

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

AÑO XIV ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 157

SUMARIO DEL NÚMERO DE FEBRERO DE 1956

FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

El Dr. Don Manuel Laffon, de Sevilla

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Algunos aspectos fundamentales de la asistencia al prematuro. Dres. L. Navas Miguelo y F. Casado de Frías

Tratamiento de la tos ferina con dilución oral de cloramfenicol. Dr. A. Montero-Rodríguez

Encefalitis gripal del lactante. Dr. J. Martínez-Fernández

Parotiditis supurada en dos gemelos recién nacidos. Dr. E. Pou-Pradel

Abuso en el empleo de las leches enteras acidificadas. Dr. C. Sáinz de los Terreros-Amézaga

Información del Centro Internacional de la Infancia. París

El primer trabajo publicado en *Acta Pediátrica Española* de febrero de 1956 fue elaborado por los Dres. L. Navas Miguelo y F. Casado de Frías, y trataba sobre «Algunos aspectos fundamentales de la asistencia del prematuro». Los autores justificaron la presentación de este tema, que fue una de las comunicaciones presentadas en la IV Reunión Nacional de Sanitarios Españoles de abril de 1955, señalando que cada día era mayor la importancia de la profilaxis y la asistencia al prematuro en la lucha encaminada a disminuir la mortalidad infantil.

En su exposición, apuntan que, en el curso de los últimos 50 años (1956), la mortalidad infantil había disminuido en una proporción que hubiera parecido increíble medio siglo atrás. Este descenso de la mortalidad infantil fue universal y debido a numerosos factores, sobre todo a los considerables progresos técnicos realizados en el campo de la sanidad y de los cuidados médicos. Pero si la mortalidad había disminuido de forma considerable, no ocurrió lo mismo con la mortalidad perinatal, que permanecía elevada y demasiado abandonada. Así, afirmaban que la tasa de mortalidad infantil de un 48 por 1.000 nacimientos registrada en España en 1954 no podía considerarse un éxito adquirido si no se seguía progresando en la atención de los factores responsables de la mortalidad perinatal. Y, en este sentido, apuntaban a la prematuridad como factor al que había que prestar una atención especial pues el 50% de los fallecidos en el periodo perinatal eran prematuros.

Respecto a la frecuencia de la prematuridad, destacan las dificultades existentes para su estudio y señalan que las cifras obtenidas por autores de distintos países donde este aspecto había sido objeto de atención no estaban muy alejadas, variando la tasa media, probablemente, de un 4 al 7% de recién nacidos vivos.

En cuanto a la profilaxis, afirman que, «teniendo en cuenta que la mortalidad global de los prematuros se sitúa en un 35%, se comprenderá fácilmente la importancia del problema y la necesidad de estudiar los factores prenatales, perinatales y posnatales, para poder orientar una acertada profilaxis y asistencia al prematuro».

Para una mayor acción profiláctica, apuntan que se deben tener en cuenta las enfermedades maternas, causas fetales y anomalías obstétricas, ya que representan el 50% de las causas de la prematuridad, quedando el otro 50% originado por factores que se desconocían.

Sobre el parto y los primeros cuidados insisten en la imperiosa necesidad de la colaboración entre el pediatra y el tocólogo, «ya que hay que recordar los peligros de estos primeros instantes (traumatismos, anoxia, enfriamientos y hemorragia) al comprender la importancia de una atenta y correcta conducta». Asimismo, señalan la necesidad de reflexionar mucho antes de administrar analgesia y anestésicos a la madre, y de tener todo dispuesto en la sala de partos (reanimación, oxigenación y recalentamiento), «aspecto que hoy en día se juzga indispensable» (1956). También indican que el prematuro debe tratarse como un «traumatizado en un estado de *shock*».

