

## Hace 50 años «Acta Pediátrica Española» publicaba...

### AÑO XX ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 235

### **SUMARIO DEL NÚMERO DE SEPTIEMBRE DE 1962**

#### **FIGURAS DE LA PEDIATRÍA**

*El Dr. José Peña Guitián, de Santiago de Compostela*

#### **ARTÍCULOS ORIGINALES**

##### *Trabajos doctrinales y casos clínicos*

Aspecto médico, social y laboral de la rehabilitación, por el Dr. Heliodoro Ruiz García

Dr. Alaor Teixeira publica tres artículos: Algunas consideraciones sobre la hipertrofia congénita de píloro en nuestro medio; Algunas consideraciones sobre una cirugía de colon, recto y ano en la lactancia y Litiasis urinaria en la infancia.

El Dr. Heliodoro Ruiz García comenzó su disertación sobre el «Aspecto médico, social y laboral de la rehabilitación» afirmando que para algunos autores norteamericanos la rehabilitación es la «tercera fase de la medicina». La primera es la medicina preventiva, y la segunda la medicina curativa y quirúrgica; asimismo, algunos aspectos de la rehabilitación se sitúan en la fase preventiva, o en la curativa y quirúrgica.

La rehabilitación es un nuevo concepto de la medicina, y ha aportado nuevas ideas; así, en contraste con la fase de convalecencia, cuyo fin primordial es el descanso, la rehabilitación es un concepto dinámico. En definitiva, es un concepto amplio, pero con un ideal más grande aún.

El término «rehabilitación» tuvo su origen durante el tiempo del feudalismo. Entonces venía a significar la restauración de un caballero a un privilegio o derecho anterior que había perdido. Más tarde, el concepto fue ampliado a la restauración no sólo material, sino al buen nombre de la persona. Así, podemos decir que Santa Juana de Arco fue oficialmente «rehabilitada» en el año 1456.

Es muy posible que haya habido dos factores fundamentales en el desarrollo del concepto de rehabilitación y su puesta en marcha, que han ido calando hondamente en la mentalidad de los pueblos. El autor se refiere, en primer lugar, a la cristianidad, al sentido cristiano de la vida, de hermandad, caridad, de la enseñanza del valor espiritual y humano, como valores esenciales, y al derecho de igualdad de todos los hombres ante los ojos de Dios.

En segundo lugar, se refiere a los nuevos derechos y libertades del hombre que han terminado por llamarse «derechos humanos».

Así se ven claramente definidos los fines de la rehabilitación y se puede decir que el primer objetivo es eliminar la invalidez

si es posible, el segundo reducir o aliviar la invalidez, y el tercero entrenar o reentrenar al individuo que tiene una deficiencia física permanente de manera que pueda vivir y trabajar, dentro, naturalmente, de los límites de su invalidez residual, pero sacando partido de toda su capacidad física y mental.

Se ve claramente que la rehabilitación es un concepto médico, pero al mismo tiempo paramédico y extramédico. La rehabilitación es, pues, el conjunto del trabajo de un equipo. Modernamente, tanto en medicina como en otras ciencias, es muy difícil hablar de trabajo individual; pero en rehabilitación concretamente el trabajo individual es un imposible. La composición de este equipo es muy numerosa y a la par heterogénea; está formado por médicos de distintas especialidades: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermeros, asistentes sociales, consejeros laborales, psicólogos, ortopédicos, profesores... En definitiva, un equipo que forma una fuerza única con la misión de ayudar al paciente a conseguir un máximo potencial físico, mental, social, vocacional y, por tanto, económico.

Resumiendo, se puede decir que la rehabilitación tiene por fin dar libertad al inválido, para poder encontrar y desarrollar un trabajo y cuidar de sí mismo en todas las funciones de la vida diaria.

Hasta aquí hemos hablado en líneas generales sobre el concepto y los fines prácticos de la rehabilitación, pero ¿cómo hemos de realizar este trabajo? ¿De qué medios nos valemos para incorporar o reincorporar a un individuo a la sociedad en las mejores condiciones físicas, mentales y laborales?

