

Algunos aspectos de las enfermedades respiratorias en los niños

Por el Prof. MUDR J. HOUSTEK (*)

Después de la II Guerra Mundial nuestro servicio médico fue colocado sobre nuevas bases, introduciéndose gradualmente los principios de la atención médica desde el punto de vista socialista; una coordinación absoluta de los métodos preventivos y curativos que son ofrecidos gratuitamente a todos los habitantes de nuestro país, habiéndose enfocado la atención especialmente en el cuidado de los niños. En ello jugaron un papel importante las facultades de Medicina de la Universidad. Los directores de los departamentos pediátricos universitarios estaban muy conscientes de que aún los mejores diagnósticos y métodos de tratamiento eran aplicados a menudo tardíamente y que la cuestión de la vida o la muerte de un paciente estaba siendo decidida mucho tiempo antes de su hospitalización. Por eso es que ellos tomaron una parte activa en la introducción de los nuevos sistemas de la atención médica y han estado llevando a cabo muy importantes tareas en este campo. Se espera que en el futuro el pediatra se convierta en un médico de familia encargado del complejo cuidado de los niños de su barriada

desde el nacimiento hasta los 15 años, tanto sanos como enfermos. Los profesores universitarios y sus colaboradores, aparte de su trabajo científico y pedagógico en sus departamentos, toman parte en la organización del cuidado de los niños en otras instituciones médicas tanto como en la práctica pediátrica. Nuestro país se halla dividido en 11 distritos administrativos, habiéndose designado para cada uno de ellos un pediatra de gran experiencia como experto consultante para atender los problemas relacionados con el cuidado de los niños. Este cargo es desempeñado generalmente por un profesor universitario. De este modo pueden ellos atender por sí mismos el estado de la atención médica de los niños, sus necesidades y fallas, lo cual es de la mayor importancia para sus investigaciones y trabajo pedagógico. Ellos obtienen una impresión más exacta de la verdadera morbilidad ya que ellos se ponen generalmente en contacto solo con pacientes seleccionados que hayan ingresado debido a su estado más grave o crónico.

Ahora quiero familiarizarlos a ustedes con algunos hechos de mi experiencia, reunidos en el curso de mis actividades como experto jefe en el cuidado de los niños en la región de Bohemia Central, donde la atención médica ha

(*) Director del II Departamento de Niños de la Charles University, de Praga (Checoslovaquia).

—Comunicación al X Congreso Médico Nacional; La Habana, 1963

estado siendo desarrollada sistemáticamente desde 1949.

Esta región tiene un área de 11,277 kilómetros cuadrados, con una población de 1,271,246 habitantes, de acuerdo con el censo de diciembre de 1961. Aquí prevalece la agricultura, pero la industria se halla también desarrollada y altamente representada. Praga, la capital, no está incluida en este estudio ya que los datos correspondientes a la misma son elaborados separadamente. Además de los dos departamentos pediátricos universitarios, existen 14 salas de niños en los hospitales, 2 casas para niños y cierto número de otras instituciones en esta región. Más de 130 pediatras trabajan en estas instituciones, estando subdividida la región en 12 distritos de cerca de 100,000 habitantes cada uno. La atención de los niños es supervisada por el pediatra del distrito, que usualmente es el Jefe de la sala de niños correspondiente. Los departamentos universitarios para niños funcionan como centro de consulta para los casos más serios y complicados, que son luego ingresados para ser atendidos en las salas pediátricas del distrito. El departamento universitario supervisa por sí mismo una pequeña zona desde donde los pacientes son remitidos para su hospitalización sin recomendación alguna. Hay una estrecha cooperación entre los pediatras del departamento universitario y los de la sala del distrito. En la mayoría de los casos casi todos los pediatras de los distritos habían trabajado anteriormente en los departamentos por algún tiempo. Ellos giran regularmente una visita a los departamentos universitarios una vez al mes y toman parte en sus actividades, elaborándose para ellos, además, un programa especial de larga duración. Ellos participan de los pases de visita, seminarios y tienen oportu-

nidad de discutir sus problemas con los expertos en la materia. Por otra parte el Jefe del departamento universitario, acompañado por uno de sus ayudantes, visita los distritos individuales y allí, en las salas de distrito, ayuda a resolver los problemas de diagnóstico y tratamiento, analiza algunos de los casos más difíciles y discute las cuestiones médicas más importantes relacionadas con el distrito. Además se ofrecen regulamente seminarios para pediatras en las salas de recién nacidos, en las escuelas de servicio médico, etc. Aproximadamente el mismo standard de atención médica resulta así asegurado para toda la región. El contacto de los pediatras prácticos con las salas de niños de sus respectivos distritos se halla organizado de modo semejante. Además los médicos jefes de las salas de distrito y sus auxiliares tienen la oportunidad de asistir a cursos especiales de duración variable.

