Director:
DR. D. J. BOSCH-MARÍN

Redactor-Jefe:
DR. D. MANUEL BLANCO OTERO

Comité de Redacción:
DRES. CAÑELLAS DOMENECH y MINGO DE BENITO

Administrador:
D. ENRIQUE BRAVO SÁNCHEZ DEL PERAL

PUBLICACIONES
"AL SERVICIO DE ESPAÑA Y DEL NIÑO ESPAÑOL"
EDITADAS POR LOS SERVICIOS
CENTRALES DE HIGIENE INFANTIL

Año XVIII | Octubre, 1955 | Núm. 212

LA MORBIMORTALIDAD INFANTIL INSTITUCIONAL DE LEON

POR EL DOCTOR

C. PEREZ DELGADO
Puericultor del Estado. De la Residencia Provincial de Huérfanos de León

MINISTERIO DE LA GOBERNACION
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD
MADRID

La morbimortalidad infantil institucional de León

POR EL DOCTOR

C. PEREZ DELGADO

Puericultor del Estado. De la Residencia Provincial de Huérfanos de León

Habiendo transcurrido un lustro desde que nos hicimos cargo de la dirección médica de la Residencia Provincial de Huérfanos de León, y estando en trance de traslado desde el viejo edificio, que en 1784 fundara el Obispo Cayetano Cuadrillero, al nuevo, actualmente en terminación, parece oportuno exponer los datos de morbilidad y mortalidad, anteriores y posteriores a nuestra incorporación, para que puedan servir de punto de referencia y comparación con los estudios ulteriores que se deriven del funcionamiento en su nuevo alojamiento.

Mas teniendo en cuenta las enormes diferencias existentes en los conocimientos pediátricos, en el largo plazo de tiempo transcurrido desde el comienzo del siglo presente, consideramos que no puede deducirse ninguna conclusión útil, ni práctica, de la comparación de las circunstancias actuales, por ejemplo, con las del decenio inicial del siglo, porque en este intervalo de cuarenta años se han creado condiciones tan diferentes, tanto asistencial como terapéuticamente, que difícilmente pueden homologarse. Por este motivo nos limitaremos a la exposición de las cifras correspondientes a los años que van del 1941 al 1954, es

decir, que estudiaremos comparativamente los resultados del último lustro, durante el cual estuvimos al frente de la Institución, con los del decenio de 1941 a 1950, plazo de tiempo suficientemente prolongado para permitir, por una parte, deducciones de validez estadística, en cuanto a las cifras y a las condiciones internas reinantes en la Institución, y, por otra parte, lo suficientemente próximo como para poder homologarlas y, por consiguiente, poder comparar, desde el punto de vista de los conocimientos asistenciales y terapéuticos, los dos períodos estudiados.

Mas para los años anteriores al 1950 nos limitaremos a la exposición de las cifras de mortalidad, porque son las únicas que figuran en los archivos de la Institución; no pudiendo especificar las causas de muerte, ni de enfermedad, porque no se ha dejado constancia de tales fenómenos, si es que en algún momento se llevaron historias clínicas individuales, o libro de registro general de causas de enfermedad y muerte, que nosotros no hemos podido encontrar, ni, por consiguiente, estudiar.

I. Mortalidad

En el examen de las cifras de mortalidad haremos especial hincapié en las correspondientes a los niños de menos de un año de edad, no solamente por ser la cifra más significativa, sino porque el Instituto Nacional de Estadística, cuyas cifras nos sirven de base, ha modificado, a partir del año 1950, los grupos, no comunicando los hasta entonces habituales.

Por otra parte, en cuanto al año 1950 no expondremos más que las cifras cuya interpretación sea inobjetable, como son los ingresos, la prematuridad, la mortalidad; no acompañando datos sobre la morbilidad ni causas de muerte, porque habiendo permanecido alejados la mayor parte del año de la Institución, carecemos de datos fidedignos sobre tales extremos.

Pero las cifras de mortalidad dentro de la Residencia Provincial de Huérfanos, por muy elevadas que sean, no nos ofrecerán el índice, ni la verdadera significación demográfica, si las estudiamos aisladamente, sin referirnos a la población infantil de la que forman parte; motivo por el cual hemos realizado el estudio comparativo de las cifras de mortalidad infantil de la Residencia Provincial de Huérfanos con aquellas pertenecientes a la ciudad de León, en la que está enclavada.

La Tabla I expone el número de nacidos vivos de la capital y el número de ingresos menores de un año de la Residencia Provincial de Huérfanos de León, y en la cuarta columna, el porcentaje que esta población de la Institución hace en la población de la ciudad en el año correspondiente.

TABLA I

Población de menores de un año

AÑOS	NACIDOS VIVOS		Por ciento que la Residencia Provincial hace en la capital
	Capital	Residencia Provincial de Huerfanos	
1941	929	165	17,3
1942	829	137	16,5
1943	1.170	167	14,2
1944	1.131	179	15,8
1945	1.238	143	11,5
1946	1.297	154	11,8
1947	1.233	143	11,5
1948	1.460	166	11,9
1949	1.387	131	9,4
1950	1.428	104	7,3
1951	1.460	123	8,45
1952	1.336	118	8,84
1953	1.319	103	7,81
1954	1.500	98	6,54

La Tabla II reproduce la natalidad por 1.000 nacidos vivos de la capital y de la provincia de León, según los datos del Instituto Nacional de Estadística, a quien desde aquí expresamos nuestro reconocimiento.

