

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

AÑO XXI ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM 246

SUMARIO DEL NÚMERO DE SEPTIEMBRE 1963

FIGURA DE LA PEDIATRÍA

El doctor Bosch Marín

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Un saludo a la nueva promoción de 1963 de Médicos Puericultores del Estado, por el doctor Bosch Marín

Un caso de ectopia gástrica parcial, por el doctor Vicente Álvarez Ángel

Mortalidad de la primera infancia en Calatayud (Zaragoza). Decenio 1945-1954, por el doctor Manuel Becana Crusellas

Expresiones clínicas de la mucoviscidosis: íleo meconial, por el doctor José Luis Bezanilla

El síndrome de Guillain-Barré-Strohl y los procesos afines, por el doctor E. Borrajo Guadarrama

La presencia de proteínas séricas en el calostro y leche de mujer, por el doctor Gonzalo Huidobro Tech

Algunas consideraciones sobre el sarampión, por el doctor Justo Imaz Jiménez

Nuevas observaciones sobre el empleo de la gammaglobulina en la prevención del sarampión, por el doctor Felipe Luis Lagunilla Martínez

Un quiste congénito de pulmón, por la doctora F. María Méndez Aparicio

Algunos aspectos de la importancia de los ácidos nucleicos, por el doctor José Miranda Heras

Un caso de tos ferina, por el doctor Francisco Orellana López

Trastorno total respiratorio del lactante (resumen didáctico), por el doctor Bernardo Pérez Moreno

Amplio y circunscrito entendimiento de los trastornos nutritivos (TN), por el doctor César Rojo del Nozal

Tratamiento empírico del trastorno nutritivo agudo. La rehidratación en el medio rural, por el doctor Emilio Rolán Mosquera

Un caso de distrofia pluricarenal, por el doctor V. Salazar A. Villalobos

Poliomielitis en Sevilla. Breve estudio epidemiológico, por el doctor Rafael de Estefanía Vázquez

Hace 50 años *Acta Pediátrica Española* publicaba, en septiembre de 1963, un número especialmente original, ya que, como verán ustedes más adelante, estaba completo de notas clínicas sin ninguna revisión completa.

En primer lugar, se dedicó un saludo del Dr. Bosch Marín a la nueva promoción de médicos puericultores del Estado de ese año.

A continuación, el Dr. Vicente Álvarez Ángel publicó una nota clínica sobre «Un caso de ectopia gástrica parcial», y el Dr. Manuel Becana Crusellas otra sobre «Mortalidad de la primera infancia en Calatayud (Zaragoza). Decenio 1945-1954».

A continuación se incluía un estudio del Dr. José Luis Bezanilla, «Expresiones clínicas de la mucoviscidosis: íleo meconial», y una nota clínica del Dr. E. Borrajo Guadarrama, sobre «El síndrome de Guillain-Barré-Strohl y los procesos afines». El Dr. Gonzalo Huidobro Tech fue el autor del trabajo «La presencia de proteínas séricas en el calostro y leche de mujer», y el Dr. Justo Imaz Jiménez el autor del ensayo «Algunas consideraciones sobre el sarampión».

Posteriormente, el Dr. Felipe Luis Lagunilla Martínez publicaba «Nuevas observaciones sobre el empleo de la gammaglobulina en la prevención del sarampión», y la Dra. F. María Méndez Aparicio una nota clínica «Sobre un quiste congénito de pulmón». El Dr. José Miranda Heras comentó «Algunos aspectos de la importancia de los ácidos nucleicos», y el Dr. Francisco Orellana López publicaba una nota clínica sobre «Un caso de tos ferina».

A continuación se incluía el trabajo del Dr. Bernardo Pérez Moreno, «Trastorno total respiratorio del lactante (resumen didáctico)», y el Dr. César Rojo del Nozal llevó a cabo un «Amplio y circunscrito entendimiento de los trastornos nutritivos (TN)». De nuevo, el Dr. Emilio Rolán Mosquera publicó su experiencia sobre «Tratamiento empírico del trastorno nutritivo agudo. La rehidratación en el medio rural», y el Dr. V. Salazar A. Villalobos otra nota clínica sobre «Un caso de distrofia pluricarenal».

Terminaba este singular número del mes de septiembre con un trabajo del Dr. Rafael de Estefanía Vázquez, sobre «Poliomielitis en Sevilla. Breve estudio epidemiológico».

