

# MEDICINA

ORGANO INFORMATIVO DE LA ACADEMIA  
NACIONAL DE MEDICINA DE COLOMBIA

(FUNDADA EL 3 DE ENERO DE 1873, RECONOCIDA POR LA LEY 71 de 1890  
CON EL CARACTER DE ORGANO CONSULTIVO DEL GOBIERNO NACIONAL)



NUMERO 3  
1979



## COMISION DIRECTIVA

*Doctor CESAR AUGUSTO PANTOJA*      *Presidente de la Academia*  
*Doctor JOSE FRANCISCO SOCARRAS*      *Secretario de la Academia*



## ADMINISTRACION Y REDACCION



Apartado Aéreo No. 798

BOGOTA





*Observatorio Astronómico de Bogotá. Sede de la Academia de Ciencias. Fue construido por Mutis en 1803.*

## MEDICINA

### **PROBLEMAS DE CRECIMIENTO PONDO ESTATURAL**

Por ERNESTO PLATA RUEDA

### **TUBERCULOSIS ESPINAL EN EL NIÑO**

Por VALENTIN MALAGON - CASTRO

## LETRAS

### **HISTORIAS MEDICAS**

Por JAIME MEJIA MEJIA

### **LA RADIOLOGIA EN LA PINTURA SANTA FERREÑA DEL SIGLO XVII**

Por HERNANDO MORALES y MARIA CRISTINA ARANGO DE VALDERRAMA

## CRONICAS

### **RELACION DE MEDICOS Y NOTABLES EMPIRICOS DE LA EPOCA DE LA INDEPENDENCIA**

Por HUMBERTO ROSSELLI

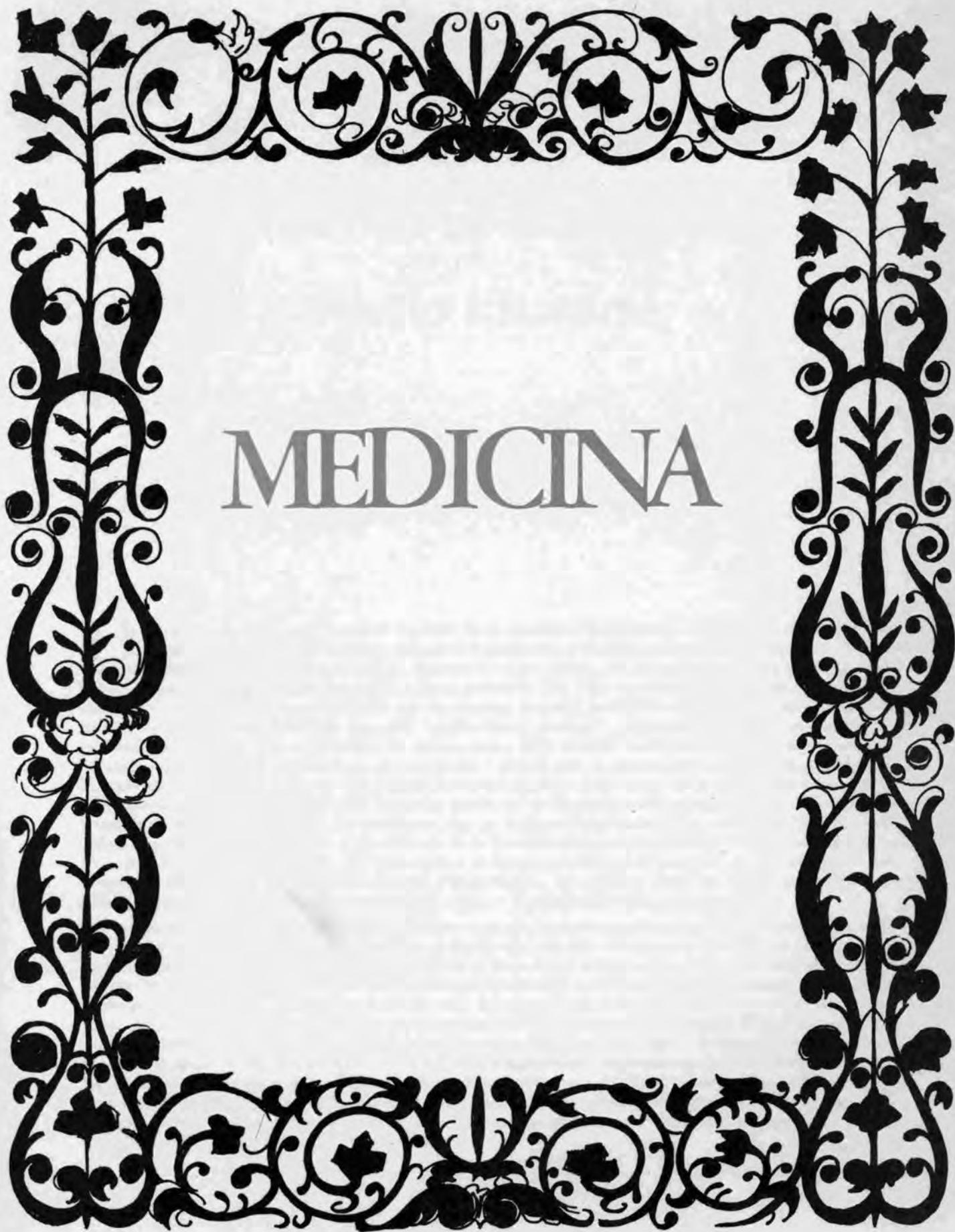
### **EL PROBLEMA DEL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN COLOMBIA**