TABLA II

Natalidad por 1.000 habitantes

AÑOS	Provincia	Capital
1941	23,21	20,33
1942	23,14	18,86
1943	25,40	23,53
1944	25,03	21,80
1945	25,70	22,88
1946	24,82	22,97
1947	23,45	20,94
1948	25,56	23,77
1949	24,78	21,64
1950	24,26	23,98
1951	23,22	28,96
1952	23,07	21,49
1953	22,97	20,62
1954	23,18	22,79

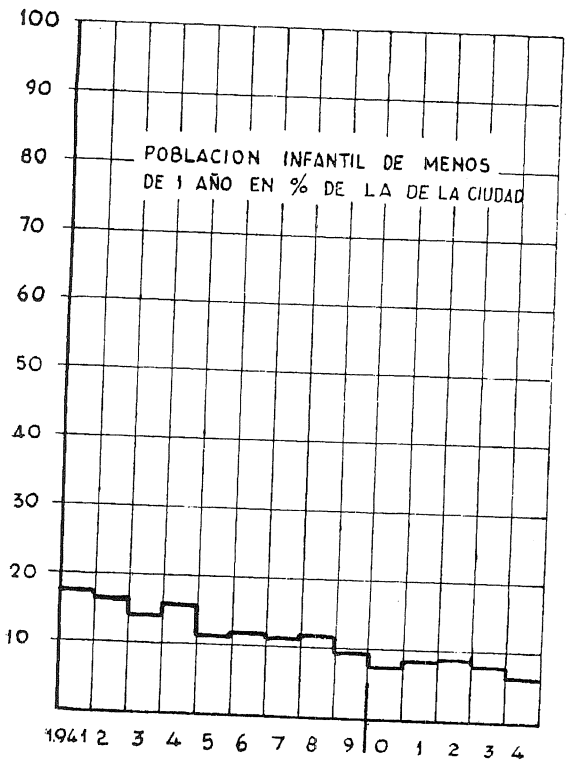
La Tabla III ofrece las cifras de niños menores de un año de la Residencia Provincial de Huérfanos, y la mortalidad correspondiente al año respectivo, expresándola, primeramente, en cifras absolutas, y, en la columna que sigue, en porcentaje del número de niños menores de un año.

Finalmente, la Tabla IV ofrece las cifras comparativas de mortalidad de los niños menores de un año de la capital y de la Residencia Provincial de Huérfanos; exponiendo también, primeramente, las cifras absolutas, y a continuación, el porcentaje de participación de la Residencia Provincial de Huérfanos de León en la mortalidad de la ciudad, considerando esta última como 100.

La Tabla I, o la Gráfica I, revela que la población infantil de menores de un año de la Residencia Provincial de Huérfanos decrece de una manera continua en los catorce años estudiados; de modo que si expresamos las cifras de la Residencia Provincial de Huérfanos de los niños menores de un año en porcentaje del número de niños menores de un año de la ciudad,

del 17,7 por 100 en el año inicial del estudio, en 1941, pasa a una cifra media de 7,7 por 100 en el lustro final.

Como el número de nacidos vivos, es decir, la natalidad, no



GRÁFICA I

muestra una disminución paralela, ni en la ciudad ni en la provincia (Tabla II), la disminución de ingresos de niños menores de un año en la Residencia Provincial de Huérfanos no puede referirse a semejante explicación, debiendo atribuirse, indudablemente, a una mejoría de las circunstancias sociales y económicas populares, que permiten a los familiares de los niños

retenerlos en sus casas, produciéndose, por consiguiente, la reducción de los ingresos.

La Tabla III, o la Gráfica II, nos ponen de manifiesto la mortalidad absoluta de los niños menores de un año de edad, así como los ingresos de la misma categoría de niños, durante los catorce años del estudio. En ambas vemos las enormes ci-

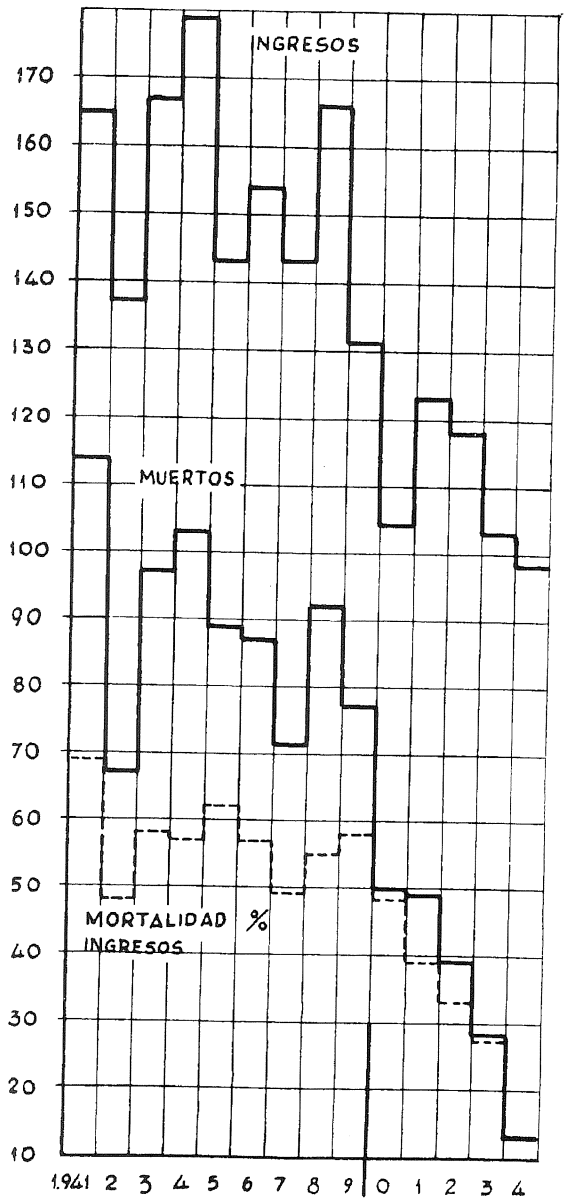
TABLA III

Mortalidad de menores de un año

AÑOS	Ingresos de la Residencia Provincial de Huérfanos	Muertos	Por ciento de mortalidad de los ingresos
1941	165	114	69,2
1942	137	67	48,6
1943	167	97	58,0
1944	179	103	57,0
1945	143	89	62,2
1946	154	87	56,5
1947	143	71	49,6
1948	166	92	55,4
1949	131	77	58,7
1950	104	50	48,8
1951	123	49	39,9
1952	118	39	33,06
1953	103	29	28,1
1954	89	13	13,2