La figura del mes estuvo dedicada al Dr. Bosch Marín, que entonces era jefe del Cuerpo de Puericultores del Estado de la Sanidad Nacional, correspondiéndole a él el primer artículo sobre «Un saludo a la nueva promoción» de 1963 de Médicos Puericultores del Estado.

Como hemos citado en el resumen de este número, el Dr. Vicente Álvarez Ángel realizó una nota clínica sobre «Un caso de ectopia gástrica parcial», centrado en la evolución de la enfermedad de un paciente de 26 días de edad (figura 1).

El autor concluye su trabajo afirmando que sólo la frenicectomía izquierda, con la consiguiente parálisis y ascenso del hemidiafragma izquierdo, y no sólo como fase preliminar a la intervención definitiva, es decir, como paliativa, sino como verdadera intervención curativa, está exenta de peligros y proporciona en manos de algunos autores, como Roviralta, excelentes resultados, por lo que merece ser ensayada. El tratamiento que él realizó fue bien sencillo: bastó con mantener al niño 2 horas después de las tomas de alimento en posición erecta (o en caso necesario, la denominada «posición semisentada de Fowler» o la «posición ortostática de Caffey») para evitar la afección, junto con la administración de una medicación sedante y el empleo de sustancias alcalinas y neutralizantes.

El Dr. Manuel Becana Crusellas fue el encargado del siguiente trabajo, sobre «Mortalidad de la primera infancia en Calatayud (Zaragoza). Decenio 1945-1954» (figura 2).

La mortalidad de la infancia está integrada por 3 tipos y franjas etarias: a) mortalidad de la primera infancia (0 a 1 año); b) mortalidad de la segunda infancia (2 a 6 años), y c) mortalidad de la tercera infancia (7 a 13 años).

La mortalidad de la primera infancia comprende 3 tipos:
 1. Mortalidad neonatal. Es el número de fallecidos de menos de 1 mes/1.000 nacidos vivos. Su coeficiente promedio decenal fue de 12,7, y su evolución experimenta grandes oscilaciones (tabla II, serie I); por 10.000 habitantes fue de 2,4, lo que equivale a poco menos de la cuarta parte de la mortalidad infantil.

La evolución de la mortalidad neonatal ha sufrido grandes variaciones en el transcurso del decenio; a pesar de estas grandes oscilaciones anuales, la diferencia entre las tasas cabeza (19-9) y final de serie (17-7) es mínima, lo que indica una disminución insignificante.

La mortalidad neonatal por causas estaba determinada principalmente, como ya ha puesto de manifiesto Arbelo para España, por el llamado «peligro congénito», que en el caso concreto de Calatayud supone casi la totalidad (96,4%) de las defunciones de recién nacidos de la época; el 3,6% restante pertenece al peligro infeccioso; una de las 8 víctimas a «otras formas de tuberculosis», y otra de ellas a una infección meningocócica.

Dentro del peligro congénito, el mayor número de fallecimientos (29) está causado por la rúbrica B₄₄, correspondiente a «inmadurez»; le siguen las lesiones debidas al parto,

