

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

Resultados del Tratamiento Dietético en Desnutridos del Hogar de Niños Convalecientes

T E S I S

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA, POR

JAIME A. BOLAÑOS BARILLAS

Ex-Interno de la Consulta Externa del Hospital General de las Clínicas de Medicina General, Enfermedades Tropicales y Pediatría. Ex-Interno de la Unión Médica. Ex-Interno de la Cuarta Sala de Medicina de Hombres. Ex-Interno por oposición de la Tercera Medicina de Hombres, de la Sala de Ginecología "B" y de la Sala de Medicina de Niños del Hospital General. Ex-Presidente de la Asociación de Internos.
Ex-Miembro del Congreso Universitario.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Noviembre de 1958.

INTRODUCCION

El trabajo que a continuación expongo, tiene por objeto poner en evidencia el resultado obtenido con el tratamiento dietético en los niños que, habiendo pasado lo que podríamos llamar el clímax de su desnutrición, llegan al Hogar de Niños Convalecientes a terminar su recuperación.

Incluye el estudio analítico de 150 casos que fueron atendidos en el Hogar de Niños Convalecientes desde que este centro inició sus labores el 1º de Mayo de 1957, hasta el último de Diciembre del mismo año.

La desnutrición infantil es un azote que sin ser totalmente conocido desde el punto de vista científico, es tan común que bastará para los propósitos de este trabajo, hacer un esbozo de definición: "Cuadro patológico que puede conducir a la muerte y que es consecuencia de la privación cualitativa y cuantitativa, constante y más o menos prolongada de los elementos nutritivos indispensables para lograr el crecimiento, desarrollo y equilibrio fisiológico del organismo infantil". La imposibilidad de conseguir los alimentos o la incapacidad para aprovecharlos, da por resultado la aparición de una serie de trastornos primero fisiológicos, más tarde también anatómicos (histológicos) que hacen aparecer el cuadro como la representación patética del hombre.

Numerosos factores contribuyen a la producción de estos cuadros:

- a) Falta de recursos económicos.
- b) Analfabetismo; falta de escuelas y medios de divulgación.
- c) Desconocimiento del valor nutritivo de algunos alimentos.
- d) Baja producción nacional de artículos de primera necesidad.
- e) Falta de integración de la familia.
- f) Alcoholismo, etc.

QUE ES EL HOGAR DEL NIÑO CONVALECIENTE:

La Sociedad Protectora del Niño, consciente de la magnitud del problema de desnutrición en el país y persiguiendo contribuir al alivio de la situación en que se encuentran miles de nuestros niños, pensó en la necesidad de crear un centro en el cual pudieran ser atendidos en forma conveniente los niños que habiendo pasado un período más o menos corto en los hospitales donde fueron tratados en la fase aguda de su desnutrición, necesiten continuar recuperándose por un tiempo que oscila alrededor de 3 meses. En este centro los pacientes desnutridos podrían tratarse en forma más o menos prolongada, logrando con este propósito dos fines principales: el primero, ayudar a descongestionar las salas de medicina infantil de los hospitales, y el segundo, que para los fines nutricionales es el primordial, lograr la recuperación del organismo infantil en cuanto a su nutrición se refiere evitando así, en cierta forma, las residivas que tan a menudo se observan en los desnutridos recién egresados de los hospitales.

En otras palabras, permitir que el niño que ha salido recientemente del hospital después de pasar el período de convalecencia en un centro donde sigue teniendo atención médica, continúa recibiendo una dieta más o menos balanceada y en fin, permanece en un ambiente higiénico y agradable; estas circunstancias no podrían ser las mismas en los hogares, muchos de ellos situados en miserables áreas urbanas congestionadas y sucias o áreas rurales abandonadas.

Es primordial para el ingreso a este centro que los pequeños pacientes sufran de algún grado de desnutrición y naturalmente por ser una institución de carácter asistencial, que las familias de las que proceden no posean medios suficientes para que la convalecencia del enfermito se haga, en el medio familiar.

REQUISITOS:

A continuación se transcriben algunos de los requisitos de admisión exigidos por el servicio médico del centro y que consideramos necesario al desarrollo de nuestro tema:

PRIMERO:

Estar comprendidos entre las edades de 2 a 10 años.

SEGUNDO:

Resumen de hojas clínicas llenadas en los servicios pediátricos de donde proceden.

TERCERO:

Placa de rayos X del tórax negativa de TB. activa, o en su defecto informe correspondiente del Radiólogo o tarjeta del consultorio anti-tuberculoso infantil.

CUARTO:

Estar libre de cualquier enfermedad aguda, no tener fiebre.

QUINTO:

Estar comprendidos dentro de los grados II y III de la clasificación de desnutrición del Dr. Gómez.

No está demás algún comentario relativo a la forma en que se llenan los requisitos de ingreso mencionados; así por ejemplo, los informes médicos que se reciben procedentes de los hospitales dejan mucho que desear en lo que se refiere a

los antecedentes patológicos del niño dándosele muchas veces muy poco o ninguna importancia; lo mismo ocurre con el resumen de historia previa a su hospitalización, con el tratamiento y con la evolución y el resultado de dicho tratamiento.

A no dudarlo, estos niños han merecido cuidadosa atención médica y han recibido los tratamientos adecuados, pero la falta de información no nos ha permitido en muchos casos evaluar las condiciones anteriores al ingreso del niño así como su respuesta al tratamiento antes de llegar al Hogar.

El requisito que se refiera a "estar libres de cualquier enfermedad aguda" o "de fiebre" no ha podido llenarse a satisfacción. La razón es obvia: es imposible predecir cuando un niño está incubando una enfermedad eruptiva o cuando ha sido contagiado. Lo más que podría hacerse es presumir el contagio cuando se conocen los antecedentes y el ambiente en que el niño ha permanecido durante las últimas semanas. Por otra parte en múltiples circunstancias han sido admitidos en el Hogar, niños con febrículas cuya etiología no ha sido precisada en el hospital de donde procediera.

En algunos casos se han hecho excepciones en lo que se refiere a no tener fiebre o estar comprendidos dentro de los grados II y III de la clasificación del Dr. Gómez, porque a juicio del servicio médico del Hogar los beneficios que recibirían estos niños al ser ingresados serían indudables y el riesgo relativamente bajo. También se han recibido un cierto número de pacientes por debajo de la edad reglamentaria por circunstancias sociales especiales.

En este centro por no ser un hospital, no es fácil atender casos de enfermedades comunes por lo cual se ha juzgado prudente que cuando se presenten, los enfermos deben ser devueltos a su lugar de procedencia; en algunos casos se ha hecho esto, sin embargo, ha habido muchos otros de enfermedades eruptivas, y de otros cuadros patológicos comunes en la infancia, que han sido tratados en el Hogar ya que por circunstancias de diferente índole no ha sido posible su traslado a un hos-

pital. Más adelante al revisar las enfermedades intercurrentes y las complicaciones veremos cuales fueron los resultados obtenidos con el tratamiento.

Es de lamentarse que conociendo la importancia que tiene dosificar las proteínas sanguíneas no haya podido hacerse este análisis, al momento del ingreso al Hogar y de nuevo cuando el paciente es dado de alta, con el fin de establecer resultados comparativos, por no contar todavía con el funcionamiento del laboratorio. Por lo tanto hacemos ver que la evaluación de resultados se basa únicamente en la apreciación clínica.

CONSIDERACIONES SOBRE LOS CUADROS CLINICOS DE DESNUTRICION

A continuación nos ocuparemos brevemente de lo relativo a los cuadros que involucran en sí trastornos nutricionales.

Es fácil para el pediatra darse cuenta de que se encuentra frente a un niño desnutrido, los signos capitales: deficiencia de peso y de estatura, son apreciables a simple vista aún para el profano. Ahora bien, la aparición de toda una constelación de síntomas y signos que se presentan con mayor o menor rapidez, pueden conducir al niño hacia el cuadro conocido en nuestro medio como Síndrome de Pluricarencia Infantil que constituye la manifestación más acentuada de la misma desnutrición. También los casos de marasmo deben considerarse como producto de trastornos nutricionales.

ETIOLOGIA:

Los síntomas de desnutrición son en general consecutivos a la insuficiente ingestión o aprovechamiento de todos los alimentos básicos para el crecimiento, desarrollo y equilibrio metabólico del organismo.

Los niños que son fundamentalmente alimentados a base de carbohidratos, se ven privados de proteínas, minerales y vitaminas, lo que da por resultado cuadros complejos en los que aparecen mezclados los síntomas y signos que pertenecen a la

deficiencia respectiva; así por ejemplo, es común encontrar en los enfermos cuadros pelagroides, queilosis y trastornos de la faneras, producto del déficit vitamínico, al lado de edemas cuyo origen radica en el bajo nivel de proteínas sanguíneas o asociados a la descalcificación ósea.

CAUSAS COADYUVANTES:

Es común encontrar en el interrogatorio de los padres, casos en que se relata la administración repetida de purgantes; esto no logra sino intensificar la fuga de proteínas, el aumento de la irritabilidad intestinal y cuando el niño guarda cama por la gravedad de su estado, la precipitación de la deshidratación.

La causa de la aceleración del tránsito intestinal en estos pacientes es el exceso de fermentación a que se llega con dietas predominantes en carbohidratos y muy escasas en proteínas, la falta de estas últimas cuando data de algún tiempo, ocasiona relajamiento y pérdida de elasticidad de los tejidos abdominales, así como despulimiento de la mucosa intestinal, lo que a la vez resulta en incapacidad de absorción de los alimentos.

La diarrea prolongada hace pensar a los padres en la necesidad de eliminar los alimentos "fuertes" como la carne y procuran ofrecer al niño lo que en su modo de pensar constituye alimentos fáciles de digerir tales como los atoles que aumentan la fermentación y agravan la diarrea.

