Las modalidades terapéuticas incluyen el mantenimiento de la presión arterial, la vasodilatación pulmonar con óxido nítrico inhalado y, de ser necesaria, la oxigenación con membrana extracorpórea.

Fuente científica:

[ **Pediatric Drugs** 8(3):179-188, 2006] – aSNC

Autores

Ostrea Jr. E, Villanueva-Uy E, Natarajan G, Uy H

La hipertensión pulmonar persistente del recién nacido (HPPRN) es un trastorno complejo del neonato caracterizado por hipoxemia grave poco después del nacimiento, ausencia de una enfermedad cardíaca congénita, hipertensión pulmonar marcada y vasorreactividad con comunicación sanguínea extrapulmonar de derecha a izquierda a través del ductus arterioso, del foramen oval o de ambos. Su incidencia es de un caso por cada 1 000 niños nacidos vivos, y se asocia con significativas morbilidad y mortalidad .

Varios trastornos se asocian con la HPPRN. Frente a la ausencia de enfermedad cardíaca o pulmonar, este cuadro es denominado HPPRN idiopática. Las condiciones que determinan la hipoxia crónica dentro del útero o la muscularización anormal de los vasos pulmonares, pueden producir una vasoconstricción pulmonar persistente, con hipertensión pulmonar posterior al nacimiento.

Estas condiciones incluyen la asfixia, los síndromes de aspiración, el síndrome de *distress* respiratorio neonatal y la terapia prenatal con indometacina y salicilato. Otros trastornos que pueden causar HPPRN incluyen la obstrucción funcional del lecho vascular pulmonar (policitemia), la reducción de la vasculatura pulmonar (por ejemplo, por una hernia diafragmática congénita) y la hipertensión pulmonar venosa (por retorno venoso pulmonar anómalo u obstrucción mitral o de la aurícula izquierda).

El diagnóstico de HPPRN se sospecha en un recién nacido con labilidad en el estado de oxigenación o con cianosis progresiva dentro de las primeras 12 a 24 horas de vida. Las imágenes radiográficas son inespecíficas, ya que pueden ser normales o mostrar una enfermedad del parénquima pulmonar de leve a moderada. También pueden demostrar una cardiomegalia, una vasculatura

pulmonar reducida (en la HPPRN idiopática) y congestión pulmonar. El diagnóstico ecocardiográfico se basa en la demostración de elevadas presiones en la arteria pulmonar, usualmente mayores a la presión sistémica, y de una comunicación de derecha a izquierda a través del ductus o del foramen oval. El análisis de los gases arteriales revela la presencia de hipoxemia con una presión parcial de dióxido de carbono relativamente normal. La presión parcial de oxígeno es lábil y puede mostrar un aumento intermitente y transitorio con la fracción de oxígeno inspirada y la ventilación mecánica. Los cambios en el electrocardiograma son inespecíficos, pero pueden incluir la hipertrofia del ventrículo derecho o de ambos ventrículos, con cambios en ST y T sugestivos de isquemia miocárdica.