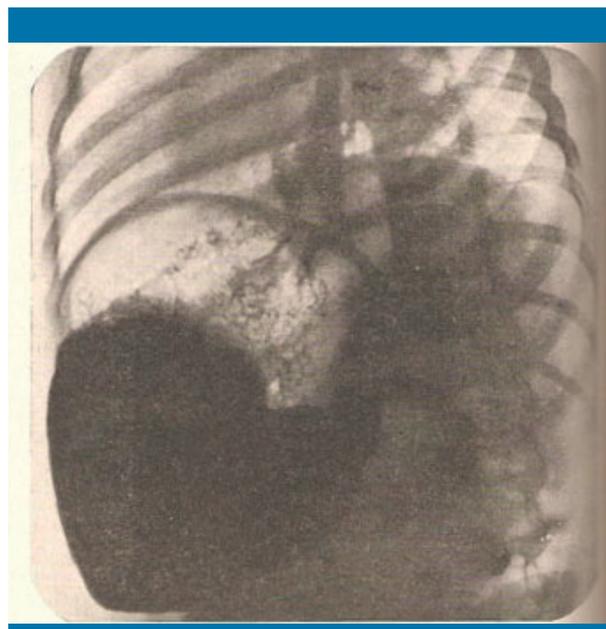


Figura 1

T A B L A II

MORTALIDAD DE LOS MENORES DE UN AÑO, POR 1000 NACIDOS VIVOS

Años	I Neonatal (1 mes)		II Postneonatal (1-11 meses)		III Infantil (Tod. 0-11 meses)	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
1945	7	19,04	24	68,38	31	87,32
1946	4	10,55	20	52,77	24	63,32
1947	4	12,70	10	31,75	14	44,45
1948	2	5,33	12	32,00	14	37,33
1949	4	11,30	12	32,00	16	43,30
1950	6	15,03	12	32,00	18	47,03
1951	3	8,24	7	19,23	10	27,47
1952	5	15,87	2	6,35	7	22,22
1953	4	11,14	4	11,14	8	22,28
1954	6	17,75	13	38,46	19	56,21
Total	45	12,73	116	32,82	161	45,55

Figura 2

asfisia y atelectasia pulmonar, con 4 defunciones, y las malformaciones congénitas, con 3. Hay que añadir 1 óbito por causas desconocidas.

La mortalidad por sexos fue superior en los varones (24) que en las mujeres (21). Esta hipermortalidad masculina corresponde a todas las rúbricas, a excepción de las «infecciones del recién nacido», con una notoria superioridad femenina (5:1).

En suma, la mortalidad neonatal en Calatayud representa casi la cuarta parte de la mortalidad infantil, y está determinada, casi en su totalidad, por el peligro congénito, lo que debe tenerse muy en cuenta respecto a las medidas sanitarias que cabría adoptar para combatirla.



Figura 3



Figura 4

2. Mortalidad posneonatal. Se refiere a la mortalidad del resto de la lactancia, y su coeficiente es el número de fallecidos de esta edad (1-11 meses)/1.000 nacidos vivos; equivale a algo más de las tres cuartas partes de la mortalidad infantil. Su valor en dicho decenio fue de 32,8/1.000 nacidos vivos, casi el triple de la neonatal (tabla II, serie II).

Su evolución en el decenio ha experimentado un gran descenso: disminuyó de 68,4 en 1945 a 38,5 en 1954. Por tanto, a ella se debe principalmente la disminución de la mortalidad infantil registrada en este periodo que examinamos.

Las causas inmediatas de la muerte agrupadas en los 3 clásicos peligros se reparten como sigue:

- Peligro alimentario: 14 fallecidos, en su mayor parte por gastroenteritis.
- Peligro infeccioso: 36 fallecidos (19 neumonías, 9 bronquitis, 5 meningitis meningocócicas, 1 tuberculosis, 1 nefritis y 1 tos ferina).
- Peligro congénito: engloba sorprendentemente el mayor número de víctimas (59), de las cuales 58 las recoge la rúbrica denominada «debilidad congénita, inmadurez, etc.».

Este hecho, a nuestro juicio, hay que tomarlo con la mayor reserva, pues es muy dudosa su exactitud. Es inadmisibles el hecho de que el peligro congénito siga ocupando el primer lugar de los 3 (y en este caso, con un valor superior a la suma de los otros 2) en la mortalidad posneonatal de Calatayud, en contra de lo establecido por todos los estudios llevados a cabo hasta la fecha (1963), en los que ocupa el último lugar, con un valor inferior a cada uno de los otros 2 peligros. Ello bien merece un estudio sobre el control real de las causas de muerte de los menores de 1 año de Calatayud para dilucidar esta cuestión.

La mortalidad por sexos acusa una hipermortalidad masculina en todas las rúbricas, excepto en la infección meningocócica, que es femenina.

El error últimamente expuesto, que achacamos —mientras no se demuestre lo contrario— a ligerezas en el diagnóstico de la causa de muerte, nos impide establecer conclusiones sobre las normas necesarias para la lucha contra los factores que determinan la mortalidad posneonatal.

3. Mortalidad del primer año. Esta mortalidad, que representa la quinta parte de la de la infancia, ha experimentado un gran descenso en la población que nos ocupa, de forma que en los 2 últimos años de la serie su valor es nulo.

En efecto, de 5,6/10.000 habitantes en 1945, va descendiendo progresivamente con ligeras oscilaciones, para llegar a 0 en 1953 y 1954. El coeficiente promedio del decenio fue de 2,5/10.000 habitantes.

