



MINISTERIO DEL INTERIOR

JEFATURA DEL SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD

SECCIÓN DE MATERNOLOGÍA, PUERICULTURA E HIGIENE ESCOLAR

**Memoria-Resumen del Servicio de Higiene Infantil
de Navarra durante los años 1934 y 1935**

POR EL DOCTOR CASIANO IRIZAR

PUBLICACIONES "AL SERVICIO DE ESPAÑA Y DEL NIÑO ESPAÑOL"

NÚMERO 4

Memoria - Resumen del Servicio de Higiene Infantil de Navarra durante los años 1934 y 1935

POR EL DOCTOR

CASIANO IRIZAR

Médico-Puericultor, Jefe del Servicio Provincial de Higiene Infantil

El 27 de Julio de 1934 comenzó a funcionar el Servicio de Higiene Infantil de Navarra, modestamente, en la planta baja de una casa del ensanche de la ciudad.

Nuestro primer trabajo, Memoria sucinta, al terminar el año natural de 1935—diecisiete meses de actuación en el Servicio de Higiene Infantil—quisiéramos fuera una demostración, no de lo que hemos hecho, bien limitado por cierto, sino de lo que se debe hacer para mejorar la cifra de mortalidad infantil.

Una de las bases fundamentales de la puericultura oficial ha de ser el estudio de las causas influenciadas por la puericultura y extra-puericulturas de la mortalidad infantil en la provincia—actualmente sólo hemos hecho este estudio en la capital—, y si ello fuera viable, con tanta o más razón, las causas de morbilidad. El conocimiento de la morbilidad trae indirectamente el descenso de la mortalidad; siempre será el estudio enfermedad, el marchamo por el cual nosotros podamos actuar puericultoramente y hacer profilaxia en unos casos y corrección de tantas anomalías, hipotrofías, afecciones crónicas, etcétera en otros.

Sobre esta base exponemos a continuación una serie de cuadros que indican las causas y número de mortalidad y natalidad infantiles correspondientes a los seis años últimos en la ciudad de Pamplona y los datos recogidos de las fichas médica y social de nuestro Servicio de Higiene Infantil. Los números de estas pequeñas estadísticas, mejor que las palabras, expresan lo que hay que hacer para conseguir descender la cifra de mortalidad infantil, ya iniciada en el año 1935.

Mortalidad absoluta (adultos y niños) de Pamplona, durante los años 1930 a 1935

Año	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
MORTALIDAD DE MENOS DE 1 AÑO													
1930	12	5	8	12	20	14	25	13	6	7	9	12	145
1931	16	17	6	9	5	7	17	26	10	8	6	7	134
1932	7	22	16	12	6	10	6	22	27	7	14	15	164
1933	12	21	12	13	7	14	36	22	15	14	11	8	184
1934	12	16	27	9	8	6	18	12	14	7	12	16	157
1935	7	12	25	10	7	8	13	15	16	6	12	12	145
MORTALIDAD DE 1 A 5 AÑOS													
1930	9	6	8	13	6	4	4	5	3	7	6	4	75
1931	8	3	4	7	5	6	3	4	1	5	0	4	50
1932	6	8	5	7	3	9	4	3	6	6	4	5	68
1933	4	8	3	5	3	4	7	6	9	1	3	6	59
1934	3	13	9	7	5	3	3	4	4	3	3	5	62
1935	7	4	4	4	5	2	6	2	2	3	7	4	50
MORTALIDAD TOTAL, ADULTOS Y NIÑOS													
1930	85	54	94	87	87	57	77	74	73	69	64	80	1004
1931	94	88	77	78	71	67	75	88	52	66	75	88	919
1932	95	111	101	84	76	82	57	81	84	70	89	75	1005
1933	88	115	86	71	84	64	86	89	80	83	83	77	1006
1934	90	108	127	78	79	77	68	76	54	61	72	85	966
1935	81	95	112	91	71	79	76	75	72	64	89	83	986

Número 1

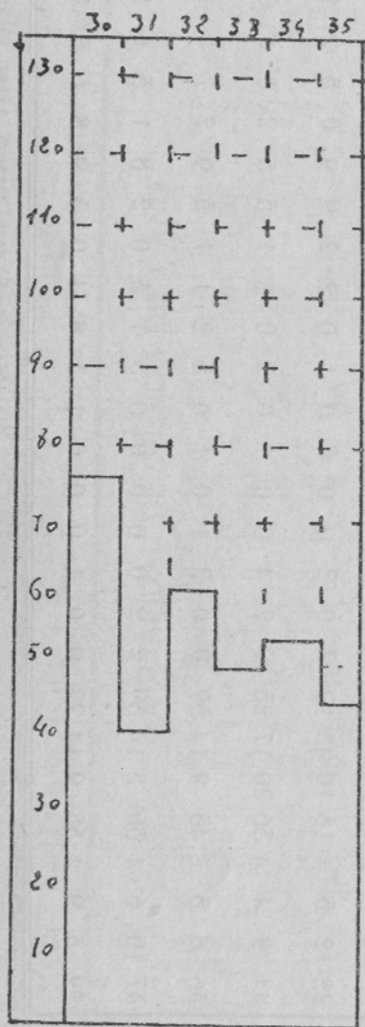
Causas de mortalidad en niños de 0 a 5 años. Pamplona 1930 a 1935

