



MINISTERIO DE LA GOBERNACION

DIRECCION GENERAL DE SANIDAD

SECCION DE PUERICULTURA, MATERNOLOGIA E HIGIENE ESCOLAR

BASES PARA UNA CRITICA
DE LA
LABOR DISPENSARIAL DE HIGIENE INFANTIL

POR LOS DOCTORES

DIONISIO MORCILLO y ANTONIO ARBELO

Puercultor del Estado,
Director del Dispensario de la Guindalera

Puercultor del Estado,
Del Dispensario de la Guindalera

PUBLICACIONES "AL SERVICIO DE ESPAÑA Y DEL NIÑO ESPAÑOL"

NUMEROS 113 Y 114

JULIO-AGOSTO, 1947

PROLOGO

Hemos aceptado con agrado la invitación de los autores de este trabajo para que describamos sus líneas proemiales, honrándonos con ello, porque su lectura nos hace considerarlo como paradigma de lo que debe hacerse en todos los Dispensarios de Higiene Infantil: conocer las características demográficas de su zona de influencia y valorar la eficacia de su actuación.

Los autores han sabido darse cuenta de la misión eminentemente social que les está encomendada al frente del Dispensario de Higiene Infantil de la Guindalera y, con la ayuda técnica de la Estadística, han podido plasmar en tablas y gráficos, con carácter bien objetivo, toda la ventaja que la población infantil obtiene con su asidua asistencia al mismo.

¡Qué diferencia entre este concepto, tan propiamente sanitario; de los autores y las publicaciones con historias clínicas, de tipo anecdótico, a que nos tienen acostumbrados algunos puericultores! Entiéndase bien: no es que pretendamos desvalorizar la publicación minuciosa de los datos de cual-

quier enfermedad individual que ha sido observada, tan necesaria siempre en los estudios médicos, sino que estimamos ser cometido de los pediatras y no de los puericultores, cuando estos actúan con este carácter sanitario de influencia social.

Como sanitarios bien entusiastas del matiz que nuestra profesión adquiere al influir sobre la población colectivamente, saludamos con albricias trabajos como el de los autores. A uno de ellos, el Dr. ARBELO, hemos tenido la ocasión, hace algunos años, con motivo de comentar otro interesante trabajo suyo, de ratificarle buenos éxitos en este camino y de animarle para seguir por él y con el mismo entusiasmo. Igualmente lo hacemos ahora para que, unido al Dr. MORCILLO, continúen por esta senda, recogiendo frutos tan sazonados.

Esta monografía pertenece a lo que la Estadística considera como teoría de las "muestras"; es decir: que cuando deseamos analizar las propiedades de un conjunto o colectivo muchas veces no se puede, por razones teóricas o prácticas, examinar cada uno de los elementos, y se recurre al estudio detallado de una selección de ellos. Ya que no se ha podido conocer todo lo relacionado con la mortalidad infantil y la influencia de los Dispensarios de Higiene Infantil en toda España, o, simplemente, en todo Madrid, los autores nos presentan una excelente "muestra" de lo acontecido en el distrito de su actuación. Con ello nos proporcionan, por de pronto, unos interesantes datos, que por generalización, con las salvedades de rigor, pueden aplicarse a otras zonas o sectores; pero, además, dan el estímulo para que otros investigadores se dediquen también a la obtención de otras "muestras" en sus respectivas zonas de influencia o de trabajo.

A través de sus páginas podemos apreciar interesantes datos: El estudio de las causas de muerte infantiles de una próspera zona urbana de "moderada" mortalidad infantil. La mortalidad del recién nacido, tan necesaria de conocer en nuestras estadísticas nacionales. El estado sanitario y la morbilidad de los niños asistidos en el Dispensario, con los importantes datos sobre la frecuencia de las otitis del lactante, que nos muestran, con toda objetividad, la exageración con que se ha valorado su presentación. Y, lo que es fundamental en el trabajo, la mortalidad infantil dispensarial, que demuestra, con cifras incontrovertibles, que la actuación del Dispensario ha hecho descender los peligros infeccioso y alimenticio de ser "muy fuerte" y "fuerte", respectivamente, a quedar clasificados ambos como "muy débiles".

Felicitemos a los Dres. MORCILLO y ARBELO por este trabajo, en el que los interesados en estos problemas sanitarios encontramos datos tan precisos para nuestros estudios y nuestras futuras actuaciones; haciendo votos porque su publicación sirva de ejemplo a otros Médicos Puericultores y raye seguida de otras publicaciones en las que se recojan las influencias sobre la mortalidad infantil de Dispensarios en zonas de diverso carácter, rurales principalmente.

J. VILLAR SALINAS

BASES PARA UNA CRITICA
DE LA
LABOR DISPENSARIAL DE HIGIENE INFANTIL

POR LOS DOCTORES

DIONISIO MORCILLO y **ANTONIO ARBELO**
Puericultor del Estado. Puericultor del Estado.
Director del Dispensario de la Guindalera Del Dispensario de la Guindalera

**I.—LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA ZONA DE AC-
TUACION DEL DISPENSARIO: DISTRITO DE BUENA-
VISTA, DE MADRID (*)**

Sin conocer elementos tan básicos como la cifra global de nacidos vivos y de fallecidos menores de un año, tasa de mortalidad infantil y causa inmediata de las defunciones del lugar donde un Dispensario de Puericultura desarrolla su misión, es de todo punto imposible, pese a los detractores de los métodos estadísticos, llevar a cabo, con el alto espíritu crítico que el rigorismo de la ciencia exige, la valoración de las arduas y monótonas tareas sanitarias que repiten día tras día todo el personal de cualquier Servicio de Higiene Infantil. Por ello, antes de estudiar la labor realizada por el Dispensario de Puericultura de la Guindalera, empezaremos por dar a conocer dichos datos en su zona de actuación: distrito de Buenavista, de Madrid.

(*) Publicado en *Acta Pedátrica*, 215-225, 1946.

El distrito de Buenavista, de Madrid, es, sin duda, el más moderno, amplio y hermoso de los diez distritos municipales que integran la capital de España. Es el que tiene mayor superficie (5.971.324 metros cuadrados), mayor número de habitantes (190.408: 109.242 hembras y 81.166 varones, según el censo de 1940), de edificios (6.267), de edificios-viviendas (5.735) y de cuartos (47.434).

De forma trapezoidal y de situación algo exterior, está rodeado en tres de sus lados por otros distritos, y en el de su periferia, limitado con la parte mejor de la estepa que cerca Madrid, donde, al contrario de lo que ocurre en la mayoría de los restantes distritos exteriores, no se ha creado el suburbio ni existe, por tanto, el angustioso problema social e higiénico que él plantea, sino que en el límite con Chamartín, al amparo de restos de un antiguo bosque de pinos, se ha formado la denominada Ciudad Jardín, constituida exclusivamente de chalets.

La mayoría de sus barrios (diez, como todos los distritos municipales de Madrid: Almirante, Biblioteca, Conde de Aranda, Fernando el Católico, Marqués de Salamanca, Goya, etcétera) están habitados, en general, por gente acomodada. En su periferia, principalmente, existen grandes zonas sin edificar, si bien en estos últimos años se incrementa grandemente su urbanización. Juntamente valorados estos dos motivos, justifica que sea uno de los distritos de Madrid de menor densidad de población (31,88 kilómetros cuadrados) (*).

* * *

(*) Según el nomenclátor de España, es el que posee el más bajo coeficiente de habitantes por edificios de todos los distritos municipales de Madrid.

Probablemente, la mortalidad infantil en el distrito de Buenavista de Madrid es menor a la de cada uno de los nueve distritos restantes que integran la capital de España. Es de lamentar que no se hayan hecho en ésta estudios de su mortalidad infantil por distritos, hecho básico para la eficacia de su lucha, que hoy nos hubiera permitido establecer con seguridad el lugar que corresponde al distrito de Buenavista dentro de la mortalidad infantil de todos ellos. No obstante, hace suponer que sea como hemos dejado dicho:

Primero. El que la tasa de su mortalidad infantil en todos los años que estudiamos sea inferior a la de la capital, como puede apreciarse en la tabla I y en el gráfico núm. 1.

T A B L A I

AÑOS	NACIDOS VIVOS		DEFUNCIONES DE MENOS DE UN AÑO		FALLECIDOS MENORES DE UN AÑO POR CIENTO NACIDOS VIVOS	
	Madrid	Buenavista	Madrid	Buenavista	Madrid	Buenavista
1940.....	26.725	5.000	2.281	266	8,1	5,3
1941.....	20.166	3.764	2.181	208	10,3	5,5
1942.....	19.496	3.555	1.776	197	9,1	5,5
1943.....	23.604	3.674	1.604	193	6,7	5,2
1944.....	24.260	3.832	1.796	160	7,4	4,1
TOTAL...	114.251	19.825	9.738	1.024	8,3	5,1

En él se ve cómo la mortalidad infantil de Madrid (capital), según la clasificación de Debré, fué *muy fuerte* en el año 1941, *fuerte* en los años 1940, 1942 y 1944, y *moderada* en el año 1943, o sea, por encima de 10 por 100 nacidos vivos, entre 9,99 y 7 y entre 6,99 y 4, respectivamente. En cambio, la mortalidad infantil del distrito de Buenavista fué más uniforme, *moderada* en todos los años del quinquenio.

RELACIÓN ENTRE LA MORTALIDAD INFANTIL DE MADRID (Capital) Y LA DEL DISTRITO DE BUENAVISTA

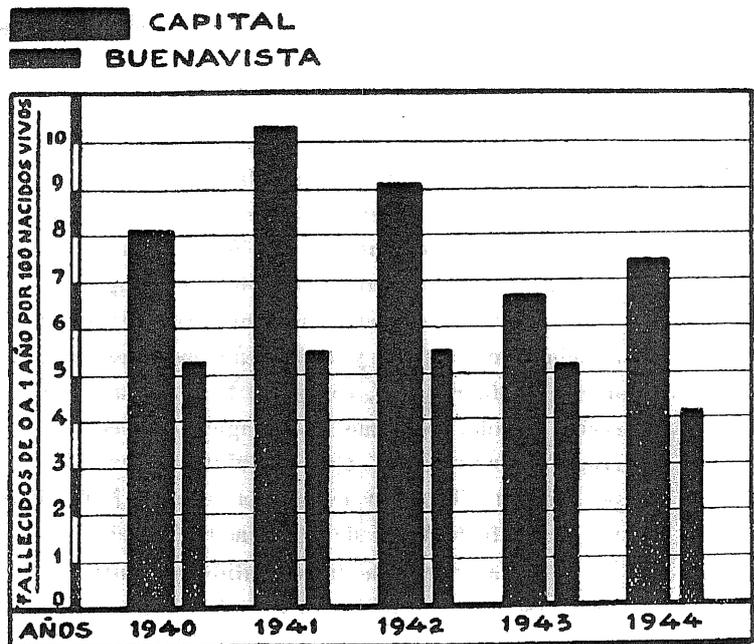


GRÁFICO 1.º

Segundo. La ingente labor realizada por nuestro Dispensario en las zonas socialmente más bajas del mismo; y

Tercero. Las mejores condiciones higiénicosociales del aristocrático barrio de Salamanca, en él incluido.

* * *

Para el estudio de la mortalidad infantil del distrito objeto de nuestra atención hemos verificado la recogida de datos en el Juzgado Municipal del distrito de Buenavista (nombre,

edad, fecha y causa inmediata de la muerte de cada uno de los niños menores de un año registrados en los estados de defunciones de los cinco años del quinquenio 1940-1944) y en la Sección de Estadística del Excmo. Ayuntamiento de Madrid (número de nacidos vivos de Madrid, capital, y del distrito de Buenavista). Con ellos hemos obtenido fácilmente su mortalidad infantil, y como ya es clásico hacer para el estudio de las causas inmediatas, a pesar de los errores que le hemos señalado en publicaciones similares, nos hemos servido de la clasificación etiológica de G. Mouriquand, quien, como es sabido, agrupaba las defunciones infantiles en los tres peligros o factores siguientes: alimenticio, infeccioso y congénito.

Nosotros hemos agrupado en cada uno de estos tres peligros el número de víctimas atribuidas a aquellas defunciones (clasificándolas, primeramente, según la nomenclatura internacional abreviada, tabla II), que en buena lógica clínica y sanitaria se deben admitir como perteneciente a cada factor.

