

Tres problemas de la pediatría nacional*

DR. FERNANDO MAÑÉ GARZÓN

I

Agradezco en primer lugar en nombre del Comité Organizador del II Congreso de Pediatría vuestra presencia, vuestra colaboración, vuestro valioso apoyo.

Este nuevo evento de confraternidad rioplatense que reúne una vez más a los pediatras argentinos y uruguayos, conmemora también fechas muy significativas de la pediatría uruguaya, y que naturalmente nos disponemos a compartir gozosos con nuestros hermanos. Se cumplen este año los 70 años de la fundación de la Sociedad Uruguaya de Pediatría¹. Es ella, junto a la Sociedad de Medicina, la sociedad científica más antigua del país, y su órgano Archivos de Pediatría del Uruguay el de más larga vida ininterrumpida entre las revistas pediátricas iberoamericanas².

Se cumple además este año el cincuentenario de la muerte del fundador de nuestra clínica pediátrica: Luis Morquio. Vaya nuestro agradecido y sentido homenaje a su memoria.

Año 1985: en él el Uruguay también recobra, luego de más de dos lustros sombríos, su indeclinable camino, su culto profundo a la libertad.

Un conjunto de circunstancias que hace de este Congreso un momento trascendente en la trayectoria de nuestra pediatría. El llevarlo a cabo con los pediatras argentinos, a los cuales desde el inicio de la medicina infantil en el Río de la Plata siempre nos hemos sentido tan natural y estrechamente unidos, colma nuestros más ardientes deseos.

Esta unión rioplatense no implica ninguna exclusión. Es regionalización, y región es parte de un todo, y ese todo es América Latina: un mismo origen, un mismo futuro y los mismos problemas.

Por ello expresamos nuestra solidaridad dolorida,

esforzada, hacia el pueblo de México, sacudido por una de las mayores catástrofes de nuestra época. América Latina toda está con él.

II

Si bien las ciencias médicas son universales, su expresión principal debe surgir del ámbito cultural en que se producen, donde esa ciencia se crea.

Y esa ciencia médica conoce prioridades, conoce necesidades imperiosas que deben atenderse preferentemente. Todo ello da al cultivo de la ciencia médica un matiz regional que es indiscutiblemente primario y esencial. Ya hemos llegado ambos países al entorno de un siglo de pediatría académica. Grandes figuras médicas han jalonado ese brillante camino que, pese a las dificultades propias e inherentes a nuestra condición de países en desarrollo, no ha dejado de ser por su valor personal, por su intención creadora, por su dedicación tanto docente como asistencial, de jerarquía comparable a la de cualquier otro ámbito cultural de alto desarrollo tecnológico-industrial.

No se puede evocar este desarrollo, este ardoroso camino de trabajo, dedicación y superación, sin recordar una vez más las dos grandes figuras señeras y creadoras de la pediatría rioplatense: Gregorio Aráoz Alfaro y Luis Morquio.

Ambos consagrados ya en la historia de la medicina rioplatense, no son sólo recuerdo, leyenda o antecedente. Son dos figuras que viven entre nosotros, no para agobiarnos con su talento y prestigio, sino para impulsarnos cada día más hacia la acción, hacia la creación, hacia la concreción de nuevos proyectos y planes en pro de la salud infantil³.

Ya desde aquellos primeros días de nuestra pediatría

Extraído de Mañé Garzón F. Memorabilia: una introducción a la pediatría. Montevideo: SMU, 1997: 219-28 (tomo 2).

* Discurso de inauguración del II Congreso Rioplatense de Pediatría. Montevideo, 9-12 de octubre de 1985 (versión corregida).

1. La Sociedad Uruguaya de Pediatría fue fundada en Montevideo el 15 de marzo de 1915.

2. Archivos de Pediatría del Uruguay, órgano oficial de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, publicó primero el Boletín de la Sociedad de Pediatría de Montevideo (vols. 1-3, 1927-1929) y a partir de 1930 bajo el primer nombre la publicación que sigue apareciendo con regularidad.