AÑOS	TOTAL
1930	218
1931	184
1932	232
1933	244
1934	219
1935	193
Varias.....	1 23
Nefritis.....	1 1
Endo y miocarditis.....	1 19
Eclampsia.....	5 2
Hemorragia cer.....	5 8
Meningitis.....	2 5
Meningitis tub.....	1 29
Tuberculosis.....	5 6
Septicemia.....	2 18
Gripe.....	1 5
Sifilis.....	1 3
Par. esp. inf.....	1 3
F. tifoidea.....	1 3
Escarlatina.....	1 3
Tos ferina.....	1 3
Difteria.....	1 3
Sarampión.....	1 3
Raquitismo.....	1 3
Debil. cong.....	1 3
Atresia.....	1 3
Enteritis.....	1 3
Gastroenteritis.....	1 3
Laringitis.....	1 3
Neumonía.....	1 3
Bronquitis.....	1 3
Bronconeumonía y bronq. capil.	1 3

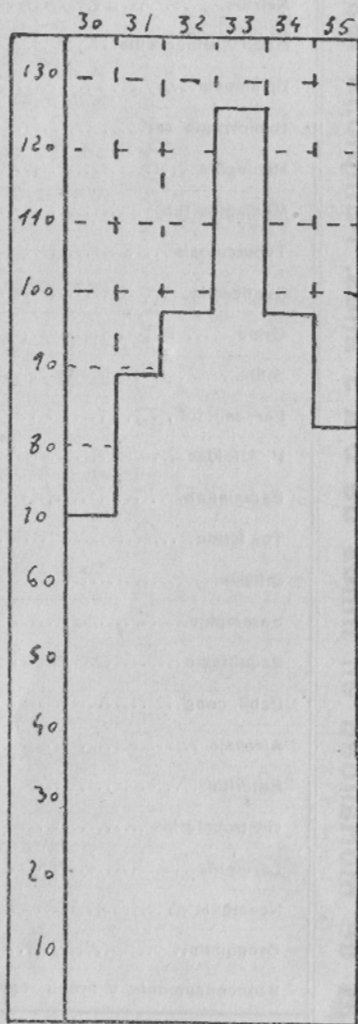
Número 2

Mortalidad infantil de 0 a 5 años

Años

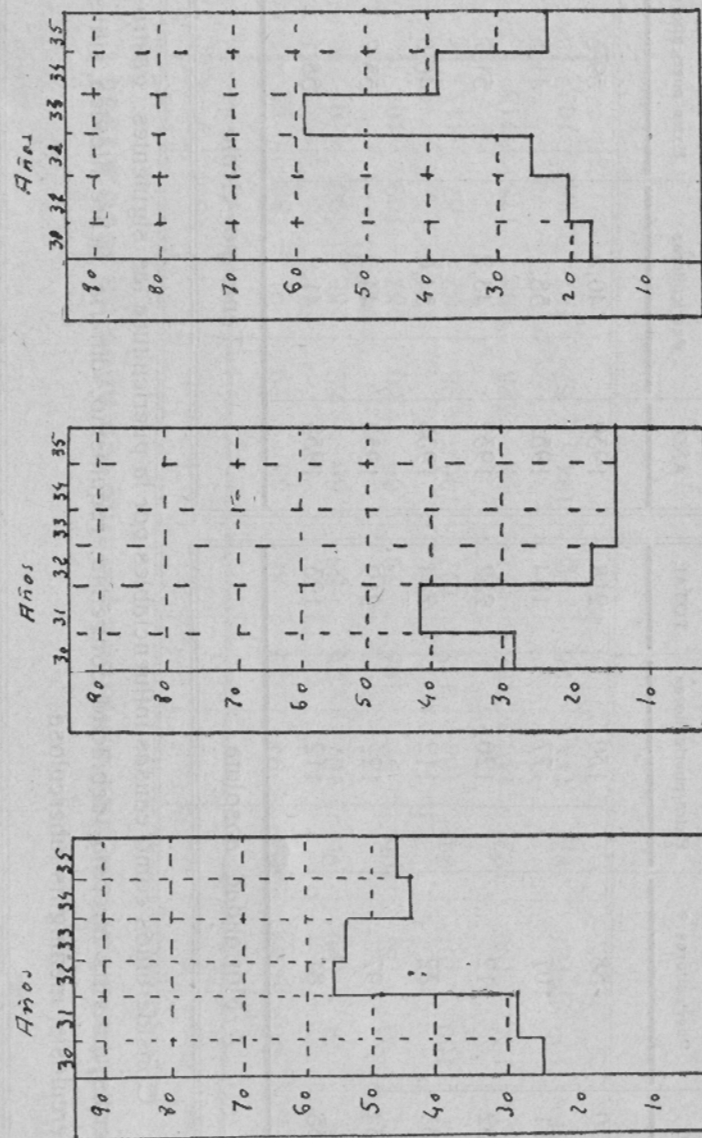


Enfermedades bronco pulmonares



Trastornos nutritivos y Debilidad congénita

Mortalidad de 0 a 5 años



Diarreas

Atrepsia

Debilidad congénita

Causas de mortalidad en niños de 0 a 5 años. Pamplona 1930-1935

AÑO	Puericultoras *	Extra-puericultoras	TOTAL	AÑO	Puericultoras	Extra-puericultoras
1930	88	130	218	1930	40,3	59,6
1931	107	77	184	1931	58,1	41,8
1932	112	120	232	1932	48,2	51,7
1933	132	112	244	1933	54,0	46,0
1934	97	122	219	1934	44,2	55,7
1935	81	112	193	1935	41,9	58,1
Mortalidad absoluta			Tanto por ciento			

* Consideramos como causas influenciadas por la puericultura las siguientes: gastroenteritis, enteritis atrepsia, debilidad congénita, raquitismo, difteria, fiebre tifoidea, sífilis tuberculosis, meningitis tuberculosa.

Número 5

Natalidad absoluta de Pamplona durante los años de 1930 a 1935

AÑO	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septbre.	Octubre	Novbre.	Dicbre.	TOTAL
1930	87	86	89	87	94	72	86	83	79	91	88	95	1037
1931	92	74	90	96	107	75	89	86	82	86	90	91	1058
1932	93	93	87	106	92	108	79	89	80	87	102	104	1120
1933	94	100	101	94	104	112	107	106	98	87	87	111	1201
1934	96	124	109	122	110	108	111	91	125	95	116	115	1322
1935	121	109	127	97	114	126	93	124	87	107	98	107	1310

Número 6

Pamplona

Mortalidad infantil de menos de 1 año por 1000 nacidos vivos	
Año	Número
1950	158
1951	126
1952	146
1953	154
1954	118
1955	109

Número 7

Natalidad por 1000 habitantes	
Año	Tanto por ciento
1950	24,5
1951	24,8
1952	25,9
1953	27,5
1954	29,6
1955	29,1

MORTALIDAD INFANTIL

Los gráficos precedentes merecen un comentario.