fras de mortalidad, que en algunos años (1941, 1945) es superior a la cifra del 60 por 100 de todos los ingresos, ofreciendo para el decenio de 1941 a 1950 una media de 57,5 por 100 de los ingresos menores de un año. La misma Tabla nos manifiesta que a partir del año 1950 se produce una notable disminución de la mortalidad de menores de un año, derrumbándose en el año final de 1954 hasta la cifra de 13,2 por 100 de la totalidad de los ingresos de este grupo de edad, con una media de 22,7 en el lustro.

La Tabla IV nos ofrece las cifras de muertos menores de un año, primeramente en la capital, y después en la Residencia



GRÁFICA II

Provincial de Huérfanos. Ambas muestran una disminución acentuada en los catorce años del estudio, de manera que la mortalidad de la ciudad en el año 1954 se reduce a un 36,3 por 100 de la mortalidad del año inicial del estudio (1941).

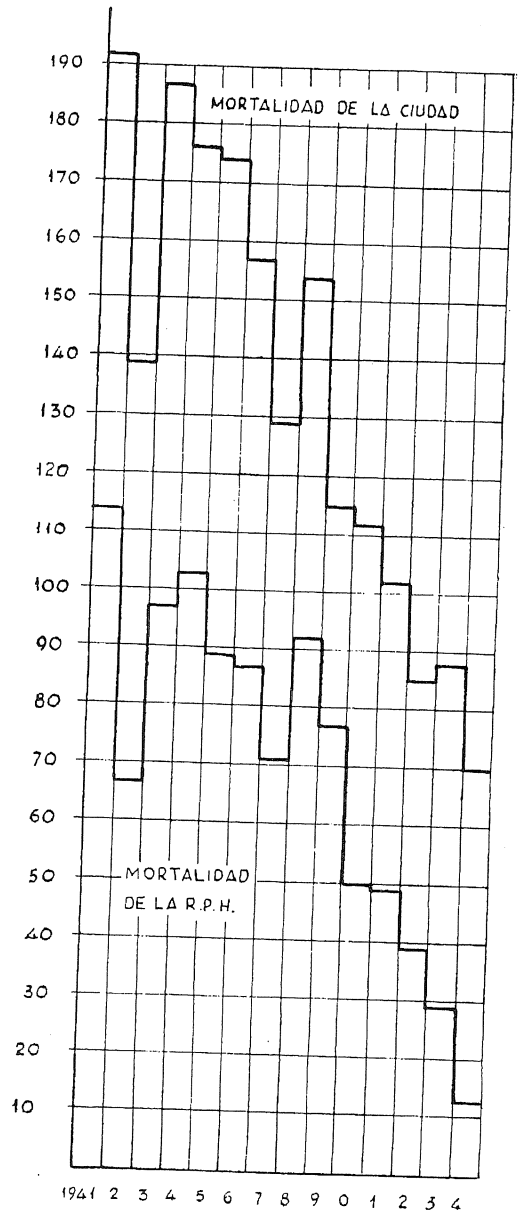
TABLA IV

Mortalidad de menores de un año en la ciudad y en la Residencia Provincial de Huérfanos

AÑOS	MORTALIDAD BRUTA		Por ciento de mortalidad de la capital
	Capital	Residencia Provincial de Huérfanos	
1941	192	114	59,3
1942	139	67	48,2
1943	187	97	53,5
1944	176	103	58,5
1945	174	89	51,19
1946	157	87	55,4
1947	129	71	55,04
1948	154	92	59,6
1949	115	77	66,9
1950	112	50	44,6
1951	102	49	47,6
1952	85	39	45,8
1953	88	29	32,7
1954	70	13	18,5

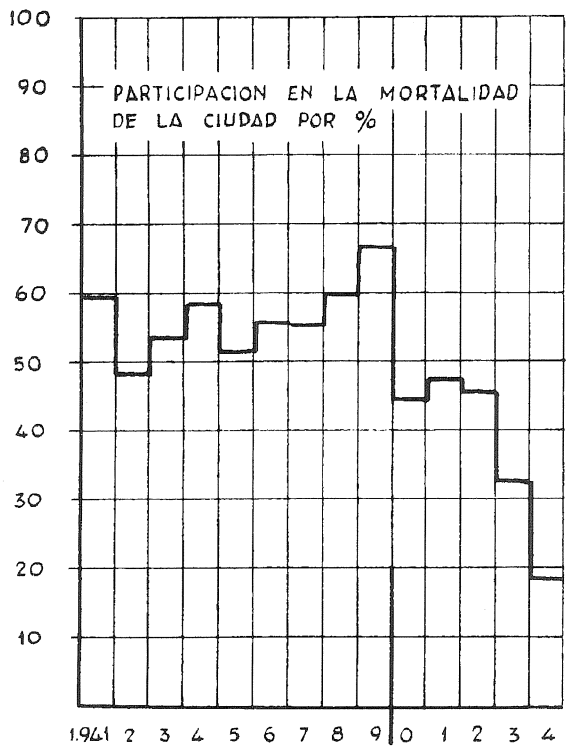
Por otra parte, la misma Tabla y la Gráfica III nos revelan el notable paralelismo del fenómeno de la mortalidad de menores de un año en la ciudad y en la Residencia Provincial de Huérfanos, de modo que la mortalidad de la ciudad aparece como una réplica amplificada, en tono mayor, de la mortalidad de la Residencia Provincial de Huérfanos; llegando sin esfuerzo a la conclusión de que la mortalidad de la Residencia Provincial de Huérfanos es la que determina el perfil de la curva de mortalidad de la ciudad.

