

Medidas de previsión contra la mortalidad infantil, por enfermedades de la nutrición (1)

Por los doctores

Roberto Berro, y *Julio A. Bauza,*
Presidente del Consejo del Niño. Director de la Casa del Niño.

(Montevideo)

La necesidad de adoptar medidas para prevenir la mortalidad de los lactantes por enfermedades de la nutrición (trastornos nutritivos) fluye de la importancia que esta causa adquiere, cuando se considera la mortalidad del primer año.

Refiriéndonos a nuestro país, el Uruguay, las enfermedades del aparato digestivo, constituyen la causa más importante de la mortalidad en los lactantes, hasta el punto de contribuir en una proporción no inferior a 40 % en el total de 10 % de menores de un año fallecidos por 100 nacidos vivos. A esta conclusión se llega eliminando de la estadística el grupo de enfermedades no especificadas o mal definidas, el cual es adjudicado proporcionalmente a los otros grupos nosológicos.

Pasada la primera semana de la vida del niño, durante la cual la mortalidad es casi exclusivamente debida a causas de naturaleza obstétrica, a la debilidad congénita o malformaciones que hacen imposible la vida del recién nacido, los trastornos nutri-

tivos empezarán en seguida a manifestarse para mostrar su mayor incremento en el cuarto mes, y recién declinar después del sexto, cuando el niño se encuentra ya en condiciones de tolerar, sin grave peligro, otro alimento que no sea el natural.

La alimentación natural es la más desarrollada en el primer trimestre de la vida, siendo en el segundo trimestre, al suministrar otro alimento —como la leche de vaca—, cuando se pone frecuentemente en peligro la vida del niño. El diagrama que acompaña, permite apreciar hasta qué punto tiene valor esta afirmación.

Esta mortalidad por disturbios del aparato digestivo en el lactante, no afecta en los diferentes meses del año igual desarrollo. En el hemisferio sur, como consecuencia de la inversión de las estaciones observadas en el norte, la gráfica de mortalidad infantil por enfermedades del aparato digestivo, afecta una forma inversa, de la que se presenta en estos países. Así, el pico o la elevación de la curva correspondiente a los meses de julio y agosto, es reemplazado en el Río de la Plata por una depresión de la gráfica, que afecta la *forvr** ? una V, en cuyo vértice está julio, y en cuyos extremos se *si*~

(1) Trabajo presentado al II Congreso Internacional de Protección a la Infancia. — Roma, septiembre, 1937.

túan los meses de enero y de diciembre, los más calurosos en el Hemisferio Austral. El factor clima juega, por tanto, entre nosotros, un papel tan decisivo, que la mortalidad infantil del verano está en absoluto supeditada, a la mayor o menor intensidad y persistencia de los calores durante esa estación del año. Como prueba de la exactitud de este aserto, nos basta expresar que en los meses de enero y diciembre del año 1934, la mortalidad de lactantes menores de un año, fue un 50 % inferior a los mismos meses del año 1931, como consecuencia de haberse experimentado en aque año, durante el primero y el último mes, temperaturas frescas en relación a la normal que hubiese correspondido.

Es posible que la adopción de medidas de previsión pueda permitirnos conseguir la supresión de este salto brusco de la mortalidad de lactantes, que da lugar entre nosotros a que en los meses indicados se duplique o aun se triplique con respecto a

los meses de noviembre y de marzo. Es así como en aquellos **países, en los cuales** se ha llegado a un alto grado de perfeccionamiento, el pico de la mortalidad del verano apenas se señala con una elevación insignificante.

De lo que acabamos de decir, se deduce que el problema existe, y que debemos procurar el conocimiento y aplicación de las medidas de previsión, para combatir la mortalidad de los lactantes por esa causa.

¿Cuáles pueden ser estas medidas? A nuestro juicio, se resumen en esta fórmula:

Alimentación a-propiada del lactante.

Educación de la madre y ayuda económica.

Consideremos, en primer término, la importancia de la educación de la mujer en lo *qv.*^a se refiere a la maternidad.