El promedio de mayor mortalidad de niños menores de un año corresponde, según indica el gráfico número 1, a los meses de invierno y de verano, meses de temperaturas extremas en Pamplona; esta proporción no se señala tan diferenciada en los niños de uno a cinco años, donde sólo se aprecia un sensible aumento de mortalidad en los cuatro primeros meses del año. Las enfermedades bronco-pulmonares, los trastornos nutritivos y la debilidad congénita aparecen como causantes de esta mayor mortalidad infantil. El clima extremadamente frío del invierno y caluroso del verano, influye de modo manifiesto sobre el estado de labilidad orgánica del niño de la primera edad. No obstante, condiciones higiénicas, métodos de profilaxis podrán rebajar estas cifras, mejorando de manera clara la estadística de mortalidad; preferentemente hemos de tener en cuenta la parte correspondiente a trastornos nutritivos y debilidad congénita, de mayor mortalidad que la originada por enfermedades de los órganos respiratorios (gráfico número 3), cuya proporción es la siguiente en menores de cinco años:

1930	1931	1932	1933	1934	1935
32 %	48 %	42 %	52 %	44 %	42 %

El gráfico número 4, que hace referencia a estos últimos procesos, señala de manera evidente la disminución rápida y constante de fallecimientos debidos a debilidad congénita y atrepsia, y al contrario la inestabilidad en el descenso de mortalidad por enfermedades diarreicas. De tal forma, que comparando el año de mayor mortalidad por estos procesos con el año último de 1935, se observa que la disminución de óbitos referente a atrepsia y debilidad congénita es de 67,4 y 62,7 por 100 respectivamente, y sólo de 16,2 por 100 en los determinados por trastornos nutritivos e infecciosos con diarrea.

Una diferenciación hace ostensible el gráfico número 5: la separación que hemos hecho de las causas de mortalidad del cuadro 2, en causas influenciadas por la puericultura y extra-puericultoras. No negaremos que tampoco puedan beneficiarse de la puericultura estas últimas, pero creemos que de manera directa son las indicadas en el cuadro las causas más factibles de intervención, y de ellas con preferencia los trastornos nutritivos. Estadística global, no se indica en la misma la parte que corresponde a la población y la inmigrada accidentalmente de la provincia.

