

EL SINDROME POLICARENAL EN VENEZUELA

INFORME QUE PRESENTA VENEZUELA A LA III CONFERENCIA
SOBRE PROBLEMAS DE LA NUTRICION EN
AMERICA LATINA

Frecuencia del síndrome en Venezuela

Hasta el presente no ha sido posible realizar una encuesta general para establecer la incidencia del síndrome policarenal en Venezuela. Los estudios parciales realizados hasta ahora indican, sin embargo, que el trastorno existe en todas las regiones del país.

En Barquisimeto, Estado Lara, A. Zubillaga y G. Barrera Moncada encontraron que de 1.131 lactantes y niños admitidos en el hospital entre los años 1940 y 1943, el 8,4% fueron hospitalizados a causa de desnutrición grave acompañada de edemas, modificaciones de la piel, del cabello y cambio del carácter. La mortalidad fué de 20%. Más tarde, en la misma ciudad, R. Zubillaga encontró una incidencia de 14,52% para el período comprendido entre los años 1942 y 1947.

En 1950, Bengoa Lecanda, del Instituto Nacional de Nutrición, llevó a cabo una encuesta general acerca de deficiencia nutricional en municipios rurales en los 20 Estados de la República. El estudio realizado no pretendió presentar con exactitud el cuadro general de las enfermedades carenciales, sino obtener una idea aproximada de la distribución geográfica y la intensidad del problema. La encuesta se realizó con la colaboración de la División de Sanidad Rural y de los médicos rurales del país. No se examinó una muestra de la población, sino que se computaron datos de los Dispensarios Rurales durante un año, refiriendo dicha cifra a la población general del municipio. De allí se deriva una causa de error por el hecho de que quedaron incluidos únicamente aquellos casos de desnutrición que requirieron los servicios del dispensario. Los diagnósticos fueron hechos por un grupo grande de médicos rurales, muchos de los cuales no contaban con

preparación especializada en problemas de nutrición. La encuesta comprendió 1.267.968 individuos de ambos sexos y todas las edades en 208 municipalidades de 20 Estados. Los resultados arrojaron un número de 19.423 casos de síndrome policarencial, o sea 15,31 por mil, en el año 1949-1950 (*). El Instituto Nacional de Nutrición considera el síndrome policarencial el más grave problema nutricional que confronta nuestro país.

En el Hospital Municipal "J. M. de los Ríos", de Caracas, en el período comprendido entre los años 1937 y 1952, sobre un total de 26.038 admisiones, se diagnosticaron 944 casos de síndrome policarencial. Esto representa 3,6% sobre el total de hospitalizaciones. El número de casos admitidos cada año aumentó desde 13 en 1937 hasta 112 en 1945; a partir de entonces disminuyó gradualmente de año en año hasta 1949, en que se diagnosticaron únicamente 34 casos. En 1950 hubo 44 casos, y en 1951 la cifra subió de nuevo bruscamente, alcanzando 109 casos. Estos cambios en la incidencia del síndrome policarencial no corresponden a diferencias en el número de casos admitidos por todas las causas durante el mismo período. El índice de mortalidad fué elevado (entre 16 y 39%) hasta 1945; desde entonces ha ido disminuyendo. El índice más bajo fué de 5,8% en 1949. Las cifras para 1953, aunque incompletas, indican una elevada incidencia y baja mortalidad.

Cuadro clínico

El cuadro clínico del síndrome policarencial que se observa en lactantes y niños venezolanos es muy semejante al kwashiorkor africano, aunque no absolutamente igual.

