UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

República de Guatemala, Centro América.

CONSIDERACIONES SOBRE LA ATENCION DEL RECIEN NACIDO

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA POR

JULIO R. ACEITUNO A.

Ex-Interno del Servicio de Recién Nacidos, del Primer Servicio de Maternidad, del Tercer Servicio de Medicina de Mujeres y de la Casa de Salud de Señoras en el Hospital General; ex-interno del Hospital San Vicente; ex-practicante del Dispensario Municipal Número 2; ex-miembro de la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

FEBRERO DE 1950.

GUATEMALA, C. A.
TIP. SÁNCHEZ & DE GUISE.
8ª Av. S. Nº 30.—Tel. 2707.

INTRODUCCION

El Servicio de Recién Nacidos del Hospital General es de creación relativamente reciente; como tal principió a funcionar hace más o menos seis años, y apenas tiene seis meses de estar instalado en local adecuado. El personal de enfermeras que trabaja en él hace buena labor, pero no llega a adquirir la experiencia deseable debido a que no es fijo, sino está sometido a cambios frecuentes. En dos ocasiones he sido Interno de dicho Servicio, del cual es Jefe el Doctor Gustavo Castañeda Palacios, bajo cuya dirección he trabajado, habiendo tenido oportunidad de observar que existe una falta absoluta de interés por el conocimiento práctico del recién nacido.

El período neonatal es la época de la vida cuando se suceden los más numerosos y notables cambios fisiológicos y cuando la mortalidad alcanza sus niveles más altos; a esto último contribuye, entre otras causas, la inexperiencia. Por ello mi finalidad es insistir sobre la obligación que tenemos de conocer el problema del recién nacido, por lo menos en sus principios fundamentales. Como ya lo he dicho, no pretendo haber escrito nada original, sino solamente un trabajo divulgativo, que se refiere sobre todo al recién nacido hospitalario y que espero sea de alguna utilidad.

PRIMERA PARTE

DEFINICION Y CONCEPTO DEL RECIEN NACIDO

El recién nacido, según lo define el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, es el niño que acaba de nacer o que ha nacido en los últimos cuatro u ocho días, antes de la caída del cordón umbilical y, desde el punto de vista legal, antes de su inscripción en el Registro Civil. Pero el concepto de recién nacido es en realidad mucho más amplio y se le debe considerar como un sér de particularidades orgánicas y funcionales especiales, que vive una etapa diferenciada de la vida que lo conduce a través de un período de adaptación al medio en el cual ha de vivir definitivamente y cuyo final, aun no bien determinado, puede fijarse entre las tres y cuatro primeras semanas. En esta época todas sus manifestaciones mórbidas adquieren un carácter particular y constituyen realmente una patología especial del recién nacido, cuya correcta interpretación debe ir ligada necesariamente a un conocimiento más o menos amplio del mismo.

ALGUNAS PARTICULARIDADES ANATOMO-FISIOLOGICAS DEL RECIEN NACIDO

La interrupción de la circulación placentaria en el momento del nacimiento, trae consigo una serie de cambios anatómicos y fisiológicos necesarios para que el niño pueda vivir una vida independiente. Los cambios más importantes son los de adaptación de los sistemas circulatorio y respiratorio y de los aparatos digestivo y urinario, así como de sus mecanismos termo-reguladores.

Este período de adaptación, que constituye el período neonatal, dura alrededor de cuatro semanas.

El recién nacido no es una miniatura de adulto y tiene una anatomía y fisiología peculiares; su cráneo relativamente voluminoso, la cara pequeña, los miembros cortos, el tórax prominente, los órganos genitales incompletamente desarrollados, le confieren un aspecto particular; y la investigación cuidadosa revela numerosas diferencias en la estructura anatómica e histológica y en las funciones de la mayor parte de los órganos y de los sistemas orgánicos. (Thiemich).

La circulación sanguínea definitiva principia en el momento del nacimiento, al cesar la circulación placentaria y principiar la función pulmonar. Se inicia entonces la pequeña circulación cardiopulmonar y se obliteran el conducto arterial primero y el agujero de Botal después. Asimismo se ocluyen los vasos umbilicales y el conducto venoso, quedando la circulación idéntica a la del adulto.

La función pulmonar que viene a substituir a la función placentaria de oxigenación, principia inmediatamente después del nacimiento, con la primera inspiración profunda. Normalmente la expansión pulmonar se realiza con facilidad y se completa por lo general al cabo de dos o tres días; principia por las porciones anteriores de ambos pulmones, sigue por los lóbulos superiores y finalmente la parte posterior de los inferiores. Los lobulillos superficiales se expanden casi siempre antes que los profundos. La presencia de mucosidades o líquido amniótico en algunos bronquios, da lugar a una expansión defectuosa, irregular y tardía.

La proporción de los segmentos corporales es característica en el recién nacido; el segmento correspondiente a la cabeza ocupa aproximadamente el 25 por ciento de la talla total, y los correspondientes al tronco y los miembros inferiores, el 37.5 por ciento cada uno.