Los gráficos números 6 y 7 se refieren a natalidad absoluta y mortalidad y natalidad relativa.

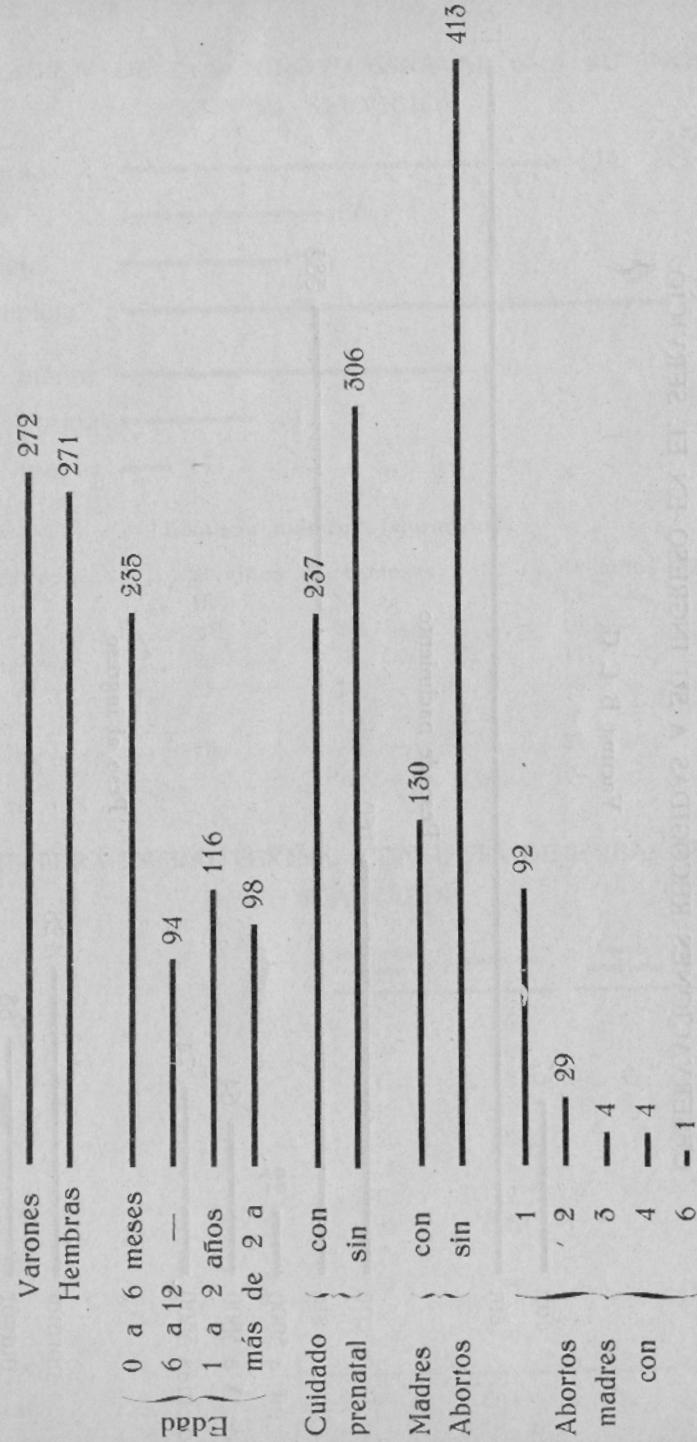
En una estadística de capitales de provincias de España correspondiente a 1934, ocupa Pamplona el número 26 entre las mismas ordenadas de mayor a menor proporción de fallecidos de menos de cinco años. Poblaciones como Avila, Vitoria, Soria, Huesca, de climas extremadamente fríos, aparecen con menor mortalidad. Creemos, sin embargo, que Pamplona ha mejorado en estos últimos años su cifra de mortalidad infantil. Hay que tener en cuenta que las estadísticas no indican el número de realidad efectivo que corresponde a la ciudad, pues no separan la mortalidad propia de la población, de la de los centros benéficos, que en parte recogen los niños que pertenecen a la provincia.

En estos últimos seis años, Pamplona ha tenido la siguiente mortalidad de menos de cinco años a mil defunciones de todas las edades:

1930	1931	1932	1933	1934	1935
241	200	230	242	225	195

En resumen, hecho este bosquejo de la mortalidad global y por grupos de enfermedad de los últimos seis años en Pamplona, vemos que la lucha inmediata debe referirse a los procesos respiratorios y trastornos nutritivos; higiene y profilaxis; propaganda puericultora y dietética.

