

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

AÑO XVI ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 192

SUMARIO DEL NÚMERO DE DICIEMBRE DE 1958

FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

El doctor Luis Manchado, de Las Palmas

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

¿Qué pasa en el mundo con la mortalidad infantil?, por el doctor M. Blanco Otero

El niño y sus circunstancias, por el doctor J. de Cárdenas

«Los fines de semana», «los puentes» y «las excursiones en días festivos», por el doctor Pérez-Albert

Desnutrición maligna en el niño pequeño, por el doctor José Antonio de Paz Garnelo

Hace 50 años, en el mes de diciembre de 1958, *Acta Pediátrica Española* publicó los siguientes trabajos y notas clínicas:

El primero de ellos, se debió al Dr. Manuel Blanco Otero, que trataba sobre «¿Qué pasa en el mundo con la mortalidad infantil?».

A continuación, el Dr. Jaime Cárdenas y Pastor realizó el Curso inaugural del Curso de la Sociedad de Pediatría de Madrid, que publicó en esta Revista, sobre «El niño y sus circunstancias».

De una forma original (de actualidad en 2008), el Dr. Pérez Albert, de Zaragoza, escribió en Crónicas «Los fines de semana, los puentes y las excursiones en días festivos».

Terminó este número con un resumen moderadamente reducido de la tesis doctoral del Dr. José Antonio de Paz Garnelo, sobre «Desnutrición maligna en el niño pequeño».

En el primer trabajo, el Dr. Manuel Blanco Otero, comienza: El siglo xx, siglo del niño. Se ha dicho reiteradamente que el siglo xx sería (y lo será) «el siglo del niño». La mayor preocupación de todos los países por sus niños, a través de sus organizaciones sociosanitarias, recoge el mismo modo de pensar de la población en general sobre la vida del niño (tan sagrada y respetable), y se trasluce de un modo evidente por las estadísticas que todos los países cultos o —como ahora se dice— desarrollados, e incluso los subdesarrollados, obtienen, lo cual demuestra el sinnúmero de vidas infantiles salvadas de una muerte segura. Es cierto que todavía quedan en el mundo países en los que la mortalidad es espantosa (hasta 500 por 1.000 nacidos vivos), y que muchos de ellos carecen de la más elemental organización demográfica (ignorando los que nacen y los que mueren), por lo que se ven imposibilitados de proporcionar datos a la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En primer lugar, el autor muestra la gráfica de mortalidad infantil en España, con su favorable evolución en lo que va de siglo, descendiendo la tasa desde 186 a sólo 47, con sus dos grandes inflexiones correspondientes a la epidemia gripal de 1918 y a la guerra y posguerra civil. Se advierte el casi vertical descenso, a partir de esta fecha, que significó un 75% de mejora (figura 1 y tablas 1 y 2).

Las gráficas expresan la mortalidad infantil en parte de Europa, Asia, Oceanía y América. Sólo figuran los países que remiten datos oficiales, lo que revela grandes diferencias en lo que a mortalidad infantil se refiere (figuras 2-4).

Checoslovaquia.....	72,7%
Escocia.....	62,4%
Suecia.....	61,4%
España.....	61,3%
Finlandia.....	61,2%
Dinamarca.....	61%
Reino Unido.....	57,2%
Italia.....	54,2%
Holanda.....	50%
Austria.....	50%
Luxemburgo.....	49,4%
Irlanda.....	49,3%
Francia.....	47,9%
Bélgica.....	44,6%
Bulgaria.....	43,9%
Suiza.....	42,3%
Portugal e islas	36,4%

Porcentaje de descenso de la mortalidad infantil entre el trienio 1936-1938 y el año 1956

