

Boletín de la SPAO

Sociedad de Pediatría de Andalucía Oriental



EDITORIAL. NUEVOS TIEMPOS, NUEVOS RETOS - A. MUÑOZ

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD - J. UBEROS

LA SOCIEDAD DE PEDIATRIA DE ANDALUCIA ORIENTAL - G. GALDÓ



Boletín de la SPAO

(ISSN: 1988-3420) Órgano de expresión de la Sociedad de Pediatría de Andalucía Oriental

Editores Jefe

Antonio Muñoz Hoyos
José Uberos Fernández.

Editor Asociado

Antonio Molina Carballo.

Director honorífico

Gabriel Galdó Muñoz

Consejo editorial

Gabriel Galdó Muñoz
Carlos Ruiz Cosano
María José Miras Baldo
Manuel García del Río
Eduardo Narbona López
Carlos Roca Ruiz
Juan Manuel Fernández García
Emilio José García García
José María Gómez Vida
Francisco Giménez Sánchez
José Uberos Fernández
Antonio Muñoz Hoyos
Antonio Molina Carballo
Julio Ramos Lizana
Custodio Calvo Macías
María Ángeles Ruiz Extremera
José Miguel Ramón Salguero
Pilar Azcón González de Aguilar
José Maldonado Lozano
Carlos Trillo Belizón
David Barajas de Frutos
Natalia Cutillas Abellán
María del Mar Vázquez del Rey
Antonio Bonillo Perales
Adolfo Sánchez Marengo
Carlos Jiménez Álvarez
Ana Martínez-Cañabate Burgos
Francisco Girón Caro
José Murcia García
Emilio del Moral Romero
María Angeles Vázquez López
José Murcia García
Victor Bolivar Galiano
José Antonio Martín García
Ana María Gómez Vélez

Granada, España
Gran Vía de Colón 21-3º
contacto@spao.info

Normas de Publicación en
http://www.spao.info/Boletin/normas_publicacion.php

Publicación trimestral

CONTENIDOS

Boletín de la SPAO vol 1, 1. 2007

Editorial

Nuevos tiempos, nuevos retos.

A. Muñoz Hoyos.

Presidente de la SPAO. pág. 1-2.

Originales

Underweight, overweight and obesity in the children residents in the amazons forest (Peru).

J. Uberos y M. Rivera

Dpto. Pediatría. H. Clínico San Cecilio de Granada. Págs. 3-10.

Artículo especial

La Sociedad de Pediatría de Andalucía Oriental.

G. Galdó Muñoz. Director honorífico del Bol. SPAO. Catedrático de Pediatría. Universidad de Granada. Págs. 11-13.

Guías de práctica clínica

Neumonías adquiridas en la Comunidad.

J. Uberos. Dpto. Pediatría. H. Clínico San Cecilio de Granada. Págs. 14-19.

Bibliografía

Lecturas recomendadas.

A. Molina Carballo. Dpto. Pediatría. H. Clínico San Cecilio de Granada. Págs. 20-21.

Humanidades

Carlos III y las Nuevas Poblaciones de Sierra Morena.

A. M. Gómez. Dpto. de Historia del Arte. Universidad Granada (España). Págs. 22-31.

Cubierta: La ilustración de la portada de este número es del Freer Gallery, manuscrito árabe que trata de las plantas medicinales.

Nuevos tiempos, nuevos retos

*Antonio Muñoz Hoyos
Presidente de la SPAO*

Editorial

Queridos pediatras:
En primer lugar queremos daros las gracias en nombre de la nueva Junta Directiva de nuestra Sociedad y en el mío propio al habernos dado vuestra confianza para continuar con la andadura de nuestra organización. Somos conscientes del alto honor que representa esta función y de la responsabilidad que hemos adquirido con la misma y en consecuencia os prometemos que no nos faltará ni ilusión ni entusiasmo por hacer las cosas de la mejor manera posible.

Desde su creación por D. Antonio Galdó, hasta nuestros días, la Sociedad de Pediatría de Andalucía Oriental ha contado entre sus dirigentes con importantes pediatras que dieron lo mejor de sí mismos para lograr que la Pediatría ocupe el preponderante lugar que hoy tiene en la Sociedad.

Pero son tiempos de cambio, de cambios rápidos y como hemos podido apreciar en el 56º Congreso de la Asociación Española de Pediatría, recientemente celebrado en Barcelona, la Pediatría que nos ha tocado vivir esta amenazada en varios frentes. Bajo mi punto de vista, uno de los más serios, probablemente sean los propios

pediatras, que con nuestra falta de entendimiento estamos consiguiendo una exagerada diversificación del colectivo y por tanto perdiendo fuerza de cara a la Administración y la propia sociedad a la hora de reivindicar el preferente lugar que deben tener el niño, en primer lugar y el pediatra como profesional. Sirva por tanto este comentario como una llamada para lograr el mayor entendimiento posible entre nuestros socios.

Con la aparición de este Boletín la Junta Directiva pretende fomentar el nivel de comunicación y cercanía con todos los socios, nace con la vocación de ser un órgano de expresión de todo el colectivo, en el que puedan emitirse las opiniones, críticas, actualizaciones, etc, que contribuyan al cumplimiento de nuestros objetivos.

Tiene también una finalidad de carácter; informativa, científica, académica, profesional, laboral, etc. Para ello, se ha configurado un diseño editorial con distintos apartados, los cuales responden precisamente a las finalidades descritas.

Su publicación, pretendemos en principio, que sea trimestral y en cada número el pediatra con una sencilla lectura podrá repasar temas que le son de interés por razones muy variadas; novedades científicas de la Pediatría,

actualización de protocolos, eventos pediátricos de interés, noticias del SAS, oposiciones y concursos, temas laborales, etc.

En principio, al recogerse en el catálogo de publicaciones periódicas con registro ISSN hemos tenido que crear entre los socios y la Junta Directiva un Consejo Editorial, el cual estará abierto a cuantas propuestas creáis oportunas tanto de miembros de nuestra Sociedad como de otras.

En definitiva, iniciamos esta andadura con la intención de adaptarnos a los tiempos y necesidades de nuestro colectivo profesional, contando con la siempre ilusionante y desinteresada colaboración de los miembros de la Junta Directiva de la Sociedad y Consejo Editorial, sin cuya colaboración y dedicación esto no sería posible, a todos muchas gracias.

Underweight, overweight and obesity in the children residents in the amazons forest (Peru).

J. Uberos, M. Rivera

Departamento de Pediatría, Hospital "San Cecilio". Universidad de Granada (España)

Address for correspondence and offprint request: Dr. José Uberos. Dpto. Pediatría. Hospital Clínico San Cecilio. Granada (Spain). eMail: joseuberos@telefonica.net

Originales

ABSTRACT

Objectives. To analyze the anthropometric parameters according to age and sex, and to describe the prevalence of overweight and obesity in a young population that because of geographical reasons has very difficult access to the sanitary services.

Methods. We studied 255 children, aged 1 to 13 years, from a population of the low forest of the Amazon river (Loreto, Peru), and observed the following variables: weight, height and bicipital, tricipital, subscapular and suprailiac skinfold thickness.

Results. The prevalence of underweight was 15.5% (CI 95%: 9.7% - 22.9%) in girls and 1.6% (CI 95%: 0.2% - 5.6%) in boys. The difference of prevalence between the sexes was statistically significant PD: 14.0% (CI 95%: 7.3% - 21.2%; $p=0.00008$). Overweight was observed in 8.7% (CI 95%: 4.4% - 15.1%) and 1.6% (CI 95%: 0.2 - 5.5%) of the boys and girls, respectively. The difference of prevalence between the sexes was

statistically significant PD: 7.2% (CI 95%: 1.8% - 12.5%; $p=0.009$).

Discussion and Conclusion. We can conclude that differences exist in the prevalence of underweight and overweight between the masculine and feminine genders in the low forest of the river amazons (Peru); being the prevalence of underweight but risen in girls and a prevalence of overweight but risen in boys.

Keywords: Running Head: Underweight and overweight in Amazon forest

INTRODUCTION

In the last two decades the obesity has been constituted in a problem of public health in the developed countries⁽²⁾. While in other countries of the world the malnutrition and underweight continue being the main source of problems of health⁽¹⁾. Diverse authors⁽¹²⁾, have documented that body mass index (BMI) varies by race and ethnicity, and there are important racial/ethnic differences in the relationship between BMI and psychosocial outcomes. Although some decisive aspects

for growth are subject to control by genetic factors, an improved socioeconomic state and the sufficient availability of nutrients, as well as overall health conditions, all have a crucial influence on normal growth and development. In the last two decades, the prevalence of overweight and obesity in North American children and adolescents has increased by 120% among the black and Hispanic population and by 50% in the white population⁽¹²⁾.

The populations of various countries in Latin America are increasingly overweight or obese, a phenomenon that coexists with diverse degrees of undernutrition; such is the case of Peru, Bolivia, Nicaragua and Guatemala⁽¹⁾. Peru is still categorized as a poor country with a high prevalence of communicable diseases. In almost one-half of these cases, the illness is complicated by malnutrition. The study population of school-age children in Peru show high and moderate prevalences of stunting and underweight⁽⁵⁾.

The objective of the present study is to analyze and to describe the prevalence of underweight, overweight and obesity in a child population that because of geographical reasons has very difficult access to healthcare services. This geographic area includes the low forest, at the source of the river Tapiche, on the border with Brazil.

MATERIAL AND METHODS

Growth parameters were determined in 255 children aged 1-13 years. Their health was evaluated by a medical questionnaire and by physical examination; none of the subjects recruited for the study was ill at the time. Each parent or tutor of the participants, prior to granting consent, was informed about the procedures and the purpose of the study. The definitions used were those of the Center for Disease Control and

Prevention, under which 5 categories of body mass are established, based on the percentiles for each age and sex. Thus, underweight was defined as at or below the 5th percentile; 'normal' BMI was assumed to be between the 5th and the 85th percentiles; at risk of overweight was between the 85th and 95th percentiles; overweight was between the 95th and 97th percentiles + 2 BMI units, and obese was at or above the 97th percentile + 2 BMI units⁽¹³⁾. The study was approved by the Committee of ethics of our hospital area in Spain.



Figure 1. Study area in the Amazon rainforest (arrow).

Subjects

Children of Loreto (Peru). We recruited 255 children aged between 1 and 13 years (126 boys and 129 girls), resident in the region of Loreto (Peru) and representing practically the whole infant and child population of the zone, only 7 children (3 boys and 4 girls) they could not be included in the study by not being available in the moment of the measure. This geographic area includes the low

forest, at the source of the river Tapiche, on the border with Brazil (Figure 1). The following settlements were included in the

study: Limoncocha, Fátima, Pacasmayo, Yarina, Guikungo, Canchalagua, Morales Bermudez, Puerto Angel, San Pedro, Nueva Esperanza and Nuevo Progreso.

Anthropometry

Measurements included weight, height, and skinfold thickness at the triceps and biceps, and in the subscapular and suprailiac regions.