Durante el período de 1955-1957, la estructura de la población infantil, de acuerdo con los períodos de edad fue la siguiente:

Cuadro 1

Lactantes (0-1 año) .	16,962 - 18,023
Niños de edad pre-escolar (1-6 años) .	94,119 - 100,262
Niños de 6 a 14 años .	139,856 - 149,093

La mortalidad infantil era muy alta durante los años de la preguerra y del comienzo de la post-guerra, siendo ello igualmente aplicable a todo el territorio de la República en la pre-guerra, en que excedía del 100 por 1,000. Comenzó a partir de entonces a disminuir por lo que en 1949 cuando ya se habían dado los primeros pasos hacia una atención sistemática, hubo un promedio de 61 por 1,000, o sea que murieron 61 niños

por cada 1,000 nacidos vivos, cuyas muertes ocurrieron en el primer año de la vida. La curva de mortalidad infantil se expresa en el gráfico 2. Podemos ver por ella que la mortalidad infantil disminuyó hasta llegar a ser de solo 17,3 por 1,000 durante esos años, o sea que murieron 17 niños en el primer año de la vida por cada 1,000 nacidos vivos. La curva correspondiente a nuestra región es semejante a las de las otras regiones de nuestro país.

Con el objeto de ofrecer una base exacta y científica para futuras luchas contra la mortalidad infantil, se hicieron obligatorias las autopsias de todos los niños que murieron tanto en el domicilio como en el hospital en todo el territorio de la Bohemia Central en 1952. Todas las autopsias se encontraron en el Instituto Patológico de la Facultad de Pediatría de la Charles University. Al año siguiente se hicieron obligatorias las autopsias en otros grupos de edades para realizar el examen

post-mortem de todos los niños fallecidos hasta la edad de 15 años. Los hallazgos anatomopatológicos, el diagnóstico clínico así como el desarrollo previo del niño en conjunto son cuidadosamente analizados en reuniones integrales de pediatras, anatomo-patólogos y hasta obstetras y otros miembros del cuerpo médico. Estos análisis se practican tanto en cada distrito como en toda la región. Las discusiones amplían los conocimientos de los médicos, ayudan a descubrir cualquier falla en el servicio médico, permitiendo erradicarlas. Después se hace el diagnóstico definitivo y las conclusiones del diagnóstico diferencial con la mayor exactitud posible. El ejemplo de la región de la Bohemia Central fue seguido en otras regiones de nuestro país, habiéndose introducido en ellas la práctica obligatoria de las autopsias.

Algunos datos sobre la mortalidad infantil en la región de la Bohemia Central, durante los últimos 10 años, son ofrecidos en el cuadro 2:

Cuadro 2

	1952	1961
Total de niños nacidos vivos	20,359	14,811
Niños fallecidos de 0-1 año	802	261
Tasas de muertes entre las edades de 28 ds. - 1 año	354	85
Mortalidad infantil	39.5 ^o / ₀₀	17.3 ^o / ₀₀
Mortalidad en el recién nacido	21.9 ^o / ₀₀	11.7 ^o / ₀₀
Mortalidad en el período post-recién nacido . . .	17.6 ^o / ₀₀	5.6 ^o / ₀₀

Si estudiamos más de cerca estas cifras podemos ver, como es muy frecuente en tales estadísticas, que el descenso de la mortalidad es marcadamente menor en los infantes del grupo de edad comprendidos entre 0 y 28 días que en el grupo de 29 días al año de edad. En nuestras estadísticas, la mortalidad de los recién nacidos varía entre el 50-70% de la mortalidad infantil total.

La participación de algunas de las principales enfermedades en la mortalidad infantil entre los niños de edades entre 28 días y 1 año tanto en 1952 como en 1961 se demuestra en el próximo cuadro 3. En él se expresan las causas de la muerte en los grupos individuales de enfermedad.

