



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DISTROFIAS DEL LACTANTE - IMPORTANCIA DE SU ASPEC-
TO MEDICO-SOCIAL.-

PADRINO DE TESIS

Prof. Dr. Julio Rosselli

Tesis de Doctorado

de:

Juan Carlos Martínez (h)

- Año 1952 -



MINISTERIO DE EDUCACION
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

AUTORIDADES

RECTOR:

Prof. Dr. Luis Irigoyen

VICERRECTOR:

Dr. Pedro Guillermo Paternosto

SECRETARIO GENERAL INTERINO:

Don: Victoriano F. Luaces

SECRETARIO ADMINISTRATIVO:

Don: Rafael G. Rosa

CONTADOR GENERAL:

Horacio J. Blake

CONSEJO UNIVERSITARIO

Prof. Dr. Pascual R. Cervini

Prof. Dr. Rodolfo Rossi

Prof. Dr. José F. Molfino

Prof. Dr. Pedro Guillermo Paternosto

Prof. Dr. Carlos María Harispe

Prof. Dr. Horis del Prete

Prof. Dr. Benito Perez

Prof. Dr. Eugenio Mordegli

Prof. Silvio Mangariello

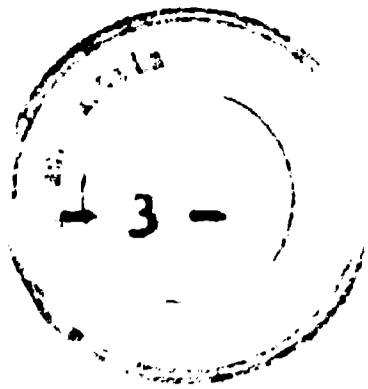
Prof. Arturo Cambours Ocampo

Ingéniero Carlos Pascali

Dr. Obdulio F. Ferrari

Ing. Ag. René R.E. Thiery

Ing. Ag. José María Castiglioni



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AUTORIDADES

DECANO:

Prof. Dr. Pascual R. Cervini

VICEDECANO:

Prof. Dr. Rodolfo Rossi

SECRETARIO:

Prof. Dr. Flavio J. Briasco

Oficial Mayor a Cargo de Prosecretaría:

Sr. Rafael Lafuente

- - - -

CONSEJO DIRECTIVO:

Prof. Dr. Diego M. Argüello

Prof. Dr. Inocencio F. Canestri

Prof. Dr. Roberto Gandolfo Herrera

Prof. Dr. Hernán D. González

Prof. Dr. Rómulo R. Lambre

Prof. Dr. Víctor A.E. Bach

Prof. Dr. Victorio Nacif

Prof. Dr. Enrique A. Votta

Prof. Dr. Herminio L.M. Zatti

Prof. Dr. Julio R.A. Obiglio

- - - -



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Rophille Francisco

" Greco Nicolás V.

" Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

Dr. Argüello Diego M.- Cl. Oftalmológica

" Baldassarre Enrique C.- F.F. y T.Terapéutica

" Bianchi Andrés C.- Anatomía y F. Patológicas

" Caeiro José A.- Patología Quirúrgica

" Canestri Inocencio F.- Medicina Operatoria

" Carratalá Rogelio F.- Toxicología

" Carreño Carlos V.- Higiene y M. Social

" Cervini Pascual R.- Cl. Pediátrica y Puericultura

" Corazzi Eduardo S.- Patología Médica Ia.

" Christmann Federico E.B.- Cl. Quirúrgica IIa.

" D'Ovidio Francisco R.E.- Pat. y Cl. de la Tuberc.

" Echave Dionisio.- Física Biológica

" Errecart Pedro L.- Cl. Otorrinolaringológica

" Floriani Carlos.- Parasitología

" Gandolfo Herrera Roberto. I.- Cl. Ginecológica

" Gascón Alberto.- Fisiología y Psicología

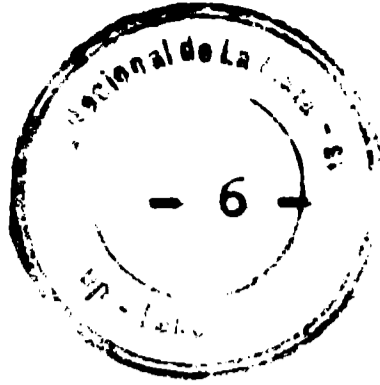
" Girardi Valentín C.- Ortopedia y Traumatología



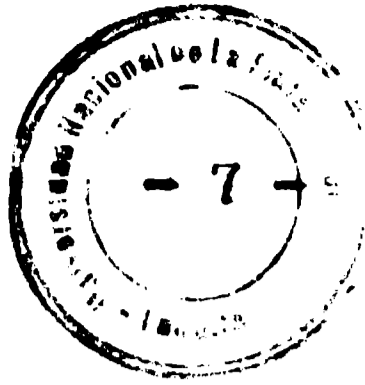
- Dr. González Hernán D.- Cl. de Enf.Infec. y P. T.
- " Irigoyen Luis.- Embriología e H. Normal
- " Lambre Rómulo R.- Anatomía Ia.
- " Loudet Osvaldo.- Cl. Psiquiátrica
- " Lyonnet Julio H.- Anatomía IIa
- " Maciel Crespo Fidel A.- Semiología y Cl. Proped.
- " Manso Soto Alberto E.- Microbiología
- " Martínez Diego J.J.- Patología Médica IIa.
- " Mazzei Egidio S.- Cl. Médica IIa.
- " Montenegro Antonio.- Cl. Genitourrológica
- " Monteverde Victorio.- Cl. Obstétrica
- " Obiglio Julio R.A.- Medicina Legal
- " Othaz Ernesto L.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Rivas Carlos I.- Cl. Quirúrgica
- " Rossi Rodolfo.- Cl. Médica Ia.
- " Sepich Marcelino J.- Cl. Neurológica
- " Uslenghi José P.- Radiología y Fisioterapia

PROFESORES ADJUNTOS

- Dr. Aguilar Giraldes Delio J.- Cl. Pediátrica y Puericul
tura.-
- " Acevedo Benigno S.- Química Biológica
- " Andrieu Luciano M.- Cl. Médica Ira.
- " Barani Luis Teodoro.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Bach Víctor Eduardo A.- Cl. Quirúrgica Ira.



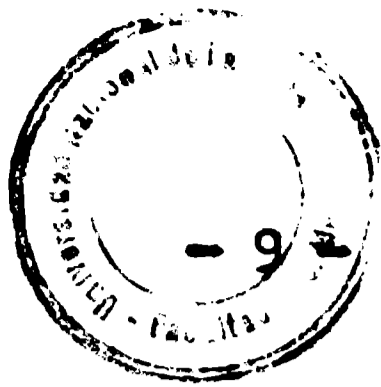
- Dr. **Baglietto Luis A.**- Medicina Operatoria
- " **Baila Mario Raúl.**- Cl. Médica 2da.
- " **Bellingi José.**- Pat. y Cl. de la Tuberculosis
- " **Bigatti Alberto.**- Cl. Dermatosifilográfica
- " **Briasco Flavio J.**- Cl. Pediátrica y Puericultura
- " **Calzetta Raúl V.**- Semiología y Cl. Propedéutica
- " **Carri Enrique L.**- Parasitología
- " **Cartelli Natalio.**- Cl. Genitourológica
- " **Castedo César.**- **Neurológica**
- " **Castillo Odena Isidro.**- Ortopedia y Traumatolog.
- " **Ciafardo Roberto.**- Cl. Psiquiátrica
- " **Conti Alcides L.**- Cl. Dermatosifilográfica
- " **Correa Bustos Horacio.**- Cl. Oftalmológica
- " **Curcio Francisco. I.**- Cl. Neurológica
- " **Chescotta Néstor A.**- Anatomía Ira.
- " **Crocchi Pedro A.**- Radiología y Fisioterapia
- " **Dal Lago Héctor** - Ortopedia y Traumatología
- " **De Lena Rogelio E.A.**- Higiene y M. Social
- " **Dragonetti Arturo R.** ⊕ Medicina e Higiene Social
- " **Dussaut Alejandro.**- Medicina Operatoria
- " **Dobric Beltrán Leonardo L.**- Pat. y Cl. de la Tub.
- " **Fernández Audicio Julio César.**- Cl. Ginecológica
- " **Fuertes Federico.**- Cl. de Enf. Infec. y P. T.
- " **Garibotto Román C.**- Patología Médica 2da.



- Dr. García Olivera Miguel Angel.- Medicina Legal
- " Giglio Irma C.de - Cl. Oftalmológica
- " Giroto Rodolfo.- Cl. Genitourológica
- " Gotusso Guillermo O.- Cl. Neurológica
- " Guixá Héctor Lucio - Cl. Ginecológica
- " Gorostarzu Carlos María C.- Anatomía Ila.
- " Ingratta Ricardo N.- Cl. Obstétrica
- " Imbriano Aldo Enrique.- Fisiología y Psicología
- " Iascano Eduardo Florencio. Anatomía y F. Patológ.
- " Logascio Juan.- Patología Médica Ira.
- " Loza Julio César.- Higiene y M. Social
- " Lozano Federico S.- Cl. Médica Ira.
- " Mainetti José María.- Cl. Quirúrgica Ira.
- " Martini Juan Livio.- Cl. Obstétrica
- " Manguel Mauricio.- Cl. Médica 2da
- " Marini Luis C.- Microbiología
- " Martínez Joaquín D.A.- Semiología y Cl. Propedéut.
- " Matusevich José .- Cl. Otorrinolaringológica
- " Meilij Elías - Pat. y Cl. de la Tuberculosis
- " Michelini Raúl T.- Cl. Quirúrgica 2da.
- " Morano Brandi José F.- Cl. Pediátrica y Pueric.
- " Moreda Julio M.- Radiología y Fisioterapia
- " Nacif Victorio.- Radiología y Fisioterapia
- " Naveiro Rodolfo.- Pat. Quirúrgica



- Dr. Negrete Daniel Hugo.- Pat. Médica
- " Pereira Roberto. F.- Cl. Oftalmológica
- " Prieto Elías Herberto. Embriología e H. Normal
(a car. del Curso)
- " Prini Abel.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Penín Raúl P.- Cl. Quirúrgica Ira.
- " Polizza Amleto.- Medicina Operatoria
- " Ruera Juan.- Patología Médica Ira.
- " Sánchez Héctor J.- Patología Quirúrgica
- " Taylor Gorostiaga Diego J.J.- Cl. Obstétrica
- " Torres Manuel M. del C.- Cl. Obstétrica
- " Trinca Saúl E.- Cl. Quirúrgica 2da.
- " Tau Ramón.- Semiología y Cl. Propedéutica
- " Tosi Bruno.- Cl. Oftalmológica
- " Tropeano Antonio.- Microbiología
- " Tolosa Emilio.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Vanni Edmundo O.F.U.- Semiología y Cl. Propedéut.
- " Vázquez Pedro C.- Patología Médica 2da.
- " Votta Enrique A.- Patología Quirúrgica
- " Zabudovich Salomón.- Cl. Médica 2da.
- " Zatti Herminio L.M.- Cl. Enf. Infec. y P. T.
- " Rosselli Julio - Cl. Pediatría y Puericultura
- " Schaposnik Fidel- Cl. Médica 2da.
- " Caino Héctor Vicente N.- Cl. Médica Ira.
- " Cabarrou Arturo.- Cl. Médica Ira.

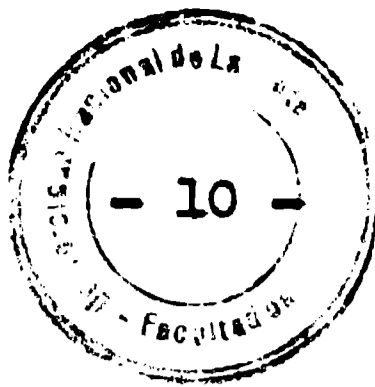


Desearía agradecer las enseñanzas que he recibido del padrino de esta tesis, Profesor Julio Roselli, como así también del Jefe de la Sala Primera, del Hospital de Niños de La Plata, Dr. Carlos Blanco.-

Los autores del trabajo "Distrofias y Hospitalización" (contribución de la Sociedad de Pediatría de La Plata, a las Segundas Jornadas Pediátricas Argentinas) al facilitarme la estadística de las causas de distrofias a través de historias clínicas del Hospital de Niños de La Plata, han comprometido mi reconocimiento.-

Agradezco al Director de la Casa Cuna de La Plata, Dr. Noel Sbarra su valiosa contribución al brindarme fichas sociales de los niños que ingresan a esa institución.-

--- o o o ---



- INTRODUCCION -

Los estados de desnutrición en el lactante constituyen uno de los capítulos de mayor importancia de la Clínica Pediátrica.