Así, en el factor alimenticio comprendemos los fallecidos por trastornos nutritivos, que corresponden al número 119 de las causas de muerte, con el impropio nombre de "diarrea y enteritis"; al número 120, "otras enfermedades del aparato digestivo"; ambos comprendidos en el grupo IX, "enfermedades del aparato digestivo" del estado de defunciones, modelo 37 de la estadística internacional.

En el factor infeccioso incluimos todas las enfermedades de tal índole, específicas o no. En él están reunidas las "enfermedades infecciosas y parasitarias", comprendidas del número 1 al 44, grupo I; las "enfermedades del aparato respiratorio" y "otras enfermedades del aparato respiratorio", del número 106 al 114, grupo VIII, y las "enfermedades del corazón", "septicemias" y "nefritis".

Sigue en tercer lugar la rúbrica "otras enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos", 48 (4,67 por 100) (meningitis, 32; meningoccefalitis, 7; meningitis meningocócicas, 2; otitis, 1; mastoiditis, 1, e hidrocefalia, 1); luego, las septicemias, 29, con un 2,83 por 100. Las "enfermedades del corazón", 12 (miocarditis, 10, y endocarditis, 2), con un 1,17 por 100; glomerulonefritis, 2 (0,19 por 100), y, por último, piel y tejido celular, 3, con un 0,29 por 100.

Sigue el factor alimenticio, 259, con "diarrea y enteritis", 229 (gastroenteritis y enterocolitis, 155; toxicosis, 38, y atrepsia, 36), y "otras enfermedades del aparato digestivo", 36, con 22,36 por 100.

Y, por último, el factor congénito, 165 (vicios de conformación congénita, 11; atelectasia, 3; cardiopatía congénita, 8; inmaduros: débiles congénitos y prematuros, 99; ictericia, 6, y hemorragias cerebrales, 38), 16,11 por 100.

Las causas específicas o mal definidas, 114, representan el 11,11 por 100 del total de fallecidos. El número de víctimas bajo esta rúbrica ha ido disminuyendo grandemente cada año, lo que demuestra el mejor conocimiento por parte de los médicos de la patología infantil.

La proporción de víctimas que determina cada uno de los tres factores en el quinquenio 1940-1944 puede verse en la tabla III.

Las cifras absolutas de víctimas por el factor alimenticio se mantienen, con muy ligeras oscilaciones, en el transcurso de todos los años del quinquenio.

Igual acontece a las del factor congénito, en el que, no obstante, se aprecia la tendencia a disminuir. En cambio, en el factor infeccioso adviértense dos ascensos (años 1940 y 1942), determinados por la presentación de epidemias propias de la infancia.

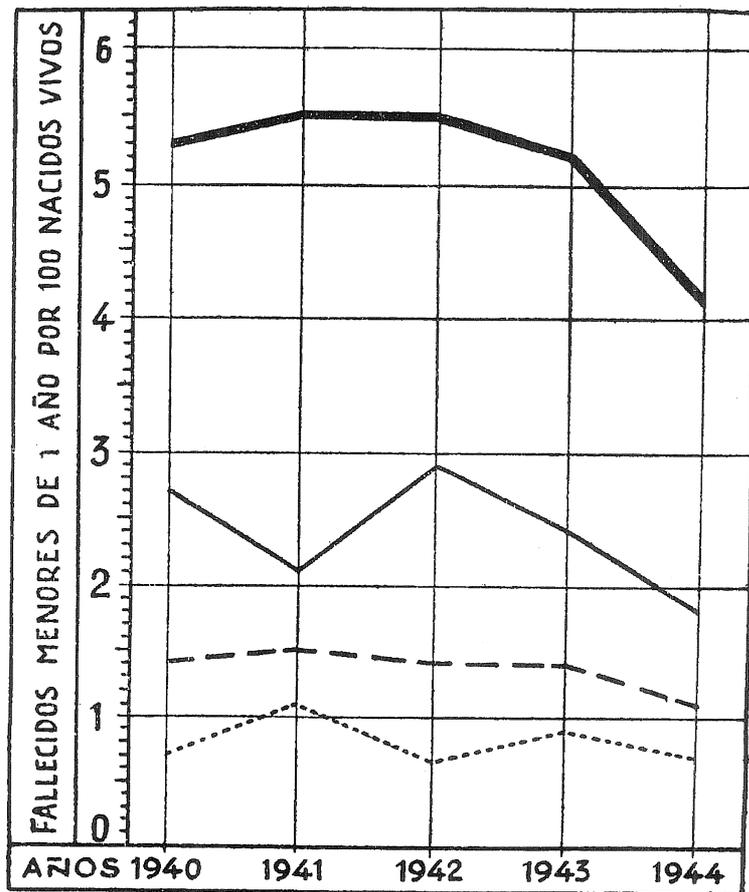
T A B L A III

AÑOS	TOTAL DE DEFUNCIONES MENORES DE UN AÑO POR			PROPORCIÓN POR CIENTO DEFUNCIONES MENORES DE UN AÑO POR			PROPORCIÓN POR CIENTO NACIDOS VIVOS		
	Factor alimenticio.....	Factor infeccioso.....	Factor congénito.....	Factor alimenticio.....	Factor infeccioso.....	Factor congénito.....	Factor alimenticio.....	Factor infeccioso.....	Factor congénito.....
1940.....	52	135	39	19,5	50,6	14,6	1,4	2,7	0,78
1941.....	60	82	42	28,7	39,4	20,1	1,5	2,1	1,11
1942.....	51	106	23	25,8	53,7	11,6	1,4	2,9	0,64
1943.....	54	89	34	27,9	46,1	17,6	1,4	2,4	0,92
1944.....	48	71	27	30,0	44,3	16,8	1,2	1,8	0,70
	265	483	165	26,4	46,8	16,1	1,38	2,38	0,83

Al factor alimenticio le corresponde el 26,4 por 100 del total de fallecidos menores de un año. Al factor infeccioso, el 46,8 por 100, casi la mitad, y al factor congénito, el 16,1 por 100. El número de víctimas ocasionadas por la suma de los tres factores es solamente el 89,3 por 100 del total de defunciones habidas en el primer año de la vida; el 10,7 restante corresponde a las causas de muerte no incluidas en ellos, por ser "causas específicas o mal definidas", pertenecientes al último grupo, el XVIII, que lleva por título "causas indeterminadas".

La mortalidad infantil resulta fuerte para el factor alimenticio, muy fuerte para el infeccioso y débil para el congénito. Según el promedio del quinquenio, es 1,38 por 100 nacidos vivos para el alimenticio, 2,38 para el infeccioso y 0,83 para el congénito.

La correlación entre cada uno de los peligros y la morta-



- Total de fallecidos.....
- Factor alimenticio.....
- Factor infeccioso.....
- Factor congénito.....

GRÁFICO 2.º

lidad infantil, en los años del período que examinamos, apreciase en el gráfico 2.º

En él vemos cómo en el transcurso de los años estudiados la curva de cada uno de los factores lleva una marcha paralela con la curva del total de la mortalidad infantil, pues la suma de las ligerísimas oscilaciones de aquéllos quedan expresadas en ésta. El factor alimenticio tiene casi la misma tasa todos los años, alrededor de 1,38, disminuyendo en el último dos décimas.

El infeccioso mantiene también su tasa, alrededor de 2,38, en todos los años, si bien con oscilaciones mayores; pero siempre en décimas; en el último año descendió medio entero, no obstante las mayores variaciones posibles en el número de sus víctimas, dado el carácter epidémico de las enfermedades en él reunidas. Y en el congénito, las variaciones anuales de la tasa son también en décimas, menores que en el infeccioso y mayores a las del alimenticio. También este factor disminuyó su tasa en el último año. Esta aminoración de los coeficientes de los tres factores en el año 1944 queda reflejada en el descenso de la curva de mortalidad infantil total.

El número total de defunciones en el primer año de la vida, en cada uno de los meses de los años del quinquenio, nos dice, mejor que su relación por cien nacidos vivos, la conocida influencia de las estaciones del año en la mortalidad infantil.

En el presente gráfico 3.º y en la tabla IV vemos la acción de la cumbre invernal (enero y febrero) y estival (julio y agosto) en las defunciones de los lactantes.

Si evaluamos el promedio de las defunciones en el primer año de la vida de los meses sin influencias meteorológicas perniciosas (abril, mayo, junio, septiembre, octubre, noviembre y diciembre), en 70, veremos que los fallecidos en el ápice in-

febrero, julio y agosto) del invierno y verano, enfocada contra el peligro infeccioso, ante el que tenemos menores posibilidades de triunfo, el cual, como es sabido, está decidido, en primer lugar, por el factor económico, y en segundo, por el sanitario.

La tasa de mortalidad infantil del quinquenio 1940-1944, en el distrito de la Guindalera, de Madrid, ha llegado a ser casi *débil*, a pesar de las circunstancias adversas que existieron durante el mismo, lo que muestra, una vez más, la influencia bienhechora de las instituciones de Higiene infantil sobre la vida de los lactantes.

A) MORTALIDAD DEL RECIÉN NACIDO (*)

Capítulo aparte, dentro del estudio de la mortalidad infantil, merece la mortalidad del llamado *período neonatal*. Pese a un gran número de madres que dan a luz en las Maternidades, al aumento del número de éstas, especialmente en el distrito que nos ocupa, y, por tanto, a la mejor solución de los problemas obstétricos, todavía el número de recién nacidos que mueren, descontados los que fallecen en el primer día de la vida, constituyen alrededor de la quinta parte de la mortalidad infantil.

Hace alrededor de veinte años que las naciones más civilizadas se preocupan en disminuir la denominada mortalidad precoz; ello por constituir un porcentaje elevado dentro de la mortalidad infantil y, en consecuencia, ser un importante factor demográfico negativo a añadir a sus bajos coeficientes de natalidad.

España, ganada la primera etapa de su lucha contra su

(*) Publicado en *Acta Pediátrica*, 75-84, 1946.

excesiva mortalidad infantil, al descender grandemente la tasa de fallecidos por el *factor alimenticio*, y aunque su coeficiente de natalidad no implique el angustioso problema demográfico que en aquellas naciones, se ha incorporado, mediante la creación de instituciones de Maternología en el medio rural y urbano, al grupo de las que se encuentran en la segunda etapa de la lucha contra la mortalidad infantil, o sea, en la lucha contra la *mortalidad precoz*.

No tenemos conocimiento de la existencia de publicaciones sobre la mortalidad precoz en nuestra Patria, razón por la que no hemos podido establecer las comparaciones que eran de desear.

Los únicos datos que en nuestra nación conocemos sobre la mortalidad del recién nacido son los correspondientes a España en los años 1900, 1901 y 1902, únicos consignados en los "Movimientos de población".

Las tasas de los fallecidos en los quince primeros días de la vida correspondientes a dichos años, respectivamente, son: 3,39, 3,25 y 3,28 (1) por 100 nacidos vivos, las que resultan más del triple que la tasa de cualquiera de los cinco años que estudiamos.

Tampoco hemos podido parangonar las tasas resultantes de nuestro estudio con las de esos países que prestan la atención debida a la mortalidad precoz, por regir en ellos otro concepto del nacido vivo y, por tanto, de nacido muerto que el de nuestro Código.

A este respecto, hemos de lamentar que todavía no exista unanimidad sobre el concepto de nacido muerto, ello no obstante, las Conferencias (Royal Statiscal Society, 1912; Institut. International de Statistique, 1913; Section d'Hygiene de la S. D. N., 1925, etc.) llevadas a cabo con el fin de conseguirla. Es urgente, y lo deseamos que se obtenga, ese acuerdo internacional, a fin de que desaparezca definitivamente el obstáculo que se opone a la comparación de las estadísticas de

natalidad, mortalidad general y, sobre todo, a las de mortalidad y mortalidad infantil entre las naciones.