Weight and height were determined using a digital electronic weighing scale (range 0.1-150 Kg) and a digital stadiometer (range 60-205 cm) respectively. The anthropometric data was then used to calculate the body mass index (BMI, kg/m²). Measurements were made by trained personnel first thing in the morning at the participant schools.

Skinfolds were determined to an accuracy of 0.2 mm by means of a calibrated Harpenden skinfold calliper exerting a constant pressure of 10 g/mm². Following the indications of Brook, the body density and the percentage of body fat were calculated using Siri's equation⁽⁴⁾.

Statistical analysis

The SPSS 12.0 statistical package was used to calculate the percentiles of each variable by age and sex, and to carry out a regression study and establish the correlation among variables.

RESULTS

Tables 1 and 2 show the average values (CI 95%) for weight, height and BMI. The prevalence of underweight was 15.5% (CI 95%: 9.7% - 22.9%) in girls and 1.6% (CI 95%: 0.2% - 5.6%) in boys. The difference of prevalence between the sexes was

statistically significant PD: 14.0% (CI 95%: 7.3% – 21.2%; p=0.00008). The BMI (SD) of the children with underweight it was of 13.8 (1.0) Kg/m² in the girls and of 12.2

(0.01) Kg/m² in the boys. The percentage of corporal fat (SD) of the children with underweight it was of 11.6% (2.7), we don't observe significant differences in the percentage of corporal fat between children with underweight and without underweight (t=0.5; pNS), what suggests that the underweight in this group of children not takes place to expense of the corporal compartment fatty.

In our sample, 15.5% (CI 95%: 9.73% – 22.9%) of the boys and 10.1% (CI 95%: 5.48% - 16.6%) of the girls they are in risk of overweight. The difference of prevalence between the sexes it is not statistically significant. In our sample the BMI in the children between the 85th and 95th percentiles was of 19.8 (2.2) Kg/m² for the girls and of 17.4 (2.0) Kg/m² for the boys.

Overweight was between the 95th and 97th percentiles, in this group of our sample the BMI (SD) of the girls it was of 21.8 (6.3) Kg/m², and of 17.8 (1.1) Kg/m² in the boys. Overweight was observed in 8.7% (CI 95%: 4.4% – 15.1%) and 1.6% (CI 95%: 0.2 – 5.5%) of the boys and girls, respectively. The difference of prevalence between the sexes was statistically significant PD: 7.2% (CI 95%: 1.8% – 12.5%; p=0.009).

Figure 2 shows the regression straight line between the bicipital and tricipital skinfolds with age. In all cases, we observed a statistically significant downward trend, with decreasing skinfold thickness with the age. This decrease was more marked in the boys. With respect to subscapular and suprailiac skinfold thickness, very slight increments were observed with age.

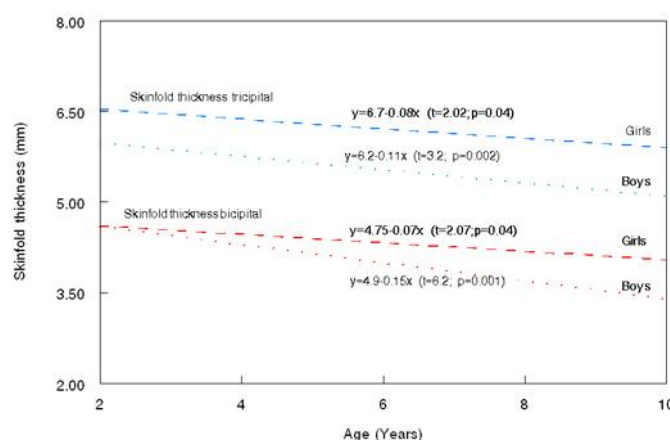


Figure 2. Regression analysis between bicipital and tricipital skinfold thickness and age in boys and girls from Loreto county (Peru)

DISCUSSION

Our results show that the prevalence of underweight in the infantile population of the low forest of the river amazons (Peru) it is bigger in the girls. Being same the risk of overweight in boys and girls, the overweight it is but it frequents in children than in girls. These results seem to indicate an unequal access to the alimentary resources between genders.

Our findings indicate that the prevalence of overweight in the low forest of the river amazons (Peru) it is smaller than the one communicated by other authors^(2;15), in studies of populations that are geographically more accessible.

We observe differences statistically significant between the prevalence of overweight between girls and boys in our sample. Differences that have not been communicated by other authors in populations of Latin America⁽⁷⁾ or in infantile populations of other

by different authors⁽¹⁷⁾ are probably due to multiple factors. Taylor et al. (14), found a prevalence of obesity of 10% in several ethnic groups, while the prevalence of obesity among Turkish children is 2.1% for boys and 2.6% for girls⁽¹⁰⁾. A higher prevalence of obesity has been found among African and Hispanic American children⁽¹⁰⁾.

According to other authors⁽⁷⁾, the prevalence of obesity and overweight in Peruvian school-age children is 6.4% slightly lower than that observed in the present study for the boys, but bigger than that of the girls of our sample.

In Latin America the tendency for obesity to rise is associated with poverty, mainly in marginal urban districts. Situation very different to the one observed in the forest areas, where the malnutrition and the transferable illnesses continue being the main cause of mortality⁽⁵⁾. In developing and developed countries obesity tends to decrease in inverse proportion to the per capita gross national income, especially among women⁽⁷⁾.

Table 1

Value means and percentiles for the variable weight, height and body mass index (BMI) in a sample of children (males) of the Loreto County (Peru).

Boys - County of Loreto (Peru)											
Years	N		Mean	S.D.	Percentiles						
					5	10	25	50	85	90	95
1	9	Weight	10.11	1.45	-	8.00	9.00	10.00	12.00	-	-
		Height	74.78	4.84	-	68.00	70.00	75.00	81.00	-	-
		BMI	18.21	3.00	-	13.06	16.17	18.55	22.07	-	-
2	7	Weight	11.71	1.49	-	9.00	11.00	12.00	13.00	-	-
		Height	84.57	3.15	-	81.00	81.00	84.00	88.60	13.00	-
		BMI	16.36	1.85	-	13.71	15.58	15.96	19.29	-	-
3	6	Weight	14.50	3.56	-	-	12.00	13.00	20.75	-	-
		Height	94.67	11.18	-	84.00	86.25	91.50	114.2	-	-
		BMI	16.17	2.52	-	12.24	13.92	16.44	18.88	-	-
4	12	Weight	15.50	1.33	-	14.00	14.25	15.00	17.05	17.70	-
		Height	98.58	4.03	-	93.30	94.25	99.50	103.1	103.7	-
		BMI	15.94	0.83	14.70	14.85	15.20	15.93	17.01	17.44	-
5	10	Weight	17.20	1.68	-	15.00	15.75	17.50	19.35	19.90	-
		Height	105.1	3.47	-	101.1	102.0	104.0	109.7	110.8	-
		BMI	15.54	0.94	14.41	14.44	14.77	15.14	16.87	17.23	-
6	10	Weight	18.50	2.67	14.00	14.20	16.75	18.50	21.40	23.60	-
		Height	108.6	3.50	102.0	102.4	106.7	108.0	113.1	114.7	-
		BMI	15.64	1.78	12.22	12.46	14.80	15.40	17.69	18.91	-
7	12	Weight	21.83	3.24	17.00	17.00	19.25	22.00	26.05	26.70	-
		Height	114.5	5.16	107.0	107.3	110.2	114.5	121.1	121.7	-
		BMI	16.65	2.44	14.04	14.20	15.36	16.23	18.05	21.83	-
8	15	Weight	22.83	3.16	18.00	19.20	21.00	22.50	25.20	28.40	-
		Height	118.7	5.13	110.0	110.6	115.0	120.0	125.2	126.4	-
		BMI	16.13	1.18	14.87	15.11	15.45	15.70	16.95	18.16	-
9	14	Weight	25.14	3.10	20.00	21.00	23.75	24.50	28.25	31.00	-
		Height	123.5	4.48	117.0	118.5	120.7	122.0	130.0	132.5	-
		BMI	16.45	1.40	13.00	14.14	15.82	16.40	17.51	18.38	-
10	10	Weight	27.20	2.34	-	-	25.00	26.50	30.35	30.90	-
		Height	129.3	3.36	124.0	124.2	126.0	129.5	133.4	33.90	-
		BMI	16.27	1.30	14.69	14.70	14.96	16.20	18.29	18.33	-
11	8	Weight	28.37	2.72	-	24.00	26.00	29.50	31.30	-	-
		Height	131.6	4.47	-	125.0	127.5	131.5	136.7	-	-
		BMI	16.33	0.66	-	15.36	15.74	16.21	17.16	-	-
12	6	Weight	32.75	4.33	-	28.00	29.50	31.50	39.78	-	-
		Height	136.7	5.04	-	130.0	133.0	136.0	144.7	-	-
		BMI	17.45	1.01	-	16.56	16.67	17.03	18.99	-	-
13	7	Weight	36.28	8.80	-	-	30.00	34.00	51.8	-	-
		Height	141.0	11.8	-	131.0	134.0	136.0	161.6	-	-
		BMI	18.00	1.19	-	16.21	17.34	17.82	19.73	-	-

Table 2

Value means and percentiles for the variable weight, height and body mass index (BMI) in a sample of children (females) of the Loreto County (Peru).