Los objetivos del tratamiento de la HPPRN son corregir la causa subyacente de la hipertensión, mantener una presión arterial sistémica adecuada, reducir la resistencia de la vasculatura pulmonar, mantener una provisión óptima de oxígeno a los tejidos y minimizar la lesión pulmonar inducida por la ventilación. La presión arterial es mantenida a través de la administración de coloides o cristaloides y por agentes inotrópicos como dopamina, dobutamina y milrinona. El surfactante exógeno estabiliza los volúmenes alveolares, mejora el intercambio gaseoso y minimiza la desigualdad entre la ventilación y la perfusión. Este agente puede ser administrado a los pacientes con aspiración de meconio y neumonía asociados a HPPRN, a pesar de que aún no se ha establecido la dosis óptima. Con respecto a la ventilación mecánica, se ha demostrado que la hiperventilación y la inducción de alcalosis metabólica y respiratoria en el tratamiento de la HPPRN no mejoraban la evolución de ésta y se asociaban con secuelas neurológicas adversas. Por eso, se han modificado las estrategias que permiten niveles de pH de 7.4 a 7.5, presión arterial de dióxido de carbono de 40 a 60 mm Hg y presión arterial de oxígeno de 60 a 90 mm Hg. La ventilación de alta frecuencia representa una alternativa en los niños que no responden a la terapia de ventilación convencional. En ella, el volumen corriente es menor o igual al espacio muerto, y las frecuencias son muy superiores a las tasas respiratorias psicológicas. La vasodilatación pulmonar con múltiples drogas ha sido evaluada para el tratamiento de la HPPRN, aunque sólo el óxido nítrico ha sido recomendado para su uso clínico. Este relaja las células de músculo liso de los vasos a través del aumento de los niveles de GMP. La acción del óxido nítrico inhalado se limita a los pulmones. Cuando todas las medidas no invasivas han fracasado, puede implementarse la oxigenación con membrana extracorpórea.

La HPPRN es un cuadro de hipoxemia y cianosis persistente en el neonato, producido por la falta de declinación de la resistencia y la presión de la arteria pulmonar y la persistencia de una comunicación sanguínea de derecha a izquierda. En la actualidad, varias modalidades terapéuticas han contribuido a reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas con esta entidad.

---

## EL REFLUJO GASTROESOFAGICO Y EL H. PILORI PODRIAN PARTICIPAR EN LA PATOGENESIS DE LA OTITIS MEDIA CON DERRAME

### *Estudio en 42 niños*

Ankara, Turquía:

En los niños con otitis media y derrame se observa la presencia de *Helicobacter pilori* en su oído medio y en los tejidos tonsilar y adenoide, con frecuencia significativamente mayor que en aquellos sin la mencionada entidad. Este hallazgo podría indicar la potencial participación de esta bacteria en la patogénesis de la enfermedad.

Fuente científica:

[*Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 134(5):772-777, May 2006] – aSNC

Autores

Yilmaz T, Ceylan M, Akyön Y y colaboradores

La colonización significativamente aumentada por el germen *Helicobacter pilori* en el oído medio y los tejidos tonsilar y adenoide de los pacientes con otitis media con efusión (OME) indica que esta bacteria, que alcanza el oído medio a través del reflujo gastroesofágico, podría estar involucrada en la patogénesis de la mencionada enfermedad.

A pesar de que la OME representa un trastorno común durante la infancia, su patogénesis aún no resulta claro. El tejido adenoide, la alergia, la autoinmunidad, el reflujo gastroesofágico y las infecciones virales y bacterianas son factores que posiblemente desempeñan un papel en el origen de la entidad. En el tratamiento de la OME generalmente se emplean antibióticos, descongestivos, corticosteroides (ambos en forma sistémica o tópica) y antihistamínicos. Sin embargo, sólo los primeros son recomendados en el manejo médico de este cuadro, al tiempo que no se ha demostrado que los otros resulten efectivos. En los niños que no responden al tratamiento médico durante 3 meses, se consideran las opciones quirúrgicas de adenoidectomía e inserción de un tubo de ventilación. Recientemente, se ha asociado el reflujo gastroesofágico con varios trastornos otorrinolaringológicos, como laringitis, faringitis, rinosinusitis, disfunción del tubo de Eustaquio, otitis media recurrente y OME. En un trabajo se demostró la presencia de pepsinógeno y pepsina en el fluido del oído medio de pacientes con OME, lo cual indicaba que el fluido gástrico podía alcanzar el oído medio y así participar en la patogénesis del cuadro. Si el contenido gástrico puede alcanzar el oído medio, el germen *Helicobacter pilori*, habitante común del fluido gástrico y de la mucosa de los pacientes con úlcera péptica y gastritis crónica, podría también ser hallado en el oído medio de los pacientes con OME. Los autores del presente trabajo sostienen que, hasta el momento, no se ha demostrado la presencia de *Helicobacter pilori* en el oído medio. Por eso, su objetivo fue demostrar la existencia de una posible asociación de dicho germen con la OME en los niños.