Informe de Comisión

### **SORDERA POR TRAUMATISMO ACUSTICO Y ACCIDENTES AUDITIVOS EN LA INDUSTRIA**

Por JORGE GARCIA GOMEZ

*Portada: En la "Historia Natural general y particular" de Georges - Louis Leclerc de Buffon, aparece esta simpática lámina que representa a un niño del que Buffon tuvo noticias por el Gobernador de Cartagena de Indias. Las manchas blancas, difundidas en la epidermis del pequeño indígena, fueron interpretadas como resultado del cruce de la raza blanca con la negra, siendo el niño mulato.....*



# MEDICINA

# Problemas de Crecimiento

## Pondo Estatural

Por ERNESTO PLATA RUEDA\*

Quizás sorprenda un poco que este capítulo no se denomine Desnutrición o Distrofia o Síndrome pluricarenal o Malnutrición proteico calórica o Kwashiorkor o Hambre como preferiría llamarla con no poco sarcasmo el pediatra colombiano Gustavo González Ochoa. Al denominarlo por los signos de somatometría (peso y talla) queremos proseguir la línea general de este libro de tratar los problemas con base en el motivo de consulta y de este modo, solo por no emplear lenguaje familiar en los títulos de los capítulos, no hicimos como hubiéramos preferido llamarlo: "el niño flaco y pequeño" o algo por el estilo. Quizás el empleo de terminología científica pero rebuscada o lo que es, como en el caso de Kwashiorkor, referida solo a un signo circunstancial (niño rojo), no frecuente entre nosotros y propio solo de estados muy avanzados de desnutrición, ha contribuido a que los médicos dejen pasar inadvertidos por su consulta los casos mucho más frecuentes de subalimentación incipiente (desnutrición de primer grado) que se manifiestan solo por detención de peso y que en términos de manejo oportuno de los problemas, son en extremo importantes pues como bien lo ha señalado Rafael Ramos Galván (*Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición a nivel individual y colectivo. Impresiones Modernas. México (1.968) p. 39*), "en desnutrición el tiempo perdido no se recupera" y las carencias cuando ocurren en los períodos de mayor crecimiento y se prolongan, si no matan, dejan una huella imborrable en el individuo, tanto en lo físico (nanismo nutricional) como en lo psíquico (retardo psicomotor).

Con la enumeración de términos hecha al principio no queremos embarcarnos en una discusión por demás bizantina sobre semántica, pero sí queremos señalar un hecho que contrista el ánimo cual es el del muy escaso reconocimiento que de la literatura médica latinoamericana se hace en los medios anglosajones. Durante todo lo que va corrido del presente siglo los pediatras latinoamericanos han descrito con lujo de detalles el impacto psicofísico de la carencia alimenticia en los niños proponiendo para denominarla términos tan adecuados como Desnutrición o mejor aún Distrofia pluricarenal. Pero bastó con que en 1.953 un investigador anglosajón (C.D. Williams) en una revista de tanto prestigio como el JAMA, se le ocurriera designarla con un término folklórico africano (Kwashiorkor, tan feo como la desnutrición que es mucho decir, de significado completamente intrascendente) para que se impusiera universalmente y ahora hasta nosotros mismos tenemos que utilizarlo para hacernos entender en las reuniones internacionales. En reconocimiento a la extraordinaria labor de la escuela mexicana en el estudio de este problema, nosotros adoptaremos el término Desnutrición que aunque tiene objeciones, es breve y resulta más entendible por todos, incluso por el grueso público.