Pero si analizamos más íntimamente el fenómeno, y referimos la mortalidad de la Residencia Provincial de Huérfanos a la mortalidad de los niños menores de un año de la ciudad,



GRÁFICA III

vemos que durante el decenio de comparación, de 1941 a 1950, la Residencia Provincial de Huérfanos participa en la mortalidad de la ciudad con cifras tan elevadas que, por regla general, son superiores al 50 por 100 de aquélla, y que a partir



GRÁFICA IV

de 1950, después de un período de estabilización, disminuye rápida y regularmente hasta reducirse a un 18,5 por 100 de aquélla en el año final del estudio de 1954 (Gráfica IV).

La Tabla V nos pone de manifiesto la mortalidad por meses de edad del primer año de la vida, y de ella, así como de la

TABLA V

Mortalidad por meses de edad en el primer año de la vida y otros grupos de edad

PERIODO	MESES DEL PRIMER AÑO DE LA VIDA													AÑOS			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total	1-4	5-9	10-20	Total
1940	31	21	17	8	5	4	2	4	2	2	—	4	100	2	2	1	5
1941	35	17	27	7	7	5	3	3	3	3	—	6	114	10	2	1	13
1942	26	17	9	5	5	2	1	2	1	1	—	3	67	9	—	1	10
1943	25	24	13	5	7	7	3	—	2	4	2	5	97	6	2	1	9
1944	36	17	17	6	11	4	1	4	2	1	1	3	103	5	1	1	7
1945	36	16	13	2	4	7	6	2	1	—	1	1	89	3	—	—	3
1946	32	20	11	9	2	3	4	—	1	1	2	3	87	2	1	1	4
1947	23	18	8	6	4	2	5	1	2	—	1	1	71	2	—	—	2
1948	43	13	12	9	5	1	1	3	2	2	—	1	92	—	—	—	—
1949	33	20	13	4	3	—	1	2	—	—	—	1	77	—	—	—	—
1950	26	10	6	1	—	3	—	2	1	1	—	—	50	2	—	—	2
1951	16	17	10	1	2	—	—	1	—	1	—	1	49	4	—	1	5
1952	11	6	12	5	2	3	—	—	—	—	—	—	39	—	—	—	—
1953	2	5	14	5	2	—	—	—	—	1	—	—	29	1	—	—	1
1954	3	1	4	2	—	1	—	—	—	—	2	—	13	—	—	—	—
TOTAL	378	222	186	75	54	42	27	24	15	16	9	29	1.077	46	8	7	61
Porcentaje	25,2	15,1	12,4	5	3,6	2,8	1,8	1,6	1,0	1,06	0,6	1,9	71,8	3,6	0,5	0,4	—
1950-54	58	39	46	14	6	7	—	3	1	3	2	1	180	7	—	1	8
Porcentaje	11,6	7,8	9,2	2,8	1,2	1,4	—	0,6	0,2	0,6	0,4	0,2	36	1,4	—	0,2	1,6

En las epidemias de *tos ferina* de los años 1945 y 1946 obtuvimos altas cifras de mortalidad por las complicaciones respiratorias, que en los últimos brotes (véanse datos estadísticos), y evidentemente debido a la eficacia de los antibióticos, se ha reducido de forma muy notable.

En lo que respecta a la *difteria*, la mortalidad actual ha quedado reducida a cero en estos últimos años, siendo muy escasa la morbilidad, casi exclusivamente localizada a formas de rinitis diftéricas leves, sin duda debido a la vacunación sistemática que se hace de acuerdo con los datos y trabajos de los doctores Boscu Marín y Blanco Otero en sus trabajos sobre difteria.

En cuanto a *varicela y sarampión*, de las que se producen brotes epidémicos con relativa frecuencia, es también muy escasa la mortalidad (véase trabajo de los doctores Matos Aguilar y Casado de Frías, núm. 123, *Acta Pediátrica Española*). En la actual de varicela se han presentado algunos casos de meningitis y neumonías complicativas, como exponente, sin duda, de una infección cruzada.

Muerte súbita.—Capítulo interesantísimo y, como siempre, de controversia sobre su posible relación con el timo, trabajo, por otra parte, ya tratado entre nosotros con otro título por el doctor Sancho Martínez en la sesión inaugural de la Sociedad de Pediatría de Madrid, año 1952, trabajo realizado con un material humano muy análogo al nuestro en el Hogar Cuna Carmen Franco, de Madrid.

En nuestra experiencia en los casos autopsiados durante los años 1951, 52 y 53 con el diagnóstico de muerte súbita, en un total de 13 casos, encontramos seis de ellos etiquetados de auténtica muerte tímica. En los otros siete englobados en este capítulo de muerte súbita se encuentran los siguientes diagnósticos anatomopatológicos: edema agudo pulmonar, trombo cardíaco, asfixia obstructiva bronquial, pleuresía hemorrágica masiva, hemorragia suprarrenal y pericarditis exudativa.

Véase, por tanto, cómo el tiempo no es sino un factor más en este capítulo en el que la autopsia revela cuadros clínicos agudos e inesperados, o no diagnosticados, que no tienen nada que ver con el comodín de la manoseada muerte tímica. Como éstos, se podrían citar muchos más, pero nos atenemos sólo a los recogidos, como ejemplo, en los tres años citados.