El estudio incluyó un grupo de 22 niños con OME, en quienes se aspiró fluido del oído medio y se tomó una biopsia del promontorio, y un grupo control de 20 niños sanos, sometidos también al segundo procedimiento. Por su parte, en ambos grupos se obtuvieron muestras de los tejidos tonsilar y adenoide. En las muestras obtenidas se buscó la presencia de *Helicobacter pilori* a través del cultivo y del método de reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por su sigla en inglés). Los resultados demostraron que en los niños con OME, la presencia de *Helicobacter pilori* en las muestras analizadas fue significativamente superior que la observada en los niños del grupo control. Así, al considerar en conjunto los hallazgos del cultivo y la técnica de PCR, los resultados obtenidos del oído medio fueron positivos en el 45% de los pacientes con OME y en el 10% de aquellos pertenecientes al grupo control. Con respecto a los hallazgos en el tejido adenoide, los resultados fueron positivos en el 64% de los pacientes con OME y el 30% de los pacientes del grupo control, mientras que la observación de las muestras de tejido tonsilar demostró resultados positivos en el 64% del primer grupo y en el 27% del segundo.

Los resultados del presente trabajo indican que los pacientes con OME muestran una presencia incrementada de la bacteria *Helicobacter pilori* en el oído medio y los tejidos tonsilar y adenoide con respecto a quienes no manifiestan esta entidad. La demostración de la presencia de dicho germen en el oído medio indica que el contenido gástrico alcanza esta cavidad debido al reflujo gastroesofágico y sugiere que este último, además de la mencionada bacteria, podría estar involucrado en la patogénesis de la OME resistente al tratamiento médico.

---

## EN LOS NIÑOS CON VIH LA TARGA PRODUCE EFECTOS BENEFICIOSOS A LARGO PLAZO

*Sin embargo, la inmunosupresión grave en el momento de inicio del tratamiento afecta su resultado*

Madrid, España:

En los niños infectados en forma vertical con VIH, la administración de la terapia antirretroviral altamente activa (TARGA) produce, en el largo plazo, aumento de los porcentajes de células CD4+ y control de la carga viral. Sin embargo, la iniciación de este tratamiento luego de la aparición de inmunosupresión grave afecta el impacto terapéutico sobre la primera variable.

Fuente científica:

[*Clinical Infectious Diseases* 42(6):862-869, Mar 2006] – aSNC

Autores

Resino S, Resino R, Micheloud D y colaboradores

En los niños infectados por HIV, la terapia antiretroviral altamente activa (TAAA) permite la restauración del recuento de células CD4+ y el control de la carga viral. Sin embargo, la iniciación de la TAAA luego de la aparición de una inmunosupresión grave resulta perjudicial para la recuperación de las células CD4+.

La eficacia de la TAAA se demuestra en el hecho de que muchos pacientes logran la supresión de la carga viral por debajo del límite detectable ( $\leq 400$  copias/mL), lo cual permite un aumento del número de células CD4+ con una buena evolución clínica. La indicación previa de terapia antiretroviral afecta la respuesta general a las indicaciones posteriores de TAAA. Más aún, otros factores, como la edad, el recuento de células CD4+ y la carga viral antes de la iniciación de la TAAA, pueden alterar la respuesta a esta última. Además, los efectos de la TAAA pueden diferir entre niños y adultos, debido a que los primeros presentan sistemas inmunológicos en desarrollo. Al respecto, los niños infectados por HIV presentan mayores cargas virales y menores tasas de respuesta virológica que los adultos. Varios estudios en niños con HIV han demostrado aumentos sostenidos en el recuento de células CD4+, aún cuando después de la indicación de la TAAA se hubiese observado un "fracaso" virológico. Sin embargo, estos trabajos fueron de duración limitada, y no se conoce la evolución inmunológica y virológica de largo plazo luego de la TAAA prolongada. Más aún, todavía no se ha establecido el umbral de células CD4+ en el cual debe iniciarse el tratamiento antiretroviral, y existe la necesidad de establecer el momento óptimo de inicio de la TAAA. Un estudio previo concluyó que una edad  $\leq 3$  meses al momento de la iniciación de la TAAA se asociaba con una mejor supresión viral en el largo plazo. Los autores del presente trabajo buscaron definir el impacto en el largo plazo de la TAAA sobre el porcentaje de células CD4+ y la carga viral con respecto a este último (25%) previos al inicio de la terapia en una población de niños infectados en forma vertical por HIV de tipo 1, previamente tratados.