La desnutrición se presenta de manera muy distinta en la clase socioeconómica alta que tiene acceso a consulta privada o de seguridad social privilegiada y en la clientela hospitalaria o de centro de salud. En la primera la consulta es precoz, se hace porque el niño se ve flaco o no aumenta de peso y con gran frecuencia el problema es de tipo secundario, es decir debido a enfermedad orgánica o tiene carácter iatrogénico. En la clase baja, socioculturalmente marginada, la madre no advierte sino muy tardíamente la falla de crecimiento o incluso nunca lo hace sino que solo se le ocurre consultar cuando el niño presenta un signo agregado de desnutrición, generalmente diarrea, deshidratación o bronconeumonía. En ella además, la desnutrición es primaria casi siempre, es decir por incapacidad económico-cultural para alimentar al niño o cuando más mixta, es decir que a la primaria se suman infecciones o disturbios funcionales que impiden la utilización de los pocos alimentos que se ofrecen. También aquí hay que lamentar la frecuentísima influencia del factor iatrogénico que actúa en diversos sentidos, siendo los más importantes: falta de interés y desconocimiento de la alimentación natural que genera ablactación primaria o prematura (E. Plata Rueda. ¿Contribuyen los médicos al proceso de declinación de la alimentación natural? Carta Pediátrica 1:29, Nov. 1.976); Implantación de dietas prolongadas en enfermedades frecuentes tales como diarrea y dermatitis alérgicas (véase el capítulo sobre Diarrea); malversación del ya menguado presupuesto familiar con la prescripción inmoderada e injustificada de reconstituyentes y polivitamínicos con lo que se impide la adquisición de los alimentos básicos para el niño (Roberto Rueda Williamson, XXIII Cursillo de Pediatría, Barrancabermeja, julio de 1.962, Mimeógrafo).

Sea que el niño consulte por déficit de peso o por falta de progreso o que el médico lo descubra por pesada rutinaria de niños supuestamente sanos o demostradamente enfermos, (véase el capítulo sobre Consulta del niño sano), el primer paso es establecer la magnitud del déficit, es decir determinar el grado de desnutrición. Para lactantes y pre-escolares se sigue aplicando la clasificación del Hospital Infantil de México (F. Gómez. Desnutrición. Bol. Med. Hosp. Inf. Mex. 3:543, 1.946) que con algunas modificaciones impuestas últimamente puede resumirse así:

Peso normal: del 91 al 110% de lo normal para la edad.

Desnutrición de primer grado (I): cuando el peso se encuentra entre el 76 y el 90% de lo normal para la edad.

Desnutrición de segundo grado (II): cuando el peso queda comprendido entre el 76 y el 90% de lo normal para la edad.

Desnutrición del tercer grado (III): cuando el peso del paciente representa el 60% o menos de lo normal para la edad.

Para encontrar el peso normal de referencia tomamos el correspondiente a la edad del niño en el percentil 50 de la tabla colombiana o en el 25 de la tabla americana si el paciente es de raza mestiza o pertenece al estrato socio económico bajo. Para niños de raza blanca de clase socio económica media o alta hay que tomar como normal el percentil 75 y aún 90 de la tabla colombiana o el percentil 50 de la americana. Una vez hallado el peso teórico normal se realiza una simple regla de tres:

$$\frac{100 \times \text{peso real}}{\text{peso teórico}} = \text{porcentaje de desnutrición}$$

Tal como lo explicamos en el capítulo sobre consulta del niño sano, a nivel de consultorio preferimos establecer como peso normal el que el niño debería tener para la talla, no para la edad, porque ello da una idea más exacta del grado de enflaquecimiento a que ha llegado el paciente (disarmonía peso-talla) que indica sin lugar a dudas que el sujeto es desnutrido, máxime si coexiste el déficit de peso con talla baja y el peso es deficiente para la talla. Además hoy se acepta que la clasificación de Gómez no debe aplicarse al escolar ni al adolescente en quienes la desnutrición (a diferencia de lo que ocurre con el lactante y el pre-escolar) hace fuerte impacto sobre la talla.

De acuerdo con esto, siempre que se encuentre un niño con aparente déficit de peso, para poder aseverar que se trata realmente de un desnutrido, se necesita evaluar su situación de talla. Para ello se puede determinar la talla teórica normal para la edad del paciente en el percentil elegido de acuerdo con lo señalado arriba y se puede decir también por medio de una simple regla de tres que, tiene talla normal el que se encuentra entre el 96 y el 105% de la normal para su edad. Talla baja, del 95% o menos del promedio normal para la edad. Talla alta, del 106% o más del promedio normal para la edad.

