

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

### AÑO XXI ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 241 **SUMARIO DEL NÚMERO DE MARZO DE 1963**

#### **FIGURAS DE LA PEDIATRÍA**

*El doctor Jaime Magaz, vicepresidente de la Sociedad de Pediatría de Madrid*

#### **ARTÍCULOS ORIGINALES**

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

Cómo aumentar las inmunizaciones infantiles, por el doctor Agustín Rodríguez Sánchez

Tratamiento de las diarreas infantiles con sulfamidas retardadas asociadas, por el doctor A. Montero Rodríguez

Vacunación antipoliomielítica en la provincia de Segovia, por el doctor F. Pérez Gallardo

Instituto de Puericultura «Manuel Suárez». Memoria correspondiente al año 1962, por el doctor Jesús Martínez Fernández

Hace 50 años «Acta Pediátrica Española» publicaba en el mes de marzo de 1963, diversos trabajos y notas clínicas.

El primer trabajo, del Dr. Agustín Rodríguez Sánchez, de Castellón, trató sobre «Cómo aumentar las inmunizaciones infantiles». A continuación, el Dr. A. Montero Rodríguez prosiguió con su anterior trabajo sobre «Tratamiento de las diarreas infantiles con sulfamidas retardadas asociadas». En tercer lugar, el Dr. F. Pérez Gallardo expuso su trabajo «Vacunación antipoliomielítica en la provincia de Segovia». Para terminar, el Dr. Jesús Martínez Fernández, de Navia (Asturias), realizó un extenso trabajo sobre el «Instituto de Puericultura "Manuel Suárez". Memoria correspondiente al año 1962».

La figura del mes estuvo dedicada al Dr. Jaime Magaz, vicepresidente de la Sociedad de Pediatría de Madrid.

En el primer trabajo, «Cómo aumentar las inmunizaciones infantiles», el Dr. Rodríguez Sánchez comienza afirmando que, en la tendencia profiláctica de la medicina actual (1963), que sigue el conocido refrán de «más vale prevenir que curar», el modo de aumentar los mecanismos inmunitarios, cada vez mejor conocidos, constituye uno de los principales fundamentos y es objeto de innumerables estudios. Entre esta medicina preventiva, constituida por la profilaxis de la muerte neonatal, la parálisis cerebral infantil, las enfermedades profesionales, las enfermedades cardiovasculares, etc., destaca como capítulo importantísimo el de las inmunizaciones infantiles, adoptado sistemáticamente desde hace algún tiempo en casi todos los países del mundo.

El autor introduce a continuación el concepto de inmunidad que, a la luz de los conocimientos actuales (1963), se define como la especial capacidad de protección del organismo humano al reaccionar ante el estímulo del agente patógeno, caracterizada esencialmente por la reacción antígeno-anticuerpo.

Por tanto, entendemos por inmunizaciones todos los medios que facilitan dicha reacción defensiva. Para conocer estos medios se necesita tener un concepto claro de los mecanismos inmunitarios actuales y sus consecuencias.

El Dr. Rodríguez Sánchez distingue varias clases de inmunidad, como la natural y la adquirida, dividida ésta, a su vez, en activa y pasiva. Indica que el grado de inmunidad que posee el recién nacido depende de dos factores: a) defensas que proceden de la madre, y b) defensas propias del niño, como la lisozima.

El autor va desarrollando cada uno de los tipos de inmunidad para pasar a la hipoinmunidad, de la que describe una forma congénita y otra adquirida.

Es importante conocer el hecho fisiopatológico, de reciente adquisición, de la hipoinmunidad, que se ve expresado por una situación deficitaria del organismo para la producción de defensas o anticuerpos que puedan desencadenar los normales mecanismos inmunitarios, no en el sentido específico de receptividad, sino en el concepto más amplio de inmunidad global.

A continuación, el Dr. Rodríguez Sánchez va detallando las inmunizaciones (inespecíficas y específicas), como las vacunas (viruela, difteria, tétanos, tos ferina, tuberculosa, poliomielitis, tifus, rabia, sarampión, gripe y parotiditis, entre otras), y describe diversas vacunas asociadas, así como sus ventajas.