3. Desde 1905 los pediatras rioplatenses se vinculan estrechamente. A través de la amistad entre Gregorio Aráoz Alfaro y Luis Morquio se crean en 1905 los Archivos Latinoamericanos de Pediatría, que nos vinculan también al conjunto de la medicina infantil latinoamericana, principalmente brasileña. Durante el período de vida de esta revista (1905-1930), ella recogió el esfuerzo de los pediatras de la región, mostrando en sus páginas un excelente nivel. De común acuerdo, los maestros la clausuraron, para dar lugar en cada país a su órgano propio (Revista Argentina de Pediatría, 1930; Boletín de la Sociedad de Pediatría de Montevideo, 1927-1929, luego Archivos de Pediatría del Uruguay y Jornal de Pediatría desde 1930).

rioplatense, los dos maestros se preocuparon por los problemas más grandes de su época: la mortalidad infantil y las enfermedades infectocontagiosas.

El primer trabajo pediátrico que publica Luis Morquiuo en 1898 se dirige al primero de ellos: trata sobre la infancia abandonada de Montevideo, destacando su enorme incidencia, su falta de protección, su altísima mortalidad. A este trabajo le suceden varios sobre mortalidad en asilos y causas de muerte⁴. En particular merece recordarse el que presenta al Congreso Médico Latinoamericano de Buenos Aires, en 1904: "Causas de la mortalidad en la primera infancia", donde prevalecen las enfermedades infectocontagiosas⁵.

Toda esta investigación, de la que fueran pioneros Aráoz Alfaro y Morquiuo, llevó a ambos países a una política de protección a la infancia de eficacia creciente que aún debe seguir progresando y que, por sobre todo, debe modernizarse⁶.

El segundo problema de esa actividad inicial de los maestros fue la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas de la infancia, hoy casi desaparecidas. A los dos años de recibido de médico, en 1894, Morquiuo junto a Enrique M. Estrázulas inyectan, por primera vez en el Río de la Plata, suero antidiftérico a un niño afectado de crup, el mismo año en que Roux difundía su descubrimiento junto a Behring⁷. Este problema ha sido casi totalmente dominado, al menos limitado a proporciones claramente establecidas, y nuestros países pueden ostentar estadísticas similares a las de los países más desarrollados.

III

Al llegar el siglo de la pediatría académica en nuestra

región⁸, ¿cuáles son los problemas de esta fascinante actividad clínica y social? Son fundamentalmente tres: la división de la pediatría general en especialidades, la desnutrición del lactante y el retardo mental.

1. Nuestra actividad médica, clínica médica social, se ha visto en las últimas décadas dividida en especialidades.

A la pediatría, último reducto de la medicina general, le ha llegado también el momento de su subdivisión, que esperamos no conlleve nunca segregación y aislamiento. Hemos visto desarrollarse, en nuestros treinta años de actividad, todas las especialidades en el ámbito pediátrico. Todo ello indudablemente redundará en una mejor asistencia y en una mayor protección al niño. Todo aquel que atienda a un niño o que tenga que ver con su protección debe ser pediatra. Desde los ángulos más distantes o los más próximos al ámbito global del hombre en su faz primordial de crecimiento y desarrollo, ya sea a nivel sociológico, psicológico o psiquiátrico, quirúrgico general o especializado, no puede concebirse ni admitirse que el que asuma esta tarea con la consiguiente responsabilidad y competencia no tenga una formación pediátrica holística⁹.

Por lo tanto, no lo olvidemos, luchemos por conservar la unidad entre esas especialidades, luchemos por conservar la cohesión que nos impone nuestra esencial misión de velar en conjunto por el correcto crecimiento y desarrollo del niño. Que la especialización sea tenaz, proficua y eficiente, pero que integre y florezca en ámbito propio de la pediatría: ciencia del niño.

2. Nuestros países, productores de alimentos, exporta-

4. Morquiuo L. L'enfance abandonée à Montevideo. *J Clin Thérap Infant* 1898; 1: 25-38.

5. Morquiuo L. Cuatro años del servicio externo del asilo de expósitos y huérfanos. *Rev Med Uruguay* 1900; 3: 169-201.

6. Morquiuo L. Causas de la mortalidad de la primera infancia. Medios de reducirla. *II Congreso Med. Lat. Amer. Buenos Aires, 1904*, 3: 574-620.

7. Mañé Garzón F, Estrázulas EM, nuestro primer pediatra, pintor y amigo de José Martí (1992: 59-60). Pedro Visca, fundador de la Clínica Médica en el Uruguay. Montevideo.