No debemos olvidar que la gran mayoría de los enfermos de desnutrición padecen en el momento de la aparición del cuadro o han padecido con anterioridad, de algún parasitismo intestinal. Es bien sabido que las diarreas parasitarias son coadyuvantes decididas en la agravación de las deficiencias nutricionales, y que cuando la infestación es masiva, ponen por sí en peligro la vida del enfermito. La asociación de parásitos intestinales y desnutrición es tan común, que causa sorpresa no encontrarlos juntos en niños con desnutrición avanzada. Pa-

rásitos como los tricocéfalos y la uncinaria cuya capacidad amebizante es tan grande, generalmente suelen precipitar el apareamiento del síndrome o agravarlo cuando ya está presente.

EDAD:

Están más comunmente afectados los niños comprendidos entre las edades de 2 a 6 años. Los casos de primera infancia son relativamente poco frecuentes ya que por lo general las madres acostumbran lactar a sus hijos hasta cerca de los dos años, proporcionándoles así aunque no de manera eficiente, por lo menos una gran parte de los elementos básicos.

Los mayores de 6 años están ya un poco más preparados para procurarse ciertos alimentos por sus propios medios y si bien es cierto que distan mucho de estar a salvo de la enfermedad, logran protegerse más.

Son los niños incapaces de lograr otro alimento que no sea el ofrecido directamente por sus padres los que fácilmente sucumben ante el ataque de la miseria.

SINTOMATOLOGIA:

El síndrome se presenta de manera gradual, razón por la que los padres no parecen alarmarse mucho atribuyendo las manifestaciones iniciales a las más inverosímiles de las razones.

SINTOMAS INICIALES:

La falta de energías acompañada casi siempre de apatía, amorexia y "tristeza", es lo que primero llama la atención, más tarde y de manera ineludible, principian a aparecer trastornos gastrointestinales de los cuales la diarrea es la más notoria.

DIARREA:

Uno de los signos capitales del síndrome, ha sido objeto de controversia en lo relativo a si la diarrea es la causa desencadenante del cuadro, o si no es más que consecuencia del

mismo. En todas las latitudes en donde se encuentran casos de desnutrición es dable observar trastornos gastro intestinales que de una manera u otra conducen a la diarrea, como dijimos antes, su presencia es causa de restricción de la dieta, lo cual agrava el cuadro de hipoproteínemia.

En la mayoría de los casos el interrogatorio de los padres denota que hubo al principio de la enfermedad un episodio diarréico y que éste se presentó cuando el niño no mostraba ningún otro síntoma apreciable.

Este relato podría hacer pensar que dentro de los antecedentes patológicos del niño pudo haber habido un cuadro infeccioso enteral o parenteral y que una vez establecida la diarrea consecutiva, haya persistido por deficiencias dietéticas marcadas, ya que en ningún caso desaparecen las evacuaciones diarréicas a menos que se mejore rápidamente la dieta aumentando la ingesta de proteínas y vitaminas. Por otra parte en muchos casos cuyas manifestaciones diarréicas son evidentes, no ha sido posible descubrir focos infecciosos parenterales o gérmenes patógenos en el intestino; estos casos nos colocan ante diarreas que deben ser consideradas estrictamente del grupo nutricional, las cuales según algunos autores podrían estar relacionadas a deficiencias pancreáticas en la producción de enzimas.

Las evacuaciones diarréicas de etiología nutricional son generalmente pastosas o semi líquidas, de color amarillo o café claro, muchas veces se logra comprobar la presencia de restos alimenticios sin digerir y a menudo espumosas. En muchas ocasiones el niño acusa dolor abdominal difuso en el momento de evacuar y abundante salida de gases. El número de evacuaciones varía ampliamente llegando a veces, cuando el cuadro se agudiza a provocar desequilibrio hidro-electrónico.

De los niños recibidos en el Hogar el 83% tenían evacuaciones diarréicas al momento de su ingreso.

DIARREAS PROLONGADAS:

Se observaron con frecuencia principalmente en los pacientes de corta edad, manifestaciones diarréicas cuya etiología, debido a no contar con la colaboración rutinaria del laboratorio, no fue posible precisar a satisfacción; tal es el caso de 6 niños que a pesar de mejorar sensiblemente en sus condiciones generales incluyendo un aceptable aumento de peso, permanecieron prácticamente todo el tiempo de su estancia en el Hogar, presentando evacuaciones diarréicas. En ellos se logró hacer por lo menos un estudio coprológico que fue negativo para ameba histolítica. Clínicamente se diagnosticó "Diarrea nutricional" ya que era dentro de este grupo de diarreas donde encajaban más aceptablemente; lógicamente el tratamiento que se siguió fue el de aumentar aún más la ingesta de proteínas reduciendo a un límite relativamente bajo la administración de polisacáridos y grasas. El resultado obtenido con este tratamiento fue desalentador, en vista de lo cual, se agregaron preparados a base de caolín y pectina, frutas astringentes y arobón; a pesar de esto los niños continuaron con evacuaciones semi-líquidas, se pensó entonces en diarreas infecciosas de evolución tórpida y se echó mano de los antibióticos comunes para su tratamiento; se administraron antihelmínticos (exilresorcinol, compuestos a base de piperazina), pensando en infestaciones parasitarias causantes de la diarrea, resultados aún negativos.

En último recurso y pensando aún en etiología nutricional, se optó por administrar dosis altas de vitaminas B1 y B12 por vía intramuscular así como "amigen" por la vía endovenosa en dosis de 125 cc. tres veces por semana, además de la dieta rica en proteínas de que se habló.

Esta vez se observaron resultados halagadores al cabo de 2 semanas aproximadamente después de la iniciación de la terapéutica intramuscular; sin embargo, no puede decirse que la consistencia de las evacuaciones llegara a ser completamente normal, los niños presentaron heces moldeadas alternadas con evacuaciones semi pastosas.

La experiencia anterior nos hace pensar que en algunas ocasiones la diarrea nutricional puede persistir durante largo tiempo a despecho de la adición de proteínas en la dieta y que su mejoría o su curación requiere un período de tiempo mucho más prolongado que el promedio de enfermos y que probablemente necesite complementarse la dieta con extractos de proteínas administradas por vía endovenosa así como de dosis considerables de vitaminas.

EDEMAS:

Muy a menudo, consecutivamente al aparecimiento de la diarrea, el enfermo presenta edemas que principian generalmente de manera insidiosa siendo a veces necesario buscarlos con atención, ya que la acumulación de líquidos a nivel del dorso de los pies y regiones perimaleolares no siempre saltan a la vista. En algunos casos sin embargo, los edemas surgen con tal rapidez, que su presencia es notada con sorpresa por los padres y relatada con lujo de detalles. El grado de edema suele variar ampliamente, pudiendo permanecer discretos aún con el avance de la enfermedad o ser tan intenso que muestren al enfermo como víctima de una verdadera anasarca, usualmente está confinado a los miembros inferiores, aunque suele observarse a nivel del dorso de las manos y cara. En términos generales es blando, blanco, no doloroso y su aspecto hace pensar en el edema de tipo renal.

En lo relativo a la patogenia de los mismos, se acepta universalmente como responsable, a la falta de proteínas; el escape de albúminas cuya molécula de reducido tamaño es perdida con mayor facilidad, hace invertir la fórmula de proteínas sanguíneas y trastornos del sistema oncótico determinan su aparecimiento. Algunas opiniones concuerdan al afirmar que concomitantemente con la sensible pérdida de tensión tisular que se observa, el glómerulo renal permite el paso de proteínas plasmáticas, lo cual se demuestra fácilmente con el simple examen de orina. Sin embargo, opiniones acertadas de anatomopatólogos, parecen no coincidir en este sentido ya que no reportan con regularidad daños renales en la autopsia.

Todavía dentro del capítulo de los edemas, debemos mencionar la posibilidad de influencias hormonales ya que parece ser decidida la acción de la hormona hipofisaria antidiurética en este sentido.

Si bien, no es común encontrar casos en los cuales la ascitis se manifieste, si es relatado por los anatomopatólogos la frecuencia de exceso de material seroso en la cavidad peritoneal, en el pericardio y en las pleuras, es a no dudar ésta, una manifestación de la gravedad del cuadro y el pronóstico se ensombrece cuando hay participación muy grande por parte del hígado.

Por último, debemos hacer mención del hecho de que en algunos casos en los cuales se observan edemas exagerados, la dosificación de proteínas sanguíneas es normal o casi normal; esto como es natural nos coloca ante la interrogación de si la patogenia de los edemas en el Síndrome deba más bien atribuirse a la asociación de causas y no sólo a la deficiencia de proteínas como causa fundamental. Es también de observación corriente, que los enfermos que se presentan al hospital con edemas exagerados, queden limpios de éstos en un tiempo relativamente corto y que salvo complicaciones, tienden a curar con mayor rapidez que aquellos que presentan cuadros "secos" o "marasmáticos", también llamados caquéticos.. De los niños recibidos en el Hogar únicamente el 6% presentaban edemas discretos en los miembros inferiores.

CAMBIOS DE LA PIEL:

Casi tan comunes como los edemas, son los cambios de aspecto, coloración y tersura de la piel, así como lesiones que alteran su integridad. Generalmente los cambios principian con la pérdida de tersura de la piel y esta se presenta seca y sin brillo, finalmente llegan a verse casos de lesiones avanzadas que semejan la pelagra típica. Se sospecha que la deficiencia de vitamina "A" determina cambios marcados de la piel, tales como sequedad e hiperqueratosis.