El recién nacido normal tiene un promedio de peso de 3,250 gramos (3,000 gramos en nuestro medio hospitalario); pero en los

primeros días que siguen al nacimiento, sufre una pérdida que no repone normalmente, en la mayoría de los casos, sino al décimocuarto día, que se calcula en un décimoquinto del peso inicial y que es mayor en forma absoluta, a medida que el niño nace con un peso más elevado. Este descenso considerado fisiológico y debido a causas mecánicas y metabólicas, puede modificarse según la técnica de alimentación post-natal, ya sea por medio de lactancia artificial complementaria o suplementaria, con provisión adecuada de líquidos, o por una abundante y precoz lactancia materna.

Tiene un promedio de talla de 50 centímetros (48.5 centímetros en nuestro medio hospitalario).

Un promedio de circunferencia craneana de 35 centímetros (33.5 centímetros en nuestro medio hospitalario).

Un promedio de circunferencia torácica de 33 centímetros (31 centímetros en nuestro medio hospitalario).

La *fontanela anterior o bregmática,* situada entre los huesos frontal y parietales, constituye un espacio sin osificar, amplio y de forma romboidal.

El *cerebro,* en relación a todo el cuerpo, es proporcionalmente más grande que en el adulto; y la masa encefálica completa pesa alrededor de 345 gramos.

El *timo* se encuentra muy desarrollado; recubre las aurículas y a veces parte de los ventrículos cardíacos; su peso es de 8 gramos más o menos.

El *tórax* es prominente y las costillas se implantan casi verticalmente en la columna vertebral. El *corazón* es, en relación al tórax, proporcionalmente más grande que en los niños mayores y que en los adultos, y su peso es aproximadamente de 18 gramos; es más ancho y redondo y, a consecuencia de la elevación del diafragma, está colocado más horizontal. Los *pulmones* son proporcionalmente menores que en los niños mayores y su peso aproximado es de 30 gramos para el derecho y 25 para el izquierdo. El tipo respiratorio es casi exclusivamente abdominal y la frecuencia respiratoria es alrededor de 55 por minuto. La respiración es

soplante y el murmullo vesicular rudo. "La insuficiencia respiratoria es uno de los signos característicos del lactante." (Engel).

La *frecuencia cardíaca* es aproximadamente de 140 por minuto y el primer tono es más alto que el segundo; el segundo tono pulmonar suele ser más alto que el segundo tono aórtico.

El *hígado* se extiende de 1 a 3 centímetros por debajo del reborde costal en la línea mamilar derecha y de 2 a 3 centímetros por debajo del apéndice xifoides en la línea media; ocupa gran parte de la cavidad abdominal, casi la mitad, y pesa alrededor de 100 gramos.

El *bazo* es frecuentemente palpable y pesa alrededor de 8 gramos.

El *estómago* se encuentra en posición vertical y tiene una capacidad aproximada de 30 a 60 c. c.

El *intestino delgado* mide más o menos 2 metros de longitud y el *intestino grueso* 50 centímetros y contiene meconio en su interior.

Los *riñones* son palpables con alguna frecuencia y pesan de 10 a 12 gramos cada uno. Las *cápsulas suprarrenales* están muy desarrolladas.

SANGRE.—*Recién nacido.*—Cantidad: 14 a 15 por ciento del peso corporal.

Hematíes: 5 a 7 millones por mm³. Hemoglobina: 110 a 130 por 100. Leucocitos: 15,000 a 30,000 por mm³. Polinucleares: Eosinófilos: 1 a 2 por 100; Neutrófilos: 60 a 70 por 100. Monocitos: 8 a 10 por 100. Linfocitos: 15 a 25 por 100.

Los glóbulos rojos son más grandes y existen reticulocitos: 3 por 100 el primer día; 0.7 por 100 al sexto día y 0.2 por 100 al mes. En los primeros días pueden observarse normalmente algunos normoblastos, que desaparecen pronto, pero que a veces persisten por algunas semanas. La bilirrubina sanguínea puede llegar, dentro de lo normal, a 5 miligramos por 100 hacia el segundo día, para ir disminuyendo progresivamente.

Lactante.—Cantidad: 10 a 11 por 100 del peso corporal.

Hematíes: 4 a 5 millones por mm.³ Hemoglobina: 78 a 85 por 100. Leucocitos: 8,000 a 15,000 por mm³. Polinucleares: Eosinófilos: 2 a 7 por 100; Neutrófilos: 20 a 36 por 100. Monocitos: 5 a 15 por 100. Linfocitos: 50 a 70 por 100.

El líquido céfalo-raquídeo es generalmente xantocrómico y puede contener algunos hematíes, sin que esto tenga un significado patológico. Esta xantocromia se reduce hacia la segunda semana para desaparecer alrededor de la tercera. Garrahan cree que está en relación con la hiperbilirrubinemia fisiológica.

El *reflejo corneal* y el *pupilar* a la luz existen ya en el recién nacido. El de *acomodación* no se presenta sino hasta los dos meses.

El *signo de Babinski,* que es fisiológico hasta los dos o tres años de edad, está en relación con el desarrollo aun incompleto del haz piramidal.