Representan también, desde el punto de vista social una de las entidades mórbidas más significativas del grado de abandono en que se encuentra un número considerable de niños de nuestras clases proletarias.

A través de mi corta actuación en la Sala Primera del Hospital de Niños de La Plata y de mi concurrencia al consultorio de lactantes de dicho Hospital y del que pertenece al Instituto de Maternidad de La Plata, he conocido la profundidad del mal y los estragos que produce así como también sus remedios. Es por eso que en este trabajo además de ocuparme en general de las distrofias en el lactante, me propongo señalar la importancia del aspecto médico-social y de sustentar como principio esencial que la acción médica no es la única solución, ya que ésta depende de una constelación de medidas higiénicas, económicas y sociales que exigen una labor de conjunto de las múltiples actividades de la Nación.-



RESUMEN HISTORICO

El conocimiento de los estados distróficos del lactante se inicia con los primeros fundamentos de la Pediatría a fines del siglo pasado y desde entonces se encuentra tan íntimamente vinculada a los progresos de la medicina infantil que las distintas etapas o épocas que se pueden distinguir en la evolución del concepto y clasificación de estos estados, mantiene una estrecha relación con las tendencias y nivel de los conocimientos médicos de la misma época.

Hace aproximadamente medio siglo Czerny introdujo la denominación de "trastornos nutritivos" del lactante, de honda repercusión en la clínica, con beneficios para los niños enfermos, ya que apartó al médico del concepto de enfermedad puramente gastrointestinal que se tenía del lactante con adelgazamiento o caquexia y diarrea, imponiendo por el contrario la conveniencia de estudiar todas las perturbaciones de la nutrición, del metabolismo intermedio y de las anomalías de la constitución. Es así como Czerny iluminó la orientación diagnóstica y terapéutica mediante la definida noción de los principales factores causales (constitución, alimentación, infección). Finkelstein preconizó y



difundió el empleo del "criterio funcional", amino
ró la importancia de la sospechada infección espe-
cífica intestinal, exaltó la primacía del "daño por
alimento", de la influencia del calor del ambiente,
etc, y aclaró en parte el mecanismo fermentativo de
las diarreas. Asimismo en 1924 destacó la importan-
cia del factor insuficiencia de alimento en la pro-
ducción de trastornos nutritivos en los alimentados
artificialmente, y de ahí surgieron las dietas bre-
ves, el aporte de proteínas con la leche albumino-
sa, etc.-

En 1930 Marriot anota que "en contraposición
de la vieja teoría de la sustancia dañosa debe con
siderarse el punto de vista más reciente de la defi-
ciencia de la leche de vaca en ciertos constituyen-
tes esenciales (minerales y vitaminas). También des-
taca Marriot lo relativo a la insuficiencia proteí-
ca, motivo dominante y central de la "gran carencia".

Bessau en 1935, desarrolla la teoría de la ca
rencia para explicar los trastornos nutritivos, po-
niendo en evidencia que la misma puede ser factor
de diarrea, lo que le confiere mayor significación
a dicha doctrina.

Y así llegamos a la actualidad con la noción
de que la carencia alimenticia domina como factor



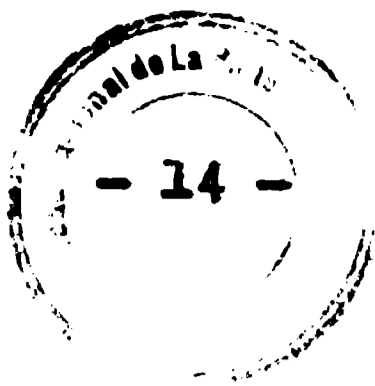
etiológico; carencia que al prolongarse tiene proyecciones futuras que explican que el trastorno llegue a ser irreversible; aún cuando se recurra por fin a una óptima dietética terapéutica.

CONCEPTOS GENERALES

El médico tiene que ocuparse con frecuencia de resolver los siguientes problemas:

1º: el caso de un lactante que adelanta poco y que se va retrasando porque su progreso es hiponormal;

2º: el caso de un lactante que no adelanta, y que ha quedado retrasado por haberse detenido su progreso y 3º: el caso de un lactante que no sólo no adelanta sino que pierde continuamente de modo que va disminuyendo progresivamente su normalidad fisiológica. Existe en los tres casos una deficiencia cuantitativa del estado nutritivo pero también existen en ellos numerosas y diversas alteraciones de orden cualitativo de dicho estado nutritivo, circunstancias ambas que caracterizan a la distrofia, término que etiológicamente significa desviación ó alteración del trofismo ó nutrición, y que denomina el trastorno del estado nutritivo. Según el grado de distrofia se llaman de hipotrofia a los casos leves, a los que adelantan poco y a los que no adelantan,



de las referencias arriba enunciadas; y se llaman de atrofia a los casos graves, a los que van para atrás y conocidos anteriormente con los términos de atrepsia, hipotrepsia ó descomposición. Las alteraciones de orden cuantitativo, se perciben al exámen más somero del distrófico; comienza por llamar la atención el enflaquecimiento del lactante que presenta graduaciones que van desde los estados incipientes hasta la máxima acentuación en el atrófico con la cara de viejo y la piel del cuerpo arrugada y plegada por pérdida de la elasticidad primero y luego de la turgencia. Los lactantes distróficos se presentan frecuentemente con diarrea que puede ser de intensidad moderada y carecer de repercusión sobre el estado general. Otras veces como consecuencia de las deposiciones frecuentes, líquidas y copiosas la diarrea afecta seriamente el estado general, produciéndose grandes pérdidas de peso debidas principalmente a la eliminación de agua (excicosis, con alteración simultánea de las funciones: circulatoria — taquicardia y tendencia al colapso—respiratoria— tipo respiratorio acidósico—renal—oliguria marcada—; además se observan alteraciones sensoriales que pueden llegar al coma, alteraciones hemáticas, anhidremia y acidocis, etc. Otros lactantes distróficos se presentan con



vómitos pertinaces que dificultan la alimentación y pueden impedir el aumento de peso. Constituye un hecho muy importante que la distrofia se acompañe é con extraordinaria frecuencia de estados infecciosos de la más variada localización: infecciones del árbol respiratorio y sus anemos-bronquitis, rinofarngitis, otitis, etc.,-infecciones cutáneas; cistopie-litis; gastroenteritis y enterocolitis, etc. La frecuencia del hallazgo de tales estados infecciosos plantea el problema de establecer si fueron ellos los provocadores de la alteración nutritiva existente en el enfermo, ó si la alteración nutritiva preexistente fué la que facilitó la infección, la que por su parte suele contribuir a agravar la perturbación nutritiva sobre que se asienta.

Pero aclaremos desde ya que la distrofia es un estado y no una enfermedad definida que afecte un órgano o sistema, ni tampoco tiene un agente etiológico específico, ni es posible indicar un plan de tratamiento que se pueda aplicar a todos los casos. Con ello queremos significar que el médico ante el enfermo no hará diagnóstico de distrofia con el mismo criterio integral que se aplica cuando se dice neumonía.

Para la mejor comprensión del concepto de dis-



trofia es imprescindible recordar ciertas peculiaridades inherentes al lactante. La primera y más importante es la de ser un organismo en crecimiento y desarrollo, que importa una función ó tarea constructiva, privativa de la infancia y que termina al llegar a la edad adulta. Y son las fallas de esa función constructiva el substrátum anátomo funcional de la distrofia. Partiendo de esa base pasemos a estudiar ~~de~~ inmediato cuáles son los requisitos indispensable para que la evolución a la madurez se realice satisfactoriamente. Comenzaremos por recordar que mientras el crecimiento se puede definir como el aumento del tamaño natural por multiplicación natural e intercelular, por el contrario el desarrollo es un proceso cualitativo de diferenciación ~~pro-~~gresiva de las estructuras celulares de adquisición de nuevas funciones y de adaptación al medio ambiente. Ambos procesos-crecimiento y desarrollo-progresan simultáneamente, pero para que la maduración de estructuras, maduración funcional y adaptación al medio ambiente se cumplan con éxito, es necesario:

a) el impulso vital que da un organismo normal, de buena constitución y sin taras orgánicas ó funcionales, congénitas ó hereditarias que perturben su función; b) una alimentación apropiada con los ele-



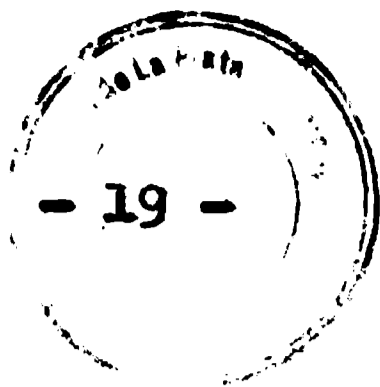
mentos estructurales y energéticos necesarios y adecuada a su capacidad vital energética; c) un medio ambiente favorable sin agentes infecciosos, tóxicos ó climáticos que puedan perjudicar al niño.

Cuando estas tres condiciones son normales, las funciones de todos y cada uno de los aparatos y sistemas orgánicos, íntimamente ligados entre sí, se realizan en completa armonía funcional. Por el contrario, los trastornos del crecimiento y desarrollo que forman la base patogénica del estado distrófico, aparecerán toda vez que se rompa esa armonía funcional, ese equilibrio perfecto entre el organismo considerado como un todo y el intercambio que debe mantener con el medio ambiente. Bajo la influencia de factores etiológicos que algunas veces nacen con el niño y otras veces tienen su origen en el medio ambiente o en la alimentación, se altera el proceso normal de formación y diferenciación celular, de perfeccionamiento y de adquisición de nuevas funciones. Al principio se trata de lesiones histológicas mínimas que no tienen expresión morfológica y sólo se manifiestan por una alteración de la función celular de adaptación al medio ambiente, como sería por ejemplo, la disminución de la capacidad de resistencia del organismo. Luego paulatinamente



la alteración funcional se extiende a las demás funciones vitales, aparecen las clásicas manifestaciones morfológicas funcionales, y las desviaciones del crecimiento y el desarrollo se exteriorizan por el estado distrófico. Hemos expresado anteriormente que el organismo nace con un impulso vital constitucional y realiza su crecimiento y desarrollo merced a la utilización de sustancias necesarias para la renovación de las estructuras celulares, mecanismos enzimáticos y crecimiento.

Cuando se logra el equilibrio entre las exigencias orgánicas y el aporte exógeno la consecuencia es la armonía funcional. Es la euentía, resultante del conjunto del estado normal morfológico somático ó material: eutrofia, y de la normalidad del estado nutritivo considerado en su aspecto funcional: euergia. En la euentía las enfermedades sólo son episodios sin consecuencias, rápidamente resistidos por el organismo. En cambio la ruptura de la unidad "organismo, alimentación apropiada, ambiente adecuado" detiene ó desvía el proceso de maduración fisiológica y adaptación al medio ambiente, perturba las principales funciones vitales y crea el estado distrófico. Su exteriorización serían los conocidos síntomas clínicos funcionales, desarrollados a tra-



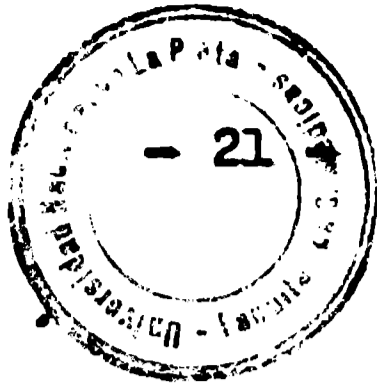
vés de los mecanismos fisiopatológicos de la desnutrición, deshidratación e infección. En todo este proceso la alimentación inapropiada desempeña un papel fundamental, pero considerada deficiente en cantidad o en calidad e inadecuada a la capacidad vital del organismo, o a sus exigencias funcionales y al grado de maduración o adaptación al medio ambiente. Indiscutiblemente, la insuficiencia en el aporte de las sustancias específicamente indispensables para que funcionen correctamente los mecanismos enzimáticos que gobiernan las funciones celulares es quien paulatinamente lleva al organismo al estado distrófico, a través del mecanismo patológico de la desnutrición.