En el S.P.I. los casos que presentan edemas muy marcados, tiene tendencia a presentar también cambios de consideración de la piel, así, es común encontrar lesiones descamativas, hiperpigmentadas que al desprenderse dejan un área de piel nueva, rojiza, con tendencia a sangrar fácilmente y que con facilidad dan entrada a infecciones tórpidas, de difícil curación.

A menudo las lesiones de la piel aparecen primeramente en pies, piernas y miembros superiores siendo común encontrarlos en el abdomen y dorso. La lesión mínima es un ligero oscurecimiento que aparece por zonas de reducido tamaño y que recuerda la lesión típica de la pelagra.

Alrededor del 40% del grupo de niños que nos ocupa presentaron al momento de su ingreso vestigios marcados de descamación y pigmentación dérmica de origen carencial.

CAMBIOS DEL CABELLO:

Se incluyen dentro de la semiología del cuadro alteraciones del cabello, se describen como consistentes en sequedad y pérdida del brillo natural, llegando en muchas ocasiones a presentar alopecia generalizada o en placas diseminadas que se aprecian fácilmente; sin embargo, la característica principal, de la alteración se revela por cierto grado de despigmentación, lo que da al cabello color castaño rojizo.

También llama la atención la facilidad con que se desprende y la fragilidad y falta de resistencia a la tensión, esto hace pensar en defectos de vitaminas del complejo "B", pero más parecen ser debidas a deficiencias de proteínas o aminoácidos esenciales.

Al respecto, ha sido demostrado ampliamente que después de transcurrido algún tiempo en el medio hospitalario, es decir, al mejorar la ingesta total de proteínas, el cabello recobra su coloración normal, observándose al examen clínico una banda de cabellos oscuros de límites bien demarcados y que constituye el signo llamado de "la bandera".

La cistina parece jugar definitivo papel en la pigmentación del cabello ya que el contenido normal del cabello sano llega al 15%, mientras que en los niños con decoloración capilar marcada baja al 11% y aún menos.

Por otra parte, las enfermedades crónicas que por sí alteran el aprovechamiento de las proteínas muestran también muy a menudo cambios en la coloración y deficiencia en la implantación del cabello.

En general puede decirse que mientras más prolongado haya sido el período que media entre la iniciación del cuadro y el principio del tratamiento, más marcadas serán las alteraciones de la piel así como del cabello. El mismo porcentaje de alteraciones de la piel se observó en el cabello de los niños de nuestro grupo.

CAMBIOS DEL PSIQUISMO:

Han sido descritos una serie de cambios psíquicos en los niños atacados de desnutrición, que pueden presentar una amplia gama desde el punto de vista clínico. Sin embargo, tal vez el más llamativo de todos sea la apatía o indiferencia con que un niño reacciona ante el ambiente; la curiosidad por todo lo que ocurre a su derredor que es tan natural en el niño sano, desaparece en el desnutrido hasta el grado de que es completamente indiferente aún a las circunstancias más novedosas.

Probablemente los casos más llamativos de apatía se observan en los enfermitos del tipo marasmático; es notable su falta de respuesta a los estímulos externos y a esto muchas veces se unen verdaderas alteraciones mentales; es indudable que la ley del equilibrio psico-somático se muestra aquí de la manera más florida, a la par del retraso pondo estatural, se observa un decidido retraso del desarrollo mental que coloca muchas veces al niño en el plano de un aparente retrasado mental, son comunes los casos de coprofagia, etc. La lentitud con que el desnutrido aprende cosas nuevas, revela que la deficiencia de asimilación es tanto física como psíquica.

Niños desnutridos comprendidos en edades de 7 a 9 años, son comparables desde el punto de vista de desarrollo mental, a niños sanos dos años menores a ellos y a veces más. La irritabilidad y la que podríamos llamar labilidad psíquica, son parte inherente a la desnutrición avanzada. Sin embargo, los cambios de carácter, su deficiente desarrollo psíquico, mejora tan rápidamente como se funden los edemas cuando es sometido a un tratamiento bien encaminado; aquel niño que adoptaba por horas actitud de indiferencia, recobra con rapidez a veces sorprendente toda la inquietud y alegría propias de su edad.

ALTERACIONES HEPATICAS:

La proporción del tamaño del hígado en relación con el resto de las víceras es, como todos sabemos inversamente proporcional a la edad; por lo tanto a nadie extraña encontrar hígado grande al palpar el abdomen de un niño. Sin embargo la hepatomegalia a consecuencia del S.P.I. es un signo de capital importancia ya que el hígado es a no dudar uno de los órganos cuyas funciones normales garantizan el estado general de la nutrición.

La deficiencia en ingestión o asimilación de las dietas balanceadas repercute ampliamente sobre la anatomía y fisiología hepática y en los casos avanzados de desnutrición la insuficiencia hepática puede llegar a alcanzar grados severos.

El material obtenido por medio de la punción hepática revela claramente la existencia de degeneración grasienta o grasosa en los casos avanzados de pluricarencia en nuestro medio; opiniones de otros autores en Africa y la India no parecen concederle mayor repercusión sobre el hígado al síndrome que nos ocupa pensando que muchas veces el hallazgo de hepatomegalias marcadas obedece más bien al paludismo. Afortunadamente al instituir un buen régimen dietético la víscera hepática recobra su normalidad y salvo el caso de que la lesión degenerativa sea muy avanzada, la recuperación es total.

Ha llamado la atención el hecho de que muchas veces el hígado de un paciente afectado de S.P.I., crece al instituirse una dieta balanceada (síndrome de recuperación), hipertrofia que se atribuye a necesidades de adaptación hepática ante el acelerado proceso de metabolismo protéico al que se ve forzado.

En términos generales, la hepatomegalia clínicamente demostrable no es ni con mucho un signo primordial de S.P.I., su frecuencia cuando se logra descartar paludismo parece ser baja y por otra parte es indudable que en muchos casos que se muestran como típicos ejemplos de pluricarencia no exhiben un hígado grande sino más bien pequeño y duro.

Los cambios fisio-patológicos directamente atribuibles a la desnutrición son innegables, pero para los fines del diagnóstico clínico, basta saber que nuestros niños desnutridos pueden o no mostrar un hígado grande.

Los casos de hepatomegalia encontrados en algunos niños al momento de su ingreso fueron pocos, no podemos asegurar que se tratara de hepatomegalia nutricional ya que, ésto hubiera implicado descartar todas las otras causas que pueden producir hepatomegalia y ésto no se hizo.

Revisando los datos antes mencionados encontramos que en los 150 casos estudiados los síntomas predominantes fueron: Diarrea, en el 83% de los niños, edemas en el 6%, alteraciones de la piel y el cabello en el 40%, alteraciones francas del Psiquismo sólo se presentaron en dos niños, si bien, los casos de apatía fueron abundantes; hepatomegalias se encontraron en varios niños pero como ya dijimos, no se precisó su etiología.

Al momento de su ingreso, el 19% presentaron intolerancia a la leche entera y algunos, vómitos postprandiales.

DIAGNOSTICOS PREVIOS AL INGRESO

El 78% tenían un diagnóstico de S.P.I., el resto, simplemente "Desnutrición", sin embargo, al hacer el análisis de las historias clínicas se encontró en estos últimos, casos que indu-

dablemente correspondían a S.P.I., lo cual eleva el porcentaje al 84%. Muchos de los enfermos llevaban diagnósticos de "Diarea crónica", "Diarea y edemas", "parasitismo intestinal, diarea y edemas".

Naturalmente algunos presentaban además del cuadro primordial otras manifestaciones patológicas como amigdalitis, otitis media supurada, uncinariasis y anemias secundarias.

TRATAMIENTO.

Como ya se ha mencionado, se acepta universalmente como causa primordial de la Desnutrición, la deficiencia de factores básicos como proteínas, vitaminas etcétera. El tratamiento lógico por lo tanto es, proveer a estos organismos suficiente cantidad de estos elementos para lograr su recuperación.

Se ha discutido si la administración de la dieta hiperprotéica adicionada con minerales y vitaminas es suficiente para lograr los fines que se persiguen, o si la administración de plasma y/o sangre total, contribuye a acortar el período de convalecencia de los niños desnutridos.

Es indudable que el plasma tanto como la sangre total aportan fracciones protéicas, vitaminas y minerales de manera directa e inmediata, lo cual da por resultado rápida mejoría clínica, los edemas suelen fundirse en pocos días, el estado general del enfermito se levanta rápidamente, mejora el apetito y desaparece la apatía. Sin embargo, si al mismo tiempo no se ofrece una dieta completa, el niño no mejora mucho en lo relativo a ganancia de peso y tiene posibilidades de regresar a su estado inicial una vez transcuridas unas cuantas semanas.

En todas las conferencias mundiales en que se ha tratado el tema de desnutrición protéica, se ha llegado a la conclusión de que en la gran mayoría de los casos basta, para los fines del tratamiento, la administración de dieta que llene en exceso los requerimientos protéicos, vitamínicos y de minerales esenciales para lograr la recuperación o por lo menos, obtener indiscutible mejoría en los casos cuya desnutrición sobre pasa el 40%.

Por lo dicho anteriormente, en el HOGAR se optó por encausar el tratamiento hacia la administración de dietas adecuadas.

PLAN SEGUIDO EN EL HOGAR DE NIÑOS CONVALECIENTES.

El día de su ingreso y después de sufrir el examen de admisión, el niño es colocado en la sección de cuarenta del HOGAR en donde permanecerá un mínimo de dos semanas.

Durante la primera semana de su permanencia en la cuarentena el enfermito recibe una dieta con bajo contenido en grasas y que incluye leche ácida. Se adoptó este procedimiento como rutina en vista de la frecuencia de diarrea señalada antes, así como de la intolerancia por la leche.