El recién nacido tiene una *temperatura rectal* que oscila entre 36.5 y 37.2 grados.

La *tensión arterial* sistólica es aproximadamente de 60 mm. de mercurio.

Su *metabolismo basal* tiene un valor promedio de 55 calorías por kilogramo de peso.

Normalmente el recién nacido tiene de dos a tres deyecciones diarias, pero puede tener sólo una o tantas como veces mame; de color amarillo de oro, de consistencia de pomada, bien ligadas, de olor agrio y reacción ácida, que dejadas al aire pueden tornarse verdes. Las deposiciones pueden también ser verdosas y más blandas, sin que esto tenga significado patológico. Cuando se alimenta con leche de vaca son más consistentes, más claras, de reacción alcalina y a veces fétidas. Pueden también ser jabonosas con aspecto de masilla y olor putrefacto, sin que esto signifique siempre un trastorno patológico.

La cantidad de orina del recién nacido es aproximadamente de 250 c. c. en las 24 horas y su reacción es ácida. Es la época de la vida cuando normalmente se elimina más ácido úrico; en algunos casos el pañal puede llegar a teñirse de color rojizo ladrillo, prestándose a confusión con hematuria.

La secreción lagrimal falta o es muy escasa en el primer mes.

El recién nacido normal duerme casi todo el día, de 20 a 22 horas diarias; a veces solamente permanece despierto a las horas de mamar y en el momento de su higiene; su sueño es normalmente profundo y de larga duración, adoptando durante el mismo una posición especial con los miembros superiores en flexión y los puños al nivel del cuello.

CLASIFICACION DEL RECIEN NACIDO

Según el grado de madurez, el peso, las capacidades vitales y la ausencia o presencia de manifestaciones patológicas, los recién nacidos pueden dividirse en: recién nacidos normales; prematuros y débiles congénitos; y recién nacidos patológicos.

Recién nacido normal.—Hijo de padres sanos, nacido a término con un peso mayor de 2,500 gramos, sin lesiones obstétricas, sin enfermedades ni malformaciones congénitas, y con la capacidad necesaria para regular la temperatura de su cuerpo.

Prematuro y débil congénito.—Niño nacido antes del término normal de la gestación o que aun habiendo nacido a término, sea excesivamente delicado y no haya alcanzado un grado suficiente de madurez, con un peso menor de 2,500 gramos e incapaz de regular la temperatura de su cuerpo.

Recién nacido patológico.—Niño afecto de enfermedades o malformaciones congénitas, o con manifestaciones patológicas de origen obstétrico: Lúes congénita, eritroblastosis fetal, espina bífida, labio leporino, hemorragia intracraneana, parálisis obstétrica, etc.

SEGUNDA PARTE

EXAMEN POST-NATAL DEL RECIEN NACIDO

Es ésta una práctica sumamente importante que no se debe dejar de llevar a cabo. El niño tiene derecho a que se vele por su existencia, descubriendo sus anomalías y previendo sus accidentes. Es, pues, una obligación, según los casos, del obstetra, del pediatra o del médico general, y aun de enfermeras y comadronas, hacer cuidadosamente el examen post-natal del recién nacido. Generalmente no se le practica o se le practica mal, y si las consecuencias de esta omisión no son alarmantes numéricamente, es porque la gran mayoría de niños nacen en buenas condiciones de vida. Es sobre todo en los partos distósicos y prolongados, tanto más si el niño ha sufrido accidentes en el momento del nacimiento, cuando esta práctica reviste su mayor importancia, pero el hecho de que un niño haya nacido en condiciones perfectamente normales no nos autoriza a desentendernos de él.

Es conveniente habituarse a una técnica más o menos precisa, a una rutina que nos permita no pasar por alto aun pequeños detalles. Pero a falta de una técnica debe actuarse en la forma más razonable, supliendo ésta con el sentido común y el buen criterio. Sin embargo, es necesario un conocimiento más o menos amplio del recién nacido, para poder interpretar correctamente sus diversas manifestaciones: fisiológicas y patológicas.

El examen debe practicarse inmediatamente después del nacimiento o en el curso de las primeras doce horas de la vida; en condiciones adecuadas, en un ambiente relativamente cálido, sin corrientes de aire y con buena luz; se hará lo más rápido posible,

pero siempre bien hecho. Es necesario evitar el enfriamiento y la brusquedad en el manejo del niño y se tendrá especial cuidado con los prematuros y débiles congénitos.

Cuando el médico que ha de examinar al recién nacido no es el mismo que atendió el parto ni lo ha presenciado, debe ser puesto al corriente del proceso de éste y de las condiciones del niño en el momento del nacimiento y en el caso de que haya sufrido algún accidente, del tratamiento a que fue sometido.

Es conveniente que el médico conozca la historia pre-natal de la madre, con los antecedentes hereditarios y colaterales del recién nacido.