FISIOPATOLOGIA DE LA DISTROFIA

El mecanismo fisiopatológico a través del cual se desvía e detiene el desarrollo y se altera la aptitud funcional de defensa y adaptación al medio ambiente del niño distrófico, es sin duda complejo. Existe un proceso de desnutrición que paulatinamente afecta las estructuras celulares, modifica la constitución y proporción de los elementos constituyentes de los tejidos y crea el substratum anatómico patológico que condiciona las alteraciones mor



fisiológicas funcionales características del estado de distrofia. A este mecanismo básico se suman según las circunstancias episodios intercalares de deshidratación y agresiones toxoinfecciosas de órganos y sistemas, etc. La desnutrición se define como aquella condición o estado, caracterizado por la existencia de un balance metabólico negativo de cualquiera de los principios nutritivos, con o sin perturbación del estado general, determinado por aporte insuficiente de las sustancias alimenticias. De acuerdo con esta definición la falta de provisión externa o el exceso de consumo o la mala utilización de cualquiera de los alimentos esenciales, ya sean sustancias activadoras, alimentos plásticos o energéticos, determinan un estado de desnutrición. Se trata de un proceso que se desarrolla en forma lenta, recorriendo diversas etapas según la intensidad de la perturbación experimentada por el organismo. La ruptura del equilibrio entre el organismo y el aporte exógeno apropiado se inicia por el agotamiento de las reservas de las sustancias activadoras. Estas sustancias por su capacidad para actuar en los mecanismos enzimáticos en serie reversiblemente, se gastan poco y se almacenan en canti-



dades suficientes como para permitir al organismo mantener su actividad normal por un tiempo, a pesar del menor aporte externo. Pero esta situación de déficit no puede prolongarse, pues el organismo imposibilitado de sintetizarlas por si mismo, a medida que la concentración óptima desciende, va disminuyendo el ritmo de la actividad funcional y puede ser considerado como enfermo, aún cuando no tengan síntomas clínicomorfológicos ostensibles. Pero su capacidad de resistencia y su vitalidad también se encuentran disminuídas y factores patógenos de escasa significación en niños normales, se transforman en ellos en causa de graves afecciones. Las manifestaciones iniciales del estado distrófico son de tipo funcional y se observan en lactantes aparentemente normales. El deficiente aporte exógeno de ciertos núcleos químicos específicamente indispensables para el funcionamiento de los mecanismos enzimáticos es quien perturba la función de órganos y sistemas. El resultado es la disminución de la aptitud funcional y capacidad defensiva del organismo. Así vemos que menor actividad de los mecanismos inmunológicos favorecen los procesos infecciosos, la alteración de la sinergia funcional digestiva (secreción, moti-

dad, absorción), predispone a los trastornos diarreícos, la deficiencia de hormonas hace insuficiente el control neurovegetativo y el mal funcionamiento del sistema enzimático exagera la permeabilidad celular y la deshidratación, e inhibe importantes funciones de síntesis celular, como serían entre otros ejemplos, los procesos de fosforilación en el metabolismo glúcido, o el transporte de oxígeno en los sistemas de óxidoreducción, o la función antitóxica o de proteínogénesis hepática. El proceso que estudiamos adquiere mayor gravedad cuando al aporte insuficiente de biocatalizadores se agrega la insuficiencia de los plásticos y energéticos. El paso a esta situación es sobre todo rápido cuando el organismo tiene una inferioridad biológica constitucional, cuando las deficiencias son múltiples y acentuadas y cuando la disminución de la capacidad de resistencia favorece los procesos infecciosos y episodios agudos de deshidratación. Clínicamente se manifiesta este período por el adelgazamiento progresivo, pero conservando discreto estado de nutrición, sobre todo la capacidad para reaccionar favorablemente una vez suprimida la causa. Los estudios metabólicos revelan descenso del cosciente respiratorio,

del metabolismo basal, pero el balance nitrogenado es normal y no hay desmineralización. Desde el punto de vista fisiopatológico corresponde a la fase de utilización de las reservas grasas e hidrocarbonadas. El organismo sometido a una alimentación insuficiente en calorías, pero conservando un aporte de proteínas normal, debe cubrir el déficit energético recurriendo a sus depósitos de sustancias grasas y de glúcidos. Simultáneamente la alteración funcional se hace cada vez más acentuada y el estado de distrofia se manifiesta por una respuesta funcional cada vez más deficiente frente a las noxas ambientales. En estas condiciones el organismo llega a la necesidad de utilizar un porcentaje muy grande de proteínas con fines energéticos, lo que conduce al agotamiento protéico. Como consecuencia de este aumento del metabolismo protéico disminuyen las proteínas plasmáticas y musculares configurando el cuadro de la desnutrición protéica y destrucción progresiva de los órganos y tejidos y grave perturbación funcional. La destrucción del protoplasma celular que puede alcanzar a cualquier órgano o sistema se manifiesta generalmente con la disminución de las proteínas plasmáticas y de los glóbulos rojos con lo que el volumen sanguíneo se reduce considerablemente. Con esta

producen con mayor o menor rapidez una vez elimina
da la causa. La estructura celular y tisular se man
tiene íntegra y el organismo es capaz de hacer la
reparación por los mecanismos fisiológicos. En cam
bio en la 3ª etapa, al agotamiento de las reservas
activadoras y energéticas se agregan la desnutrición
protéica, la deshidratación y la desmineralización.
Hay eliminación urinaria del N.K. y creatinina, hi-
poproteïnemia, emaciación, inversión de las proteí-
nas orgánicas desaparición del glucógeno hepático
muscular, que traducen la destrucción celular.

La resistencia a las infecciones es mínima
y las modificaciones dietéticas determinan graves
episodios de vómitos y diarreas con gran deshidra-
tación y tendencia al shock e hipotermia. El tras-
torno es difícilmente reversible y la recuperación
es lenta a pesar de la terapéutica adecuada. Lo ca-
racterístico de esta etapa es la pérdida parcial o
total de la capacidad de reacción compensadora, la
perturbación de la estructura celular y la desorga-
nización de los procesos enzimáticos que hacen insu
ficientes los mecanismos fisiológicos normales para
restablecer la normalidad.

Debemos agregar, que se presentan estados de

distrofia en que no hay desnutrición y sí un estado de aparente normalidad. Son las distrofias en más u obesidad. Niños sometidos a regímenes alimenticios excesivos en cantidades inapropiados en calidad, que ante una agresión ambiental, infecciosa, tóxica o climática sufren en su organismo desequilibrios catastróficos de expresión clínica variable: a veces el desequilibrio ácido-base, otras veces la grave evolución de las infecciones revelan el mal estado del organismo.

LOS FACTORES DISTROFIANTES EN LA CLINICA.-

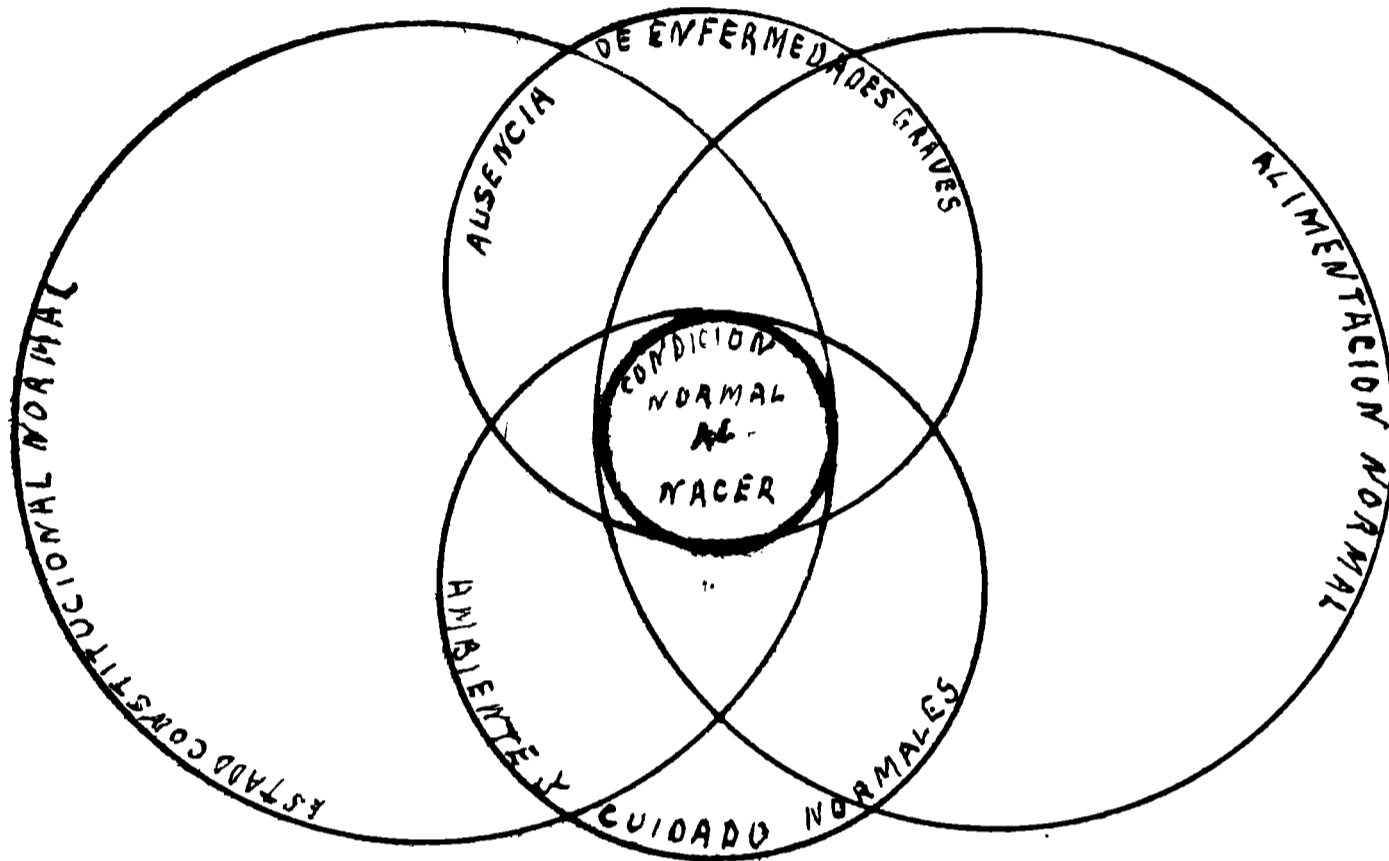
Bajo la influencia de factores etiológicos que algunas veces nacen con el niño y otras veces tienen su origen en el medio ambiente o en la alimentación, se altera el proceso normal de formación y diferenciación celular de perfeccionamiento y adquisición de nuevas funciones. El estudio de estos factores etiológicos nos permite reunirlos en dos grupos:

Factores endógenos { 1° Condiciones de nacimiento.
{ 2° Constitución.

Factores exógenos { 1° Alimentación.
{ 2° Infecciones.
{ 3° Ambiente.

A continuación desarrollaremos una por una

las partes de este cuadro que Schweizer hace gráfico con su conocido esquema:



Factores endógenos.- 1º Condiciones de nacimiento:
el lactante que nace de término, en un parto normal, con peso y talla normales, con las expresiones de una vitalidad normal, es decir, el lactante que nace euóntico, tiene las mayores probabilidades de conservarse euóntico si su constitución es normal, si su alimentación, ambiente y cuidados son adecuados y si está libre de infecciones. En cambio, se hacen disónticos con frecuencia los lactantes que nacen prematuros, por consiguiente, en estado de madurez, así como cuando nacen con menos de 2500 gramos, aun que hallan llegado al término de la gestación. Es mejor decir que ya nacen disónticos a que se vuelven

disónticos y principalmente si presentan el estado de debilidad congénita que Pfaundler denomina debilidad vital. Entre ellos hay unos que nacen con peso menor respecto a la talla que presentan y que corresponde a su edad intrauterina, y están casi desprovistos de panículo adiposo, es decir, con estado distrófico, al que se añade un estado disérgico de diversa intensidad y que se manifiesta por su incapacidad de regular su temperatura, por su incapacidad de succionar debidamente, por su vulnerabilidad extrema a las infecciones, por su dificultad para desarrollarse mostrando una tendencia marcada a presentar anemia, raquitismo, tetania, retardos de desarrollos psíquicos, etc. Otros prematuros y débiles congénitos que nacen con menos de 2000 gramos presentan el aspecto de los distróficos graves y sucumben en gran proporción; los únicos que sobreviven, por obra de la abnegada dedicación de las cuidadoras y de una meticulosa alimentación, no suelen conseguir desarrollarse sino después de tropiezos repetitidos, siendo excepcional que alcancen la euontia. Son factores de estos estados de disontias del recién nacido, las enfermedades de la madre: de carácter tóxico o infeccioso, los traumatismos obstétricos, que tratándose de prematuros y débiles no requieren una

intensidad anormal para originar las hemorragias que dominan su patología y que afectan con frecuencia el sistema nervioso central y sus envolturas, así como las suprarrenales, el hígado, etc, debido a la fragilidad vascular dependiente de la inmadurez misma o de las causas productoras de la inmadurez patológica. Constituyen la excepción un pequeño grupo de prematuros, que si bien nacen con talla y peso hipo-normales presentan los caracteres de la euentia: su peso y talla guardan las proporciones normales, tienen la piel sana, evidencian gran vitalidad en sus ágiles movimientos y fuertes gritos. Lógicamente progresan en forma rápida y llegan a duplicar su peso en el término de tres meses. Son lactantes prematuros euónticos aunque hallan nacido antes de término y a los que Carreño clasifica con acierto como prematuros accidentales.