Al mejorar la tolerancia del niño, se administra la dieta corriente.

Seguidamente se expone el valor nutritivo de la dieta que rutinariamente se ofrece a los enfermos y que es la misma para todos, sin tomar en cuenta la edad.

		Consumo diario por niño	Requerimiento por niño de 3 a 6 años
Calorías		1464	1520
Proteínas total	g.	52	50
Proteínas animal	g.	37	—
Grasas	g.	52	—
Hidratos de carbono	g.	202	—
Calcio	mg.	1141	1000
Fósforo	mg.	1190	—
Hierro	mg.	15	8
Vitamina A	U.I.	7653	2567
Tiamina	mg.	0.82	0.71
Riboflavina	mg.	1.9	1.2
Niacina	mg.	6.0	7.6
Vitamina C.	mg.	77	48

Como puede observarse la dieta es bastante adecuada y en lo que se refiere al suministro vitamínico sobrepasa con mucho los requerimientos normales de los niños; tal vez únicamente el ácido nicotínico queda un poco por debajo de la cantidad normal. Las proteínas totales debieran aumentarse tomando en consideración que el estado de deficiencia protéica de muchos de estos niños amerita administración aún más alta.

Ahora bien, en algunas circunstancias sea por razones individuales (anorexia, vómitos etc.) o por causas distintas no se puede asegurar que el niño ha ingerido determinada cantidad de gramos de proteínas por día o tal o cual cantidad de calorías.

A pesar de que la anorexia es tan común en el desnutrido, casi todos los niños recibieron con agrado esta dieta. En términos generales puede decirse que la anorexia fue cediendo paulatinamente mientras no hubo complicaciones.

No fue necesaria la administración de alimentos por sonda nasal, salvo en 3 casos que presentaron neumonía y desequilibrio hidroelectrolítico; a estos tres niños se les alimentó por sonda durante los días que duró su enfermedad aguda.

Como complemento de la dieta, pero no de manera rutinaria, se administraron preparados polivitamínicos así como en algunos pocos casos, extractos de proteínas por la vida oral.

Hubo algunos casos, que por ser también víctimas de parasitismo intestinales altamente anemizantes, (uncinaria y tricocéfalos) mostraron cuadros sanguíneos con numeración de hematías inferiores a los 2.5 millones y hemoglobina por debajo de 7 gramos, requirieron la administración de transfusiones; en ellos, la indicación de sangre fue dada por el cuadro hematológico más bien que por el grado de desnutrición que mostraron.

Pasaremos a continuación al estudio comparativo de los resultados logrados sobre el grupo de 150 niños.

CUADRO Nº I

Sexo y Edad

SEXO:	Masculino	95 casos — 63.33%
	Femenino	55 casos — 36.67%
1-1/2 a 2 años	11 casos	7.33% — 5
2 3 años	40 "	21.66% — 1
3 4 años	34 "	22.66% — 2
4 5 años	24 "	16.00% — 3
5 6 años	15 "	10.00% — 4
6 7 años	10 "	6.66% — 6
7 8 años	7 "	4.66% — 7
8 9 años	3 "	2.00% — 9
9 10 años	6 "	4.00% — 8
	150 casos	99.97%

Edad Mínima	1 año 5 meses
Edad Máxima	10 años
Edad Promedio	3 años 11 meses
Edad Predominante	2 a 3 años — 26.66% — 40 niños.

Como puede apreciarse los varones predominaron en proporción aproximada de dos a uno, consideramos este dato como simple casualidad ya que un grupo tan reducido de niños no basta para orientarnos acerca de si en nuestro medio, los varones son más comunmente afectados por la desnutrición.

En lo relativo a la edad se destaca claramente que la comprendida entre los 2 y 5 años fue la que proporcionó más casos (65.33%).

El grupo de 8 a 9 años desafortunadamente estuvo constituido por 3 niños lo cual para los fines estadísticos es de muy poca utilidad.

CUADRO N° II
PROCEDENCIA HOSPITALARIA.

HOSPITAL GENERAL	98 casos	65.34%
HOSPITAL ROOSEVELT	25 casos	16.66%
HOSPITAL		
INFANTIL DE LA CASA DEL NIÑO	11 casos	7.34%
CASAS DEL NIÑO	10 casos	6.66%
OTROS	6 casos	4.00%
TOTAL	150 casos	100.00%

Se observará que la mayor parte de enfermos procedieron del Hospital General, esto se explica fácilmente porque la afluencia de enfermos a dicho hospital, es con mucho superior a la del resto. También, parte de la razón estriba en que la población hospitalaria que llega al mencionado centro proviene en gran parte de áreas rurales alejadas de la capital.

Por esas razones, el HOGAR ha señalado cuota más alta para el Hospital General y ha limitado el número de ingresos de casos procedentes de los Dispensarios.

Hacemos notar que también fue del Hospital General de donde llegaron los niños con desnutrición mas marcada y de evolución más larga.

Del Hospital Infantil de la Casa del Niño, se recibieron los pacientes con estados generales más satisfactorios, al extremo que algunos de ellos nos hicieron cavilar en cuanto a si debían ser admitidos o no, pues prácticamente podían considerarse como aptos para volver a sus hogares sin necesidad de permanecer en el Hogar de Niños Convalecientes.

CUADRO N° III
CUADRO COMPARATIVO DE PESOS
DE INGRESO Y PESOS NORMALES.

		Peso Ingreso	Peso Normal
1-1/2	α 2 años	15 Lb. 12 onz.	25 Lb. 6 onz.
2	3 años	18 Lb. 12 onz.	28 Lb. 10 onz.
3	4 años	21 Lb. 12 onz.	34 Lb. 1 onz.
4	5 años	23 Lb. 6 onz.	38 Lb. 8 onz.
5	6 años	27 Lb. 8 onz.	42 Lb. 15 onz.
6	7 años	31 Lb. 2 onz.	48 Lb. 6 onz.
7	8 años	32 Lb. 2 onz.	52 Lb. 13 onz.
8	9 años	35 Lb. 12 onz.	57 Lb. 3 onz.
9	10 años	39 Lb. 4 onz.	61 Lb. 9 onz.
PESO MINIMO		13 Lb. (2 años)	
PESO MAXIMO		45 Lb. 4 onz. (10 años)	
PESO PROMEDIO GRAL.		27 Lb. 3 onz.	

CUADRO N° IV.
CUADRO COMPARATIVO DE TALLAS
DE INGRESOS Y TALLAS NORMALES.
DEFICIT EN PORCENTAJE.

1-1/2	α α años	70.8 cms.	81 cms.	12.52%
2	3 años	78.6 cms.	91 cms.	13.63%
3	4 años	83.2 cms.	99 cms.	14.23%
4	5 años	84.0 cms.	106 cms.	20.00%
5	6 años	90.5 cms.	113 cms.	19.38%
6	7 años	90.6 cms.	118 cms.	22.75%
8	9 años	106.0 cms.	129 cms.	17.83%
7	8 años	97.7 cms.	123 cms.	19.98%
9	10 años	110.0 cms.	135 cms.	18.54%
TALLA MINIMA		0.65 cms. 1 año 6 meses Femenino		
TALLA MAXIMA		1.18 cms. 9 años 44 Libras Mas.		
TALLA PROMEDIO GRAL		90.1 cms.		

CUADRO Nº V
TIEMPO DE PERMANENCIA
EN DIAS.

1-1/2	α 2 años	— — — — —	113 días
2	3 años	— — — — —	93 días
3	4 años	— — — — —	89 días
4	5 años	— — — — —	79 días
5	6 años	— — — — —	76 días
6	7 años	— — — — —	81 días
7	8 años	— — — — —	83 días
8	9 años	— — — — —	68 días
9	10 años	— — — — —	55 días
PROMEDIO GENERAL DE PERMANENCIA — — —			82 días

Como puede observarse en el cuadro Nº V que pone de manifiesto el número de días que los niños permanecieron en el Hogar, podemos aventurarnos a decir que a más corta edad, mayor es el tiempo de permanencia. En efecto, el grupo de niños entre 1-1/2 y dos años fue con mucho el que presentó tendencias a mayor número de complicaciones que van desde los trastornos gastro-intestinales reacios, al tratamiento, hasta la I.R.S. La mayoría de los niños de este grupo tenían historia negativa de sarampión y varicela muchos de ellos la sufrieron en el Hogar, lo cual redundó en la prolongación de su estancia, en general el requerimiento de atenciones un poco más especializadas y la labilidad de sus organismos obligaron a proceder con cautela en lo relativo a la institución de la dieta.

Por el contrario, los niños del grupo entre los 9 y 10 años únicamente estuvieron internados 55 días lo cual viene a ser prácticamente la mitad del tiempo de permanencia de los más pequeños. En estos últimos (los mayores) las complicaciones gastro-intestinales fueron mínimas y otros cuadros patológicos intercurrentes (sarampión etc.) fueron soportados sin merma apreciable de su estado nutricional.

Sin embargo, la definitiva predominancia del número de niños comprendidos entre 1-1/2 y 3 años (51 casos) con relación al número de niños de 9 a 10 años (6 casos) no puede sino darnos una ligera orientación en este sentido; más nos inclinamos pues a hacer estas afirmaciones basadas en que, a menor edad, mayor posibilidad de complicaciones y mayores exigencias de cuidado dietéticos. De este estudio ha surgido también la duda de que la dieta descrita, que es adecuada para niños mayores de cinco años, puede no serlo en la misma proporción para el grupo de menor edad. Debe por consiguiente estudiarse la posibilidad de administrarles una alimentación más de acuerdo con sus necesidades.