TECNICA

Peso.—Su determinación debe hacerse con una balanza adecuada y exacta. Todos los niños con un peso menor de 5 libras y media o sean aproximadamente 2,500 gramos, se consideran débiles congénitos cuando no son prematuros, y se les debe prestar la misma atención que a estos últimos. Pero tratándose de recién nacidos que no siendo prematuros tengan un peso tan escaso, existe la posibilidad de que la madre haya dado datos erróneos o falsos sobre la edad del embarazo.

Temperatura.—Se toma en el recto y no debe omitirse hacerlo, pues además nos informa sobre la permeabilidad del conducto ano-rectal. En el curso de la primera hora que sigue al nacimiento, la temperatura de los niños normales puede descender a 35.5 y aun a 35 grados; en algunos desciende menos, pero en todos se estabiliza más tarde alrededor de 37 grados. En dicho descenso influyen indiscutiblemente las condiciones en que ha nacido el niño y en las que ha quedado después del nacimiento. En los prematuros y débiles congénitos el descenso es siempre más marcado y frecuentemente su temperatura llega a 34 grados, no siendo posible elevarla y mantenerla sino solamente por medio de la calefacción artificial.

Talla.—La determinación de ésta puede hacerse sencillamente con una cinta métrica. Una talla de 47 centímetros es considerada como la correspondiente al límite de la madurez, pero a este respecto cuentan más el peso y las capacidades vitales del recién nacido.

Las *circunferencias craneana y torácica* se miden también con una cinta métrica, pero tienen una importancia menor que la talla y en la práctica es suficiente con medir ésta.

Inspección general. — Es probablemente el procedimiento de examen que mayores datos nos deja acerca del estado general del recién nacido. Se hace tomando al niño desnudo, poniéndolo primero en decúbito dorsal y luego en decúbito ventral. Para quien está acostumbrado a verlo a diario, el aspecto del recién nacido normal es característico y le basta una vista de conjunto para formarse una idea más o menos exacta de su estado general. El grado de desarrollo, las deformidades, lesiones, traumatismos, etc., saltan a la vista a la inspección cuidadosa. La mayor parte de los recién nacidos tienden a conservar sus miembros en flexión parcial y a extender los brazos y sacudir las piernas de vez en cuando. Los miembros, sobre todo los inferiores, pueden presentar a veces ciertas posiciones anormales, relacionadas con la posición intrauterina del feto y con el mecanismo del parto; algunas como la extensión de las piernas sobre los muslos con flexión de éstos sobre la pelvis, que se observa en la presentación de nalgas incompleta modalidad de nalgas, no tienen significado patológico y desaparecen espontáneamente después de las 24 ó 48 horas que siguen al nacimiento; otras, por el contrario, como el *talipes,* el *genu recurvatum,* etc., persisten y necesitan tratamiento especial. La flacidez generalizada es anormal y sus principales causas son: la persistencia del efecto de los anestésicos o sedantes que se administraron a la madre durante el parto y los traumatismos intracraneanos. La flacidez parcial indica una lesión localizada. Algunos niños presentan cierta hipertonía, que carece de significación

patológica toda vez que no se prolongue y tienda a acentuarse, pues de lo contrario hay que pensar en la posibilidad de una lesión intracraneana e investigar otros síntomas. Las convulsiones indican generalmente una lesión de esta naturaleza; un síndrome de irritación meníngea cuya causa más común es la hemorragia intracraneana.

Piel.—La piel del recién nacido es de un color rosado característico y en algunas ocasiones principia a descamarse ya en el curso de las primeras 24 horas, aunque generalmente esta descamación principia hacia el tercer día. Cuando no se ha limpiado se presenta aún cubierta por el unto sebáceo, que puede ser más o menos abundante. El lanugo casi no persiste en los recién nacidos a término y cuando es muy aparente se trata probablemente de prematuros. Es frecuente observar un punteado petequial sobre todo en la cara y cuello, así como áreas irregulares de telangiectasia, sobre todo en la frente, párpados, dorso de la nariz y nuca. El *milium facial* se observa en el extremo de la nariz, en las mejillas y en el mentón de algunos recién nacidos. La *ictericia fisiológica* aparece generalmente después del segundo día y es más marcada y frecuente en los prematuros. La *mancha mongólica* se observa más o menos en el 50 por ciento de los recién nacidos de nuestro medio hospitalario; su amplitud es variable y algunas veces no queda limitada a la región sacro-coxígea, sino que se extiende hacia las caderas, la región lumbar y dorso, ya sea como continuación de la mancha inicial o como pequeñas manchas escalonadas. La palidez inmediata al nacimiento puede ser debida a la narcosis materna, a la hemorragia o al *shock*. Cuando el niño ha sufrido algún accidente respiratorio en el momento del nacimiento, es común observar cierto grado de cianosis, pero si ésta es persistente hay que pensar en la posibilidad de una anomalía cardíaca; cuando se presenta en accesos intermitentes, lo cual es más frecuente, su origen debe buscarse en la atelectasia o en la hemorragia intracraneana. Es necesario investigar cuidadosamente la presencia de lesiones cutáneas de naturaleza infecciosa, tales

como el *impétigo* y el *pénfigo*, para aislar al niño y someterlo a un tratamiento adecuado y precoz. El *pénfigo* es siempre sospechoso de Lúes congénita, aunque puede tener otro origen.