Las repercusiones sobre la natalidad y la mortalidad general son menores que en la mortalidad infantil y la mortalidad natalidad. Pues, como ocurre en España, si un niño, habiendo vivido unos instantes, es registrado como nacido muerto, el número de nacidos vivos es disminuido en una unidad; igual ocurre a la mortalidad general, la que también, desde el punto de vista de otras naciones, es reducida una unidad. Pero el caso no es el mismo respecto a la mortalidad infantil. Ello por razón de que si el número de defunciones menores de un año es la décima parte del total de defunciones, el error sobre la mortalidad infantil será diez veces más grande que sobre la mortalidad general. El mismo razonamiento, aplicado a la mortalidad precoz, nos conduce a la conclusión de un error cien veces mayor. Por esto sería de gran utilidad una definición uniforme sobre nacido vivo.

* * *

Con el nombre de *mortalidad del recién nacido* entendemos las defunciones acaecidas durante los primeros catorce días de la vida, excepción hecha del primero, en relación por cien nacidos vivos, para un período de tiempo determinado; en general, un año.

Sobran fundamentos para independizar en un capítulo, dentro de la mortalidad infantil, el estudio de la mortalidad del *período postnatal*.

Sabido es que hasta alrededor del catorce día de la vida (fecha en que finaliza el concepto de recién nacido, al menos en el *sentido estricto* que quieren Eckstein y Rominger) llegan las influencias fisiopatológicas, especialmente ocasionadas por los fenómenos que imponen el acto del nacimiento con el

tránsito del nuevo ser de la vida intrauterina a la extrauterina, y que caracterizan a esta temprana edad.

En concordancia con estos hechos están las defunciones del recién nacido. Nosotros hemos examinado una por una las causas de las muertes habidas durante los días de la primera y segunda semana de la vida de los años del quinquenio 1940-1944, del distrito de Buenavista (véanse tablas), encontrando en ambas semanas las mismas causas de muerte, y, como única diferencia, el número de víctimas menor, exactamente la mitad, en la segunda que en la primera semana. De modo que la única diferencia hallada es de índole cuantitativa respecto a la intensidad de los hechos fisiopatológicos, de los cuales las defunciones son fiel reflejo y su consecuencia final. Con seguridad que ya las defunciones de la tercera y cuarta semana de la vida obedecen a otras rúbricas diferentes a las de las dos primeras, y parecidas a cualesquiera de las de las edades posteriores de la lactancia, lo que nos habla, en suma, de características fisiopatológicas iguales de las del resto del primer año de la vida.

Por tanto, desde el punto de vista sanitario infantil de la conveniencia de mejor encauzar y establecer más eficazmente la lucha contra la mortalidad, resulta ventajoso hacer el estudio por separado de las defunciones habidas en el curso de los catorce primeros días de la vida, en relación por cien nacidos vivos, bajo el nombre que proponemos, mortalidad del recién nacido, y de la que somos los primeros en iniciar su estudio.

En la mortalidad del recién nacido comprendemos la *mortalidad en la primera semana*, o sea, la conocido mortalidad infantil precoz de Debré, y *la mortalidad de la segunda semana*. Nosotros formulamos la mortalidad precoz bajo la base de los fallecidos del segundo al séptimo días, ambos inclusive, por cien nacidos vivos, por un lapso de tiempo de un año. El concepto especial de nacido vivo de nuestro Código

civil excluye de ella a los fallecidos en las primeras veinticuatro horas, que, como es sabido, se incluyen en la mortalidad; lo mortalidad de la segunda semana, los fallecidos en el curso de la misma por cien nacidos vivos.

Para examinar las diversas enfermedades que determinaron los fallecimientos habidos del segundo al décimocuarto día de la vida y la proporción de víctimas que corresponde a cada una de ellas, las hemos clasificado agrupándolas según la causa de la muerte inmediata de certificado de defunción, única que consta en el Registro civil. El resultado de la misma lo exponemos, resumido, en la tabla V.

Siguiendo el concepto moderno de designar con un sólo término a los prematuros y débiles congénitos, incluimos bajo el nombre de *prematuro*, en el sentido puramente clínico que quiere Ylppö, o mejor, de *inmaduro* (Peiper), las cifras de fallecidos que figuran en la tabla en las rúbricas: Síndrome hemorrágico (5), hemorragia cerebral (35) y debilidad congénita (45), pues la hemorragia cerebral corresponde, en una gran mayoría, a prematuros. Total de fallecidos por dichas tres rúbricas, 85 (44.8 por 100), o sea, alrededor de la mitad de la cifra de defunciones que constituyen la mortalidad del recién nacido son inmaduros. Esta cifra debería ser más elevada, puesto que no cabe duda alguna que parte de las víctimas registradas en las casillas de Asfixia (3), Bronquitis (3), Cardiopatías congénitas (15), Atrepsia (6), Colapso cardíaco (21) (a esta última mejor sería incluirla en el epígrafe de "Causas no específicas o mal determinadas"), etc., etc., fueron inmaduros.

Con ello confirmamos, una vez más, que la mortalidad precoz es debida, en el 50 por 100 de los casos (hasta el 80 por 100 para otros autores), a la inmadurez. Incluimos entre las malformaciones congénitas (2) la estenosis congénita de píloro (1).

Nuestro porcentaje es inferior al que señala la generalidad

T A B L A V

	1940-1944														Porcentajes		
	PRIMERA SEMANA							SEGUNDA SEMANA								TOTAL	
	2	3	4	5	6	7	Total	8	9	10	11	12	13	14			Total
Síndrome hemorrágico.....	2	—	—	—	—	—	3	—	—	1	—	—	1	—	2	5	02,6
Hemorragia cerebral.....	4	11	7	7	2	2	33	1	2	3	—	—	—	—	2	35	18,4
Debilidad congénita.....	6	3	7	3	5	5	29	1	2	3	3	5	1	1	16	45	23,6
Bronquitis.....	1	—	3	2	—	2	7	—	1	1	1	1	—	—	6	13	6,8
Neumonías.....	—	—	1	—	—	1	2	—	2	2	1	1	—	—	6	3	1,5
Asfixia.....	2	—	1	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	1	3	1,5
Cardiopatías congénitas.....	1	1	3	1	2	—	9	1	1	1	—	2	—	—	6	15	8,2
Atrepsia.....	1	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	1	—	—	4	3	1,5
Sífilis.....	1	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	3	1,5
Ictericia.....	—	—	3	1	1	—	5	—	—	—	1	1	—	—	2	9	4,7
Colapso cardíaco.....	2	6	4	1	—	—	16	3	1	1	—	1	—	—	8	24	12,6
Eclampsia.....	—	—	—	1	—	1	2	1	2	3	1	1	2	—	10	13	6,8
Sepsis.....	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	0,5
Hernia.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Estenosis c. de píloro.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Malformación congénita.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hidrocefalia aguda.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL.....	20	27	28	17	13	19	124	9	11	13	8	13	7	5	66	190	99,6

(Continuación de la tabla V.)

	1940														Total	
	PRIMERA SEMANA							SEGUNDA SEMANA								
	2	3	4	5	6	7	Total	8	9	10	11	12	13	14		Total
Síndrome hemorrágico..	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Hemorragia cerebral....	—	1	2	1	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Debilidad congénita....	2	1	2	—	2	1	8	—	—	—	—	1	1	1	3	11
Bronquitis.....	1	—	1	1	—	—	3	—	1	1	—	—	1	1	4	7
Neumonías.....	—	—	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	1	2
Asfixia.....	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Cardiopatías congénitas.	—	—	—	—	1	—	1	1	1	—	—	—	—	—	2	3
Atrepsia.....	—	1	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	1	—	1	3
Sífilis.....	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1
Ictericia.....	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	1	2
Colapso cardíaco.....	1	3	4	—	—	—	8	1	1	—	—	—	—	—	2	10
Eclampsia.....	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Sepsis.....	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	2
Hernia.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Estenosis c. de píloro...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Malformación congénita.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hidrocefalia aguda.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL.....	6	8	10	2	4	3	33	4	3	1	1	2	2	3	16	49

	1941														Total	
	PRIMERA SEMANA							SEGUNDA SEMANA								
	2	3	4	5	6	7	Total	8	9	10	11	12	13	14		Total
Síndrome hemorrágico..	—	—	3	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Hemorragia cerebral....	—	5	—	2	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	10
Debilidad congénita....	2	—	2	2	—	—	6	1	—	2	—	1	—	—	4	10
Bronquitis.....	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Neumonías.....	—	1	—	—	1	—	2	—	—	1	—	—	—	—	1	3
Asfixia.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cardiopatías congénitas.	—	1	—	—	1	—	2	—	—	—	—	2	—	—	2	4
Atrepsia.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	1
Sífilis.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ictericia.....	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Colapso cardíaco.....	—	1	—	1	—	1	3	1	—	—	—	—	1	1	3	6
Eclampsia.....	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Sepsis.....	—	—	—	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	2
Hernia.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Estenosis c. de píloro...	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Malformación congénita.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hidrocefalia aguda.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL.....	2	8	5	8	3	4	30	2	—	5	—	3	1	1	12	42

(Continuación de la tabla V.)

	1942														Total	
	PRIMERA SEMANA							SEGUNDA SEMANA								
	2	3	4	5	6	7	Total	8	9	10	11	12	13	14		Total
Síndrome hemorrágico..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hemorragia cerebral....	2	3	2	4	—	—	11	—	1	—	—	—	1	—	1	1
Debilidad congénita....	—	—	—	—	2	—	2	—	—	1	2	—	—	—	3	5
Bronquitis.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Neumonías.....	—	1	—	—	1	—	2	—	1	1	—	1	—	—	3	5
Asfixia.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cardiopatías congénitas.	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Atrepsia.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1
Sífilis.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ictericia.....	1	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Colapso cardíaco.....	—	1	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	2
Eclampsia.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Sepsis.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hernia.....	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	1	—	3	4
Estenosis c. de píloro...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Malformación congénita.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hidrocefalia aguda.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1
TOTAL.....	3	5	4	4	3	4	23	1	2	4	4	2	2	—	15	38

	1943														Total	
	PRIMERA SEMANA							SEGUNDA SEMANA								
	2	3	4	5	6	7	Total	8	9	10	11	12	13	14		Total
Síndrome hemorrágico..	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	2
Hemorragia cerebral....	2	2	—	—	1	1	6	—	1	—	—	—	—	—	1	7
Debilidad congénita....	2	2	1	1	—	2	8	—	—	—	—	—	—	—	2	10
Bronquitis.....	—	—	1	1	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	1	3
Neumonías.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Asfixia.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Cardiopatías congénitas.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Atrepsia.....	1	—	—	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Sífilis.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ictericia.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Colapso cardíaco.....	—	—	2	—	1	—	3	—	—	—	—	1	—	—	1	4
Eclampsia.....	1	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Sepsis.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hernia.....	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—	4	4
Estenosis c. de píloro...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Malformación congénita.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hidrocefalia aguda.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL.....	7	5	4	3	2	4	25	1	4	1	2	2	1	—	11	36

(Continuación de la tabla V).

	1 9 4 4														TOTAL
	PRIMERA SEMANA							SEGUNDA SEMANA							
	2	3	4	5	6	7	Total	8	9	10	11	12	13	14	
Síndrome hemorrágico.....						1	1								
Hemorragia cerebral.....			2		1	2	5		1			3			4
Debilidad congénita.....															
Bronquitis.....															
Neumortias.....		1					1		1						1
Asfixia.....			1				1								
Cardiopatías congénitas.....	1		2				3			1			1		2
Atrepsia.....															
Sífilis.....															
Ictericia.....												1			1
Colapso cardíaco.....						1	1								
Eclampsia.....															
Sepsis.....															
Hernia.....															
Estenosis c. de píloro.....										1	1				1
Malformación congénita.....															
Hidrocefalia aguda.....															
TOTAL.....	2	1	5		1	4	13	1	2	2	1	4	1	1	12
															25

de los autores, por estar excluidos en él los fallecidos en el primer día de la vida, los que, como es sabido, constituyen del tercio a la mitad de las muertes neonatales.

Las restantes rúbricas, excepto sepsis (13) e ictericia (9) —dos eritroblásticas—, registran una o dos víctimas.

En sepsis (13) incluimos los fallecidos por enfermedad de Ritter (2) y por gastroenteritis (5).

El número de víctimas, en general, es doble en la primera semana que en la segunda semana; algunas, iguales (bronquitis, neumonía), y otras, más en la segunda semana que en la primera (gastroenteritis y atrepsia).