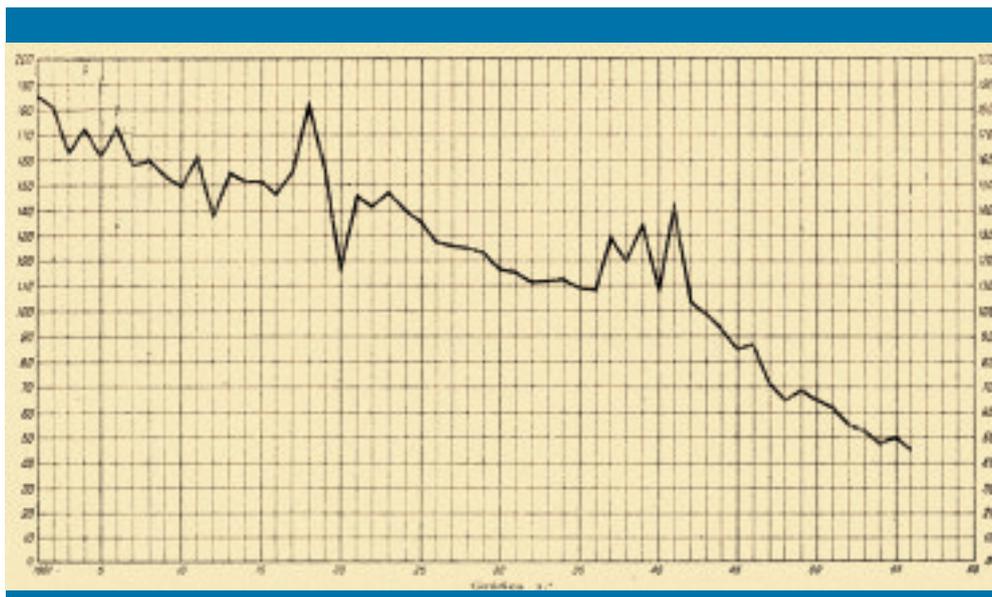


Figura 1

Respecto a la evolución de la mortalidad infantil, aparte de las tasas antes citadas, referidas a un solo año (1956), es muy interesante estudiar el curso que ésta ha seguido en los últimos años. Para ello, basándose en datos obtenidos del Rapport Epidémiologique et Démographique, de la OMS, el autor confeccionó los siguientes gráficos, que revelan, mejor que las palabras, el descenso experimentado (que expresa en porcentajes), como resultado de comparar el trienio 1936-1938 con el año 1956 (tabla 3 y figura 5).

En todo caso, el estudio de estos 20 años demuestra el gran progreso experimentado en la lucha contra la mortalidad infantil en el mundo, y esperamos que con la cooperación internacional de organismos como la UNICEF y la ONU se logre acercar las tasas de los países higiénicamente retrasados a la de los países más avanzados, para que el siglo xx sea de verdad, en todo el mundo, «el siglo del niño».

El Dr. Jaime de Cárdenas y Pastor fue el que dictó el Discurso inaugural en Madrid del Curso de la Sociedad de Pediatría, 1958-1959, sobre «El niño y sus circunstancias», y realizó de una forma pormenorizada los siguientes comentarios:

- La circunstancia alimenticia.
- La circunstancia infecciosa.
- La circunstancia del medio ambiente.
- La circunstancia climática.
- La circunstancia traumática.
- La circunstancia congénita.

El autor va desarrollando de una forma magistral cada uno de estos puntos, con la problemática que representan en el año 1958.

El Dr. Pérez Albert, en el año 1958 (repito), expone su trabajo como hubiera podido realizar unas «crónicas» sobre «Los fines

de semana, los puentes y las excursiones en días festivos» de hoy en día.

