

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

AÑO XVII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 198

SUMARIO DEL NÚMERO DE JUNIO DE 1959

FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

El profesor Cruz-Hernández, de Cádiz

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Urgencias pediátricas, por el doctor Carlos Sáinz de los Terreros

Abdomen agudo, por los doctores Matos y Cornejo

Hemorragias digestivas en el niño, por los doctores Donadeu, Matos y Velasco

Comas metabólicos, por los doctores C. Vázquez y O. Valtueña

Síndrome obstructivo congénito, por los doctores Taracena y Trápaga

Obstrucción digestiva congénita, por el doctor Agra Cadarso

Conclusiones

El apetito como factor vital en el adulto, por el doctor Manuel V. Peña

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicaba en el mes de junio de 1959 las ponencias del I Congreso Médico Nacional de la Cruz Roja Española sobre Urgencias Pediátricas. Posteriormente, se publicó el trabajo original «El apetito como factor vital en el adulto», por el Dr. Manuel V Peña. El número concluyó con un artículo sobre la pediatría en la prensa extranjera.

La figura del mes estuvo dedicada al Prof. Cruz Hernández, catedrático de medicina en Cádiz.

En la ponencia y el coloquio número 10 del I Congreso Nacional de Pediatría de la Cruz Roja Española sobre Urgencias Pediátricas, dirigido por el Dr. Carlos Sáinz de los Terreros, se discutieron diversos temas. El mismo Dr. Sáinz de los Terreros inició el congreso con una intervención sobre «Urgencias pediátricas», a la que siguieron la de los Dres. Matos y Cornejo, «Abdomen agudo», la de los Dres. Donadeu, Matos y Velasco sobre «Hemorragias digestivas en el niño», la de los Dres. Vázquez y Valtueña, que disertaron sobre «Comas metabólicos», la de los Dres. Taracena y Trápaga sobre el «Síndrome obstructivo congénito» y, por último, la intervención del Dr. Agra Cadarso sobre «Obstrucción digestiva congénita».

El I Congreso Nacional de Pediatría terminó con el planteamiento de la siguiente cuestión: ¿qué conclusiones pueden obtenerse de lo que antecede? Se respondió a esta pregunta estableciendo doce conclusiones relevantes:

1. El número de «urgencias pediátricas» es considerable. De 2.902 niños hospitalizados se han totalizado —sólo de afec-

ciones correspondientes (la mayoría) a parte del aparato digestivo y de la nutrición— 315 pacientes, ingresados en el Pabellón Infantil del Hospital Central de la Cruz Roja.

2. Lo que antecede muestra de una manera clara que en este servicio del hospital se cumplen fielmente las directrices de la Cruz Roja, concediendo una buena parte de la atención asistencial, si no la mayor, a los fines específicos de dicha institución, sin transformar el citado pabellón infantil en una clínica pediátrica de *usus communis*.
3. Desgraciadamente, falta aún mucho camino que andar «fuera del hospital» para que lleguen a él los pequeños pacientes con una aproximación exigible —dado el estado actual de la preparación profesional— al diagnóstico verdadero. Resulta ciertamente lamentable que lleguen a las salas del pabellón numerosos niños sin diagnosticar o con diagnósticos de presunción (por no ser duros en el apelativo y calificarlos como «diagnósticos de comodidad»).
4. Las afecciones congénitas del tubo digestivo exigen, por una parte, el diagnóstico más precoz posible, y por otra, la existencia dentro del pabellón infantil de un cirujano y un equipo especializado en cirugía infantil. Al mismo tiempo, es imprescindible disponer en el hospital de personal auxiliar y de instrumental especializados.
5. La casuística más numerosa en las urgencias pediátricas corresponde al área abdominal, pues de los 2.902 pacientes registrados, ésta alcanza la cifra de 225. En este apartado resalta más lo apuntado en la conclusión tercera, ya que sólo en el 32% de los casos se ha confirmado el diagnóstico de «abdomen agudo».