Cuadro 3

Enfermedades	1952	1961
Tractus gastro-intestinal	5.05 ^o / ₀₀	0.79 ^o / ₀₀
Tractus respiratorio	5.65 ^o / ₀₀	2.18 ^o / ₀₀
Sistema nervioso	1.17 ^o / ₀₀	0.59 ^o / ₀₀
Infecciosas	0.93 ^o / ₀₀	0.13 ^o / ₀₀
Malformaciones	2.36 ^o / ₀₀	1.79 ^o / ₀₀
Varias	1.57 ^o / ₀₀	0.19 ^o / ₀₀
No autopsiados	0.63 ^o / ₀₀	—

En 1952, cuando las autopsias se hicieron obligatorias, nosotros no logramos en realizar los exámenes post-mortem en todos los niños fallecidos, por lo que un pequeño número escapó a las pesquisas. Pero en los años siguientes las autopsias pudieron ser verificadas en todos los casos. Si comparamos las cifras de los años correspondientes veremos un desarrollo favorable. En al-

gunas de las enfermedades la disminución es muy significativa, como sucede con las gastrointestinales y las infecciosas. La distribución de la mortalidad según las distintas enfermedades durante los años de 1952 y 1956 resulta más evidente si se expresa en %. Tal comparación se demuestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 4

	1952		1961	
	Total	%	Total	%
Defectos congénitos del desarrollo	48	13.6	27	31.7
Enfermedades respiratorias	115	32.5	33	38.9
Enf. gastro-intestinales	103	29.1	12	14.1
Enf. del sistema nervioso	23	6.7	8	9.4
Otras enfermedades	31	9.0	3	3.5
No autopsiados	11	3.7	—	—

Se demuestra claramente que la proporción de defectos congénitos, por ejemplo, en cuanto a mortalidad durante 1952 alcanzó a 11.6%, mientras en 1961 se elevó a 31.8%. Si se toma en consideración su distribución en los diferentes órganos, el cuadro se mantiene aproximadamente en la misma proporción para ambos períodos. Las enfermedades cardíacas congénitas representan cerca de la mitad de todas las enfermedades.

En 1952, la tuberculosis, la tos ferina y la sífilis, aparecían todavía en cierto nú-

mero como causas de la muerte a consecuencia de enfermedades infecciosas, mientras en 1961 solo hubieron 2 casos de sarampión.

Las enfermedades respiratorias constituyen todavía las causas principales de muerte, pero su evolución es diferente, de modo similar a como sucede con las enfermedades gastro-intestinales. Los tipos clásicos de evolución se han hecho menos frecuentes mientras el número de casos con evolución atípica y en los cuales solo se encuentran hallazgos ma-

microscópicos de poca importancia así como pequeñas alteraciones histológicas en el tractus respiratorio y en el intersticio pulmonar, han experimentado un aumento. En estos casos la muerte ocurre súbita e inesperadamente.

Marcada atención se le ha prestado reiteradamente a estas muertes súbitas e inesperadas y, como de costumbre, se examinó un período largo —desde los 11 días hasta el primer año de edad. En este grupo incluimos aquellos casos en que se trataba de niños saludables y asintomáticos que fueron hallados muertos en sus camas por los padres. Además este grupo comprende aquellos casos en que los niños presentaban ciertos síntomas antes de su muerte, como por ejemplo falta de apetito, catarro común, sueño intranquilo, etc., mientras eran completamente saludables en todos los demás aspectos, o si los síntomas aparecían inmediatamente antes de la muerte como síntomas agónicos: vómitos, disnea, espasmos, etc. Durante los últimos diez años la tasa de mortalidad resultante de muertes súbitas e inesperadas considerada en el grupo de 11 días - 1 año de edad, ha variado entre 1.5% y 3%, es decir que representa cerca de la décima parte de la mortalidad infantil total (cuadro 6). El cuadro demuestra que la disminución de la mortalidad es aquí lenta y las desviaciones en los distintos grupos de edad son más o menos sorprendentes. El porcentaje de in-

fantes prematuros es mayor (15.8%). La muerte ocurre más frecuentemente en el segundo o en el tercer mes de la vida (Gráfica 7). Más de la mitad de todas las muertes súbitas e inesperadas ocurre durante los tres primeros años de la vida. El nivel más alto de mortalidad corresponde a los meses de Febrero y Marzo, siendo el menor durante los meses de verano (gráfica 8). El 50% de los niños muere entre la media noche y las 6 de la mañana, 25% en el período entre las 6 y las 12 a.m. (diagrama 9). Las muertes de estos niños son examinadas sistemáticamente. Además de los exámenes anatómo-patológicos, se hacen visitas a los familiares de los niños fallecidos, realizándose un análisis detallado de las condiciones higiénicas, epidemiológicas así como las investigaciones serológicas pertinentes.