Es indiscutible que esta preparación es casi nula en la mayor parte de las madres. Este apren-

dizaje, tan necesario como útil, se deja para cuando sea ineludible, es decir, para después que el niño haya nacido. Los cursos de maternología, para jovencitas o para las mujeres que están en vísperas de ser madres, son de una imperiosa necesidad y deben establecerse en todos los dispensarios de protección a la infancia. Ellos complementarán útilmente los conocimientos rudimentarios de puericultura de la escuela primaria. Su difusión, mediante una inteligente propaganda, servirá poderosamente a elevar la preparación de la mujer en las complejas funciones de la maternidad.

Se comprende sin mayor dificultad, que en la clase social inferior, la preparación de la mujer será sensiblemente inferior a la que posee la que pertenece a las clases más acomodadas. Es bien sabido que entre los niños ilegítimos, la mortalidad infantil, y especialmente la que corresponde a enfermedades de la nutrición, es singularmente elevada. Como consecuencia de ello, es que hemos de considerar la aplicación de la medida siguiente:

Contralor por el Estado, de todo lactante indigente, durante los dos primeros años.

Esta disposición, que forma parte del Código del Niño del Uruguay, ha comenzado a ponerse en práctica en Montevideo, para los niños ilegítimos, que constituyen un 25% de los nacimientos y que contribuyen en gran número en la mortalidad que se presenta en el primer año.

La vigilancia médica obligatoria de todo lactante, cuyos padres no tengan medios para proporcionársela a su costa, deberá sin duda alguna constituir la más importante de las medidas preventivas a adoptarse. Confiamos en que, será en breve posible entre nosotros, colocar el recién nacido de padres indigentes, bajo la dirección de un médico puericultor, secundado por nurses especializadas, de tal forma que sea posible dirigir su alimentación, reduciendo al mínimo las posibilidades de la aparición de un trastorno nutritivo. Esta dirección médico-higiénica, tenderá a desarrollar y estimular la lactancia natural, principal medida de previsión contra la mortalidad de los lactantes por enfermedades de la nutrición.

Esta propaganda a favor de la lactancia natural será complementada, mediante la institución de salas-cunas, y de salas de lactancia para obreras, en fábricas y en barrios en los que sean necesarios.

Igualmente será considerada la conveniencia en multiplicar los refectorios para madres que amamanten a sus hijos, donde sea servida por lo menos una vez al día, una comida sana y abundante.

A ser posible, estas diferentes instituciones, deberán estar unidas a un Centro de Salud Infantil, verdadera Casa de Madres y de Niños, en los cuales estos últimos recibirán la observación de un médico pediatra, y su asistencia cuidadosa en caso de enfermedad. Las visitas a domicilio de la nurse adscripta al Centro, realizadas con la fre-

cuencia necesaria, hará muchas veces innecesaria la presencia de la madre con el hijo en el consultorio médico, evitándose no pocos peligros, a que frecuentemente es expuesto el niño como consecuencia de la diferencia de temperatura que deberá sufrir o de la posibilidad de adquirir por contagio, enfermedades de otros niños, concurrentes al mismo tiempo.

Forzosamente deberá presentarse un momento, en que será necesario cambiar la alimentación, y ahora debemos considerar el momento de mayor peligro para la vida del niño. Los disturbios nutritivos consecutivos a otra alimentación distinta de la natural, son la causa del 40% de las defunciones del primer año.

Nuestra experiencia de treinta años, nos hace confirmar las ventajas derivadas del empleo de la leche seca, para prevenir los trastornos nutritivos de origen alimenticio. Allá donde no sea

posible entregar a cada niño pequeño, leche de vaca fresca y adaptada, y a la madre de ésta una heladera de modelo simple. con la cantidad de hielo necesaria, se utilizará la leche seca, si es posible entregándola en proporciones que contengan la cantidad necesaria para cada ración.

La ayuda económica a la madre indigente es fundamental en todo plan de previsión de la mortalidad infantil, pues la miseria de los progenitores es la causa central más frecuente de la que irradian los distintos factores que conspiran contra la vida del niño: irregularidad de la familia, ilegitimidad del nacimiento, ineducación materna, vivienda antihigiénica, alimentación defectuosa e insuficiente, falta de cuidados familiares y médicos, abandono parcial o total, etc.