Tras desgranar el calendario de vacunaciones, el autor termina el trabajo indicando los medios de aumentar las inmunizaciones. Los procedimientos para aumentar la inmunidad natural serían los siguientes:

1. Vacunación de las embarazadas (antitetánica, antipoliomielítica, sarampionosa) después de un estudio conveniente de su historia inmunitaria, con objeto de aumentar la tasa de anticuerpos pasivos en el recién nacido.

2. Evitar exposiciones aislando a los niños de ambientes infecciosos comprobados, antes de los 6 meses de edad, en que las defensas naturales son escasas y aún no pueden lograrse buenos resultados con los medios inmunitarios activos, ya sean artificiales o naturales (imperfecta formación de anticuerpos).
3. Quimioprofilaxis, vacunación en esta época, en casos de evidentes exposiciones o de ambiente contagioso comprobado (p. ej., hidradidas y posteriormente supresión BCG, en caso de ambiente tuberculoso con dificultades de aislamiento o contagio dudoso), por ser la inmunidad natural nula o insuficiente.
4. Favorecer la lactancia materna, pues aunque no tiene una relación directa con la inmunidad del lactante, sí la tiene indirectamente, al ser el medio alimentario más completo para los primeros meses y haberse comprobado clínicamente una menor incidencia infecciosa en los niños alimentados al pecho (¿anfivirasa y lactobacilos?).
5. Alimentación completa y regulada, para la prevención de cuadros hipoinmunitarios, pues existe una clara relación entre estos factores (avitaminosis, disproteinemias) y la incidencia infecciosa.
6. Reconocimiento y diagnóstico de los cuadros hipoinmunitarios, para su corrección por los medios adecuados (gammaglobulina, vitaminas, proteínas), que conllevan un aumento de la resistencia y una protección natural contra las infecciones.
7. Evitar los tratamientos antibióticos «a ciegas» o prolongados, muchas veces innecesarios, que impiden frecuentemente que se desarrollen los mecanismos inmunitarios específicos, al suprimir prematuramente el estímulo antigénico necesario del agente específico combatido e incluso los pequeños contactos infecciosos secundarios, poco importantes clínicamente, pero muy significativos desde el punto de vista inmunitario.
8. Restricción (sólo para los casos bien indicados) de los corticoesteroides, hoy en día (1963) usados profusa y liberalmente sin tener en cuenta que interfieren en los mecanismos inmunitarios.

La extensión en la práctica de las vacunaciones depende de los siguientes factores:

1. Elección de las vacunaciones útiles y necesarias, a partir del estudio particular de cada país teniendo en cuenta sus estadísticas epidemiológicas (morbilidad y mortalidad), el nivel de vida y el medio sanitario.
2. Revisión y ampliación legislativa de las vacunas consideradas obligatorias, de forma periódica, pues es un arma médica en continua evolución.
3. Establecer una vigilancia y adoptar medidas para su aplicación, en el sentido de una mejor inspección sanitaria.

En la práctica, la extensión de las vacunaciones es difícil, pues depende en igual medida de los poderes públicos, del cuerpo médico y de la población en general.

A los poderes públicos les corresponde tomar las siguientes medidas:

1. Estudio y elección del plan de vacunación necesario en el país, a partir de su situación geográfica, estadísticas epidemiológicas, nivel de vida y medio sanitario.

2. Revisión y ampliación legislativa de las vacunas obligatorias, de forma periódica, dada su evolución constante.
3. Establecer una vigilancia y adoptar medidas para su aplicación, en el sentido de una mejora en la inspección sanitaria y farmacéutica (comprobación de la eficacia de las vacunas existentes).
4. Dotar de ayuda económica y de medios, en el sentido de facilitar, e incluso obligar, a la introducción en el mercado nacional de vacunas y medios de reconocida eficacia existentes en otros países, y la regulación de precios en el sentido de facilitar su adquisición a todas las clases sociales, con distribución gratuita de *stocks* de vacunas en centros de largo alcance sanitario, como seguros de enfermedad, hospitales, beneficencia, etc.
5. Facilitar los medios de investigación específicos (centros de higiene o microbiología, o de inmunizaciones estrictamente), creando nuevos centros bien dotados o mejorando los existentes.