Otras veces el recién nacido presenta vicios del desarrollo, verdaderas malformaciones congénitas, como ocurre con el riñón poliquístico o en una cardiopatía, procesos que se pondrán de manifiesto a los pocos meses de evolución, a medida que las exigencias funcionales sean cada vez mayores y que a veces son incompatibles con la vida.

Constitución: un lactante es considerado de buena constitución cuando colocado en condiciones de ambiente adecuado a su especie y edad, posee la capacidad vital y la energía funcional necesaria para llevar a buen término el crecimiento y desarrollo que lo ha de conducir a la madurez. Pero no todos los lactantes se comportan de la misma manera frente a los estímulos del medio ambiente: así como se observan algunos que se desarrollan normalmente bajo el régimen de alimentación artificial, aún después de haber tenido que soportar la acción de algunas fallas de su cuidado y de su ambiente, que no muestran propensión muy señalada para contraer infecciones de las llamadas banales y que si las contraen realizan una evolución benigna y se reponen rápidamente, se observan otros lactantes cuyo desarrollo se realiza de un modo diferente al de los anteriores, en las mismas circunstancias mencionadas, y caen fácilmente en distrofia acompañada de disergia que se manifiesta por diarrea, estado infeccioso de evolución grave, etc,. Son lactantes de mala constitución que pierden con facilidad su eutrofia y su energía por la acción de noxas leves. De esto se desprende que la aptitud reaccional individual difiere en cada niño y explica su distinta manera de comportar

se frente a los estímulos del medio ambiente. Es que cada uno nace con un conjunto de propiedades que le dan su manera característica de reaccionar frente a las excitaciones del ambiente que lo rodea. En esa base constitucional hay un contenido hereditario o adquirido en la vida intrauterina - genotipo - y propiedades formadas en la vida extrauterina - paratipo-. Cuando el impulso vital inherente al organismo es deficiente, por ejemplo el caso de los lactantes que aún bajo el régimen de la lactancia natural son sensibles a la acción de factores exógenos de leve intensidad, que provocan alteraciones llamativas de diversos órganos y aparatos, debe admitirse que esos lactantes tienen una acentuadísima susceptibilidad individual, que deriva de una mala constitución, de una anomalía constitucional. En este caso nos encontraremos ante un lactante en inferioridad biológica para hacer frente a la lucha por la vida, y la detención, retroceso, o desviación del proceso normal de crecimiento y de maduración funcional tendrá su origen congénito y el estado disóntico podrá ser atribuido a la constitución anormal.-

Por otra parte, es claro que cuando las noxas exógenas actúan con suficiente intensidad sobre lac

tantes de constitución normal, producen la alteración de la estabilidad trófica, que se aprecia en los estados de distrofia que determinan y que se acompañan de manifestaciones de disergia, de diverso grado. Tales son los casos de una alimentación láctea-artificial sin agregados o la alimentación exclusiva con farináceos; las infecciones, a las que no es inmune ningún individuo de la especie humana a ninguna edad, como la gripe, disenterías bacilares, etc.; los casos de lactantes de buena constitución que se vuelven disónticos por la acción de evidentes faltas de cuidados, o por efecto de marcadas fallas de su ambiente físico.

Anotemos también que cuando se logra que las noxas exógenas no actúen sobre los lactantes de constitución anómala, éstos se conservan en eutrofia casi perfecta y con ausencia de manifestaciones disérgicas. Tal es el caso de un lactante asmático y eczematoso que ha podido permanecer en un buen ambiente físico y en el que se ha hecho una correcta profilaxis de las infecciones gripales. Dicho niño puede así conservarse eutrófico y sin manifestaciones disérgicas.-

Todos estos hechos mencionados, nos permiten afirmar categóricamente que así como los conceptos

de buena constitución y euentia no pueden tenerse como idénticos, tampoco pueden tenerse como idénticos los conceptos de mala constitución y de disontia.-

Existen expresiones de la anomalía constitucional que pueden manifestarse en la esfera diferente a la nutritiva propiamente dicha y que pueden preceder a las alteraciones del precimiento. Se trata de insuficiencias funcionales perfectamente compatibles con la vida que sólo se conocen con motivo de grandes esfuerzos o enfermedades, como ocurre con las diátesis y estados de hiperexcitabilidad vegetativa, en que las reacciones anormales y desproporcionadas a la intensidad del estímulo, resultan nocivas para la buena armonía funcional.-

Las manifestaciones diatésicas se agrupan en conjuntos que comprenden los distintos aparatos o sistemas. Así se ha podido aislar la diátesis exudativa, que se expresa por manifestaciones del tegumento interno y externo y por sus repercusiones sobre el sistema linfático tributario; la diátesis neuropática que se expresa por manifestaciones del sistema nervioso; la diátesis timolinfática hiperplásica que se expresa por la hiperplasia del teji-

de linfático adenoideo de la faringe, del bazo del timo y por la hipoplasia del sistema cromafínico, a la vez que del corazón y de las arterias.-

En muchos casos, las alteraciones del estado de la nutrición llegan a ser predominantes en el conjunto de las manifestaciones diatésicas, apenas aparentes, cuyo predominio ha conducido a aceptar una diátesis en la labilidad trófica o trofolabilidad, que se refiere precisamente a la situaciones de lactantes que sometidos a un buen régimen alimenticio, con el que unos prosperan - los trofoestables- no prosperan o prosperan con dificultad -los trofolábiles.-

Las variaciones de la constitución orgánica del lactante se presentan sin alteraciones de la armonía de las proporciones que los distintos segmentos guardan normalmente entre sí, en la hipoplasia y en el gigantismo del lactante; en otros casos presentan desarmonía de las proporciones de los segmentos entre sí en la acondroplasia y en la aracnodactilia, esta última muy poco frecuente.-

En otros casos las anomalías constitucionales atañen a determinados tejidos, órganos e aparatos, observándose variaciones de la imbibición de la

piel, o de la descamación epidérmica, o del pánículo célu-
lo-adiposo, cuyo espesor y consistencia se
presentan aumentados, o de los órganos linfáticos
que están hiperplasiados, etc.-

Las anomalías de la constitución corporal y
la de los tejidos, órganos y aparatos que hemos en-
numerado pueden acompañarse de trastornos funcionales,
pero sin que de ellos participen los procesos nutri-
tivos, cuya normalidad permite que la disminución
armónica de todas las medidas de los hipoplásicos
desaparezca paulatinamente, de modo que el niño va-
ya acercándose a sus medidas normales y llegue a
alcanzarlas.-

De lo dicho se deduce que las anomalías somá-
ticas generales no pueden servir para atribuir al
lactante un estado de debilidad funcional de carác-
ter congénito y que incluye también a las funciones
nutritivas.-

Factores exógenos: 1º) Alimentación: el alimento
del lactante debe tener la composición requerida por
las exigencias del organismo en crecimiento y debe
serle suministrado en la cantidad exigida necesaria
para su sostenimiento y crecimiento, además de las
cuotas de deterioro y de trabajo. Cuando el niño nor

malmente constituido recibe desde el nacimiento una alimentación que reúna las condiciones arriba mencionadas, el proceso de crecimiento y de maduración evolutiva de sus funciones se realiza normalmente.- La nutrición, que tiene por finalidad la incorporación de la materia al organismo y su utilización para la conservación de la vida, se cumple convenientemente y el organismo mantiene el equilibrio nutritivo, presentando los atributos del estado de salud. Este complicado proceso que tiene mayor trascendencia en el lactante, ser en plena transformación, necesita que el organismo reciba una alimentación apropiada. De esta manera, el balance equilibrado entre el aporte de sustancias alimenticias y el gasto necesario para cumplir con su doble misión plástica y energética, unido a un impulso vital normal, significará la conservación y la preservación del estado de salud y un organismo con desarrollo fisiológico.-

La alimentación es inapropiada: 1º) por el aporte insuficiente de los elementos estructurales, activadores y energéticos. 2º) cuando existe una deficiencia constitucional o adquirida de los mecanismos humorales, enzimáticos o físico-químico, encar-

gados de su utilización, digestión, absorción, metabolismo intermedio. 3º) Por exigencias funcionales desproporcionadas.-

Así por ejemplo, la falta de cualquiera de las sustancias activadoras es vital para el proceso nutritivo. En el caso particular de las vitaminas, se ha demostrado que su misión en el régimen alimenticio es proveer las sustancias activadoras necesarias para la elaboración de las coenzimas integrantes de los principales sistemas enzimáticos.- La desnutrición proteica representa además de la falta de materiales plásticos para el proceso de aposición celular, también la de aminoácidos indispensables para la formación de fermentos y hormonas. La situación resultante del aporte insuficiente de estas sustancias, cualquiera que sea la causa, será una disminución de la actividad funcional, clínicamente exteriorizada por un descenso del índice de inmunidad y resistencia a las infecciones, o una anorexia rebelde, o trastornos de la absorción intestinal o una detención del crecimiento, o una anemia, todas alteraciones funcionales vitales en que la actividad enzimática es primordial.

La alimentación es también inapropiada cuando no se adapta a la capacidad de los mecanismos enzi-

náticos, humorales y físico-químicos empleados en su utilización. No basta por lo tanto la provisión de una alimentación teóricamente perfecta, sino que ella además debe adaptarse a las exigencias funcionales de ese organismo. En caso de que el niño acusase fallas inherentes a su propio organismo, por ejemplo anomalías constitucionales, trastornos neuroendocrinos, lógicamente que la "transformación de energía" será insuficiente con lo que el crecimiento y desarrollo sufrirá una detención o retroceso,-

Otro factor a tener en cuenta en la alimentación para que resulte apropiada es que el consumo de energía empleado en la elaboración de las sustancias alimenticias se encuentre en relación con la capacidad vital individual. Este consumo de energías es a veces excesivo y repercute desfavorablemente en la salud de lactantes inmaduros, alimentados artificialmente que necesitan un período de adaptación funcional.

El lactante alimentado con leche de madre, consume energías en una proporción de ocho veces que si utiliza leche de vaca. De ahí entonces que el sobrante de energías para las otras necesidades

es mayor en la lactancia natural que en la artificial y que las estadísticas de morbilidad y mortalidad en ambos tipos de crianza, demuestran una menor vulnerabilidad en los alimentados a pecho.-

También debemos considerar el quantum de trabajo que el alimento va a exigir, porque el exceso de trabajo lleva a la alteración de los órganos, de graves consecuencias. Por ejemplo: La secreción de bilis en el niño criado a pecho es la décima parte de la del adulto y en el niño criado con leche de vaca es el tercio; es decir que por litro de bilis del adulto, el niño a pecho debe fabricar 100 cm. y el criado artificialmente 300. Como esto, ocurre igualmente con las otras secreciones, es fácil darse una idea de lo que la alimentación heteróloga significa como exceso de trabajo.