La mortalidad entre los niños de 5 - 15 años alcanzó a cerca de 52 muertes por cada 100,000 niños de este grupo de edad. Es mayor en niños de 1 a 5 años — 93 —, mientras en niños de 5 - 15 años es menor — 42. Desde 1952 la mortalidad en el primer grupo ha mostrado una tendencia decreciente. En el segundo grupo este descenso no es tan significativo.

Durante el período de 1952 — 1961, 542 niños murieron dentro del grupo de 1 - 5 años de edad y 610 niños en el grupo de 5 - 15 años. Los siguientes resultados dan en detalle los exámenes

Cuadro 5

	1 - 5 años	5 - 15 años
Enfermedades respiratorias	15.5%	2.9%
Enfermedades gastrointestinales	9.6%	5.7%
Enfermedades cardíacas	7.8%	5.7%
Enfermedades del sistema nervioso	11.6%	12.8%
Enfermedades infecciosas	11.6%	6.1%
Tumores	11.4%	18.2%
Traumatismos	25.1%	43.3%
Otras causas	7.6%	5.4%

anatomo-patológicos y un minucioso análisis de los hallazgos clínicos.

En el grupo de edad 1 — 5 se puede ver una disminución gradual de las enfermedades infecciosas, mientras en los otros grupos etarios hay marcadas desviaciones en los distintos años del período en observación.

El número de enfermedades tumorales y del sistema nervioso ha ido aumentando en el grupo de 5 - 15 años durante el curso de los años. En cuanto a los accidentes, su número se estuvo elevando hasta 1959 pero empezó a disminuir desde entonces. Las enfermedades infecciosas están también en descen-

so. En otros grupos su número en los años individuales es pequeño y las desviaciones son irregulares. La difteria, tos ferina y el tétanos no han sido hallados entre las causas de muerte en los últimos años. La tuberculosis cesó de ser causa de muerte también.

Debido al descenso de algunas de las enfermedades antes importantes, la cuota de defectos congénitos del desarrollo se ha convertido en algo más alta dentro de la mortalidad total. Las malformaciones encontradas entre todos los casos autopsiados estuvieron representadas en un 13.7%.

Su distribución por órganos individuales es la siguiente:

Cuadro 6

Malformaciones cardíacas	34.9%
Malformaciones del sistema nervioso	22 %
Malformaciones múltiples	20 %
Malformaciones del tractus gastrointestinal	13.6%
Malformación del tractus urinario	5.2%
Malformaciones del aparato locomotor	3.3%
Malformaciones del tractus respiratorio	0.9%

En lo que concierne a las enfermedades respiratorias, el número de neumonías estafilocócicas aumentó hacia 1956, pero ha ido en descenso a partir de esa fecha.

Hablando de enfermedades respiratorias, conviene que examinemos más estrechamente dos enfermedades que han estado llamando la atención de los pediatras en los últimos años, es decir la listeriosis y la neumonía por pneumocystis Carinii.

Las neumonías del recién nacido pueden explicarse en algunos casos como resultado de una listeriosis, enfermedad inducida por el microbio *Listeria monocytogenes*. Su ocurrencia es más frecuente en lactantes prematuros. Esta en-

fermedad, al examen anatomo-patológico, se caracteriza por nódulos con alteraciones granulomatosas en los órganos. (Nódulos típicos de la superficie del hígado son mostrados en una foto y el granuloma en un corte histológico). Una diseminación de nódulos sobre la piel del recién nacido es también un síntoma típico, facilitando el diagnóstico. Nódulos típicos en la mucosa de la laringe y tráquea son mostrados en una siguiente foto. El examen de la secreción vaginal de la madre por extensión coloreada es muy importante puesto que en ella se puede demostrar la presencia de listerias.

