

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

AÑO XXIII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 271

SUMARIO DEL NÚMERO DE DICIEMBRE DE 1965

FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

El doctor Óscar Valtueña Borque

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Encuesta nutricional sobre el lactante madrileño perteneciente a la clase trabajadora, por el doctor Óscar Valtueña Borque
Inmunobiología en el campo pediátrico, por el doctor Manuel Zuñil-Martínez

Osteoporosis en la infancia, por el doctor Ildefonso García Martín

Trastornos ginecológicos de la infancia, por el doctor Agustín Castejón Lacasa

La educación sanitaria-escolar. Su trascendencia en las familias, por los doctores J.A. Ruiz Santamaría y R. Company

Hace 50 años, en el mes de diciembre de 1965, *Acta Pediátrica Española* publicó diversos trabajos doctrinales y casos clínicos.

El primero de ellos consistió en una «Encuesta nutricional sobre el lactante madrileño perteneciente a la clase trabajadora», realizada por el Dr. Óscar Valtueña. En segundo lugar, se incluyó un trabajo del Dr. Manuel Zuñil-Martínez sobre «Inmunobiología en el campo pediátrico». A continuación, el Dr. Ildefonso García Martín publicó un trabajo que versaba sobre «Osteoporosis en la infancia». Seguidamente, el Dr. Agustín Castejón Lacasa presentó una novedosa publicación sobre «Trastornos ginecológicos de la infancia». Y para terminar este número, los Dres. J.A. Ruiz Santamaría y R. Company, de Valencia, describieron «La educación sanitaria-escolar. Su trascendencia en las familias».

La figura del mes estuvo dedicada al Dr. Óscar Valtueña Borque, de Madrid.

Este último autor, el Dr. Valtueña, de Madrid, realizó, como mencionábamos anteriormente, una «Encuesta nutricional sobre el lactante madrileño perteneciente a la clase trabajadora». En la introducción el autor afirma que, aunque en la actualidad (1965) entre los pediatras, médicos en general y un cierto porcentaje de la población sean bien conocidas las normas dietéticas que se consideran más eficaces para lograr el armónico desarrollo del lactante, también deberíamos conocer hasta qué punto el contingente de lactantes pertenecientes a la clase trabajadora de Madrid, que sin duda representa la clase social numéricamente mayoritaria para una población estratificada como lo está la de la capital de España, se ve favorecido por los conocimientos de la dietética pediátrica, por las repercusiones médico-sociales que implica, al ser parte integrante de la sanidad infantil de un país.

La encuesta se realizó en 240 niños de 0-12 meses de edad (20 niños por cada mes de edad) durante el periodo comprendido entre enero y agosto de 1965. Los resultados se ajustaron a la alimentación láctea y la alimentación complementaria.

Como resumen de los resultados obtenidos, se consignan los aspectos más interesantes desde el punto de vista sanitario-social:

1. La lactancia natural fue utilizada durante muy poco tiempo (1-2 meses) y no con óptimos resultados.
2. La alimentación a base de leche condensada azucarada fue muy empleada, y con resultados muy limitados.
3. La introducción de la alimentación complementaria se hizo, en general, con resultados satisfactorios.
4. La vitamina D sólo se había proporcionado al 20% de los niños encuestados.

¿Es la lactancia natural la alimentación óptima en los primeros meses de la vida dentro del medio encuestado? Casi todos los libros de pediatría recogen la idea de que la lactancia natural es superior a la artificial, e incluso se ha llegado a afirmar que la lactancia natural tiene todas las ventajas y ningún inconveniente. Sin embargo, la afirmación de que «toda madre es capaz de amamantar a su hijo» no es cierta, y probablemente no lo fue nunca, pues se ha demostrado con suficiente claridad, mediante análisis pertinentes, que en aproximadamente un tercio de las madres inglesas que lactaban, la producción de leche era insuficiente o de escasa calidad para proporcionar una alimentación adecuada al niño.

Por otra parte, Engel, en estudios anatómicos llevados a cabo en mujeres que habían dado a luz recientemente, observó una gran deficiencia del tejido secretorio mamario en el 40,3% de los casos.