Otro punto a analizar es la flora intestinal que varía según el alimento: el niño criado a pecho desarrolla un medio intestinal ácido donde vive el bacilo bifidus comunis, saprófito permanente y que economiza vitamina B¹ en el organismo. El lactante alimentado artificialmente tiene un medio intestinal alcalino que favorece el desarrollo del coli, que presenta cepas saprófitas permanentes, patógenas faculta

tivas y patógenas permanentes. Estos hechos tan bien conocido de antiguo, a veces se olvidan con frecuencia y es así como la causa de la mortalidad grande en débiles congénitos, es la infección, y nó la que viene de afuera sinó la del medio intestinal, por la alimentación heteróloga a la que están sometidos estos lactantes. De ahí que Bessau insistiera tanto en la búsqueda de un alimento que produjera un medio intestinal ácido donde prospera el bacilo bifidus.

De todo lo expuesto deducimos que la noción de la existencia de alimentos específicamente indispensables para mantener la estructura física-química del organismo, el mejor conocimiento de los mecanismos enzimáticos y de las etapas del metabolismo intermedio han permitido apreciar la importancia de los distintos componentes de la ración alimenticia. Actualmente, el médico debe determinar las causas por las cuales el aporte de sustancias estructurales y energéticas es insuficiente o su utilización deficiente, sin buscar "el daño por alimento" o medir exclusivamente el valor calórico de la ración, que fueron bases conceptuales de otros tiempos y que sirvieron de apoyo a la terapéutica de los trastornos nutritivos.

2º) Infecciones: la infección es junto con la hipoalimentación, la causa mas frecuente de distrofia. La armonia funcional que caracteriza al organismo eutrófico y que resulta de la perfecta coordinación e adaptación entre una capacidad vital, constitucionalmente normal, y una alimentación apropiada es perturbada o desviada por la influencia de las infecciones. Las enfermedades, principalmente toxoinfecciosas, actúan como reactivos para poner de manifiesto el grado de maduración y adaptación alcanzado por el organismo o la aptitud de la alteración funcional. Es el caso del lactante a pecho en quien las enfermedades generalmente curan sin mayores consecuencias, mientras que por el contrario en el niño distrófico adquieren una gravedad y frecuencia condicionada por una escasa aptitud defensiva que es la expresión de una inferioridad biológica constitucional o de una alimentación inadecuada. Si su papel es primario o secundario en el desarrollo de la distrofia es difícil determinarlo y por otra parte no tiene gran importancia práctica. Pero sí conviene destacar el hecho que todo estado infeccioso adquiere importancia como expresión de un trastorno de la maduración funcional y adaptación al medio ambiente y

constituye un valioso exponente del estado del organismo: por ejemplo la predisposición a las infecciones del distrófico, traduce el déficit funcional de los mecanismos inmunológicos que dependen de la formación de anticuerpos, de la inflamación local, y de la actividad del sistema retículoendotelial.-

La observación clínica establece la frecuencia con que las infecciones alteran el estado nutricional en grado desmedido respecto de la gravedad inicial del estado infeccioso mismo, notándose como una característica del lactante ante las noxas infecciosas una reacción general de conjunto, con un aspecto de relativa uniformidad, cualquiera que vaya a resultar la localización ulterior, pues la fiebre, los vómitos y la diarrea con deshidratación y que a veces se acompaña de síndrome tóxico, pueden iniciar una gripe que va a terminar en bronconeumonía, en otitis media, o puede iniciar una cistopielitis o una disentería que luego llegan a evidenciarse. Esta característica anotada crea muchas situaciones de dificultades en el diagnóstico.-

Cabe destacar también que la observación clínica establece que las infecciones leves también alteran con frecuencia el estado nutritivo y que, aún

después de haber transcurrido pueden dejar al organismo del lactante con evidentes dificultades para reanudar su progreso.-

3º) Ambiente: los factores ambientales: influencia del calor, el grado de humedad y de renovación del aire, la presión barométrica, y demás componentes del clima, así como la falta de una estimulación psíquica y cuidados apropiados, que Variot llama acuria, por negligencia, por incultura, por incomprensión, por miseria, etc., desempeñan un papel destacado en la producción de las distrofias.-

Las mayores precauciones tendientes a evitar que los lactantes contraigan infecciones mediante la aplicación de medidas de higiene rigurosas y suministro de una alimentación racional que manteniendo la euontia sostenga la resistencia normal a las infecciones, no darán el resultado esperado si no se acompañan del cumplimiento de las exigencias requeridas por el ambiente en que debe vivir el lactante.

La observación realizada en gran escala en los asilos de lactantes, ha demostrado que para obtener y mantener la euontia del lactante son necesarias: una buen aereación, la acción de la luz natural y el asoleamiento racional de los locales don-

de pasa el niño la mayor parte del día, sin omitir procurarle el beneficio de la mayor permanencia posible al aire libre.

Pero además del cuidado físico, también tiene su importancia el cuidado psíquico del lactante dependiente de la conducta de su cuidadora, quien no debe olvidar que el hecho de incomodar al niño puede perturbar su sueño, lo que repercute sobre su apetito y sobre su nutrición.

Otro factor a considerar, aunque sólo sea en forma breve, es el "hospitalismo", que en la actualidad ha perdido ^{las} terribles proyecciones, que comentaba Filskentein en su conocido libro. Por "hospitalismo" se ha venido entendiendo la acción distrofiante y su consecuencia, la elevada mortalidad, que ejercía la prolongada permanencia de los lactantes en el medio nosocomial. Como causas más importantes del "hospitalismo" se consideran: la infección y la alimentación inadecuada, determinantes evitables en la hora actual, locales inadecuados, clima inadecuado, falta de higiene individual y colectiva, falta de preparación científica del personal, inmovilidad en la cama y falta de estímulos psíquicos o inanición psíquica, a quien Beranguer le asigna un papel principal.

BREVES CONSIDERACIONES ACERCA DEL ESTADO ACTUAL DE
LOS CONCEPTOS ETIOLÓGICOS DE LAS DISTROFIAS.

En la actualidad son dos las teorías conceptuales acerca de la etiología de las distrofias: la 1º considera a la distrofia como una situación o es tado al cual se llega por distintos caminos y se de be a diversas causas, lo que comporta la investiga ción de las mismas para realizar el tratamiento correcto.-

Frente a este criterio clásico la doctrina de la carencia, defendida por Garrahan, llega a la con clusión de que las distrofias del lactante son esen cialmente de causa carencial y es así como se com prueba que si el niño (aún de pocos meses) es debi damente alimentado y cuidado, si es tratado conve nientemente cuando enferma (es decir si es tratado sin prolongar la carencia), excepcionalmente presen ta trastornos nutritivos. Esto no significa restar le importancia a la intervención de la infección en primer término y la de los otros factores. Gar rrahan expresa su concepción pediátrica de esta manera: " la distrofia es una desnutrición por ca rencia alimenticia primitivamente exógena, agrava da frecuentemente por otros factores (infección,

constitución etc.) que perturbaban la ingestión o el aprovechamiento del alimento. Es pues una perturbación de la nutrición por alimentación defectuosa".

Aceptando una u otra teoría creemos necesario destacar la importancia del factor alimenticio en la producción de las distrofias, ya sea cuando actúa aisladamente, ya sea cuando aparezca en primer plano la acción de los demás factores con los que el factor alimenticio actúa conjuntamente, pero con menor evidencia. En su intervención tan amplia y tan diversa descuella el papel de la insuficiencia, ya sea de todos o solamente de alguno o de varios de los componentes alimenticios fundamentales o complementarios.

ASPECTO MEDICO SOCIAL DE LAS DISTROFIAS

Del análisis de las distintas causas que intervienen en la producción de las distrofias surge lo siguiente: que las causas endógenas, factores constitucionales y congénitos (sobre los que se insertan factores alimenticios o factores infecciosos o los dos a la vez) representan una mínima parte con respecto a las otras causas, como podremos apreciar en las

estadísticas más abajo presentadas.

Que entre las causas exógenas el peligro alimenticio (alimentación artificial, defectos de carácter cualitativo y cuantitativo) y el peligro infeccioso (infecciones del árbol respiratorio, trastornos nutritivos agudos, otitis, pielitis, etc.) si bien representan el grupo de causas más numerosas podemos afirmar que en la hora actual no constituyen un problema sin solución, pues estamos en condiciones de luchar contra ellas: contra el peligro alimenticio con la alimentación dirigida y bien reglada y contra el peligro infeccioso por la acción profiláctica y con los modernos medios terapéuticos.

Que las condiciones bio-sociales desfavorables (mala vivienda, salario insuficiente, ignorancia, falta de cuidados, ilegitimidad, etc.) juegan un papel preponderante en la producción de las distrofias y crean un problema arduo y complejo a resolver.

Estas apreciaciones han sido reconocidas por la mayoría de los autores y todos coinciden en que la distrofia es una enfermedad de los lactantes y niños pequeños de ambientes donde la situación económica es estrecha y la cultura es escasa o nula.

A nivel social y económico más bajo corresponde una mayor frecuencia y un grado más avanzado de distro
fia.

Con el objeto de conocer los factores sociales que condicionan la desnutrición en los niños, se llevó a cabo hace algún tiempo a iniciativa del profesor peruano Krumedieck una encuesta que contem
plaba lo más detalladamente posible las condiciones bio-sociales de estos enfermos. Dicha encuesta se realizó por medio de una ficha social encaminada a investigar en todos los lactantes hospitalizados: sus datos familiares, grado de cultura de los pa
dres, condiciones dependientes del hogar y de la vi
vienda, situación económica de la familia, asisten
cia obstétrica recibida por la mádre, estado de salud del niño en el momento del nacim
iento, género de alimentación a que estuvo sometido y por último apoyo social recibido. Los datos que a continuación señalaremos se refieren a 136 casos.

Condición civil

El índice de ilegitimidad es elevado: alcanza al 67 % de los casos estudiados. Todos los sociólogos del mundo están de acuerdo en señalar como una de las causas principales de morbilidad y de

mortalidad infantil, la ilegitimidad, puesto que ello implica dificultades materiales que repercuten directamente sobre la salud y la vida del niño.-

Grado de cultura

La influencia que tiene el grado de cultura y la moralidad de los padres de familia en el normal desarrollo de sus hijos, depende de que cuanto mejor preparación tienen, sobre todo la madre, se encuentran en mejores condiciones para poner en práctica los preceptos de la higiene prenatal y de la puericultura, que tanto benefician al niño.

Se han agrupado en 5 categorías, de acuerdo al grado de cultura, los padres investigados, habiéndose obtenido los siguientes resultados:

Analfabetos	12 %
Instrucción elemental...	27 %
Instrucción primaria ...	53 %
Instrucción secundaria..	8 %
Instrucción superior....	1 %

lo que significa que más de la mitad de las familias estudiadas tienen instrucción primaria, mientras que la cuarta parte sólo tiene cultura elemental. Una décima parte aproximadamente han cursado algún año de instrucción secundaria y una proporción

Muy semejante corresponde a la de los analfabetos.

Relacionando el abandono del hogar con el grado de cultura, se ha podido comprobar, que el abandono del hogar es tanto más frecuente cuanto menor es el grado de cultura de los padres.

Vivienda

De las 136 familias examinadas:

63 viven en callejones	8 en tiendas
35 en corralones	1 en barranca
14 en casas de vecindad	1 en choza
13 en casas independientes	1 en ranchería de hacienda.

Los callejones están constituidos en su mayor parte por una serie de cuartos mal ventilados, carentes de luz y en los que los numerosos inquilinos que los habitan sólo disfrutan de un servicio de agua para cada 10 familias y un solo desagüe, viviendo casi siempre hacinados y en promiscuidad con animales domésticos. Casi el 50 % de los niños hospitalizados ocupan esta clase de vivienda.

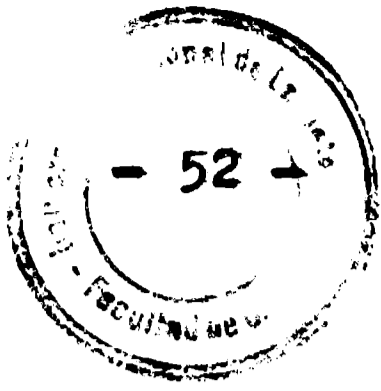
El 25 % de las familias ocupan los corralones. Se trata de terrenos cercados pero sin construir, algunos de ellos ubicados en zonas residenciales. En estos lugares, se construyen viviendas de

techos y tabiques de paja que carecen de ventanas y que como puertas tienen cortinas. Los pisos son de tierra. Casi todos los corralones carecen de agua y ninguno tiene desagüe.