En la tabla VI podemos examinar la mortalidad del recién nacido, la mortalidad precoz y la mortalidad de la segunda semana, en los años del quinquenio 1940-1944, del distrito de Buenavista:

T A B L A VI

AÑOS	Mortalidad de la primera semana	Mortalidad de la segunda semana	Mortalidad del recién nacido	Mortalidad en el resto del curso del primer año	Mortalidad infantil
1940.....	0,60	0,32	0,98	4,34	5,32
1941.....	0,79	0,31	1,11	4,41	5,52
1942.....	0,64	0,42	1,05	4,43	5,54
1943.....	0,68	0,29	0,97	4,28	5,25
1944.....	0,33	0,31	0,67	3,50	4,17
1940-1944...	0,62	0,30	0,95	4,20	5,16

Lo que nos dice:

1.° Que la mortalidad del recién nacido es el 18,43 por 100 de la mortalidad infantil; dicho porcentaje se reparte entre la mortalidad de la primera y segunda semana, con el 12,17 y el 5,88 por 100, respectivamente.

2.° Que la mortalidad del recién nacido, de la primera y

segunda semana es *débil* (inferior a 1, a 0,70 y a 0,35 por 100 nacidos vivos, respectivamente).

3.º Que la mortalidad de la primera semana representa los 2/3 de la mortalidad del recién nacido, y la de la segunda, 1/3. Por tanto, que la mortalidad precoz es doble que la de la segunda semana.

4.º Que sus tasas son uniformes en todos los años del quinquenio, excepto en el último, que disminuyó la mortalidad del recién nacido, a expensa exclusiva del descenso a la mitad habido en la mortalidad precoz, que casi iguala a la de la segunda semana.

5.º La mortalidad en el resto del curso del primer año baja, en 1944, cerca de un entero con relación al promedio de los cuatro años anteriores, lo que, junto al descenso de la mortalidad de la primera semana, ha determinado la menor tasa de la mortalidad infantil del quinquenio: 4,17.

En resumen, la elevada cifra de fallecidos por debilidad congénita, síndrome hemorragiparo, singularmente por hemorragia intracraneal, sepsis, asfixia, ictericia, etc., etc., dentro de la mortalidad de las dos primeras semanas de la vida, señala la necesidad, en nuestro medio urbano, de perseverar e intensificar la propaganda de atracción de las futuras madres a la vigilancia periódica del embarazo en el Dispensario, y de control del parto por personal especializado en Maternidades, a fin de aminorar la participación de la mortalidad del recién nacido, y singularmente la de la mortalidad precoz, en la mortalidad infantil.

II. — ESTADO SANITARIO, INCIDENCIAS MORBOSAS Y MORTALIDAD INFANTIL EN EL DISPENSARIO

También se hace imprescindible, para poder juzgar debidamente la labor del Dispensario, conocer, además de las principales características sanitarias de la zona donde está situado,

sus medios de acción: personal y material número de lactantes asistidos, estado sanitario y mortalidad de los mismos, etc., razones todas por las cuales procederemos a analizar dichos hechos para nuestro Dispensario y su zona de actuación antes de entrar en el campo de la autocritica de la labor que hemos realizado en los niños en el primer año de edad del distrito de Buenavista, de Madrid, en el quinquenio 1940-1944.



GRÁFICO 4.º

En la zona limítrofe de los barrios más modestos del distrito: Guindalera, Prosperidad, habitados por clase obrera, está enclavado el único Dispensario de Higiene Infantil que en él tiene el Estado.

Este Dispensario fué creado en el año 1935, en un hotelito, de dimensiones reducidas, situado en el pasaje de Cartagena, núm. 7. Uno de nosotros nos hicimos cargo de su dirección en enero de 1940. En él comenzamos nuestro trabajo en condiciones modestísimas: un solo médico y tan sólo tres enfermeras, como único personal auxiliar, tenían que

atender a las numerosas madres que acudían con sus hijos lactantes a la consulta.

La Secretaría necesitaba la atención constante, durante toda la mañana y parte de la tarde, de una enfermera, pues, además del trabajo ordinario, inscripciones, oficios, etc., tenía a su cargo la distribución de boletos para la adquisición de la leche condensada, único alimento de garantía con que se contaba por aquella fecha. El departamento destinado a vacunaciones e inyecciones absorbía por entero otra de las enfermeras, y, por último, el pesaje de los niños y preparación de las fichas para la consulta y ayudar al médico en la misma tenía que realizarlo una sola persona.

En el mes de febrero del mismo año se refuerza el equipo con la colaboración de otro médico. Con este equipo, dos médicos y tres enfermeras, pasados todo el año 1940. En el de 1941, la Jefatura Nacional de los Servicios de Higiene Infantil, convencida del volumen de trabajo que allí se realiza, aumenta el personal técnico a tres médicos y cinco enfermeras, y así transcurren los años 1941 y 1942, aumentando el trabajo en todas las secciones, hasta el extremo de ser insuficiente el local, hecho reconocido también por la Jefatura de los Servicios Centrales de Higiene Infantil, la que procura la habilitación de un local más amplio, que se inaugura en diciembre de 1942, en la calle de Cartagena, 152, donde se encuentra en la actualidad.

Posteriormente, años 1943 y 1944, son destinados más médicos, con los que se completa su plantilla. No así ocurre con las enfermeras, las que, no obstante aumentar su número, siguen siendo, a todas luces, insuficientes para realizar la labor que impone el volumen de trabajo del Dispensario, cada día mayor.

El local que constituye en la actualidad el Dispensario es un chalet de regulares dimensiones, rodeado el cuerpo habitable por un pequeño jardín, en uno de cuyos ángulos se en-

cuentran las habitaciones-viviendas del conserje. Tiene dos plantas: una, inferior, algo elevada sobre el nivel del suelo; asciéndese a ella por una escalera de reducido número de peldaños. La otra, superior, a la que conduce una escalera, cómoda, que arranca de la parte posterior del *hall*. En la inferior hay cuatro habitaciones, destinadas a oficina, ingresos, sala de espera (asientos boxes) y sala de peso; la superior cuenta con dos más: tres, destinadas a consultas; otra, a inyecciones y lámpara de cuarzo, y la última, a sala de espera a las consultas. Cuenta, además, con cinco pequeñas habitaciones, destinadas a pequeña biblioteca, armarios roperos, depósito de medicamentos-alimentos, servicios, etc.

a) ESTADO SANITARIO

Para el estudio del estado sanitario de los lactantes controlados en nuestro Servicio nos hemos servido de la clasificación que ideó Jaso con el fin de conocer en cualquier momento el estado de nutrición y los casos de enfermedades infecciosas crónicas de los lactantes vigilados en las instituciones sanitarias infantiles.

Clasificación de los lactantes en grupos sanitarios, según Jaso: I. Eutrofia. II. Distrofia. III. Débiles congénitos. IV. Raquitismo. V. Sífilis. VI. Tuberculosis. VII. Trastornos constitucionales y diátesis.

Hemos considerado conveniente a la mejora de esta clasificación introducir en ella dos nuevos grupos: atrofia (III) y anomalías congénitas (IX), aumentando así hasta nueve los siete grupos regularmente admitidos desde que en 1937 la creó su autor.

El grupo atrofia (III) lo hemos sacado del grupo distrofia (II). A nuestro juicio, los casos de atrepsia bien merecen

una independencia dentro de los grupos que constituyen el estado de nutrición disnormal, pues representa la ventaja de conocer de una sola ojeada el peor estado de nutrición del niño, enmascarado en la clasificación habitual en el grupo distrofia o en otros grupos, y con ello el estado en que se encuentran los lactantes de la zona donde actúa el Dispensario.

Por considerarlas causa importante de la mortalidad en el primer año de la vida, dentro del complejo terreno de la herencia patológica, hemos recogido todas las malformaciones congénitas (anomalías morfológicas locales, permanentes de un aparato u órgano) en otro grupo, el último (IX), con el título de "anomalías congénitas".

Alguien ha considerado también otro nuevo grupo: anemias. Nosotros no lo hemos tenido en cuenta, porque nuestro extenso protocolo no posee los datos de laboratorio precisos para poder recoger en este nuevo grupo los lactantes que en él debieran incluirse. Nos parece que no debe existir este nuevo grupo mientras los Dispensarios no cuenten con los medios —por lo demás, muy simples— necesarios para el diagnóstico objetivo de las anemias. Por tanto, nos parece acertado no añadir este grupo a la clasificación de Jaso, pero no basándonos, como hace Valenzuela (2), en que las anemias del lactante tienen casi siempre una etiología alimenticia y ambiental, sino en la razón que acabamos de indicar, ya que en la época actual, de un mayor número de madres bien preparadas en la técnica de crianza de los hijos y de un mayor número de éstos sujetos al control alimenticio por los Dispensarios, hemos de considerarla más bien de origen infeccioso, o, todo lo más, infecciosoalimenticio.

Al grupo débiles congénitos de la habitual clasificación lo hemos designado con el nombre de inmadurez (V) (Peiper), incluyendo en esta denominación a los débiles congénitos y a los prematuros.

Las infecciones crónicas, tuberculosis y sífilis, de singular

importancia en esta edad, quedan registradas en los grupos VIII y IV, respectivamente.

Por todo ello, la clasificación de los grupos sanitarios de los niños de cero a un año de edad inscritos en el Dispensario, en los años del quinquenio que analizamos, queda hecha como puede verse en la tabla VII:

T A B L A VII

GRUPOS SANITARIOS A QUE PERTENECEN LOS NIÑOS DE 0 A 1 AÑO DE EDAD CONTROLADOS EN EL DISPENSARIO EN CADA UNO DE LOS AÑOS DEL QUINQUENIO 1940-1944

	A Ñ O S						Porcentajes
	1940	1941	1942	1943	1944	1940-1944	
I.—Eutrofia.....	923	823	1.015	778	733	4.272	59,9
II.—Distrofia.....	527	548	346	188	125	1.734	24,3
III.—Atrofia.....	13	28	4	8	9	62	0,88
IV.—Raquitismo.....	112	64	35	36	17	264	3,70
V.—Inmadurez.....	36	58	96	67	59	316	4,43
VI.—Diátesis.....	64	34	95	125	112	430	6,02
VII.—Tuberculosis.....	7	8	5	0	1	21	0,29
VIII.—Sífilis.....	2	6	3	4	1	16	0,22
IX.—Anomalías congénitas..	2	5	1	1	0	9	0,12
TOTALES.....	1.686	1.574	1.600	1.188	1.057	7.124	99,8

Es de advertir que en la clasificación de la presente tabla sólo fueron incluidos aquellos lactantes en cuyas historias constaban, al menos, una observación superior a diez meses con las debidas asistencias periódicas; en consecuencia, fueron excluidas las historias que no poseían este plazo mínimo (bajas por traslado, por abandono, etc.).

Este hecho explica el menor número de lactantes clasificados que de inscritos en los años 1940, 1941 y 1944. Por el

contrario, el total más alto de clasificados que de inscritos en los años 1942 y 1943 obedece al excesivo número de inscritos en el último trimestre de los años precedentes, en los que asistieron transitoriamente lactantes de otros distritos.

En el primer grupo, eutrofia, hemos incluido todos los lactantes euónticos, como hoy se dice, siguiendo a Bessau, para designar los cuales preferimos, con Arce (3), usar el nombre de eutróficos.

Hemos considerado como eutróficos todos aquellos lactantes que en el transcurso del primer año de la vida no perdieron las cualidades que sabemos caracterizan al estado nutritivo normal, e incluso su conducta frente a las afecciones gripales de las vías aéreas altas fué la que correspondía a un lactante sano. Este grupo tiene casi todos los años la misma proporción de lactantes. En el quinquenio su cifra global es 4.272, o sea, el 60 por 100 del total de lactantes clasificados.

En el grupo II hemos catalogado todos aquellos lactantes que no reunían las condiciones que acabamos de señalar y no estaban incluidos en los grupos siguientes. Su número y proporción anual es, aproximadamente, igual para cada uno de los años del quinquenio; su total y porcentaje en éste es: 1.734 y 24,3, respectivamente.