Según Hytten, investigador del Departamento de Obstetricia de la Maternidad de Foresterhill (Aberdeen, Escocia), hay dos razones principales que explicarían esta incapacidad para la producción láctea, tan extendida en la especie humana como rara en las especies animales. En primer lugar, no se da en la especie humana una selección natural genética que favorezca la capacidad de lactación, ya que desde los primeros tiempos ha sido para el hombre posible la lactancia mercenaria o la artificial. Cuando un animal mamífero no puede producir leche, las crías son incapaces de sobrevivir, de modo que este rasgo, en caso de que fuera transmisible, ya no se transmitiría a generaciones sucesivas; por el contrario, en la especie humana, cabe la posibilidad de que los niños alimentados sin lactancia natural, al sobrevivir, perpetúen el rasgo. En segundo lugar, y también a diferencia de los animales mamíferos, es frecuente que las mujeres pospongan la gestación hasta mucho después de la madurez sexual, y tanto la secreción láctea como su contenido en lípidos disminuyen a medida que avanza la edad de la madre, con un contenido en grasa inferior al 1%, que no es en absoluto adecuado para la alimentación del lactante.

Este trabajo termina con las siguientes conclusiones:

1. Es necesario vigilar atentamente a todo niño sometido a lactancia natural, pues es problemático que este tipo de alimentación sea suficiente para lograr su desarrollo durante el primer trimestre, como repetidamente se ha afirmado.
2. Los resultados obtenidos sobre el uso de leche condensada azucarada como alimentación de los lactantes en el sector social analizado de Madrid deben hacer pensar en la conveniencia de realizar una labor educadora entre la población potencialmente afectada a este respecto.
3. La introducción de la alimentación complementaria parece constituir en este sector social un factor positivo en la nutrición del lactante.
4. En el 80% de los niños encuestados no se realizaba una profilaxis eficaz sobre el raquitismo.

A continuación, el Dr. Zuil-Martínez, médico de la Escuela de Pediatría y Puericultura de Santander, bajo la dirección del Prof. Guillermo Arce, publicó su trabajo sobre «Inmunobiología en el campo pediátrico». Comienza su trabajo afirmando que se considera el ámbito pediátrico de especial interés para hacer un estudio inmunológico, por cuanto la inmunidad tiene un desarrollo con principio, maduración y, otras veces, extinción.

Sin perjuicio de otras definiciones, la inmunología se considera como la ciencia que trata de la capacidad del organismo para defender su integridad funcional ante agentes externos. Es interesante hacer hincapié en que los microbios no son los únicos agentes externos que causan la enfermedad y muerte, aunque sí los más importantes. Ello llevó al Dr. Zuil-Martínez a reconocer la importancia pediátrica como motivo para hacer este pequeño trabajo, ya que, como sabemos, el recién nacido procede de un medio bacteriológicamente estéril, sin que sus funciones defensivas, por medio de la piel y las mucosas, hayan intervenido en la lucha en pro de su integridad.

Con libre sistematización, el autor agrupó los mecanismos de defensa en tres apartados: a) defensa local de la piel y las mucosas; b) elementos celulares, y c) componentes humorales.

A continuación, el autor se ocupa de la situación en el recién nacido y de la inmunobiología de éste y el lactante, y finaliza con las siguientes conclusiones:

1. Los recién nacidos son inmunológicamente deficientes.
2. El recién nacido, incluso el prematuro, posee una capacidad de respuesta frente a estímulos antigénicos.
3. La causa de que el recién nacido no forme globulinas 7S podría ser la falta de células plasmáticas.
4. La tasa de anticuerpos transferidos influye en la cuantía de la respuesta, sin que ello invalide la eficacia de la vacunación.

La capacidad del niño pequeño para formar anticuerpos tiene un enorme interés práctico.

Aunque el problema no está totalmente resuelto, las recomendaciones sobre los momentos óptimos de vacunación pueden establecerse sobre bases aceptables.

Como ya se sabe, la producción de anticuerpos no sólo depende de la edad, sino de otros muchos factores, como la clase de germen, la naturaleza de las vacunas y, especialmente, la situación inmunológica del receptor.