Respecto a las causas de muerte en esta edad, se repite, si bien en menor grado, el mismo fenómeno que nos sorprendió en la posneonatal. El peligro congénito registra 16 víctimas, el infeccioso 14, y el alimentario 8; las restantes corresponden a causas mal definidas y traumáticas, para un total de 46 fallecidos.

En la mortalidad por sexos se acusa, de forma general, sin excepción alguna y para todas las edades, la hipermortalidad masculina.

El Dr. José Luis Bezanilla realiza una revisión biográfica sobre «Expresiones clínicas de la mucoviscidosis: íleo meconial», no aportando ninguna casuística propia.

El Dr. E. Borrajo Guadarrama describe 4 casos clínicos a partir de su experiencia sobre «El síndrome de Guillain-Barré-Strohl y los procesos afines», describiendo la clínica de cada uno de ellos (figuras 3 y 4).

El Dr. Gonzalo Huidobro Tech publica su experiencia sobre «La presencia de proteínas séricas en el calostro y leche de mujer», describiendo la importancia de estas sustancias durante la lactancia materna, y finaliza con la siguiente afirmación: «La lac-

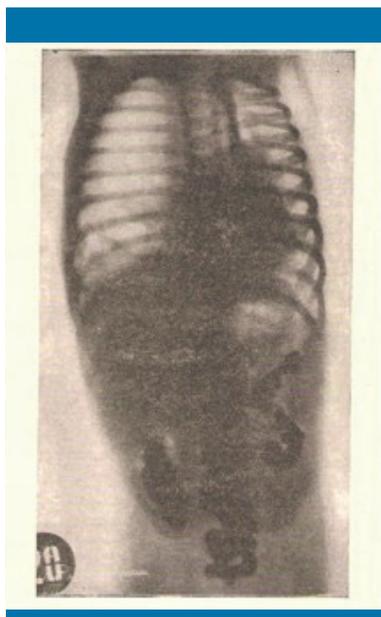


Figura 5

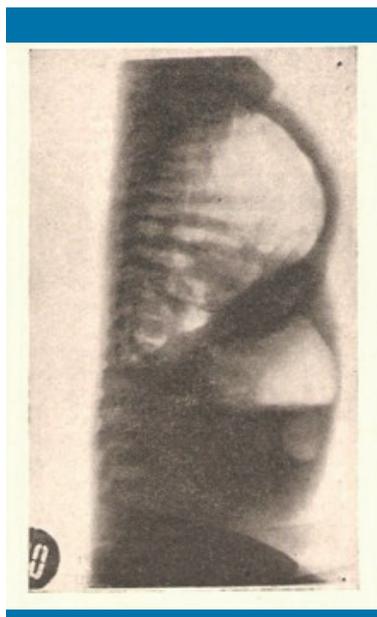


Figura 6

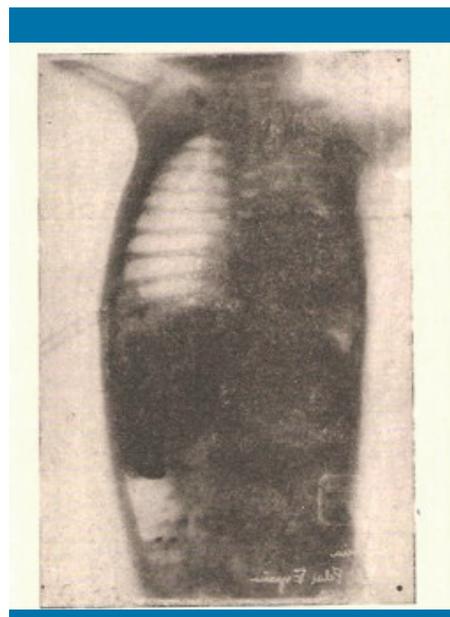


Figura 7

tancia natural no podrá ser nunca igualada por ninguna alimentación artificial, por moderna y perfecta que pueda ser ésta, y deberá ser preconizada absolutamente, por lo menos, durante las 3 primeras semanas. Una vez pasado este tiempo, el recién nacido podrá recibir en conjunto menor cantidad de leche de mujer, pero, por lo menos, ha recibido todos y la mayoría de los más importantes elementos que aquella contiene».