Déficit de peso y talla constituyen los principales signos llamados "universales" de desnutrición, denominados así porque están siempre presentes, motivo por el cual nosotros preferiríamos llamarlos "omnipresentes" o "constantes", pero estos términos no han hecho carrera. Existen otros, casi todos derivados de somatometría, pero se emplean menos en la clínica práctica. A nivel de diagnóstico masivo de la desnutrición ya mencionamos que se está utilizando la circunferencia braquial con una cinta coloreada que indica en los menores de 5 años el grado de desnutrición, así como camisas de varios tamaños según edad, las que puestas al paciente de edad correspondiente, si le queda grande indica desnutrición. También se

ha sugerido una pulsara de cierto tamaño que en niños bien nutridos o cuya desnutrición es leve, no debe pasar el codo, pero que cuando la mala alimentación se ha prolongado por mucho tiempo puede subirse hasta el tercio medio del brazo. Estos métodos crudos, son útiles cuando se trata de descubrir desnutrición en grandes masas de población muy desvalida socio económico y culturalmente, donde es frecuente que no se sepa ni siquiera aproximadamente la edad del niño. En este sentido la relación peso talla tiene mucho valor, pero por lo menos hay que contar con las facilidades mínimas para pesar y medir al niño. (A. Shakir. Practical methods for assesment of diferent infant feeding practices. XV int. Cong. Ped. New Delhi (1.977) Vol. 1 p. 25).

Una vez hecho el diagnóstico de Desnutrición conviene buscar los llamados signos circunstanciales, que si bien (con excepción de la púrpura y las necrosis) se dice que no tienen importancia pronóstica, nosotros nos atrevemos a pensar que sí la poseen indirectamente porque su presencia indica que la mala alimentación ha durado por mucho tiempo y este sí es un factor reconocido de mal pronóstico mediato (secuelas) de la desnutrición y además que cuando son numerosos y notorios significan intensidad de la distrofia, lo que también es aceptado como condicionante, mal pronóstico inmediato (mortalidad) de la misma. Los signos circunstanciales de la desnutrición se denominan así porque a diferencia de los universales, no están siempre presentes debido a que dependen de circunstancias ambientales o ecológicas. Sabemos que no son ni específicos ni patognómicos, pero si se tiene en cuenta la prevalencia de la desnutrición en nuestro medio, resultan muy útiles porque por su vistosidad permiten hacer diagnósticos de desnutrición a simple vista. El desnutrido grave se convierte así en el paciente más fotogénico de la Pediatría y como tal ha sido utilizado por los médicos aficionados a la fotografía en colores, siendo la piel, el cabello, las uñas y la lengua los focos de predilección. En la piel predomina la xerosis (sequedad) en todas sus manifestaciones, desde simplemente áspera al tacto y descamativa hasta ictiosiforme con hiperqueratosis palmoplantar, pasando por un aspecto muy frecuente que es el cuarteamiento en forma de mosaico. Otras veces es seborreica desde formas discretas hasta profundas fisuras angulares en párpados y labios (keilosis), así como en pliegues de codo y corvas. Más vistosa es la piel de tipo pelagroso, desde simple eritema con o sin flictenas hasta las lesiones hiperchromas que descaman en colgajos impresionantes dejando debajo una piel a su vez distrófica e hiperchroma. La hiperchromía alcanza su máximo en las lesiones rojizas que le valieron a la enfermedad el nombre de Kwashiorkor. Las lesiones hemorrágicas van desde petequias, probablemente relacionadas con una carencia específica de ácido ascórbico, hasta lesiones purpúricas con-

fluentes que predominan en sitios donde ha habido traumatismos (venipunturas o torniquete o esparadrapo) pero que pueden ser también espontáneas. El problema circulatorio adopta caracteres más drámaticos cuando alcanza a producir gangrena en las extremidades de los dedos o en el pabellón auricular o en forma de las clásicas escaras incurables del sacro o aún en las rodillas. Antes que esto, la alteración circulatoria se pone de manifiesto en la llamada piel marmórea (con vetas azulosas) impresionantemente frías y cianosis palmoplantar de retorno lento cuando se le comprime con el dedo. Signo circunstancial relacionado con la piel pero que puede afectar las serosas del peritoneo y pleura (ascitis e hidrotorax) es el edema, que comienza por ser maleolar detectable a la presión, pero que puede llegar a ser en verdadera bota o aún generalizado (anasarca). Como es obvio, la piel con estas lesiones distróficas es altamente infectable y lo común es encontrar concomitantemente francas manifestaciones de piodermitis, que cuando la inmunodeficiencia celular del desnutrido está presente, se profundizan ocasionando celulitis y abscesos profundos de tórpida evolución.

