

blems must be suspected when growth of an asthmatic child deviates significantly from normal.

#### REFERENCIAS

- Ramos Galván, R. y Luna Jaspe, H.: *Somatometría*. Bol. méd. Hosp. infant. (Méx.) 21: (supl. 1): 143, 1964.
- Bayer, L. y Bayley, N.: *Growth diagnostics*. Chicago, The Univ. of Chicago Press, 1959.
- Mariscal, A. C., Viniegra, C.A., Ramos Galván, R. y Pérez Ortiz, B.: *Predicción de talla final en niños con peso y talla en equilibrio*. Bol. méd. Hosp. infant. (Méx.) 24: 43, 1967.
- Gómez, F.: *Desnutrición*. Bol. méd. Hosp. infant. (Méx.) 3: 543, 1946.
- Pérez Ortiz, B.: *Factores que determinan el crecimiento físico del niño. En: Coloquio Latinoamericano sobre el Conocimiento del Niño*. Centro Internacional de la Infancia, México, 1964.
- Pérez Ortiz, B.: *Factores que determinan el crecimiento físico del niño*. Bol. méd. Hosp. infant. (Méx.) 21 (Supl. 1) 3-4, 1964.
- Field, C.E.: *Bronchiectasis*. Arch. Dis. Childhood. 36: 587, 1967.
- Spool, A. y Huang, N.: *Growth patterns in children with cystic fibrosis*. J. Pediat. 65: 664, 1964.
- Cohen, M. B. y Abram, L. E.: *Growth pattern of allergic children*. J. Allergy. 19: 165, 1948.
- Van Metre, T. E. Jr. y Pinkerton, H. L., Jr.: *Growth suppression in asthmatic children receiving prolonged therapy with prednisolone and methylprednisolone*. J. Allergy 30: 103, 1959.
- Falliers, C. J.: *Childhood asthma and steroid therapy as influences on growth*. Amer. J. Dis. Child. 105: 127, 1963.
- Wetzel, N. C.: *Physical fitness in terms of physique development and basal metabolism*. J.A.M.A. 116: 1187, 1941.
- Ramos Galván, R.: *Homeorresis*. Bol. méd. Hosp. infant. (Méx.) 25: 5, 1967.

## COMENTARIO OFICIAL

DR. RAFAEL RAMOS-GALVÁN<sup>1</sup>

LA PEDIATRÍA se define como la ciencia del crecimiento y el desarrollo humanos, lo que explica el interés de un trabajo como el que se ha presentado en esta ocasión.

Tratándose de enfermos crónicos es especialmente difícil lograr que hasta el término de la vida, el crecimiento y el desarrollo hayan sido armónicos y completos.

Por muchos años eso se vio dramáticamente ejemplificado en el caso de los niños diabéticos, en los que no sólo había una mortalidad muy elevada, sino que además, tenían un crecimiento físico muy precario. A la fecha, se sabe que un niño diabético debe crecer dentro de los patrones de la normalidad y que la dieta debe propiciar ese

crecimiento, aun cuando para ello sea necesario aumentar la dosis de los insulínicos que se empleen.

Otro ejemplo es el de los niños atiroideos, en los cuales el éxito del tratamiento, está en función de la precocidad del diagnóstico y de la adecuación y constancia en el tratamiento; si tales requisitos se cumplen, es mucho lo que puede hacerse por estos pacientes.

Tratándose de niños asmáticos el problema no es menos complicado y aun a la fecha, es frecuente que el médico y los legos, tengan de ellos la imagen de sujetos con talla inferior a la normal y con sobrepeso accentuado. Es posible que en buena parte esa idea se derive de la silueta que resulta de un clásico tórax en tonel, pero al mismo

<sup>1</sup> Académico numerario. Hospital Infantil de México.

tiempo parecería ser la consecuencia obligada de un mal estado de nutrición, con crecimiento y desarrollo inadecuados.

El manejo del niño asmático no es fácil y con relativa frecuencia los familiares, el pediatra o el médico general cometen errores que se traducen significativamente sobre el paciente. El confinamiento excesivo, la prohibición desconsiderada de juegos y ejercicios al aire libre, la ausencia de gimnasia respiratoria, las prolongadas dietas de exclusión, son algunos de los clásicos escollos para el crecimiento normal de estos enfermos; pero a últimas fechas se agregan factores de índole muy claramente iatrogénica: el empleo incorrecto de antihistamínicos y de corticoesteroides. Los primeros, causando mal-estar, somnolencia y sobre todo originando anorexia; los segundos, por una acción casi directa sobre el crecimiento físico.

Por otra parte, la situación del niño asmático es especialmente agresiva para su desarrollo afectivo; aun se ha dicho que estos cuadros, cuya base es obviamente genética, se desencadenan por la presencia de los alérgenos, pero se mantienen, se prolongan o se perpetúan, por razones de índole emocional. La crisis asmática es tan dramática

en los niños, que fácilmente origina la más ansiosa sobreprotección por parte de los familiares y si ellas se repiten, causan en el paciente, un acentuado sentimiento de frustración y de invalidez; sin contar que la personalidad de los padres, específicamente de la madre de los niños asmáticos, tiene rasgos muy peculiares. Estudiando dibujos realizados por niños asmáticos, el Dr. Gómez Orozco ha llamado la atención del pediatra sobre tales aspectos del desarrollo.

En este trabajo, expone en forma sencilla y ordenada, sus observaciones sobre el crecimiento físico de un grupo relativamente numeroso de pacientes y en ese estudio semilongitudinal, demuestra que, bien atendidos, los niños asmáticos pueden lograr un crecimiento físico totalmente satisfactorio.

En ninguno de los parámetros estudiados, existen diferencias con las cifras que corresponden a los grupos de escolares normales y si por una parte, se observa en ellos que ocurre homeorresis (en las edades previstas por otros trabajos), tampoco parece deteriorarse la posibilidad de alcanzar finalmente una talla determinada, lo cual es una de las metas que el pediatra debe tener presente.