Girls - County of Loreto (Peru)											
Years	N		Mean	S.D.	Percentiles						
					5	10	25	50	85	90	95
1	4	Weight	8.75	0.95	-	8.00	8.00	8.50	-	-	-
		Height	73.00	2.94	-	70.00	70.50	72.50	-	-	-
		BMI	16.37	0.68	-	15.43	15.65	16.59	-	-	-
2	12	Weight	11.00	0.73	-	10.00	10.25	11.00	12.00	-	-
		Height	80.67	6.73	66.00	68.40	76.50	81.50	87.15	89.10	-
		BMI	17.21	3.14	-	14.53	14.91	15.79	20.00	23.59	-
3	10	Weight	12.60	1.89	-	10.00	10.75	13.00	14.70	15.80	-
		Height	90.50	3.06	85.00	85.10	89.00	91.00	93.70	94.80	-
		BMI	15.34	1.91	12.99	13.04	13.76	15.19	17.66	19.43	-
4	10	Weight	13.60	1.83	10.00	10.20	12.00	14.00	15.35	15.90	-
		Height	96.00	5.63	89.00	89.20	92.50	94.50	104.1	107.4	-
		BMI	14.72	1.31	12.62	12.72	13.68	14.45	16.34	16.57	-
5	15	Weight	17.26	3.80	13.00	13.60	15.00	17.00	19.80	24.20	-
		Height	105.4	3.39	-	100.0	103.0	106.0	109.6	110.4	-
		BMI	15.50	3.21	13.00	13.06	13.60	15.00	16.82	20.93	-
6	17	Weight	17.76	1.09	-	16.00	17.00	18.00	19.00	19.20	-
		Height	108.0	3.57	101.0	103.4	105.5	108.0	112.3	113.4	-
		BMI	15.28	1.47	12.85	13.54	14.07	15.42	16.79	17.44	-
7	6	Weight	19.33	1.63	-	-	18.00	19.00	21.90	-	-
		Height	112.2	2.92	-	-	109.0	112.5	115.9	-	-
		BMI	15.35	0.90	-	13.85	14.82	15.26	16.34	-	-
8	12	Weight	20.83	2.32	-	18.00	18.50	20.00	24.00	-	-
		Height	116.9	4.01	111.0	111.3	113.0	117.0	121.1	122.4	-
		BMI	15.20	1.07	13.88	13.95	14.35	14.73	16.42	16.78	-
9	13	Weight	24.84	3.29	17.00	19.00	23.00	25.00	28.00	29.20	-
		Height	127.2	5.03	120.0	120.8	123.0	127.0	135.5	136.0	-
		BMI	15.33	1.71	10.37	11.94	14.82	15.86	16.55	17.04	-
10	9	Weight	28.55	3.60	-	-	25.00	28.00	33.00	-	-
		Height	130.8	6.05	-	122.0	126.0	130.0	138.5	-	-
		BMI	16.62	0.76	-	15.50	16.06	16.56	17.71	-	-
11	12	Weight	29.87	5.00	24.00	24.60	26.12	29.50	33.5	40.00	-
		Height	132.8	4.63	127.0	127.3	130.2	132.0	136.5	142.3	-
		BMI	16.84	1.62	14.64	14.74	15.47	16.92	18.48	19.82	-
12	7	Weight	34.71	6.70	-	27.00	29.00	35.00	45.40	-	-
		Height	139.9	6.81	-	131.0	132.0	140.0	149.4	-	-
		BMI	17.59	1.73	-	15.49	16.62	17.35	20.41	-	-
13	2	Weight	45.50	0.70	-	-	45.00	45.50	-	-	-
		Height	146.5	4.95	-	-	143.0	146.0	-	-	-
		BMI	21.22	1.10	-	-	20.44	21.22	-	-	-

In our sample, the skinfold thickness was found to diminish significantly with age reflection of the infantile population's nutritional state. In agreement with other authors^(9;11), we found that the percentage of body fat among the children of the region of Loreto decreased progressively until the age of 6 years, after which the percentage of body fat increased progressively. Similar findings have been observed by Hesketh et al.⁽⁶⁾ in Australian children and observed a prevalence of overweight and obesity of 19.7% and 4.8% respectively, with higher rates among girls than boys.

On the basis of the present results, we can conclude that differences exist in the prevalence of underweight and overweight between the masculine and feminine genders in the low forest of the river amazons (Peru); being the prevalence of underweight but risen in girls and a prevalence of overweight but risen in boys.

REFERENCES

1. Amigo H: [Obesity in Latin American children: situation, diagnostic criteria and challenges]. *Cad Saude Publica* 2003, 19 Suppl 1: S163-S170.
2. Bandini LG, Curtin C, Hamad Ch, Tybor DJ, and Must A: Prevalence of overweight in children with developmental disorders in the continuous national health and nutrition examination survey (NHANES) 1999-2002. *J Pediatr* 2005, 146: 738-743.
3. Bener A and Tewfik I: Prevalence of overweight, obesity, and associated psychological problems in Qatari's female population. *Obes Rev* 2006, 7: 139-145.
4. Brook C: Determination of body composition of children from skinfold measurements. *Arch Dis Child* 1971, 46: 182-184.
5. Casapia M, Joseph SA, Nunez C, Rahme E, and Gyorkos TW: Parasite risk factors for stunting in grade 5 students in a community of extreme poverty in Peru. *Int J Parasitol* 2006, 36: 741-747.
6. Hesketh K, Wake M, Waters E, Carlin J, and Crawford D: Stability of body mass index in Australian children: a prospective cohort study across the middle childhood years. *Public Health Nutr* 2004, 7: 303-309.
7. Kain J, Vio F, and Albala C: Obesity trends and determinant factors in Latin America. *Cad Saude Publica* 2003, 19 Suppl 1: S77-S86.
8. Mendez MA, Monteiro CA, and Popkin BM: Overweight exceeds underweight among women in most developing countries. *Am J Clin Nutr* 2005, 81: 714-721.
9. Mohammadpour-Ahranjani B, Rashidi A, Karandish M, Eshraghian MR, and Kalantari N: Prevalence of overweight and obesity in adolescent Tehrani students, 2000-2001: an epidemic health problem. *Public Health Nutr* 2004, 7: 645-648.
10. Oner N, Vatansever U, Sari A, Ekuklu G, Güzel A, Karasalioglu S, and Boris NW: Prevalence of underweight, overweight and obesity in Turkish adolescents. *Swiss Med Wkly* 2004, 134: 529-533.
11. Otoki K, Komiya S, Teramoto K, Masuda T, and Ube M: Gender differences in body fat of 3- to 6-year-old Japanese children. *Jpn J Phys Fitness Sports Med* 1999, 48: 641-650.
12. Swallen KC, Reither EN, Haas SA, and Meier AM: Overweight, obesity, and health-related quality of life among adolescents: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatrics* 2005, 115: 340-347.
13. Swallen KC, Reither EN, Haas SA, and Meier AM: Overweight, Obesity, and Health-Related Quality of Life Among Adolescents: The National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatrics* 2005, 115: 340-347.
14. Taylor SJC, Viner R, Booy R, Head J, Tate H, Brentnall SL, Haines M, Bhui K, Hillier S, and Stanfeld S: Ethnicity, Socio-

economic Status, Overweight and Underweight in East London Adolescents. *Ethnicity and Health* 2005, 10: 113-128.

15. Troiano R, Flegal K, Kuczmarski R, Campbell S, and Johnson C: Overweight prevalence and trends for children and adolescents. The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1963 to 1991. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995, 149: 1085-1091.

16. Wang Y, Monteiro C, and Popkin BM: Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *Am J Clin Nutr* 2002, 75: 971-977.

17. Wang Y and Tussing L: Culturally appropriate approaches are needed to reduce ethnic disparity in childhood obesity. *J Am Diet Assoc* 2004, 104: 1664-1666.

La Sociedad de Pediatría de Andalucía Oriental

Gabriel Galdó Muñoz

Director honorífico de la SPAO. Departamento de Pediatría. Universidad de Granada

Artículo especial

El desarrollo de la pediatría en España, en la década de los años 60 hacía conveniente la creación de Sociedades de Pediatría, dependientes de la Asociación Española de Pediatría (por aquel entonces sociedad de pediatras españoles), que agrupara a los profesionales de diferentes regiones españolas y poder desarrollar actividades diversas. En esta línea, en Sevilla, el Prof. Suárez Perdigüero, junto a otros pediatras de la zona crea la Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental que abarca a Sevilla Córdoba, Cádiz y Huelva. En esta línea de actuación, en febrero del año 1996, en Granada el Prof. D. Antonio Galdó Villegas, catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina de Granada se reúne en varias ocasiones, con un grupo de pediatras de la región de Andalucía Oriental, con la finalidad de crear la Sociedad de Pediatría de Andalucía Oriental que comprendiera las provincias de Almería, Granada, Jaén, Málaga y Ceuta y Melilla. Dichas reuniones celebradas en el Hotel Anacapri de Granada, en las que participaron entre otros los Dres. Rafael Fernández Crehuet, Antonio Martínez Valverde, Jesús Moreno Martín, Rafael Sabatel Bueno y Rafael Talavera Romero en Granada; Manuel Bueno Fajardo, Bonifacio Esteban Velasco y José Montilla Bono en Jaén; Félix López Palacios y Julio Mombray Barberán en Málaga; José Felipe Soto en Motril, Luis López Gay, Manuel Martínez del Pino y Juan López Muñoz en Almería y otros muchos, acordando comenzar los trámites para la creación de la Sociedad de Pediatría de Andalucía Oriental, con sede en Granada y el día 25 de abril del mismo

año de 1,966 se legalizan los libros de Socios y de Actas, teniendo lugar el Acto fundacional tiene lugar el día 20 de junio de 1,966 en un acto celebrado en la Real Academia de Medicina de Granada, eligiéndose la primera Junta Directiva de la misma, al frente de la cual figuró el Prof. Antonio Galdó Villegas como presidente e integrada de la siguiente forma. Como Vicepresidentes D. Rafael Fernández Crehuet Lacosta (de Granada) y D. Salvador Marina Bocanegra (de Málaga). Secretario: D. Rafael Talavera Romero. Vicesecretario: D. Antonio Martínez Valverde. Tesorero: D. Francisco Girón Lozano. Vicetesorero: D. Rafael Sabatel Bueno y como Vocales: Por Granada capital: D. Jesús Moreno Martín. Por Granada provincia: D. José Felipe Soto. Por Málaga capital: D. Julio Mombray Barberán. Por Málaga provincia: D. Salvador Artacho Cabrera. Por Jaén capital: D. José Montilla Bono. Por Jaén provincia: D. Rafael Maza Salas. Por Almería capital: D. Luis López Gay. Por Almería provincia: D. Vicente Juan Fernández. Por Ceuta y Melilla: D. Francisco Gómez Morón. En dicha junta Directiva se crean las siguientes Secciones y responsables de las mismas: Higiene Escolar, D. Gabriel Galdó Muñoz (de Granada). Cirugía, D. Alberto Lardelli Lardelli (de Granada). Profesional, D. Francisco Fajardo Avilés (de Granada). Hospitalaria, D. Eduardo Jáuregui Briales (de Málaga). Higiene Mental y Neonatología, D. Antonio Román de la Rosa (de Granada). Cardiología, D. Diego Moncada Moreno (de Málaga). Y Pediatría Preventiva y Social: D. Manuel Bueno Fajardo (de Jaén).

El día 20 de Junio de 1966 se celebra la primera Reunión Científica de la nueva Sociedad que fue presidida por el Prof. D. Miguel Guirao Gea, Presidente por entonces de la Real Academia de Medicina de Granada, el Prof. Galdó Villegas, El Prof. Guirao Pérez, El Prof. D. Ciriaco Laguna Serrano (Catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina Complutense de Madrid), y el Prof. D. Manuel Cruz Hernández. En dicha Reunión se trató monográficamente el tema de la vacunación BCG, que quedó plasmada en una publicación de la Sociedad.

Desde aquella Reunión, la primera de la Sociedad (integrada por mas de 300 asociados), nuestra Sociedad ha venido celebrando regularmente Reuniones en las diferentes Ciudades de su ámbito, tanto de Andalucía Oriental, como en Ceuta y Melilla, de muchas de las cuales la Sociedad, en su momento hizo una publicación, recogiendo los aspectos más importantes de las mismas.

