

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

AÑO XX ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 230

SUMARIO DEL NÚMERO DE MARZO DE 1962

FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

El Dr. Sánchez-Villares, de Salamanca

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Clínica de las bronquiolitis infantiles, por el Dr. Acuña

La vacunación con vacuna virusgripal en las bronquitis recidivantes en la infancia, por el Dr. A. Montero Rodríguez

El excesivo trabajo en nuestros escolares, por el Dr. Gil Alberdi

El primer trabajo publicado en el número 230 de *Acta Pediátrica Española* de 1962, sobre la «Clínica de las bronquiolitis infantiles», expone la experiencia del Dr. Acuña, que había observado más de 1.000 casos de neumonía atípica primaria (NAP) en 16 años de estudio continuo, desde 1946 hasta 1961 (inclusive), en Cuzco (Perú), una ciudad de 80.000 habitantes, situada a 3.300 m sobre el nivel del mar. La mayor parte de los casos los había observado en dispensarios infantiles, y sólo los casos complicados en el pabellón de niños del Hospital de Cuzco.

El estudio pasó por cuatro etapas:

1. Se probaron, uno por uno, todos los fármacos usuales en las enfermedades del aparato respiratorio, aprovechando la extensa epidemia de 1946, hasta comprobar el inesperado efecto espectacular del calcio.
2. Se experimentaron todas las formas de calcio en la NAP, y también se ensayó el calcio en otras enfermedades respiratorias.
3. Se hizo un estudio comparativo del efecto del calcio sobre la NAP con el de cada uno de los antibióticos que iban apareciendo en el mercado.
4. El estudio comenzó después de la presentación del trabajo del autor en la Sociedad Peruana de Pediatría, en abril de 1958, procurando obtener más pruebas para ratificar el diagnóstico de NAP. Después, se siguieron ensayando otros antibióticos y nuevos medicamentos.

El Dr. Acuña define la NAP como una enfermedad pulmonar aguda benigna, que ataca principalmente a los bronquiolos y está causada por adenovirus.

A continuación pasa a describir la epidemiología de la NAP. En cuanto a la frecuencia de aparición según la edad de los pacientes, antes se creía que la NAP no afectaba a los niños

pequeños (7-8), después se comenzó a dudar de ello (9-10-11), y ahora (1962) se puede afirmar que las neumonitis son más frecuentes en la primera infancia que en otras edades. Así, de los 177 casos observados por el autor entre 1958 y 1960 en niños de 0-12 años de edad, 129 pertenecían al grupo de 0-3 años (el 73%, casi tres cuartas partes del total) y 71 eran menores de 1 año (el 40% del total); por tanto, la NAP aparecía con mayor frecuencia en el primer año de edad.

El autor no encontró nada establecido sobre la curva epidemiológica de la NAP. Observó que se produce un brote epidémico cada 3 años, que dura 1 o 2 años, y también una mayor frecuencia en invierno y primavera. No pudo seguir la curva epidémica en los últimos años porque, habiéndose creado dos nuevos dispensarios de niños desde 1957, se perdió el control que se tenía antes de toda la población infantil de Cuzco. Sin embargo, la modalidad de la curva epidemiológica se mantuvo; las cifras incompletas fueron: 14 casos en 1957, 37 en 1958, 84 en 1959, y 56 en 1960. En cada epidemia la enfermedad afecta a muchos lactantes, a numerosos niños pequeños y a muy pocos niños mayores.

Respecto a la inmunología, la mayor incidencia de la NAP en los niños pequeños, con la curva epidemiológica característica, frente a los niños mayores y adultos llevó a pensar en una inmunidad durable, como en el sarampión, pero más relativa y menos completa; por ello, hay brotes epidémicos en los cuarteles militares, los internados escolares, los hospitales y en otros grupos humanos más o menos amplios.

A continuación el autor describe en su trabajo la anatomía patológica.

La sintomatología es muy diferente en los lactantes y los niños mayores; en los primeros domina la tos, en los segundos la fiebre; hay excepciones y formas mixtas, pero éstas son ra-

ras. En los lactantes y niños pequeños la enfermedad es casi monosintomática; la enfermedad es la tos, como en la coqueluche (tos ferina); la tos generalmente es intensa, a veces produce vómitos, pero es característica, puede ser patognomónica, muy fuerte y frecuente por la noche y mucho menos fuerte y frecuente durante el día. Esta característica, que el autor llama «disociación nictameral de la tos», la han descrito aproximadamente algunos autores: el estado general es bueno, la fiebre es moderada, la disnea es rara y la cianosis excepcional; a veces hay sudoración; en la exploración pulmonar generalmente no se detecta nada relevante; a veces hay una diferencia de sonoridad, submatidez, murmullo respiratorio disminuido y respiración soplante, en los campos pulmonares limpios; después, en el periodo de mejoría de la enfermedad, se aprecian estertores roncales. En los niños blancos a veces se detectan, desde el comienzo, estertores roncales y sibilantes. Es muy importante hacer el diagnóstico diferencial con la micropoliadenia o la poliadenia, que afecta a todos los grupos ganglionares, aunque los ganglios axilares tienen más valor diferencial, sobre todo en las formas atípicas de bronquiolititis.