A título de orientación, el autor transcribe dos de los esquemas más comunes de vacunación (calendarios): el de Christie et al., que mereció la consideración del Control de Enfermedades Infecciosas de la Academia Americana de Pediatría, y el que resumió Debré a raíz de una reunión de expertos en el Centro Internacional de la Infancia.

Calendario de vacunaciones (Christie et al.)

Edad	Inyección de
6 semanas (1 mes si es posible)	0,5 cc de vacuna cuádruple
10 semanas	0,5 cc de vacuna cuádruple
14 semanas	0,5 cc de vacuna cuádruple
2 años	0,5 cc de vacuna cuádruple y vacunación antivariólica
Edad preescolar	0,5 cc de vacuna cuádruple y vacunación antivariólica

Calendario de vacunaciones (Debré)

- Primer año:
 - 1.^{er} mes: BCG, con indicación.
 - 3.^{er} mes: DTC (1.^a inyección).
 - 4.^o mes: DTC (2.^a inyección).
 - 5.^o mes: DTC (3.^a inyección).
 - 6.^o mes: viruela.

- 7.º mes: poliomielitis (1.ª inyección).
- 8.º mes: poliomielitis (2.ª inyección).
- 9.º mes: poliomielitis (3.ª inyección).
- 9.º-12.º mes: compensar un eventual retardo.
- Segundo año:
 - 18.º-20.º mes: DTC (1.º recuerdo).
- Tercer a sexto año:
 - Poliomielitis (1.º recuerdo).
- Séptimo a décimo año:
 - DTC (2.º recuerdo).
 - Poliomielitis (2.º recuerdo).
- Undécimo año:
 - Viruela (revacunación).
- Duodécimo a decimosexto año:
 - BCG, si la tuberculina es negativa.
 - DTC (3.º recuerdo).
 - Poliomielitis (3.º recuerdo).

El Dr. García Martín, de Santander, también de la Escuela de Pediatría y Puericultura de Santander, y bajo la dirección del Prof. Guillermo Arce, se ocupó en este número sobre la «Osteoporosis en la infancia».

Comienza su trabajo afirmando que histológicamente el proceso en virtud del cual se forma la sustancia ósea en el cuerpo recibe el nombre de osteogénesis, u osificación. Para que esto ocurra, es necesaria la formación de unas células especiales de origen mesenquimatoso, denominadas osteoblastos, encargadas de producir o segregar la sustancia intercelular orgánica del hueso.

El autor continúa su estudio con la exposición de diversos aspectos: evolución biológica del tejido óseo, estructura del tejido óseo, fisiología del crecimiento óseo, metabolismo del calcio, absorción digestiva del calcio, histología de la osteoporosis, etiología, patogenia, cuadro clínico, radiología, signos biológicos, aspectos etiológicos particulares (osteogénesis imperfecta prenatal, descrita por Vorlik, Porak y Durante, osteogénesis imperfecta posnatal y tardía, llamada enfermedad de Lobstein, osteogénesis imperfecta, que comienza clínicamente a los 8 o 10 años, y osteogénesis imperfecta adulta, que comienza después de los 18 años y es muy rara), aspectos poco comunes de la osteoporosis de la infancia y tratamiento.

En cuanto a este último aspecto, en todo caso de osteoporosis se debe perseguir un triple objetivo, aparte del tratamiento causal:

1. Remineralizar el esqueleto por altas dosis de calcio.
2. Estimular el anabolismo proteico, por medio de anabolizantes, cinesiterapia, etc.
3. Disminuir la osteolisis de las fases evolutivas mediante estrógenos.

También son importantes el régimen alimentario, los analgésicos, las hormonas, etc. El tratamiento debe acompañarse de masajes y una adecuada terapéutica de movilización, así como

de todas las medidas coadyuvantes, combatiendo las causas favorecedoras o agravantes de la enfermedad.

El Dr. Castejón Lacasa, también de la Escuela de Pediatría y Puericultura de Santander, y bajo la dirección del Prof. Guillermo Arce, publica un novedoso trabajo sobre «Trastornos ginecológicos de la infancia (a propósito de un caso de quiste de ovario)», en el que afirma que los trastornos ginecológicos en la infancia han merecido una atención sorprendentemente exigua en la bibliografía médica.