Malformaciones congénitas.—En realidad se ven pocas malformaciones congénitas importantes, teniendo en cuenta la gran cantidad de niños vistos allí. Salvo los contados y leves casos de polidactilia, labio leporino, angiomas, mancha mongólica, etcétera, dentro de las causas de muerte sólo hemos de citar, en el último decenio, cardiopatías tipo Botal, comunicaciones interauriculares, imperforación de ano, mongolismo y estenosis duodenal y tipo poliquístico, así como algún caso de espina bífida. Tanto Garrido Lestache (en morbilidad neonatal) como Arbelo señalan el grave factor del peligro congénito en la mortalidad infantil; lo que paradójicamente en nuestros datos estadísticos, con 11 casos de muerte, representan una cifra muy leve en comparación con las que se vienen anunciando. Sin embargo, no dudamos en estar de acuerdo con el punto de vista general, de ser éste en otros medios sociales factor de morbi y mortalidad infantiles muy digno de tenerse en cuenta y ser combatido.

Endocrinopatías.—Solamente hay dos casos de diabetes insípida mortales. En cuanto a la morbilidad es prácticamente nula, observándose algún solo caso aislado de obesidades constitucionales infantiles, y sí con más frecuencia las etiquetadas por Marañón como cronopatías del crecimiento en su más amplio sentido (conferencia pronunciada en el Instituto Provincial de Puericultura, junio de 1953, sobre "Infantilismo").

Tanto en este capítulo como en el de malformaciones, insistimos, son nuestros datos muy escasos en relación con los obtenidos por otros autores y en diferentes Centros.

tos mismos grupos en el lustro de 1950 a 1954, comprobamos que la mortalidad total, comprendiendo todo grupo de edad, asciende al 4,4 por 100 de la del lactante menor de un año, siendo de 3,83 para el grupo de uno a cuatro años de edad, es decir, que ésta representa, en el período total de los quince años, el 75,5 por 100 de la mortalidad de uno a veinte años, elevándose para el lustro de 1950 a 1954 al 87,6 por 100.

Si para el estudio de las cifras de mortalidad hemos seguido la clasificación habitual del Instituto Nacional de Estadística, para el estudio de las causas de mortalidad y morbilidad consideraremos dos grupos: los menores de tres años y superiores a esta edad, y ello porque tal sistema corresponde, de hecho, a las circunstancias asistenciales de la Residencia Provincial de Huérfanos, en donde los menores de tres años ocupan un departamento común y distinto de los que exceden de dicha edad. Biológicamente, pues, por lo que se refiere a la Residencia Provincial de Huérfanos de León, es mucho más natural estudiar conjuntamente los grupos de condiciones similares, sometidos a circunstancias análogas, aunque no correspondan a los del Instituto Nacional de Estadística.

Si estudiamos más íntimamente la composición de la mortalidad del primer trimestre de la vida vemos que, como es lógico, un gran porcentaje de participación corresponde a los niños de bajo peso, entre los que ocupa el primer lugar la prematuridad, a la cual corresponden cifras de un tercio de la mortalidad total en el año más favorable. Y si, en lugar de limitarnos al estudio de la cifra de mortalidad por prematuridad, siguiendo para ello la cifra arbitraria establecida por la O. M. S., ampliamos nuestro examen a la mortalidad de los niños de peso inferior de 3.000 gramos, comprobamos lo gravemente que se encuentran amenazados estos niños (Tabla VI), y como, por lo que se refiere a la asistencia institucional española, tal concepto de prematuridad bien merece ser ampliado, por lo menos hasta la cifra de 2.750 gramos, proposición que no está en desacuerdo

TABLA VI

Mortalidad de niños de peso inferior a 3.000 gramos

	1950	1951	1952	1953	1954
Ingresos menores de un año	104	123	118	103	98
Muertos menores de un año	50	49	39	29	13
Número de prematuros	25	15	12	11	10
Por 100 de ingresos menores de un año	22,7	12,2	10,1	10,7	10,1
Prematuros muertos	25	14	11	6	5
Por 100 de mortalidad de menores de un año	50	28,7	30,8	30,8	38,3
Por 100 de mortalidad de prematuros.	100	93,4	91,6	54,5	50,0
Niños de 2.500 a 2.750 grs.	8	11	11	5	7
Niños menores de 2.750 grs.	33	26	23	16	17
Por 100 de ingresos menores de un año	31,7	21,1	19,5	15,5	17,7
Muertos menores de 2.750 grs.	33	23	19	8	7
Por 100 muertos men. de 2.750 grs.	100	88,5	82,7	50	41,2
Niños de 2.750 a 3.000 grs.	5	13	11	19	6
Niños menores de 3.000 grs.	38	39	34	35	23
Mortalidad menores de 3 kgs.	38	33	20	13	9
Por 100 de mortalidad menores de un año	35,6	32,7	28,8	34,0	23,5
Por 100 de mortalidad menores de 3.000 grs.	100	84,6	58,9	37,2	39,1

con las ideas sostenidas por PFAUNDLER, el investigador que más profundamente ha analizado el concepto de prematuridad.

Pero aun cuando la prematuridad constituya uno de los ele-

TABLA VII

Causas de mortalidad en menores de 3 años

PROCESOS	1951	1952	1953	1954
Inflamación pulmonar...	23 = 43,5 %	25 = 64,2 %	26 = 89,6 %	11 = 84,6 %
Prematuridad o debilidad vital exclusivas.....	19 = 35,9 %	10 = 25,7 %	3 = 10,3 %	1 = 7,6 %
Toxicosis.....	10 = 18,8 %	3 = 7,7 %	—	—
Hemorragia cerebral.....	—	—	—	1 = 7,6 %
Tuberculosis.....	—	1	—	—

mentos disposicionales de la gran mortalidad de las primeras épocas de la vida de la Residencia Provincial de Huérfanos de León, no se agotan con ella las causas, como puede verse en la Tabla VII, que resume las rúbricas de mortalidad de la Residencia Provincial de Huérfanos en menores de tres años.