Una evolución grave y a veces letal es característica de la neumonía pneumo-

cística. El cuadro clínico se conocía ya desde 1938 cuando Ammich y Benecke descubrieron aspectos especiales en las piezas macroscópicas y especialmente en los cortes microscópicos de focos de neumonía en prematuros cuya muerte ocurría prematuramente en el tercer mes de la vida. Desde el punto de vista histológico se caracterizaban por infiltrados intersticiales plasmacelulares. Su alta infecciosidad y grave pronóstico fue subrayado por Tobler, que remarcaba un síntoma constante en particular: taquipnea excediendo de 100 respiraciones por segundo. En Praga, solamente en 1951, después de un período de cuidadosos exámenes, dicho autor descubrió las envolturas o cubiertas mucosas de los cuerpos de los parásitos. Estos fueron identificados luego en la Charles University por el parasitólogo Jírovec como formas de desarrollo del parásito *Pneumocystis Carinii*, que él clasificó como Haplosporidia. Después de posteriores exámenes de los preparados de casos observados y descritos previamente, pudo Vaňek establecer el hecho de que las mismas alteraciones típicas ocurrían también en los alvéolos. El ciclo evolutivo del *Pneumocystis Carinii*, una forma típica de esporogonia, masas espumosas en los alvéolos así como radiografías de un niño de 8 meses son mostradas en varias figuras. Los hallazgos de Vaňek y Jírovec fueron aceptados por otros autores. Se ha demostrado que la *pneumonía pneumocystica* es muy frecuente en Europa y que ha producido la muerte de miles de niños. El número de sus víctimas, solo en nuestro país alcanza a varios centenares de lactantes. La enfermedad comenzó a ceder solo después del aislamiento de los niños, usando sistemáticamente luz ultravioleta en las salas en que, en particular, son confinados especialmente durante

los primeros tres meses de vida, así como en sus hogares. Lo mismo se aplica a los niños tratados con corticoides durante largo tiempo. Cuando los resultados del trabajo pionero de Vaňek y Jírovec fueron conocidos, la enfermedad ha ido siendo diagnosticada con mayor frecuencia en casi todos los países del mundo. En nuestra región la ocurrencia de *pneumocystic pneumonia* ha sido esporádica, prácticamente ninguno en los años anteriores, pero hacia el final del año pasado murieron cuatro niños de esta enfermedad en un departamento pediátrico. A este respecto deseo llamar vuestra atención sobre el hecho de que la *pneumonía a pneumocystis* puede ocurrir aún en niños mayores que hayan sido sometidos a un tratamiento prolongado con corticoides, como por ejemplo en casos de hemoblastosis. Nosotros hemos visto varios de estos casos en nuestra práctica privada. En esos niños es necesario tener en consideración otras infecciones tales como *cryptococcosis-torulosis*. Esta puede inducir calcificaciones múltiples en los pulmones.

Síntomas respiratorios graves pueden ser inducidos en lactantes afectados de fibrosis quística del páncreas, los cuales pueden causar la muerte. Del total de lactantes fallecidos en nuestra región, un 1.6% fueron víctimas de esta enfermedad. Un total de 66 niños afectados de fibrosis quística del páncreas fueron tratados en nuestros departamentos universitarios o en las salas distritales de nuestra región durante los últimos 10 años.

Hasta ahora hemos determinado cuantitativamente los cloruros en el sudor de 1,200 niños con el objeto de averiguar en qué grado son causadas las enfermedades repetidas y crónicas por la fibrosis quística del páncreas. Nuestros resultados demuestran que tales casos

son muy raros. Ultimamente hemos examinado cuidadosamente las proteínas excretadas por el sudor. Uno de nuestros colaboradores, Jirka, demostró la presencia de una proteína en el sudor humano cuyas características son las de una mucoproteína. Esta es insoluble en el ácido sulfosalicílico, contiene hexosamina y a la polarografía con la solución de cobalto de Brdicka produce efecto catalítico. Las proteínas del sudor en niños fueron investigadas en nuestro departamento por Tomášová. Los valores de las medianas obtenidas por ella son: 20.8 mg %/8.5 - 47 mg. %/. Las curvas obtenidas indican que de modo general este ácido solo tiene efecto precipitante mínimo sobre las proteínas del sudor. Usando el método de la doble difusión en agar, Jirka demostró que dos de los componentes proteicos del sudor normal se hallan también presentes en el suero. Sin embargo, la presencia de otros componentes en el suero no fué establecida. Aplicando la inmunoelectroforesis Jirka descubrió cinco líneas de precipitado durante la reacción del sudor concentrado en presencia del suero anti-conejo. Las fracciones proteicas mostraron movilidad especialmente en la zona de la albúmina y de las globulinas alfa y beta.