En el grupo III, atrofia, hemos recogido todos aquellos niños cuyas condiciones somáticas e inmunitarias definen a la atrepsia. El número de casos es cada año menor. Su menor frecuencia cada vez obedece al mejor conocimiento por parte de las madres de las normas de la crianza de los hijos y a los mejores recursos terapéuticos en manos del puericultor para el tratamiento de las atroñas. Su número en cada uno de los años del quinquenio es pequeño, constituyendo en los tres últimos verdadera rareza. El total en los cinco años fué 62, lo que hace un porcentaje de 0,88.

El grupo IV corresponde a los raquíuticos. De él podemos decir lo mismo que para el grupo anterior: su número fué

alrededor de la mitad menos cada año, habiendo descendido grandemente del primero al último; en 1940 se registran 112, y en 1944, tan sólo 17. En el quinquenio se totalizan 264 raquíuticos, a los que corresponde un 3,70 por 100.

Si comparamos este porcentaje con el 34 por 100 que dieron Jaso y Tercero (4) para los lactantes asistidos en la Escuela Nacional de Puericultura en el año 1934, podemos decir que el raquitismo en los niños de Madrid ha descendido desde entonces a la actualidad casi un 85 por 100. Sin duda alguna, este descenso ha sido mucho mayor, ya que hay que pensar que a la Escuela acudían en aquel tiempo madres que tenían un máximo interés en los cuidados higiénico-dietéticos de sus hijos, lo que supone un material seleccionado. Este fuerte descenso habido en la morbilidad raquíutica en el primer año de edad es, a nuestro juicio, uno de los hechos que mayor influencia ha tenido en la gran disminución registrada en la mortalidad infantil de la capital.

Incluidos en este grupo están once casos de espasmoñia (0,15 por 100) observados en los susodichos cinco años.

Los casos de inmadurez, grupo V, se mantienen en el mismo número y proporción todos los años: un total de 316 y un porcentaje de 4,43 para el quinquenio.

El número de diatésicos, grupo VI, casi todos exudativos, con eczemas, ha aumentado notoriamente en los últimos años; su número es 430, al que corresponde un 6,02 por 100.

Los lactantes tuberculosos y luéticos, grupos VII y VIII, respectivamente, son, en contra de lo que era de esperar, insignificantes. Para el quinquenio se registran 21 tuberculosos y 16 luéticos, correspondiéndoles un porcentaje de 0,29 y 0,22. Estos porcentajes pueden parecer excesivamente bajos; sin embargo, hemos de asegurar la veracidad de los mismos, pues, aparte de la minuciosidad del examen llevado a efecto en cada una de las 7.124 historias que han constituido nuestro protocolo, hemos dispuesto, sin límite alguno, de reconocimientos

radiológicos de todos cuantos lactantes hemos deseado enviar al Dispensario Antituberculoso del distrito (Goya), y para los posibles luéticos, de los análisis correspondientes en el laboratorio de la Escuela Nacional de Puericultura.

Al grupo último, IX (anomalías congénitas), corresponden en el quinquenio (nueve), 0,12 por 100, número y porcentaje muy bajos, ya que sabemos que las malformaciones congénitas son una causa importante de mortalidad en el período neonatal, singularmente en el primer día de vida, donde constituyen el 10 por 100 del total de fallecidos. La inclusión de éstos en la mortinatalidad, y, sobre todo, la no asistencia al Dispensario de los lactantes en la época de recién nacido (hecho que más adelante tendremos ocasión de examinar), explica sobradamente la baja cifra de los clasificados en este grupo.

Los nueve casos de anomalías congénitas observados fueron: cinco cardiopatías, dos mielomeningoceles y dos labios leporinos (boca de lobo).

En suma, algo menos de las dos terceras partes (60 por 100) de los lactantes asistidos en el Dispensario tuvieron en el transcurso del primer año de su vida un estado de nutrición normal y una espléndida salud. Muy pocos, más de la tercera parte (35 por 100), fueron distróficos. El resto, 4,43 por 100, inmaduros.

Por lo regular, los distróficos se trataba de lactantes que presentaban alteración de su estado de nutrición al ingresar en el Dispensario o de ingresados cuyas madres no observaron las normas indicadas. Proporción insignificante lo fueron por trastornos nutritivos agudos en hijos de madres que prestaron buen espíritu de cooperación con el Dispensario.

Como ocurre casi siempre, la minoría fueron determinados por infecciones; la mayoría, por errores maternos causados en ausencia temporal del Dispensario. El incumplimiento en las asistencias periódicas señaladas al control de los lactan-

tes obedecía, en general, a que las madres no consideraban necesarias sucesivas visitas mientras sus hijos "siguieran estando bien".

En las madres españolas sigue arraigadísima la buena costumbre de la lactancia natural. Casi la totalidad de las que lactaron (86 por 100) criaron a sus hijos durante el primer trimestre; ya luego, la mayor parte hicieron una alimentación complementaria, iniciadora precoz del destete, el que se efectuó casi siempre al finalizar el primer año de la vida.

b) INCIDENCIAS MORBOSAS

Es cierto que un previo y exacto conocimiento de la morbilidad de los lactantes es lo mejor para orientar a un Dispensario de Puericultura en la lucha contra la mortalidad infantil en su zona de actuación; pero, pese a ello, nosotros hemos tenido que desistir de conocer la proporción por mil para cada una de las enfermedades, síndromes o trastornos de los lactantes que las padecieron, porque la tarea de catalogar las incidencias morbosas en tal crecido número de historias, en el período de tiempo que nos ocupa, nos pareció más que gigantesca. Y, además, porque no la consideramos imprescindible, ya que las cifras estadísticas de las causas de las defunciones de los lactantes de la zona dicen bien cuál es el camino a seguir para conseguir descender su tasa de mortalidad infantil, supliendo bien en este sentido a la morbilidad.

No obstante la falta del cómputo debido a objeto de conocer la morbilidad, creemos poder mencionar aquellas enfermedades que más comúnmente padecieron los niños que asistieron a nuestro Dispensario en el transcurso del primer año de su vida. Ellas han sido, por lo regular, las propias

que solemos ver todos los puericultores en cualquier Servicio de Higiene Infantil donde no hay epidemias especiales.

Si hacemos excepción de las afecciones catalogadas en los grupos sanitarios, las enfermedades registradas en las historias han sido, según su mayor frecuencia, las siguientes: Procesos de las vías respiratorias: rinofaringitis, traqueo-bronquitis y bronquitis. Procesos de las vías digestivas y nutrición: amigdalitis, dipepsia aguda y subaguda, enterocolitis, colitis disenteriforme, estados pretóxicos, estomatitis, piloro-espasmó, etc. Enfermedades de la piel: piodermatitis, intértigo, eczema, onfalitis, abscesos, etc. Infecciones propias de la infancia: tos ferina, varicela y sarampión. Sistema muscular: punta de hernia umbilical, hernia inguinal, etc.

Menos frecuentes, pero causantes de mayor mortalidad, fueron: las bronconeumonías, bronquiolitis, toxicosis y meningitis (véanse las causas de la muerte en los 91 fallecidos en el quinquenio en la tabla XIV, apéndice).

Mención especial, en vista de la mayor importancia que cada día se le da en el campo de la patología del lactante, merece la otitis.

De los problemas que ésta plantea, el único que nos interesa examinar aquí es el de su frecuencia.

Sobre la frecuencia de las otitis del lactante.—Por ello, hemos hecho la evaluación numérica de los lactantes que enfermaron de otitis media en cada uno de los susodichos cinco años, cuyo resultado fué el siguiente:

	AÑOS					
	1940	1941	1942	1943	1944	1940-1944
Número de casos.....	34	32	24	55	52	197
Porcentajes.....	2,0	2,0	1,5	4,6	4,9	2,7

Lo que nos dice: 1.º Que de 7.124 lactantes inscritos en el Dispensario en el quinquenio sólo 197 (2,7 por 100) padecieron otitis.

2.º La mayor parte de éstas, 158 (2,2 por 100), pertenecieron a niños distróficos, y la menor, 39 (0,5 por 100), a entróficos.

El que sufran otitis cuatro veces más los lactantes afectados de trastornos nutritivos crónicos que los entróficos habla en pro de ser la otitis causada, en primer término, por la disminución de la inmunidad, lo que no impediría comprender fuera la primera infección en algunos niños hasta entonces enérgicos.

3.º Que han sido más frecuentes en los dos últimos años, lo que quizá sea debido a una mayor atención en su búsqueda.

El porcentaje de otitis que hemos encontrado para los niños de nuestro Dispensario es, desde luego, inferior al que generalmente dan la mayoría de los autores, sobre todo Ramos (5), quien considera a la otitis (otoantritis) como la infección más frecuente del lactante.

Nosotros creemos que este hecho sólo es cierto para las clínicas o salas de lactantes, donde los niños de pecho internados son, en general, distróficos lactados artificialmente. Por tanto, trátase de niños donde se reúnen en alto grado las dos clases de condiciones necesarias a la aparición de la enfermedad: unas, predisponentes, las consabidas condiciones anatomofisiológicas de la faringe y del oído, no independizadas en el primer año de la vida; otra, casi determinante, la disminución del índice inmunobiológico, en una palabra: la disergia. La coincidencia máxima en esta edad de ambos factores (*) explica la mayor frecuencia de la complicación ótica

(*) En general, para salas o clínicas de lactantes habría que añadir un tercer factor: las infecciones mixtas. De aquí la frecuencia mucho mayor de las otitis en los servicios hospitalarios (6).

de la rinofaringitis en tan temprana edad; pero no por ello se puede afirmar que la otitis sea la infección más frecuente del lactante. Por ejemplo, al lado de la rinofaringitis, de la que creemos su complicación no obligada, la consideramos muy inferior, como lo ha atestiguado el examen de nuestras 7.124 historias.

Insistimos en contra de esta idea de considerar a la otitis como la infección más frecuente del lactante, porque, si bien es verdad que tal concepción hace a todo pediatra no olvidar en su exploración el examen de ambos oídos, tiene el inconveniente, que ya empezamos a observar, de la práctica exagerada de la doble miringotomía. A este respecto, la conducta actual de nuestros compañeros en el ambiente pediátrico de la capital de la nación es dispar; mientras unos, siguiendo la corriente moderna, empiezan a perforar tímpanos sin darle más importancia que la que pudiera concedérsele al introducir en la boca el depresor de lengua para el examen de la faringe bucal, otros siguen examinando los oídos cuando sospechan otitis, tratándolas médicamente (sulfamida, penicilina), con buenos resultados, al mismo tiempo que observan una actitud a mano armada para, en caso de no mejorar, a igual que en los casos de duda, prescribir la intervención.

En esto de la frecuencia de la otitis en la patología del lactante se ha ido, a nuestro juicio, demasiado lejos. Se han hecho afirmaciones demasiado categóricas, y, lo que es peor, deducciones demasiado desorbitadas (Leathart y Ramos) respecto a su posible influencia en la tasa de la mortalidad infantil. De continuar con el criterio exagerado de la otitis como la enfermedad más responsable de las defunciones de los lactantes, nos encontraremos, en el plazo de poco tiempo, que no habrá niño que al alcanzar el primer año de edad no haya tenido otitis bilateral y, lo que es peor, sus dos tímpanos perforados. A esto no puede argüirse que la parentesis no tiene ninguna clase de peligro, ya que no suponemos a

los médicos, en todo el ámbito nacional (¿han tomado excesiva divulgación estos conceptos inestables!), perforando tímpanos tratando de disminuir la mortalidad de los lactantes.

El tiempo se encargará de colocar las cosas en su justo lugar. Este será el que señale a cada médico su clientela particular y dispensarial, y no el que indique las salas o clínicas de lactante. De este modo, el concepto de otitis de afección culpable de todo trastorno nutritivo, iniciado por Floy, Lyman y Marriot, quedará, al fin, en el sitio donde debe estar.

Finalizado este somero examen del estado sanitario y de las afecciones sufridas por los niños de pecho nacidos en el distrito y asistidos en el Dispensario, correspondenos ahora estudiar su mortalidad y compararla con la del distrito y con la de los no asistidos en él.

c) MORTALIDAD INFANTIL DISPENSARIAL

Como es lógico suponer, para el estudio de la mortalidad infantil del Dispensario hemos seguido el mismo criterio que observamos en la del distrito. Como tasa de mortalidad infantil del Dispensario, parangonable al coeficiente de mortalidad infantil, hemos considerado la proporción entre los fallecidos menores de un año por cien nacidos inscritos en él en el período de un año, la que definimos como *mortalidad infantil dispensarial*.

