

RESUMENES DE PUBLICACIONES

Una Apreciación Clínica Sobre el Cólico Infantil

Cond. de "The Medical Press"

El presente estudio fue emprendido con el ánimo de valorar el papel que juega el hambre, la técnica de alimentación, la dieta y otros factores en la producción del cólico infantil.

Fueron estudiados 90 niños, de los cuales 84 eran blancos y 6 negros; 50 eran varones y 40 hembras. Había dos niños prematuros. 19 de estos niños no respondieron al tratamiento y fueron incluidos en el grupo psicossomático, constituyendo el 21% del total. De los 71 niños restantes todos dieron muestra de mejoría, pudiéndose clasificar en uno de estos grupos:

COLICO INFANTIL. UNA CLASIFICACION CLINICA

<i>Clasificación</i>	<i>Nº de casos</i>	<i>%</i>
Técnica alimenticia	2	2.2
Hambre	10	11.2
Intolerancia a Carbohidratos	20	22.2
Intolerancia a las grasas	10	11.2
Alergia	9	10.0
Intolerancia a carbohidratos + un 2º factor	8	8.8
Inclasificables	8	8.8
Misceláneas	4	4.4
Psicosomáticos	19	21.2
TOTAL	90	100.00

La técnica alimenticia defectuosa fue un factor en solo 2 de los 90 niños estudiados. El reducido porcentaje (2,2%) se debió

posiblemente al hecho de que en la práctica privada la técnica alimenticia adecuada es introducida desde el momento del primer contacto de la madre con el niño.

El segundo grupo de nuestra serie corresponde a 10 niños en quienes el síndrome de cólico fue producido aparentemente por el hambre. El diagnóstico diferencial entre un niño hambriento y otro con un cólico infantil debido al hambre, fue establecido por la historia. En los primeros, el llanto ocurría o bien inmediatamente después de las comidas, o al cabo de media hora sin existir otros síntomas de cólico. En los niños con cólico, el llanto ocurría periódicamente y persistía por tres, cuatro horas a pesar de intentos de alimentación; los síntomas probablemente fueron secundarios a aerofagia y a la succión de las manos, lo que resultaba de una mala alimentación. 6 de los 10 casos en este grupo fueron niños de pecho, que venían siendo inadecuadamente criados. Esta es, ciertamente, la causa más común de los cólicos en los niños de pecho. Un niño, teniendo una buena cantidad de leche materna, no tiene propensión a desarrollar cólico.

El tercer grupo corresponde a 20 niños (22,2%), en quienes los síntomas de cólico estaban aparentemente relacionados con la adición de carbohidratos en la dieta. La cantidad de carbohidratos que hubo que agregarse para producir los síntomas variaron con cada niño, pero nunca se sobrepasó la onza en la dieta de 24 horas, siendo la más pequeña de $1\frac{1}{4}$ de onza. En muchos casos los hidrolisados de almidón fueron usados: Dextri-Maltosa; jarabe Karo; Dexin, Cartose y más raramente sucrosa o Maltosa.

El 4º Grupo, intolerantes a las grasas, comprendía 10 niños (11,2%). Algunos niños solo podían tolerar muy pequeñas cantidades de mantequilla. Hay leches modificadas a las que se les ha quitado la mantequilla, reemplazándola con aceites vegetales, como el Similac, Olac, Brenil, etc. y por tanto pueden ser empleadas siempre que los carbohidratos adicionados no produzcan disturbios en el niño. Recientemente una leche similar, sin la adición de carbohidratos fue puesta en el mercado y podrá ser útil en estos niños (Veramel).

El 5º grupo en la serie fue de 9 niños (10%) en quienes el cólico fue producido definitivamente sobre una base alérgica, tomándose los siguientes factores en consideración:

- 1) Respuesta satisfactoria a la eliminación de leche de la dieta.
- 2) Reparición de gastroenteroespasmus al volver a dar leche en la dieta.
- 3) Una historia familiar de alergia.
- 4) Presencia de otra evidencia de alergia. P. E. Eczema atópico.
- 5) Persistencia de alergia a la leche después de tres meses de edad.
- 6) Evidencia de alergia a otros alimentos, luego ya en la infancia.

El sexto grupo en nuestra serie, comprendía 8 niños, quienes obtuvieron alivio parcial de sus síntomas cuando la adición de Carbohidratos fue quitada del tetero, pero requirieron un tratamiento adicional antes de que sus síntomas desaparecieran completamente.