8. La Cátedra de Medicina Infantil se creó en la Facultad de Medicina de Buenos Aires en 1883. Su primer profesor fue Manuel Blancas. La de la Facultad de Medicina de Montevideo se creó en 1892 y su primer profesor fue Francisco Soca (1858-1922), quien se desempeñó hasta 1899, a partir de esa fecha y hasta su fallecimiento ocupó esa cátedra Luis Morquiuo (1868-1935).

9. El desarrollo de las especialidades pediátricas implica aceptar, adoptar o describir el concepto de especialidad: región, órgano o sistema, período de vida o de la enfermedad. Las especialidades tomadas en el sentido más amplio, que albergue las actividades antes descritas, tienen un desarrollo dispar en función de su frecuencia. La neuropsiquiatría (incluyendo la psicopediatría) ha sido la especialidad que más tempranamente se originó. Ello implicó en algunos países, como en el nuestro, su segregación y desarrollo a partir de la neurología de adultos, que la desvinculó de la fuente, es decir de los que ejercían la pediatría general, perdiendo así su base esencial. No ocurrió así en la mayoría de los países, donde la neuropsiquiatría tuvo un fecundo desarrollo. La que se diferenció casi inmediatamente fue la radiología pediátrica ejercida por pediatras radiólogos muy activos y competentes. La tercera en surgir de las especialidades pediátricas fue la cardiología, que ha prosperado entre nosotros cultivada por probados pediatras generalistas. Quedan sin embargo muchas especialidades por diferenciarse, como la dermatología, oftalmología, otorrinolaringología, que en general son "colonizadas" por especialistas de adultos quienes las ejercen a un nivel no pediátrico. Otras por desconocimiento formativo no tienen el desarrollo que de manera imprescindible deben tener; basta nombrar la patología pediátrica y la genética clínica. La primera conceptualmente malentendida y recortada en especialidades idóneas nunca ha tenido el desarrollo integral que le corresponde; las autopsias en los hospitales se realizan únicamente con fines docentes o de investigación y se hacen en menos de 1% de los fallecidos. La anatomía patológica, la bacteriología, la bioquímica, la citología no están integradas en un Departamento de Patología (diagnóstico material y positivo de la enfermedad). Con respecto de la genética clínica ocurre un fenómeno especial que se debe a la falta de formación biológica del médico. Persiste en ellos una mentalidad semioclínica por un lado y por otro ambientalista (la enfermedad es producida o individualizada por su relación con un desajuste ambiental). La manera de enfermar por causa genética entra de forma indiscriminada en el fatalismo agnóstico mágico. Otra especialidad, la ortopedia, ha tenido entre nosotros un desarrollo independiente y autista y, si bien realiza su labor a un excelente nivel, está casi totalmente desconectada de la pediatría como si ésta no tuviera injerencia en cuanto un niño tiene una luxación de cadera, un pie zambo o una escoliosis. Lo mismo podría decirse de la psiquiatría.

dores mundiales de alimentos, pagan una alta cuota de mortalidad infantil a la desnutrición: exportación de alimentos y desnutrición interna¹⁰.

Los países desarrollados, por ejemplo Inglaterra, desglosan su mortalidad infantil en 60% de causa ambiental y 40% de causa genética, mientras que en nuestra población hospitalaria encontramos 92% de causa ambiental y sólo 8% de causa genética. Este componente ambiental de 92%, frente a 60% en los países desarrollados, en una proporción elevadísima tiene como causa primaria la desnutrición¹¹. Recordemos el viejo aforismo de Morquio: “Niño correctamente alimentado raramente enferma y nunca muere”.

El departamento de Montevideo en el año 1984 tuvo una mortalidad infantil global de 28%, valor que quizás refleje el de toda la República. Valores inferiores tienen en América Latina: Chile, Costa Rica y Cuba. Esta tasa de 28%, sin embargo, tiene en Montevideo una dispersión insólita de 4‰ (menor al global de Suecia) en un barrio residencial, de 73‰ en una zona dentro de la ciudad y de más de 100‰ en un reducto periférico de hacinamiento y marginación¹².

Estas tasas muestran de manera experimental el componente ambiental más importante, casi único podríamos decir, la desnutrición del lactante, donde cobra casi 70% de las muertes la desnutrición en el primer trimestre de vida.