Y estas causales repercuten, como es natural, con mayor fuerza cuando se trata de la mortalidad del niño pequeño por alteración nutritiva, ya que el desarrollo del niño está íntimamente ligado al cumplimiento estricto de las leyes biológicas y sociales que favorecen su crecimiento y su vida.

Dijimos antes que el Código de Niño del Uruguay establece la atención del Estado para todo niño indigente en el período inicial y peligroso de su vida, pero para la aplicación debida de este contralor se requerirían muchos mayores recursos que los que otorgan actualmente los rubros presupuestales.

La ayuda pecuniaria debe ser función del organismo que hoy se llama "Servicio": para que éste determine las necesidades de la madre y del niño, estudie y corrija las deficiencias de un hogar humilde, atempere las dificultades sociales, vigile la correcta aplicación del subsidio acordado y coopere con el médico en la adopción de *las* medidas higiénicas, profilácticas y terapéuticas, que defiendan la vida del menor.

En la Casa del Niño esta ayuda material se practica mediante la concesión de socorros, sea en dinero, en bonos de alimentación o de arrendamiento. Vale decir, otorgando a la madre un subsidio en dinero, dándole especies alimenticias fundamentales o abonándole el alquiler de su habitación. Se optaría por una de esas soluciones después que el informe de la Visitadora Social la indique como la que más conviene para el caso determinado. La resolución de todos

los problemas sociales no debe hacerse por fórmula predeterminada, sino por la resultante de un minucioso estudio ambiental. En el año 1936, se presentaron 1119 solicitudes de socorro y sólo 20 fueron rechazadas. El ideal sería tener recursos para atender no tan sólo a las madres que piden ayuda, sino para ir hasta todas aquéllas que lo necesiten — despistaje que quedaría a cargo del Servicio Social de los Consultorios Gotas de Leche—, y en esta forma se evitaría la desnutrición, la enfermedad y quizás la muerte de muchos niños.

Para ayudar a estas 1099 madres se empleó en ese año la cantidad de \$ 19.805.95, lo que representa en promedio por cada familia y por año, la suma de 18 pesos, cantidad evidentemente exigua que será menester aumentar considerablemente.

Sin embargo, con ese subsidio pequeño, se pudo hacer la profilaxis del abandono en 130 madres, que intentaban dejar *sus* hijos en la Cuna, pero que mediante el subsidio lo mantuvieron a su lado, cumpliéndose así el precepto primero de la indisolubilidad del binomio madre e hijo, verdadera unidad biológica y social.

¹La ayuda material es reclamada especialmente por la madre soltera: 648 casos. De las restantes, dióse preferencia a las casadas abandonadas por sus maridos (98 casos), y a las madres viudas con varios hijos pequeños (41 casos), que fueron socorridas con especial interés.

Los \$ 19.805.95 fueron distribuidos así:

En efectivo	\$ 14.924.37
En bonos de alimentación	2.409.90
En subsidios de primera necesidad. ... „	2.397.95
En alquileres	73.73
Total	\$ 19.805.95

El subsidio acordado es, como dijimos, pequeño y de escasa duración. Dos factores que conspiran contra el éxito que debemos desear, por cuya causa propiciamos el aumento de la suma que se nos concede para tan importante medida de previsión de la morbilidad y mortalidad infantiles.

La dificultad administrativa radica en el hecho de que las necesidades de las clases indigentes son mayores en las épocas de desocupación y de crisis, precisamente aquellas en las cuales la situación del erario público es menos favorable. Es lo que aconteció en los últimos años en que nuestro país —como en general los de todo el orbe— tuvo que soportar una intensa depresión económica, de la cual felizmente vamos saliendo, dando sitio a la esperanza de obtener mayores recursos para una obra de tanta trascendencia actual y de futuro, como es la protección de la infancia.

Por razones de elemental justicia y de solidaridad social, deben ser las clases adineradas y las personas que, como los solteros, no contribuyen al crecimiento de la natalidad y a la ordenación de la familia, quienes deben dar algo de lo que les sobra, para ayudar a tanta madre y salvar tanto niño indigente.