Dedican otro punto al transporte de los prematuros —que en aquellos años era tan precario. Nota del Editor—. Afirman que no se efectuará hasta que no se hayan prodigado los cuidados inmediatos imprescindibles y la respiración esté bien establecida. «Dicho traslado debiera realizarse en ambulancia, con incubadora portátil, en la que las necesidades de calor y oxígeno estén aseguradas, y encargándose del mismo enfermeras especializadas.»

Continúan resaltando la importancia de la oxigenoterapia, indicando que «la administración de oxígeno es una de las cuestiones fundamentales de la asistencia al prematuro, pues no es indiferente la manera de hacerlo». En su opinión, «sólo los prematuros de bajo peso deben recibirlo de forma sistemática, y en cuanto a los demás, se les administrará cuando se observe cianosis o una respiración difícil. (...) La técnica ha sido modificada los últimos años y se ha ido abandonando la práctica de oxigenoterapia abundante ("a grifo abierto") y prolongada durante varias semanas, recomendándose hoy no pasar de una concentración del 40% en el interior de la incubadora por los peligros de las dosificaciones más elevadas (fibroplasia retrolental y angiomas); (...) su suspensión no debe hacerse de forma brusca, sino disminuyendo paulatinamente la concentración. (...) En resumen, la oxigenoterapia exige una técnica rigurosa y una vigilancia constante de la concentración de oxígeno, de la misma manera que se vigila el peso, la temperatura, las deposiciones, etc. Jamás debe hablarse de cantidad, sino de concentración de oxígeno».

En cuanto a la alimentación del prematuro, no dudan en remarcar la importancia de la alimentación con leche materna, ya que juzgan que «es el alimento insustituible para estos niños. Se utiliza descremada (recuérdese la difícil digestión de las grasas) y asociada a aminoácidos y al *babeurre*, ya que su contenido en proteínas no cubre sus necesidades. (...) El comienzo de la alimentación, incluso de la administración de líquidos, debe hacerse a las 48 horas –vuelvo a insistir, 1956–, permaneciendo en un absoluto ayuno los dos primeros días para después iniciar la administración de suero glucosado».

Los autores señalan la conveniencia del empleo de la sonda para la alimentación de los prematuros de peso inferior a 1.500 g y de aquéllos de peso superior en los que los reflejos de succión y deglución no están bien establecidos.

Es importante el párrafo que dedican a la lucha contra la infección, que comienzan refiriéndose a Tobler, quien afirmaba que «cuando el prematuro ha remontado la crisis prenatal y las primeras dificultades de adaptación, sus perspectivas de vida dependen ante todo de la alimentación que reciba y de la protección que se ejerza contra las infecciones».

Señalan la importancia de un aislamiento riguroso: «debe imponerse una asepsia extremada del local, de las incubadoras, del personal y de todas las manipulaciones y maniobras que se ejecuten. Hay que acostumbrarse a estar dentro de los centros de prematuros de un modo semejante a como nos conducimos al quirófano, lo que exige una educación exhaustiva y práctica del personal, médicos y enfermeras, cuyo trabajo será sometido a una reglamentación muy rigurosa». –¡Cómo transformó Louis Gluck todas estas teorías! Nota del Editor–.

Crean que, además de estas normas, se deben administrar antibióticos «que de forma sistemática son administrados por algunos, y que aun sin ser tan rigurosos, se considera muy conveniente emplearlos ante la mínima sospecha de infección».

Terminan afirmando la necesidad de una organización especializada y de llevar a cabo esta asistencia en centros dedicados de forma exclusiva a este fin.

Tratamiento de la tos ferina con cloramfenicol

El segundo trabajo publicado corresponde al Dr. A. Montero Rodríguez y trataba sobre la problemática del «Tratamiento de la tos ferina con dilución oral de cloramfenicol».

El tratamiento de la tos ferina con cloromicetina fue empleado por primera vez en 1948. En España, desde 1950-1952, se habían tratado unos 300 casos, cuyos resultados obtenidos se detallan en este trabajo.