Otro factor de morbilidad y mortalidad infantiles, ligado con el problema de la vivienda, es el hacinamiento. Las 98 familias que viven en callejones y corralones arrojan un promedio de 4 personas por cuarto. Muchos tratadistas señalan que la mortalidad es de 52 por mil en los cuartos ocupados por una sola persona; de 95 por mil en las habitaciones que conviven 2 personas y de 136 por mil en las que se alojan más de 2 individuos. En algunos de los hogares visitados en esta encuesta, se han encontrado hasta 10 personas por habitación, en la mayor promiscuidad con todas las graves consecuencias que son de imaginar.

Sólo 35 de las familias estudiadas viven en casas independientes que reúnen condiciones higiénicas. Estas disponen de 86 habitaciones donde se albergan 180 personas o sea 3 por cuarto.

Merece ser destacado el hecho, de que el 42 % de los niños internados y cuyo hogar fué visitado no tenían cama y dormían en el suelo.



Nacimiento y crianza de los niños

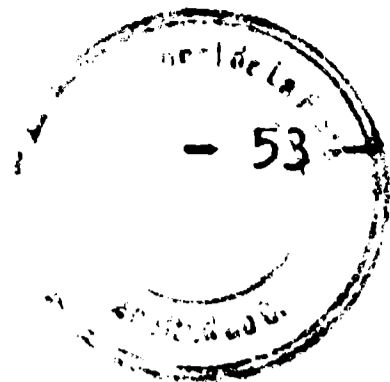
Las condiciones en que tienen lugar el parto y el alumbramiento en las madres de familias de recursos modestos, son las siguientes:

Atendidas en Maternidad	79	58%
Atendidas a domicilio	55	
Sin datos precisos	2	1.5 %
Por obstétrica	20	15 %
Por profanas	35	25 %

Resulta que $\frac{1}{4}$ parte de las madres de la encuesta son atendidas por profanas. Y esto ocurre en la ciudad de Lima que cuenta con una Maternidad, con médicos obstetras, enfermeras capacitadas y parteras competentes. Naturalmente que este índice aumentará en ciudades y pueblos donde ni siquiera hay un servicio de Maternidad ni un obstetra.

La falta de cuidados y la deficiente atención de la mujer en el momento del parto, es una de las principales causas de mortalidad, no sólo del recién nacido sino también de su madre.

Especial interés ofrece también, el estudio relativo al estado en que nacen los niños, Podemos admitir con ciertas reservas, que puede estimarse que una tercera parte de los niños hospitalizados



nacieron con estigmas de debilidad congénita o de prematuridad.

Clase de alimentación

De los 136 niños estudiados sólo en 15 pudo comprobarse que no habían podido ser alimentados por sus madres y que los 131 restantes recibieron alimentación materna exclusiva. En cuanto se refiere a la duración de la lactancia materna exclusiva se registraron las siguientes cifras:

1 mes	27 casos	22.5 %
3 meses	30 casos	25.0 %
6 meses	40 "	33.5 %
9 meses	13 "	11.0 %
12 meses	9 "	8.0 %

Estas cifras demuestran que más del 75 % de las mujeres peruanas de modesta condición pueden criar al pecho a sus hijos y que sólo en una cuarta parte presenta hipogalactia en el primer mes. Podemos apreciar también que el 20% de las madres abusan de la lactancia prolongándola indebidamente como alimentación exclusiva, constituyendo esto uno de los factores causales de la distrofia.

Condición económica

La pobreza y más aún la miseria, implican

privaciones tanto para la madre como para el niño, que son las directamente responsables de los estados distróficos.

En la encuesta realizada sólo se pudo obtener respuestas aceptables en 80 % de las familias, lo que arroja los siguientes resultados: el 30 % de las familias es de condición tan modesta que viven en medio de privaciones y en deplorables condiciones higiénicas.

Más de la tercera parte de las familias viven en condiciones aceptables y está integrada en su mayor parte por trabajadores.

Finalmente, algo menos del 10 % son hogares de nivel económico aceptable y viven en casas que reúnen las más necesarias condiciones higiénicas. Desde el punto de vista cultural ocupan un lugar satisfactorio: se trata generalmente de artesanos, pequeños comerciantes, etc.-

Protección social

De todos los casos estudiados, sólo el 42 % asistió a algún dispensario infantil; el 58 % restante, nunca había asistido a ningún centro materno-infantil, siendo de la creencia de muchas familias de que únicamente se trataba de consultorios

para niños enfermos.

Y es necesario consignar otro dato de interés: del 42 % de los niños concurrentes a los consultorios de lactantes, sólo un 25 % asistieron con asiduidad. En consecuencia, el 75 % de los niños estudiados, no se beneficiaron con los recursos de los distintos organismos creados por el Estado para asegurar la salud de la población infantil. Si anotamos el número de niños que recibió alimentos, diremos que sólo un 18 % obtuvo del Estado un suplemento alimenticio, lo que significa que el 82 % de los niños desnutridos hospitalizados no recibió ningún socorro alimenticio.

En nuestra práctica hemos podido comprobar la veracidad de los hechos apuntados más arriba y es así como en la mayoría de nuestras observaciones a pesar del tratamiento médico correcto las recidivas fueron frecuentes y debidas particularmente al defectuoso ambiente en que vivían los niños.

En efecto: de las visitas domiciliarias efectuadas por nosotros y por otros médico de la Sala 1º del Hospital de Niños de La Plata, se ha procedido a la

confección de la siguiente estadística: en la que se consigna edad, principal causa de distrofia, permanencia en el hospital, condición económico social de la familia y evolución posterior al momento en que fueron dados de alta.

1°) Edad de los niños hospitalizados:

De 0 a 3 meses	65	46,43%
De 3 a 6 meses.....	38	27,15%
De 6 a 12 meses	26	18,57%
Más de 12 meses	11	7,85%
<hr/>		
Total	140	100 %

2°) Principal y más evidente causa distrofiante directa:

	Peligros alimenticios o infecciosos. (combinados)	54
A) Causas exógenas.	Peligro alimenticio preponderante	38
	Peligro infeccioso preponderante	19
	Total	111 79,28%
Causas endógenas.	Prematuros	16
B) (factores constitucionales, y congénitos)	Gemelos y débiles congénitos	11
	Encefalopatías	1

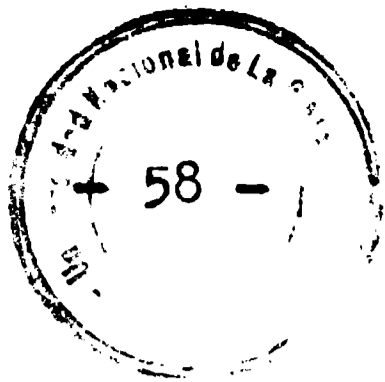


Causas endógenas Malformaciones 1
B)(factores constitucionales
y congénitos) Total29 20,72%

3º) Condiciones bio-sociales estimadas "a posteriori" (causas indirectas)

- a) Condiciones bio-sociales muy malas (vivienda pésima, hacinamiento, falta de higiene graves fallas dietéticas, miseria, ignorancia, etc)..... 20
- b) Condiciones bio-sociales malas (vivienda físicamente mala, hacinamiento, hipocalimentación etc.)..... 56
- c) Condiciones bio-sociales regulares (vivienda físicamente buena pero con hacinamiento, salario insuficiente, fallas dietéticas, etc)..... 42
- d) Madres solteras en servicio doméstico con el hijo 5
- e) Niños abandonados en el hospital que fueron remitidos a la Casa Cuna, por orden judicial 3
- f) Madres inexpertas; fallas alimentarias por desconocimiento o conceptos erróneos. 14

Total 140.-



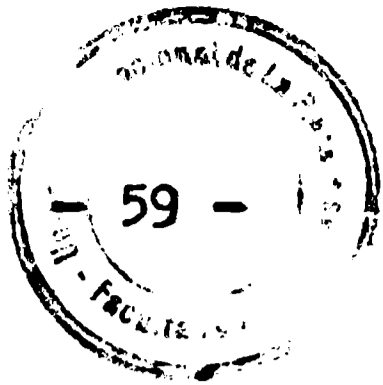
4°) Evolución del niño luego de egresar del hospital (visita domiciliaria)

a) Mejoraron (aumento de peso, tolerancia alimenticia, etc.)	90
b) Siguieron mal (detención del peso, quebrantamiento de la tolerancia alimenticia y a las infecciones, etc.)	12
c) Siguieron regular (mejoría lenta, reingresaron al hospital, etc.).....	30
d) Fallecieron (toxicosis: 3; meningitis: 1; encefalopatías: 1)	5
e) En la Casa Cuna por abandono	<u>3</u>
Total	140

5°) Promedio de internación: 43 días

Estas cifras expresan en forma elocuente que las condiciones bio-sociales desfavorables ya mencionadas, juegan un papel preponderante, preparando el terreno al trastorno nutritivo crónico.

Por lo detallado en la indagación de las características sociales, citaremos como ejemplos concretos las siguientes fichas de la Casa Cuna de la Plata:



Caso N° 1 - Historia N° 643.-

Se trata de un lactante de 7 meses y 8 días que ingresó con un peso de 4570 gr., es decir en mal estado de nutrición, en estado de distrofia. A pesar del correcto tratamiento médico dietético realizado, el niño presentó sucesivas intercurrentías infecciosas, su estado general fué desmejorando: el 27-IV-51 pesaba 4.310 gr.; el 12-IV-51 pesaba 3.570 y el 16-V-51 falleció de bronconeumonía, en estado de atrofia.

Veamos ahora su ficha social, "Solicitud de Admisión" que se indaga a todo lactante que ingresa a la Casa Cuna. En este primer caso presentaremos una ficha impresa completa, para tener una información exacta de la forma en que se consignan los datos sociales de los niños que ingresan. En los casos restantes sólo anotaremos los detalles más importantes de dichas fichas.



Nº 12.63

DIRECCION GENERAL DE ACCION MEDICO-SOCIAL
 DIVISION MATERNIDAD E INFANCIA
 CASA CUNA E INSTITUTO DE PUERICULTURA
 LA PLATA

SOLICITUD DE ADMISION

APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	NACION.	EST. CIVIL	DONDE SE ENCUENTRA
Solicitante: S. F. B.	27 años	arg	soltera	La Plata, calle N°
Padre: M. R.	30 "	"	soltero	fallecido
Madre: S. F. B.	27 "	"	soltera	
Niño: J. A. B.	6 1/2 meses			Fecha de nacimiento:

Domicilio del solicitante: Calle N° La Plata Teléfono: _____

Qué solicita: internar a su hijo

¿Por cuánto tiempo? Hasta que cumpla 3 años. Limite de edad para la permanencia del niño en la Casa Cuna

Causas que motivan el pedido: La criatura es hijo natural de M. R. (soltero) con quien convivia. Este falleció hace 3 meses quedando en la indigencia. Tiene otras 4 criaturas hijas de su anterior concubino. Debe trabajar para su bienestar las necesidades primarias de vida. Vive actualmente con una hermana casada.

Fecha: 17 de marzo de 1941 S. F. B.

Firma del Solicitante

A ruego (por no saber hacerlo, firma el testigo). Nombre: _____

Domicilio: _____

ENCUESTA SOCIAL

PADRE (estado de salud): M. R. falleció hace 3 meses. Era cardíaco.

MADRE (estado de salud): Aparentemente sana

Embarazos: Abortos (causas): niéps

Partos: Normales Prematuros _____ Distócicos _____

HERMANOS (nombre y edad): T. O. O. de 8 años ¿A cargo de quién? Tío materno

T. O. de 10 "

M. O. de 7 "

M. O. de 4 "

OTROS CONVIVIENTES: O. B. de P. (hermana de la recurrente) su esposo y 2 hijos

Edades: 27 años, 2 años, 1 año Estado de salud: en la actualidad sanos.

Familiares fallecidos (edad y causa): _____

Domicilio de los parientes más cercanos _____

La recurrente vive con su hermana casada O. B. cuya casa comparten las 2 familias) en la Calle N° cuyo domicilio da como propio.