El Dr. Justo Imaz Jiménez describe «Algunas consideraciones sobre el sarampión», e indica al final de su trabajo que esta modesta nota no tiene otro interés que el de comunicar unos hechos recogidos de la propia clínica, que por no tener noticia de ellos hasta entonces, «creo interesante dar a conocer, por si ello fuera de alguna utilidad, o por si algún compañero se hubiese encontrado ante los mismos hechos, que supongo que, como a este modesto servidor, le sorprenderían un poco».

El Dr. Felipe Luis Lagunilla Martínez establece «Nuevas observaciones sobre el empleo de la gammaglobulina en la prevención del sarampión». En este trabajo se presentan 110 casos de niños inyectados con dosis bajas de gammaglobulina al comienzo del periodo de incubación del sarampión, y 79 que no recibieron gammaglobulina. El sarampión, tras un periodo de incubación alargado, se presentó en todos los casos con gran benignidad, siendo apirético en el 72% de los casos. No hubo complicaciones entre los niños inyectados, aunque sí en el otro grupo (14%); la cetosis se presentó en el 0,9% de los inyectados y en el 25% del otro grupo. La convalecencia fue más lenta entre los no inyectados, con tos y anorexia.

La Dra. F. María Méndez Aparicio publicó una nota clínica «Sobre un quiste congénito de pulmón», haciendo un diagnóstico

diferencial, sobre todo con los procesos similares al quiste pulmonar (figuras 5, 6 y 7).

Como quiera que el tratamiento del neumotórax y del neumatocele es conservador (punción-aspiración, catéter bajo presión negativa), y que el proceso respiratorio de la niña de este caso clínico se agravaba, se efectuó, como medida de urgencia, una punción-aspiración controlada (300 mL de aire), lográndose un alivio momentáneo de la sintomatología clínica, pero no radiológica. A las 6 horas de la punción se introdujo un drenaje permanente (sonda de Petzer conectada a un frasco). A las 12 horas persistía la sintomatología principal y las placas de comprobación (figura 3) eran todavía más acusadas. Por ello, se decidió la intervención operatoria, centrándose ya el diagnóstico en el enfisema lobar o en el quiste congénito de pulmón, ante la insuficiencia del tratamiento conservador, típico del neumatocele y del neumotórax.

Se efectuó una toracotomía derecha, en la que se halló un gigantesco quiste en el lóbulo medio, que ocupaba todo el hemitórax, comprimiendo los lóbulos superior e inferior, cuyo parénquima estaba reducido al mínimo.

Tras abrir la cubierta quística, se apreciaba la existencia de aire a gran tensión y su comunicación con el bronquio. Se llevó a cabo una lobectomía media.

A los 10 días de la operación, la niña presentaba un excelente estado general, y fue dada de alta en el servicio.

El Dr. José Miranda Heras hace una revisión sobre «Algunos aspectos de la importancia de los ácidos nucleicos». En su trabajo concluye que hay una serie de procesos patológicos que no podemos explicar por esta acción del ADN, en los cuales, junto a

Figura 8



Figura 9



una semejanza somática entre los niños que padecen la misma enfermedad, existen unas alteraciones metabólicas muy concretas por falta de la presencia o acción de sus enzimas específicas. Por ejemplo, en el mongolismo, al mismo tiempo que se parecen todos los niños que presentan esta enfermedad, nos encontramos con una alteración del metabolismo del triptófano hasta llegar a ácido 5-hidroxiindolacético, en que, al parecer, la vía está alterada, con una disminución de este ácido en su eliminación por la orina y, por tanto, una reducción de los niveles de serotonina en estos niños. Análogamente sucede en el albinismo, en que el metabolismo de la fenilalanina se interrumpe antes de llegar a melanina, o en la oligofrenia fenilpirúvica, en que la fenilalanina no llega a tirosina; también en la alcaptonuria existe una alteración en el metabolismo de la fenilalanina, en el que se encuentra bloqueado el paso a ácido homogentísico.

El Dr. Francisco Orellana López realizó una nota clínica sobre «Un caso de tos ferina», en la que describe las complicaciones observadas un paciente que presentó previamente una recuperación lenta, por lo que a pesar de la poliglobulia se le practicaron pequeñas transfusiones de sangre fresca para elevar sus defensas; así se consiguió poder darle de alta totalmente recuperado de su proceso respiratorio.