Una vez practicados estos exámenes de orden general, es conveniente seguir con el examen más o menos detallado de cada uno de los segmentos corporales.

CABEZA.—*Cráneo.*—Hay que investigar cuidadosamente posibles lesiones traumáticas del cuero cabelludo y de la bóveda ósea, tales como erosiones, heridas, fracturas y hundimientos óseos, etc., sobre todo cuando se trata de un parto distósico y con mayor razón si ha habido aplicación de fórceps. El céfalo-hematoma puede presentarse en los partos normales y como lesión aislada no tiene mayor trascendencia; sin embargo debe pensarse siempre en un trastorno de la coagulabilidad sanguínea y tratarlo como tal; se le puede confundir con ciertas lesiones óseas, como fracturas con hundimiento y con un encefalocele, pero este último tiene síntomas característicos. Por lo demás el cráneo puede presentarse moldeado; algunas veces las suturas sagital y lambdoidea se encuentran substituídas por el acabalgamiento de los huesos occipital y parietales; aun la sutura coronaria puede alterarse en esta forma; las fontanelas se encuentran reducidas y la posterior llega a borrarse completamente; todo esto puede estar disimulado por el edema localizado del cuero cabelludo o una bolsa sero-sanguínea. Sin embargo esto no es lo corriente y el moldeado es por lo común mucho más atenuado, no observándosele en algunos casos. Todo depende de la mayor o menor proporción pélvico-cefálica. Cuando la fontanela anterior se encuentra amplia es necesario palparla para darse cuenta de su tensión. Los grados aparentes de hidrocefalia no pasan inadvertidos y se reconocen fácilmente, pero un esbozo de la misma hay que diferenciarlo de ciertas macrocefalias verdaderas o relativas. Algunos niños son macrocéfalos por herencia.

Cara.—Si el niño ha sufrido al nacer de asfixia pasajera, es frecuente observar ligera cianosis sobre todo alrededor de la boca. En las presentaciones de cara, el niño tiene un aspecto desagradable, la bolsa sero-sanguínea se forma a este nivel y es más o menos voluminosa de acuerdo con la duración del parto; se observa cianosis acentuada y edema marcado sobre todo de los párpados y de los labios, con erosiones y flictenas que no siempre pueden atribuirse a los tactos repetidos. Cuando ha habido aplicación de fórceps es necesario investigar posibles lesiones que puedan haberse producido a nivel de la región malar y observar si no hay desviación de las facciones. Puede encontrarse una asimetría facial debida a la desviación lateral del maxilar inferior, como consecuencia de una posición viciosa de la cabeza del feto durante la vida intrauterina.

Ojos.—Es relativamente frecuente observar los párpados edematizados; en estas condiciones el niño no puede abrir bien los ojos y también se hace difícil abrirlos pasivamente para examinar los globos oculares. Cuando no hay edema el examen no presenta ninguna dificultad. Las conjuntivas palpebrales se encuentran generalmente enrojecidas, como consecuencia de la instilación antiséptica profiláctica de la oftalmía neonatórum; en algunas ocasiones se observan verdaderas oftalmías medicamentosas por tal motivo. Siempre que haya supuración es conveniente hacer un frote y estudio bacteriológico de la misma, para excluir toda sospecha de infección. A nivel de la conjuntiva bulbar existen a veces pequeñas hemorragias subconjuntivales que no tienen mayor trascendencia. Los autores describen hemorragias similares a nivel de la retina. Se debe investigar la presencia de ptosis palpebral, los movimientos oculares (nistagmus, etc.), el grado de dilatación pupilar haciendo la comparación bilateral (miosis, midriasis, anisocoria), y el reflejo a la luz. Esta investigación reviste mayor importancia y nunca debe omitirse cuando se trata de partos distósicos, sobre todo si se ha aplicado fórceps. Cuando el niño pre-

senta un grado mayor o menor de microftalmus el examen es también difícil y a veces casi imposible, porque los párpados apenas si pueden separarse. La ausencia de globos oculares es una deformidad rara; nosotros tuvimos hace algunos meses en el Servicio de Recién Nacidos, un caso de ausencia congénita bilateral de los globos oculares.

Oídos.—Las formas anatómicas del oído externo son numerosas y variadas, pero a menudo se encuentran verdaderas deformidades congénitas; lo más frecuente es observar mamelones o apéndices cutáneos preauriculares, que no constituyen sino un problema puramente estético de fácil resolución quirúrgica. En los prematuros las orejas son blandas y están casi desprovistas de cartílago. La oreja pequeña y arrugada se asocia a menudo con defectos congénitos del cerebro y otras deformidades. Se deben examinar cuidadosamente el conducto auditivo externo y el tímpano. El examen funcional del oído no es posible hacerlo y por lo mismo no podemos prever su suficiencia, aunque anatómicamente y en lo que es posible observar lo encontremos normal. Las lesiones del oído externo por aplicación de fórceps son raras.