En estos 41 años de existencia de nuestra Sociedad, al frente de la misma han sucedido al Dr. Galdó Villegas (1966-1974), los Dres. D. Jesús Moreno Martín (1974-1977), D. Antonio Martínez Valverde (1977-1981), D. Bonifacio Esteban Velasco (1981-1990), D. Juan Antonio Molina Font (1984-1990), D. Luis Ortega Martos (1990-1998), D. Juan López Muñoz (1998-2006) y yo mismo (2002-2006). Todos ellos acompañados de numerosos profesionales de la pediatría andaluza y española que han desarrollado en estos años una extraordinaria labor, en pro de la infancia, en el seno de nuestra Sociedad.

En estos años además la Sociedad ha tenido la oportunidad de organizar dos Congresos Nacionales y varias Reuniones anuales de la Asociación Española de Pediatría, junto a numerosas Reuniones de las Secciones y Sociedades de las diferentes Especialidades pediátricas, de la Asociación Española de Pediatría, e igualmente ha celebrado Reuniones conjuntas con la

Sociedades de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura, de Castilla La Mancha y con la Sociedad de Pediatría del Sureste. También durante estos años ha organizado numerosos cursos de formación continuada

La Sociedad viene regularmente otorgando el Premio de Nutrición, patrocinado por Nestlé (hoy Premio Prof. Galdó Villegas) y posteriormente desde su creación el Premio Martínez Valverde, de carácter anual. Igualmente ha otorgado numerosos Premios a las mejores Comunicaciones y Ponencias presentadas a las diferentes Reuniones celebradas hasta la actualidad, así como Becas para asistencia a las Reuniones de la Sociedad.

En este tiempo igualmente ha distinguido a los antiguos Presidentes de la Sociedad con el título de Presidente de Honor de la misma y ha otorgado el nombramiento de Socios de Honor de la Sociedad (véase relación) a pediatras distinguidos de la Pediatría Española. También ha propuesto a numerosos Asociados como Socios de Honor de la Asociación Española de Pediatría y ha organizado o participado en actos de homenaje a figuras de la pediatría española. Desde el año 2006 se acordó que igualmente fueran nombrados Socios Honoríficos todos los Asociados que han llegado a la jubilación.

Es loable la puesta en marcha de este Boletín, tantas veces sugerido a lo largo de la no corta vida de nuestra Sociedad, y fruto de la actual Junta Directiva de la misma.

Fundador y primer presidente

Galdó Villegas, Antonio ⁽⁺⁾

Presidentes de honor

Galdó Villegas, Antonio ⁽⁺⁾

Moreno Martín, Jesús

Martínez Valverde, Antonio

Esteban Velasco, Bonifacio

Molina Font, Juan Antonio

Ortega Martos, Luis

López Muñoz, Juan

Socios de honor de la sociedad

Alonso Muñoyerro, Juan Antonio ⁽⁺⁾

Álvarez Porras, Araceli

Arbelo Curbelo, Antonio

Boch Marín, Juan ⁽⁺⁾

Bueno Fajardo, Manuel ⁽⁺⁾

Bueno Sánchez, Manuel

Cabrera Sánchez, Rafael ⁽⁺⁾

Crus Hernández, Manuel

Felipe Hidalgo, Manuel

Jaso Roldán, Enrique ⁽⁺⁾

Galdó Muñoz, Gabriel

García Gallego, Francisco

García Palacios, Félix ⁽⁺⁾

García Verdugo, Manuel

González Hachero, Manuel

Jiménez González, Rafael

Hernández Villar, Francisco ⁽⁺⁾

Lardelli Lardelli, Alberto ⁽⁺⁾

López Gay, Luis

López Morales, Juan

Marina Bocanegra, Gregorio ⁽⁺⁾

Marina Bocanegra, Salvador ⁽⁺⁾

Martín Recuerda, Enrique ⁽⁺⁾

Martínez del Pino, Manuel

Martínez Gómez, Máximo

Mayor Zaragoza, Federico

Maza Salas, Rafael ⁽⁺⁾

Montilla Bono, José ⁽⁺⁾

Mowbray Barberan, Julio ⁽⁺⁾

Pajarón de Ahumada, Manuel

Peña Castellanos, Federico

Peña Guitian, José

Peñalver Infantes, Rafael ⁽⁺⁾

Ramírez Huertas, Alfonso

Romanos Lezcano, Armando

Sabatel Bueno, Rafael

Sánchez Hiecle, Adolfo ⁽⁺⁾

Solana Ortega, Eduardo ⁽⁺⁾

Socios de honor de la A.E.P.

Ardoy Medina, Francisco

Ayudarte Manzano, Dionisio

Bueno Fajardo, Manuel ⁽⁺⁾

Bueno Sánchez, Manuel

Cruz Hernández, Manuel

Esteban Velasco, Bonifacio

Flores Temboury, José Luis

Galdó Villegas, Antonio ⁽⁺⁾

López Gay, Luis

López Muñoz, Juan

Marina Bocanegra, Salvador ⁽⁺⁾

Martínez Gómez, Máximo

Martínez Valverde, Antonio

Molina Font, Juan Antonio

Montilla Bono, José ⁽⁺⁾

Moreno Martín, Jesús

Mowbray Barberan, Julio ⁽⁺⁾

Ortega Martos, Luis

Pajarón de Ahumada, Manuel

Peña Castellanos, Federico

Romanos Lezcano, Armando

Talavera Romero, Rafael

Neumonía adquirida en la Comunidad

J. Uberos Fernández
Departamento de Pediatría. Universidad de Granada (España)

Guías de práctica clínica

RESUMEN

La Alberta Medical Association en Guideline for The Diagnosis and Management of Community Acquired Pneumonia ⁽¹⁾; propone una guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la neumonía adquirida en la Comunidad durante el periodo pediátrico, válida para niños de más 1 mes. Hay que recordar que en el año 2002, la British Toracic Society ⁽²⁾, publicó su guía de manejo de la neumonía extrahospitalaria ambas guías se condensan y revisan a continuación.

Existen una serie de conceptos que de forma inicial deben recordarse, estos conceptos hacen referencia a:

- Neumonía. Infección aguda del parénquima pulmonar.
- Neumonía adquirida en la Comunidad. Neumonía en pacientes que no han sido hospitalizados en los 14 días previos al inicio de los síntomas o que han sido hospitalizados menos de 4 días antes del inicio de los síntomas.
- Bronconeumonía. Inflamación de pequeños bronquios y alvéolos peribronquiales.

- Síndrome de neumonitis. Niños de 1 a 3 meses, apiréticos que presentan clínica de tos, taquipnea y distres respiratorio progresivo.

ETIOLOGÍA

La edad es un buen predictor de la etiología de la neumonía ya que entre el 40-60% de los patógenos pueden no ser identificados.

- *Streptococo pneumoniae* es la causa más común de neumonía bacteriana en la infancia, seguida por *Mycoplasma* y *Chlamidia* (Nivel de evidencia B).
- En los niños más pequeños los virus son la etiología más frecuente (Nivel de evidencia B).
- En un 20-60% de los casos la etiología de la neumonía no es constatable.
- La radiografía de tórax puede no ser necesaria de forma rutinaria en niños con sospecha de infección lobar no complicada detectada con auscultación (Nivel de evidencia A).
- La realización de una radiografía de tórax de control sólo está indicada tras constatar en una radiografía previa atelectasia, persistencia de la sintomatología o neumonía recurrente (Nivel de evidencia C).
- Los reactantes de fase aguda no distinguen entre neumonía de etiología bacteriana o viral y podría no ser necesaria su medida de forma rutinaria (Nivel de evidencia A).

- Los estudios microbiológicos no están indicados en el niño con neumonía de la comunidad en tratamiento ambulatorio.

- Un hemocultivo debería ser tomado en todos los niños con sospecha de neumonía bacteriana que precise ingreso hospitalario (Nivel de evidencia B).

- En niños menores de 18 meses un aspirado nasofaríngeo podría ser cursado para detección de antígenos virales o cultivos virales (Nivel de evidencia B).

- La existencia de derrame pleural, incluso en pequeños volúmenes obliga a la toracocentesis con fines diagnósticos (Nivel de evidencia B).

DIAGNÓSTICO

Como pare obvio en niños sin signos y síntomas de distrés respiratorio (taquipnea, tos, hipoventilación) el diagnóstico de neumonía puede retrasarse. Las manifestaciones clínicas incluyen la presencia de fiebre y escalofríos, tos, dolor torácico o dolor abdominal, dificultad respiratoria, letargia, sensación de enfermedad, cefalea, náuseas, vómitos y mialgias.

Debe realizarse una correcta identificación de factores de riesgo, como infección reciente de vías respiratorias altas, exposición ambiental al humo del tabaco, enfermedad de base cardiopulmonar, neuromuscular o inmunológica, hospitalización en los últimos 3 meses, malnutrición, bajo nivel socioeconómico, prematuridad, fibrosis quística.

Durante el examen clínico: La presencia de la triada de fiebre, escalofríos y dolor pleurítico o abdominal sugiere neumonía neumocócica. Además son hallazgos habituales la presencia de alguno de los siguientes hallazgos:

- Fiebre ($>38.5^{\circ}\text{C}$).

- Taquipnea: En menores de 11 meses >50 resp/min, de 11 meses a 5 años

>40 resp/min, en mayores de 5 años >28 resp/min.

- Signos de uso de músculos respiratorios accesorios.

- Signos de consolidación pulmonar: disminución de la expansión del tórax, aumento de la palpación de vibraciones vocales, matidez a la percusión, por auscultación se aprecia disminución de la entrada de aire, estertores localizados, roncus bronquiales, roce pleural.

Entre las exploraciones complementarias, la radiografía de tórax se considera el estándar para el diagnóstico de neumonía; sin embargo, sólo en los niños con dificultad respiratoria y diagnóstico clínico de neumonía debería realizarse radiografía de tórax; así mismo, se recomienda la pulsioximetría en todos los niños con taquipnea y signos de hipoxemia. Se recomienda la realización de un hemograma y hemocultivo en todos los pacientes con sospecha de neumonía bacteriana. La tinción de Gram y el cultivo del esputo pueden ser útiles en niños mayores. En niños de más de 2 años de edad puede considerarse la realización de una IgM a *Mycoplasma*. En niños inmigrantes o en contacto con pacientes tuberculosis se debe considerar la realización de baciloscopia en jugo gástrico para BAAR. La realización de aglutininas frías son de valor limitado en el diagnóstico de neumonía por *Mycoplasma pneumoniae*.

Se recomienda realizar un estudio radiológico en todos aquellos niños menores de 5 años con fiebre sin foco, leucocitosis de más de $20.000/\text{mm}^3$, sin signos auscultatorios de neumonía. En estos pacientes se comprueba la existencia de radiología compatible hasta en un 25% de los pacientes (Nivel de evidencia B). Otros autores, recomiendan realizar estudio radiológico sólo cuando existe sintomatología respiratoria (Nivel de evidencia C).