En las salas de lactantes de nuestros hospitales, las internaciones son preponderantemente por infecciones que inciden en afectados de una falla de su crecimiento específico: la desnutrición (la infección sigue a la desnutrición como la sombra al cuerpo). En un estudio de una muestra hospitalaria sobre causas de muerte, 75% de los casos eran desnutridos y 85% de ellos eran desnutridos del primer trimestre de vida. Es más simple apreciar este componente si en las salas de lactantes de los hospitales tomamos el porcentaje de desnutridos (con un déficit de

peso de más de dos desvíos estándar del correspondiente a su edad), éste es siempre superior a 85%.

Sabemos que la supresión de la desnutrición tiene un componente médico susceptible de ser modificado y otro que depende de la estructura vigente no pasible de ser modificada por acciones inmediatas o sólo médico-sociales¹³. Atengámonos, sin dejar de luchar por esta última, a eliminar ya la primera.

Un tema oficial de nuestro Congreso Rioplatense tratará en el ámbito más actual este candente y solucionable problema. Atención primaria que para nosotros debe ser ante todo prevención de la desnutrición del primer trimestre de vida.

Ningún esfuerzo será más prioritario, ningún plan será más justo y esperado que aquel que organice la abolición de la desnutrición infantil.

Hemos triunfado en la prevención de las enfermedades transmisibles, llegando a niveles comparables con los de los países desarrollados. Debemos instrumentar este desafío. El Ministerio de Salud Pública tiene, en coordinación con las cátedras de pediatría, un plan piloto para completar con otros esfuerzos ya realizados, un proyecto que esperamos dé solución definitiva a este problema¹⁴.

3. Nos debe inquietar otro problema de la misma magnitud y similar importancia, yo me atrevería a decir mucho más de lo que en los hechos nos inquieta: el estudio de la epidemiología, prevención y tratamiento del retardo mental, en particular el severo.

De los recién nacidos, 3% está afectado en alguna medida de minusvalía intelectual¹⁵. De ellos una proporción importante, variable según las poblaciones, es por causa natal o posnatal.

Podemos comparar las cifras de incidencia, las causas ambientales. Así lo estableció un estudio presentado al II Congreso Panamericano de Pediatría, realizado en

Esta amplia anarquía programática muestra con nitidez la dificultad de consenso de un comportamiento holístico. A ello agregamos que las especialidades (salvo la neuropediatría y psiquiatría infantil) no se cursan en la Escuela de Posgraduados de la Facultad de Medicina, y quienes lo gran una especialización pediátrica deben aprobar los cursos de Pediatría y de la especialidad respectiva en adultos.

10. Schiaffino A et al. Investigación sobre morbimortalidad infantil, población y servicios de salud 1980-1981. Montevideo, 1983: 403.

11. Oromi C, Mañé Garzón F, De Leonardi D. Causa de muerte en el niño en un centro especializado en asistencia respiratoria. Arch Pediatr Uruguay 1980; 51(2): 120-40.

12. Abella de Mutarelli M, Valdéz S. Informe preliminar. Mortalidad infantil en Montevideo, 1984. División Estadística. Ministerio de Salud Pública. Montevideo, 1986.

13. Tenemos una estructura de protección social en salud, en especial a la infancia, desquiciada, inconexa, incompleta y esclerosada. Desquiciada, porque se superponen servicios sin control de rendimiento y llenos de omisiones; inconexa, pues actúan sin coordinación entre ellos; incompleta en el tiempo (funciona escasas horas del día con baja dedicación horaria de sus técnicos); ineficaz, por carencia permanente de recursos inmediatos: alimentos, medicamentos básicos; esclerosada, pues conserva modelos de atención válidos hace treinta o más años pero inaceptables hoy. Servicios del Consejo del Niño, del Ministerio de Salud Pública (centros de salud, policlínicas zonales, servicios de asistencia externa domiciliaria de urgencia), de la Intendencia, de la Dirección General de la Seguridad Social, hoy BPS, de entes autónomos del Estado, servicios de beneficencia y policlínicas de asistencia colectiva privados, etcétera, ignorándose entre sí, de labor rutinizada, con derroches inconcebibles y carencias inexplicables, con inhibición burocrática de las iniciativas, falta de integración y responsabilidad en equipo, llevan a anular o disminuir en forma sensible el rendimiento final de los mismos.