La Tabla nos pone de manifiesto que el gran azote de la Institución lo constituyen los procesos respiratorios inflamatorios de naturaleza infecciosa, frente a los cuales estamos inermes en una gran mayoría de casos, por ser de naturaleza virásica y, además, por carecer de estaciones y de instalaciones terapéuticas adecuadas.

La debilidad vital exclusiva, sin participación de ningún otro proceso, constituye, por orden de importancia, la segunda causa de muerte, aun cuando, en realidad, ocupe el primer plano, como se deduce de la Tabla VI, al ofrecer un terreno ideal a cualquier proceso infeccioso de la localización que sea, pero predominantemente respiratoria, sobre todo si no se dispone de estación especial para prematuros, como en nuestra Institución sucede.

Finalmente, la toxicosis constituía el tercer factor en los primeros tiempos de nuestra estancia, pero en la actualidad ha desaparecido, gracias a las medidas terapéuticas de que hoy disponemos para tratar este síndrome.

La mortalidad de los niños mayores de los tres años no merece comentario especial, habiendo sido producidas por meningitis tuberculosa, laringotraqueobronquitis estenosante aguda, inmersión accidental, esclerosis renal secundaria, y las restantes en acogidos ancianos de edad avanzada.

II. Morbilidad

La Tabla VIII pone de manifiesto la enorme cifra de morbilidad de la Residencia Provincial de Huérfanos de León, fácil-

TABLA VIII

Morbilidad de menores de 3 años de edad

	AÑOS			
	1951	1952	1953	1954
Acogidos menores de 3 años...	134	163	142	162
Número de enfermos.....	1.222	1.566	1.712	1.243
Morbilidad por 100....	912	960	1.205	770

mente explicable por las condiciones de la Institución, carente de todo sistema de aislamiento, como más adelante expondremos, lo cual facilita la producción repetida y múltiple de numerosos procesos infecciosos cruzados, causantes, en último extremo, de la gran mayoría de la morbilidad.

La Tabla IX nos descubre las causas de morbilidad de este mismo grupo de edad, expresadas en porcentaje del número de enfermos. De ella podemos deducir que los trastronos nutritivos agudos constituyen la rúbrica más frecuente, la cual suministra cifras que oscilan alrededor del 40 por 100. Siguen en orden de frecuencia los procesos respiratorios de tipo inflamatorio pulmonar, que a pesar de ello son la causa fundamental de la mortalidad de la Institución, como ya señalamos, en los menores de tres años. La prematuridad, como causa de morbilidad, queda diluída dentro de las elevadas cifras, de modo que solamente se eleva a 1,34 por 100 en el año de mayor frecuencia, oscilando, por regla general, alrededor del 0,80 por 100. a pesar de la importante participación que toma como causa

TABLA IX

Causas de morbilidad de los niños menores de 3 años

PROCESOS	PERIODOS			
	1951 — Por 100	1952 — Por 100	1953 — Por 100	1954 — Por 100
Trastornos nutritivos agudos...	47,2	39,3	37,8	43
Inflamaciones pulmonares ...	16,7	27,6	26,4	35,6
Conjuntivitis	14,1	7,08	2,0	0,3
Intértrigo	9,8	3,8	10,35	7,17
Rinofaringitis	4,5	4,6	3,1	1,85
Otitis	7,7	4,7	3,1	1,85
Onfalitis	1,07	1,7	3,1	1,85
Forunculosis	4,5	2,3	—	1,85
Gripe	4,8	5,3	1,12	—
Morbilía	—	0,25	5,5	—
Varicela	4,8	—	3,2	—
Pertusis	8,2	—	—	—
Traumatismos	4,9	0,25	—	1,2
Prematuridad	1,34	0,77	0,64	0,81

disposicional de mortalidad. El resto de las causas puede consultarse en la mencionada Tabla, no mereciendo especial consideración.

TABLA X

Morbilidad de mayores de 3 años de edad

	AÑOS			
	1951	1952	1953	1954
Acogidos mayores de 3 años...	425	413	337	439
Número de enfermos..... ...	1.182	1.033	1.222	1.277
Morbilidad por 100.....	277	250	363	292

La Tabla X nos ofrece la morbilidad de los niños mayores de tres años, y por ella vemos que las cifras son muy inferiores a las correspondientes a los menores de tres años, siendo, por lo general, inferiores a 1/3 de aquélla.

La Tabla XI expresa las causas de morbilidad en estos grupos de edad superior a los tres años, y por ella podemos compro-

TABLA XI

Morbilidad de los niños mayores de 3 años en la Residencia Provincial de Huérfanos

