

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

AÑO XXIV ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 274 **SUMARIO DEL NÚMERO DE MARZO DE 1966**

FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

El profesor Laguna

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Educación sanitaria, por el doctor Juan Luis Morales González

Problemas sanitarios de la adolescencia, conferencia del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud

Aminoacidurias en los raquitismos, por el doctor Hipólito González Aparicio

Hipofosfatasa, por el doctor Héctor Escobar Castro

Hace 50 años, en el mes de marzo de 1966, *Acta Pediátrica Española* publicó diversos trabajos doctrinales. El primero de ellos se debió al Dr. Juan Luis Morales González, sobre «Educación sanitaria». El siguiente trabajo, basado en una reunión internacional, trató sobre los «Problemas sanitarios de la adolescencia». En tercer lugar, el trabajo del Dr. Hipólito González Aparicio versó sobre las «Aminoacidurias en los raquitismos». Para terminar, el Dr. Héctor Escobar Castro, de Madrid, recogió en su trabajo sus opiniones sobre la «Hipofosfatasa».

La figura del mes estuvo dedicada al profesor Laguna, de Madrid.

El primer trabajo, sobre «Educación sanitaria», basado en la conferencia que pronunció el propio autor, el Excmo. Sr. D. Juan Luis Morales González, describe la educación sanitaria en diversos países, como la antigua URSS (Rusia), Puerto Rico, Estados Unidos y otros, tanto europeos como americanos, haciendo hincapié en la labor desempeñada en España por las instituciones Amigos del Niño y Gotas de Leche.

El autor cita y describe la experiencia de Leo Bane sobre la educación sanitaria, que evoluciona rápidamente, cuyos trabajos de investigación se han intensificado en estos últimos años. El Dr. Morales confirma posteriormente la importancia del farmacéutico en la educación sanitaria, destacando la frase del Dr. Loison (director de la Sección de Salud de Nueva Caledonia): «los médicos no están preparados para la labor sanitaria, pues tienen una terminología profesional, lo cual es absurdo». Y concluye: «El médico, en general, considera la medicina preventiva y la higiene como secundarias, y lo mismo la educación sanitaria».

Por otra parte, Wilson Hayne postula en su trabajo que la formación en educación sanitaria exige el estudio de múltiples

cuestiones, en especial las del trabajo en equipo (que no se olvide esta idea archisabida, pero no practicada), sobre cuyo valor, si colabora el técnico de la salud y el personal docente, no se insistirá lo bastante.

Finaliza el Dr. Morales con esta afirmación: «Pero qué duda cabe que si los médicos todos colaboramos en las empresas a las que hay la obligación moral y técnica de prestarles ayuda, el logro de la salud integral de nuestra querida patria podrá ser alcanzada en no lejano plazo. Que así sea es lo que pedimos a Dios fervientemente en bien de todos».

A continuación se incluye un amplio artículo sobre «Problemas sanitarios de la adolescencia», basado en la conferencia que tuvo lugar en Ginebra, del 3 al 9 de noviembre de 1964, por parte de un Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud.

En el artículo se comienza afirmando que la transición de la infancia a la adolescencia es un periodo de considerable tensión física y psicológica. El rápido crecimiento y desarrollo del organismo del individuo coincide con la búsqueda del conocimiento de sí mismo, un nuevo concepto de la sociedad, el despertar del interés por el sexo y la asunción de responsabilidades personales.

Continúa esta conferencia abordando el crecimiento y desarrollo en la adolescencia, con sus aspectos físicos, mentales y emocionales, para pasar a la relación entre la adolescencia y la enfermedad. Cuando se presentan en la adolescencia algunas enfermedades, éstas pueden modificar considerablemente sus características. Así, si la diabetes mellitus se presenta en la adolescencia, se desarrolla rápidamente, tendiendo a ser completa y manifestando una gran inestabilidad; asimismo, por ejemplo, las características de la epilepsia cambian profundamente en la adolescencia.

Los adolescentes impedidos —ciegos, sordos y retrasados mentales— necesitan una asistencia mucho mayor que la que en general se les proporciona.

La educación sanitaria del niño es el modo más eficaz de poner coto a la elevada incidencia, en constante aumento, de las enfermedades venéreas de los adolescentes. Ello permite el desarrollo temprano de una actitud sana frente a las cuestiones sexuales, para lo cual es preciso instruir también a los padres respecto a la buena crianza de sus hijos. También conviene mejorar los métodos epidemiológicos en materia de venereología.

El texto de la conferencia prosigue con la relación entre el adolescente y la sociedad. En su deseo de asegurar su propia identidad y de independizarse, el adolescente procura con frecuencia incorporarse a un grupo extrafamiliar. Si se trata de un grupo constructivo, sus actitudes tenderán a ser más sanas, mientras que si es un grupo marginal, es probable que los intereses del joven adquieran un carácter antisocial. Los movimientos juveniles han desplegado una labor valiosa en cuanto a la provisión de grupos constructivos adecuados, y sus actividades requieren un apoyo continuo.

La adolescencia constituye un periodo de interrogaciones. Se examinan las premisas básicas de la sociedad y a menudo se hallan defectuosas. El adolescente está con frecuencia descontento de lo que considera como imperfecciones del mundo que han creado las generaciones anteriores. El cultivo de este interés del adolescente por el perfeccionamiento humano y su canalización en una acción constructiva deben ser objetivos primordiales de los padres, los maestros y todos los adultos interesados en el bienestar de los jóvenes.