En el cabello lo más notorio es la decoloración que hace ver rubios a los niños francamente mestizos e inclusive a los negros; al mismo tiempo, inclusive en estos, de ensortijado se torna lacio, quebradizo y fácilmente desprendible, con lo que se hace visible alopecia, primero areata y luego generalizada. Muy demostrativo para las exposiciones didácticas resulta el "signo de la bandera", que marca, como lo hacen los años en la corteza de los árboles, los episodios de distrofia alternados con los de reposición que coinciden con las internaciones que el niño logra periódicamente en algún servicio de recuperación nutricional. Similar significado tiene el aspecto de "zorro plateado" o de "mechones" al estilo de como se usa ahora en las peluquerías elegantes.

Las uñas son delgadas, frágiles y poco crecen; estas alteraciones son más notorias en los niños con anemia ferropénica asociada.

Las alteraciones en los ojos son especialmente notorias en los niños con carencia asociada específica de vitamina A. De las muchas lesiones que pueden verse las más frecuentes e importantes son la xeroftalmía con ceguera nocturna, caracterizada por engrosamiento, pérdida de la transparencia y sequedad de la conjuntiva y de la córnea que conduce fácilmente a queratitis y úlcera residual con ceguera definitiva. Este es un nuevo ejemplo de cómo un signo circunstancial de desnutrición sí tiene importancia en el pronóstico mediato. Lo hemos observado en niños con desnutrición grave que llegan al hospital además deshidratados, con los ojos permanentemente abiertos, sin lágrimas y sin parpadear; si no se

tiene cuidado de mantener húmeda la conjuntiva y ocluir los ojos, la córnea se ulcera irremediablemente.

La lengua es en general lisa en los desnutridos graves, aunque a veces se nota fisurada y hasta sangrante. El color varía mucho: desde intensamente pálida en los muy anémicos hasta fucsia o escarlata como en la pelagra, coincidiendo con la presencia de alteraciones pelagroides de la piel.

Es notoria la hipotonía muscular generalizada que se traduce por la actitud del niño en extensión, con muy poca actividad motriz y abdomen globuloso; a esto contribuye la también muy disminuída motilidad intestinal; no como cree el público que ello sea debido a los parásitos intestinales, que de seguro sí los tienen, pero cuya masa, por numerosos que sean, nunca sería lo bastante para abultar el abdomen. Es muy frecuente encontrar franca hepatomegalia sobre todo en escolares con desnutrición edematosa; esta, en ausencia de patología infecciosa específica que la explique (paludismo, hepatitis amibiana, tuberculosis, sepsis etc.) es debida a esteatosis. Vale la pena comentar a este propósito que en muchas regiones de Colombia, los curanderos llaman a esta condición "descujado" y pretenden por medio de sobijos, introducir el hígado debajo de la reja costal, ayudándose incluso de colgarlos de los pies, bárbara maniobra con la cual no pocas veces han ocurrido rupturas mortales del hígado.

En el niño que se recupera de su desnutrición, se modifican rápidamente los signos circunstanciales y aparecen algunos nuevos o que no eran notorios al principio. Así por ejemplo cuando el edema es muy acentuado no se aprecia la xerosis de la piel y las fisuras se ven como líneas congestivas; al desaparecer el edema la piel aparece con toda su aspereza y las fisuras se hacen muy aparentes y de color marrón; viene entonces una descamación furfurácea o en láminas y queda al descubierto una piel delgada, brillante y elástica. Algunos de los componentes del llamado "síndrome de recuperación nutricional" no son sino modificaciones de signos circunstanciales o aparición de nuevos: acentuación del abultamiento del abdomen, red venosa toraco abdominal, aumento de la hepatomegalia y hasta ascitis e hipertriosis, cara de luna llena, etc. Los pediatras norteamericanos o europeos poco conocen esto y en ocasiones con motivo del envío de niños colombianos a esos países en calidad de adoptados, hemos recibido al poco tiempo el informe de que el niño ha tenido que ser internado en algún instituto especializado para investigar hipertensión portal o hiperplasia suprarrenal. . . Últimamente esto no ha vuelto a ocurrir porque nos cuidamos de advertir por escrito al futuro médico del niño, la posibilidad de aparición de estas aparentemente preocupantes manifestaciones del síndrome de recuperación nutricional.