A propósito de un caso de tumoración de genitales internos, el autor realizará su clínica, describiendo posteriormente las tumoraciones de los órganos genitales, los tumores ováricos, el sarcoma botrioides y la conglutinación de las ninfas, con sus respectivas clínicas, anatomías patológicas y tratamientos.

Creo que este trabajo pone de actualidad las exploraciones que se han de realizar a toda niña en la edad puberal.

A continuación, los Dres. Ruiz Santamaría, puericultor del Estado e inspector médico-escolar, y R. Company, también puericultor del Estado, publican un extenso trabajo sobre «La educación sanitaria-escolar. Su trascendencia en las familias».

La educación sanitaria-escolar, como todo aspecto relevante, exige una larga preparación para poder obtener los mejores resultados. La educación comienza en la cuna, pero el aprendizaje de la educación sanitaria aún debe ser anterior. Debe comenzar en «la formación prematrimonial de los futuros cónyuges», evitando así las angustias y los temores a lo desconocido, que entrañan incertidumbre y misterio, elementos colaboradores de la superchería y, en este caso, pueden actuar sobre el embarazo, el parto, la lactancia, etc., actos todos ellos normales y fisiológicos. Así, los «padres futuros» y presentes podrán comprender la normalidad de estas funciones, ya que, por exceso de inquietud unas veces, o por una «hiperprotección o severidad excesiva» en otras, se originan preocupaciones excesivas y alarmantes que podrían repercutir en la formación del nuevo ser o, por lo menos, en el ambiente familiar, con desequilibrios neuropsíquicos, como reflejo de una herencia excesivamente preocupada bajo el aspecto de una gran ansiedad.

Así como las vivencias infantiles desde la primera infancia originan la personalidad del futuro, también el ambiente familiar, favorable o no, originará las diferentes personalidades de los seres adaptables a la sociedad.

A través de la experiencia –prosiguen los autores– se observa que se relacionan, como una regla de tres, la ignorancia con la miseria y la enfermedad, como la cultura con la riqueza y la salud, por lo que para influir y modelar mejor a nuestros escolares se debe actuar sobre los conceptos de educación sanitaria.

La educación sanitaria es la difusión de los principios sanitarios con la práctica de unas medidas preventivas. Se difunde el concepto de salud relacionado con el aumento de ésta, puesto que siempre puede mejorarse.

Se debe «crear una conciencia sanitaria lo antes posible», o sea, desde la escuela primaria y en función de la edad, para lograr un hábito cuyo convencimiento influirá en la decisión voluntaria de adoptar medidas preventivas de profilaxis que repercutirán en el bienestar de la sociedad, así como en la prevención de los accidentes, la economía familiar, la enseñanza de la puericultura y la orientación profesional.

Estos conocimientos tendrán en cada caso sus características especiales, que dependerán de tres factores primordiales y distintos: a) el maestro; b) el discípulo, y c) el medio ambiente. A través de la familia también se transmitirán normas sobre higiene, educación física, aspectos morales y sociales. Asimismo, se deberían difundir los conceptos de educación sanitaria para prestar una especial atención a los niños limitados en todas sus formas (motora, intelectual, visual, cardíaca, dislálíca, diabética, nerviosa, epiléptica, alérgica...). Éstos deben recibir no sólo una ayuda corporativa o individualizada, sino tam-

bién una atención especial en sus trabajos escolares y sus esparcimientos, colonias escolares, casas de reposo, hospitales infantiles, etc., creadas a tal fin.

La formación sanitaria de las familias deberían impartirla profesionales y técnicos (médicos escolares, especialmente maestros, párrocos, asistentes sociales...) y suscitar la inquietud en los padres por esas materias a las que debería darse un mayor rango, y hasta favorecer su enseñanza con la realización de cursillos, para la mejor dirección de la infancia, así como crear centros educacionales de la adolescencia.

En mi opinión, creo que se ha avanzado mucho en este sentido, aunque en la actualidad queda mucho por mejorar.

Ojalá que con los artículos de «Hace 50 años» de *Acta Pediátrica Española* se pudiera llegar a comprender lo que Séneca afirmaba en sus epístolas: «Sé esclavo del deber, si quieres ser verdaderamente libre». ■