PROCESOS	PERIODOS			
	1951 — Por 100	1952 — Por 100	1953 — Por 100	1954 — Por 100
Traumatismos totales	27,3	34,6	22,2	26,0
Heridas	23,3	27,4	16,8	20,2
Quemaduras	2,3	3,2	1,5	1,48
Erosiones	1,2	2,6	3,2	4,6
Infecciones cutáneas totales ...	10,3	16,3	15,4	20,3
Forunculosis	6,0	11,3	13,1	11,25
Abscesos	2,1	0,5	0,2	—
Impétigo	1,5	3,8	4,9	7,5
Panadizos	0,5	0,4	0,6	1,49
Congelaciones cutáneas	29,5	9,5	10,0	8,6
Perniosis	29,5	9,5	9,55	7,25
Otras	—	—	0,5	1,4
Gripe	9,3	17,0	5,7	3,8
Parotiditis	—	—	—	4,5
Morbilía	—	—	4,65	—
Varicela	1,46	0,19	—	—
Otitis	3,45	1,3	0,82	—
Amigdalitis	3,1	6,0	2,68	2,04
Faringitis	1,18	1,1	0,98	1,6
Conjuntivitis	—	—	1,39	—
Tuberculosis pulmonar	2,45	1,7	—	—
Tuberculosis ósea	—	1,7	—	—
Número de enfermos totales...	1.182	1.033	1.222	1.277

bar que el primer lugar lo ocupan los procesos traumáticos, de toda índole, que vienen a hacer el 1/3 de toda la enfermería; hecho lógico si se tiene en cuenta el carácter tumultuoso de estas edades. El segundo lugar lo constituyen los procesos infecciosos cutáneos o subcutáneos, pero en todo caso de punto de partida dérmica. Una gran participación hay que reconocer a los procesos patológicos cutáneos producidos por la congelación, debi-

dos, en parte, a lo riguroso del clima regional, y, en no poca, a las condiciones ambientales y asistenciales de la Institución. La mejora de éstas y el empleo de medidas profilácticas y terapéuticas se revela en un descenso claro, y en su estabilización, en una cifra alrededor del 10,0 por 100, frente al 29,5 del año 1951.

Las enfermedades rinofaríngeas y los procesos gripales constituyen factores constantes de enfermería, cuya cuantía oscilante, según los años, puede consultarse en la Tabla. Análogamente se ve la aparición eventual de epidemias institucionales de otras enfermedades infecciosas: parotiditis, sarampión y varicela, que, por regla general, alcanzan cifras de poca consideración frente a las rúbricas primeramente señaladas.

III

Pero unas cifras tan elevadas de morbilidad y mortalidad, de una institución no hospitalaria, no son fáciles de comprender ni de explicar por una simple exposición, si no se conocen la estructura y organización de aquélla, motivo por el cual intentaremos exponerla brevemente.

La llamada Residencia Provincial de Huérfanos de León no es otra cosa que la antigua Casa de Misericordia, u Hospicio, la cual ha estado instalada, hasta ahora, en el edificio que en 1786 fundara el Obispo Cayetano Antonio Cuadrillero Mota, y cuya terminación viera en el año 1793.

Levantado en el viejo Campo o Prado de San Francisco, del que ocupó un extenso polífono, fué construído el Hospicio con manuficencia y dispuesto de manera bien lógica. Se situaron los edificios en la parte meridional, quedando cerrado por el lado norte por la Real Fábrica de Lienzos, alzada por Fernando VI en el año 1746, ocupando el espacio intermedio una amplia huerta para el servicio de la Institución.

Y si en su emplazamiento se siguió una idea lógica, algo análogo hay que reconocer para su estructura arquitectónica, teniendo, como es natural, en cuenta los conocimientos y concepciones de la época.

El edificio, de dos plantas, se compone de tres naves orientadas de naciente a poniente, y otras cuatro perpendiculares a las primeras y que, por consiguiente, corren de norte a sur. Estas edificaciones limitan entre sí cinco amplios patios interiores, levantándose en el sexto, el central posterior, la Iglesia, justamente frente a la puerta principal de entrada de la Casa.

Las naves de ambas plantas están servidas por amplios corredores cubiertos, apoyados sobre arcos de medio punto, los cuales, aparte de formar claustros no exentos de cierta belleza, constituyen, desde el punto de vista fundacional, una perfecta solución frente a la dura climatología local, principalmente invernal.

En el curso de los años algunos de estos soportales y corredores fueron cerrados para ampliar locales, con distintas finalidades, y si de esta manera se ganó algún espacio, para instalaciones ulteriores que, por otra parte, no era preciso, teniendo en cuenta la amplitud del edificio, de haber meditado un poco el programa de las nuevas necesidades y sus posibles soluciones, se contribuyó con ello, al mismo tiempo, a destruir la armonía y estética de los primitivos claustros.

En la fecha en que nosotros nos hicimos cargo de la Institución, el viejo edificio construído para Hospicio, por el Obispo Cuadrillero, alojaba no solamente los servicios para los huérfanos, sino también la Maternidad Provincial, unos Consultorios públicos de la Beneficencia Provincial y un Laboratorio de Análisis Clínicos. Además, se había restado una parte no despreciable del espacio de la huerta para distintas finalidades, y principalmente para la edificación de la nueva Jefatura Provincial de Sanidad.

Y como siempre ocurre en estas viejas fundaciones, olvidán-

dose del pensamiento y deseos del fundador, y de la finalidad para la que habían sido creadas, las instalaciones para los huérfanos fueron reduciéndose y retirándose a las partes menos nobles de la Casa, ocupando, por el contrario, las zonas más soleadas y más sanas, es decir, las mejores del edificio, los locales destinados al personal de asistencia y administración, y las nuevas instalaciones creadas posteriormente con otros fines, pero, en todo caso, no destinadas a los propios huérfanos.

Y así, la Maternidad fué alojada en la planta superior de la nave exterior del poniente, en su porción más meridional. Los Consultorios públicos ocuparon la mejor y mayor parte del ala izquierda de la nave exterior meridional, en su planta baja, y el Laboratorio el resto de esta misma planta del edificio, en su porción más occidental.