SERVICIO DE HIGIENE INFANTIL 1934-1935
 NUMERO DE NIÑOS, 543 OBSERVACIONES RECOGIDAS A SU INGRESO EN EL SERVICIO

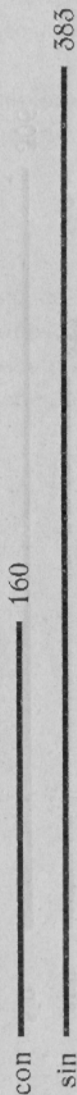


NUMERO DE NIÑOS, 543
OBSERVACIONES RECOGIDAS A SU INGRESO EN EL SERVICIO

Vacuna B C G



Peso de nacimiento



inf. a 5000

de 5 a 5500

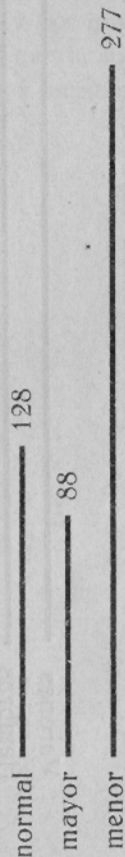
de más 5500

22

64

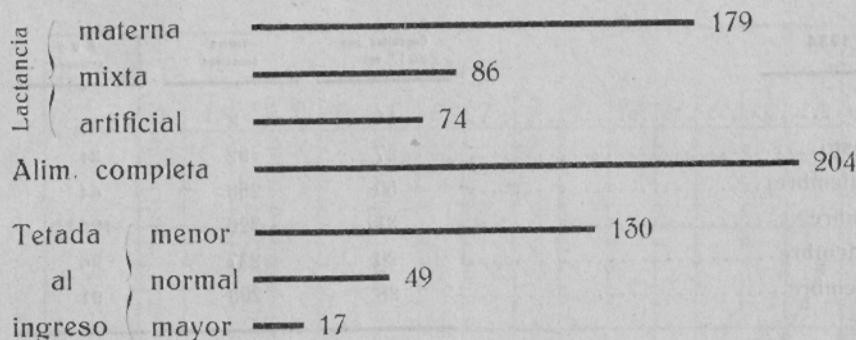
74

Peso al ingreso



Número 9

ALIMENTACION DE LOS NIÑOS OBSERVADOS A SU INGRESO EN EL SERVICIO



Lactancia materna (duración)

0 días.....	21 niños	6 meses..	19 niños.
15 —	18 —	7 —	13 —
30 —	30 —	8 —	10 —
2 meses.....	20 —	9 —	11 —
3 —	27 —	10 —	16 —
4 —	15 —	11 —	8 —
5 —	19 —	12 —	31 —
		más.....	102 —

Número 10

PUERICULTURA INTRAUTERINA.-CONSULTA DE EMBARAZADAS DOCTOR ALCALDE

1935	Embarazadas asistidas	Análisis orina	Reacción wassermann	Reacción Brohua
Enero.....	27	25	3	
Febrero.....	16	15		
Marzo.....	17	14	1	
Abril.....	12	12		
Mayo.....	29	23		1
Junio.....	5	5		
Julio.....	12	12	1	
Agosto.....	23	23	1	
Septiembre..	19	19		
Octubre.....	25	24		
Noviembre.....	18	17		
Diciembre.....	28	27	5	
Total.....	231	216	11	1

Número 11

PUERICULTURA DE 1.^a Y 2.^a INFANCIA

1934	Consultas por 1. ^a vez	Visitas sucesivas	R U V sesiones
Julio.....	14	2	
Agosto.....	27	92	34
Septiembre.....	50	293	64
Octubre.....	31	326	125
Noviembre.....	20	237	96
Diciembre.....	28	263	91
Total.....	170	1,218	410