En los niños mayores, la NAP es menos característica: la fiebre puede manifestarse de diversas formas (remitente, continua o intermitente); el estado general es bueno; a veces, los pacientes presentan dolor de cabeza y dolores difusos; en ocasiones, la tos es moderada o no se manifiesta al comienzo de la NAP, pero es muy raro que la tos sea fuerte como en los lactantes; el examen de los pulmones es negativo o irrelevante; puede haber también poliadenia, que sirve para establecer el diagnóstico positivo.

La poliadenia en la bronquiolititis es muy habitual; así, de 50 casos observados en este sentido, 40 presentaban poliadenia (90%).

El hemograma es también diferente según la edad de los niños: los lactantes pueden presentar neutrofilia o polinucleosis, con o sin leucocitosis, y los niños mayores leucopenia con linfocitosis.

La crioprecipitación, o aglutinación en frío, generalmente era positiva (en el 75% de los pocos casos determinados por el autor); sin embargo, también describe un 15% de casos dudosos y un 10% de falsos negativos, así como algunos falsos positivos.

La radiografía mostraba sombras variadas, entre las cuales se podían distinguir cuatro clases:

- Reforzamiento bilateral de los hilios y de la trama pulmonar.
- Pequeños nódulos múltiples en ambos pulmones.
- Adenopatías hiliares.
- Focos más o menos grandes de infiltrado, con más frecuencia en los hilios y las bases. Aquí también hay diferencias según la edad: en los niños mayores las sombras son más localizadas, como en los adultos.

Según la intensidad de la tos, como síntoma característico, se pueden diferenciar tres formas clínicas de NAP: a) forma leve; b) forma con tos intensa y disociación nictameral, y c) forma

con tos incesante, llamada tos subintrante, que cede de forma muy notoria con la administración de calcio.

La bronquitis capilar clásica y grave es una bronquiolititis bacteriana, secundaria a la NAP y otras bronquiolititis virales; cede con la administración de tetraciclinas y oxígeno.

Hay también una forma rara con gran disnea, cianosis e insuficiencia cardíaca, sin rales pulmonares, que hace pensar en una miocarditis, pero en la autopsia se constata una bronquiolititis obstructiva universal, con pequeños y múltiples focos de atelectasia y enfisema en ambos pulmones.

A continuación, el autor va desarrollando la evolución, las complicaciones y el diagnóstico de la NAP, para finalizar con el diagnóstico diferencial, así como el pronóstico.

En cuanto al tratamiento, el Dr. Acuña afirma que todos los autores están de acuerdo en que entonces todavía no había un tratamiento eficaz de la NAP. Habla específicamente del calcio, con resultados espectaculares, ya que tras su administración la tos pierde su intensidad, frecuencia y ritmo; por la noche el niño duerme mejor, y al día siguiente la tos ya es ligera y productiva, por lo que generalmente no es necesario proseguir con el tratamiento para lograr la curación de la NAP.

El autor continúa con la descripción de la profilaxis, afirmando que se debe evitar el contagio por bronquiolititis de los recién nacidos, lactantes y pacientes distróficos mediante el aislamiento riguroso, porque en ellos son más frecuentes las complicaciones, principalmente las encefalitis con todas sus secuelas.

En cuanto a la etiología y la patogenia de la NAP, el Dr. Acuña distingue la presentada en los niños que denomina «tierños» de la de los mayores, diferencia que se extiende al hemograma y la radiología.