La casuística que presenta el Dr. Montero Rodríguez asciende a 15 casos. Trató la tos ferina con estearato de cloramfenicol en dos grupos de enfermos: los que se encontraban en la fase catarral y los que sufrían tos espasmódica. La dosis administrada a los primeros fue de 75 mg/kg/día, y a los segundos, 100 mg/kg/día, dosis suministradas cada ocho horas en los primeros y cada seis en los segundos.

«En el lote del periodo catarral no hemos tenido necesidad de emplear medicamentos inmunitarios, pues, en algunos casos, podría existir disergia manifiesta, habiendo sido administrada vitamina C. Estos niños, en periodo catarral, los hemos diagnosticado clínicamente, por hallarse en convivencia con enfermitos que residían en la misma vivienda. La tos no era de tipo espasmódico, así como las horas de sueño eran más amplias que en los afectados ya claramente del periodo espasmódico. Respecto al apetito, se ha dado de comer en función de la apetencia que tenían los lactantes de tomar el pecho, para, después del tratamiento, reaparecer de nuevo, aumentando seguidamente de peso.»

Los niños que tardaron más en curar fueron los tratados en la fase espasmódica, pues, en los catarrales, osciló entre seis y siete días, y en los espasmódicos, varió entre nueve y once días, a pesar de asociar en algunos gammaglobulina y vitamina C. Todos los casos curaron, ya que al mes del inicio de la enfermedad seguían bien y sin recidivas.

Encefalitis gripal del lactante

El tercer trabajo publicado, del Dr. J. Martínez-Fernández, trataba sobre la «Encefalitis gripal del lactante». El autor comienza señalando que ya en *Acta Pediátrica Española* de febrero de 1955 publicó, junto al Dr. Rodríguez Sayagués, siete casos de encefalitis fulminantes observadas en lactantes con una fisonomía clínica precisa y desenlace constantemente mortal. Con cierta verosimilitud, los autores sospecharon una etiología gripal.

Según su experiencia, en el ambiente de un brote epidémico de influenza, lactantes de dos a once meses enferman con

una discreta febrícula y síntomas catarrales, rinofaríngeos o digestivos de banal apariencia. En el curso de unas horas, la cara de estos niños (triste, angustiosa y pálida) anuncia a la madre una gravedad inequívoca. Y, en efecto, no se tarda en asistir a un oscurecimiento rápidamente progresivo del sensorio, que desemboca en un coma profundo con pérdida total de la conciencia, taquicardia, hipertermia con extremidades frías, cianosis de labios y muerte más o menos impresionante, precedida, algunas veces, de contracciones musculares espasmódicas de tipo generalizado o localizadas en la cara y extremidades superiores.

Asimismo, el autor comenta cinco casos publicados sobre «La Grippe du Nourrison», (*Semaine des Hôpitaux*, 1950; nº. 52) en que se realizó un estudio clínico y anatomopatológico de dichos casos.

Concluye su exposición afirmando:

«1. La encefalitis gripal del lactante es una realidad clínica indudable, caracterizada por su comienzo aparentemente benigno y trivial, y por su curso fulminantemente mortal contra todos los tratamientos utilizables hasta la fecha.

2. Los casos que presentaron con Rodríguez Sayagués en 1955 confirman su etiología y anatomía patológica.

3. La responsabilidad patogénica fundamental quizá haya que relacionarla con el sistema nervioso vegetativo, que modelará, en cada caso, las características y gravedad de la agresión y su pluralidad expresiva.»

Parotiditis supurada

A continuación, el Dr. E. Pou Pradell realiza una descripción de la «Parotiditis supurada en dos gemelos recién nacidos». Comienza diciendo que la parotiditis supurada del recién nacido es una enfermedad cada día menos frecuente, coincidiendo su disminución con la de todas las sepsis del recién nacido en general.

Presenta un caso claro de parotiditis supurada que tuvo la ocasión de observar en dos gemelos univitelinos, nacidos en parto normal y que pesaron 2.000 y 1.800 g, respectivamente. Después de hacer una rigurosa descripción clínica, el autor piensa que cabe establecer la vía por la que el estafilococo causó dicha infección: el biberón, el chupete, una cucharita, etc.