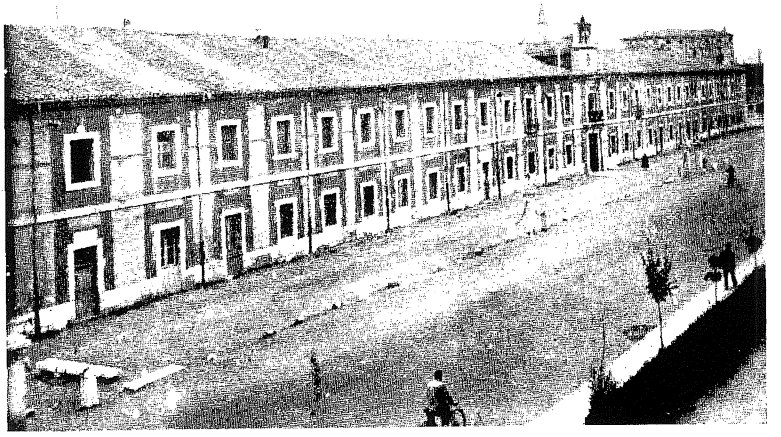
De este modo, por uno u otro motivo, de la nave principal orientada al Mediodía, que constituye la fachada de la Casa (ver lámina), solamente se reservó a los niños un cuarto de la planta superior, que, por suerte, fué destinada a los lactantes.

Este Departamento de lactantes antes de 1949 estaba constituído por una gran sala común, y no debía ofrecer muy grato aspecto cuando en dicho año se redactó un proyecto de reforma, que fué ejecutado antes de nuestra incorporación.

Las obras consistieron en adecentar pisos y techumbres, en azulejar paredes, en dividir la gran sala común en otras más pequeñas y en instalar un cuarto común de baños. Simultáneamente se habilitó una cocinilla económica para el servicio del Departamento.

En el mismo proyecto de mejoras se incluyó también el dormitorio de amas, que ocupa justamente la mitad norte de la nave destinada a los lactantes.

Pensadas y ejecutadas estas obras con mejores deseos que conocimientos de las necesidades de una institución destinada a lactantes, de su realización no podía esperarse más mejora



Fachada principal.

que la puramente estética, ya que funcionalmente continuaban persistiendo los grandes defectos anteriores a su realización.

Este nos pone de manifiesto que el proyecto no preveyó la habilitación de accesos independientes para cada una de las diferentes salas, en las que se había subdividido la gran sala común original, por lo cual el servicio tenía que continuar realizándose a través de todas ellas.

En segundo lugar, la instalación de una sala común de baños, a la que, por consiguiente, tenían que acudir y concurrir todos los niños, en lugar de constituir un perfeccionamiento y una mejora asistencial, venía a crear las condiciones más favorables para la propagación de cualquier proceso infeccioso y, por tanto, a empeorar las circunstancias existentes anteriormente.

La creación de una Enfermería de Lactantes, si en principio puede considerarse como una idea acertada, su localización e instalación no solamente invalida de hecho su propia función, sino que incluso es contraproducente por toda una serie de razones fácilmente comprensibles. Sus reducidas dimensiones, pues se instaló en un cuarto de 4 × 4 metros; su superpoblación, ya que ha venido alojando de 12 a 13 niños; la ausencia de todo procedimiento de aislamiento entre los propios niños que la ocupan, y con el resto de las salas destinadas a lactantes, puesto que una puerta es muy poco aislamiento para evitar la propagación de los procesos infecciosos, máxime teniendo en cuenta la inmediata proximidad de los restantes servicios. Por todos estos motivos la llamada Enfermería de Lactantes ha venido constituyendo el foco de infección más seguro de toda la casa, y por desgracia de los más amenazados, los de los primeros meses de edad.

Finalmente, la instalación de las nodrizas en inmediata relación con los lactantes, sin ningún dispositivo o medida que pudiera impedir el intercambio continuo, es otro factor impor-

tante de imperfección que hay que tener muy en cuenta al explicar las elevadas cifras de morbilidad y mortalidad de esta categoría de niños.

Por lo que se refiere a los niños mayores de tres años, se alojan en las restantes naves de la casa, ingresando en el momento en que caen enfermos en las llamadas Enfermerías, las cuales fueron instaladas en la planta superior de la nave exterior septentrional. Mas, a pesar de su nombre, tales enfermerías no constituyen unidades independientes, sino que son dormitorios generales, destinados a cada sexo, en donde se reúnen los niños cuando padecen algún proceso patológico, centralizándolos, para facilitar su asistencia, en la proximidad de un cuarto que sirve a los fines de reconocimiento y curas médicas, y de una cocina para su servicio particular, pero conviviendo durante su enfermedad con el resto de los niños del dormitorio.

Tal era la situación al incorporarnos a la Institución, y ha continuado siendo durante los años que hemos estado al frente de la misma. Meses después de hacernos cargo propusimos las reformas que consideramos pertinentes para corregir tal estado de cosas, pero abocados a la construcción de una Residencia de nueva planta, no se creyó oportuno llevarlas a cabo, confiándose en la rapidez de la ejecución de las obras, no logrando otra cosa que la habilitación de un local como cuarto de curas en el Departamento de Lactantes, puesto que por aquel entonces ni aun con eso contaba. Mas como a pesar de los buenos deseos la construcción ha durado justamente el doble del tiempo calculado, estas son las condiciones bajo las que hemos tenido que actuar, y estas son las circunstancias que deben tenerse presente al enjuiciar las cifras de morbilidad y mortalidad de la Residencia Provincial de Huérfanos de León, y la posible labor que hayamos desarrollado en el plazo de tiempo analizado.

En la actualidad ha quedado inaugurado el pabellón de niños mayores de la nueva Ciudad Residencia Infantil de San Cayetano, que habrá de continuar la obra del Hospicio o Casa de Misericordia, creada por el Obispo Cuadrillero, y en su momento comunicaremos la constitución del complejo asistencial y cómo han quedado resueltos los servicios sanitarios.

León, septiembre 1955.