Antes hemos mencionado que el proceso de rehabilitación comprende desde el momento de la enfermedad o accidente hasta que el individuo restablece su estado normal, o el mayor posible, incorporado a la sociedad.

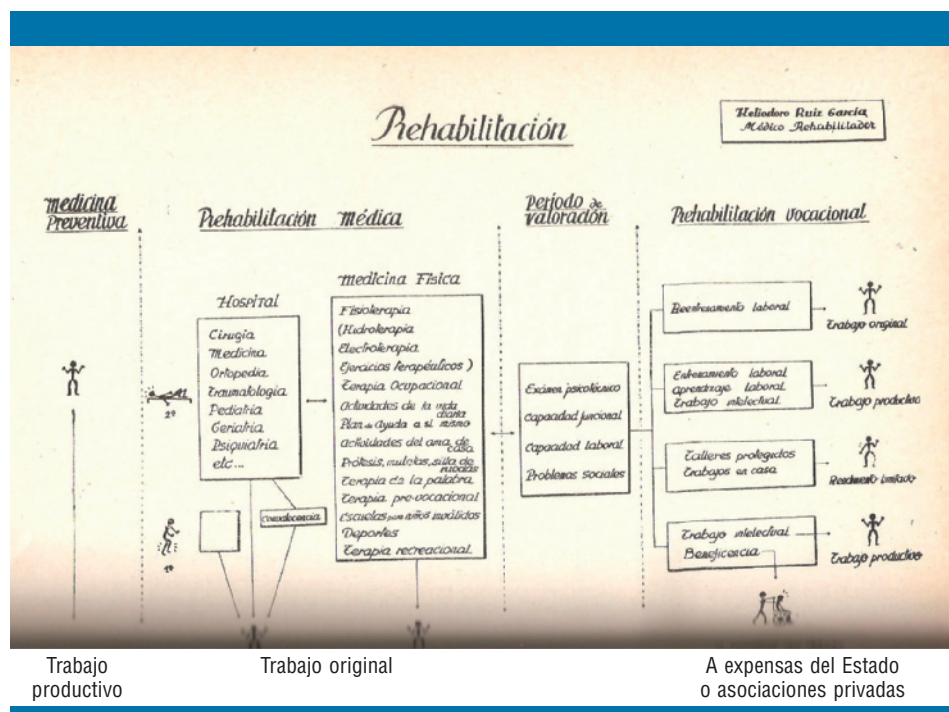


Figura 1

A continuación el autor presenta en un cuadro el esquema completo de este programa, y posteriormente va desarrollando cada uno de sus eslabones (figura 1).

Se podría hablar durante muchas horas sobre el trabajo de cada día de la medicina física, pero el autor se va a ceñir a describir los puntos más importantes: fisioterapia, actividades de la vida diaria y terapia prevocacional.

Y por fin se pasa al último estadio de la rehabilitación y a la llamada «rehabilitación vocacional».

El ponente va desentrañando cada uno de estos capítulos con un detalle que hace pensar mucho en la importancia de la rehabilitación, en su aspecto médico, social y laboral.

El primer trabajo del Dr. Almor Teixeira, de Porto Alegre, como anteriormente decía, trata sobre «Algunas consideraciones sobre la hipertrofia congénita de pílono en nuestro medio».

Presenta unos cuadros sobre su casuística de 15 pacientes con hipertrofia congénita de pílono y hace los siguientes comentarios:

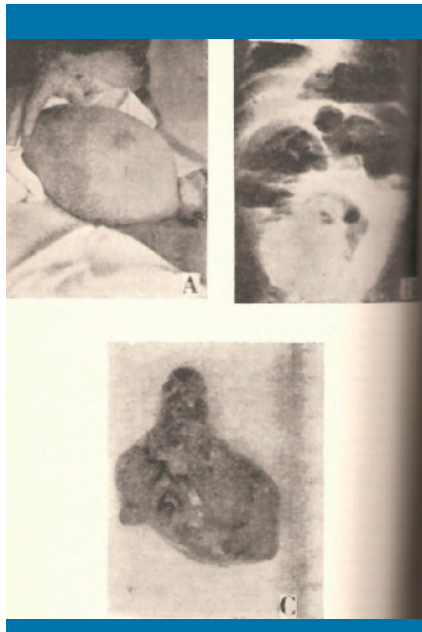
1. Incidencia. En relación con este problema, el autor señala que la cifra que obtuvo (1,01%) es sensiblemente mayor que la consignada por los autores consultados: 0,2% para Walgren, 0,3% para Davison, 0,2-0,4% para Paulino Filho et al., y apenas 2 casos en 50.000 lactantes examinados por Ecgstein. Como no le es posible presentar una explicación para tal discrepancia, se limita apenas a referir (basándose en el estudio comparativo de las estadísticas proporcionadas por

la bibliografía) la gran incidencia de hipertrofia congénita de pílono en su medio.

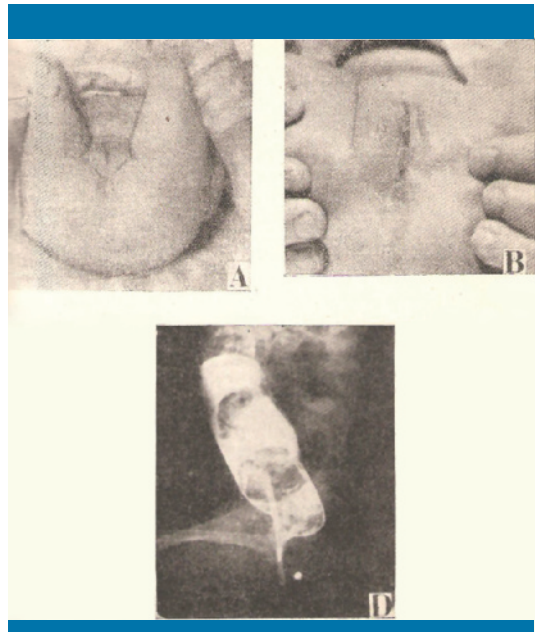
2. Edades. Relativamente, los límites de edad descritos para sus pacientes se encuadran, de una forma general, entre los representados por los diversos autores.
3. Sexo. La literatura divulga índices porcentuales más elevados de los que obtiene el autor en sus pacientes respecto al factor sexo.
4. Raza. En este aspecto el autor constata en sus pacientes una evidente predominancia de la raza blanca. Sin embargo, este hecho es de un valor relativo, porque (como tuvo la oportunidad de constatar en un estudio que realizó en el Archivo del Hospital San Antonio) el número de niños de raza blanca atendidos en el referido hospital es sensiblemente mayor que los de raza negra. Esto puede explicar eventualmente la gran divergencia representada por los índices que obtuvo en sus 15 pacientes estudiados: el 93,3% de raza blanca frente al 6,7% de raza negra.
5. Primogénito. En vista de los datos que obtuvo el autor en sus 4 pacientes (75%), se inclinó a admitir, hasta que una mayor casuística indique lo contrario, una influencia (aunque no conoce su naturaleza ni su mecanismo desencadenante) que condiciona la mayor incidencia de hipertrofia congénita de pílono en los primogénitos. Además, sus hallazgos están de acuerdo con los presentados por Ladd et al., Malmberg y Barrington-Ward, confirmando la casuística de Robertson, que sostiene que la mencionada enfermedad es más frecuente en los primogénitos.
6. Mortalidad. Respecto al índice de mortalidad, hay que decir que la evaluación de los resultados no debe valorarse exclu-



**Figura 2**



**Figura 3**



**Figura 4**

sivamente en relación con el ya definitivamente consagrado procedimiento quirúrgico idealizado por Weber Ramstedt-Fredet, sino dando mayor evidencia y valor a una cuidadosa evaluación clínica y de laboratorio en el preoperatorio de los pacientes, que posibilita al cirujano administrarles (cuando esté indicada) la solución quirúrgica, al tiempo que evita realizar intervenciones innecesarias con posibles consecuencias graves para el paciente. Por otro lado, está de acuerdo en que un concienzudo y bien orientado examen postoperatorio, basado en un reemplazo bien indicado y en corregir las pérdidas del paciente, constituye una contribución valiosa y ciertamente más positiva que la intervención quirúrgica en sí, para que el índice de mortalidad conserve las excelentes cifras que presentan actualmente (1962) todos los buenos servicios.