En resumen, se presenta la experiencia del autor durante 16 años de estudio de la NAP. Se remarca la mayor frecuencia de la enfermedad en la primera infancia. Se encuentra una curva epidemiológica muy constante, con brotes epidémicos cada 3 años. La inmunidad parece ser durable, pero relativa. La sintomatología es muy diferente según la edad: en los lactantes domina la tos; en los niños mayores la fiebre; la tos es característica, la disnea rara y la cianosis excepcional; el examen de los pulmones es negativo o irrelevante; la presencia de poliadenia facilita el diagnóstico; la crioprecipitación generalmente es positiva; la radiografía muestra sombras variadas. Las formas clínicas se deben a las variaciones de la tos; las bronquiolititis asmatiformes parecen ser habituales en la raza blanca; la bronquitis capilar parece ser una bronquiolititis bacteriana secundaria a una bronquiolititis viral primaria o secundaria. En los niños mayores la fiebre es variada y presentan dolores difusos; las formas clínicas se deben a los síntomas que acompañan a la fiebre. La evolución parece ser más prolongada en los niños mayores. Las complicaciones más frecuentes han sido las encefalitis, las púrpuras trombopáticas y las diversas insuficiencias cardiovasculares. El diagnóstico es

fácil de realizar en los lactantes, y la prueba terapéutica del calcio es muy útil. El diagnóstico diferencial se establece con la coqueluche, las bronquitis, las bronquiolitis secundarias, las bronconeumonías y la tuberculosis, y en los niños mayores con las enfermedades febriles y la tuberculosis. El pronóstico es bueno, salvo si se producen complicaciones neurológicas. En cuanto al tratamiento, el calcio parece actuar a través de la excitación del sistema simpático, y es más eficaz, rápido, seguro y económico que los antibióticos de amplio espectro. Para la profilaxis hay que aislar a los niños muy «tiernos» y distróficos, y también se debe procurar evitar las encefalitis. Los agentes etiológicos son los adenovirus. Las diferencias de la NAP, según la edad, se deben a mecanismos inmunoalérgicos de reinfección.

El segundo trabajo se debió al Dr. Montero Rodríguez, de Málaga, sobre «La vacunación con vacuna virusgripal en las bronquitis recidivantes en la infancia».

Uno de los problemas más acuciantes, persistentes y siempre de actualidad son las bronquitis agudas y recidivantes, que se ponen de manifiesto en las estaciones otoñales e invernales, prolongándose a veces hasta la primavera, especialmente en la edad infantil.

Es posible que todo ello se deba a una resistencia del organismo ante el abuso del empleo de toda la gama de antibióticos, ante cualquier catarro bronquial banal, e incluso en corizas alérgicas inicialmente.

El Dr. Montero llevaba años estudiando las defensas del individuo, pensando que los procesos infecciosos se podían deber a una hipoproteinemia o a una hipogammaglobulinemia.

En otro trabajo del Dr. Montero, sobre el empleo de virus vacuna antigripal, se recogían los resultados obtenidos por el autor en adultos con motivo de la vacunación antigripal con virus vacuna. Se observa que los adultos que padecían con mucha frecuencia bronquitis manifestaban que no tenían tan a menudo tantas bronquitis como en inviernos anteriores, a pesar de tratarse de climas fríos y secos.

Basándose en los resultados obtenidos en los adultos, el autor se decidió a experimentar en la clínica pediátrica, con unos resultados extraordinarios:

- Empleó para su estudio muestras de niños que padecían con extraordinaria frecuencia bronquitis, con un total de 50 casos estudiados y controlados clínicamente durante 6 meses.
- Empleó virus vacuna antigripal de IBYS en una dosis de 0,5 cm³ en lactantes, administrada subcutáneamente. En niños mayores, de 1-12 años de edad, administró 0,5-1 cm³. No se produjeron reacciones generales, excepto localmente un dolor moderado y un leve eritema en algunos casos.
- Todos los casos fueron controlados mediante radiología para poder eliminar las adenopatías traqueobronquiales, de cualquier tipo, infiltrados con Piquet positivos y velocidad acelerada.

- En ningún caso se produjeron alteraciones del apetito ni pérdida de sueño.
- Todos los niños fueron inyectados por la mañana.

A partir del estudio realizado, el autor llegó a las siguientes conclusiones:

- No hay ninguna dificultad para la práctica sanitaria de la vacunación con virus vacuna antigripal en los niños y lactantes que padezcan bronquitis con frecuencia.
- Quedan eliminados de esta práctica todos los casos de adenopatías traqueobronquiales, tuberculinas positivas con velocidad acelerada, infiltrados tuberculosos, tos ferina residual, bronquitis alérgicas y bronquitis asmáticas.
- Se vacunarán todos los lactantes que padezcan corizas a menudo, pues éstas tienden a descender con extraordinaria frecuencia a lo largo de las vías respiratorias altas hacia las bajas.
- Lactantes y niños mayores de 1 año que en un periodo de 6 meses han padecido hasta 8 episodios de bronquitis: durante este mismo periodo y en la misma estación y clima, sólo han padecido 2 episodios de bronquitis, que han cedido rápidamente tras un tratamiento con antibióticos, penicilínicos, balsámicos y vitamina C.
- El periodo de duración de estos periodos bronquíticos sin vacunar era a veces de hasta 1 mes y, después de vacunados, de 6 días.
- Hizo el control con los mismos niños vacunados en sus periodos bronquíticos no vacunados.
- El porcentaje de niños vacunados que padecieron bronquitis fue sólo del 4%. En otro grupo de no vacunados fue del 46%.
- Todo ello repercute en la economía, por existir un menor número de episodios bronquíticos, y por ser éstos más cortos que en los niños no vacunados.
- Con esta vacunación, se reduciría en general la cifra de bronquitis, por lo menos en un 60-70% de los pacientes con esta afección, tan significativa por su frecuencia y persistencia.

El trabajo específico sobre «El excesivo trabajo en nuestros escolares», a cargo del Dr. Gil Alberdi, finaliza el citado número de *Acta Pediátrica Española*.

El autor comienza afirmando su deseo de enfocar el tema de los principios básicos con criterios fundamentales.

Los criterios sobre el trabajo escolar, en sus diversos aspectos, varían según la idea que se tiene de la personalidad humana. El trabajo escolar en sí se ha estudiado, en la mayoría de los casos, a partir de un concepto y una significación de tipo físico, es decir, igual a fuerza por espacio; de ahí que todas las consecuencias se deriven en el sentido de un análisis metódico de las particularidades somáticas del individuo, para después realizar unas deducciones unilaterales respecto a lo que constituye la esencia de la persona humana.

El trabajo escolar se considera excesivo y agobiante por parte de nuestros escolares, ya que tiene un matiz interpretativo diferencial, puesto que no sólo se refiere a la parte somática,

sino que afecta a la integridad de un ser, con la doble concepción expuesta en la unión sustancial de alma y cuerpo, materia y espíritu, soma y psiquis.

El Dr. Gil Alberdi pasa a continuación a describir la actualidad internacional, en países como Finlandia, Holanda, Inglaterra, Suecia, Rusia, Alemania, Bélgica, Francia y Estados Unidos, para afirmar en consecuencia que «España queda englobada, con Bélgica, Estados Unidos y Francia, en un horario único», en el que se considera con iguales criterios a los niños que asisten a una clase maternal con 2 años de edad que a los que se encuentran en el periodo de perfeccionamiento con 14 y 15 años. «En España el horario escolar semanal es de 28 horas» (1962). Bien merece la pena que se ponga especial atención en estos horarios diferenciados y se procure meditar un tanto sobre las consecuencias que de ellos se derivan para una graduación del trabajo escolar, otorgando unos esfuerzos adecuados a los diferentes periodos cronológicos expuestos.

A continuación, el autor describe algunos aspectos recogidos en la Ley de Educación de esos años.

Respecto a la proyección del problema, el autor afirma que «es preciso reanudar nuevamente en toda su amplitud la base sustantiva de este problema», pero no sólo con un enfoque particularista de tipo individual somático, sino con unos «criterios y amplios conceptos referidos ya a las materias de estudio, al factor tiempo, la personalidad de los alumnos, el ambiente natural y social», etc., pues de este modo llegaremos a conclu-

siones de notable valor, que nos permitan poner un firme puntal para conocer la personalidad genérica y específica de nuestros escolares.

Después de ir explicando la acción del trabajo escolar, el autor resume que debe tratarse según los siguientes aspectos:

- Aspecto somatopsíquico.
- Horarios diversos según la etapa de enseñanza, la personalidad del alumno y el ambiente natural y social.
- División de materias.
- Orientación internacional: corregir la actual orientación hiperinternacional.
- Escuelas piloto. Colaboración de la IMC del Estado.
- Dar a la orientación técnica actual un fondo que fortalezca la personalidad.
- Cultivo del ocio.

Ya se estaban publicando ensayos en *Acta Pediátrica Española* de los años 1960 y 1961 sobre el fracaso escolar, el esfuerzo escolar, etc. Hay que estudiar a fondo, como ya se ha dicho otras veces, cuál sería la correcta regulación de los estudios escolares. Así, Froide, historiador inglés del siglo XIX, decía que, «a medida que avanzamos en la vida, aprendemos a conocer los límites de nuestras habilidades». No hay que exagerar en el esfuerzo de los niños, porque de una forma progresiva irán conociendo sus habilidades y aumentando sus conocimientos. Y para ello hay que tener en cuenta el descanso escolar tanto como el estudio escolar. ■