

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

**AÑO XXVII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 312****SUMARIO DEL NÚMERO DE MAYO DE 1969****FIGURA DE LA PEDIATRÍA***El Dr. Suárez Perdiguero***ARTÍCULOS ORIGINALES***Trabajos doctrinales y casos clínicos**Mediciones de laboratorio y parámetros en la patología del estado ácido-base, por el doctor Andrés Olivé Badosa**Accidentes pediátricos en el hogar, por los doctores María Jesús Suescum y Ferrer Masip**Una nueva posibilidad terapéutica de la tuberculosis del niño, por el doctor Andrés González Meneses**Historia clínica comentada del niño intervenido, por el doctor Joaquín Checa**Crónica en homenaje al Dr. Suárez Perdiguero, por el doctor A. Arbelo*

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicó, en el mes de mayo de 1969, diversos trabajos originales y casos clínicos.

El primero de ellos se debió al Dr. Andrés Olivé Badosa, médico pediatra del Hospital de la Santa Cruz de San Pablo de Barcelona, que trató las «Mediciones de laboratorio y parámetros en la patología del estado ácido-base». El segundo trabajo, sobre los «Accidentes pediátricos en el hogar», lo realizaron los Dres. María Jesús Suescum y Ferrer Masip. A continuación, el Dr. Andrés González Meneses, de Sevilla, redactó su trabajo «Una nueva posibilidad terapéutica de la tuberculosis del niño». El Dr. Joaquín Checa, jefe adjunto de patología quirúrgica del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria, llevó a cabo un artículo sobre la «Historia clínica comentada del niño intervenido». Por último, se publicó una crónica en homenaje al Dr. Suárez Perdiguero por parte del Dr. A. Arbelo.

La figura de la pediatría de este mes estuvo dedicada al Dr. M. Suárez Perdiguero, catedrático de Pediatría y Decano de la Facultad de Medicina de Sevilla, presidente de la Asociación de Peditras Españoles y presidente de la Asociación de Peditras de Naciones Latinas.

El Dr. Olivé Badosa comenzó su trabajo sobre las mediciones de laboratorio y parámetros en la patología del estado ácido-base afirmando que, en el estudio de la deshidratación del lactante, y en particular los desequilibrios del estado ácido-base, el pediatra se guía por el laboratorio que le proporciona en cada momento la situación metabólica.

En los últimos años —destacó el autor—, el laboratorio ha experimentado grandes cambios más técnicos que conceptuales, gracias a un instrumental más ágil y preciso. Las técnicas antiguas e imprecisas han sido sustituidas por otras más exactas y fáciles de ejecutar, llegando a un grado de automatismo con

el empleo de los modernos computadores electrónicos, manejables por cualquier subalterno, lo que representa un extraordinario progreso que se traduce en los resultados terapéuticos.

Pero la facilitación técnica entraña el peligro de convertir las nuevas generaciones médicas en meros ejecutantes, con la consiguiente desvinculación de las bases teóricas y fundamentales, que deben conocer todos los médicos que se precien.

En este trabajo, el Dr. Olivé Badosa expone una breve panorámica de los parámetros utilizados en la patología del estado ácido-base, considerados tanto individualmente como agrupados en constelaciones analíticas, comenzando por los más antiguos o clásicos, en cuanto que fundamento de los más modernos, que en último término no son más que modificaciones de aquéllos. Va describiendo el bicarbonato en general, exponiendo los siguientes aspectos:

1. Contenido total de  $\text{CO}_2$ .
2. Poder de combinación del plasma con el  $\text{CO}_2$ .
3. Capacidad del plasma para el  $\text{CO}_2$ .

Con respecto al contenido total de  $\text{CO}_2$ , por tratarse de una medición indirecta, no indica el bicarbonato estricto, pero sí el admitido en el sentido corriente que se utiliza en clínica, con su pequeño margen de error. El bicarbonato estricto será el resultado de restar al contenido total la pequeña fracción del ácido carbónico.

Continúa el autor con el valor equivoco del contenido tomado aisladamente, así como el poder de combinación del plasma con el  $\text{CO}_2$  o reserva alcalina.

Van Slyke y Cullen afirman que la medicina de la reserva alcalina se hace con una técnica inexacta y poco precisa, por lo que el resultado es poco confiable.

Aunque, al margen de la imprecisión, la reserva alcalina es un dato útil para conocer la magnitud de una acidosis o alcalosis metabólicas, no proporciona ninguna información sobre las variaciones respiratorias (ni primitivas ni de compensación).

Este extenso trabajo diserta sobre la capacidad del plasma para el  $\text{CO}_2$ , como diferencia fundamental= plasma verdadero y plasma separado.

El Dr. Olivé Badosa describe también los valores normales, los valores en circunstancias patológicas, el contenido y la capacidad de los trastornos metabólicos puros, el contenido y la capacidad en los trastornos respiratorios, el bicarbonato actual y el estándar, y la base Exces que modernamente se traduce como un nuevo parámetro de gran interés diagnóstico y terapéutico (medición de soluciones correctoras).