Nuestro departamento ha estado investigando casos afectos de enfermedades respiratorias recidivantes y crónicas durante varios años. Mencionaremos aquí solo una enfermedad rara a la cual se le ha concedido mucha atención recientemente en la literatura pediátrica. Me refiero a la fibrosis pulmonar intersticial difusa, o sea el síndrome de Hamman-Rich. En la década de 1953-1962, fueron tratados en nuestro departamento 1,130 niños con enfermedades respiratorias recidivantes o crónicas. El síndrome de Hamman-Rich típico fue

observado solamente en 11 niños — 8 hembras y 3 varones. 3 de ellos murieron a las edades de 11, 12 y 16 años respectivamente. En los restantes fue demostrado el diagnóstico 6 veces por biopsia y en los demás por la evolución típica así como por los datos clínicos y funcionales. La enfermedad se caracteriza por tos, disnea de esfuerzo y pérdida de peso. El cuadro radiológico pulmonar puede ser perfectamente normal o presentar pequeñas sombras diseminadas en la región subclavicular. Estas sombras nodulares dispersas de modo difuso aparecen gradualmente acompañadas de bandas, estructuras reticulares, ensanchamiento mediastínico y dilatación cardíaca, bulas de enfisema, neumotórax, etc. Presentamos a la consideración de ustedes una radiografía con sombras anilladas nodulares de nuestro primer paciente (1953) así como ofrecemos las alteraciones histológicas observadas en la biopsia de nuestro siguiente paciente, una niña, que presentaba los tabiques interalveolares condensados y fibrosos, con dilataciones, y una infiltración parcialmente a células redondas y activación del epitelio alveolar, cuyas diapositivas les estamos mostrando.

También hemos concedido mucha atención a los problemas de la morbilidad. En nuestro país las enfermedades de observación más frecuente en los niños son las del tractus respiratorio. Durante los años de 1955-1957 hemos analizado minuciosamente todos los niños que fueron hospitalizados en las salas de nuestra región padeciendo enfermedades respiratorias. Hubo 13,205 pacientes, de los cuales 7,598 eran varones y 5,607 hembras, siendo las formas individuales las siguientes:

Rinofaringitis	20.2%
Laringotraqueobronquitis	7.1%
Bronquiolitis	1.1%
Pneumonía	48.7%
Otras enfermedades	21.1%

La cifra total de enfermedades alcanza su acmé durante los primeros meses del año, especialmente en Marzo y en Abril, mientras en los meses de verano se observa un descenso. La bronquiolitis aparece, por lo general solo en Marzo y en Abril. En cerca del 5% de los niños ingresados por enfermedad respiratoria aguda, la evolución fue muy grave. La proporción de las distintas enfermedades respiratorias en estas formas graves fue como sigue:

Rinofaringitis	15%
Laringotraqueobronquitis	10.2%
Bronquiolitis	7.2%
Pneumonía	47.1%
Enfisema	13.9%
Absceso del pulmón	3.9%
Otras causas	3.1%

El estudio de la morbilidad y de la mortalidad representa solo una parte de nuestro trabajo. Le hemos estado concediendo cada vez más atención durante los últimos años a la evaluación del estado de salud general de nuestros niños. Aparte de los chequeos médicos prolijos practicados en los escolares —procedimiento introducido hace algunos años —especialmente en los niños que ingresan o abandonan la escuela, hemos enfocado nuestra atención sobre aquellos niños cuyas edades oscilaban entre 1 y 3 años. En efecto se trata de una especie de epicrisis que evalúa desarrollo y condición presente de los niños y también demuestra los más importantes problemas a resolver en nuestras actividades futuras. Y es esta la gran tarea de nuestros pediatras hacer lo más posible para crear un óptimo desarrollo mental y físico así como una vida feliz para nuestros niños en el futuro.

(Versión en español: Dr. E. Alemán.)