En la tabla VIII y en el gráfico 5.º podemos ver el valor y la evolución de dicha tasa en los cinco años que estudiamos (*). Resulta *muy débil* en todos ellos, aumentando cada año, para disminuir ligeramente en el último.

(*) En todas las tablas donde reza la mortalidad infantil dispensarial hemos incluido todos los lactantes inscritos en el Dispensario, hayan o no causado bajas y sea cualquiera su número de asistencias.

T A B L A VIII

AÑOS	NACIDOS VIVOS		FALLECIDOS DE QUINCE DÍAS A UN AÑO DE EDAD		FALLECIDOS DE QUINCE DÍAS A UN AÑO POR CIENT NACIDOS	
	Buenavista	Dispensario	Buenavista	Dispensario	Buenavista	Dispensario
1940.....	5.000	1.615	217	8	4,34	0,49
1941.....	3.764	2.249	166	13	4,41	0,57
1942.....	3.555	1.496	159	25	4,47	1,66
1943.....	3.674	1.104	157	25	4,27	2,26
1944.....	3.832	902	135	20	3,50	2,21
1940-1944...	19.825	7.456	834	91	4,20	1,22

Para el quinquenio, la cifra global de nacidos vivos en el distrito de Buenavista fué 19.825, de los cuales 7.456 (37,6 por 100) fueron inscritos en los primeros meses de su vida en el Dispensario de la Guindalera. Es de admitir que los 12.369 (62,3 por 100) restantes no inscritos en nuestro Dispensario fueran controlados sanitariamente, en su mayor parte, por médicos especialistas particulares, por tratarse de familias acomodadas, y en la menor, por los otros dos Dispensarios que hay en el distrito: uno, municipal, y otro, de Auxilio Social, situados en las calles de Ayala y Agustín Durán, respectivamente; y en número insignificante, en alguna institución situada fuera del distrito, singularmente en la Escuela Nacional de Puericultura.

En ese período de tiempo fallecieron 1.024 lactantes, de los cuales 91 (8,10 por 100) estaban inscritos en nuestro Servicio, y 933 (91,10 por 100), no. Pero como en los 91 fallecidos en el Dispensario no hay ni una sola víctima menor de quince días, es lógico, al objeto de comparar las tasas de mortalidad infantil del distrito y del Dispensario, que reste-

RELACION ENTRE LA MORTALIDAD INFANTIL DEL DISTRITO DE BUENAVISTA Y LA DEL DISPENSARIO.

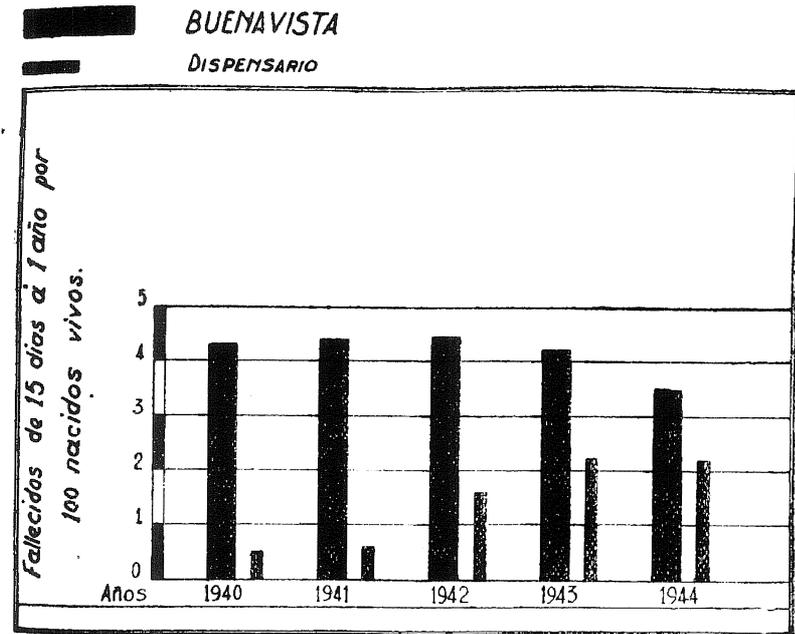


GRÁFICO 5.º

mos al total de las defunciones del distrito las 190 registradas para éste en la primera quincena de la vida. Ello arrojaría el siguiente resultado:

QUINQUENIO 1940-1944

Distrito de Buenavista:

Nacidos vivos	19.825
Fallecidos de quince días a un año	834
Mortalidad infantil	4,20

Asistidos en el Dispensario:

Nacidos vivos	7.456
Fallecidos de cero a un año	91
Mortalidad infantil	1,22

No asistidos en el Dispensario:

Nacidos vivos	12.369
Fallecidos de quince días a un año	743
Mortalidad infantil	6,00

Según estas cifras, la tasa de mortalidad infantil para el distrito, para los lactantes nacidos en él y asistidos en el Dispensario y para los no asistidos, fué, respectivamente, la siguiente: 4,20, 1,22 y 6,00 por 100 nacidos vivos.

Por tanto, podemos decir que *la mortalidad de los lactantes del distrito de Bucnavista, vigilados en el Dispensario de la Guindalera en el quinquenio 1940-1944, fué cinco veces menor a la de los no controlados en él.*

* * *

Para el estudio de la mortalidad infantil del Dispensario, por cada uno de los tres peligros de la clasificación etiológica de Mouriquand, también hemos seguido el mismo método que en el distrito. Por tanto, la agrupación de las distintas causas de muerte (tabla XIV) en las diversas rúbricas de la nomenclatura internacional abreviada (tabla IX), así como la reunión de éstas para constituir los tres peligros que resumen y sintetizan la variedad etiológica de las defunciones infantiles (tabla X), se han verificado teniendo presentes las mismas normas.

Ocupa el primer lugar el factor infeccioso, con la suma de los fallecidos por enfermedades del aparato respiratorio, 40 43,9 por 100; (bronquitis, 14; bronconeumonías, 21; neumonías, 3; pleuresía, 1, y edema de pulmón, 1), y las de un grupo de enfermedades infecciosas, 14 (15,5 por 100), pertenecientes a las rúbricas: "enfermedades del sistema nervioso y

CAUSAS DE LAS DEFUNCIONES SEGÚN LA NOMENCLATURA INTERNACIONAL ABREVIADA

T A B L A IX

ASOS	1940	1941	1942	1943	1944	TOTALES..	Porcentajes.....
TOTAL.....	8	13	25	25	20	91	—
Causas no específicas o mal definidas.....	—	—	2	—	—	2	2,1
Debilidad congénita, vicios de conformación congénita, etcétera.....	—	1	—	—	1	2	2,1
Enfermedades de la piel, del tejido celular, de los huesos.....	—	—	—	—	—	—	—
Septicemias.....	—	—	1	—	—	1	1
Nefritis.....	—	—	—	—	—	—	—
Otras enfermedades del aparato digestivo.....	—	—	—	—	—	—	—
Diarreas y enteritis.....	3	3	11	11	5	33	36,1
Otras enfermedades del aparato respiratorio.....	—	—	1	—	1	2	2,1
Neumonía.....	2	1	5	9	7	24	26,3
Bronquitis.....	1	5	2	3	3	14	15,3
Enfermedades del corazón.....	1	—	—	—	—	1	1
Otras enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.....	—	3	2	—	1	6	6,5
Hemorragia cerebral.....	—	—	—	—	—	—	—
Total de enfermedades infecciosas y parasitarias.....	1	—	1	2	2	6	6,5
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias.....	1	—	—	—	—	1	1
Sifilis.....	—	—	—	1	—	1	1
Otras tuberculosis.....	—	—	1	1	2	4	4,3
Tuberculosis del aparato respiratorio.....	—	—	—	—	—	—	—
Gripe.....	—	—	—	—	—	—	—
Difteria.....	—	—	—	—	—	—	—
Coqueluche.....	—	—	—	—	—	—	—
Sarampión.....	—	—	—	—	—	—	—

de los órganos de los sentidos", 6 (meningitis, 5, y otitis, 1); "otras tuberculosis", 4 —todas meningitis—; sepsis, 1; "enfermedades de corazón", 1; "otras enfermedades infecciosas y parasitarias", 1, y sífilis, 1.

El segundo puesto corresponde al factor alimenticio, identificado por nosotros, pese a las inexactitudes que en su día les señalamos, con la rúbrica "diarrea y enteritis", con 33 defunciones (36,1 por 100; toxicosis, 7; gastroenteritis, 8; enterocolitis, 12; atroñas, 4, y eclampsia, 2).

Y en último lugar, con el mismo número de óbitos, 2 (2,1 por 100), están el factor congénito (2 débiles congénitos) y las "causas indeterminadas" (asistolia, 1, y colapso, 1).

Si comparamos el número de víctimas habidas en el Dispensario (tabla IX) y en el distrito de Buenavista (tabla II), en las distintas rúbricas de la nomenclatura internacional abreviada, podemos advertir claramente cómo para el Dispensario no se ha registrado ni un solo fallecido en un buen número de ellas, tales como el sarampión, coqueluche, difteria, gripe, "otras enfermedades del aparato digestivo", hemorragia cerebral, enfermedades de la piel, tejido celular, de los huesos, etc. Casi la mitad de las rúbricas que registran víctimas en el distrito están en blanco en el Dispensario. La mayoría de estas rúbricas pertenecen a enfermedades infecciosas propias de la infancia y a sepsis, lo que demuestra, en forma evidente, la influencia del Dispensario sobre este grupo de enfermedades, pese a tratarse de un núcleo urbano donde cada año es mayor la precisión observada en alguna de ellas, tal como la tos ferina.

Si agrupamos estas rúbricas por aparatos, el orden de éstos, según el mayor número de defunciones, es:

- 1.° Enfermedades del aparato respiratorio.
- 2.° Enfermedades del aparato digestivo y de la nutrición; y
- 3.° Enfermedades del sistema nervioso.

Las enfermedades de cada uno de estos aparatos, en orden de mayor a menor frecuencia, son: En el aparato respiratorio: bronconeumonías, bronquitis y neumonías; en el aparato digestivo y de la nutrición: enterocolitis, gastroenteritis y toxicosis, y en las del sistema nervioso: meningitis, la mayoría de ellas tuberculosas.

Queda, pues, de nuevo señalada por nosotros la influencia destacada de las enfermedades del aparato respiratorio en las defunciones de menores de un año de los países o zonas de *moderada o débil* mortalidad infantil, y, en consecuencia, la mayor importancia de su profilaxis en lugares con coeficiente de bajo valor.

Recientemente, Boix Barrios (6) reconoció que las afecciones de las vías respiratorias se han colocado "en un plano de tanta importancia como la de los trastornos nutritivos". Nosotros hemos de confesar que la hemos encontrado en un plano superior siempre que, como acabamos de indicar, el coeficiente de mortalidad infantil sea bajo o moderado. Así ha ocurrido en la mortalidad infantil del distrito de Buenavista, donde las neumopatías y los trastornos nutritivos alcanzan un porcentaje de 31,25 y 22,36, respectivamente, o sea, una diferencia en favor de las primeras de 4,89. Esta diferencia fué mayor (7,8 por 100) en el Dispensario, como lugar de menor coeficiente en las defunciones del lactante. Esta observación, junto a las que hemos hecho en estudio de países de *may fuerte y fuerte* mortalidad infantil (7), nos permite concluir que: *conforme disminuye la cifra de defunciones de los lactantes de un país, juega proporcionalmente un mayor papel en el valor de su tasa de mortalidad infantil las enfermedades del aparato respiratorio, a expensas de las cuales, principalmente, se sostiene en primer lugar el peligro infeccioso.*

La proporción de víctimas que corresponde a cada uno de los peligros en el quinquenio es la siguiente:

T A B L A X

LACTANTES INSCRITOS EN EL DISPENSARIO DE LA GUINDALERA

AÑOS	TOTAL DE DEFUNCIONES MENORES DE UN AÑO POR			PROPORCIÓN POR CIENTO DEFUNCIONES DE CERVO A UN AÑO POR			PROPORCIÓN POR CIENTO NACIDOS VIVOS INSCRITOS EN EL DISPENSARIO			TOTAL tres factores
	Factor alimenticio.....	Factor infeccioso.....	Factor congénito.....	Factor alimenticio.....	Factor infeccioso.....	Factor congénito.....	Factor alimenticio.....	Factor infeccioso.....	Factor congénito.....	
1940.....	3	5	—	37,5	62,5	—	0,18	0,30	—	0,48
1941.....	3	9	1	23,0	69,2	7,6	0,13	0,40	0,04	0,53
1942.....	11	12	—	47,8	52,1	—	0,73	0,80	—	1,55
1943.....	11	14	—	44,0	56,0	—	0,99	1,26	—	2,25
1944.....	5	14	1	25,0	70,0	5,0	0,55	1,55	0,11	2,21
1940-1944.....	33	54	2	36,6	60,0	2,2	0,42	0,72	0,02	1,22

Para las cifras absolutas ocurre en el Dispensario lo mismo que acontecía en la mortalidad infantil del distrito: es más alta en el peligro infeccioso (54), sigue luego el alimenticio (33) y, por último, el congénito (2). Las dos víctimas que faltan para completar el total de 91 fallecidos habidos en el lustro que estudiamos pertenecen a "causas indeterminadas".