Datos obtenidos de la historia

La historia pasada de nuestros enfermos resulta en muchos casos muy difícil de obtener en una forma clara y precisa. Esto se debe a la ignorancia y bajo nivel social de los representantes de este tipo de enfermos. La mayoría de los pacientes afectados del síndrome policarencial provienen de familias de muy bajo nivel socio-económico, entre las cuales existe un alto porcentaje de ilegitimidad. Llama la atención que en muchos

(*) Más que de síndrome policarencial en el sentido grave, debe entenderse manifestaciones clínicas de desnutrición múltiple.

casos el jefe de familia es la madre. Los ingresos familiares no alcanzan ni para cubrir parte de las necesidades de alimentos. La mayoría de estas familias viven como ocupantes ilegales en terrenos baldíos, generalmente colinas o cauces secos de quebradas en las inmediaciones de las poblaciones. Otros provienen de zonas rurales empobrecidas por métodos inadecuados de cultivo. Generalmente viven en chozas, donde toda la familia duerme hacinada y reducida a una sola habitación carente de las más elementales facilidades sanitarias. El agua es acarreada desde el río o la fuente pública más cercana. Estas condiciones socio-económicas y sanitarias tan precarias hacen que el índice de morbilidad y mortalidad sea muy elevado, especialmente entre los niños. Entre las causas de morbilidad y mortalidad más frecuentes en este grupo de población se cuentan las diarreas y enteritis y los trastornos nutritivos crónicos.

Las casuísticas analizadas hasta ahora no muestran preferencia de sexo.

La mayoría de los casos se observan entre los 18 meses y 6 años, pero a veces se presentan antes del año y excepcionalmente hasta los 9 años.

Es difícil, si no imposible, definir adecuadamente la raza de cada uno de nuestros enfermos. Debido a que en Venezuela no existen entre la población prejuicios raciales, las uniones entre los individuos de raza blanca, negra e india son muy frecuentes; de aquí que se observe una infinita variedad de tipos raciales.

La historia pasada de la mayoría de los enfermos del síndrome policarencial indica una elevada incidencia de trastornos diarreicos a repetición, enterocolitis disenteriforme e infecciones agudas del aparato respiratorio.

La historia dietética revela en la mayoría de los casos una alimentación insuficiente en calorías totales y deficiente en nutrientes esenciales. La mayoría de los lactantes son alimentados al seno hasta los 9 meses. En algunos casos excepcionales, la lactancia se prolonga hasta los tres años.

La alimentación materna es complementada desde el sexto al noveno mes con papillas de cereales refinados y sopas espesas de tubérculos amiláceos. Muchos lactantes no reciben frutas y vegetales hasta bien entrado el segundo año y sólo a muy pocos se administra carne o huevos, y esto de manera insuficiente e irregular.

En algunas ocasiones los niños son destetados sin causas satisfactorias, debido a que los frecuentes ataques de diarreas de origen infeccioso que presentan hacen creer a las madres que su leche no les "sienta".

Si el destete se efectúa antes del duodécimo mes, los niños generalmente reciben fórmulas de leche desecada de vaca. Si el destete no se lleva a cabo hasta pasado el décimooctavo mes, el niño recibe la alimentación corriente familiar, que consiste de arepa (torta de maíz blanco), frijoles negros, arroz y papelón (azúcar no refinada), con muy pequeña cantidad de proteínas animales, legumbres y frutas frescas.

Los frecuentes ataques de diarreas y vómitos son tratados con prolongados ayunos, durante los cuales la leche es suprimida totalmente de la dieta. Hemos visto casos de lactantes que han estado sometidos a dietas sin leche durante periodos de varios meses, debido a que sus madres, después de frecuentes cambios de fórmulas lácteas, llegaban a la conclusión de que ninguna leche le "sentaba" a su niño. La dieta hídrica o bien dietas provisionales a base de sueros salinos y glucosados, decocción de cereales o caldo de legumbres, usadas algunas veces con fines terapéuticos, son prolongadas a veces indefinidamente por algunos profesionales o bien por madres ignorantes, y éste constituye tan serio problema que nos obliga a pedir divulgación por parte de las autoridades encargadas de la educación sanitaria del público.

La dieta típica de la mayoría de los casos, durante períodos considerables de tiempo antes de la aparición de síntomas agudos, estaba compuesta casi exclusivamente de carbohidratos y muy pobre en proteínas animales y vitaminas. A pesar del exceso relativo de carbohidratos, el ingesta calórico total de éstos es generalmente insuficiente. Igualmente encontramos como factor carencial la incorrecta dilución de las leches de vaca en pote empleadas por el público.