Tabla 1. Tratamiento antibiótico ambulatorio en sospecha de neumonía bacteriana

3 meses a 5 años: Amoxicilina	Si no ha recibido antibióticos en los últimos 3 meses: 40 mg/Kg/día (7-10 días). Si ha recibido antibiótico en los últimos 3 meses: 90 mg/Kg/día (7-10 días).
3 meses a 5 años: Alergia a betalactámicos: - Azitromicina: - Claritromicina: - Eritromicina:	10 mg/Kg (primer día), seguido de 5 mg/Kg/día (max. 250 mg) durante 4 días. 15 mg/Kg/día (max. 1000 mg/día) durante 7-10 días. 40 mg/Kg/día (max. 2000 mg/día) durante 7-10 días.
Mayores de 5 años: - Azitromicina: - Claritromicina: - Eritromicina:	10 mg/Kg (primer día), seguido de 5 mg/Kg/día (max. 250 mg) durante 4 días. 15 mg/Kg/día (max. 1000 mg/día) durante 7-10 días. 40 mg/Kg/día (max. 2000 mg/día) durante 7-10 días.
Mayores de 8 años: Doxiciclina:	4 mg/Kg/día (max. 200 mg/día) durante 7-10 días.

Una revisión reciente realizada en lactantes con signos clínicos de bronquiolitis encuentra que la realización de radiografía de tórax no modifica la actitud terapéutica, por lo que se debería posponer su realización a los casos con evolución complicada o que precisen intubación (Nivel de evidencia B).

No existe indicación para la realización de radiografías de control en pacientes con neumonía no complicada, siempre que el paciente permanezca asintomático (Nivel de evidencia B, C).

Son criterios de severidad de neumonía adquirida en la Comunidad los siguientes:

Criterios menores:

- Taquipnea.
- Cociente $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 250$.
- Infiltrados multilobares.
- Confusión/desorientación.

- Uremia mayor de 40 mg/dl.
- Leucopenia $< 4000 \text{ cel/mm}^3$.
- Trombopenia $< 100000 \text{ plaquetas/mm}^3$.
- Hipotermia.
- Hipotensión

Criterios mayores:

- Ventilación mecánica.
- Shock séptico.

MANEJO

Los antibióticos no están indicados en la neumonía viral, bronquiolitis o en la prevención de la neumonía bacteriana. En todos los casos debe procurarse una adecuada hidratación, analgesia y antipiréticos para el dolor y la fiebre, el uso rutinario de antitusígenos no se recomienda. Si existe hipoxemia debe recomendarse oxigenoterapia. El uso de la fisioterapia respiratoria es controvertido en la actualidad.

Se recomienda ingreso hospitalario en los siguientes casos:

- Aspecto tóxico.
- Edad < 6 meses.
- Distres respiratorio severo y requerimiento de oxigenoterapia ($\text{SaO}_2 < 92\%$, cianosis, taquipnea > 70 respiraciones/minuto).
- Vómitos/deshidratación.
- No respuesta a la antibioterapia oral.
- Inunodeprimidos.
- Mala colaboración familiar en su manejo.

Son indicación de ingreso en UCIP:

- Imposibilidad para mantener una $\text{SaO}_2 > 92\%$ con $\text{FiO}_2 > 0.6$.
- Taquipnea y taquicardia en aumento, evidencia de distres respiratorio en aumento; con o sin aumento de la PaCO_2 .
- Shock.
- Apnea recurrente o respiración irregular.

El uso de antibioterapia oral parece adecuada para la mayoría de los pacientes. Se reserva la antibioterapia parenteral para el tratamiento de las neumonías en neonatos y pacientes con neumonía severa o complicada. Los lactantes con clínica leve de infección de vías respiratorias bajas no necesitan recibir tratamiento antibiótico (Nivel de evidencia B). Además deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- La amoxicilina es el antibiótico oral de elección en las infecciones respiratorias de vías bajas hasta la edad de 5 años. Son alternativas válidas amoxicilina-clavulánico, eritromicina, claritromicina, azitromicina (nivel de evidencia B).
- Puesto que *Mycoplasma* es mas prevalente en niños de mas de 5 años, los macrólidos pueden ser usados como primera línea de tratamiento antibiótico en niños por encima de esta edad (nivel de evidencia D).

- Si se sospecha *S. aureus*, un macrólido o la combinación de amoxicilina con cloxacilina es apropiada (Nivel de evidencia D).

- Los antibióticos intravenosos están indicados en los casos en que la absorción oral es imposible o existen síntomas severos de enfermedad (nivel de evidencia D).

- Los antibióticos intravenosos, indicados para la neumonía severa, incluyen amoxicilina-clavulánico, cefuroxima o cefotaxima (Nivel de evidencia D).

- En los pacientes que reciben tratamiento antibiótico intravenoso, al antibiótico oral puede ser utilizado una vez se constata mejoría y permanezca afebril (Nivel de evidencia D).

- La persistencia de fiebre tras 48 horas de tratamiento antibiótico intravenoso puede indicar el desarrollo de complicaciones (Nivel de evidencia D).

La duración del tratamiento antibiótico recogido en esta guía es de 7 a 14 días para la mayoría de los antibióticos, excepto para la azitromicina que requiere sólo 5 días de tratamiento.

L. A. Mandell y cols. ⁽⁴⁾, revisan la guía de manejo de la neumonía adquirida en la Comunidad en adultos; entre las principales diferencias de la guía pediátrica está la indicación de quinolonas cuando existen factores asociados que aumentan la morbilidad.

SEGUIMIENTO

Como ya se ha comentado no se recomienda la realización de radiografías de control en pacientes con neumonía no complicada; sin embargo, en los pacientes con derrame pleural, neumatocele, o abscesos se deben realizar radiografías de control seriadas hasta asegurar su resolución. Otra posibilidad a considerar

Tabla 2. Tratamiento antibiótico hospitalario en sospecha de neumonía bacteriana

Grupo de edad	Pacientes hospitalizados	Pacientes críticamente enfermos
1 a 3 meses Síndrome de neumonitis	Azitromicina (vo): 10 mg/Kg (primer día), seguido de 5 mg/Kg/día (max. 250 mg) durante 4 días. O Claritromicina (vo): 15 mg/Kg/día (max. 1000 mg/día) durante 7-10 días. O Eritromicina (vo): 40 mg/Kg/día (max. 2000 mg/día) durante 7-10 días.	Azitromicina (iv): 10 mg/Kg (primer día), seguido de 5 mg/Kg/día durante 4 días. O Eritromicina (iv): 40 mg/Kg/día (q/6h) durante 10-14 días.
1 a 3 meses Neumonía bacteriana	Cefuroxima: 150 mg/Kg/día (iv) (q/8h) durante 10 a 14 días.	Cefuroxima: 150 mg/Kg/día (iv) (q/8h) durante 10 a 14 días. O Cefotaxima: 200 mg/Kg/día (iv) (q/8h) durante 10-14 días + Cloxacilina: 150-200 mg/Kg/día (iv) (q/6h) durante 10-14 días.
3 meses a 5 años	Cefuroxima: 150 mg/Kg/día (iv) (q/8h) durante 10 a 14 días.	Cefuroxima: 150 mg/Kg/día (iv) (q/8h) durante 10 a 14 días. + Eritromicina (iv/vo): 40 mg/Kg/día (q/6h) durante 10-14 días. O Cefotaxima: 200 mg/Kg/día (iv) (q/8h) durante 10-14 días + Cloxacilina: 150-200 mg/Kg/día (iv) (q/6h) durante 10-14 días.
Mayores de 5 años	Cefuroxima: 150 mg/Kg/día (iv) (q/8h) durante 10 a 14 días. + Eritromicina (iv/vo): 40 mg/Kg/día (q/6h) durante 10-14 días. O Azitromicina (iv/vo): 10 mg/Kg (primer día), seguido de 5 mg/Kg/día (max. 250 mg) durante al menos 4 días.	Cefuroxima: 150 mg/Kg/día (iv) (q/8h) durante 10 a 14 días. + Eritromicina (iv/vo): 40 mg/Kg/día (q/6h) durante 10-14 días. O Azitromicina (iv/vo): 10 mg/Kg (primer día), seguido de 5 mg/Kg/día (max. 250 mg) durante al menos 4 días.

ante un paciente con neumonía no resuelta después de tratamiento con antibióticos es la existencia de tuberculosis. Así mismo, la

presencia de neumonía recurrente en la misma localización pulmonar debe sugerir la posibilidad de aspiración de cuerpo

extraño, malformación congénita o asma. La presencia de atelectasias recurrentes en diferentes áreas pulmonares debe sugerir fibrosis quística, aspiración o inmunosupresión.

- Si no existe mejoría, los pacientes deben ser revisados a las 48 horas de tratamiento (Nivel de evidencia D).

- Los pacientes con SaO₂ por debajo de 92% deben recibir O₂ suplementario para mantener la SaO₂ por encima de este nivel (Nivel de evidencia A).

- La pulsioximetría está indicada en todos los niños ingresados en el hospital por neumonía (Nivel de evidencia A).

- La sonda nasogástrica debería ser evitada en niños con enfermedad grave y ventilación espontánea (Nivel de evidencia D).

- Los fluidos intravenosos, deben administrarse al 80% de las necesidades basales y los electrolitos deben ser monitorizados (Nivel de evidencia C).

- La fisioterapia respiratoria no es beneficiosa y no está indicada en los niños con neumonía (Nivel de evidencia B).

En 1997, Michael J. Fine publica en New England Journal of Medicine un score para valorar la severidad de las neumonías adquiridas en la comunidad ⁽³⁾, como adaptación pediátrica del índice anterior Douglas F. Wilson publica ⁽⁶⁾. La definición de los diferentes grados de severidad sirve de base para hacer las comparaciones de la respuesta de la neumonía extrahospitalaria al tratamiento antibiótico en monoterapia o terapia combinada. G. W. Waterer ⁽⁵⁾, publica una excelente revisión sobre los diferentes ensayos clínicos realizados con diferentes pautas terapéuticas en neumonías neumocócicas expone las diferentes combinaciones sobre las que se han hecho ensayos, demostrando que la politerapia con una cefalosporina de tercera generación + macrólido sería una buena combinación. Sin embargo, esta combinación no está demostrado que sea superior a la combinación de una

quinolona + cefalosporina de tercera generación o una quinolona + macrólido (terapias recomendadas en adultos).