CUADRO Nº VI

CUADRO COMPARATIVO DE PESOS

Edad	Peso Normal	Peso Ingreso	Dif.	Porc.	Peso Egreso	Dife- rencia	Porcen- taje
1 1/2 α 2	25.57	15.75	9.26	37.92	21.12	4.25	16.72
2	3	28.62	18.75	9.87	34.49	6.56	22.30
3	4	34.06	21.75	12.31	36.15	8.00	23.49
4	5	38.50	27.37	15.13	39.30	10.75	19.61
5	6	42.93	27.50	15.43	35.95	11.31	26.35
6	7	48.37	31.12	17.25	35.69	14.44	29.86
7	8	52.81	32.12	20.69	39.18	16.13	30.55
8	9	57.18	35.75	21.43	37.48	13.06	22.85
9	10	61.56	39.25	22.31	36.25	17.50	28.43
				36.91%	24.46%		

PORCENTAJE GLOBAL DE RECUPERACION: 12.47%

Sin lugar a dudas con las cifras anteriores podemos formarnos una idea clara acerca de los resultados obtenidos en la generalidad de los casos. Si para juzgar el grado de desnutrición de un niño nos basamos en su deficiencia ponderal y estatural y en otras manifestaciones clínicas, podemos hablar con justicia al decir que si hubo decidido aumento de peso y desaparición o por lo menos atenuación del resto de los síntomas de desnutrición, se logró encaminar a estos niños por la senda de la recuperación.

En este cuadro observamos que los niños de 1-1/2 a dos años que ingresaron con una deficiencia de 37.92% y egresaron con 16.72% de déficit, recuperaron en gran parte su peso, acercándose este grupo más que ningún otro, a los pesos normales para niños de su edad.

Notemos también que conforme aumenta la edad menor es el porcentaje de recuperación, observemos que los niños mayores cuyo porcentaje de desnutrición a su ingreso fue de 36.25%, únicamente bajaron al 28.43% de déficit. Las observaciones anteriores nos conducen a las siguientes conclusiones: los niños menores aunque necesitan tratamiento más prolongado llegan a recuperarse más que los mayores. Se observó que los niños mayores que permanecieron largo tiempo en el Hogar, después de alcanzar un ascenso de peso inicial considerable no continúan recuperándose en la misma proporción en que lo hacen durante las primeras 6 a 8 semanas, motivo por el cual se juzgó innecesario prolongar su período de estancia.

Otra razón de indudable peso que explica la diferencia de recuperación entre las dos edades es la talla. Recordemos que en el niño desnutrido la deficiencia es tanto ponderal cuanto estatural; es fácil asumir que el aumento de peso debe ser proporcional al aumento de estatura pero en un período que oscila alrededor de 80 a 90 días, el niño como es natural recupera más peso que estatura y como al hacer las comparaciones finales tomamos en consideración ambos factores, nos encontra-

mos con niños cuyo peso llega a ser aceptable muy próximo a lo normal comparado con niños sanos de su misma estatura pero no de su misma edad.

En general el grupo de niños tratados se clasificaron convencionalmente y atendiendo al porcentaje de recuperación en tres categorías a saber:

- a) que comprende aquellos cuya respuesta al tratamiento fue pronta, no tuvieron complicaciones y su permanencia en el Hogar fue relativamente corta, estos pacientes recuperaron más de un 60% de su déficit, fueron considerados como resultados óptimos.
- b) Comprende a los niños que a pesar de mostrar una curva de ascenso más o menos continuada requirieron para esto una estancia más prolongada y este ascenso se vió muchas veces detenido por complicaciones de diferente índole; al ser dados de alta se comprobó en ellos una recuperación del déficit ponderal que osciló entre el 25 y 60%.
- c) Se colocaron aquellos que ganaron muy poco peso o que no ganaron peso, que requirieron períodos de estancia muy prolongada, que mostraron complicaciones constantes y cuya recuperación del porcentaje de déficit estuvo entre el 25 y 0%. Este último grupo fue considerado como con resultados malos.

COMPLICACIONES Y ENFERMEDADES INTERCURRENTES

ANOREXIA.

Ya dijimos anteriormente que en general la anorexia tan común en el niño desnutrido mejoró rápidamente al ofrecerle una dieta adecuada y agradable; en nuestro trabajo no podremos hablar de anorexias invensibles que pusieron "per se" en peligro la vida del enfermito. Sin embargo, en unos cuantos casos la anorexia se presentó con tenacidad siendo la causa

inmediata de la falta de ganancia de peso de estos niños. Por lo menos en 6 casos se manifestó anorexia selectiva para la carne, la cual fue cediendo paulatinamente hasta desaparecer. Muchas causas se adujeron para explicar nuestros casos de anorexia marcada llegando inclusive a tomar muy en cuenta la que se consideró como "falta de adaptación al medio". Es de tomar en consideración el hecho de que casi todos los niños anoréxicos de que hablamos hayan tenido además infestación considerable de uncinaria.

INTOLERANCIAS.

Varios pacientes de corta edad (2 a 3 años) mostraron intolerancia decidida a la leche entera, en tal virtud, durante toda su permanencia en el Hogar hubo de administrárseles leche acidificada o bien semi descremada. La intolerancia se manifestó en primer lugar por repugnancias hacia este alimento, por vómitos o por diarreas de diferente intensidad. La intolerancia para otra clase de alimentos fue prácticamente nula.

PARASITISMO INTESTINAL

CUADRO Nº VII

TRICOMONIASIS	13 casos	8.66%
LAMBLIASIS	56 casos	37.33%
ASCARIDIASIS	32 casos	21.33%
TRICOCEFALIASIS	37 casos	24.66%
UNCINARIASIS	28 casos	18.66%
TENIASIS	2 casos	1.33%

La mayor parte de los niños afectados de parasitismos intestinales diversos deben haber recibido en los hospitales donde estuvieron antes de su ingreso al Hogar los tratamientos adecuados; sin embargo, muchos de ellos presentaron en el estudio

coprológico infestaciones a veces masivas y requirieron la administración de antihelmínticos. En algunos casos se obtuvieron resultados satisfactorios con exámenes de heces negativas de parásitos; en otros, no fue posible obtener la curación.

Como hemos considerado algunos parasitismos intestinales como coadyuvantes en la agravación de la desnutrición, no podemos sino concederles importancia de primer orden. La presencia de uncinarias o tricocéfalos en la luz intestinal de los niños se traduce por pérdida constante de sangre y su consecuencia se refleja en el cuadro hematológico como anemias secundarias benignas o severas según sea la cantidad de parásitos que albergan.

Como puede apreciarse en el cuadro respectivo el parasitismo por uncinaria alcanzó el 18.66% del total del grupo y la infestación de tricocéfalos el 24.66%. No está demás decir que fueron comunes los casos de niños portadores de dos, tres o más parasitismo simultáneamente.

Los casos más serios de anemias secundarias, como es natural, se observaron en los niños parasitados de uncinaria, de allí que el tratamiento se encaminara primordialmente a reponer el estado general y mejorar la tasa de hemoglobina; estos fines se intentaron por medio de transfusiones de sangre total, preparados hemopoyéticos y sales ferrosas.

En el caso especial de la uncinaria no se hizo ningún tratamiento antihelmíntico. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios pero temporales y en un caso completamente negativos, este niño fue devuelto al Hospital General ya que en el Hogar, no podía contarse con suficiente sangre para administrarle cuantas transfusiones fueran necesarias.

El resto de los parasitismos fueron tratados con métodos corrientes y por no constituir seria amenaza al cuadro hemático de los pacientes no merecen mayor comentario.

DIARREAS INFECCIOSAS.

Fueron comunes los casos que presentaron diarreas que clínicamente se diagnosticaron como diarreas infecciosas. Sólo excepcionalmente se contó con coprocultivos hechos en Sanidad Pública, los tratamientos específicos dieron algunas veces resultados inmediatos lográndose la desaparición de los síntomas en 24 a 48 horas, en otros casos fue necesario recurrir a varios antibióticos de amplio espectro para obtener mejoría. Sólo en dos ocasiones se presentó desequilibrio hidroelectrolítico consecutivo de carácter alarmante que también cedió con la terapéutica ordinaria. Este cuadro infeccioso intestinal influyó decididamente sobre la curva de ascenso de peso de los niños observándose en ellos curvas descendentes hasta de 2 libras por semana.

AMIBIASIS.

El síndrome disenteriforme por *Amiba histolítica* no ocupa en nuestro estudio prominente relieve, sólo en tres niños logró demostrarse juntamente con el cuadro clínico, la presencia de formas vivas en las heces.

La curación clínica se obtuvo fácilmente con amebicidas comunes. El estado general de estos niños no se afectó grandemente y la repercusión sobre el ascenso de peso, fue mínima.

ENFERMEDADES ERUPTIVAS.

A pesar de los cuidados de cuarentena que se instituyen en el ingreso del niño, y que dicho sea de paso, dejan mucho que desear, hubo brotes de por lo menos tres enfermedades eruptivas: sarampión, varicela y rubeola.

Diecisiete casos de sarampión, de los cuales tres presentaron como complicaciones grave, cuadros neumónicos; estos fueron tratados en el Hogar. La intención primera fue enviar los pacientes de sarampión y en general todos los niños con cuadros eruptivos o enfermedades epidémicas a otros centros ade-

cuados donde pudiera llevarse a cabo el tratamiento; el constante congestionamiento en los centros hospitalarios impidió lograr este propósito resignándonos por lo tanto a llevar a cabo el tratamiento en el Hogar y obligándonos a destinar un local para los propósitos de su aislamiento. Recuerdo una vez más que no siendo este un hospital, no cuenta con el personal idóneo y el equipo necesario para controlar y detener las epidemias, consecuencia de lo cual fue que éstas se prolongaron durante largo tiempo.