La legislación de otros países, —Italia como hermoso ejemplo en su magnífica obra de Maternidad e Infancia nos muestra el camino. Entre nosotros una ley que obligara a los hombres solteros a dar aunque fuese una muy pequeña parte de sus entradas, daría al Consejo del Niño recursos importantes que, destinados integralmente al "Contralor de todo niño indigente hasta los dos años de edad," permitirían realizar una obra de previsión de incalculables proyecciones, d una extraordinaria importancia en el Uruguay, cuyo índice de población es muy reducido ,alrededor de 11 habitantes por km.2 de superficie (187.000 km.2 y 2.100.000 almas), reclamando por tanto, no sólo una mayor natalidad, sino una mejora considerable de las condiciones económicas en que nacen y se desarrollan nuestros niños.

Los recursos que se **obtuviesen** deberían alcanzar, como expresamos anteriormente, para la creación de obras e instituciones fundamentales en la lucha contra la mortalidad del niño pequeño, en especial del lactante distrófico. Tales serían las "Salas-Cunas," las Cantinas o Refectorios maternos, los Centros Nipiohigiénicos y las viviendas obreras.

En esta vía está bien encarrilado actualmente el Gobierno uruguayo, que ha ordenado la instalación de tres "Cunas y Hogares diurnos" en el Cerro, el barrio de la industria frigorífica, con gran población obrera; de dos "Centros de la Madre y el Niño" en las localidades del Cerro y de la Unión, y que acaba de proyectar una moderna y justa

legislación de viviendas higiénicas para el obrero, dando comienzo a la construcción de varios grupos de habitaciones modestas para ser ocupadas y adquiridas a largos plazos por familias obreras, evitando así los peligros higiénicos y morales de los rancharíos de los suburbios y de las promiscuas casas de inquilinato.

En resumen: consideramos que la mejor manera de preve-

nir la mortalidad de los niños en su primer año de vida por factores nutritivos, es suprimir en lo posible la indigencia de los padres, educar a las madres y realizar bajo competente vigilancia médico-social una buena alimentación natural, mixta o artificial, del niño pequeño.

(Del Boletín del Instituto Internacional Americano)

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

Con gentil dedicatoria de sus respectivos autores, hemos recibido las publicaciones siguientes:

TUBERCULOSIS, por el Dr. Epaminondas Quintana, Publicaciones de la Revista de la Cruz Roja Guatemalteca, Guatemala, 1938.

El Dr. Quintana, joven profesional que ejerce la Pediatría en la hermana República, se está destacando como un brillante higienista, como atestiguan el presente trabajo sobre Tuberculosis y su anterior, "HIGIENE DE LA FINCA RURAL." Luchador incansable, tiene en preparación dos obras más: "ALIMENTACIÓN POPULAR" y "BREVUARIO DE LA MADRE."

El presente trabajo reúne en un pequeño volumen los artículos de autor publicados en "El Imparcial" de Guatemala, artículos de divulgación popular, escritos para el vulgo, en lenguaje claro, sin tecnicismos hasta donde le ha sido posible. En ellos aborda el problema de la Tuberculosis

desde el punto de vista más amplio, considerándolo no un problema médico, ni sanitario, sino un problema social y como tal haciendo ver la obligación en que están los ciudadanos de un país civilizado de conocerlo para poder cooperar con las autoridades en la lucha que éstas emprenden. Para hacer ver la importancia de lssunto principia por analizar las estadísticas de su país, llegando a la conclusión que, por deficiencias en los registros y otras razones, se desconoce la morbilidad y la mortalidad por la peste blanca.

Después **entra** a explicar qué es la Tuberculosis, cómo se adquiere, cómo se desarrolla, todo en términos claros y sencillos. En su exposición aparecen las ideas modernas sobre el contagio y herencia y hasta el virus **filtrable** hace su aparición, siempre —difícil tarea— para la comprensión de los profanos.

El trabajo toma un aspecto serio cuando **entra** a considerar todos los factores que influyen en la propagación de la enfer-

meñad y es aquí donde la obra se torna en un estudio social. Nos habla de la mala alimentación del pueblo, de la vivienda sucia, del acinamiento, del trabajo agotador, de las enfermedades tropicales —del tropicalismo como eslabones en la cadena nefasta que agota al sujeto y predispone al organismo.