REFERENCIAS

1. Alberta Medical Association. Guideline for The Diagnosis and Management of Community Acquired Pneumonia:Pediatric.

www.topalbertadoctor.org . 2006. Alberta Clinical Practice Guidelines Program. Ref Type: Electronic Citation

2. British Thoracic Society: Guidelines for the Management of Community Acquired Pneumonia in Childhood. Thorax 2002, 57 Suppl 1: i1-24

3. Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, Hanusa BH, Weissfeld LA, Singer DE, Coley CM, Marrie TJ, and Kapoor WN: A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. N Engl J Med 1997, 336: 243-250

4. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell GD, Dean NC, Dowell SF, File TM, Jr., Musher DM, Niederman MS, Torres A, and Whitney CG: Infectious diseases society of america/american thoracic society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis 2007, 44 Suppl 2: S27-S72

5. Waterer GW: Monotherapy versus combination antimicrobial therapy for pneumococcal pneumonia. Curr Opin Infect Dis 2005, 18: 157-163

6. Willson DF, Horn SD, Smout R, Gassaway J, and Torres A: Severity assessment in children hospitalized with bronchiolitis using the pediatric component of the Comprehensive Severity Index. Pediatr Crit Care Med 2000, 1: 127-132

Lecturas recomendadas

A. Molina Carballo.
Departamento de Pediatría. Universidad de Granada

Bibliografía

Cada trimestre incluiremos en esta sección algunas referencias bibliográficas de artículos de interés pediátrico por las distintas sub-especialidades. Fundamentalmente serán revisiones, protocolos y guías de práctica clínica. El texto completo (PDF) de los artículos que se relacionen siempre podrá conseguirse a través de la Biblioteca virtual de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (<http://www.csalud.junta-andalucia.es/bibliotecavirtual/inicio.asp>) y/o de las Revistas electrónicas suscritas por la Universidad de Granada (<http://dn3nh3eq7d.search.serialssolutions.com/>), en los ordenadores conectados a alguna de las dos redes. En el caso de no tener acceso a ninguna de las citadas redes, los artículos podrán solicitarse a la siguiente dirección de e-mail: amolinac@ugr.es

Adolescencia

(1) Patton GC, Viner R: Pubertal transitions in health. *The Lancet* 2007; 369(9567):1130-1139.

Cuidados Intensivos pediátricos

(1) Shemie SD, Pollack MM, Morioka M, Bonner S: Diagnosis of brain death in children. *The Lancet Neurology* 2007; 6(1):87-92.

Endocrinología y metabolismo

(1) Clayton PE, Cianfarani S, Czernichow P, Johannsson G, Rapaport R, Rogol A: Management of the Child Born Small for Gestational Age Child (SGA) through to Adulthood: A Consensus Statement of the International Societies of Paediatric Endocrinology and the Growth Hormone Research Society. *J Clin Endocrinol Metab* 2007.

Gastroenterología

(1) Rowe SM, Clancy JP: Advances in cystic fibrosis therapies. *Current Opinion in Pediatrics* 2006; 18(6):604-613.

Neonatología

(1) Adler SP, Nigro G, Pereira L: Recent Advances in the Prevention and Treatment of Congenital Cytomegalovirus Infections. *Seminars in Perinatology* 2007; 31(1):10-18.

(2) Baltimore RS: Consequences of Prophylaxis for Group B Streptococcal Infections of the Neonate. *Seminars in Perinatology* 2007; 31(1):33-38.

(3) Bizzarro MJ, Gallagher PG: Antibiotic-Resistant Organisms in the Neonatal Intensive Care Unit. *Seminars in Perinatology* 2007; 31(1):26-32.

(4) Chapman RL: Prevention and Treatment of Candida Infections in Neonates. *Seminars in Perinatology* 2007; 31(1):39-46.

(5) Kimberlin DW: Herpes Simplex Virus Infections of the Newborn. *Seminars in Perinatology* 2007; 31(1):19-25.

(6) Schelonka RL, Waites KB: Ureaplasma Infection and Neonatal Lung Disease. *Seminars in Perinatology* 2007; 31(1):2-9.

(7) Rennie J, Boylan G: Treatment of neonatal seizures. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2007; 92(2):F148-F150.

Neuropediatría

(1) Dammann O: Paediatric neurology: the many faces of development. *The Lancet Neurology* 2007; 6(1):12-14.

(2) Datta A, Sinclair DB: Benign Epilepsy of Childhood With Rolandic Spikes: Typical and Atypical Variants. *Pediatric Neurology* 2007; 36(3):141-145.

(3) Ferner RE: Neurofibromatosis 1 and neurofibromatosis 2: a twenty first century perspective. *The Lancet Neurology* 2007; 6(4):340-351.

(4) Filosto M, Mancuso M: Mitochondrial diseases: a nosological update. *Acta Neurologica Scandinavica* 2007; 115(4):211-221.

(5) Macleod S, Appleton RE: Neurological disorders presenting mainly in adolescence. *Arch Dis Child* 2007; 92(2):170-175.

(6) Neville BGR, Chin RFM, Scott RC: Childhood convulsive status epilepticus: epidemiology, management and outcome. *Acta Neurologica Scandinavica* 2007; 115(s186):21-24.

(7) Spohr HL, Willms J, Steinhausen HC: Fetal Alcohol Spectrum Disorders in Young Adulthood. *The Journal of Pediatrics* 2007; 150(2):175-179.

Reumatología

(1) Ravelli A, Martini A: Juvenile idiopathic arthritis. *The Lancet* 2007; 369(9563):767-778.

Carlos III y las Nuevas Poblaciones de Sierra Morena y Andalucía

Ana M^a Gómez Vélez
Facultad de Filosofía y Letras. Departamento de Historia del Arte. *Universidad de Granada (España)*

Humanidades

RESUMEN

La Andalucía que hoy conocemos es fruto del devenir de un largo proceso histórico en donde cada período ha estado marcado por unas circunstancias sociales, políticas, económicas determinadas, las cuales han permitido constituir la imagen de una región caracterizada por su riqueza patrimonial.

La iniciativa de las Nuevas Poblaciones, en época de Carlos III, constituye un hito importante en la configuración de la imagen de una zona concreta de Andalucía, ya que dejó una huella indeleble que ha pervivido a lo largo del tiempo y nos habla de un momento histórico determinado y de un gran proyecto que pretendió perdurar en el tiempo.

Contexto socioeconómico y objetivos del proyecto de Las Nuevas Poblaciones.

El proyecto socio-económico de La Nuevas Poblaciones se incluye dentro de las directrices que caracterizan la política económica de Carlos III durante la segunda mitad del siglo XVIII. La figura del rey aglutina todos los poderes y se alza como paradigma de las ideas reformadoras que revierten en sus proyectos educativos, económicos, sociales, religiosos, etc., aunque no se puede comprender el proyecto reformador tan ambicioso que llevó a cabo durante su reinado si no es gracias a haberse rodeado de un equipo de ministros y consejeros, muchos de los cuales ya estaban a su lado durante su reinado en Nápoles, que le aconsejaron y ayudaron en tan innovadora labor.

A la llegada al trono de Carlos III, el índice demográfico era bajo y la distribución de la población dispar, caracterizada por zonas periféricas, cercanas al litoral, con mayor índice demográfico y mayor vitalidad económica, y zonas del interior mas despobladas y olvidadas, a excepción de Madrid ya que era la capital del reino⁽³⁾. Esta desigualdad en la distribución de la población y el bajo índice demográfico es consecuencia, según la mayoría de los autores de la época, de un inadecuado sistema económico, esta situación hizo que se realizaran una serie de censos como el de Aranda o Floridablanca para conocer la realidad de la

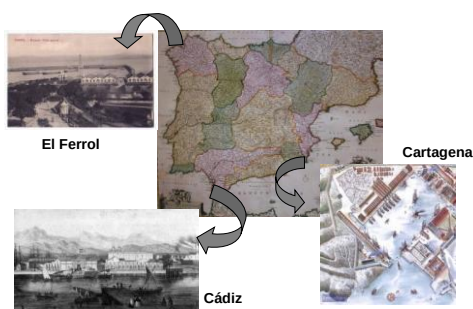


Figura 1. En la segunda mitad del siglo XVIII, se dirigieron esfuerzos en potenciar el desarrollo de la industria naval militar centrándose su producción en los arsenales de El Ferrol, Cádiz y Cartagena.

población española y las circunstancias en las que vivían.

La estructura social de carácter estamental seguía vigente pero conforme evolucionaba el siglo, la idea del valor de la individualidad, del factor económico ligado a la misma, se oponía al del grupo o estamento, anquilosado en estructuras y normas inmovilistas como fueron entre otros ejemplos, el régimen del mayorazgo. Las condiciones sociales que propugnaba la política ilustrada de Carlos III no se basaban en la supresión de los límites estamentales sino en disminuir las diferencias sociales en virtud del desarrollo económico puesto que un incremento de la productividad, del comercio, del rendimiento del trabajo, esencialmente agrícola, proporcionaría una dignificación de las clases menos favorecidas, especialmente el campesinado, puesto que en estos momentos las ideas fisiocráticas constituían el centro del pensamiento reformador de los gobernantes.

El pensamiento ilustrado que caracterizaba el reinado de Carlos III propició hechos como la desamortización de los bienes eclesiásticos, la reforma eclesiástica que tenía como objetivos “mantener el control del Estado sobre la

Iglesia respetando la naturaleza propia de ésta, mejorar la calidad del clero, asegurar los servicios que de él recibía la nación y depurar las manifestaciones externas de la religiosidad, que en muchas ocasiones no estaban exentas de adherencias supersticiosas”⁽²⁾. Dentro de un país en donde el campo ocupaba a la mayor parte de la población del tercer estamento, las reformas agrarias y la preocupación por la situación del campesinado ocuparon un lugar predominante; en este sentido las Sociedades Económicas tuvieron una actividad destacada.

Lo que sí se puede afirmar es que tanto el rey como sus ministros y todos aquellos intelectuales que intervinieron en la regeneración económica y social de la España de la segunda mitad del siglo XVIII, dirigieron sus esfuerzos a potenciar el desarrollo de diversos sectores, como el de la industria, el ejemplo más importante fue el de la industria naval militar centrándose su producción en los arsenales de El Ferrol, Cádiz y Cartagena. Las mejoras encaminadas a facilitar el mercado tanto interior como exterior fueron otra de las preocupaciones de Carlos III y en ese sentido se crearon instituciones como las Juntas de Comercio, la Sociedad de Amigos del País, se crearon infraestructuras que facilitaron el tránsito de las mercancías, se suprimieron las adunas interiores, se liberalizó el comercio con América, etc. Pero fue el sector de la agricultura, unido al intento de repoblación de zonas interiores de la península, uno de los más desarrollados; origen de este hecho sería la influencia de las teorías fisiocráticas que circulaban por Europa. Entre las iniciativas que se llevan a cabo se encuentra la construcción de infraestructuras como canales, pantanos, caminos etc., promulgación de leyes encaminadas a favorecer el estatus del campesinado, reparto de tierras...

Dentro del desarrollo de las mejoras económicas y sociales del país se



Figura 2. Disposiciones legales de carácter económico con Carlos III.

encuadra el proyecto de las Nuevas Poblaciones cuyos objetivos han sido estudiados por diversos autores. Los que se han considerado más relevantes y evidentes han sido aquellos que afirmaban que el proyecto tenía como fin establecer la seguridad de la carretera general de

Andalucía de 1761, junto a la creación de infraestructuras que facilitarían el tránsito de viajeros y mercancías. Se ha considerado otro objetivo relevante y es el poblar zonas deshabitadas con el fin de propiciar un mejor reparto demográfico que potenciara el desarrollo económico en zonas baldías mediante el trabajo en el campo y la creación de industrias. Otro objetivo señalado por Miguel Avilés y basado en el estudio de la obra *Descripción de la Sinapia, península en tierra Austral*, encontrada entre los documentos del Conde de Campomanes⁽⁴⁾, sería el de “hacer real una concepción de la vida, de las relaciones sociales, diferentes de la que, de momento, se conocía. Fueron, en resumen, un intento de hacer realidad lo que podemos definir como horizonte utópico de la ilustración”.