Todos los miembros del equipo establecieron diagnósticos distintos, algunos francamente poco correctos, como otitis y adenitis supurada; y otros, más lógicos, como parotiditis epidémica, «ya que si bien esta enfermedad no la suelen pasar los recién nacidos a causa de la protección de los anticuerpos maternos, puede, sin embargo, suceder que la madre no haya tenido tal parotiditis, y los niños la padezcan conjuntamente con la madre».

La salida de pus por el canal excretor de la glándula parótida al exprimir dicha glándula le parece el síntoma capital para el diagnóstico definitivo.



Figura 1. Dr. Manuel Laffon, de Sevilla

Cree que la teoría hematógena todavía compartida por algunos autores es absurda. Ya el simple sentido común, ante la sorprendente benignidad de la afección, incluso sin tratamiento, es suficiente para rechazarla, pero la exposición de estos casos le parece que basta para hacerlo de forma definitiva.

El tratamiento penicilínico fue sobradamente definitivo en estos dos gemelos, aunque señala que otros gérmenes, tal vez, puedan resultar más susceptibles a algún otro antibiótico.

Leches acidificadas

Para finalizar, el Dr. C. Sáinz de los Terreros Amézaga presenta una nota clínica sobre «Abuso en el empleo de las leches acidificadas», trabajo que publicó en *Acta Pediátrica* de febrero de 1956 con el objetivo de dedicar al Dr. M. Laffon (figura 1), de Sevilla, la «Figura de la pediatría» del mes.

Ratificando un criterio ya expuesto hace varios años en un trabajo publicado en el *Boletín del Instituto de Patología Médica* (octubre de 1951), el Dr. Sáinz de los Terreros cree conveniente insistir sobre él, pues la experiencia de estos años le ha ido confirmando las ideas apuntadas en aquella ocasión.

Entonces afirmaba: «No debe generalizarse la indicación de las leches enteras acidificadas en la alimentación artificial exclusiva del lactante sano, por existir un grupo de los mismos que, bien por intolerancia, por saturación o sencillamente porque no les gusten, rechazan este tipo de alimento sin responder a trastorno endógeno alguno, pues el simple cambio a otro tipo de leche, generalmente leche neutra, hace desaparecer esa anorexia inicial, o dispepsia con vómito preferentemente, o dispepsia con diarrea de tipo ácido, que recuerda a las formas descritas como dispepsias fermentativas.»

Manteniendo estas afirmaciones y realizando una revisión hasta la publicación del trabajo actual, resume su experiencia en:

«1. Hay cierto grupo de lactantes con intolerancia inicial a las leches ácidas.

2. Las leches ácidas completas no deben generalizarse como alimento artificial exclusivo del lactante sano.

3. Las leches ácidas completas tienen sus propias indicaciones, como alimento exclusivo o medicación correctora.

4. Hay, sin duda alguna, alteraciones tardías, no graves, pero sí rebeldes de tratar, tales como ciertas anorexias, determinadas dispepsias y estacionamientos en el peso.

5. Consideramos que el uso actual excesivo es una "moda" que pasará y volverá a sus propias indicaciones, que, como antes decíamos, han venido a solucionar un amplio campo en la alimentación y corrección del niño pequeño pero sin caer en el abuso actual.»

Cuando cada mes leemos los trabajos que con tanto esfuerzo y en tiempos de tanta penuria realizaron los pediatras españoles, me viene a la memoria la frase del poeta y filósofo norteamericano del s. XIX Emerson: «El trabajador inteligente no se lamentará de la pobreza o de la soledad que suscitaron en él su capacidad creativa.» Desde luego, a pesar de las dificultades de toda índole, cada mes en la sección «Hace 50 años...» de nuestra revista, comprobamos que dichas dificultades nunca mermaron la capacidad creadora de nuestros antecesores. ■