6. Cabe resaltar el excelente porcentaje de curaciones en los casos de hemorragias, que alcanza el 95% de los casos ingresados en el hospital.
7. El porcentaje de pacientes comatosos ingresados en el pabellón es muy reducido (1%), si bien se debe considerar que quedan excluidos todos los casos de coma no metabólicos (traumáticos, neurológicos, etc.), que figuran en el censo de las especialidades correspondientes.
8. En la variedad de síndrome obstructivo congénito (atresia de esófago) se han recogido 7 casos, en los que la mortalidad ha alcanzado la elevada cifra del 85,7%. Debe hacerse constar, en descargo de esa aterradora proporción, que en esta afección la intervención tiene que ser muy precoz, lo que no fue posible en esos pacientes porque su ingreso en el hospital fue muy tardío (en algún caso, incluso al sexto día del nacimiento).
9. Merece una mención especial la gran frecuencia de hernias de hiato esofágico (22 casos), aunque su estudio no figure en esta ponencia.
10. De los 8 casos de estenosis hipertrófica de píloro han sido operados 6, uno tratado médicamente y otro en el que no se pudo efectuar ningún tratamiento, ni médico ni quirúrgico. El número de observaciones fue de 0,27 de la casuística total (la referente a los ingresados en el pabellón), y el de resultados obtenidos es de 5 curados, 1 mejorado y 2 fallecidos, lo que en su cociente particular supone un 62,5% de curaciones, un 12,5% de mejorías y un 25% de defunciones.
11. Del síndrome de obstrucción digestiva congénita (intestino en toda su extensión) destaca lo siguiente: variedad de atresia y estenosis duodenal, con duodenoyeyunostomía, un 75% de curaciones y un 25% de mortalidad. Interesa destacar la presentación de hidramnios en la totalidad de los casos, la prematuridad y el hecho de que los padres tuvieran una edad mediana en la mayoría de los casos. En la variedad de atresia íleo-yeyunal, con resección mediante anastomosis intestinal, se han podido recoger también los datos de hidramnios y prematuridad, seguidos del fallecimiento de los dos casos ingresados en el pabellón.
12. En las malformaciones anorrectales, con un total de 7 casos observados con edades comprendidas entre 1 y 3 días, todos varones, se logró tras la intervención la curación en el 57,2% de los casos, y hubo una mortalidad del 42,8%.

En el apartado de conclusiones generales se terminó afirmando que las urgencias pediátricas son muy numerosas, y en una gran mayoría su terapéutica es quirúrgica, por lo que se impone el establecimiento de un equipo quirúrgico especializado, dotado de instrumental *ad hoc*. Los resultados globales en los casos tratados, pese a su gravedad y su tardía llegada al hospital, pueden considerarse como satisfactorios.

A continuación el Dr. Manuel V. Peña, de la Coruña, habló sobre «El apetito como factor vital en el adulto». El autor expresó su agradecimiento a D. José Luis Puente Domínguez, catedrático de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela, y a su centro de investigación del Consejo Superior de Investigaciones Científicas; al Instituto de Higiene de la Coruña; al Prof. D. Ramiro Sánchez Calvo, auxiliar de la Cátedra de Fisiología de la Facultad de Medicina; al inspector provincial del SOE y al director del Ambulatorio de la Plaza de Vigo de la Coruña, así como al laboratorio de análisis y hematología del Dr. D. Vicente Goyanes, que pusieron sus conocimientos y sus instalaciones a disposición del autor, sin cuya colaboración, afirmó, no hubiera sido posible este trabajo.

El autor va examinando en su trabajo los centros vegetativos corticales del apetito, para exponer a continuación sus experiencias clínicas de una forma extensa y pormenorizada, y terminar con las siguientes conclusiones:

1. El apetito es uno de los factores fundamentales que expresan la vitalidad del hombre.
2. Puede afirmarse la existencia de dos centros hipotalámicos que regulan las ingestiones.
3. El córtex cerebral influye sobre los centros citados, especialmente en el sentido discriminativo.
4. El efecto beneficioso del T-OM sobre el apetito es evidente en el 90-95% de los casos estudiados.
5. Este efecto se presenta entre los días 14 y 22, después del inicio del tratamiento, en el 87% de los pacientes.
6. Los efectos favorables sobre el apetito duran más de 12 semanas (en el 95,37% de los casos) después de suprimir el T-OM. El efecto, por tanto, es persistente y no condicionado su uso indefinido.
7. La curva ponderal, el cuadro hemático, las proteínas plasmáticas, etc., se modifican profunda y favorablemente.
8. El T-OM parece ser capaz de neutralizar el efecto anorexizante de las anfetaminas y oxacinas.
9. El T-OM debe emplearse en el curso de las afecciones intercurrentes y en las crónicas, porque modifica favorablemente el estado inmunobiológico del paciente.
10. El factor sugestivo no interviene en el mecanismo terapéutico del T-OM.
11. La acción del T-OM no puede ser explicada satisfactoriamente por la acción de cada uno de sus componentes; tal es la evidencia de su acción.

Este I Congreso sobre Urgencias Pediátricas me recuerda la frase de Celso en su tratado *De re medica*: «El ocio debilita el cuerpo; el trabajo lo refuerza. Aquél produce una rápida vejez y éste una larga juventud».

Las urgencias pediátricas necesitan esfuerzo en el trabajo y agilidad. Todas las personas que han tenido que trabajar en esta importantísima parte de la pediatría serán siempre jóvenes, como nos recuerda el poeta lírico latino hacia el año 150 d.C. ■■■