Antecedentes del proyecto de Las Nuevas Poblaciones

Al margen de los objetivos que en este momento originan este proyecto, las iniciativas de repoblación en España se remontan a épocas anteriores, por lo que existen de algún modo antecedentes de Las Nuevas Poblaciones; aunque en algunos casos no se tiene constancias de la influencia directa de estos precedentes sobre la experiencia de repoblación llevada a cabo durante el reinado de Carlos III.

Como en muchos trabajos se manifiesta, el fenómeno de la repoblación en España tiene sus más remotos orígenes en época de los Reyes Católicos en donde se comenzó a ver la necesidad de explotar y colonizar aquellas tierras baldías que progresivamente se fueron conquistando a los musulmanes.

Entre estas primeras experiencias podemos señalar la que se llevó a cabo en el lugar conocido como Benamejé durante el s. XVI, que desde el primer tercio del XIII era propiedad de la Orden de Santiago, y posteriormente fue vendida a D. Diego de Bernuy por iniciativa del emperador Carlos I.

La planificación racional del espacio de trazado ortogonal, la regularidad en la tipología de la vivienda recogida en las ordenanzas, la preocupación de crear unas infraestructuras que proporcionaran una vida cómoda a los vecinos que poblaron la villa y explotaron los recursos agrícolas de sus tierras, estaban ya en la mente de D. Diego de Bernuy y de sus asesores en el s. XVI. Aunque no se puede asegurar que esta experiencia se tuviera en cuenta en la creación de Las Nuevas Poblaciones es significativo señalar el paralelismo de ambos proyectos, pues en ambos casos obedecen a empresas de repoblación y explotación de territorios deshabitados, y son fruto de mentes que supieron gestionar con diligencia dicha labor.

Ya más cercanos en el tiempo los antecedentes de Las Nuevas Poblaciones se remontan a principios del s. XVIII, coincidiendo con el cambio de dinastía en la corona española; en estos momentos se producen una serie de experiencias e intentos de repoblación y explotación de territorios baldíos entre los que podemos destacar la gran empresa de Juan de Goyeneche, con la creación del sitio de nueva planta conocido como Nuevo Baztán, cerca de Madrid.

Los objetivos de esta fundación serían básicamente dos, tal y como lo expone Beatriz Blasco Esquivias⁽¹⁾: en primer lugar “el deseo de erigir un señorío nobiliario sobre el que establecer su dominio personal y consolidar la memoria de su apellido y, en segundo, al deseo de de realizar una empresa ejemplar de utilidad pública, una ciudad de nueva planta, capaz de fomentar el desarrollo industrial y demográfico de la comarca”. Juan de Goyeneche confió este trabajo a José Benito de Churiguera.

La planta del Nuevo Baztán esta determinada en función del conjunto edilicio que conforma la iglesia-palacio que se ve reforzado tanto formal como

ideológicamente por tres plazas que lo rodean. A partir de este núcleo de máxima significación se desarrolla una trama urbana ortogonal. Esta disposición urbanística en una población de nueva planta obedece a unos criterios ideológicos y funcionales determinados por Goyeneche, ya que las edificaciones más próximas a la iglesia-palacio estaban destinadas a las actividades más importantes de la nueva población y por tanto más cerca de la supervisión de Goyeneche, mientras que aquellas tareas menos importantes, pero no por menos necesarias, se localizarían en la trama urbana en cuadrícula siempre susceptible de ser ampliada en función de las necesidades de crecimiento económico y poblacional. Todo este trazado, nada aleatorio, obedece a la circunstancia de que la nueva población que ocuparía este área dedicada tanto a actividades agrícolas como industriales, estaría compuesta por una masa humana dispar y no vinculada a este ámbito geográfico, por lo que en previsión de circunstancias que alteraran este proyecto donde confluyen intereses económicos, demográficos e ideológicos, la planificación urbana cobra un importante papel a la hora de controlar las actividades de la población.

De manera general, se podría decir que la personalidad de D. Diego de Bernuy o la de Juan de Goyeneche tienen cierto paralelismo con la de Pablo de Olavide, superintendente de Las Nuevas Poblaciones, ya que los tres fueron artífices de proyectos caracterizados por la puesta en valor y repoblación de un determinado territorio, cada uno en épocas diferentes y, desde luego, con características y particularidades diferentes en cada caso.

Pablo de Olavide:

Superintendente de Las Nuevas Poblaciones

Pablo Antonio José de Olavide y Jáuregui nació en Lima en 1725, siendo sus padres descendientes de españoles. Su formación la realizó en colegios de los

jesuitas en Lima y más tarde, con 15 años se graduó como Licenciado y Doctor en Teología por la Universidad de S. Marcos, donde más tarde aprobó la cátedra del en la Facultad de Teología. En 1745, Felipe V lo nombra Oidor de la Real Audiencia y Auditor de Guerra del Virreinato del Perú.

El terremoto de 1746 fue un hecho decisivo en su vida ya que el Virrey del Perú escogió a Olavide para que se hiciera cargo de los bienes hallados tras la catástrofe. Fue en este momento cuando se puso en duda su honestidad y fue acusado de malversación de fondos, por lo que tuvo que venir a España a dar cuenta de esta acusación. Parece ser que dicha acusación provenía de sectores molestos con su actividad profesional.



Figura 3. D. Pablo de Olavide. Superintendente de Las Nuevas Poblaciones.

Ya en estos momentos despuntaban dos características de la personalidad de Olavide, “sus continuos roces con la Iglesia, producto quizás de sus formulaciones teológicas o imprudencias verbales” y “sus ideas de ilustrado (entendiéndose en línea con los intelectuales y reformadores del siglo) que le grangearon la envidia y resentimiento de

los sectores conservaduristas y retrógrados”.

A su llegada a España se instala en Leganés donde conoce a D^a Isabel de los Ríos, con la que contrae matrimonio. Esta unión hizo que la causa legal que le trajo a España quedara minimizada y comenzara una etapa brillante en su trayectoria profesional. Durante el periodo que va desde su casamiento a su definitiva instalación en Madrid, viaja por toda Europa tomando contacto con la alta burguesía comercial de Francia e Italia, y durante su estancia en París estableció gran amistad con Voltaire. Estos años, dedicados al trabajo intelectual, a lecturas y reflexiones sobre las mismas, fueron decisivos a la hora de entablar relaciones y amistad con personalidades que influyeron en la realización de proyectos posteriores, como fue el caso de D. Pedro Rodríguez Campomanes y el conde de Aranda. Fueron años de consolidación personal, tanto a nivel social como de pensamiento.

El punto de inflexión en su trayectoria personal y profesional fue en 1767, ya que fue nombrado Intendente de la ciudad de Sevilla, Subdelegado de todas las Rentas de la Ciudad y Reino de Sevilla y Superintendente de Las Nuevas Poblaciones (Sierra Morena y Andalucía). Su actividad en Sevilla está marcada por sus ideas renovadoras y su determinación firme para llevarlas a cabo, ejemplo de su labor fue la creación de un hospital de pobres y mendigos, dotación de infraestructuras en la ciudad, embellecimiento de la misma, reordenación del trazado urbano de barriadas insalubres, reformas en la enseñanza, defensa del teatro, etc. todo estos ejemplos ponen de manifiesto el carácter reformista e innovador de Olavide que estaba respaldado por Carlos III y sus ministros y que desarrollará en el gran proyecto de colonización de Sierra Morena y Andalucía.

Durante su estancia en Sevilla se relacionó con el medio cultural al que pertenecía Jovellanos, quién estaba muy influido por las lecturas de Condillac, Mirabeau o Cantillón, lecturas que reflejaban las ideas fisiocráticas vigentes en el ámbito europeo.

La figura de Olavide juega un papel determinante al elaborar un informe para el Consejo de Castilla en donde desestima la colonización de tierras americanas, propuesta inicial a instancias de Thurrigel, en favor de la colonización de la zona sur del país, poniendo en valor y explotando zonas de Andalucía despobladas y baldías.

Inmediatamente después de aprobado el proyecto de colonización de Andalucía se comienzan a redactar las instrucciones que conforman el Fuero de las Poblaciones, cuya autoría se atribuye principalmente a Olavide y Campomanes.



Figura 4. Palacio-Iglesia de Nuevo Batzán de Juan de Goyeneche.

Encargado de la colonización de las tierras del sur de España establece su residencia en la población que actualmente conocemos como La Carolina, y desde allí dirige el complejo proyecto socio-económico de La Nuevas Poblaciones concebido como la materialización de una sociedad nueva en la que conviven la agricultura, la ganadería, la industria, el comercio y en donde se ofrece a la población una serie de servicios como escuelas, hospitales, etc. encaminados a dignificar la vida de los colonos y a educarlos dentro de las ideas reformistas que se encuentran en las directrices ideológicas del nuevo gobierno. Toda esta labor no es sólo fruto de un constante trabajo intelectual unido a sus reflexiones sobre todas aquellas experiencias que ha ido observando durante sus viajes por Europa, sino que se debe también a una mentalidad pragmática, ágil y resolutiva que le lleva a tomar determinaciones inflexibles que posibilitan, en gran medida, la realización del proyecto.

El éxito en su carrera política se vio empañado por las acusaciones de ciertos sectores conservadores que le acusaban de “hereje, infame y miembro podrido de la Religión”, según consta en lo que se conoció como “Autillo de Olavide”; por lo que la Inquisición le condenó, en 1778, al exilio. Durante su estancia en Caldas (Gerona) y debido a la cercanía de la frontera, Olavide huyó a Francia en donde fue bien acogido y considerado por los intelectuales franceses, posteriormente y durante el período revolucionario, en 1794, fue encarcelado acusado de antirrevolucionario.

Vuelve a España en 1798, tras ser perdonado por la Inquisición y se establece en Baeza definitivamente hasta su muerte el 25 de febrero de 1803.

Ordenación espacial

El proyecto que se le encarga a Pablo de Olavide parte de unas premisas nuevas para la época, mediados del siglo XVIII, en donde la idea de ordenación del territorio se impone sobre la idea de ciudad aislada, comenzándose a establecer relaciones espaciales dentro de un territorio determinado en favor del desarrollo económico de la nación en base al impulso de actividades económicas como el comercio, la agricultura, la ganadería o la industria. Por ello el trazado y el tamaño de la ciudad queda supeditado a la actividad económico-administrativa que desempeña y a su vez este viene determinado por la relación existente con los demás núcleos urbanos.