Nariz.—Se debe observar su forma e investigar la presencia de secreción nasal; la rinitis neonatal es siempre sospechosa de Lúes congénita. La obstrucción nasal verdadera es una deformidad rara que, cuando existe, se localiza generalmente a nivel de las coanas. En algunos partos distósicos son relativamente frecuentes las fracturas de los huesos de la nariz, las cuales pueden pasar inadvertidas y deben ser motivo de la atención inmediata de un rinólogo.

Boca.—Se debe examinar cuidadosamente, pues de lo contrario pueden pasar inadvertidas algunas anomalías que importa conocer. Es frecuente observar unas pequeñas elevaciones blancas y perladas en la línea media de la mucosa palatina, sobre todo a nivel de la unión del paladar óseo con el paladar membranoso, lo

que se designa con el nombre de *milium palatino;* cuando se encuentran en las encías pueden tomarse por dientes rudimentarios. Se trata de pequeños quistes epidermoides que desaparecen espontáneamente por evacuación y que no tienen ninguna significación patológica. Mucho más raro es observar dientes rudimentarios, que consisten solamente en una capa delgada de esmalte y caen pronto. A veces se encuentran verdaderos dientes bien formados, sobre todo incisivos, los cuales pueden perturbar la lactancia y cuando son inferiores ulcerar la cara inferior de la lengua. El frenillo del labio superior es comúnmente prominente y algunas veces se extiende anormalmente hacia atrás, a través de la encía hasta unirse con el paladar; este defecto puede provocar más tarde separación de los incisivos medios y requiere por lo mismo una intervención quirúrgica. El labio leporino, la dehiscencia palatina y otras malformaciones del paladar son de fácil apreciación, pero pequeñas anomalías a nivel de la úvula y del velo del paladar son más difíciles de observar, siendo necesario provocar náuseas al niño con el objeto de exponer mejor el fondo de la cavidad bucal. La lengua puede presentar anormalidades relativas a su tamaño: macroglosia y microglosia; o referentes al frenillo lingual que suele ser corto, pero que cuando es excesivamente corto imposibilita la proyección de la lengua hacia adelante en la medida normal y puede algunas veces dificultar la lactancia, por lo que debe seccionarse.

Cuello.—Es corto y fuera de ello no presenta ninguna característica especial. Se observan algunos casos de bocio congénito y de fístulas y quistes de origen branquial, pero no es frecuente. Hay que investigar la posible presencia de hematomas del esternocleidomastoideo, los cuales sin embargo no se hacen aparentes en los primeros días, sino más tarde. El tortícolis congénito puede ser consecuencia de esta lesión, pero también puede ser debido a un acortamiento congénito de los músculos del cuello o a una miositis fibrosa de la época fetal.

Tórax.—Normalmente es simétrico y es necesario investigar esta simetría en reposo, en inspiración y espiración. Las deformidades congénitas del corazón, pulmones y columna vertebral, son las causas más comunes de la asimetría torácica. Es relativamente frecuente encontrar un esternón prominente o bien deprimido a nivel de su extremidad inferior o xifoidea, y no es raro observar también una especie de tiraje esternal; últimamente se ha demostrado que estas anomalías se deben a un desarrollo anormal de los haces anteriores del diafragma. A veces existe cierto grado de tumefacción mamaria, cuyo origen es puramente fisiológico según explicaremos más adelante, aunque más tarde y debido a maniobras inadecuadas pueda presentarse una mastitis. La parálisis de una de las hojas del diafragma por lesión del nervio frénico, no se descubre generalmente sino al examen radiológico. Deben palparse cuidadosamente las clavículas y las costillas en busca de una probable fractura, sobre todo cuando el parto ha sido distósico o el niño es muy grande. El corazón debe auscultarse con el objeto de conocer su frecuencia, su ritmo y la intensidad de los tonos cardíacos; el corazón del recién nacido tiene una frecuencia media de 140 pulsaciones por minuto; su ritmo es regular, aunque algunas veces, sobre todo cuando el niño ha sufrido algún accidente en el momento del nacimiento, puede ser algo irregular; la intensidad de los tonos es relativamente fuerte; el primer tono es más alto que el segundo y este último es más alto a nivel del foco pulmonar que del aórtico. La bradicardia relativa y con mayor razón la absoluta, debe hacernos pensar siempre en un síndrome de hipertensión intracraneana (hemorragia, edema, etc.) Cuando existe una cianosis persistente, es necesario investigar la presencia de soplos en busca de una posible afección cardíaca congénita. La sola inspección del tórax, observando los movimientos respiratorios, así como el aspecto general del recién nacido, nos permiten ya juzgar más o menos las condiciones de su función respiratoria, pero es necesario proceder siempre a la auscultación y a la percusión comparativa, que nos darán datos más completos y mayor seguridad en nuestras apreciaciones.