VIVIENDA

Propia: no Alquilada: si Familiar: si Compartida: no Inquilinato: no
Tipo de construcción: de material y pisos de portland
Número de piezas: 2 Destino: comedor y dormitorio
Acceso de luz: suficiente Ventilación: suficiente
Dimensiones de los dormitorios: 1º (4 x 3,7) Hacinamiento: 10 x 1
Número de camas: 2 p. trapos y colchones en el suelo Número de personas por cama: ?
Número de personas por dormitorio (menores de 15 años): Mujeres 4 Varones 3
Número de personas por dormitorio (mayores de 15 años): Mujeres 2 Varones 1
Cocina (dimensiones y tipo): 2 x 2 fogón y calentados Utensilios: insuficientes
Baño: - W. C.: letrina
Hábitos higiénicos: desaseada

ALIMENTACION

(CANTIDADES QUE CONSUMEN POR DÍA)

Leche: al Pan: 2 kg. Carne: 2 kg. Azúcar: 1/2 kg. Papas: 2 kg. Huevos: 2 veces
Otras verduras: para el puchero Fruta: de la estación (2 veces) Vino: no
Cocinan o improvisan las comidas: cocinan Regularidad del horario: 4 veces

VESTIDO

Ropa de vestir: insuficiente De cama: insuficiente Calzado: insuficiente
Aseo: mal Conservación: mal

NIVEL ECONOMICO - CULTURAL Y ASISTENCIA SOCIAL

Clase de trabajo e ingresos: El cuñado de la Sra. es agente de policía 300\$

Salidas: Alq.: - Alim.: - Ropas: - Bebidas: - Divers.: - Varios: -

Grado instrucción: (madre) curso 2º grado (padre) -

Asistencia social: ¿De qué institución la reciben? -

En qué consiste: -

OBSERVACIONES: Hace 3 meses falleció el Sr. R., padre del menor de los hijos. La Sra. B. tiene a su cargo los 5 hijos, su hermana le cuida los niños durante las horas que ella concurra al trabajo, pero no puede atender al más pequeño por razones de salud. Ella motiva el pedido de internación presentado a nuestro Servicio Social.

OPINIÓN DE LA VISITADORA SOCIAL: Considerando que la Sra. B. no puede atender debidamente su hijo, se acepta su internación. Fecha: Marzo de 1951

Firma de la Visitadora Social

INSTRUCCIONES.— N° de camas: Se refiere a las que hay en cada habitación y el tipo; así por ej.: 2* (1p, 1p, 2p), significa que en la segunda habitación hay tres camas, dos de una plaza y otra de dos plazas.— N° de personas por cama: Se indicará el número de personas que duermen en cada cama, de acuerdo con el orden seguido en la enumeración de las camas por habitación; verbigracia, en el ejemplo dado anteriormente podrá ser 2* (2, 1, 2), lo que significa que en las tres camas de la segunda habitación duermen 2, 1 y 2 personas, respectivamente.

Caso 2 N° de Historia 544

Lactante de 9 días que ingresa el 7-XII-49 con 2.970 gr. de peso, en discreto estado de nutrición. Enseguida de su internación se le suministra leche de madre y Adexolín 5 gotas.

A los 20 días de su ingreso acusa diarrea y 38 grados de temperatura; el peso baja a 2.830 grs.; horas más tarde se agregan vómitos; deshidratación creciente, obnubilación del sensorio. Se lo trata con plasma, penicilina, coramina y vitamina $\frac{5}{c}$. A pesar de todo la distrofia cada vez es mayor, el peso cae a 2.580 y fallece de toxicosis.

En este caso se aprecia la acción distrofiante de la internación en un recién nacido privado de la alimentación materna debido a una psicosis puerperal de la madre, y cuyo estado de nutrición al ingreso era sólo discreto.

Síntesis de la Ficha Social

La internación de este niño de 9 días fué solicitada por su padre (J.C.I de 27 años) por cuanto la madre del niño sufrió una psicosis puerperal que obliga a su internación en un establecimiento adecuado.

El matrimonio, tiene otros 2 hijos de 5 años y de 19 meses. El recurrente no tiene en La Plata

familiares que puedan cuidar del niño, y vive con sus 2 hijos mayores.

Habita una vivienda de madera compuesta por una habitación grande (6 x 4 metros) destinada a dormitorio y comedor a la vez; una cocina (2 x 3 metros) con fogón y un retrete sin cañacas. Regulares hábitos higiénicos.

El solicitante es oficial mecánico y sus entradas regulares ascienden a \$ 600 mensuales. Ha cursado hasta tercer grado de la escuela primaria.

Vista la situación social del recurrente se considera de urgencia la internación de la criatura y al propio tiempo el Servicio Social realiza gestiones para que los abuelos maternos, que residen en Gral. Belgrano se hagan cargo de los otros dos niños.

Caso 3- Historia N° 548

Lactante que ingresa de 14 días de edad, en mal estado de nutrición, sin pánículo adiposo y con un peso de 2.400 gr. Sufría un episodio de vómitos y diarrea; abundante muguet.

Se le instituye adecuada alimentación y medi-

caación. Recupera algo de peso llegando a 2.600 gr. pero pronto reaparecen la diarrea y los vómitos. El estado distrófico se acentúa; hay marcada hipotermia; se prescribe plasma antibióticos, oxígeno y coramina. No reacciona y fallece al mes de su ingreso.

Síntesis de la Ficha Social

El ingreso de esta criatura fué gestionado por la madre, soltera, que vivía en concubinato con un hombre casado. Se trataba pues de un niño adulterino. Al nacer el niño, el padre abandona a la madre, dejándola con 4 hijos. La mujer carece de recursos para subvenir a las necesidades primarias de su vida y debe emplearse como sirvienta, acompañada de los 2 niños mayores mientras que los 2 más pequeños ingresan a La Casa Cuna. La solicitante es analfabeta, reúne condiciones de aseo personal buenas pero carece de calzado, ropa de cama, etc. y su alimentación es insuficiente. Como nodriza no puede alimentar al niño por acusar hipogalactia.

Caso 4. Historia N° 652.

Niña de 2.890 gr. de peso, que ingresa a los 9 días



de edad, en regular estado de nutrición y con 3 ó 4 deposiciones diarias. Se alimenta con babeurre.

A los 10 días del ingreso aparecen vómitos, diarrea y temperatura; es medicado con antibiótico y plasma. Cede el cuadro agudo pero el paso se mantiene estacionario.

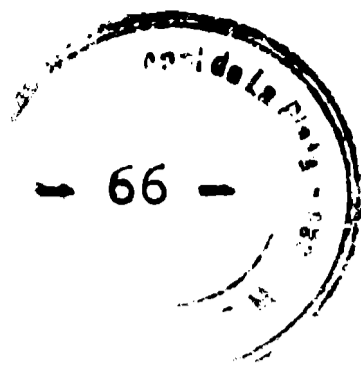
A los 23 días el peso es de 2.910 grs. y comienza a descender, manteniéndose normales las deposiciones; se alimenta mal, el estado general empeora y al mes pesa 2.600 grs. Fallece al mes y medio.-

Síntesis de la Ficha Social

La madre del niño es soltera, de 28 años de edad, analfabeta, sordomuda, ignorándose quien es el padre de la criatura. El ingreso es solicitado por un hermano de la madre (a su vez casado y con 2 hijos) que hospeda momentáneamente, a su hermana sordomuda, en su casa. Vive en un pueblo cercano a Bs. As. en una casa de una sola habitación de 4 x 4 metros ocupada por 5 personas (3 mayores y 2 niños).

Se solicita el ingreso por la incapacidad de la madre para cuidar a su hija y por las preca-

rias condiciones económicas de los tíos no permiten la adecuada crianza de la pequeña. El Servicio Social considera urgente su internación.-



Confirmando que la etiología de la distrofia tiene sus raíces en los males sociales, se tiene el hecho que en la clientela privada la distrofia constituye la excepción, mientras que en el hospital alcanza el 80 % de los niños que ingresan, como bien lo traducen las investigaciones llevadas a cabo por la Dra. Saldún Rodríguez y Portillo en sectores de la población de Montevideo.

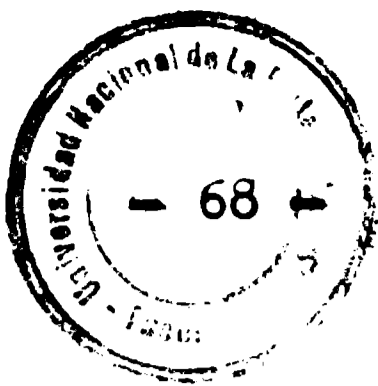
Se deduce de todas estas consideraciones que la asistencia puramente médica influye muy poco en la curación y la prevención de las distrofias, pues su acción se limita a tratamientos individuales y paliativos que sólo benefician transitoriamente a unos pocos niños dentro del enorme grupo de población distrófica. El problema del distrófico debe pues abarcarse en conjunto y comprender no sólo el aspecto médico sino también el higiénico económico-~~higiénico~~-social y el educativo.

En primer término el aspecto higiénico-económico-social constituye un factor importantísimo a tener en cuenta en la lucha contra las distrofias: las interesantes estadísticas de Alcántara en el Brasil llaman la atención sobre la vinculación entre el mejoramiento del índice de las distrofias y

el mayor grado de civilización y progreso. De ahí que la profilaxis que nos ocupa sea esencialmente un problema de gobierno, de legislación y de realización vinculado al propósito de mejorar la vivienda, la higiene y la condición económica del pueblo.

En materia asistencial es deber del Estado no escatimar esfuerzo en el mejoramiento de la asistencia social, creando servicios sanitarios donde no los hay, aumentando los consultorios preventivos, difundiendo centros de salud asegurando alimentación suficiente y correcta así como cuidados higiénicos, asistencia médica precoz en caso de enfermedad y muy especialmente aumentando en unidades el número de asistentes competentes y de cuidadoras de niños con capacidad técnica.

Hay que hacer mención particular como uno de los más grandes problemas nacionales, el abastecimiento de leche higiénica y en cantidad suficiente en todo el país y que la elaboración de alimentos artificiales, principalmente de leches en polvos, debe ser fomentada y facilitada de diversos modos por el Estado con el objeto de poder suministrar productos de calidad y de bajo costo que

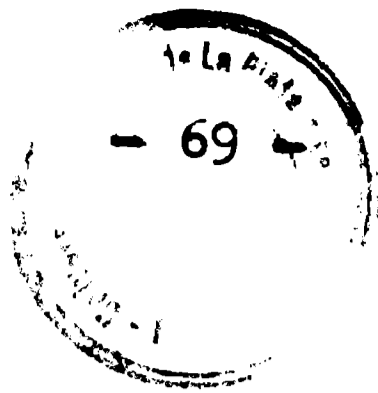


— permitan la correcta alimentación de los niños.

Medidas tendientes a propender a una mayor protección de la familia son las destinadas a extender el alcance de la "Seguridad Social" mediante los subsidios a las familias numerosas, la construcción de viviendas económicas e higiénicas, facilitar ocupación adecuada y segura a los jefes de familia, etc.

Y en segundo término tiene gran importancia la incultura de los padres (asociada casi siempre a la causa económica-social) y la capacidad pediátrica de los médicos generales. De qué vale que se instalen satisfactoriamente y se difundan los organismos de protección médico-social de la infancia, cosa sin duda básica y primordial si además no se educa al pueblo y no se dispone de médicos capacitados ?.

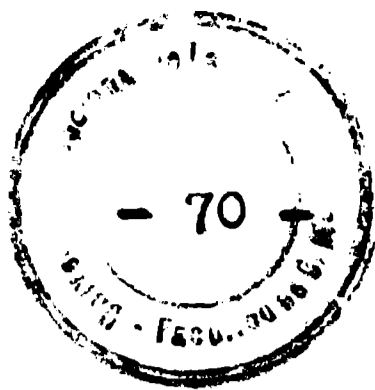
Desde hace más de treinta años se lucha denodadamente contra la ignorancia popular sanitaria, el gran factor social que incide directa e indirectamente sobre la tasa de mortalidad infantil, engrosada en gran parte por los distróficos arrebatados todos los años a la vida en su primera infancia. Mucho se ha hecho y se hace para combatirla, compartiendo en la lucha, médicos, maestros, auxiliares de la medicina, instituciones estatales y privadas.



Pero todas estas fuerzas tan ponderables, actúan sin coordinación y "fuerza de foco". Se desperdician lamentablemente, etapas del desarrollo psicológico infantil en que podrían grabarse indelebles en las mentes de las niñas, nociones elementales sobre puericultura.