Número 12

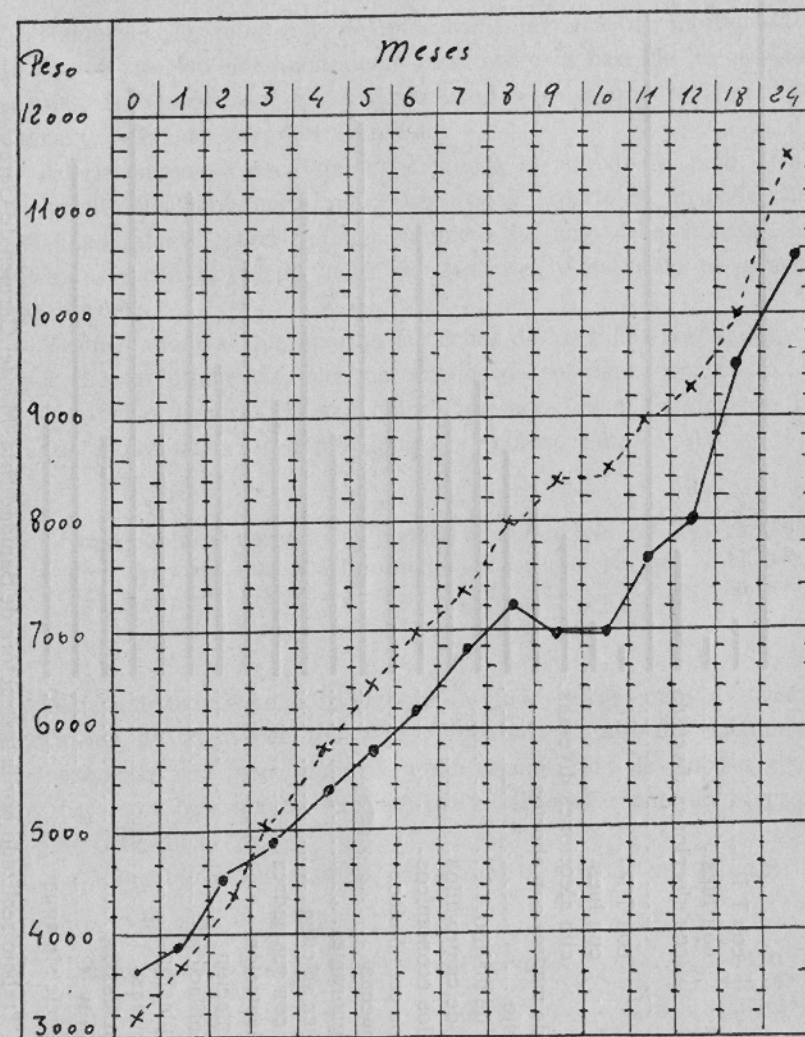
PUERICULTURA DE 1.^a Y 2.^a INFANCIA

1935	Consultas por 1. ^a vez	Visitas sucesivas	R U V sesiones	Vacunación antivaridólica
Enero.....	24	309	94	4
Febrero.....	28	230	29	3
Marzo.....	41	408	143	8
Abril.....	52	480	149	27
Mayo.....	42	431	131	41
Junio.....	31	353	123	28
Julio.....	23	330	92	4
Agosto.....	38	496	128	4
Septiembre.....	30	465	113	2
Octubre.....	21	364	96	3
Noviembre.....	23	373	121	24
Diciembre.....	20	290	34	30
Total.....	373	4,529	1,253	178

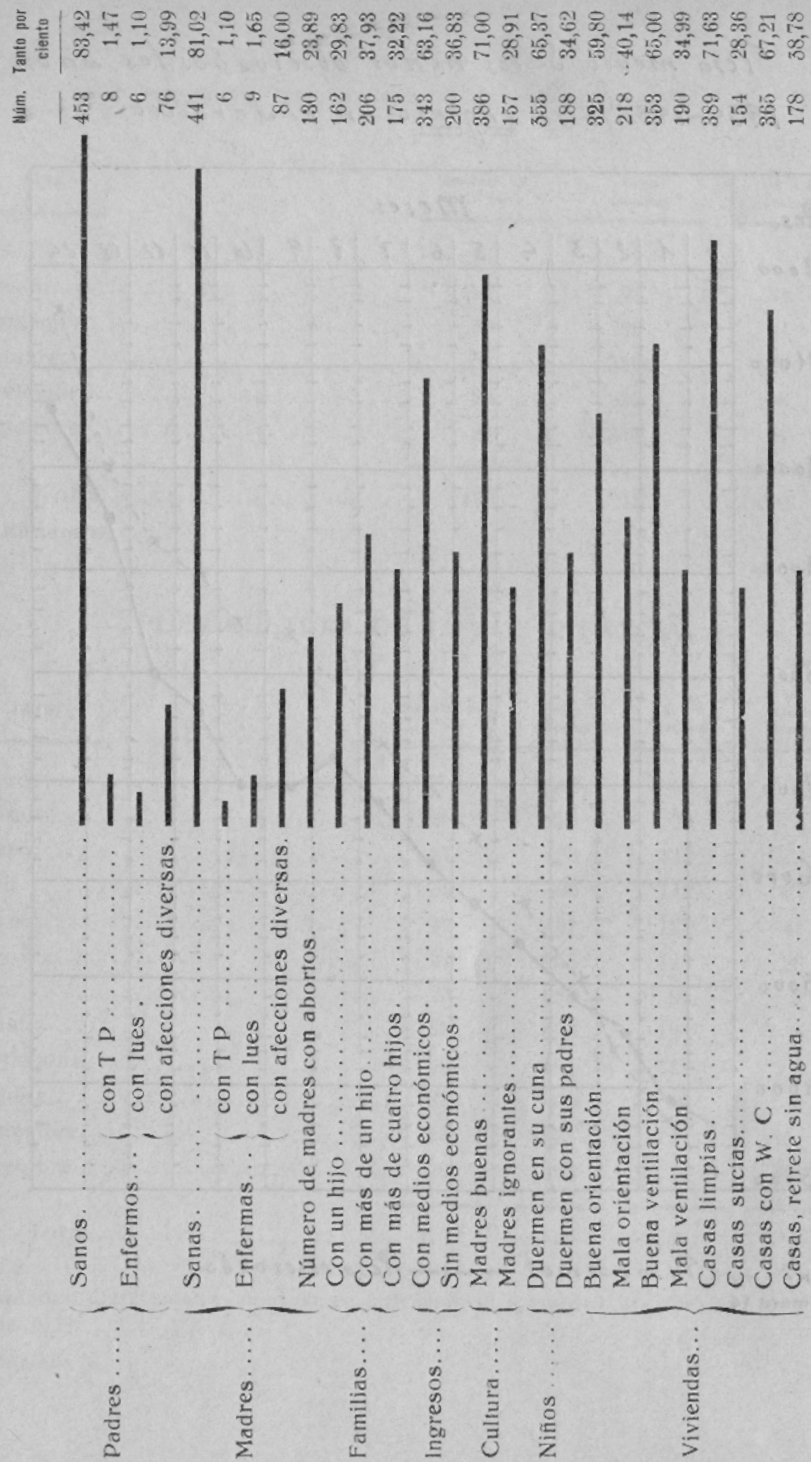
Productos dietéticos y medicinas entregadas, anotadas desde Abril de 1935. 805