El recién nacido es fisiológicamente un insuficiente respiratorio; su respiración es soplante, el murmullo vesicular es rudo, con una frecuencia de 40 a 60 respiraciones por minuto; su tipo respiratorio es casi exclusivamente abdominal. Cuando el niño tiene muchas flemas pueden oírse estertores gruesos y húmedos. El estridor laríngeo es un ruido respiratorio audible a distancia y acompañado a veces de tiraje; su causa más frecuente la constituyen ciertas malformaciones de la laringe, que más que un defecto anatómico, traducen una inmadurez funcional. Es lo que se conoce como el "estridor laríngeo congénito." Otras causas de estridor pueden ser: la hipertrofia del timo, diversos tumores congénitos de la laringe o de la base de la lengua, la macroglosia y la glosoptosis.

Columna vertebral.—Deformidades como la cifosis o la espina bífida saltan a la vista a la sola inspección general; lo que interesa es buscar pequeñas anomalías poco o nada aparentes, como una fractura, una espina bífida oculta o un infundíbulo coxígeo. Estas dos últimas anomalías pueden ir acompañadas de un mechón de pelo en la región sacra. Puede encontrarse también un seno superficial pilonidal.

Abdomen.—Normalmente son visibles a menudo las venas superficiales del abdomen, el cual se presenta lleno y con alguna tensión. Hay que examinar bien el ombligo para darse cuenta de sus condiciones, del estado de su ligadura y de la presencia de una posible hernia umbilical; los restos del uraco pueden a veces sentirse como una cuerda tensa que va del ombligo a la sínfisis pubiana. El borde inferior del hígado es fácilmente palpable a uno o dos centímetros por debajo del reborde costal en la línea mamilar derecha, y a dos o tres centímetros por debajo del apéndice xifoides en la línea media. Es raro encontrar irregularidades de la superficie o del borde hepáticos, las cuales están en relación generalmente con alguna anormalidad. Frecuentemente es posible palpar el polo inferior del bazo y el polo inferior o

algo más de ambos riñones, en los cuales persisten a veces las lobulaciones fetales, descubribles clínicamente por su superficie irregular y que no deben tomarse por una deformidad. Cuando exista la posibilidad de una lesión medular, se buscará siempre la distensión vesical que, a menos que la vejiga llegue hasta el ombligo, generalmente no es perceptible. Los conductos inguinales deben examinarse cuidadosamente y en relación con el examen de los genitales, sobre todo en los varones, en busca de posibles anomalías como hernias o testículos ectópicos. La palpación del abdomen debe hacerse cuando el niño no esté llorando y se encuentre tranquilo.

Organos genitales.—El tamaño del escroto es variable y no está necesariamente en relación con el grado de descendimiento de los testículos; pero podemos estar casi seguros de que estos últimos han descendido completamente, cuando el escroto está muy desarrollado. Sin embargo no debemos conformarnos con la sola inspección y es necesario tratar de palpar los testículos, buscándolos desde las bolsas hasta los conductos inguinales. Algunas veces se observa ligero hidrocele vaginal, que desaparece en algunas semanas y se explica por la congestión fisiológica transitoria del testículo. El pene es también de tamaño variable, y el orificio prepucial es generalmente estrecho y no permite poner fácilmente al descubierto el glande; en algunos casos este orificio se encuentra casi completamente cerrado y la orina pasa apenas por un pequeño agujero; en otros casos por el contrario, el orificio es amplio y el glande puede descubrirse con facilidad, pero éstos son los menos. Se debe investigar la presencia de hipospadias o de orificios secundarios de la uretra y estar seguro de que el meato es permeable. Cuando el parto ha sido en presentación de nalgas, la bolsa sero-sanguínea tiende a formarse en éstas y en los genitales, los cuales pueden estar tumefactos y equimóticos; en algunas ocasiones el escroto se encuentra voluminoso y edematizado, de un color rojo vinoso. En las niñas los labios mayores no están a veces bien desarrollados y los labios menores junto con el himen, que es muy aparente en estos casos, hacen prominencia en medio de ellos; otras veces por el contrario, los labios mayores cubren completamente el vestíbulo. Esto está en relación con el menor

ó mayor grado de madurez del recién nacido y la extensión que alcanza la separación de los grandes labios indica el grado de desarrollo a que llegó la niña. Es necesario habituarse al aspecto normal de la vulva para evitar falsas interpretaciones. Hay que investigar y darse cuenta exacta de la existencia de vagina y palpar cuidadosamente los labios mayores, buscando en su espesor la presencia de alguna anormalidad. Ciertos casos de hipospadias, verdaderos seudo-hermafroditismos, pueden pasar inadvertidos si no se hace un examen detenido. Nosotros tuvimos hace algunos años en el Servicio de Recién Nacidos, un niño que fue inscrito como mujer en el Registro Civil, siendo en realidad un varón con hipospadias, y cuya anomalía fue descubierta cuando tenía como tres o cuatro meses de edad. Casi invariablemente aparece hacia el segundo o tercer día de la vida un flujo vaginal lechoso, formado principalmente por células epiteliales, que desaparece más o menos al final de la primera semana. Si se considera conveniente debe hacerse un estudio bacteriológico de este flujo. En otras ocasiones se observa una "emisión sanguínea vulvar", que puede durar horas o días. Ambas manifestaciones se atribuyen a una "crisis genital fisiológica" debida a la absorción del estrógeno de la madre. En el Servicio de Recién Nacidos se presentó hace poco tiempo, un caso de prolapso genital debido a la falta de tonicidad del suelo perineal, como consecuencia de una espina bífida.