En los programas de enseñanza primaria, esta materia figura diluida entre muchos otros tópicos de higiene y se enseña teóricamente sin enfrentarse nunca con la realidad. La imparten maestras que a su vez, salvo contadas excepciones, jamás recibieron instrucción práctica concurriendo a establecimientos adecuados donde podrían haberla adquirido. De la vieja iniciativa del gran Pinard, quien preconizó la enseñanza de los cuidados del recién nacido y del lactante en los grados más elementales y dió el ejemplo él mismo dictando clases a las niñas de colegios primarios de París, sólo queda en los anaqueles de algún viejo pediatra, su hermoso texto de puericultura que resumía las lecciones que las pequeñas atendían absortas de ingenua curiosidad.

Un menor porcentaje de niñas promovidas a los cursos secundarios normales, del bachillerato o

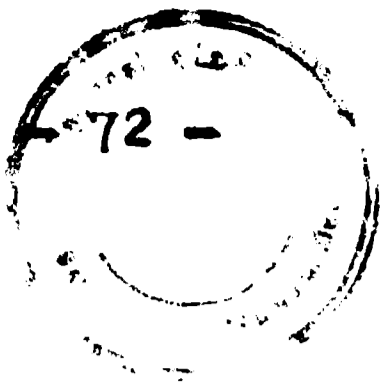


especiales, pierde también la magnífica oportunidad de adquirir conocimientos concretos y sólidos de puericultura que tan útiles les serían para su doble carrera de madres y educadoras. La inmensa mayoría del cuerpo docente encargado de su enseñanza, descuidan puntos esenciales que conviene inculcar a las futuras educadoras y futuras madres y cuyo des conocimiento tanto tiene que ver con la etiología de las distrofias, perdiendo tiempo en otros temas de interés científico si se quiere pero intrascendentes para la finalidad de esa cátedra.

Así es como a veces, sorprende encontrar grupos de jóvenes normalistas acompañadas por sus profesores (generalmente profesoras) de puericultura e higiene, disputándose sitio para presenciar a trá vés de las vidrieras de un moderno servicio, operaciones de alta cirugía. Mientras tanto, poquísimas veces se ven esos grupos de señoritas en una maternidad o consultorio de lactantes sanos, aprendiendo nociones elementales sobre el recién nacido y sus cu idados, sobre las características anatómicas y funcio nales de los nifitos en su primer trimestre de vida la edad más vulnerable a todas las noxas distrófi an tes.-

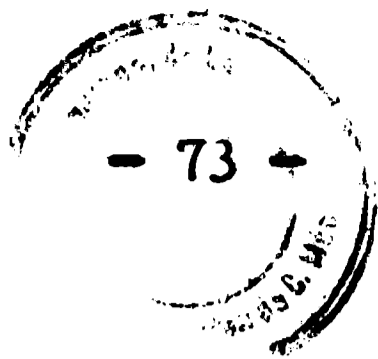
Como consecuencia de esta gran falla en la educación sanitaria elemental y secundaria la gran masa de nuestras futuras madres ignora nociones elementales y conceptos fáciles de inculcar, que oportunamente impartidos la capacitarían para contribuir activamente en la lucha contra muchos factores controlables que intervienen preponderantemente como causa de las distrofias.

A la mujer ya adulta, con tal laguna en su preparación e idoneidad para criar sus hijitos, le quedaría el recurso de su concurrencia a una "escuela de madres". Que debe ser todo consultorio público e privado de lactantes. Esta denominación un tanto pomposa de gran valor psicológico, impone implícitamente a los médicos de dispensarios de lactantes e establecimientos similares la obligación de atender una modesta cátedra de puericultura materno infantil, dictado a las madres. Pero en la práctica los médicos de tales establecimientos descuidan esta función docente y no ponen en su desempeño el entusiasmo que merece. Y llegado a este punto creemos conveniente pasar a referirnos a la capacidad pediátrica y dentro de esta a los conocimientos de Puericultura que se deben exigir, de los médicos generales.



Nada mejor que recordar lo que bien expresara el Profesor Bonaba en cierta oportunidad: "Nada se adelantaría en la solución del problema social del distrófico con la curación de algunos casos individuales. Es preciso contemplar la solución general que no podrá jamás ser realizada sino por procedimientos de alcance social. Lo social no es sólo una palabra y un concepto, es una realidad viviente que se impone por sí misma con la brutalidad de los hechos. El médico lo ha ignorado en un mal entendido aislamiento profesional, en virtud de una preparación estrictamente técnica de su formación en la Facultad".

Y si meditamos sobre la importante función social que debe ejercer el médico—sobre todo cuando actúa en medios desprovistos— a quien se le con fía la salud de los niños, que necesitan siempre de la orientación que da la puericultura y de atención pediátrica cuando enferman, concluiremos que no podrá actuar con conciencia si carece de co nocimientos de pediatría y puericultura social y sanitaria. Por eso consideramos que en la actualidad la enseñanza en la Facultad enfoca unilateralmente la atención del estudiante hacia los pro-



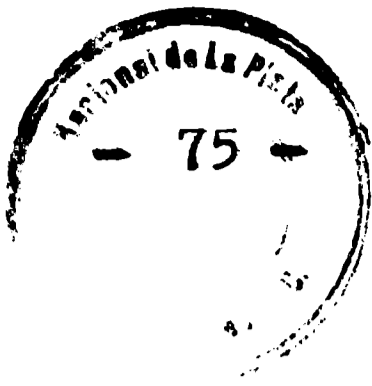
blemas nosográficos, patológicos, diagnósticos y terapéuticos que plantea el niño enfermo. Y se dejan de lado los aspectos sociales y preventivos sobre los que sería urgente crear una real preocupación. Deben intensificarse aún más la enseñanza de la puericultura social y sanitaria, de manera tal que el estudiante además de conocer los cuadros patológicos que a diario encontrará en el ejercicio profesional, no ignore las determinantes económico-sociales que pueden influir para que ellas se produzcan, como es el caso bien concreto de las distrofias. Pero este aprendizaje no se hallará ni en el aula, ni en el hospital: el estudiante deberá ir a la escuela, al barrio al hogar y así tomará contacto con la realidad viva y efectuará investigaciones personales sobre las condiciones bio-sociales de las familias de donde procede el niño.

La cátedra de Pediatría de La Plata compenetrada de la real importancia de este aspecto de la enseñanza ha instituído desde el año anterior y a modo de trabajo práctico que cada alumno realice una visita al hogar del niño internado con el objeto de completar con la información social la historia clínica que confeccione de cada enfermito. Otras veces



la visita se hará al reintegrarse el convaleciente al seno de la familia, para averiguar personalmente si se cumplen y en qué forma las prescripciones y consejos dados en el momento del "alta" o bien qué razones gravitan para que tal cumplimiento no sea perfecto.

Y cabe destacar nuevamente las palabras del Profesor Bonaba al referirse a este capítulo de la enseñanza de la pediatría: "La enseñanza adquirirá así una mayor utilidad social y mayor jerarquía científica en beneficio de los especialistas, de los alumnos, de la facultad y del país; pero sobre todo en beneficio de los niños, esperanza suprema de la patria".-



CONCLUSIONES

1- La distrofia es preferentemente un cuadro del lactante; es un estado de desnutrición debida esencialmente al aporte deficiente de alimento, al que se agregan también otros factores.

2- El estado de distrofia comprende tanto a las manifestaciones de falta como a las de exceso.

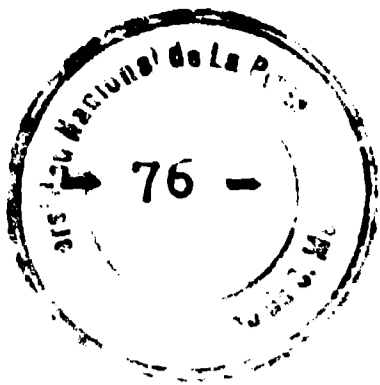
3- Las fallas de la función constructiva que caracterizan a la distrofia involucran no solo a las que atañen a la forma, sino también a lo funcional.

4- El organismo debe estudiarse no sólo en su aspecto constitucional, sino también en su capacidad funcional, siempre teniendo en cuenta la obra a realizar.

5- Las causas distrofiantes, directas (exógenas y endógenas) e indirectas (condiciones bío-sociales) en general se combinan o se influyen recíprocamente.

6- Las causas exógenas (alimentación deficiente e infecciones) representan el 80 % entre todas las causas; el 20 % restante se reparte entre los factores congénito y constitucional .

7- Es indiscutible que la etiología de la distrofia tiene sus raíces en los males sociales. Nuestras



estadísticas y las ajenas, traducen que las condiciones bio-sociales desfavorables (mala vivienda, salario insuficiente, ignorancia, falta de cuidados, ilegitimidad, etc.), juegan un papel preponderante preparando el terreno al trastorno nutricional crónico.-

8- Estos males sociales tienen su origen en las condiciones bio-sociales desfavorables (malavivienda, salario insuficiente, ignorancia, falta de cuidados, ilegitimidad etc.)-.

9- Los tratamientos médicos necesitan el complemento del tratamiento social para alcanzar beneficios en gran escala.

10- El Estado debe intensificar la protección de la familia mediante la extensión de la "Seguridad Social" y adoptar una política integral de alimentación que asegure al niño pequeño la leche higiénica suficiente y todas las materias primas, para su correcto desarrollo. Debe fomentar la elaboración de alimentos artificiales principalmente de leches en polvo.

11- La capacidad pediátrica del médico general, desempeña un papel muy importante en la profilaxis de la distrofia y deben intensificarse la enseñanza de la Pediatría y la Puericultura en las Facultades de Medicina.-



BIBLIOGRAFIA

- 1- Schweizer F., Trastornos Nutritivos del Lactante (Disontias), Editorial- Ateneo. Bs.As. Año 1941
- 2- Garrahan J.P., Medicina Infantil, Editorial "El Ateneo", Bs. As. Año 1951.-
- 3- Meneghello R., Desnutrición en el lactante mayor, Editorial Central de Publicaciones, Santiago de Chile, 1949.-
- 4- Escardó F., Nociones de Puericultura, Editorial "El Ateneo", Buenos Aires, 1951.-
- 5- Banu G., L'Hygiene Sociale de L'Enfance, Editorial de Masson & Cie., 1933, París.-
- 6- Pfaundler M. y Schlossmann A., Tratado Enciclopédico de enfermedades de la infancia, Editorial Francisco Seix, Barcelona, 1934.-
- 7- Finkelstein H., Tratamiento de las enfermedades del lactante, Año 1941. Editorial Labor.-
- 8- Peer E., Tratado de enfermedades de los niños, Editorial Marín, Barcelona 1950.-
- 9- Marriot J., Infant nutrition, Editorial "The C. V. Mosby Company, St. Louis, 1947.-
- 10- Holt. L.E. y Ma. Intosh, Tratado de Pediatría Editorial Uteha, Méjico,-
- 11- Massey A., Modern trends in public health, Edi-

- torial Butterworth & Co. London 1949.-
- 12- Del Carril M.J., Elizalde F. de, y Larguía A.E.
Concepto etiopatogénico y clínico de las distro
fias (Estados distróficos del lactante), Archi-
vos Argentinos de Pediatría, Tomo:XXXVI- Pág.
203-226.- Año 1951.-
- 13- Rodríguez M.L.S. de, Portillo J.M., Importancia
de los factores sociales en la etiología de la
distrofia del lactante, Archivos de Pediatría
del Uruguay, Tomo: XXIII, páginas: 81- 101 Año
1952.-
- 14- Carrau A., y otros, Causas y formas clínicas de
las distrofias en los lactantes hospitalizados,
Apartado de los Archivos Uruguayos de Medicina
Tomo III, Páginas 775-804, Año 1933.
- 15- Pérez Chacon J.A., Asistencia Social y Materni-
dad, Buenos Aires, Año 1944.-
- 16- Beranger R.P., Algunos aspectos de la hospita-
lización del lactante, Buenos Aires, Año 1943.
- 17- Cornejo Bustamante F.M., Factores sociales en
la etiología de las distrofias, Revista Perua-
na de Pediatría, N° 22, Páginas 95-105, Año 1950.
- 18- Cervini P.R., Morano Brandi J.F., Roselli J.,
Briascó F., Sbarra N., Sribman I., Delledone R,



Mazza J., y Blanco C., Distrofias y hospitaliza
ción, Revista de la Sociedad de Pediatría de La
Plata, Tomo XII, Páginas 1-15, Año 1951.-

A. Martínez

San 79 paja
[Signature]



[Signature]

RAFAEL LAFUENTE
OFICIAL MAYOR A
CARGO DE LA PROSECRETARÍA

25 JUN 1979