Comenzaba diciendo que un catedrático en Patología General, que además de profesor era un verdadero maestro (se refería al inolvidable Dr. D. Félix Cerrada), les enseñaba muchas otras cosas paramédicas muy prácticas, y comentaba que una de ellas era la frecuencia con que los enfermos de sus salas del hospital se encontraban peor todos los lunes, debido, decía él, a las visitas de familiares y amigos los domingos por la tarde, no tanto por el mareo y la conversación como por la profusión de comestibles, que en forma de ensaimadas, bollos, naranjas, pasteles, magdalenas, chocolate, etc., les llevaban como obsequio, y que la mayoría de las veces daban clandestinamente, sin pasar por el control de la hermana de la sala para que ésta pudiera dosificar, tanto la cantidad, como, sobre todo, la calidad, según la enfermedad y el régimen consiguiente del paciente.

El autor comenta de una forma oportuna lo que les pasa a los niños cuando están, por ejemplo, en la playa, abusando del sol por el sistema de la croqueta; en la playa y después en las piscinas, los fines de semana, los puentes y las excursiones de domingo, incontroladas y hechas sin método, que con sus muy discutibles ventajas y sus grandes inconvenientes han originado cuadros morbosos.

El síndrome es variado; unas veces recae en niños predispuestos a enfermar, y otras en niños prácticamente sanos; pero repetida la causa por un diagnóstico despistado, o por repetición de la misma, vuelven a estar enfermos.

Le da pena, escribe, verdadera pena y agobio, ver a esas familias, más o menos temprano (más bien menos, cuando ya el sol pica), contentos y satisfechos, cargados con los utensilios

TABLA 1

Mortalidad infantil en el mundo* (<1 año por 1.000 nacidos vivos; año 1956)

África	
Argelia**	90
Egipto (1954)	172
América	
Canadá (sin Yukon y NO)	31
Chile	117
Estados Unidos	26
México (1955)	81
Perú	66
El Salvador	71
Uruguay (capital, 1955)	38
Asia	
Ceilán (1955)	71
Chipre	32
Israel	40
Japón	41
Filipinas (capital)	74
Tailandia (capital, 1955)	60
Europa	
Alemania	
Berlín Oeste	43
República Democrática	46
República Federal	38
Austria	44
Bélgica	46
Bulgaria (1955)	82
Dinamarca	25
Escocia	29
España ^a	46
Finlandia	26
Francia	36
Grecia	39
Holanda	19
Hungría	59
Inglaterra	24
Irlanda	36
Italia	48
Luxemburgo	37
Polonia (1954)	83
Portugal e islas	90
Suecia	17
Suiza	26
Checoslovaquia	32
Yugoslavia	98
Oceanía	
Australia (sin aborígenes, 1955)	22
Nueva Zelanda (sin maorís)	19
Nueva Zelanda (maorís)	54

*Datos tomados del *Rapport Epid. Et Dém.* Vol. X, 1957.

**No comprendidos los nacidos vivos fallecidos en los 3 primeros días.

TABLA 2

Año 1956. Fallecidos en un año por 1.000 nacidos vivos* (de más a menos)

Chile	112
Yugoslavia	98
Costa Rica	92
Portugal	88
Ceilán	88
Venezuela	67
Hungría	59
Italia	48
Bélgica	46
España	46
Austria	44
Japón	41
Alemania	39
Francia	36
Irlanda	36
Palestina	36
Canadá	32
Sudáfrica	31
Estados Unidos	26
Suiza	26
Dinamarca	25
Finlandia	25
Reino Unido	24
Nueva Zelanda	23
Australia	21
Países Bajos	19
Suecia	17

*No comprendidos los nacidos vivos fallecidos en las primeras 24 horas.
Datos tomados del Anuario Estadístico de España, edición manual, 1958.

lios para la comida, y acampar, y verlos volver por la noche maltrechos, sudorosos, cansados, y en los días siguientes acudir a la consulta con el cuadro del niño que aquella noche no durmió bien, o se levantó bien, pero ya no quiso desayunar, y que desde entonces ya no está bien, con fiebre intermitente, que le quema la cabeza, soñoliento, etc.

Naturalmente que estos niños enferman los días siguientes, y cada vez que se repiten las causas presentan, unas veces, eritemas y quemaduras; otras, insolaciones y dolor de cabeza; a veces, congestiones nasales y conjuntivitis, catarros, anginas, trastornos digestivos con vómitos y diarreas, o a veces sólo con vómitos, etc.