Los 2 últimos grupos en nuestra serie fueron los del grupo idiopático y psicossomático. Se notó que estos niños eran grandes succionadores de dedo. En nuestra experiencia hemos visto frecuentemente que los chupadores de dedo son casi siempre niños irritables; pero en estos niños esto era tan vigoroso que la aerofagia asociada era indudablemente un factor primario en la producción de los síntomas de cólico. Nosotros hemos ensayado un chupo de entretención en muchos niños en quienes los síntomas de cólico persistían con alguna mejoría la mayoría de los casos. En 13 de estos niños, fue observado que había una marcada evidencia de inestabilidad emocional por parte de los padres sugiriendo esto una relación de causa con la manifestación de cólico por los niños.

Tratamiento.

En nuestra experiencia los mejores resultados en el manejo del cólico infantil han ocurrido cuando se ha puesto toda la atención sobre los ingredientes y la administración de la dieta, más bien que sobre las reacciones emocionales de los padres.

Se pone en claro, por tanto, que el tratamiento del cólico infantil debe ser enfocado hacia la eliminación del factor etiológico más que a un ataque directo sobre el gastroenteroespasma resultante. Nuestra práctica ha consistido en controlar la técnica alimenticia inmediatamente y eliminar este posible factor. En meses recientes han aparecido en el mercado varios nuevos biberones y en algunas ocasiones un cambio de uno a otro ha producido beneficios, pero hemos sido incapaces de sacar una conclusión sobre la eficacia de una botella especial. Parece, sin embargo, que la técnica de la alimentación en el niño, y no el uso de la botella, es lo más importante en la prevención del cólico infantil.

Como creemos que la sobrealimentación rara vez causa trastornos, hemos insistido, a las madres en que ofrezcan cantidad abundante de tetero para eliminar la posibilidad de que el hambre juegue un papel importante en la producción del cólico. En muchos casos se ha observado que solo cuando los cereales fueron añadidos a la dieta, desaparecieron los síntomas.

En todos los casos, además, se empleó parte del tiempo en tranquilizar a los padres en relación con la buena salud de sus niños y en explicarles la naturaleza de la enfermedad. Creemos que en muchos casos más puede hacerse llevando a cabo una visita a la casa que intentando tratar al niño en una consulta de rutina.

Añadiendo a las medidas mencionadas arriba, se ha encontrado saludable en ocasiones elevar la cabecera de la cuna con el fin de elevar la eficiencia del "Burping".

También es nuestra costumbre emplear ciertas medidas durante el ataque agudo del cólico. Estas incluyen aplicar calor y dar masajes en el abdomen, supositorios de glicerina o pequeños enemas, lo mismo que sedativos suaves tales como fenobarbital sódico por vía oral. La efectividad de estas medidas es dudosa, pero muchos padres creen que el niño mejora por ello.

LA DEGENERACION HEPATO-LENTICULAR (ENFERMEDAD DE WILSON) COMO UNA FORMA DE CIRROSIS IDIOPATICA

Cond. del "New England Journal of Medicine"

La aparición de los signos y síntomas de enfermedad hepática, antes de la manifestación de las anomalías neurológicas

en la degeneración Hépato Lenticular, ha sido notada varias veces en el pasado, y hay varias referencias de casos de parientes de pacientes con enfermedad de Wilson declarada, quienes murieron de falla hepática sin haber tenido ninguna vez anormalidades neurológicas. Por tanto, es de suma importancia, que los defectos metabólicos de la Degeneración Hepato-Lenticular sean investigados en todos los pacientes que presenten el cuadro clínico de cirrosis en la niñez o en la juventud.

El uso de procedimientos para encontrar aminoaciduria, pectiduria, hipouricemia, aumento del cobre de los tejidos, cupruria y disminución en el suero de ceruloplasminas, que son anormalidades metabólicas características de la Enfermedad de Wilson, podría descubrir más pacientes en los estados más tempranos de la enfermedad y puede conducir a una más clara definición de la relación de la cirrosis de Enfermedad de Wilson con otros tipos de cirrosis no alcohólica.

Todos los 5 pacientes estudiados por nosotros sufrieron de enfermedad severa del hígado en su temprana edad y 3 murieron sin manifestar ninguna anormalidad neurológica.

El descubrimiento de la aminoaciduria, cupruria y aumento del cobre tisular en los pacientes con Degeneración Hepato-lenticular sin ningún signo de compromiso cerebral, o mucho antes de que tales signos aparezcan, aboga por una ampliación del concepto de esta enfermedad o síndrome. Ahora puede uno visualizar un defecto familiar del metabolismo proteico manifestado por la presencia en el hígado y posiblemente en otros órganos, especialmente el cerebro y el riñón, de una proteína anormal que tiene una afinidad acentuada por el cobre. Clínicamente el defecto podría aparecer primero como una aminoaciduria asintomática; en segundo lugar como una cirrosis, una hepatitis crónica, o un síndrome de Banti (Enfermedad de Wilson abdominal); tercero, como una degeneración hepatolenticular típica y, en cuarto lugar, como una pseudoesclerosis neurológica.