El estudio, de diseño retrospectivo, incluyó 113 niños (edad promedio de 7 años). Los criterios de inclusión fueron la iniciación de TAAA con un inhibidor de proteasa, el antecedente de 6 años de seguimiento luego del inicio de la terapia, el contar con el registro del recuento de células CD4+ o de carga viral previos al tratamiento y el antecedente de terapia nucleósida previa.

Se observó que durante los primeros 2 años de TAAA, los niños infectados por HIV mostraron un incremento significativo del porcentaje de células CD4+ y una disminución de la carga viral. Durante los últimos 4 años de TAAA, se observó un aumento significativo en la carga viral pero no un incremento del porcentaje de las células CD4+, debido a que esta variable alcanzaba un nivel plano (*plateau*) luego del segundo año de tratamiento. Más aún, los niños con porcentajes de células CD4+  $\geq 25\%$  luego de 6 años de TAAA. Los niños con porcentajes de 5% a 25% al inicio mostraron una fuerte asociación negativa con el logro de porcentajes de células CD4+  $>30\%$  durante al menos 6 y 12 meses, pero no con el logro de porcentajes  $>30\%$  durante al menos 24 meses.

Los autores concluyen que a pesar de que la TAAA de largo plazo permite la recuperación de los porcentajes de células CD4+ y el control de la carga viral en los niños infectados por HIV, la iniciación de esta terapia luego de la aparición de una inmunosupresión grave podría ser menos efectiva para dicha recuperación o para el mantenimiento de un porcentaje normal. Sobre la base de estos hallazgos, el inicio de la TAAA en los niños pequeños infectados por HIV no debería demorarse.

---

## LA EXPOSICION EXCESIVA A LA TELEVISION AUMENTA EL RIESGO DE SOBREPESO EN PREESCOLARES

### *Estudio en 1016 niños*

Ann Arbor, EE.UU.:

A la edad de 36 meses, los niños que pasan 2 horas diarias o más despiertos frente al televisor encendido tienen riesgo 2.92 veces mayor de presentar sobrepeso que los restantes, mientras que a los 54 meses, el riesgo de los niños que muestran esta exposición excesiva a la televisión es 1.71 veces mayor que el correspondiente a los que no están expuestos. Sin embargo, la exposición a los 36 meses no permite predecir el riesgo de sobrepeso a los 54 meses.

Fuente científica:

[Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 160(4):417-422, Abr 2006] – aSNC