Francamente, salir a oxigenarse y a respirar aire puro en esas condiciones, sin ningún control y de un modo anárquico, conlleva para la salud de los niños, según el autor, muchos peligros y muy discutibles pocas ventajas. (Nota del Editor: ¿No estará pasando ahora algo parecido en nuestra sociedad?)

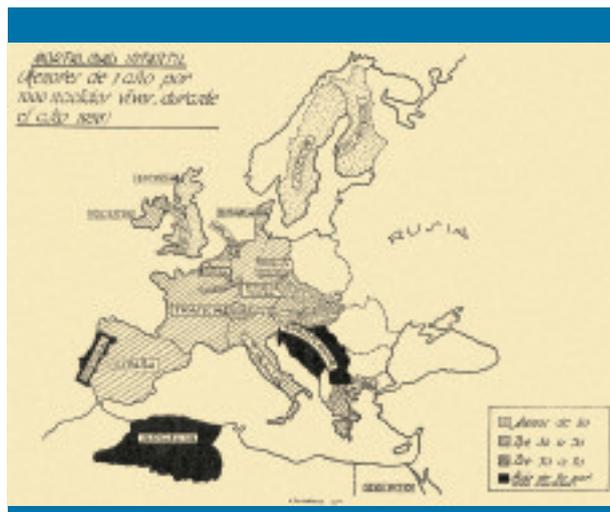


Figura 2

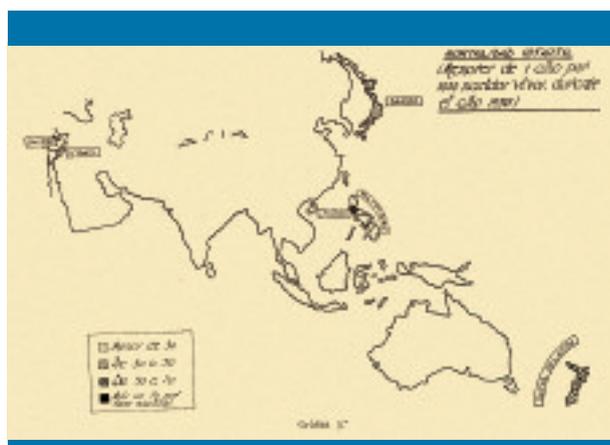


Figura 3

Termina este número amplio del mes de diciembre con la tesis doctoral del Dr. José Antonio de Paz Garnelo sobre «Desnutrición maligna en el niño pequeño», cuyas conclusiones son:

1. Para esta tesis hemos estudiado 20 casos de niños con cuadro grave de desnutrición, todos ellos procedentes del Instituto Provincial de Puericultura de Madrid.
2. La desnutrición maligna se presenta fundamentalmente en organismos jóvenes en rápido crecimiento, sobre todo en niños después del destete, cuando la alimentación es principalmente rica en hidratos de carbono y pobre en proteínas.
3. El kwashiorkor, que afecta a los niños negros, semeja a la distrofia farinácea descrita por Czerny y Keller en 1906. Su sola diferencia radica en la despigmentación de la piel y el pelo, que en estos niños adquiere una coloración rosada o rojiza.