El estudio de muchos más pacientes en cada una de estas categorías, por medio de los métodos delineados arriba, es necesario para confirmar una teoría uniforme de patogénesis.

ELECTRO-SHOCK EN NEURÓDERMATITIS

Cond. del "Journal of A. M. A."

Observación accidental hecha por el Dr. Carlos Seguin, que las lesiones dérmicas desaparecen en los pacientes con neurodermatitis crónica intratable. En los pacientes que recibieron la terapia de electroshock, los síntomas psiconeuróticos severos, llevaron a un estudio de los efectos terapéuticos del electroshock en pacientes con neurodermatitis crónica resistentes a otras formas de tratamiento dermatológico. 9 pacientes con un eczema exudativo de larga duración fueron tratados. El estudio psíquico demostró en todos ellos factores coadyuvantes de la personalidad y del ambiente. Los pacientes se sometieron voluntariamente al tratamiento. El número máximo de pacientes tratados fue de 12 y el mínimo de 3; con una frecuencia de 2 a 3 sesiones semanalmente, 5 pacientes se curaron completamente y 4 se mejoraron; de los últimos, 3 no completaron el tratamiento. En todos los nueve hubo remisión después de la cuarta sesión y en algunos después de la segunda. En dos pacientes de los que se mejoraron se les observó durante un año aproximadamente, viéndose que no hubo recaídas.

EL CLIMATERIO FEMENINO EN LA PRACTICA GENERAL

Cond. del "The Medical Press"

Debe establecerse claramente que la menopausia es el cese del flujo menstrual, mientras que el Climaterio es el período de la vida durante el cual hay un cambio debido a que ocurre una falla en la actividad de los ovarios, lo que ocupa varios años.

Durante cada año de labores hay muy pocos días en que el médico de familia no es consultado por una u otra de sus pacientes en relación con alguna fase del tema que nos ocupa, y es el médico de familia quien está mejor capacitado para tratar la mayoría de las molestias asociadas con este período en la vida de la mujer. No solamente tiene él el más frecuente y prolongado contacto con la paciente, sino que cuando llega a adquirir experiencia, probablemente ha cuidado de la paciente por muchos años y es el más llamado a apreciar hasta qué punto el climaterio la es-

tá afectando y las circunstancias bajo las cuales ha tenido que soportarlas.

Es, por tanto, enteramente razonable colegir que esta vez el médico de familia es el individuo mejor preparado para tratar este padecimiento, previendo siempre que las presentes condiciones no sean del dominio de la cirugía o de otra intervención en la que él ya se encuentra fuera de su esfera de acción.

Los miembros de la profesión médica a menudo hacen referencia a las menopáusicas en forma que denota una falta de comprensión y de conocimientos, que debieran avergonzarse de admitirles otro tipo de dolencia. Esta actitud no está en concordancia con la medicina de hoy y es más un recuerdo de la actitud de nuestros abuelos hacia condiciones mentales que ellos no entendieron. Son méritos de la más severa crítica.

Las causas principales de queja que traen a la paciente al consultorio, según mi experiencia, son: 1.—Oleadas de calor; 2.—Cefaleas; 3.—Irritabilidad; 4.—Obesidad; 5.—Agotamiento; 6.—Pérdida de la confianza en sí misma; 7.—Constipación; 8.—Metrorragias. La última es la única que hace necesaria la investigación por el ginecólogo. Otros factores que pueden encontrarse y que son en ocasiones la causa principal de consulta, sirven para ponerlo a uno sobre aviso; 1.—Edema de los dedos al despertar. 2.—Edema de los tobillos. 3.—Sudores nocturnos. 4.—Sobresaltos nocturnos. 5.—Polaquiuria y 6.—Artralgias y artritis.

La suspensión de las secreciones ováricas afecta todo el metabolismo, en forma tal que ella es susceptible de producir cualquier cambio en la fisiología.

Sería muy conveniente que todas las pacientes en esta edad se les pudiera explicar que un examen ginecológico es deseable a más de un chequeo general en su salud. Son pocas las pacientes que rechazan el examen si se les explica la razón. Esta manera de obrar, en realidad, actúa como parte del tratamiento de sus preocupaciones y les inspira mucha confianza.

Después del primer examen, el médico de familia separa sus casos en dos grandes grupos: Aquellos en los cuales hay alguna posibilidad de anormalidad patológica, requiriendo la interven-

rragias entre los períodos o a intervalos irregulares, después de que un ciclo normal ha pasado. 2.—Un día de menstruación que aparezca cada tres semanas por más de tres veces consecutivas. 3.—Una duración de la regla por más de 8 a 10 días por más de tres ocasiones consecutivas. 4.—Si un período aislado se prolonga por más de tres semanas o hay una hemorragia severa súbita. Cualquier episodio de comienzo súbito con hemorragia prolongada o intermitente, puede ser registrada en la historia clínica o pasado por alto si no se encuentra ninguna lesión al examen.