El segundo trabajo del Dr. Teixeira trata sobre «Algunas consideraciones sobre una cirugía de colon, recto y ano en la lactancia».

En el capítulo sobre el colon, el autor estudia el megacolon congénito (afirma que es una de las patologías más grave de la cirugía infantil digestiva, y define cada uno de los diferentes tipos) (figura 2) y la intususcepción ileocolónica (figura 3).

Respecto al recto y al ano, estudia la imperforación anal y el prolapso y la procidencia de recto. La imperforación anal se clasifica en cuatro tipos:

- I. Estenosis anal congénita.
- II. Ano imperforado membranoso.
- III. Ano imperforado.
- IV. Ano y fosa anal normales, con saco rectal terminado en ciego.

En la figura 4 se ilustran algunos casos representativos de estenosis anal congénita (A), imperforación anal más una fístula rectoperineal (B), e imperforación anal más una fístula rectovaginal (C y D).

Como conclusión, en este trabajo el autor presenta algunas consideraciones sobre la cirugía de colon, recto y ano en la lactancia, divulgando su experiencia personal sobre este asunto.

Estos tópicos abordados se refieren a la dolencia de Hirschprung (megacolon congénito), la intususcepción ileocolónica, malformaciones anorrectales (imperforación anal simple o asociada a fístulas: retroperineal, retrovaginal y retrorectal), y el prolapso y la procidencia del recto. En cada uno de los tópicos se hace referencia a algunas consideraciones relativas a la etiopatogenia, la sintomatología, el diagnóstico y el tratamiento.

El autor documenta el trabajo con casos extraídos de su archivo particular, correspondientes a las eventualidades patológicas.

El siguiente trabajo del Dr. Teixeira trata sobre la «Litiasis urinaria en la infancia». Comienza indicando que la litiasis urinaria constituye un interesante e importante tema de patología infantil y a continuación va desarrollando diferentes puntos sobre ésta (figura 5):

1. Incidencia.
2. Etiología:
  - Cálculos condicionados por la hipocalcemia, con excesiva excreción sanguínea de calcio.

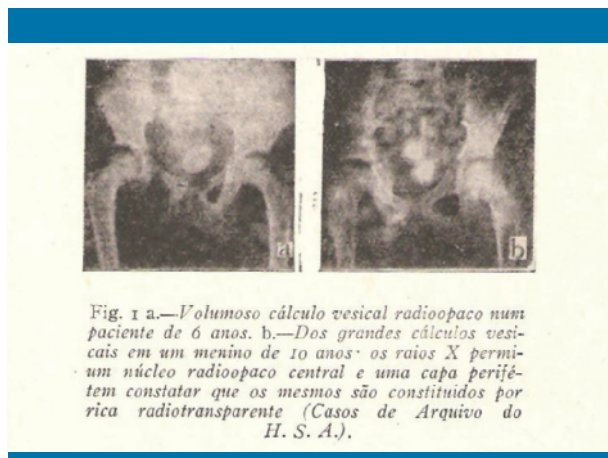


Figura 5

- Calcificación distrófica.
  - Hipercalcemia o hipercalciuria secundarias a una lesión celular renal.
3. Sexo.
  4. Edades.
  5. Localización.
  6. Número.
  7. Color.
  8. Composición:
    - Grupo de uratos.
    - Grupo de fosfatos.
    - Grupo de oxalatos.
    - Grupo de cistina.
    - Menos frecuentes: carbonato de calcio, xantinas, colessterinas, índigo, fibrina, etc.
  9. Sintomatología.
  10. Diagnóstico diferencial.
  11. Complicaciones.
  12. Tratamiento.