En un trabajo realizado en el Instituto Nacional de Puericultura por el Dr. Juvenal Irazábal y publicado en los "Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría", N° 22, Vol. VI, octubre-diciembre 1944, se señala este hecho; por ello es de desear una mayor divulgación, por parte de las autoridades sanitarias y nutricionales, sobre el empleo correcto de la leche de la industria en pote, ya que su uso se generaliza cada vez más de la industria en pote, ya que su uso se generaliza cada vez más en la práctica de la alimentación diaria de los niños.

Enfermedad actual

El comienzo de la enfermedad es muy difícil de precisar, debido a lo insidioso de los síntomas antes de la aparición del período agudo. En general, se puede afirmar que el trastorno se inicia en su forma aguda pocos meses después del destete. Pero ya antes de la aparición de los síntomas agudos se observan síntomas que corresponden al cuadro clásico de la distrofia del lactante; es decir, retardo en el crecimiento, pobre ganancia de peso, disminución del panículo adiposo, pobre tolerancia alimenticia y frecuentes procesos infecciosos. En tales condiciones y con motivo de un ataque de diarrea aguda, hacen su aparición los edemas y las dermatosis, el niño se torna triste y malhumorado y la anorexia se hace invencible.

Otras veces la causa precipitante del proceso agudo es una enfermedad infecto-contagiosa. Entre éstas, la causa más frecuente entre nosotros es el sarampión. Esto se explica bien por existir en nuestro país el arraigado concepto de la cuarentena del sarampión, donde los niños son sometidos a dietas líquidas, sin leche, no sólo durante el período agudo de la enfermedad, sino cuarenta días después del comienzo del proceso.

Sintomatología

Como ya hemos dicho, la sintomatología física del síndrome policarencial, como se observa en niños venezolanos, es muy semejante, aunque no absolutamente idéntica, al cuadro estudiado en el Africa con el nombre de Kwashiorkor. Por eso nos limitaremos a enumerar los síntomas, haciendo hincapié especialmente acerca de las pequeñas diferencias que hemos observado con dicho cuadro, que ya es bastante conocido.

Según Brock y Autret, el síndrome observado en indígenas africanos se caracteriza por:

- a) Retardo del crecimiento.
- b) Alteraciones de la pigmentación de la piel y del pelo.
- c) Edemas.
- d) Infiltración grasosa, necrosis celular o fibrosis del hígado.
- e) Elevada mortalidad en ausencia de tratamiento adecuado.
- f) Asociación frecuente con varias dermatosis.

Los síndromes policarenciales en Venezuela se caracterizan clínicamente por:

1º *Hipotrofia pondo-estatural*, a veces tan considerable que alcanza al 50% del peso normal. Aquí es muy acertado señalar lo descrito por Scroggie con lujo de razón; hay dos tipos fundamentales, fuera de los intermedios, en el aspecto exterior: el hipotrófico y el distrófico. En el hipotrófico la talla está muy por debajo de la normal con disminución del diámetro bi-ilíaco.

La piel les queda grande, con pliegues, sobre todo glúteos; no caminan y permanecen siempre en el lecho en posición genupectoral (Oropeza). Es el hambriento desde el segundo semestre de la vida. En cuanto al distrófico, se caracteriza, sobre todo, por su gran enflaquecimiento, menor disminución de la talla en relación con la edad, menor desarrollo de los miembros inferiores. Este tuvo un régimen relativamente normal hasta el segundo año de la vida. Hemos observado en ambos ligeros retardos en la evolución dentaria, así como la frecuencia de la melanodontia (Oropeza). La circunferencia craneana es siempre más reducida (Zubillaga y Barrera Moncada).