También hubo dos brotes epidémicos: parotiditis, 6 casos y gripe 35 casos. Hubo también un brote de tos quintosa con caracteres clínicos de tosferina, sin embargo, los exámenes de investigación de *Hemophilus pertussis* hechos en Sanidad Pública, fueron negativos. La presencia de este brote epidémico de tos, se observó en los niños que habían presentado gripe recientemente, razón por la cual se consideró como la persistencia de un síntoma gripal.

INFECCIONES RESPIRATORIAS SUPERIORES.

Tan comunes en la infancia, se observaron a menudo y predominantemente en los niños más pequeños; lo mismo que las otitis medias, amigdalitis, y conjuntivitis, fueron todas tratadas en el HOGAR no habiendo presentado complicaciones dignas de mención. En mayor o menor escala, todas estas infecciones fueron causa del detenimiento del ascenso de peso aunque, en muchos casos, éste fue mínimo.

INFECCION URINARIA.

En dos oportunidades el diagnóstico clínico de I.U. fue confirmado por el hallazgo de urocultivos positivos y el curso prolongado de esta enfermedad, dió por resultado el empeoramiento del estado general y la pérdida de peso en los niños. Sin embargo, al desaparecer la infección, se inició la recuperación. Los dos pacientes fueron dados de alta considerados clínicamente curados y con urocultivos negativos.

PALUDISMO.

Tres niños mostraron cuadros que clínicamente correspondían a paludismo; una vez confirmado este diagnóstico mediante el examen de gota gruesa, se procedió a su tratamiento con diversos antipalúdicos; sucesivas gotas gruesas negativas hablaron en favor de la curación. Aparte de la anemia propia de esta enfermedad las alteraciones del estado general y del estado nutricional no eran diferentes a la de un niño desnutrido y respondieron al tratamiento dietético en la misma forma en que lo hizo la mayoría.

Con lo anterior hemos revisado someramente las complicaciones en enfermedades intercurrentes que oponen dificultades a la recuperación nutricional de los enfermitos. Ya que es prácticamente imposible impedir el apareamiento de dichas complicaciones, nos parece el proceder más adecuado dedicar esfuerzos encaminados a acortar sus períodos evolutivos para lograr así que el deterioro nutricional del niño se reduzca al mínimo.

ANALISIS DE LAS CURVAS DE PESO

Las curvas que se muestran a continuación, corresponden a los tres grupos o categorías en que fue dividido el total de pacientes. Las dos primeras curvas fueron resultados óptimos que denotan cuan rápidamente se consigue aumento de peso en aquellas criaturas que no sufrieron complicaciones, toleraron perfectamente las dietas y tampoco presentaron enfermedades intercurrentes en su permanencia. Desafortunadamente estos casos fueron relativamente pocos.

Las que siguen y que están comprendidas en la clasificación "B", corresponden a niños que respondieron satisfactoriamente al tratamiento, aunque hubieran de permanecer en el HOGAR más tiempo de lo previsto o bien, probaron como en la segunda de estas curvas, que prolongando la permanencia no se obtendría más aumento de peso; en el caso de esta última cur-

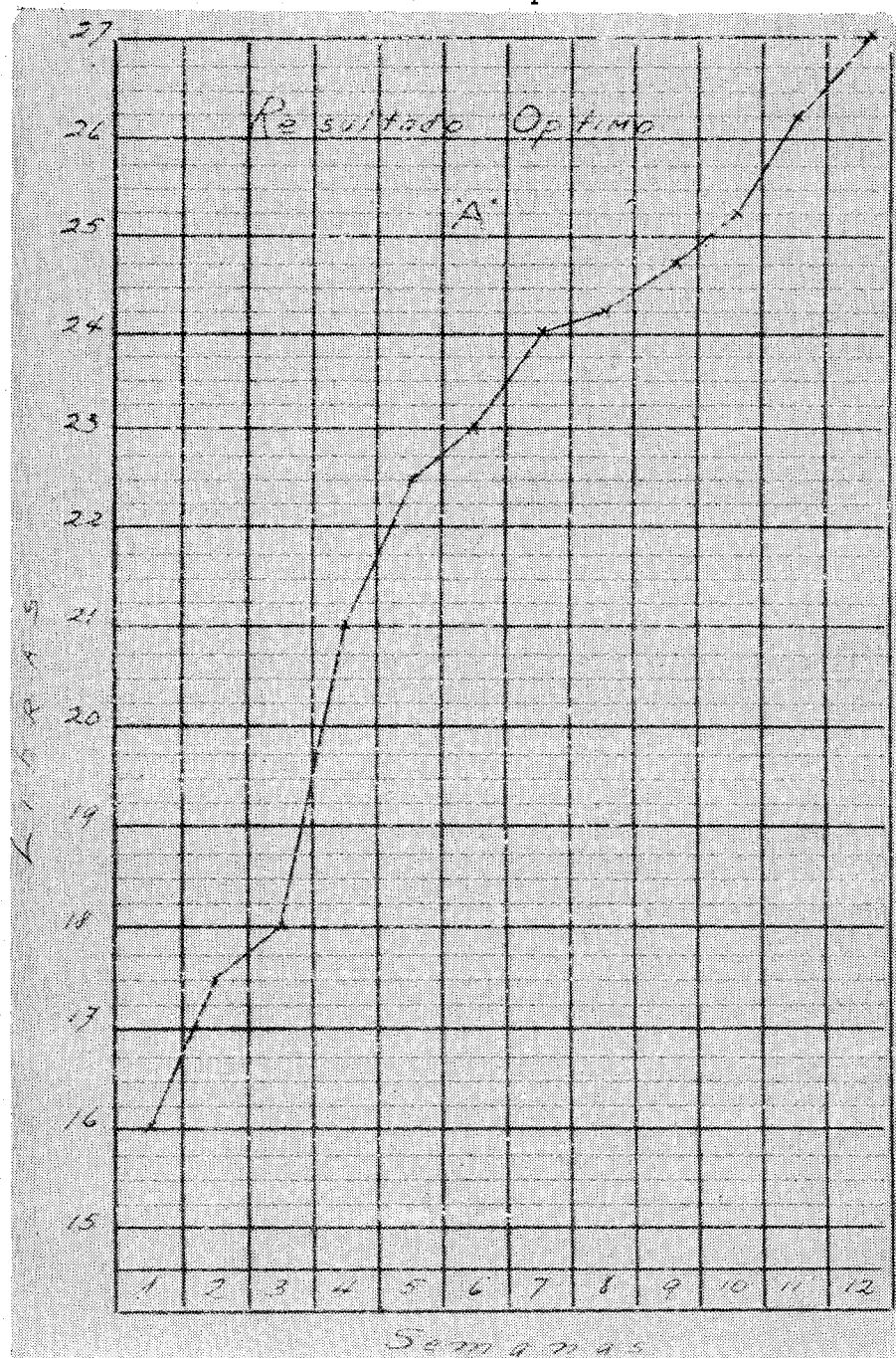
va, la niña no ganó peso durante las últimas cuatro semanas. Los niños comprendidos dentro de este grupo constituyeron la mayoría y por lo tanto son ellos los que componen la clave para apreciar el valor del tratamiento.

Por último los enfermos de la categoría "C", que dicho sea de paso apenas si llegaron el 6%, forman por decir así, los fracasos del HOGAR, seis de ellos fueron enviados de vuelta a los hospitales de donde procedieron, porque su estado general más bien tendió al empeoramiento que a la mejoría. En el caso concreto de la observación N° 111, el paciente era víctima de masiva infestación por uncinaria y tricocéfalos y a pesar de haber recibido tres transfusiones de sangre y tratamiento antianémico intenso, su anorexia marcada, las complicaciones gastro-intestinales entre ellas el vómito, y la decidida acción expoliatriz de los parásitos que portaba, lo condujeron rápidamente hacia marcada desmejoría que obligó a enviarlo al Hospital General.

CURVA DE PESO.

Nombre: O. I. — Fem. — Edad: 4 años 5 meses.