Como signo circunstancial se menciona también el retardo en la maduración esquelética y hasta osteoporosis, sobre los cuales, por no ser datos de obtención clínica no nos detenemos aquí. Pero al margen de esto merece comentarse una observación que hemos hecho y que muy poco se menciona, cual es la de que la erupción dentaria muy poco se modifica en la desnutrición aún avanzada, quizás porque los dientes de leche se hacen durante la vida fetal cuando el niño no es distrófico aunque la madre sí lo sea. El hecho es que los dientes hacen su erupción en el tiempo propicio y así sorprende ver niños desnutridos de tercer grado con apariencia de 8 meses, exhibiendo toda su dentadura porque cronológicamente tiene más de dos años. Es así como la dentadura, junto con la talla en niños menores de tres años sirve para hacer con bastante aproximación el diagnóstico de edad cronológica en niños totalmente abandonados en quienes este dato se desconoce completamente, pero que interesa por muchos aspectos, entre otros para efectos de adopción.

Es clásico hablar de dos formas clínicas de desnutrición: la forma edematosa (kwashiorkor) y la forma seca o marasmo. En esta última el retardo de crecimiento pondo estatural es más acentuado revelándose clínicamente por la pérdida de panículo adiposo que comienza en los miembros y llega a incluir la cara, donde con la desaparición de la bola adiposa de las mejillas confiere al niño el clásico aspecto de viejo. La forma edematosa es la que ya hemos descrito, llena de signos circunstanciales y constituye otro ejemplo de cómo estos sí influyen sobre el pronóstico inclusive inmediato: se sabe que la deshidratación es mucho más difícil de manejar y tiene peor pronóstico en el niño edematoso que en el marasmático. En el último Congreso Internacional de Pediatría, Jelliffó informó sobre la tendencia mundial a disminución de la forma edematosa y aumento del tipo marasmáticos del niño menor, interpretando esto como índices del empeoramiento de la nutrición infantil desde los primeros meses, que coincide precisamente con la lamentable declinación de la alimentación natural.

Una vez concluído y perfeccionado el diagnóstico de Desnutrición con su grado y forma clínica, el siguiente paso es determinar si existen los llamados signos agregados o sea las noxas superimpuestas a la distrofia pluricarenal. El hecho de que los mencionemos en último lugar no quiere decir que tengan menor importancia: todo lo contrario; tienen altísima prioridad tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, pues son los que responden del pronóstico inmediato. Si no se atienden de entrada y con máxima eficacia, dan cuenta de al altísima mortalidad de las primeras 24 horas de internación de los desnutridos graves que llegan a los hospitales. Pueden ser muy numerosos y a menudo coexisten en el mismo pacien-

te pero en gracia de la brevedad mencionaremos solo los más importantes: el desequilibrio hidro electrolítico, las neumopatías, la anemia, las parasitosis intestinales, la tuberculosis, la malaria, las piodermitis, la sepsis y la infección urinaria. No podemos en este lugar dar detalles sobre estas entidades y nos limitaremos a recordar que la deshidratación y desequilibrio homeostático ofrece peculiaridades que imponen un manejo muy especial tal como ha sido detallado en el capítulo respectivo. Las infecciones respiratorias en el desnutrido grave tienen la característica de su inapariencia: el desnutrido tose débilmente, no acusa dificultad respiratoria y por su anemia no es fácil apreciarle la cianosis, aún en presencia de consolidaciones importantes detectables a la radiografía. La anemia es signo a la vez universal (en cuanto significa hemodilución), circunstancial (en cuanto se relaciona a carencia específica y predominante de hierro en la dieta) y agregado (cuando representa la pérdida de sangre ocasionada por uncinariasis y tricocefalosis). Como todos sabemos es microcítica e hipocrómica casi siempre y aunque existen otros factores (como la talasemia) que pueden dar este tipo de anemia, en presencia de esta morfología, en nuestro medio el médico debe pensar en carencia férrica en la inmensa mayoría de los casos (S. Dorantes. Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición a Nivel individual y colectivo. Impresiones Modernas S.A. México (1.968). p. 58). Hay que pensar también que se ha demostrado que antes de que se pueda apreciar la anemia por laboratorio y clínicamente, ya existe, en presencia de subalimentación sostenida, disminución de los depósitos de hierro. Clínicamente, además de la palidez mucocutánea (no olvidar de mirar los surcos de las palmas de las manos), existe irritabilidad, anorexia, astenia y decaimiento. En el extendido de sangre (que nunca debería omitirse) se encuentra anisocitosis, microcitosis e hipocromia; pero puede ser macrocítica cuando a la carencia férrica se asocian las de otros factores de la maduración eritrocitaria tales como el ácido fólico y la vitamina B12. Lógicamente la hemoglobina se encuentra baja, llegando a cifras tan increíbles como 2 g.%, sobre todo si se recuerda que cuando el nivel de hemoglobina desciende por debajo de 5 g.%, hay hipoxia tisular aún en reposo y estos pacientes están en grave riesgo de sufrir insuficiencia cardíaca aún con sobrecargas insignificantes; una neumopatía por ejemplo o lo que con tanta frecuencia vemos en la ciudad de Bogotá (2.600 m sobre el nivel del mar) a donde imprudentemente traen estos niños desde las tierras bajas y mueren víctimas de falla cardíaca en las primeras horas de su arribo. De las diversas infecciones y parasitosis intestinales y extra-intestinales hay que decir que en el desnutrido grave adoptan especiales caracteres de gravedad porque a su natural intensidad, se agrega la inmunodeficiencia