La proporción por cien confirma a cada uno de dichos peligros el mismo lugar. Al factor infeccioso le corresponden más de la mitad (60 por 100); al alimenticio, algo más de la tercera parte, y al congénito sólo el 2,2 por 100, a igual que a las "defunciones mal definidas". Si comparamos estos porcentajes con los que correspondieron al distrito en igual período de tiempo, veremos que en el Dispensario los peligros infeccioso y alimenticio son mucho más altos, y, en cambio, muchísimo más bajo en el congénito. El alto porcentaje en los dos primeros peligros obedece casi por entero al bajísimo

del peligro congénito (2,2), que en el distrito es igual a 16,1. La causa de esta gran diferencia en el valor de este peligro, en el Dispensario y distrito, se debe exclusivamente al número tan pequeño de ingresados en el Dispensario en la época del recién nacido, período de la vida donde, como sabemos, se produce el mayor número de víctimas causadas por este factor.

La tasa de fallecidos menores de un año por cien nacidos vivos inscritos en el Dispensario, para cada uno de los tres factores, es: para el infeccioso, 0,72; para el alimenticio, 0,42, y para el congénito, 0,02, o sea, una mortalidad *muy débil* para todos ellos, conservando el mismo lugar que tenían en las cifras absolutas y en los porcentajes.

La relación entre el peligro infeccioso y alimenticio y la mortalidad infantil en cada uno de los años del quinquenio puede verse en el gráfico 6.º:

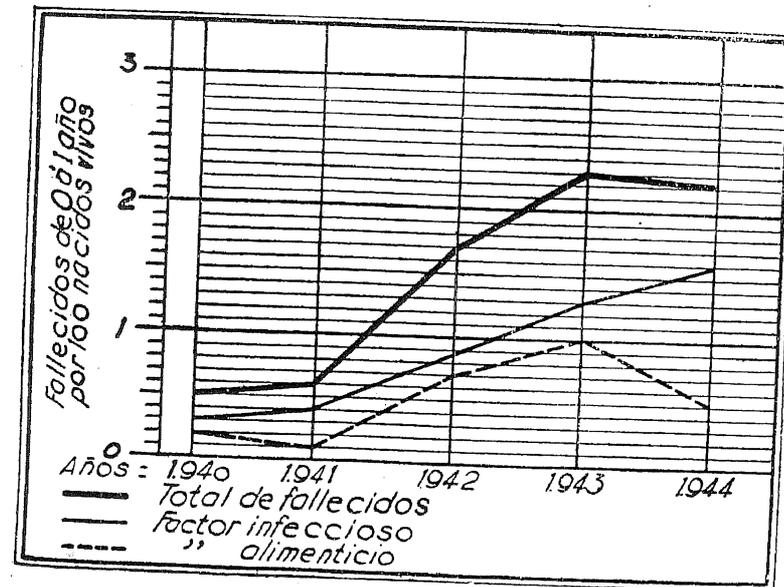


GRÁFICO 6.º

La mortalidad infantil, muy baja (0,48) en 1940, se eleva todos los años por aumento del factor infeccioso, el que llega a 2,21 en 1944, año en que disminuye por el gran descenso operado en el mismo en el factor alimenticio.

Las curvas formadas por los coeficientes de estos dos factores siguen, en el transcurso de los cinco años, en general, la misma marcha que la curva del total de mortalidad, teniendo una mayor influencia sobre ella el peligro infeccioso. Este ha aumentado todos los años; en 1940 es igual a 0,30, y en 1944 se hace cinco veces mayor, 1,55. El factor alimenticio también aumentó, en general, triplicándose en 1944, si bien descendió en este año con arreglo al anterior.

Según puede verse en la tabla IX, las neumopatías constituyen la causa principal del creciente aumento de la tasa de mortalidad infantil, por el peligro infeccioso, no obstante los excelentes resultados obtenidos con el tratamiento sulfamédico en las diversas enfermedades que engloba esta gran rúbrica.

Este hecho excepcional, registrado en dos ocasiones más en publicaciones españolas (7) y (9), está en total contradicción con la disminución lograda en la mortalidad de la época actual en relación a la de la era presulfamídica. No obstante, para el distrito (tabla II) se registra, en el año 1944, un fuerte descenso en el número de óbitos por neumopatías en relación con los cuatro años anteriores.

Inútilmente hemos examinado nuestro protocolo tratando de encontrar una explicación a este hecho. Sin embargo, hemos de hacer constar que no figura ni una sola víctima en la rúbrica "tuberculosis del aparato respiratorio" —errores diagnósticos y certificados de complacencia (?)—, y que las formas extrapulmonares de tuberculosis corresponden en él únicamente a meningitis.

Si pensamos que la tasa del peligro congénito apenas tuvo valor, por la razón anteriormente apuntada, y recordamos que

para el distrito la tasa del peligro infeccioso fué *muy fuerte*, y la del alimenticio, *fuerte*, podemos mostrarnos satisfechos del resultado *muy débil* que ambos peligros han tenido dentro de la *Mortalidad infantil dispensarial*. Pero si nos fijamos en que la mortalidad mínima (*inevitable*) que correspondió en el lustro a cada factor fué la del año 1940, no podemos estarlo, ya que debemos sostenerlas en aquellas tasas mínimas. Igual nos dice el *coeficiente de vida de lactantes no recuperados* (*) o *de extramortalidad infantil*, equivalente —a —0,68 en 1941. —0,17 en 1942. —1,17 en 1943 y —1,72 en 1944.

* * *

Corresponderíanos ahora, a igual que hicimos para el distrito, destacar, dentro del marco de la mortalidad infantil dispensarial, la mortalidad del recién nacido; pero ésta ha sido nula en nuestro Servicio, por haber asistido a él contados niños en el período neonatal.

El número de recién nacidos ingresados en cada una de las dos primeras semanas de la vida y del primer día de la tercera fué muy pequeño, como puede apreciarse en la tabla XI.

En la primera semana sólo ingresaron 12 (4, en el sexto día, y 8, en el séptimo); en la segunda lo hicieron 192, y el primer día de la tercera, 40.

Es decir, de 7.124 lactantes inscritos en el Dispensario, en el quinquenio 1940-1944, tan sólo 242 (2,9 por 100) lo hicieron antes de cumplir los quince primeros días de edad. De estos 242, casi todos ellos hicieron su ingreso en fecha más temprana de la que es habitual (segunda quincena o segundo mes de la vida), porque en estos tiempos, de gran valoración

(*) El coeficiente de lactantes no recuperados (10) es igual a la tasa de mortalidad infantil, menos el coeficiente de mortalidad infantil mínimo alcanzado en el período de tiempo que se examina.

T A B L A X I
NÚMERO DE RECIÉN NACIDOS INGRESADOS EN EL DISPENSARIO,
SEGÚN DÍAS DE EDAD

AÑOS	DÍAS DE EDAD										TOTAL
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1940.....	1	1	3	1	4	1	5	5	6	5	34
1941.....	—	1	2	2	3	1	4	4	4	6	27
1942.....	1	2	8	8	9	9	10	19	15	9	90
1943.....	2	3	4	3	6	6	7	6	10	11	58
1944.....	—	1	1	1	2	1	6	6	8	7	33
TOTAL...	4	8	18	15	24	18	32	40	43	40	242

del alimento, las madres se apresuran a traer a su nuevo hijo al Dispensario con la idea de recoger lo antes posible los boletos para la obtención de leche condensada. Casi todas estas madres decían tener hipogalactia, a fin de probar la necesidad en tan precoz edad de suplemento alimenticio a su lactante. Por excepción, se confirmó en unas pocas, después de la debida observación, la necesidad cierta de una lactancia mixta.

Si tenemos en cuenta que ni uno solo de los 190 fallecidos en los quince primeros días de la vida, del quinquenio 1940-44, pertenecientes al distrito de Buenavista, estaban inscritos en nuestros Servicios, y recordamos que las causas de sus defunciones eran en gran parte evitables, podemos ver cuánto aún queda por hacer a la puericultura prenatal y a la propiamente dicha en nuestro distrito por el recién nacido, pues, aunque de baja mortalidad, representa todavía la quinta parte de la mortalidad infantil, como ya hemos tenido ocasión de señalar.

En las tablas XII y XIII exponemos en cifras la labor realizada por nuestro Dispensario en su triple misión: higiénica, social y docente.

T A B L A X II
RESUMEN DE LA LABOR REALIZADA POR EL DISPENSARIO
EN EL QUINQUENIO 1940-1944

	AÑOS					TOTAL
	1940	1941	1942	1943	1944	
Número de lactantes ingresados.	1.718	2.340	1.590	1.176	1.077	7.901
Número de vacunaciones antivaricólicas practicadas.....	490	1.192	303	622	692	3.299
Número de vac. antidiftéricas....	996	1.107	831	420	332	3.746
Total de ambas inmunizaciones...	1.486	2.299	1.194	1.042	1.024	7.045
Número total de inyecciones administradas.....	688	2.027	4.229	3.655	5.150	15.749
Número de consultas efectuadas por médicos.....	8.299	19.993	24.961	16.954	12.852	83.059
Número de consultas practicadas por enfermeras.....	21.319	23.936	26.934	19.216	18.434	109.839
Número total de ambas consultas.	29.618	43.329	51.895	36.170	31.286	192.298
Número de visitas domiciliarias...	—	—	—	1.671	1.466	3.137
Número de conferencias a las madres.....	—	—	60	60	60	180

T A B L A X III
PRODUCTOS DIETÉTICOS ENTREGADOS POR LA SECCIÓN SOCIAL
DEL DISPENSARIO EN LOS AÑOS DEL QUINQUENIO 1940-1944 (*)

	AÑOS					TOTAL
	1940	1941	1942	1943	1944	
N.º botes 250 grs. Babcurre.....	64,5	276	349	374	39	1.102
» 250 » sopa de Keller.....	5	289	186	300	150	930
» 250 » L. maternizada.....	7	152	160	150	32	501
» 250 » L. semidescremada...	12	100	320	288	12	732
» 250 » L. entera.....	40	237	634	728	1.288	3.027
» 250 » H. especial para niños.	—	110	500	972	96	1.678
» 250 » A. hígado de bacalao..	10	30	20	130	52	242
» 150 » L. albuminosa.....	6	24	41	—	—	71
» 100 » caseinato cálcico.....	4	191	193	100	87	575
Total de productos en botes de 250 gramos...	138,5	1.194	1.719	2.942	1.669	9.258

(*) No constan las numerosas muestras que diversos Laboratorios nos han proporcionado en el transcurso de estos cinco años.

Réstanos ahora llevar a cabo la crítica de esta labor; fin único que nos movió a estudiar previamente los datos imprescindibles a la misma: su mortalidad infantil y la del distrito donde actúa.