A la clase médica le corresponde adoptar las siguientes medidas:

1. Prestar una mayor importancia en las universidades al capítulo de inmunizaciones.
2. Fomentar el conocimiento y la práctica de las vacunaciones, paralelamente a la evolución continua de sus conceptos e indicaciones, mediante la realización de cursillos periódicos obligatorios, facilitación de artículos de garantía, circulares periódicas convenientes.
3. Creación de equipos especializados de índole estrictamente inmunitaria, volantes y fijos, en centros de vacunación, que faciliten los medios y la información aun en los lugares más alejados.

Respecto a la población general, hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Realizar campañas propagandísticas adecuadas y prolongadas, ya sean generales, empleando todos los medios usuales (prensa, radio, cine, televisión, carteles y folletos), o locales, mediante cursillos y conferencias (escuelas y demás centros de enseñanza, Servicio Social, Servicio Militar, cursillos prematrimoniales o de maternidad, etc.).
2. Aprovechar las epidemias para las vacunaciones en masa, pues no hay mejor estimulante que la «desgracia cercana».
3. Hacer uso de las vacunaciones polivalentes consagradas, por ser mejor aceptadas en los sujetos reticentes al ahorrar administraciones y molestias.
4. Escoger o facilitar gratuitamente, según el medio económico, las vacunaciones más asequibles.
5. Escoger el medio de aplicación menos molesto (la vía oral a ser posible, y las pautas que tengan mejor sabor y presentación).
6. Vacunar antes del año, ya que es cuando existen menos complicaciones vacunales, las epidemias y sus efectos son demostrativos para los familiares, se descarta el factor personal negativo y, sobre todo, es la etapa en que el niño está más frecuentemente en contacto con el médico o puericultor por otras razones (alimentación, crecimiento o enfermedades).
7. Vacunar sistemáticamente en clínicas infantiles y de maternidad y colectividades (escuelas, hospicios, guarderías).

Los problemas ya estudiados para la vacunación en sí sobre los que hay que insistir son los siguientes:

1. Vacunación precoz del niño, de elección antes del año.
2. Confección y práctica de un calendario de vacunaciones adecuado, dándole la debida importancia a las revacunaciones y las dosis de refuerzo, periódicas o en exposiciones.
3. Practicar el mayor número posible de vacunaciones simultáneas y asociadas, en el menor lapso de tiempo posible.
4. Importante papel actual, en ciertos casos, de la quimiovacunación, la serovacunación y las gammaglobulinas.

En resumen, el autor hace un breve bosquejo de los conceptos y características actuales de las inmunizaciones, según la visión sustentada por la mayoría sanitaria de todos los países, con especial referencia a su uso en la infancia. Es necesario tenerlos en cuenta para la ulterior comprensión y elaboración de los medios propuestos posteriormente, cuyo objeto es aumentar la protección del niño frente a las enfermedades infecciosas. Hay que hacer hincapié en las vacunaciones, que constituyen el medio más importante, y aunque sus problemas y evoluciones son un tema constante de la medicina actual (1963), se encuentran en un estado de perfeccionamiento y sistematización tan sustancial como para convertirse en una de las mejores armas para proteger la vida del niño.

El autor acompaña su trabajo con una amplia bibliografía internacional.

En el segundo trabajo, del Dr. Montero Rodríguez, sobre «Tratamiento de las diarreas infantiles con sulfamidas retardadas asociadas», el autor vuelve a abordar el tema del empleo de las sulfamidas retardadas en el tratamiento de las diarreas de la infancia, entre las que se incluyen tanto las diarreas alimentarias como las infecciones enterales o parenterales, en el lactante y durante la primera infancia.