celular que le es peculiar y que les confiere su reconocida gravedad, persistencia y tendencia a la diseminación (véanse los capítulos sobre infecciones recurrentes y Diarrea crónica).

El diagnóstico de la Desnutrición nunca será completo si no se analiza la repercusión que la carencia ha tenido en el psiquismo del niño. La descripción detallada de este aspecto se sale de los linderos de esta publicación por lo menos en su actual dimensión y tampoco podemos terciar en la discusión de si la carencia de nutrientes es capaz o no de ocasionar daño cerebral con retardo mental ulterior. Lo que es innegable es que el desnutrido, aún incipiente es irritable, esquivo, indiferente y hasta hostil. El viejo adagio de que "no sólo de pan vive el hombre" tiene aquí su mejor aplicación pues es evidente que si no la carencia proteico-calórica, sí por lo menos la privación afectiva es la responsable de esta lamentable situación, que como ha sido demostrado genera posteriormente desadaptación social y delincuencia. (Véase más adelante el impacto demostrado actualmente de la privación afectiva sobre la talla).

Una vez terminado el proceso diagnóstico del paciente desnutrido, el siguiente paso indispensable es determinar como su dieta no ha cumplido con los postulados de Escudero: Completa, Equilibrada, Suficiente y Adecuada (CESA). Con ánimo nemotécnico y didáctico acostumbramos decir a los estudiantes que si la alimentación no es CESA, el crecimiento cesa. . . La importancia de este análisis se deriva de la consideración de que es gracias a él como el médico se puede dar cuenta de la Etiología de la desnutrición en el caso planteado, es decir si es Primaria: insuficiencia alimenticia por incapacidad económica (hambre por auténtica pobreza) o factores culturales (desconocimiento y no utilización del valor nutritivo de los alimentos disponibles) o educativos (muy frecuente en Colombia: el adulto come primero; el padre gana bastante pero derrocha en licor etc.), o iatrogénicos, como ya lo comentáramos atrás. Puede ser Secundaria, más frecuente en la clase pudiente y relacionada con la existencia de noxas que impiden la absorción y utilización de los nutrientes o aumentan su catabolismo; como es obvio, de su manejo no podemos ocuparnos en este capítulo. En la Mixta confluyen fallas en el anabolismo (carencia alimenticia) y aumento del catabolismo o de la incapacidad para utilizar los nutrientes.

En relación con el manejo de la Desnutrición, se encuentra muy bien detallado en numerosas publicaciones tanto colombianas como latinoamericanas y ello nos dá pie para que aquí nos limitemos a trazar lineamientos generales sobre el tratamiento de la Desnutrición primaria. El niño en riesgo de desnutrición (destete precoz, disminución de la velocidad de crecimiento) así como el desnutrido de primero y