2º *Lesiones de la piel y anexos*. No hay sudación. Hiperpigmentación muy parecida a la pelagra, de color bronceado o pardo oscuro, localizada en: las extremidades, cara externa de las piernas, cara posterior de los muslos. No hay ribete ni tampoco tienen el sitio de predilección de las placas de pelagra. Piel rugosa, áspera, seca, acompañada de hiperqueratosis. La piel se ve como resquebrajada, descolgándose en amplias escamas. Signo del rascado de Scroggie: aparición de una línea blanca al frote de una punta roma, seguida a las veinticuatro horas siguientes de una costra. Lesiones cicatriciales o en evolución de piodermatitis. En ciertos puntos se ve hipertrichosis: frente, región temporal, hombros, espalda (hipertrichosis en ruana, Oropeza). Tendencia a la exudación. Pelo seco, ralo con placas de pelada, así como variaciones en su color, generalmente claro o rubio en la base, con el resto normal y otras veces todo lo contrario, o sea claro en la punta, oscuro el resto.

El nombre de Kwashiorkor, que se refiere directamente a las modificaciones del color de la piel, tal vez pueda ser aplicado correctamente a los casos venezolanos del síndrome sin perder su concepto etimológico, y esto debido tal vez a las

diferencias de apreciación establecidas sobre el color de la piel por diferentes observadores (Brock y Autret) en niños de raza negra.

3º *Edemas*.—En los 114 casos estudiados por Zubillaga y Barrera Moncada se encontró edemas en 80%, lo mismo que en 47 de los 50 casos estudiados por Tovar Escobar, Potenza y De Majo.

Generalmente el edema va acompañado de hipoproteinemia que se refleja principalmente sobre la fracción albúmina y se acompaña de inversión de la relación albúmina-globulina.

Edemas locales en manguito, cubriendo el pie o los miembros inferiores o bien generalizados. La primera forma se ve en los distróficos; la segunda, en los hipotróficos. Los edemas son fríos, marmóreos y cianóticos. Guardan la huella del dedo compresor.

4º *Trastornos hepáticos*.—Pruebas de funcionamiento hepático llevadas a cabo en 50 pacientes venezolanos con síndrome policarencial mostraron un número significativo de resultados anormales. Igualmente se encontró infiltración grasa del hígado, fibrosis y discreta cirrosis en un número limitado de biopsias y en el material de autopsia.

5º *Anorexia, a veces invencible*.—Su mejoría es un índice de buen pronóstico. Vómitos y diarreas frecuentemente ligadas a mono o poliparasitismo intestinal. El edema se observa siempre después del cese de la diarrea.

6º *Apatía e indiferencia marcadas*, raras veces son muy irritables. No duermen bien. Hipotonía muscular con disminución o abolición de los reflejos tendinosos. Laxitud ligeramente exagerada. Se ha observado también la hipertonia.

7º *Labilidad ponderal, labilidad térmica*, infecciones frecuentes y diversas, por sobre todo otitis y bronconeumonía.

8º *Datos de laboratorio*.—Señalaremos hipoproteinemia con disminución de la sero-albúmina y aumento de la seroglobulina, hemoglobina baja de un 38 a 75%, anemia de dos o tres millones de glóbulos rojos, leucocitosis. El Dr. Lara no ha publicado todavía las conclusiones sobre la velocidad de sedimentación, siempre aumentada en estos cuadros, guía que fué tan útil en el tratamiento del hambre en los campos de concentración.

9º *Signos radiográficos*.—En los huesos al examen radiográfico se observa una osteoporosis con líneas transversales

metafisarias en la zona de crecimiento, índice temporal de la detención del crecimiento sin paro de la osteogénesis.

10º *Electrocardiograma.*—Al electrocardiograma y en las tres derivaciones clásicas se observa algunas veces un aplastamiento y hasta la inversión de la onda T (Dr. C. Gil Yépez).

11º *Otros signos.*—A excepción del raquitismo y del escorbuto, muy pocas veces se dibujan (rasgo muy importante señalado por Cofiño Ubico) los caracteres definidos y netos de las avitaminosis francas: pelagra, xeroftalmia, arriboflavinosis, etc., y ello a pesar del régimen carencial a que están sometidos.