Según el autor, en el tratamiento con sulfamidas es fundamental tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Dieta hídrica, de 6 a 10 horas como máximo, según la edad, el peso, el cuadro clínico, la etiología y la estación del año.
2. Supresión de leches puras (ácidas o no) y toda clase de papillas, especialmente en las gastroenteritis alimentarias y las infecciones enterales.
3. Empleo sistemático de dosis masivas a razón de 0,20-0,30 g/kg/día, y en las infecciones colibacilares de hasta 0,40 g/kg/día, por lo menos el primer día, siempre que haya tolerancia digestiva (sin vómitos) o una buena función renal.
4. Hay que considerar la hidratación desde el primer momento en los niños con diarrea.
5. Realizar una realimentación rápida para evitar la desnutrición y la consiguiente distrofia, con el mínimo aporte proteico (1 g/kg/día).

El Dr. Montero Rodríguez va describiendo a continuación su experiencia con nuevos preparados sulfamídicos de efectos retardados en las diarreas infantiles. Se trata de dos sulfami-

das (sulfadimetoxina y sulfixosaxol) que, en dosis bajas, a razón de 0,25 g por tableta, producen efectos retardados.

Los casos que trató el autor fueron los siguientes:

1. Otitis con diarrea (21 casos).
2. Diarreas colibacilares (10 casos).
3. Invasión endógena (8 casos).
4. Gastroenteritis agudas (4 casos)
5. Rinitis con diarrea (2 casos).
6. Pielitis con diarrea (2 casos).

Respecto a los resultados de este trabajo, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. El autor empleó las sulfamidas retardadas en 47 niños con diarrea de diversa etiología.
2. En todos los casos se procuró que el cuidado del niño, la toma de alimentos y la medicación, así como los cuidados generales, estuviesen siempre a cargo de la madre.
3. Todos los pacientes tratados toleraron la dosificación de 0,1 g/kg/día; en los casos más agudos se administró durante 2 días, y después, en algunos casos concretos, se empleó la mitad de la dosis; estas dosis también fueron toleradas perfectamente.
4. El cuadro diarreico tardó en desaparecer unos 5-6 días, y en ello influyeron las infecciones parenterales, como ocurre análogamente cuando se administran sulfamidas solubles o antibióticos.
5. En todos los casos se atiende a la dieta hídrica, la alimentación medicamentosa, la realimentación, el fallo cardíaco, la insuficiencia o fallo de la corticosuprarrenal, el estado inmunitario y el déficit proteico y vitamínico.
6. El autor recomienda utilizar estas sulfamidas retardadas en todos los casos de diarreas por infecciones parenterales, por no ser tóxicas, por su fácil administración (3 dosis) y por la posibilidad de poderlas asociar a preparados con antibióticos, si el caso lo requiere.

En el tercer trabajo, sobre «Vacunación antipoliomielítica en la provincia de Segovia (experiencia de una campaña)», del Dr. Pérez Gallardo, se publican las vacunaciones antipoliomielíticas realizadas desde 1958 hasta 1962 para los casos de poliomielititis, que se distribuyen del modo siguiente: no vacunados, 1 dosis, 2 dosis y 3 dosis. El autor concluye con estas palabras: «Éstos son los hechos y, ante esta realidad, me atrevo a formular una pregunta: ¿podemos renunciar a los beneficios que 5 años de campaña han traído consigo, de confianza, prestigio, popularidad, etc.; en suma, cuanto está hecho, para empezar a propagar otro tipo de vacuna, con el desconcierto y la consiguiente perturbación que esto traerá consigo, al menos en los comienzos...?».

En esta sección de *Acta Pediátrica Española* se lanza una mirada a los últimos 50 años de la pediatría española, y me hace recordar las palabras de Chaucer, escritor y filósofo inglés del siglo XIV, que decía: «Los mejores especialistas no son los hombres más sabios». Estos artículos demuestran que, aunque no fueran los más sabios, los pediatras que nos antecedieron seguro que fueron los mejores especialistas. ■