Posteriormente, desarrolla otros aspectos, como la base Puffer, o base tampón, así como el pH con sus cifras normales y su conjugación con el contenido total de  $\text{CO}_2$  y el bicarbonato, la relación bicarbonato-ácido carbónico, las nociones sobre la  $\text{PCO}_2$  con su significación y limitaciones, y los parámetros de la orina, entre otros.

Para finalizar, comenta la técnica de Astrup y el nomograma de Siggaard Andersen.

Con todos estos datos se obtiene el diagnóstico de acidosis o alcalosis, el tipo metabólico o respiratorio y su intensidad, la deducción terapéutica mediante la fluidoterapia dirigida, el control clínico y terapéutico, y el control de la normalización humoral.

En el segundo trabajo, los Dres. Suescum y Ferrer Masip tratan los accidentes pediátricos en el hogar. Comienzan afirmando que, en los últimos años, en la mayor parte de los congresos pediátricos, algunas de las ponencias tienen como tema los accidentes infantiles, debido a que, en el continuo avance de la medicina, se han logrado resultados espectaculares en la lucha contra determinadas enfermedades que venían produciendo con anterioridad un elevado porcentaje de muertes entre la población infantil. Al descender la morbilidad y la mortalidad causadas por estos procesos, que constituían verdaderas plagas para el niño, se hace más patente una mayor morbilidad y mortalidad provocadas por los accidentes, que han escalado los primeros puestos de las estadísticas como causa de muerte o de lesiones graves en los niños.

El Grupo Consultivo sobre Prevención de los Accidentes de la Infancia, que se reunió del 4 al 8 de julio de 1956, definió los accidentes como «todo suceso fortuito del que resulta una lesión reconocible».

Los autores consideran que sobre el niño influyen una serie de factores que, esencialmente, se pueden resumir en los siguientes:

- Convivencia familiar.
- Escuela.
- Perimundo que le rodea.
- Lo imprevisto.

Posteriormente, describen los accidentes asociados a la edad en diversos periodos:

- Lactancia y primera infancia. Las causas principales de los accidentes son: traumatismos, quemaduras, intoxicaciones, asfixia e introducción de cuerpos extraños en los orificios corporales.
- Edad escolar. En esta etapa los hechos más importantes se derivan del desarrollo de la personalidad en el niño y de la ampliación de su círculo.
- Adolescencia. Aparecen en esta etapa los primeros problemas familiares, escolares, etc., y empieza a contemplarse la muerte por suicidio, que en Nueva York ocupaba entonces el decimotercer lugar como causa de muerte entre los niños de 10-14 años de edad.

En resumen, los autores estudian los accidentes infantiles en el hogar, las causas de accidentes en las tres grandes etapas iniciales de la vida, proporcionan medidas profilácticas encaminadas a disminuir la cantidad de accidentes en cada una de ellas, y consideran la correcta educación un eje fundamental como medida profiláctica decisiva para evitar accidentes en la edad escolar y el suicidio juvenil.

En el tercer trabajo, del Dr. González Meneses, sobre la investigación de una nueva posibilidad terapéutica de la tuberculosis del niño, el autor saca las siguientes conclusiones:

1. El etambutol es un medicamento que debería entrar en la terapéutica tuberculosa en un puesto situado al nivel de la etionomida y por encima de la estreptomina, aunque no más eficaz que la isoniazida.
2. En dosis terapéuticas de 15 mg/kg/día, en la serie presentada no se encontraron efectos tóxicos sobre el sistema óptico.
3. Puede usarse en combinaciones con la isoniazida como tratamiento inicial conjunto de la tuberculosis infantil.
4. Todos los niños tratados siguieron una terapéutica de 6 meses a 1 año con isoniazida sola.

El último trabajo corrió a cargo del Dr. Checa sobre la historia clínica comentada del niño intervenido. En él presenta el caso de una niña con un bulto duro en el abdomen izquierdo del tamaño de una naranja. La niña nunca se había quejado de él y a la madre tampoco le había llamado la atención hasta el momento de la consulta.

Al día siguiente de observar la tumoración abdominal fue visitada por el médico de cabecera, quien le practicó una cutirreacción que resultó negativa. También se le realizaron otras pruebas, como un enema opaco y un urograma.

En el urograma se apreciaba una imagen pielocaliciar derecha normal, pero en el abdomen izquierdo se observaba una discreta hidronefrosis.

Se dio de alta a la paciente a los 9 días de la operación, cuyo examen histológico correspondía a un ganglioneuroma, tumor benigno derivado de las células del sistema nervioso simpático.

El autor acaba su presentación con una nota original sobre la evolución de esta niña.

Queremos finalizar esta sección recordando la frase de William Rowley, escritor inglés del siglo XVII, quien afirmaba que «la desgracia más grande halla al fin consuelo».