Figura 4

4. La desnutrición maligna es más frecuente en los niños que en las niñas. Según nuestra estadística, el 75% eran varones y un 25% mujeres.
5. La mayor frecuencia de esta afección se da entre los niños de 1-4 años de edad. La edad de nuestros enfermitos varía entre los 14 y 34 meses.
6. Las causas más importantes de la desnutrición en nuestros enfermitos son: una alimentación hiperhidrocarbonada, con aporte escaso de grasas y vitaminas y una dieta muy pobre en proteínas animales de alto valor biológico.
7. Otras causas que influyen son las deficiencias higiénicas, el hospitalismo, los trastornos gastrointestinales y las infecciones frecuentes.
8. Los síntomas más sobresalientes del cuadro clínico son la pérdida de peso y panículo adiposo, la palidez, la anemia, el edema, la diarrea, la apatía y el mal humor.
9. En nuestros enfermitos se aprecian déficit de peso que varían desde el 17,5 al 53,4% del peso que les correspondría, y la media de déficit de todos nuestros casos es de un 39%.
10. En todos los casos se ha comprobado un retraso en el desarrollo general y una disminución de la talla que varió entre el 11 y el 28,3% de la talla normal, con una media de 16,4%.
11. El edema, blanco, pálido, indoloro y de localización distal, que presentaban 14 de nuestros 20 casos, estaba produci-

TABLA 3

Evolución de la mortalidad infantil (1936-1938 a 1956)*. Menores de un año por 1.000 nacidos vivos

Continente	Países	1936-1938	1956	Descenso
África	Argelia**	–	90	–
	Egipto (1954)	205	172	16,4
América	Canadá (sin Yukon y NC)	68	31	54,4
	Chile	243	117	51,9
	Estados Unidos	54	26	51,9
	México (1955)	130	81	37,7
	Perú (capital)	–	66	–
	El Salvador	–	71	–
	Uruguay (capital, 1955)	–	38	–
Asia	Ceilán (1955)	161	71	56
	Chipre	130	32	75,4
	Israel	–	40	–
	Japón	–	41	–
	Filipinas (capital)	–	74	–
	Tailandia (capital, 1955)	–	60	–
Europa	Alemania: Berlín Oeste	–	43	–
	Alemania: República Democrática	–	46	–
	Alemania: República Federal	–	38	–
	Austria	88	44	50
	Bélgica	83	46	44,6
	Bulgaria (1955)	146 (1)	82	43,9
	Dinamarca	64	25	61
	Escocia	77	29	62,4
	España**	119	46	61,3
	Finlandia	67	26	61,2
	Francia	71	36	47,9
	Grecia	–	39	–
	Holanda	38	19	50
	Hungría	–	59	–
	Reino Unido	56	24	57,2
	Irlanda	71	36	49,3
	Italia	105	48	52,2
	Luxemburgo	73	37	49,4
	Polonia (1954)	–	83	–
	Portugal e islas	143	90	36,4
Suecia	44	17	61,4	
Suiza	45	26	42,3	
Checoslovaquia	117	32	72,7	
Yugoslavia	–	98	–	
Oceanía	Australia (sin aborígenes, 1955)	39	22	43,6
	Nueva Zelanda (sin maorís)	33	19	42,5
	Nueva Zelanda (maorís)	118	54	54,3

*Territorio de la época. **No comprendidos los nacidos vivos fallecidos en las primeras 24 horas de vida.

- do fundamentalmente por la hiporproteinemia, desaparecerían a los 10-20 días de tratamiento, periodo en que se había mejorado la cifra de proteínas en sangre.
- Hemos encontrado en casi todos los casos anemia hipocrómica de intensidad mediana. Con una cifra media de 3.800.000 hematíes/mm³.
 - En los 8 casos en que se ha estudiado el metabolismo glucídico hemos hallado una ligera disminución de la glucemia

- en ayunas. En la prueba de la hiperglucemia provocada hemos observado curvas aplanadas, con superficie del triángulo mucho más pequeña que en el niño normal.
- Se ha comprobado una disminución de los lípidos totales y una importante hipocolesteronemia.
 - También hemos hallado, en los casos estudiados, hipocalcemia de mediana intensidad y cifras variables de fósforo en sangre, con una tendencia a la hipofosfonemia.