Número 13

Peso medio de los niños observados los años 1934-1935 a su ingreso en el Servicio



x - - - - x Peso normal ————— Peso observado.
Número 14



Trabajo realizado por la Instructora de Sanidad Srta. M.ª del Carmen de Garay

OBSERVACION MEDICA Y SOCIAL DE LOS NIÑOS INGRESADOS

Hemos hecho anteriormente unos comentarios sobre mortalidad infantil. Merece también unas consideraciones, sobre la base de los gráficos precedentes, la observación de los datos más salientes que recogen las fichas médica y social de los niños ingresados

Adelantémonos a decir que puericultura es cultivo del niño, y de aquí que nuestra finalidad única, pudiéramos decir, aparte de la lucha contra la mortalidad infantil, es el cuidado completo del niño—alimentación, higiene, profilaxis—, con el fin de hacer del lactante, y del niño en general, un niño eutrófico.

Veamos ahora lo que aportan las fichas de los niños ingresados en relación con estos problemas, bien necesitados de enseñanza por cierto.

Las fichas médicas de 543 niños ingresados en el Servicio de Higiene Infantil, suministran los datos siguientes (gráfico número 9):

Niños con peso normal a su ingreso en el Servicio.....	25,96 %
— — — mayor del normal.....	17,84 %
— — — menor — —	56,18 %

Sería interesante conocer el peso de todos estos niños al nacer, pero únicamente un 29,46 por 100 tienen registrado el peso del nacimiento; de ellos aparecen, con peso inferior a 3.000 gramos, 22; de 3.000 a 3.500 gramos, 64, y con peso mayor, 74; hay por lo tanto solamente un 13,75 por 100 de peso deficiente.

La alimentación de los niños ingresados es (gráfico número 10):

Lactancia materna a su ingreso en el Servicio.....	52,80 %
— mixta —	25,36 %
— artificial —	21,82 %

Existe, como puede apreciarse, un número mayor, más de la mitad del total, de lactantes a pecho que contrasta con el tanto por ciento casi igual de niños desnutridos.

Al estudiar los factores alimenticios que pueden ser causa de estas deficiencias de peso, aparecen dos como importantes: cantidad de tetada y tiempo de lactancia; 66,32 por 100 de madres fueron a su ingreso en distintos

grados hipogalácticas; sólo un 33,67 por 100 tuvieron una tetada normal; 30,74 por 100 han sido lactados por su madre como alimentación única o preponderante entre seis meses y un año; 29,31 por 100 han tetado pasada esta edad. El factor cuantitativo explica la disminución ponderal de los seis primeros meses; la escasa cantidad y calidad de la leche, la ausencia de alimentación complementaria son causas por todos conocidas de estas insuficiencias ponderales del segundo semestre del primer año de la vida.

Separadas de este estudio las causas congénitas de desnutrición, herencia, tuberculosis, sífilis y las distróficas, quedan los factores importantísimos de la miseria y de la ignorancia en el cuidado del niño como causas esenciales entre los niños ingresados en este Servicio.

Es un dato que resalta a la simple lectura del gráfico número 15, resumen de las fichas sociales de los niños ingresados en el Servicio, hecho por la muy competente instructora de Sanidad, señorita María del Carmen de Garay, el tanto por ciento tan parecido de las cuatro observaciones siguientes: falta de medios económicos, ignorancia de los cuidados maternos, abandono de la limpieza del hogar, mala ventilación. Estas cuatro circunstancias y la irregularidad en la asistencia al Dispensario, hemos visto repetidamente señaladas en las fichas de una gran parte de los niños retrasados. Son hijos de madres que se hicieron hipogalácticas, algunas veces por carencia alimenticia materna—necesidad de los comedores para madres lactantes—, pero los más por la miseria social en que viven, por la ignorancia y el abandono.