A continuación, el Dr. González Aparicio publica su trabajo sobre las «Aminoacidurias en los raquitismos». Comienza afirmando que el metabolismo de los aminoácidos se encuentra tan finamente ajustado que, a pesar de los continuados y posibles cambios metabólicos que acontecen en el organismo infantil, sólo muy pequeñas cantidades de aquéllos aparecen en la orina. No obstante, existen algunas afecciones en que, por alteración de dicho metabolismo o de los órganos excretores, aparecen aminoácidos en la orina en número y cantidad superiores a los normales. Se constituye así una hiperaminoaciduria, cuyo valor clínico se considera cada vez mayor, en cuanto puede ser imprescindible para el diagnóstico de algunas afecciones.

El autor continúa en su artículo hablando del origen de la aminoaciduria, y afirma que genéticamente las aminoacidurias determinadas pueden dividirse en tres grupos:

1. Ausencia de una enzima necesaria para la degradación de un ácido aminado específico.
2. Un defecto de túbulos renales no permite la reabsorción de un aminoácido, un grupo de ellos o todos los aminoácidos.
3. Aminoácidos en que la acumulación de una sustancia tóxica provoca la lesión de los túbulos renales e impide así su reabsorción.

Cruz Hernández clasifica las numerosas aminoacidurias conocidas hoy (1966), según su patogenia, en dos tipos básicos: prerrenal y de mecanismo renal.

El papel semicuantitativo cromatográfico permite una suficiente y justa determinación de los aminoácidos en la orina.

Continúa el Dr. González Aparicio hablando de la aminoaciduria en el raquitismo: a la vista de los resultados obtenidos por algunos autores, se puede afirmar la existencia de una aminoaciduria en los niños afectados de raquitismos por déficit de vitamina D.

La aminoaciduria de tipo renal está caracterizada por la eliminación de cistina, lisina, arginina y otros aminoácidos comunes.

En el cuarto apartado de su trabajo, el autor se refiere a la aminoaciduria y el raquitismo vitamínico D resistente, basándose en el síndrome de Fanconi.

Para sustentar la hipótesis de que la hiperaminoaciduria del raquitismo no se debe a una insuficiencia tubular renal, sino a un trastorno generalizado del metabolismo intracelular de los aminoácidos, Herpol ha investigado la liberación intracelular del músculo de dos niños raquícticos. Se observa una elevación porcentual de la taurina, a expensas de la lisina y la alanina principalmente. Este autor no es de la opinión de que esto pueda deberse a un cambio compensatorio causado por la depleción de fosfatos en orden a mantener el equilibrio electroosmótico. Nada se conoce acerca de los niveles absolutos de aminoácidos, por lo que esta interpretación depende ampliamente de la analogía con el reemplazamiento por lisina en la depleción potásica.

Para finalizar este número de *Acta Pediátrica*, el Dr. Escobar publicó un artículo sobre la «Hipopofosfatasa», en el que comienza afirmando que ésta es una displasia ósea congénita irreversible, caracterizada por una deficiencia de la fosfatasa alcalina en los tejidos y en el suero, anomalías esqueléticas parecidas a las del raquitismo en los niños y osteomalacia en los adultos, desarrollo defectuoso de los dientes, hipercalcemia y lesiones renales, y hallazgos de un monoéster fosfórico anormal en la orina y en el plasma, la fosfoetanolamina.

En las referencias históricas, el autor menciona simplemente a varios autores: Rathbun, Huhne, Kubatsh, Anspach, Macey, Sobel, Clark, Robinow, Fox, Fraser, Yendt, Mccance, Camb, Morrison, Belf, Christie, Engfeld, Zetterstrom, Schlesinger, Luder, Bodian, Fischer, Neill, Seaglione, Lucey, De Toni, Durand, Kretchmer, Stone, Bauer, Rosenthal, Bonting, Hogan, Pirani, Mcdonald, Robinson, Wanklin, Kellsey y Danville.

En cuanto a la genética, la enfermedad es transmitida como rasgo recesivo autosómico, lo que implica que en todos los casos ambos progenitores han de ser portadores heterocigotos de la enfermedad. Dos tercios de los hermanos clínicamente normales deben ser heterocigotos, y un 50% presentará concentraciones bajas de fosfatasa del suero.

En cuanto a la clasificación, algunos autores, atendiendo al momento en que se inician los síntomas de la enfermedad, distinguen dos formas clínicas: una forma precoz y otra tardía. A ellas pueden agregarse otras formas más raras, como la del adulto y la del recién nacido, esta última bien individualizada por Currarino.

Kellsey elabora una tabla con los tipos clínicos (leve, moderadamente grave y grave) y los tipos y aspectos patológicos de la enfermedad (prenatal, grave, moderadamente grave, leve, tipo del adulto).

Respecto a la fisiopatología, considera que las anomalías del sistema óseo se deben a las causas siguientes:

- Defecto de la calcificación en las zonas de osificación periódicas, membranosa y endocondral.
- Trastorno metabólico del hueso primario.
- Retraso del crecimiento óseo, demostrable por el tamaño pequeño de la bóveda craneal.

No existe un tratamiento generalmente aceptado para esta afección. Se han ensayado la hormona del crecimiento, la tirodina, el ácido ascórbico y la vitamina D, sin obtener resultados satisfactorios. En la actualidad (1966) el uso de ACTH y cortisona son más esperanzadores, ya que estas hormonas disminuirían la absorción cálcica intestinal y la acción de las fosfatasas.

Finaliza este número de la revista con un artículo reproducido, «Riesgos operatorios de la pilorotomía», en cuyo sumario se resalta la importancia de la indicación perentoria y la prontitud de una adecuada preparación pre/postoperatoria.

Con esta sección de «Hace 50 años» espero alcanzar lo que dijo Ovidio: «No comiences una cosa o condúcela a buen fin». No dudo que esta sección llegue a buen fin para todos los pediatras recordando lo que sucedía hace 50 años. ■