segundo grado, deben ser manejados ambulatoriamente (mientras no presenten signos agregados que merezcan hospitalización) y su tratamiento es esencialmente dietético: restablecimiento de una dieta completa, equilibrada, suficiente y adecuada. Si se detectan signos agregados aún no graves, tales como parasitosis y anemia, deben tratarse de una vez. Especial énfasis debe hacerse en detectar oportunamente la tuberculosis (prueba de tuberculina sistemática), así como identificar y tratar las parasitosis, y la anemia. En relación con las primeras cabe señalar el gran progreso alcanzado con el advenimiento del Mebendazole, antiparasitario atóxico y de amplio espectro que puede ser administrado de entrada aún a los pacientes más graves (los que en el pasado, en tiempos del quenopodio, el hexyl resorcinol y el tetrachloroetileno, había que esperar varias semanas para desparasitarlos con éstos tóxicos). La anemia requiere el suministro de 6 mg. de Fe elemental por kg. de peso y por día, recordando que el Sulfato ferroso desecado que es la sal de elección, contiene solo 30 mg. de Fe elemental por 100 mg. de sal. Aunque sabemos que el hierro se absorbe mejor cuando se da en ayunas, la frecuente intolerancia que esto determina, nos inclina a ofrecerlos después de los alimentos, a sabiendas de que se absorbe ligeramente menos. En relación con el suministro de vitaminas al desnutrido, ha cambiado un poco lo anterior intransigencia de algunos investigadores para desaconsejar totalmente su uso en el manejo del desnutrido. Así por ejemplo, en tratándose de anemia se ha observado que algunos casos que no responden rápidamente como es lo usual, a la administración de hierro (con incrementos de la hemoglobina y aumento de los reticulocitos), se mejoran los resultados adicionando ácido ascórbico; igualmente se aconseja adicionar Vitamina B12 y ácido fólico cuando hay evidencia de macrocitosis.

El desnutrido grave de tercer grado, requiere por lo común de hospitalización, sea porque tenga agregados evidentes o por el peligro en que se sabe se encuentra de presentarlos de un momento a otro. De las múltiples facetas de su manejo solo podemos tratar aquí la referente a la insuficiencia cardíaca que se observa en algunos niños con cifras muy bajas de hemoglobina. Clásicamente se recomienda la infusión endovenosa lenta de glóbulos rojos empaquetados o sedimentados en dosis de 10 c.c. por kg. de peso; pero además en algunos casos particularmente graves, se recomienda infundir cantidades mayores pero extrayendo al mismo tiempo por otra vena, un volumen de la sangre pobre del paciente, con el fin de impedir agravación por hipervolemia. La digitalización es discutible pero se utiliza y desde luego es indispensable la administración de oxígeno. Algunos casos particularmente tenaces han mejorado con la administración de una dosis única de 100 mg. de Tiamina (corazón

beribérico?), poniéndose así de presente la utilidad de algunas vitaminas en casos seleccionados. En cambio, desde que Magalhaes Carvalho (Sobre o tratamento de distrofia pluricarencial hidropigénica, J. Pediatría 14:43, 1.948) demostró que la administración de complejo B con el ánimo de borrar los signos circunstanciales pelagroides, aumentaba la mortalidad, esta medida no se recomienda más por considerarla innecesaria y peligrosa. Una vez tratadas las condiciones agregadas el paciente está en condiciones de realimentarse con una dieta completa, equilibrada, suficiente y adecuada. Queremos llamar la atención sobre el último término, adecuada que significa, adaptada a las condiciones fisiopatológicas del paciente que ha perdido su capacidad digestiva y absorptiva y que por tanto requiere una realimentación muy gradual: desde 35 calorías 1 g. de proteínas por Kg. y por día en forma de leche entera, o semidescremada, si no hay evidencia de deficiencia — de desacaridasas, en cuyo caso se debe preferir leche acidificada biológicamente o bien leche especial libre de lactosa. Así se llega por libre demanda a suministros muy grandes, probablemente excesivos, que son los que determinan el síndrome de recuperación nutricional de que hablaríamos atrás, que constituye como lo dice Bartolomé Pérez Ortiz, una agresión biológica al organismo del desnutrido, pero necesaria para lograr una recuperación rápida que le proporcione al niño una mayor resistencia posterior.

Todo el esfuerzo y el consumo de recursos de todo orden que se requieren para sacar adelante un desnutrido primario grave, se pierden irremisiblemente si el niño no es orientado hacia un organismo estatal que le garantice un suministro básico de alimentos en el futuro. Se menciona siempre a este propósito el recurso de las mezclas vegetales para el manejo del desnutrido, en lo cual estamos completamente en desacuerdo porque estimamos que ello constituye una nueva e injusta agresión superimpuesta a la que ya viene recibiendo de tiempo atrás. El niño desnutrido requiere (más que el bien nutrido) de proteínas de alto valor biológico es decir de origen animal y no de artificiales y desagradables mezclas vegetales, así se les haya acomodado un aminograma aparentemente satisfactorio.

---

\* Este capítulo de su obra recientemente premiada por la Academia Nacional de Medicina y Salvat Editores Colombiana S.A. ha sido cedido por su autor para esta entrega de MEDICINA. El doctor Plata Rueda ejerce su profesión en Bogotá y goza de amplio historial científico como pediatra eminente.