En cuanto a la frecuencia de estos síntomas, el siguiente cuadro del trabajo, ya varias veces citado, de Zubillaga y Barrera Moncada, es muy demostrativo:

PORCENTAJES DE FRECUENCIA DE LOS PRINCIPALES SINTOMAS PRESENTADOS EN 114 CASOS DE SINDROMES POLICARENCIALES

Síntomas	Porcentajes
Alteraciones del desarrollo	
Diámetro bi-ilíaco reducido (investigado en 30 casos)	100%
Talla sub-normal	96%
Peso sub-normal	94%
Edema local o generalizado	80%
Alteración del pelo, escasez, color heterogéneo, etc.	73%
Modificaciones de la piel (seca, áspera, decamación)	72%
Hiperemia conjuntival y secreción lacrimal escasa	50%
Reflejo rotuliano abolido	50%
Signo del rascado (investigado en 30 casos)	48%
Líneas transversales en los huesos largos (investigación radiológica en 17 casos)	41%
Glositis atrófica	40%
Rosario costal	33%
Hiperpigmentación cutánea	23%
Tórax depresible o deforme	20%
Síntomas digestivos (vómitos o diarrea)	16%
Ribete pigmentado de las encías	10%
Signos de estomatitis	10%
Fontanela abierta (persistencia)	9%

12º *Parasitismo.*—Sería alargar demasiado esta breve nota si hablásemos de la alta incidencia de parasitosis entre nosotros, así como de las cifras estadísticas encontradas. Únicamente queremos afirmar que el parasitismo es una causa agra-

vante de primer plano en los trastornos digestivos y nutricionales ya establecidos en cualquier niño.

Tratamiento

La base del tratamiento consiste en un régimen provisional hiperproteico y pobre en grasas durante 4 a 7 días; a medida que se observan mejorías en el cuadro clínico, se pasa progresivamente al régimen normal. En cuanto a complementos vitamínicos se está experimentando si se suministra un suplemento polivitamínico solo, polivitaminas reforzadas en relación a los factores carenciales que dominan en el cuadro o el tratamiento específico para cada una de las avitaminosis más resaltantes del paciente.

En las formas graves con hipoproteinemia se inyecta plasma a la dosis de 25 cc. por kilogramo de peso o aminoácidos por ingesta o vía parenteral. En las formas caquéticas y con púrpura hemos utilizado con espléndidos resultados la transfusión sanguínea (20 cc. por kilogramo de peso).

Durante los primeros días y sobre todo cuando hay diarrea, no siempre son bien toleradas las preparaciones vitamínicas que contengan las vitaminas A y D. Cuando las toleran las usamos precozmente, habiendo observado mejoría franca de la hiperqueratosis.

Contra la anorexia utilizamos una fórmula a base de ácido clorhídrico y de pepsina, y en cuanto al estado general, extracto córtico suprarrenal, y cuando la anemia es muy pronunciada, extractos hepáticos y preparados ferruginosos según el caso.

Contra las infecciones intercurrentes empleamos los sulfamidados y antibióticos.

La vigilancia posterior de los hospitalizados debería ser continuada en algunas colonias de convalecientes.

Profilaxis

Desde un punto de vista educativo-asistencial, la División Materno-Infantil tiene organizadas en toda la República estaciones de leche, en cuyos centros se distribuye cierta cantidad de leche integra con destino a los niños de baja situación económica.

El número de Estaciones de Leche que existía en el período 1943-47 era de 64 de promedio, habiéndose distribuido un pro-

medio anual de 4.034.903 litros de leche. En el período comprendido de 1948 a 1952, el número de Estaciones de Leche se elevó a 160 como promedio anual, distribuyéndose un total de 7.665.148 litros de leche.

La función de estas Estaciones de Leche es, además del suministro gratuito de este alimento a ciertas familias pobres, el de ejercer una acción educativa con las madres y lograr así una mayor conciencia de la necesidad de consumo de este alimento, así como sus modos de preparación.

Por otro lado, el Consejo Venezolano del Niño cuenta con numerosas Casas-Cunas y Jardines de Infancia.