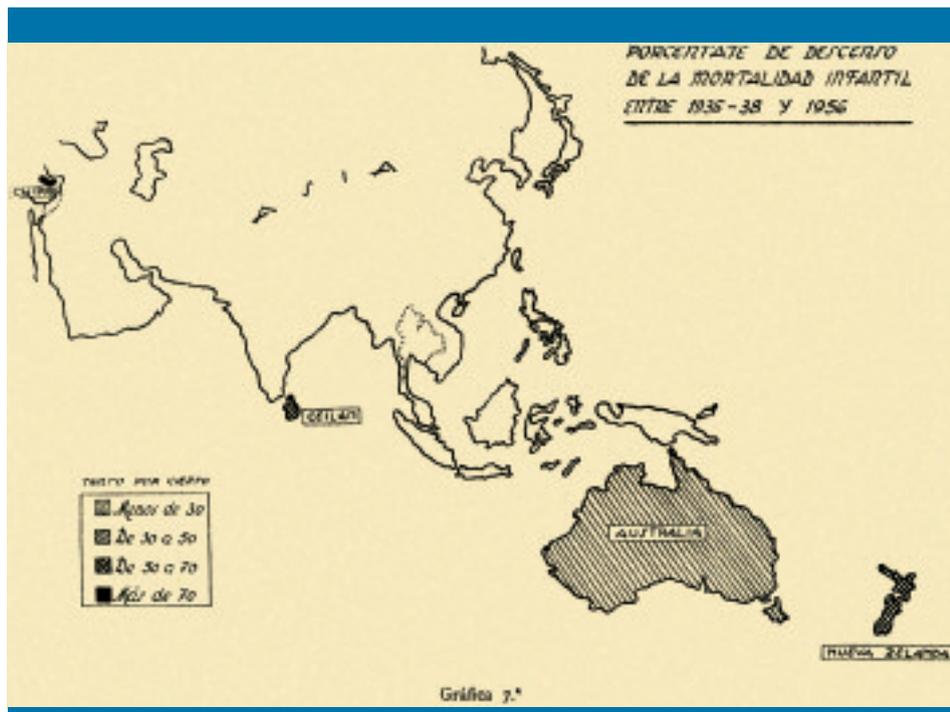


Figura 5

16. La bilirrubinemia y las pruebas de funcionalismo hepático (Hanger, Kunkel, MacLagan y Cadmio) son casi normales en nuestros enfermitos, a pesar de la disproteinemia intensa de algunos de ellos. Tan sólo en 13 casos se comprobó insuficiencia hepática.
17. El método de electroforesis sobre papel de filtro que hemos empleado demostró ser de gran valor práctico, porque permite la perfecta separación e identificación de las diversas fracciones proteicas.
18. En el estudio electroforético de estos niños —efectuado al ingreso— encontramos disproteinemia con hipoproteínea, si bien no en todos los casos; hipoalbuminemia en todos, con ligera elevación de las globulinas α_1 y α_2 , y una mayor elevación de la β y γ -globulinas en casi todos los enfermitos, así como una disminución del cociente A/G.
19. En los proteinogramas efectuados en la fase de recuperación (aproximadamente al mes de tratamiento) encontra-

mos: normoproteinemia con albuminemia normal en casi todos los casos, ligera disminución de las globulinas α_1 en la mitad, y elevación de las globulinas α_2 , β y γ , si bien esta última no tanto como al ingreso.

20. Se ha realizado tratamiento con dieta equilibrada, suficiente y rica en proteínas, y se han administrado transfusiones de plasma y sangre, aminoácidos, vitaminas, calcio, hierro y extracto hepático.
21. A pesar del pronóstico tan grave de alguno de nuestros casos, no hemos tenido que lamentar ningún resultado desagradable, y todos los casos alcanzaron la curación.

El trabajo del Dr. Pérez Albert sobre «Los fines de semana, los puentes y las excursiones en días festivos» me recuerda la frase del célebre M. Ariosto, autor de «Orlando Furioso», del siglo XV-XVI: «Bendito y feliz aquel que enseña a los demás a ser cuerdos.»