El autor relata la clínica, describe después su casuística personal y termina su trabajo con los siguientes comentarios:

1. En relación con la incidencia de urolitiasis en la infancia, hay que decir que, aunque la enfermedad en estudio no es muy frecuente, el pediatra debe estar preparado para advertirla en sus pacientes, principalmente cuando éstos presentan trastornos de micción. Si tuviera la oportunidad, al autor le gustaría comentar la disparidad observada entre los datos proporcionados por su fichero particular (6%), el del Hospital San Antonio (0,8%) y el suministrado por la bibliografía consultada. La causa fundamental que motiva dicha disparidad no le es posible explicarla, pero le parece interesante divulgar un hecho observado por él entonces: cuatro de sus casos se presentaron en una misma semana, lo que le llevaría a creer en una posible influencia del factor clima. Sin embargo, esta afirmación es apenas una suposición. Lo cierto es que la incidencia de urolitiasis en lactantes es significativamente menor que la registrada en la bibliografía.

2. Relativamente, la sintomatología generada por una urolitiasis varía, y está directamente relacionada, por un lado, con la sed y las características estructurales propias de cada cálculo y, por otro, con las complicaciones añadidas, que (en algunas ocasiones) enmascaran su existencia, como el caso de un cálculo asentado en el uréter, las abdominalgias, etc., que simulan una apendicopatía, o de un cálculo vesical que genera una sintomatología típica de cistitis. No hace falta insistir demasiado (aunque el autor lo hace en este momento) en el gran valor de un estudio radiográfico cuidadoso para el diagnóstico de la enfermedad en cuestión.

3. Respecto a la relación entre la presencia de un cálculo con la raza, el sexo o la edad de los pacientes, el autor puede afirmar, a partir de los datos suministrados por la bibliografía consultada y basándose en su experiencia personal, que estos factores no desempeñan un papel fundamental en la organización y la formación de cálculos. Por tanto, se podría realizar una pregunta oportuna: ¿cómo explicar su mayor incidencia en el sexo masculino? El autor es de la opinión de que el hecho observado se debe exclusivamente a factores anatómicos, que en el hombre establecen obstáculos mayores para la progresión del cálculo: uretra más larga, más sinuosa y de menos calibre; glándula prostática íntimamente relacionada con el cuello vesical y con la uretra, etc.

4. Respecto a la etiología de los cálculos, el autor no cree que el problema se haya resuelto satisfactoriamente —opinión, por otra parte, concordante con la mayoría de autores que se ocupan y se ocuparán de este asunto— debido a que los diversos factores invocados para explicar la formación de los cálculos no son consistentes. Así, las condiciones higiénico-dietéticas y las disfunciones glandulares no explican, de forma aislada, por qué un determinado lactante presenta cálculos y no sus hermanos, otros parientes y el resto de lactantes que viven en el mismo ambiente. Por otro lado, ¿cómo entender que la simple retirada del cálculo provoque la desaparición sin recaída de la calculosis en la mayoría de los casos, o que evidentemente no se puede admitir sin el tratamiento del trastorno hormonal que habría generado? Por tanto, el autor es de la opinión, hasta que nuevas investigaciones prueben lo contrario, de que se puede considerar la calculosis como resultado de una serie de factores íntimamente asociados, entre los que destacan los anatómicos, ambientales, higiénico-dietéticos y hormonales.

5. Finalmente, respecto a la composición de los cálculos, el autor destaca que el material retirado de sus pacientes era presentado para un estudio fisicoquímico, cuyos resultados serán objeto de otra publicación.

A los trabajos del pediatra portugués Alaor Teixeira se les podría aplicar la frase del filósofo inglés Bacon: «¿Es siempre estéril la verdad?». En este caso, nuestro compañero de Porto Alegre ha descrito sus trabajos con toda honradez, y su aportación no ha sido estéril. ■