14. Reed S. Counseling in medical genetics. 3ª edición. Nueva York, 1984: 184.

15. Ramírez F, Villanueva M, Gastelú F. Sobre la etiología de alrededor de 900 casos de niños oligofrénicos estudiados en la Obra Morquio. II Congreso Sudamericano de Pediatría. Montevideo, 1951, I: 755-60.

1951, que arrojó 78% de los casos causados por esta etiología¹⁵. En otro estudio nuestro realizado recientemente, más de 63% fueron encefalopatías secuales del recién nacido de origen hipoxoishémico, infecciones de desnutridos y otras causas ambientales, pese a la disminución sensible obtenida en los últimos años por la vacuna antisarampionosa¹⁶.

Al solucionar el problema de la desnutrición, ésta disminuirá en forma sensible pero quedará un amplio porcentaje que se deberá cubrir mediante una profilaxis social de los hogares afectados de esta carga de minusvalía intelectual en uno o más de sus hijos, protección que implicará tratamiento, sostén al afectado y liberación de los sanos mediante una solidaridad social generosa y completa con preferente atención a la profilaxis.

Un tema oficial de nuestro congreso tratará especialmente la conducta que se deberá seguir ante los trastornos de aprendizaje escolar y marcará los límites de recuperación de estos niños.

IV

Es centrando su labor en estos tres grandes problemas en cuya solución todos volcamos nuestros esfuerzos; la cada vez más eficaz especialización conceptual y tecnológica de una pediatría integral, en lucha contra la des-

nutrición del lactante, en la profilaxis y adecuación social del retardo mental; que versará principalmente la actividad de este II Congreso Rioplatense, marcando rumbos y prioridades¹⁷.

Señores:

Bienvenidos a este II Congreso Rioplatense de Pediatría, una larga tradición de esfuerzos comunes nos alienta y promueve.

A los colegas argentinos, a los colegas uruguayos, a las autoridades aquí presentes, gracias nuevamente por acompañarnos en este nuevo encuentro de nuestra medicina, de nuestra pediatría, de nuestro pueblo, que queremos cerrar con estos versos del gran escritor y poeta argentino¹⁸ y también un poco oriental:

Como los tientos de un lazo
Se entrevera nuestra historia
Esa historia de a caballo
Hecha de sangre y gloria

Milonga para que el tiempo
Vaya borrando fronteras
Acaso ¿no tienen los mismos
colores las dos banderas?

Muchas gracias.

16. Mañé Garzón F, Kolski R. Causas del retardo mental severo en niños de un hospital pediátrico de Montevideo, presentado a la Sociedad Uruguaya de Pediatría, 5 de octubre de 1981. En este estudio sobre 140 casos de retardo mental severo, ingresados al hospital Pedro Visca entre 1970 y 1973, la etiología de 36,92% fue genética (sobre todo anomalía de Down), 40% de causa natal por sufrimiento fetal agudo intraparto y 23,08% de causa posnatal (encefalopatías agudas, meningitis, etcétera), es decir 67,08% de causa ambiental. Asimismo evidenció, como en todas las muestras, una franca preponderancia en varones (62%).

17. Recién este año y por primera vez en la Cátedra de Clínica Pediátrica "B", a mi cargo, se han dictado doce cursos de especialidades pediátricas (neurología, endocrinología, neumología, gastroenterología, cardiología, nefrología, nutrición y metabolismo, hematología, intensivismo neonatal, genética clínica, pediatría social e infectología). A partir de octubre de 1985 en la misma cátedra hemos estructurado la integración de sus departamentos con personal técnico jerarquizado (Pediatría General, Neumología, Gastroenterología, Cardiología, Nefrología, Neonatología, Hematología, Genética Clínica y Pediatría Social). Éstos serán los primeros pasos para diferenciar las especialidades pediátricas dentro de estructuras funcionales a nivel de departamento integrado a la unidad y departamento integrador: el Departamento de Pediatría General representante de la Cátedra. Ello, al racionalizar el trabajo asistencial y docente, permitirá crear un tiempo real para incrementar la investigación.

18. Borges JL. Milonga de los Orientales, 1970.