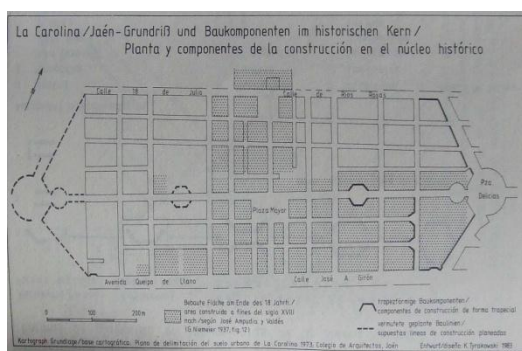


Figura 5. Trazado ortogonal del núcleo urbano de La Carolina.

El complejo proyecto de Las Nuevas Poblaciones de Sierra Morena y Andalucía no es fruto de una sola mente que idea y ejecuta, es la conjunción de distintos aspectos que se complementan. El responsable político sería Campomanes, la parte técnica correspondió a Carlos Lemour, ingeniero militar y en fue la personalidad de Pablo de Olavide la que sintetizó y llevó a la práctica las ideas sociopolíticas de Campomanes y la concepción de ordenamiento territorial de Lemour.

El proyecto se lleva a la práctica entre 1767 y 1768 en amplias zonas despobladas del sur de España por donde

transcurría el Camino Real que unía Madrid y Andalucía. Se distinguen dos momentos:

- En el primero, se inicia la colonización en Sierra Morena con las llamadas Nuevas Poblaciones, estableciendo su capital en La Carolina, y a partir de ella se establecen un total de 22 núcleos de población.
- Posteriormente se colonizan otras zonas más occidentales de Andalucía por donde pasaba el Camino Real, estableciendo la capital en La Carlota.



Figura 6. Vista aérea de La Carolina

Las primeras disposiciones con respecto a la ordenación del territorio y trazado interno de los núcleos urbanos se recogen en el Fuero de las Nuevas Poblaciones, aprobado el 5 de julio de 1767⁽⁶⁾. Este ordenamiento del territorio obedece a la concepción de un plan radial en la distribución de los núcleos de población. Por tanto, la población principal sería el centro de la circunferencia y alrededor de ella se dispondrían las demás poblaciones. En la distribución de poblaciones en el territorio se observa una segunda trama de carácter reticular en donde las plazas de cada pueblo constituirían los ejes perpendiculares a partir de los mismos se generaría una trama ortogonal del trazado urbano de cada población. Además la plaza, siempre de diseño geométrico, se consideraría como punto de partida de una ordenación

superior del territorio en base a la forma hexagonal, por tanto, los vértices de dicho hexágono imaginario lo constituiría las aldeas más pequeñas y en el centro de la figura se encontraría el Concejo o Feligresía, núcleos urbanos intermedios, que a su vez sería el vértice de un hexágono mayor cuyo centro sería la capital, en el caso de Las Nuevas Poblaciones de Sierra Morena sería La Carolina.

Por tanto, la concepción del territorio se concebiría como un entramado regular, estructurado y ordenado, compuesto por núcleos urbanos menores y mayores que se combinarían y relacionarían en base a ese módulo geométrico básico, el hexágono.

Otro aspecto que caracteriza este proyecto de colonización y puesta en valor de zonas baldías en Andalucía fue la vivienda, ya que a las circunstancias precipitadas con las que se llevó a cabo el proceso de repoblación, se consideró la necesidad de establecer un modelo único de unidad habitacional que se repetiría en cada núcleo urbano, con la intención de agilizar dicho proceso.

Como hemos señalado anteriormente en este complejo proyecto intervinieron ingenieros militares, y es en las ideas que ellos proporcionaron donde se encuentra la base del prototipo de vivienda, tanto en los núcleos urbanos como rurales. Este prototipo sería fruto de la evolución, desde el s. XVII hasta principios del XVIII, del edificio destinado a cuartel, entendiéndolo como parte integrante de una ciudad de trazado regular, según se establecía en los tratados de arquitectura militar.

El modelo de vivienda lo describe Sambricio⁽⁵⁾ como “un modelo rígido: una crujía dividida en dos plantas por una estrecha escalera que conduce, en el plano superior, a un granero y marca dos espacios bien diferenciados: la cocina-comedor y la habitación. En ocasiones

detrás de cada casa se situaba el corral, y generalmente, a las casas primitivas se les añadía otra crujía con dos habitaciones más”.

En lo referente a la vivienda rústica, el modelo a seguir tendría unas características muy parecidas, por lo que la uniformidad sería la característica común entre la casa urbana y la rústica.

El contingente humano: los nuevos pobladores

Junto a la ordenación espacial, otro factor determinante y singular que caracteriza el proyecto de Las Nuevas Poblaciones es la colonización del territorio por un contingente humano que provenía de otros países de Europa, en este proyecto la figura de Juan Gaspar de Thurriegel juega un papel importante.

Este proyecto socio-económico nace en un momento favorable en donde el rey y sus ministros son conscientes de la necesidad de incrementar la población, entendiéndose este incremento como un aumento de la fuerza de trabajo para llevar a cabo las ideas ilustradas basadas en la transformación del territorio con el objetivo de potenciar la riqueza del país.



Figura 7. Puertos de entrada en España de colonos extranjeros.

La distribución demográfica en la España del siglo XVIII es muy dispar ya que la mayor densidad de población se encuentra en las zonas más ricas

coincidiendo con las áreas geográficas cercanas al litoral y, por tanto, quedando despoblado las zonas interiores; esta situación es repetidamente denunciada y la búsqueda de soluciones por parte del rey y el Consejo de Castilla es firme y continua. La problemática del proyecto surge cuando se constata la necesidad de traer nuevos pobladores para estas zonas, puesto que de las ya habitadas no es factible traer habitantes puesto que disminuiría la fuerza productiva de la zona rica y desarrollada de la nación.

En estos momentos, en España, se estaba gestando la idea de enviar colonos a Puerto Rico y otros lugares de América, proyecto que finalmente se sustituyó por la creación de Las Nuevas Poblaciones de Sierra Morena y Andalucía. Al frente de esta iniciativa colonizadora se encuentra Juan Gaspar de Thurriegel, quién se encargó de la organización del transporte de colonos.

En dicho proyecto se compromete a traer 6.000 colonos extranjeros de ambos sexos, todos católicos, labradores o artesanos, por los que pagaría la Corona a cada uno una cantidad de dinero estipulada y les haría entrega de tierras, ganado y herramientas y útiles para desarrollar la labor que desempeñaran en su nuevo destino, además se les eximiría de pagar tributos a la Corona durante diez años. Se establece un plazo de un año para la llegada de los colonos y su entrada la haría a través de los puertos de Almería, Málaga y Sanlúcar de Barrameda. El plan de Thurriegel es aprobado y el 2 de abril de 1767, se establecen las condiciones del contrato que se confirmaran vía notarial.

Parece ser que el proceso de reclutamiento se hizo en breve tiempo y la selección de colonos no respondía a lo establecido en el contrato ya que se trajo a personas poco cualificadas, especialmente para las labores del campo, enfermos, ancianos, vagabundos, etc., por lo general, gente que rehuía del trabajo de la tierra.

El proceso de colonización estuvo marcado por la improvisación ya que desde principios de abril de 1767, momento en el que se establece el contrato con Thurriegel hasta que comienza a materializarse en septiembre de 1767, habían pasado escasamente seis meses. En esta fecha es cuando llegan los primeros colonos a Almería, Málaga y Sanlúcar de Barrameda, ciudades que se denominaron “cajas de recepción” ya que en ellas quedaron los colonos retenidos, habitando barracones que ellos mismos hicieron, hasta que se les construyeron las viviendas que deberían ocupar en los destinos asignados de Las Nuevas Poblaciones. Esta situación precaria desencadenó epidemias de tercianas, enfermedades y muertes de forma masiva provocando la llegada de colonos nacionales de la zona de Levante y Cataluña más acostumbrados al clima y a las actividades que debían desempeñar⁽⁴⁾. A partir de 1770 se estabiliza y se da por concluido este proceso que se inició de forma precipitada y marcada por la improvisación.

Aprobado el proyecto de colonización, es nombrado Pablo de Olavide como Superintendente de las Nuevas Poblaciones el 12 de junio de 1767, y el día 5 de julio de 1767, se emitirá la Real Cédula que contiene las Instrucción y Fuero de dichas poblaciones, las cuales gozarán de un régimen especial hasta 1835.

En el Fuero de las Poblaciones se hacen indicaciones precisas sobre el ordenamiento del territorio, la distribución de tierras, donaciones de ganado y utensilios a los colonos, ordenamiento jurídico-administrativo de las poblaciones, aspectos educacionales, etc. pero también se recogen disposiciones referentes a la vida de los colonos, como aquellas que hacen referencia a las condiciones de matrimonio entre colonos y españoles, de dónde deben proceder y que características deben de tener los

españoles que contraigan matrimonio con los colonos extranjeros, etc.

Ese proyecto de colonización y ordenamiento del territorio, conocido como Las Nuevas Poblaciones de Sierra Morena y Andalucía, vio su final en 1835 cuando estas áreas pobladas se incorporan al régimen jurídico de la nación por Real Decreto de 5 de Marzo de 1835 promulgado por la reina regente.

Muchas son las causas que no propiciaron el éxito de este proyecto, aunque tradicionalmente se ha atribuido a Juan Gaspar de Thurriegel el fracaso de la colonización debido a su falta de escrúpulos y de ética al reclutar colonos y al no cumplir lo estipulado en el contrato inicial.

A pesar de no prolongarse en el tiempo esta iniciativa de Carlos III es manifiesta la huella que ha dejado en la fisonomía de nuestros pueblos andaluces, no hay nada más que visitar La Carolina, o pequeños pueblos como Carboneros, ambos en la provincia de Jaén, para comprobar que su trazado ortogonal, el diseño de sus plazas, pequeños relieves en sus edificios y calles más significativas, obedecen a un proyecto de mayor envergadura en donde intervinieron grandes personalidades como Campomanes, Pablo de Olavide o Carlos Lemaire entre otros.

REFERENCIAS

- (1) Enciso Alonso-Muñumer I. Introducción: La monarquía ilustrada. In: Carrasco Martínez A, Vázquez Gestal P, Alvar Ezquerro A, Molas Ribalta P, Martínez Ruiz E, González-Enciso A, et al., editors. Carlos III y su época. Barcelona: Carroggio, S.A. de Ediciones; 2003. p. 29-43.
- (2) Domínguez Ortiz A. La política religiosa de Carlos III. In: Domínguez Ortiz A, editor. Carlos III y la España de la Ilustración. Madrid: Alianza Editorial S.A.; 1988. p. 141-60.
- (3) Blasco Esquivias B. Nuevo Baztán, la utopía de Juan de Goyeneche. Pamplona: Gobierno de Navarra. Departamento de Educación y Cultura.; 1999 p. 77-120.
- (4) Pozo Ruiz A. Pablo de Olavide y Jáuregui (Lima 1725 - Baeza 1803). http://www.personal.us.es/alporu/historia/pablo_de_olavide.htm 2007 January 17.