Antes de terminar, hemos de hacer constar nuestro agradecimiento a las magníficas enfermeras puericultoras del Estado, con destino en el Dispensario: señoritas Antonia Abad Benítez y Maruja Arroyo López, gracias a cuya valiosa colaboración hemos podido realizar la ingente labor de la recogida de cuantos datos hay en este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. PASCUA (M.): *Mortalidad infantil en España*. Madrid, 1934.
2. VALENZUELA (J.): *Razones de un nuevo artificio para clasificar los niños en Puericultura*. Delegación Nacional de Auxilio Social, Madrid, 1944.
3. ABCE (G.): *Trastornos intestinales del lactante*, pág. 23. Santander, 1946.
4. JASO (B.) y TERCERO (M.): *Arch. Esp.*, 18, 344, 1934.
5. RAMOS (R.): *Boletín del Consejo General de Colegios de Médicos*, número 4, 1936.
6. FAIRÉN GULLÉN (M.): *Revista Española de Pediatría*, tomo I, 831, 1945.
7. BOIX BARRIOS (J.): *Acta Pediátrica*, 1.283-1.206, 1946.
8. ARBELO (A.): *Mortalidad infantil en la provincia de Las Palmas, capital y provincia sin capital, en el decenio, 1928-1937*. Publicaciones "Al Servicio de España y del Niño Español", febrero de 1946.
9. ROS LAVÍN (L.): *Mortalidad infantil en Zaragoza*. Publicaciones "Al Servicio de España y del Niño Español", octubre de 1946.
10. BOSCH MARÍN (J.): *El niño español en el siglo XX*, pág. 36. Madrid, 1947.

A P E N D I C E

 NIÑOS FALLECIDOS MENORES DE UN AÑO DURANTE EL QUINQUENIO 1940-1944
 INSCRITOS EN EL DISPENSARIO DE HIGIENE INFANTIL DE «GUINDALERA»

Número de la ficha	Edad	Fecha de la muerte	Causa inmediata de la muerte	Fecha de la última asistencia al Dispensario	Domicilio	Profesión del padre
5.007	4 m.	IV-1940	Peritonitis	Abandono	Béjar, 7	
3.945	2 "	VI-1940	Toxicosis	5-VI-1940	M. Martínez, 8	Obrero.
8.056	1 "	VII-1940	Atrepsia	Abandono	José Picón, 3	Obrero.
4.537	2 "	X-1940	Neumonía	8-X-1940	Cañillas, 16	Empleado.
4.114	7 "	X-1940	Toxicosis	31-VIII-1940	Francisco Silveira, 69	Empleado.
4.537	4 "	XI-1940	Bronquitis	12-XI-1940	P. de Zaragoza	Zapatero.
4.198	7 "	XII-1940	Micocarditis	Abandono	Iriarte, 15	Mozo.
5.111	21 d.	XII-1940	Bronconeumonía	23-XII-1940	J. de la Hoz, 24	Mecánico.
4.527	8 m.	I-1941	Bronquitis cap.	10-VIII-1940	G. Lobo, 10	Empleado.
4.427	8 "	II-1941	Bronquitis cap.	23-VIII-1940	G. Pardiñas, 48	Guardia.
4.426	7 "	II-1941	Meningo-encefalitis	23-VII-1940	G. Pardiñas, 48	Guardia.
6.680	4 "	III-1941	Toxicosis	24-II-1941	Quintiliano, 4	Obrero.
6.497	3 "	III-1941	Gastroenteritis	15-II-1941	G. Orúa, 9	Policial.
6.686	6 "	III-1941	Bronquitis cap.	Abandono	Zabaleta, 9	Policial.
7.693	1 "	IV-1941	Deb. congénita	Abandono	Francisco Cea, 6	Obrero.
4.953	10 "	V-1941	Bronconeumonía	22-XI-1940	Avenida de Italia, 7	Jornalero.
4.506	11 "	VI-1941	Meningitis	Abandono	Eraso, 17	Empleado.
6.311	8 "	VIII-1941	Enteritis aguda	23-VII-1941	Constancia, 25	Jornalero.
3.571	11 "	XI-1941	Laringitis	Abandono	Eraso, 26	Obrero.

Número de la ficha	Edad	Fecha de la muerte	Causa inmediata de la muerte	Fecha de la última asistencia al Dispensario	Domicilio	Profesión del padre
7.612	6 m.	XI-1941	Bronquitis cap.	3-XI-1941	S. Pacheco, 34	Cerrajero.
8.118	3 "	XII-1941	Meningitis aguda	4-XII-1941	C. Peñalver, 72	Obrero.
7.400	9 "	II-1942	Asistolia	26-I-1942	C. de Cañillas, 5	Tipógrafo.
8.248	4 "	II-1941	Bronconeumonía	21-II-1942	A. Aroca, 26	Obrero.
8.196	5 "	III-1942	Insuficiencia cardíaca	15-XII-1941	G. Orúa, 43	Obrero.
8.586	2 "	III-1941	Septicemia	24-III-1942	C. Silveo, 16	Jornalero.
7.888	7 "	IV-1942	Bronquitis	30-I-1942	Alfonso XIII, 25	Pañadero.
5.249	11 "	VI-1942	Bronconeumonía	Abandono	P. de Zaragoza	Jornalero.
7.953	10 "	VI-1942	Gastroenteritis	8-VI-1942	Constancia, 12	Albañil.
8.534	6 "	VI-1942	Atrepsia	15-VI-1942	P. A. Aroca, 5	Jornalero.
12.073	10 "	VIII-1942	Meningitis	Abandono	N. de Balboa, 96	Oficinista.
8.572	9 "	VIII-1942	Edemopsis	3-VII-1942	Francisco Silveira, 94	Ferrovialario.
8.888	5 "	VIII-1942	Neuritis	3-VIII-1942	C. Cañillas, 23	Empleado.
6.985	11 "	VIII-1942	Amibitremia	Abandono	G. Lobo, 22	Albañil.
6.426	11 "	VIII-1942	Meningitis	Abandono	Azcona, 12	Albañil.
10.383	5 "	VIII-1942	Gastroenteritis	Abandono	Barbieri, 4	Pintor.
8.305	8 "	VIII-1942	Toxicosis	14-VIII-1942	L. de Hoyos, 155	Albañil.
8.200	10 "	IX-1942	Colitis tóxica	13-VII-1942	Méjico, 38	Obrero.
10.424	3 "	X-1942	Gastroenteritis	Abandono	N. de Balboa, 13	Portero.
10.526	2 "	X-1942	Bronconeumonía	28-VIII-1942	Lagasca, 136	Albañil.
10.212	6 "	X-1942	Toxicosis	Abandono	Aldutara, 42	Industrial.
8.681	8 "	X-1942	Enterocolitis	2-X-1942	Marcedado, 26	Mecánico.
10.692	2 "	XI-1942	Gastroenteritis	10-IX-1942	Quintiliano, 4	Constructor.
10.744	4 "	XI-1942	Bronquitis cap.	13-X-1942	Constancia, 16	Obrero.

Número de la ficha	Edad	Fecha de la muerte	Causa inmediata de la muerte	Fecha de la última asistencia al Dispensario	Domicilio	Profesión del padre
10.748	3 m.	XI-1942	Bronconeumonía	3-X-1942	C. Coello, 95	Servienta.
8.682	10 "	XII-1942	Bronconeumonía	5-VI-1942	Canillas, 19	Mecánico.
10.281	6 "	XII-1942	Meningitis tuberculosa	Abandono	General Orda, 18	Obrero.
10.694	4 "	I-1943	Enteritis aguda	XI-1942	Lista, 48	Guardia civil.
10.847	2 "	I-1943	Bronconeumonía	XI-1942	Ros de Olanco, 1	Jornalero.
10.164	2 "	I-1943	Bronconeumonía	Abandono	C. Beyuga, 19	Obrero.
10.686	6 "	I-1943	Bronquitis aguda	9-X-1942	P. del Pradillo	Empleado.
10.578	6 "	I-1943	Atrepsia	14-X-1942	Francisco Silveira, 94	Jornalero.
10.186	8 "	I-1943	Bronquitis aguda	13-X-1942	P. de Zaragoza	Guardia civil.
11.021	1 "	I-1943	Bronconeumonía	14-I-1943	Cartagena, 92	Pelquero.
10.592	5 "	I-1943	Bronconeumonía	14-X-1942	Cartagena, 44	Mecánico.
10.155	9 "	I-1943	Neumonía	6-X-1942	Eco. Navacerrada, 5	Albañil.
10.882	3 "	II-1943	Bronconeumonía	Abandono	E. Oviedo, 10	Mecánico.
10.390	8 "	III-1943	Bronquitis aguda	26-I-1943	Mantuanco, 2	Jornalero.
10.429	9 "	III-1943	Meningitis tuberculosa	Abandono	Cartagena, 51	Obrero.
10.643	8 "	IV-1943	Neumonía	Abandono	J. Picón, 21	Albañil.
11.447	7 "	VI-1943	Bronconeumonía	Abandono	C. Coello, 74	Tipógrafo.
11.351	5 "	VI-1943	Gastroenteritis	V-1943	P. del Carmen, 2	Empleado.
11.350	5 "	VI-1943	Gastroenteritis	V-1943	P. del Carmen, 2	Empleado.
11.249	5 "	VI-1943	Enteritis aguda	8-VI-1943	M. Martínuz, 7	Obrero.
10.929	7 "	VII-1943	Toxicosis	8-VII-1943	A. Aroca, 18	Chófer.
10.491	11 "	VII-1943	Enterocolitis	Abandono	Gil y Baus, 2	Albañil.
10.893	11 "	VII-1943	Enteritis aguda	Abandono	Cartagena, 112	Guardia civil.
11.863	1 "	IX-1943	Leñes innata	VIII-1943	Alcántara, 34	P. desconocido.

Número de la ficha	Edad	Fecha de la muerte	Causa inmediata de la muerte	Fecha de la última asistencia al Dispensario	Domicilio	Profesión del padre
12.004	2 m.	XI-1943	Bronconeumonía	13-IX-1943	G. Ortega, 33	Tutorero.
11.077	10 "	XI-1943	Atrepsia	Abandono	Padilla, 31	Camarero.
11.416	8 "	XI-1943	Eclampsia	13-IX-1943	C. Canillas, 24	Jornalero.
11.078	11 "	XII-1943	Enterocolitis	VIII-1943	C. Canillas, 9	Obrero.
12.050	4 "	I-1944	Otitis	XII-1943	F. Silveira, 110	Electricista.
12.171	7 "	III-1944	Meningitis tuberculosa	16-III-1944	E. del Río, 14	Policia.
12.290	2 "	III-1944	Debilidad congénita	16-III-1944	B. Soto, 4	Dependiente.
12.266	3 "	IV-1944	Colitis	Abandono	Montesa, 41	Jornalero.
12.396	4 "	V-1944	Bronconeumonía	III-1944	Lista, 59	Portero.
10.655	11 "	V-1944	Bronquitis aguda	Abandono	Castelló, 99	Comisionista.
11.708	10 "	V-1944	Edema agudo de pulmón	12-V-1944	Lista, 100	Pektero.
12.478	4 "	V-1944	Bronconeumonía	IV-1944	Julio López, 8	Chófer.
12.368	7 "	V-1944	Gastroenteritis	5-V-1944	Santa María, 12	Vendedor.
12.310	4 "	V-1944	Bronconeumonía	25-V-1944	M. Machio, 83	Guardia.
12.366	4 "	V-1944	Bronconeumonía	19-V-1944	Cartagena, 112	Camarero.
12.318	5 "	VI-1944	Bronquitis cap.	20-V-1944	Eco. Navacerrada	Albañil.
11.205	4 "	VI-1944	Bronquitis cap.	VI-1944	J. B. de Toledo, 30	Jornalero.
12.304	5 "	VII-1944	Bronconeumonía	IV-1944	Constancia, 16	Limpiabotas.
11.990	9 "	VII-1944	Enterocolitis	IV-1944	Cartagena, 90	Empleado.
12.048	9 "	VII-1944	Meningitis tuberculosa	VI-1944	Priarte, 9	Enrutador.
11.911	10 "	VIII-1944	Enterocolitis	Abandono	A. A. Rábiga, 8	Jornalero.
12.707	5 "	X-1944	Enterocolitis	VI-1944	Braso, 17	Pinor.
12.704	5 "	XI-1944	Bronconeumonía	5-X-1944	Méjico, 51	Mecánico.
				X-1944	Cartagena, 92	P. desconocido.