De nuevo un resumen didáctico sobre un «Trastorno total respiratorio del lactante», del Dr. Bernardo Pérez Moreno. Este autor había insistido en varios trabajos sobre el mismo tema, y en éste termina diciendo que el trastorno total respiratorio es un proceso perfectamente definido clínicamente que todavía «busca a su virus». Casi todos los problemas que tiene pendientes quedarían aclarados en cuanto se halle el, por ahora, hipotético virus trastorno total respiratorio. Esto nos hace observar una vez más la necesidad de que se

creen en nuestro país servicios de investigación de virus, que nos permitan relacionar las observaciones clínicas con sus etiologías, así como servicios dotados de los medios exigidos por las técnicas actuales, indispensables para orientar nuestras investigaciones conforme a los criterios científicos de nuestro tiempo.

El Dr. César Rojo del Nozal dedica su estudio a un «Amplio y circunscrito entendimiento de los trastornos nutritivos (TN)». Describe brevemente estos procesos, y recoge fundamentalmente las siguientes causas:

1. Causas alimentarias:
 - a) Común a toda clase de regímenes.
 - b) Dependientes de tal o cual régimen: leche de vaca, leche de mujer, leches modificadas, farináceos...
2. Causas infecciosas:
 - a) Infección enteral (endógena y exógena).
 - b) Infección parenteral.
3. Causas constitucionales.

El Dr. Emilio Rolán Mosquera realiza un trabajo sobre «Tratamiento empírico del trastorno nutritivo agudo. La rehidratación en el medio rural», en el que comenta la rehidratación, las vías, las condiciones, el material, la preparación, la técnica... En resumen, el autor cree que no es muy difícil de aplicar esta técnica, y en muchas ocasiones está indicada la rehidratación intravenosa en el medio rural. Es bien cierto que ello supone un trabajo importante por parte del médico, pero debe sentirse compensado con saber que ha hecho lo mejor para el niño, que es en definitiva el fin que perseguimos.

El Dr. V. Salazar A. Villalobos publica una nota clínica sobre «Un caso de distrofia pluricarencial» (figuras 8 y 9). El estudio ter-

mina con unos comentarios. No es posible, por la limitación del espacio, ni quizá tampoco necesario, comentar en extenso el caso ni hacer una exposición minuciosa de otras exploraciones complementarias, y sólo mencionaremos algunos hechos de mayor significación: condiciones sociales desfavorables; control de alimentación en la época de lactancia y destete catastrófico; estado de infección subcrónica (otitis, ectima, micosis); signos pluricarenciales cutáneos y de faneras (piel atrófica, paroniquias, pelo ralo y rojizo [kwashiorkor], blefaritis, etc.); cuadro de anemia hipocrómica seudoleucémica, con bloqueo de la maduración de las serie roja y granulocítica en la médula ósea e infiltración de la misma por células reticulares y linfocitos; acentuada hipoproteinemia y edemas; alteraciones psíquicas. En suma, se trata de un conjunto sindrómico que puede encajar dentro de las enfermedades pluricarenciales del tipo del kwashiorkor.

El Dr. Rafael de Estefanía Vázquez describe en su trabajo la «Poliomielitis en Sevilla. Breve estudio epidemiológico», estableciendo las siguientes conclusiones: hay una falta de declaración de casos y una deficiente declaración de los que se llevan a efecto (1963); se observa un incremento de la enfermedad

año tras año; se producen epidemias más importantes y casos más graves, todo ello a pesar de de la vacunación, que es insuficiente, pues en los países en que se ha llevado a cabo una vacunación en masa la enfermedad ha sufrido un retroceso impresionante (p. ej., en Estados Unidos), y en nuestro medio sucede al revés; la enfermedad sigue siendo en nuestra provincia esencialmente infantil, pues la inmensa mayoría de los casos se dan entre los 6 meses y los 3 años de edad; hay un predominio de la enfermedad a finales de la primavera y comienzos del verano, con otro aumento a principios del otoño; se observa un aumento en los últimos años de las formas graves de poliomielitis, con el consiguiente incremento de la letalidad; se advierte la necesidad de contar en esta provincia con más centros de recuperación, pues los que hay son insuficientes; no se presentan casos en paciente vacunados y tampoco ha habido incidencias que lamentar con la vacuna.

La sección de «Hace 50 años» que se publica en *Acta Pediátrica Española* está fundamentada en la frase del célebre novelista francés del siglo XIX, Honoré de Balzac: «La constancia es el fondo de la virtud». Ojalá todos nuestros lectores piensen lo mismo. ■