Otro síntoma que es constante pero extremadamente variable en grado, es la pérdida de fuerzas, lasitud o fatiga. El trabajo que encierra la organización, planeación o administración, causa más dificultad que el esfuerzo físico. Si se trata de una mujer que siempre ha sido capaz de realizar todas sus ambiciones, esta incapacidad es para ella muy perturbadora. Por otra parte, ella se ha dado cuenta de que cuanto más se empeñe en esforzarse, más se siente desanimada.

Sabemos que la edad media trae consigo el cambio metabólico que causa el aumento de peso, especialmente en la tercera mitad, mientras que a los cambios en la nutrición pertenecen otras complicaciones tales como lesiones cutáneas, cambios articulares transitorios y retención de agua.

El otro factor constante se manifiesta en el Sistema Nervioso: Las súbitas y peculiares lagunas en la memoria, incapacidad para recordar el nombre de su mejor amigo, los súbitos y peculiares cambios, inhabilidad para proseguir una serie de raciocinios, impulsos para hacer algunas cosas completamente extrañas a su temperamento reservado.

A lo anterior se añaden las llamadas oleadas de calor, que pueden ser de intensidad y localización variables en cada persona, pudiéndose acompañar de sudoración y escalofrío y que, cuando son severas, pueden ser un síntoma muy molesto durante la noche.

TRATAMIENTO DE LA MENOPAUSIA

Cada mujer en los cuarenta debiera ser examinada cada año si sus ciclos menstruales son normales, y cada 6 meses si ha ha-

bido cambios. Esto podría incluir el estudio citológico cuando sea posible. Debe ser hecho un porcentaje como medio de diagnóstico. Ayuda mucho para el diagnóstico un curetaje, ya que: 1.— Descarta una enfermedad maligna si: a) hay pequeñas hemorragias entre los períodos; b) los períodos se prolongan por más de diez días y c) ocurren períodos muy profusos, sin respuesta a los tratamientos. 2.— Como tratamientos en aquellas mujeres cuyo nivel de hemoglobina no pueda ser mantenido por encima de 70% debido al aumento de la cantidad de la menstruación.

La profesora de escuela, la secretaria con 45 años de edad o más, en quienes el nivel de hemoglobina está siempre por debajo del 70%, deben ser consideradas como candidatas para una menopausia artificial. Se podría sugerir una terapia con Rayos X, previo un curetaje diagnóstico.

ADVERTENCIA GENERAL:

No hay recomendación escrita para repartírselas a todas las mujeres. Ella debe aprender a vivir con sus malos y buenos días y todos pasarán. Debe acometer ella alguna actividad fuera de su casa para que le mejore el tono de sus músculos y le de una sensación de rejuvenecimiento. Debe ser animada a unirse a algún grupo de arte creador; la música, tanto como el coro, son excelentes.

El empleo de medio tiempo o aún de tiempo completo, puede ser el único camino por el cual algunas mujeres casadas pueden ser sacadas de la melancolía en que han caído.

Si la paciente está realmente en una época dura, la familia debiera comprender su papel en el tratamiento: entender, mas no condolerse; traer a casa el mayor interés que ellos encuentren; recordar las historias graciosas y tener una hora de comida tranquila. Este es el papel de la familia.

Cuando toda una observación y comprensión se ha incluido en el tratamiento de la paciente, muy pocas drogas u hormonas son necesarias: A) pequeñas dosis de Amital o fenobarbital pueden ser usadas 3 veces al día, con o sin un relajador tal como la trasentina. B) Un sedante más fuerte puede ser usado por 3 o 4 noches consecutivas. C) Pueden ser usadas pequeñas dosis de ti-

roides con bases en alguna prueba clínica, o más grandes después de otras investigaciones. D) Drogas estimulantes como la Dexedrina (Dextroanfetamina) y Bencedrina (Anfetamina), pueden darse por un período limitado de tiempo y siempre bajo vigilancia. E) El Donatal es una droga que puede usarse con buenos efectos en algunos casos.

Llegan ahora las sustancias estrógenas; la gran mayoría de las mujeres no necesitan de ellas en absoluto; solo tienen una indicación específica; las oleadas de calor. Cuando los sonrojamientos son bastante severos como para despertar a la paciente inundada de sudor, deben darse estrógenos y una pequeña cantidad de algún sedante. Yo uso los estrógenos como un test terapéutico; 2 o 3 grandes inyecciones de estrógenos probará prontamente en qué parte reside el disturbio.

Por último, no pierda el tiempo en obtener ayuda psiquiátrica cuando esté indicada.