Autores

Lumeng J, Rahnama S, Appugliese D y colaboradores

La exposición excesiva a la televisión representa un factor de riesgo de sobrepeso en los niños en edad preescolar, en forma independiente de diversos factores asociados con la calidad del ambiente del hogar. En los niños, el exceso de la actividad de ver televisión ha sido asociado a diversas entidades. Al respecto, la relación entre el ver televisión y el riesgo de sobrepeso ha sido descrito en forma más minuciosa en los niños en edad escolar que en aquellos en edad preescolar, y sólo 2 estudios realizados en estos últimos consideraron en su análisis potenciales covariantes de gran importancia. En EE.UU. se recomienda que el tiempo total de exposición a los medios por parte de los niños de 2 años de edad o mayores se limite a menos de 2 horas por día. La ayuda a las familias para alcanzar este objetivo requiere de más información, como por ejemplo, si la relación se basa en características familiares que previamente no han sido consideradas (la calidad global del ambiente del hogar o los síntomas depresivos en la madre, entre otros). Por su parte, en EE.UU., la relación ha sido evaluada sólo en grupos de niños de bajos ingresos, quienes miran significativamente mayor cantidad de horas de televisión. En el presente trabajo, sus autores investigaron la relación entre la exposición a la televisión y el riesgo de sobrepeso en un rango etario sobre el cual existen escasos datos en EE.UU. y en el cual no se han realizado estudios en grandes poblaciones. Al respecto, se controlaron covariantes que previamente no habían sido consideradas y se examinó la relación transversal y longitudinal entre la exposición a la televisión y el riesgo de sobrepeso. Los autores sostuvieron la hipótesis que la relación entre ambas variables estaría presente tanto en el análisis transversal como en el longitudinal, pero que estaría afectada por ciertos marcadores de la calidad del ambiente del hogar.

El estudio incluyó 1 016 niños y sus padres. En cada uno de ellos, se evaluó el estar despierto en su habitación con el televisor encendido durante 2 horas por día o más a la edad de 36 meses y a través del informe materno. Por su parte, se obtuvieron las mediciones antropométricas a las edades de 36 y 54 meses. Las covariantes incluidas en el análisis fueron la raza y el sexo de pertenencia del niño, el estado civil, la educación, la edad y la presencia de síntomas depresivos en la madre, la relación entre los ingresos y las necesidades, los problemas de conducta del niño, las horas semanales en que éste estaba al cuidado de otras personas diferentes a sus padres y la proporción de las horas vistas de televisión en las que éstas eran educativas.

Se observó que a los 36 meses, el 5.8% de los niños presentaban sobrepeso, mientras que a los 54 meses, este valor fue de 10.0%. En el análisis previo al ajuste, se constató que la exposición a 2 horas diarias o más de televisión se asoció con un riesgo incrementado de sobrepeso tanto a los 36 meses (*odds ratio* -OR- de 2.92) como a los 54 meses (OR de 1.71). Luego de la consideración de las covariantes, se observó la persistencia de la relación entre la exposición a la televisión y la existencia de sobrepeso a los 36 meses. Sin embargo, el análisis correspondiente a los 54 meses posterior al ajuste según las covariantes demográficas demostró que el efecto de la exposición a la televisión se tornaba no significativo. La exposición a la televisión a los 36 meses no representó un factor predictivo significativo de la presencia de sobrepeso a la edad de 54 meses.

Los resultados del presente trabajo demuestran que el permanecer despierto en una habitación con un televisor encendido durante 2 horas diarias o más a la edad de 36 meses, se asocia con un riesgo aumentado de presentar sobrepeso. A su vez, la exposición a la televisión a la mencionada edad no parece predecir la presencia de sobrepeso a la edad de 54 meses.

---

## LOS TRASTORNOS ASOCIADOS CON EL MANEJO DE LA DIABETES ALTERAN EL DESARROLLO DE LOS ADOLESCENTES AFECTADOS

*Estudio cualitativo y grupal en 31 pacientes*

Indianápolis, EE.UU.:

En los adolescentes, la presencia de diabetes se asocia con un conjunto de inconvenientes que pueden determinar que el paciente se sienta temeroso de realizar las actividades apropiadas para su desarrollo. Esto último podría influir sobre la progresión normal

hacia la independencia y la adultez.