Entre todos los casos de hipoalimentación, aparte de las causas anteriormente citadas, hemos podido apreciar los derivados de una hipogalactia por grietas del pezón, irregularidad de la tetada, falta de vaciamiento, implantación de una lactancia mixta poco científica, lactancia artificial mal dirigida, vómitos, trastornos dispépticos.

Dado el porcentaje de madres que pueden criar a sus hijos—78,17 por 100—como alimentación única o ayudadas con leche extraña, creemos que el problema del retraso en el crecimiento ponderal de origen alimenticio, unido íntimamente al factor económico muchas veces, a la ignorancia y abandono otras, como hemos citado, es fácil de corregir gracias a este elevado tanto por ciento de madres que lactan, con una educación puericultora de la que tantas mujeres están ignorantes.

Se hace necesario, pues, una intensa labor de atracción al Dispensario con el fin de conseguir que las madres ingresen a sus niños en el primer mes, dando ocasión al puericultor de corregir esas hipogalactias con una reglamentación científica, cuando no de instituir una lactancia mixta apropiada. El gráfico de peso que acompaña este modesto trabajo, es altamente instructivo (gráfico número 14).

El gráfico número 8 hace visibles finalmente los datos importantes: cui-

dado prenatal y número de abortos; 56,43 por 100 de madres no han recibido cuidado prenatal; 23,89 por 100 aparecen afectas de abortos. Raíz fundamental: el examen periódico de la gestación para hacer una labor eficaz de puericultura post-natal. Es menester, si se quiere alcanzar una mayor eficiencia en los problemas de higiene infantil, inculcar a la futura madre con nuestros consejos, con la propaganda de vulgarización, la conveniencia de una vigilancia médica en el embarazo en beneficio para ella y su descendencia.

El ideal sería vigilar al niño antes de su nacimiento por intermedio de la madre primero, y con la madre después. Para ello se debiera exigir, además del reconocimiento durante la gestación, asiduidad a las madres en la asistencia al Dispensario, como una obligación. Es todavía corriente la rareza de presentación periódica del niño al puericultor «porque va bien». Esta irregularidad, unas veces motivada otras sin causa justificada; se da con mayor frecuencia entre las madres que necesitan ayuda material, pero que adolecen de cierto grado de cultura; la regularidad en la asistencia es, al contrario, la norma en las madres cultas y con recursos económicos, aunque modestos.

Si queremos confirmarnos más en la necesidad de la vigilancia médica del niño, hagamos resaltar que de los 543 niños observados, han padecido trastornos digestivos 222 y raquitismo 54, que hacen un porcentaje de 40,8 por 100 y 9,9 por 100 respectivamente.

De la labor realizada por nosotros en el Servicio de Higiene Infantil, poco podemos decir; escaso es el tiempo de actuación que llevamos, reducidos los elementos de que disponemos: personal mínimo—instructora de Sanidad y puericultor—, local exiguo que no admite acción cultural, fuera de la que diariamente inculcamos a las madres con nuestros consejos y el reparto de las hojas que nos manda la Dirección general de Sanidad, ni mayor trabajo del limitado que ahora tenemos. Solamente diremos que hemos tendido siempre a hacer del Servicio de Higiene Infantil un Dispensario de Puericultura y de Higiene, de tal forma, que de los 543 niños citados ingresaron por causas puericultoras 471 y por procesos patológicos diversos 72, y ellos con el fin de seguir más tarde las reglas higiénico-dietéticas necesarias.

Incompleto es aún el trabajo ejecutado, pero esperamos que mejor instalados en el nuevo Instituto de Higiene en construcción, erigido por la excelentísima Diputación de Navarra, podamos hacer al lado de la labor higiénico-dietética, labor cultural, llegando de este modo en lo posible a corregir estas deficiencias que hemos señalado. Y siempre teniendo como base en toda acción puericultora estos dos fundamentos importantes: el conocimiento previo de la mortalidad infantil de la población y el estudio del medio en que se desenvuelve el niño: madre y vivienda.

No quiero terminar este breve resumen de observaciones sin hacer mención de mi compañero don Julián Alcalde, Director de la Maternidad y Orfa-

nato de Navarra, que al frente, desde su fundación, de la consulta de puericultura intrauterina, desarrolla una labor que merece mi agradecimiento más profundo, y asimismo debo reconocimiento al señor Inspector Provincial de Sanidad por el interés que en todo momento ha tomado, interés que se ha visto cristalizado en la ayuda material que, gracias a su iniciativa, ha prestado la Junta de Protección a la Infancia, asignando a este Servicio de Higiene Infantil el año actual la cantidad de 1.000 pesetas, para agregar a la modesta asignación—hoy mermada—que de la Dirección general de Sanidad se recibe para productos dietéticos. Conste aquí mi agradecimiento sincero a dicha Institución en nombre del niño pobre de Navarra.

Pamplona, Enero de 1936.