El Instituto Nacional de Nutrición está verificando una extensa campaña nutricional, tanto desde el punto de vista educativo como asistencial, proporcionando por medio de sus Comedores Populares dispersos por todas las regiones del país una alimentación balanceada para los adultos a bajo costo. Además, en sus Consultorios se atienden actualmente de 150 a 200 embarazadas mensuales en condiciones económicas deficientes, verificándose en ellas una labor educativa y asistencial, de lo cual se hace referencia en documento que presenta Venezuela respecto a las realizaciones desde la última Conferencia Latino-Americana de Nutrición.

Por otra parte, el Patronato Nacional de Comedores Escolares proporciona a niños escolares una comida diaria gratuita.

La acción informativa del Consejo Informativo de Educación Alimenticia (CIDEA) contribuye, asimismo, en lograr una mejor conciencia del problema de la nutrición.

Por último: los organismos competentes se han ocupado del control de los precios de aquellos productos básicos, a fin de evitar la especulación en los períodos de escasez.

BIBLIOGRAFIA

- 1° Síndromes de carencia. Avitaminosis. — Pastor Oropeza y Carlos Castillo. Boletín de los Hospitales. Año XXXVII. No. 6-7-8. Pág. 269. Marzo, Abril, Mayo 1938.
- 2° Síndromes policarenciales. — Miguel Franco, hijo. Archivos Venezolanos de Puer. y Ped. Vol. I. No. 3. Pág. 178. 1939.
- 3° Síndromes policarenciales en la infancia. — Agustín Zubillaga y G. Barrera Moncada. Primeras Jornadas Venezolanas de Puericultura y Pediatría. Vol. IV. Pág. 203.
- 4° Síndromes policarenciales. Algunas consideraciones sobre el aspecto macroscópico e histopatológico de la piel en los síndromes policarenciales. Arch. Ven. de Puer. y Ped. Vol. 8, No. 28. Pág. 1.583. Guillermo Teruel.
- 5° Síndromes policarenciales. Alteraciones del cabello en los síndromes policarenciales. — Jesús María Gamboa. Archivos Ven. de Puer. y Ped. Vol. 8, No. 28. Pág. 1.611.
- 6° Síndromes policarenciales. Los estados distróficos en la segunda infancia. (Síndromes policarenciales). — Pastor Oropeza. Arch. Ven. de Puer y Ped. Vol. 8, No. 28. Pág. 1.570.
- 7° Síndromes de carencia. Correlato Venezolano ante el IX Congreso Panamericano del Niño realizado en Caracas. Coordinador del Trabajo: Dr. Ernesto Vizcarrondo. Redactores: Dres. Ernesto Vizcarrondo, Pedro J. Alvarez, Guillermo Rangel, Miguel Raga, J. A. Rodríguez Delgado, Germán Lara, G. Barrera Moncada.
- 8° Síndromes policarenciales. — Ramón Zubillaga. Tesis doctoral, 1947.
- 9° Protidemia en las mujeres embarazadas. — Dr. Correa. Tesis doctoral, 1947.
- 10° Estimación de la prevalencia de enfermedades carenciales en el medio rural de Venezuela. — José María Bengoa. Arch. Venez. de Nutrición. Vol. I, No. 2. Pág. 289, 1950.
- 11° Protidemia. Estudio comparativo de la protidemia en la madre y en el recién nacido. — José A. Cartaya. Primeras Jornadas Venezolanas de Puericultura y Pediatría. Vol. IV. Pág. 145.
- 12° Síndromes policarenciales. El hígado en los síndromes policarenciales. — Guillermo Tovar y Leandro Potenza. Arch. Ven. de Puer. y Ped. No. 40. 1951. Pág. 8.
- 13° Nutrición protídica. Investigación sobre el estado de nutrición protídica de la madre y el niño en el Distrito Federal. — H. García Arocha, F. de Venanzi y José A. Cartaya. Primeras Jornadas Venezolanas de Puer. y Ped. Vol. IV. Pág. 137.
- 14° Nutrición proteica. Algunas investigaciones sobre el estado de nutrición proteica durante los primeros días de la lactancia. — Francisco de Venanzi. Primeras Jornadas Venezolanas de Puericultura y Pediatría. Tomo IV. Pág. 165.