Fuente científica:

[**Diabetes Educator** 32(2):243-252, Mar 2006] – aSNC

Autores

Carroll A, Carroll A

El manejo de la diabetes es quizá más difícil para los adolescentes y niños que para los adultos. Esta enfermedad requiere de los pacientes afectados, un grado de regulación de la conducta mayor al habitualmente observado en los niños de la misma edad. Las investigaciones han demostrado que los pacientes adolescentes con diabetes son susceptibles a una serie de aspectos que los torna más vulnerables a presentar un manejo problemático de la enfermedad. Los niños con diabetes pierden más días de escuela que sus hermanos sanos, y presentan una mayor probabilidad de mostrar trastornos de conducta. La participación de los padres puede determinar un mejor control de la enfermedad, pero en el caso de los niños más grandes, existe una menor probabilidad de que dicha participación sea cercana. Más aún, la presencia de diabetes puede determinar la presencia de una dinámica familiar más conflictiva, con una interacción problemática entre padres e hijos adolescentes. La evaluación frecuente de los niveles plasmáticos de glucosa permiten predecir el control glucémico; desafortunadamente, los adolescentes controlan sus niveles de azúcar en sangre con menor frecuencia que los niños más pequeños. El normal desarrollo social durante la adolescencia requiere que una persona joven comience a rechazar el control parental al tiempo que lucha por construir su propia identidad. Esto comprende cierto rechazo del control social, con mayor atención a sus pares como una fuente de normas de conducta e identidad. Sin embargo, la presencia de diabetes puede comprometer este proceso, particularmente debido a que los padres, preocupados acerca de las posibles consecuencias negativas asociadas con el mal control de la diabetes, se niegan a renunciar al control de sus hijos adolescentes diabéticos. Además, los pares no diabéticos pueden ejercer influencias sobre el paciente que, a pesar de que puede tratarse de conductas normales y apropiadas para la edad, pueden contradecir las buenas prácticas del control de la diabetes.

Se sabe poco acerca de la dinámica de los adolescentes y sus familias y ambientes, particularmente desde la perspectiva de los adolescentes con diabetes. Al respecto, se llevó a cabo un trabajo con grupos de pacientes adolescentes diabéticos, con el objeto de evaluar sus percepciones acerca de cómo la diabetes influye su calidad de vida en general y sus relaciones con las 4 influencias principales que actúan sobre su desarrollo social y su tratamiento: los padres, los pares, la escuela y sus médicos.

Se formaron 5 grupos con 31 adolescentes (de 13 a 18 años) con diabetes tipo 1. A partir de las discusiones producidas en los grupos, se identificaron como los principales temas surgidos entre los adolescentes, las percepciones personales de vivir con diabetes y el impacto de la enfermedad en sus relaciones y en su vida escolar. La percepción general de vivir con diabetes fue menos negativa de lo que podría haberse esperado; los participantes de los grupos discutieron la diabetes en mayor medida en términos de las molestias diarias asociadas con el tratamiento que desde una perspectiva del concepto de presentar algo terrible o difícil con el que debían vivir. Sin embargo, se percibió en general que la diabetes controlaba sus vidas y que requería un mayor grado de responsabilidad de sus partes que la requerida a los pares sanos. Varios participantes indicaron que la diabetes presentaba un impacto muy pequeño, sino inexistente, sobre su vida escolar, mientras que otros manifestaron algunos aspectos en los que ésta se veía afectada.

Los resultados del presente estudio cualitativo proveen información acerca de la experiencia percibida por los adolescentes al vivir con diabetes tipo 1, específicamente con relación a sus padres, pares, médicos y experiencias escolares. A partir de las discusiones grupales, los principales temas surgidos fueron las percepciones personales de vivir con la enfermedad, y el impacto de ésta sobre sus relaciones y su vida escolar. Los autores concluyen que la presencia de diabetes en los adolescentes se asocia con la existencia de numerosas demandas opuestas, cuya consecuencia es la aparición del temor de realizar muchas actividades apropiadas para su desarrollo. Esto último puede presentar un impacto significativo sobre su progresión normal hacia la independencia y la adultez.

Trabajos Distinguidos, Serie Pediatría , integra el Programa SIIC de Educación Médica  
Continuada