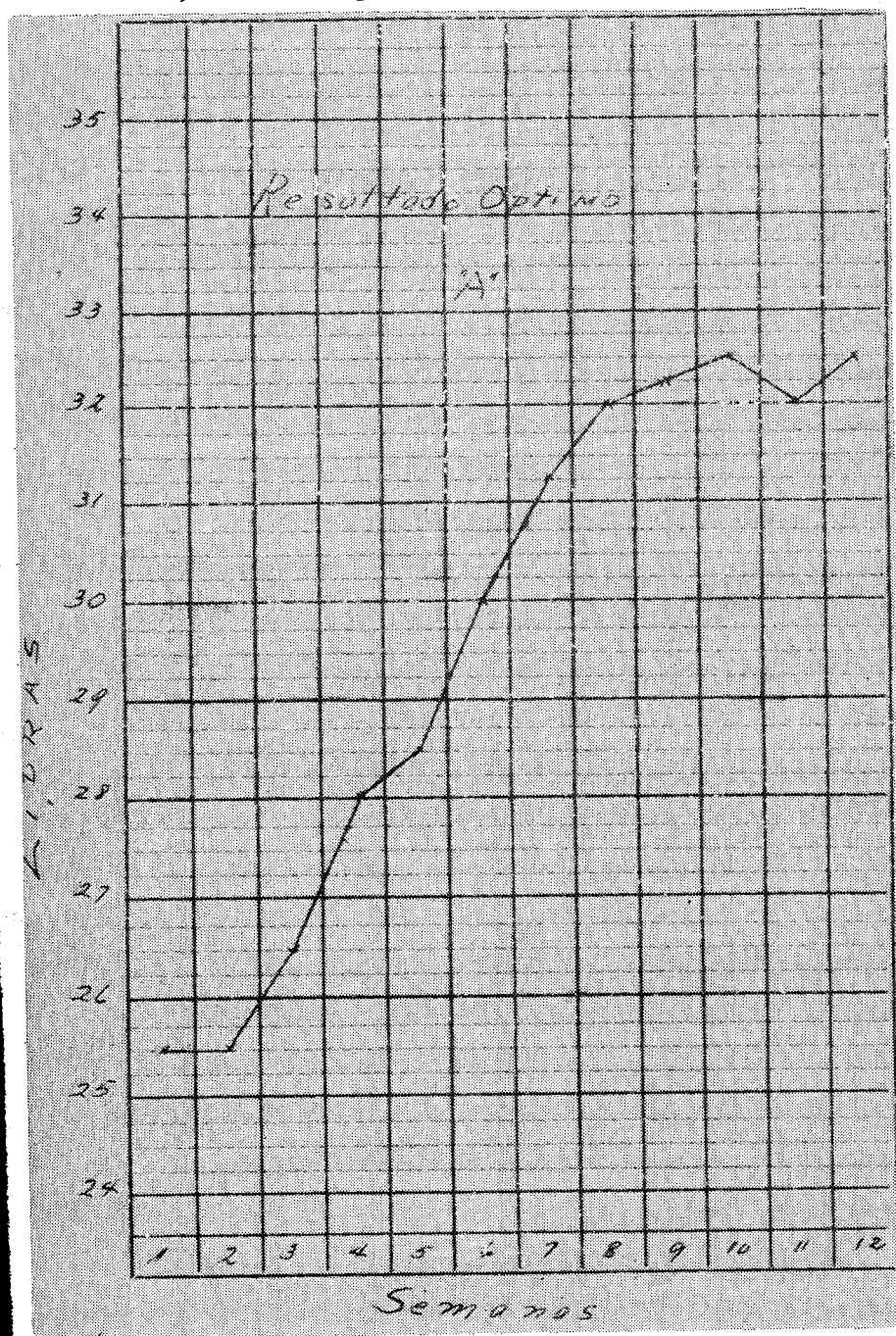
Observación Nº 6. — Sin complicaciones.



CURVA DE PESO.

Nombre: M. de J. Oliva — Edad: 4 años 3 meses.

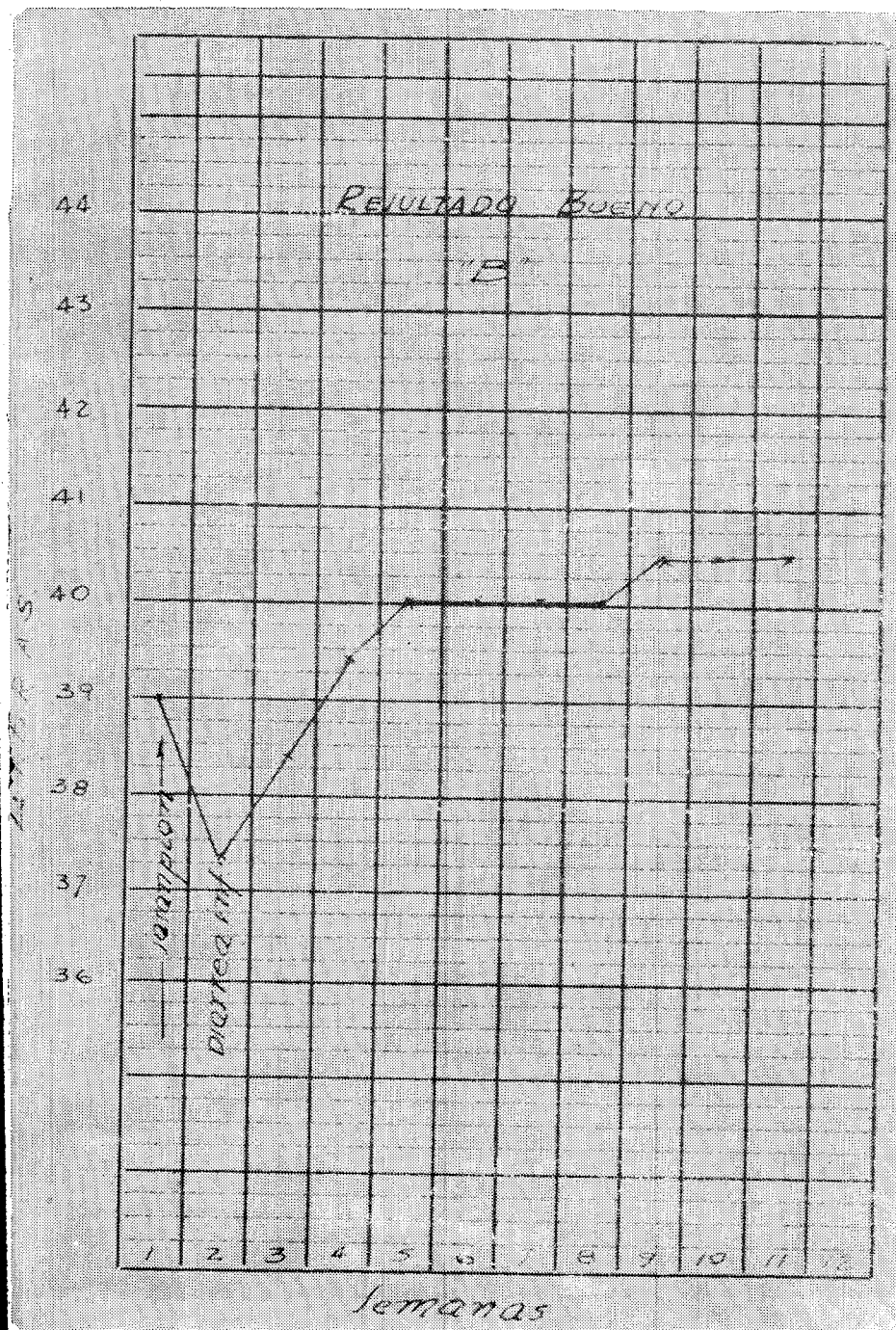
Observación Nº 21 — Curva de Estancia media (12 semanas). — Sin complicaciones



CURVA DE PESO.

Nombre: A. M. A. — Fem. — Edad: 7 años.

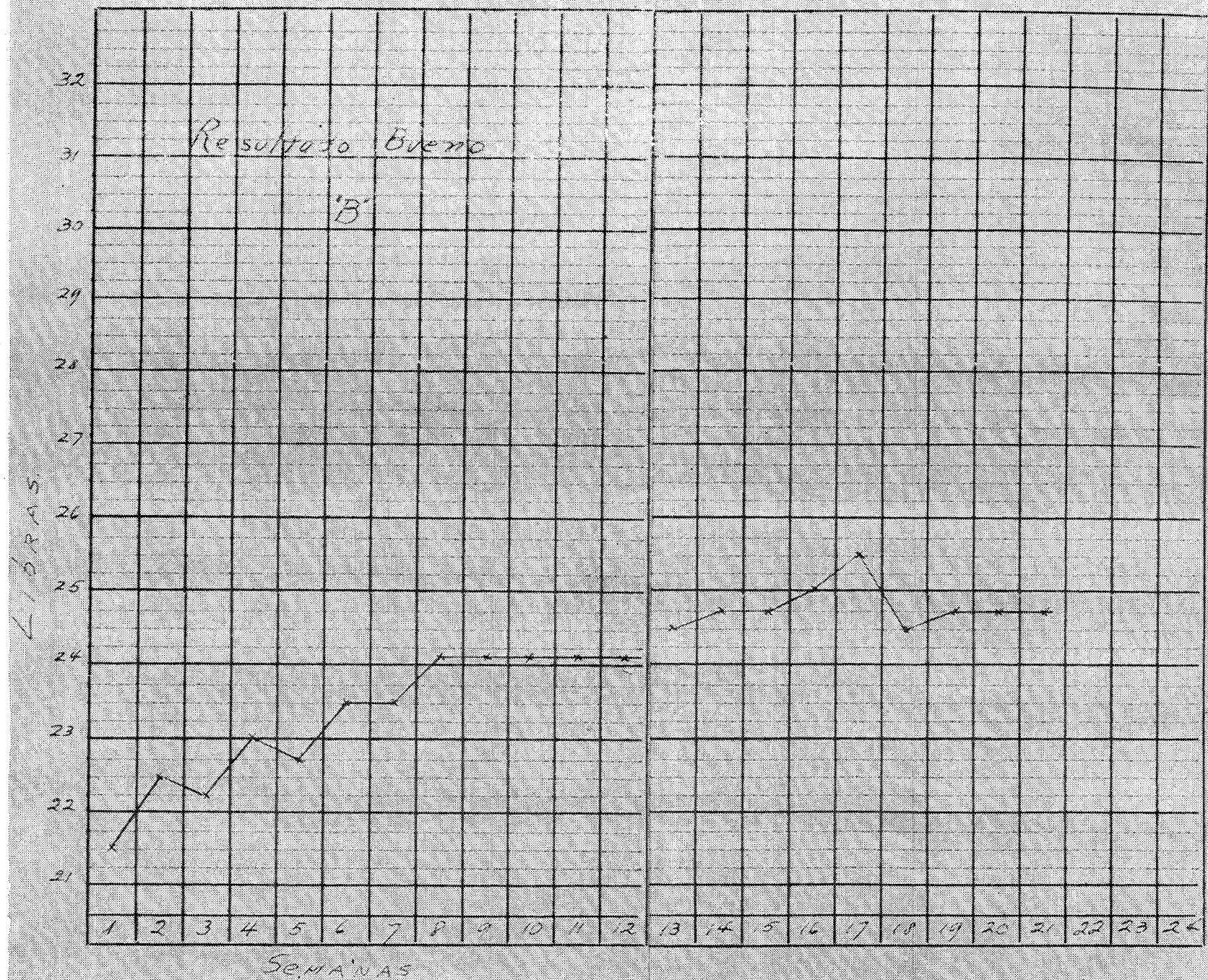
Observación Nº 48.