Después de mencionar brevemente los medios de que la medicina dispone para curar al tuberculoso, entra en consideraciones sobre la organización de los medios de combate, abogando por la formación de la Liga Antituberculosa, por la creación del Seguro Social, por la fundación de dispensarios, etc.

Sin estar en un todo de acuerdo con algunas de las opiniones que el autor expresa, especialmente en lo relativo a los sanatorios, reconocemos que este librito tiene un gran mérito: ha-

ber enfocado el problema bajo sus múltiples aspectos, después de haber estudiado los factores que en Guatemala ejercen una acción preponderante y contribuyen a la complejidad de este problema. La claridad y sencillez, como ya lo dijimos hacen que este librito pueda ser entendido por los profanos. Qué bien harían los educadores, maestros, padres de familia, etc., si leyeran este trabajo del Dr. Quintana y se percataran del papel que ellos pueden representar en la lucha contra la tuberculosis!

—

TEMAS DE FISIOLÓGIA, LA COLAPSOTERAPIA AMBULATORIA EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS, por el Dr. J. Antonio Pérez, Córdoba. República Argentina, 1938.

El Dr. Pérez, discípulo y colaborador del gran fisiólogo argen-

tino, Dr. Gumersindo Sayago, Director del Sanatorio T. C. de Allende, reúne en este trabajo sus observaciones sobre 164 casos de tuberculosis pulmonar tratados por el pneumotórax artificial y la frenicectomía. Todos estos casos han estado en tratamiento por más de tres meses. Analiza detenidamente, por medio de cuadros, todos los pormenores de una cura colapsoterápica: incidencia, complicaciones. El trabajo trata exclusivamente de enfermos ambulatorios, es decir, de dispensario, en quienes no se puede ejercer un control riguroso y vigilar tan estrechamente como los del sanatorio. Tiene, pues, la colapsoterapia ambulatoria diferencia particularísima con la colapso terapia sanatorial, en cuanto a sus indicaciones, su técnica, la conducta a seguir, etc. Esto lo expone magistralmente el Dr. Pérez y se muestra partidario de las presiones bajas, del pneumotórax selectivo y del bilateral ya sea consecutivo o simultáneo, siempre individualizando en cada caso.

Los resultados son bastante halagadores y se comparan con los obtenidos por fisiólogos europeos en enfermos hospitalizados. El fisiólogo argentino obtiene 21% de curaciones definitivas a la clínica y a la radiografía. El total de casos influidos favorablemente —curados, mejorados y los que siguen en tratamiento con posibilidad de obtener una curación— asciende al rededor del 60%. Estas cifras son muy

aproximadas a las de Carpi y mejores que las de Eggston.

En cuanto a la Frenicectomía, el autor considera que este método colapsoterápico indirecto tiene mucho menos aplicaciones en la colapso terapia ambulatoria que el pneumotórax, obteniendo él personalmente un porcentaje de curas de 3.12% con aquél contra 21% con éste.

La practicabilidad del **pneumotórax** bilateral en enfermos de dispensario es objeto de un capítulo especial y el autor ilustra su punto de vista con las historias clínicas y radiografías de 10 casos en los cuales se practicó este procedimiento que hasta hace poco era considerado como de muy limitadas indicaciones. Tiene para el autor grandes posibilidades de éxito aun en enfermos ambulatorios y nos ofrece la mejor arma para combatir la bilateralización, accidente que anteriormente era la causa más frecuente del abandono de un pneumotórax unilateral.

Para todos aquellos que se ocupan de fisiología y que por una razón o por otra (falta de hospitales especiales, de sanatorio, escasez de camas en éstos, etc.), tienen que trabajar con enfermos ambulatorios, la obra del Dr. Pérez tendrá sumo interés práctico, por la exactitud con que el autor analiza sus estadísticas, por lo práctico de sus conclusiones y porque en ella se refleja el método cuidadoso, eminentemente analítico y autocritico de un fisiólogo como el Dr. Pérez que hace honra a su maestro, el Dr. Sayago.