CURVA DE PESO.

Nombre: Fco. Menéndez — Edad: 3 años 2 meses.

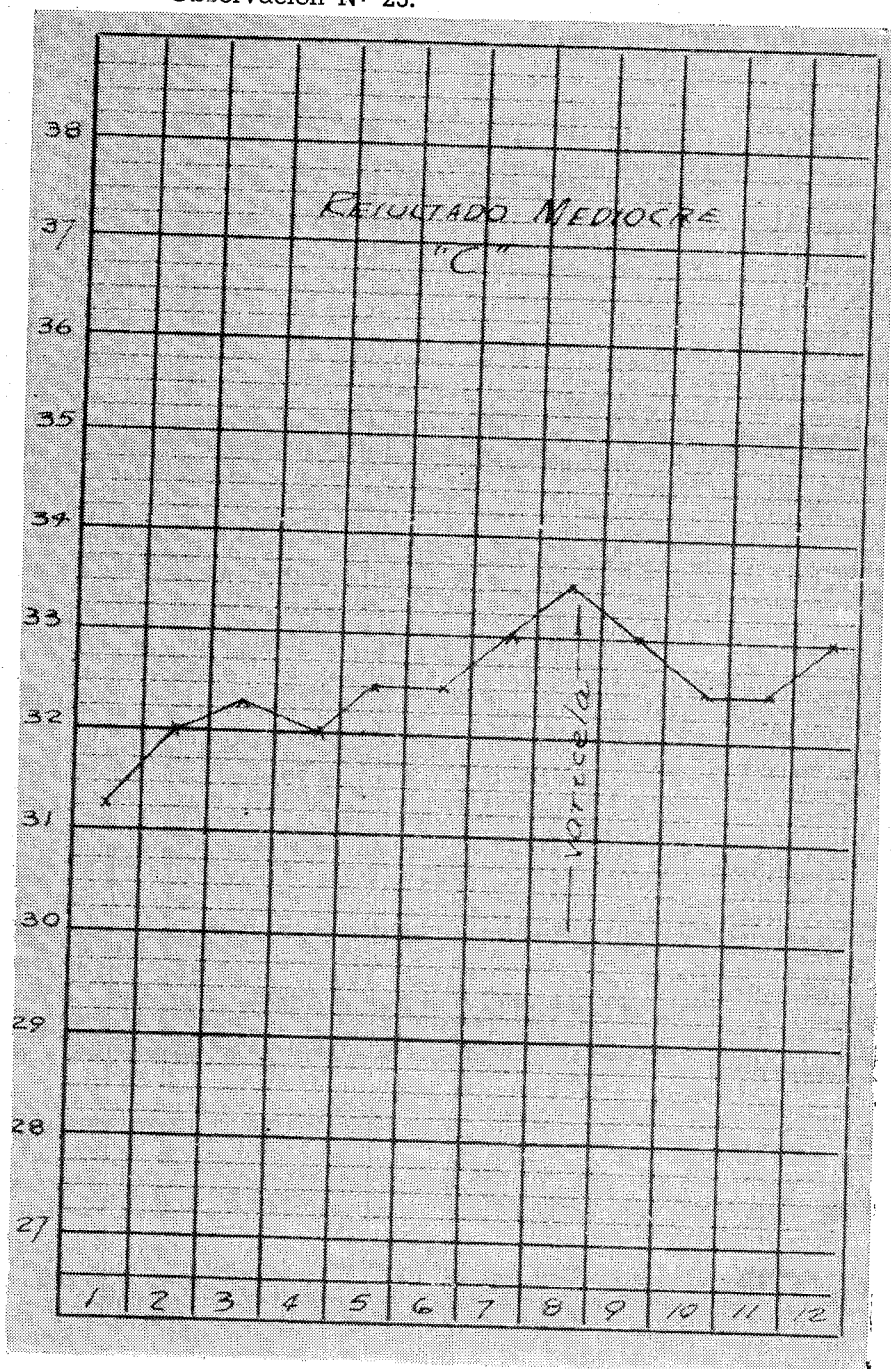
Observación Nº 1 — Estancia prolongada (21 sem.)



CURVA DE PESO.

Nombre: J. A. C. — Masc. Edad: 5 años.

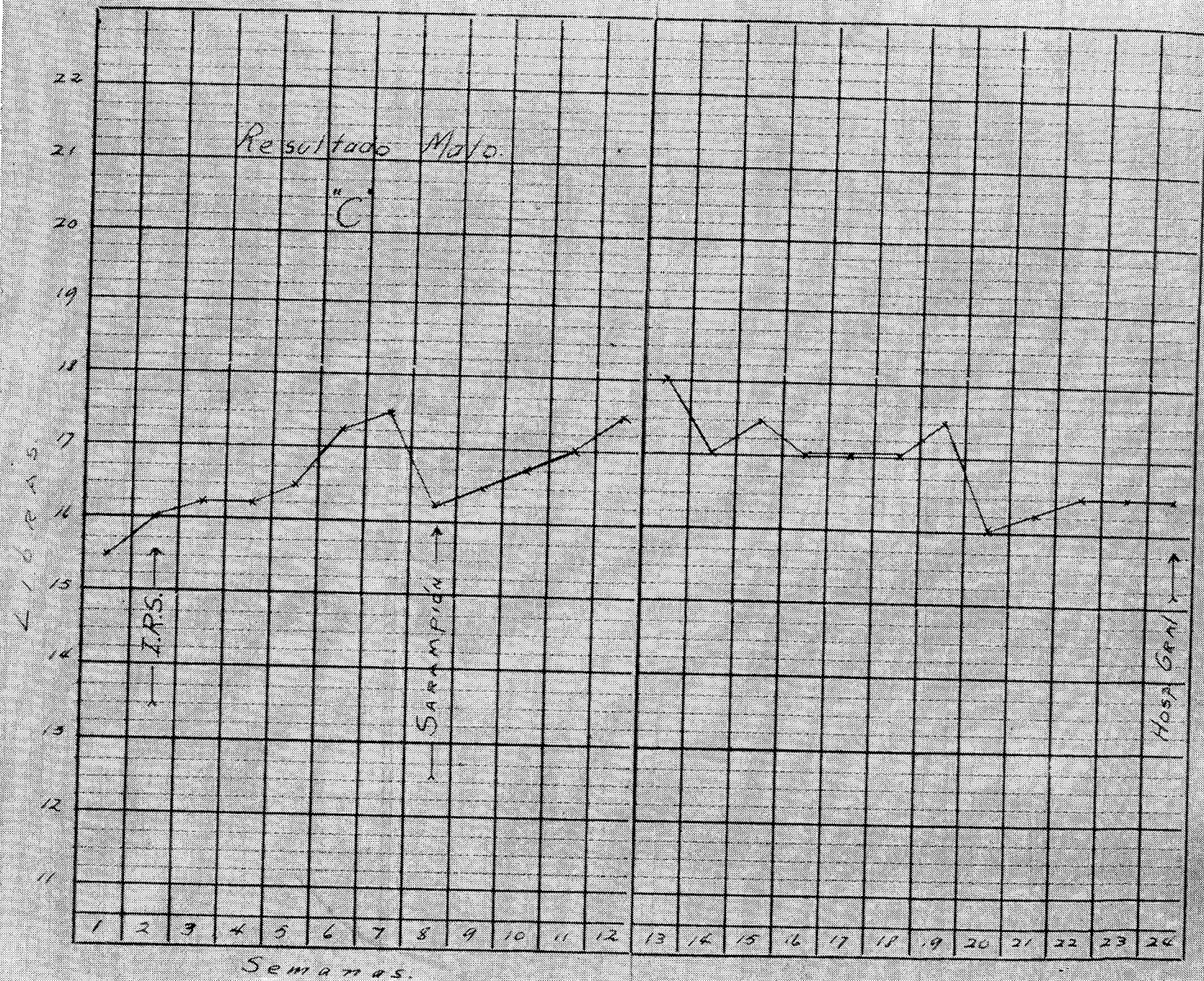
Observación Nº 29.



CURVA DE PESO.

Nombre: I. L. S. — Fem. — Edad 2 años.

Observación Nº 47. — Anemia origen? — Sarampión — I. R. S.



CONCLUSIONES

- 1) Los resultados obtenidos son en general satisfactorios. Se confirma una vez más que la administración de dietas adecuadas basta para conseguir recuperación del peso y estado general de los pacientes.
- 2) Los brotes epidémicos y las enfermedades comunes influyen desfavorablemente en el proceso de recuperación.
- 3) Si se reduce al mínimo las complicaciones y enfermedades intercurrentes, mediante sistemas de aislamientos y cuarentenas más rigurosos, los resultados son mejores.
- 4) La recuperación se acerca más a los patrones normales en los niños menores de 3 años.
- 5) Cuanto antes se principie el tratamiento, mayores son las posibilidades de recuperación.
- 6) Ninguno de los niños tratados llegó a alcanzar el nivel de peso y estatura normales para su edad; esto confirma que los resultados formulados por el INCAP, se han cumplido en el Hogar de Niños Convalecientes.

JAIME A. BOLAÑOS B.

Guatemala, Noviembre de 1958.

Dr. C. M. MONSON MALICE.

Vo. Bo.

Imprímase
Dr. ERNESTO ALARCON B.
Decano.