Exploración del ano.—Solamente la expulsión de meconio puede darnos la certeza de la permeabilidad intestinal baja, aunque al tomar la temperatura es posible, hasta cierto punto, darse cuenta de la que corresponde al conducto ano-rectal. Cuando se tenga alguna duda podrá usarse una sonda de Nélaton número 14. Las estenosis o atresias intestinales altas no son incompatibles con la expulsión de meconio y su pronóstico es muy grave cuando no mortal. Las malformaciones más frecuentes del tracto intestinal son las imperforaciones del ano, tributarias del tratamiento quirúrgico y de un pronóstico más favorable a medida que son más bajas. El desplazamiento del orificio anal hacia la vulva y las fístulas recto-vulvares, recto-vaginales, recto-uretrales y recto-vesicales, son malformaciones mucho más raras. Cuando se sospeche o exista una lesión medular (espina bífida, fractura), interesa in-

vestigar la tonicidad del esfínter anal. Antes de proceder a una intervención quirúrgica por imperforación del ano, debe hacerse la investigación clínica y radiológica completa.

Miembros.—La inspección general nos informa bastante sobre las diversas posiciones y condiciones en que es posible encontrar los miembros. Cuando el parto ha sido en presentación podálica o ha habido procidencia de miembros, pueden observarse a veces estos últimos edematizados y equimóticos, y la extremidad afectada variará según los casos. Se examinarán las manos y los pies en busca de anomalías, tales como polidactilias, sindactilias, etc. Los grandes defectos de desarrollo como las focomielias, amielias, etc., es imposible que pasen inadvertidos. La flacidez, inmovilidad o dificultad para los movimientos pueden ser consecuencia de fracturas, desprendimientos epifisarios, lesiones nerviosas centrales o periféricas y anomalías congénitas de naturaleza nerviosa. La asimetría de los miembros obedece generalmente a deformaciones congénitas; la asimetría de los pliegues glúteos debe encaminarnos hacia la investigación de una posible lujación congénita de la cadera. Una palpación cuidadosa permite descubrir la presencia de fracturas, la más frecuente de las cuales es la del húmero.

Reflejo de Moro.—El reflejo del abrazo o del sobresalto, es un reflejo global peculiar y característico del recién nacido, y normalmente es constante. Se provoca dando un golpe seco sobre la mesa donde el niño permanece en decúbito dorsal, o bien, haciéndole perder el equilibrio o dándole un grito fuerte. Consiste en que el niño avanza bruscamente los brazos hacia afuera en actitud de abrazo, formando un arco y aproximándolos entre sí con un ligero temblor de las manos, las cuales extiende primero en abanico y después tiende a empuñar; también se observa flexión de los miembros inferiores, cuando éstos están extendidos. Su ausencia unilateral puede ser debida a una parálisis braquial, a una fractura de la clavícula o del húmero o a un desprendimiento epifisario. En el caso de lesiones intracraneanas puede estar muy atenuado o abolido en forma absoluta y total. Cuando existe hiperemia o edema cerebral, puede no encontrarse al principio y aparecer hacia el segundo o tercer día. Si se le observa al principio, para

desaparecer después de algunas horas y reaparecer de nuevo al cabo de varios días, se trata generalmente de una hemorragia intracraneana. Este reflejo persiste y es normal hasta los cuatro o seis meses de edad.

El *signo de Babinski* es fisiológico hasta los 2 ó 3 años de edad.

Muchas manifestaciones patológicas del recién nacido se presentan tardíamente, por lo que el médico que se ha hecho cargo de su atención está obligado no solamente a practicarle este examen post-natal, sino también a vigilar cuidadosamente sus diversas manifestaciones, por lo menos durante la primera semana de la vida.

Cuando el médico es llamado para examinar a un recién nacido de varios días o semanas de edad, debe investigar y puede encontrar ciertas manifestaciones y lesiones que no es dable observar en los primeros días de la vida.

Es a veces necesario, por los antecedentes hereditarios y colaterales del recién nacido, así como por su condición misma, practicar ciertos exámenes de laboratorio, con el objeto de descartar una posible Lúes congénita o una Eritroblastosis fetal. Por una parte deberán hacerse las reacciones serológicas correspondientes y por otra, la investigación del Rh del niño y de los padres, así como la numeración globular, buscando especialmente la presencia de hematíes nucleados, y dosificación de hemoglobina.

Cuando se sospeche una hemorragia intracraneana, es conveniente practicar una punción lumbar cuidadosa con finalidad diagnóstica.

En el Servicio de Recién Nacidos, el examen post-natal se practica entre las 12 y las 24 horas que siguen al nacimiento y algunas veces antes; esto debido a las condiciones de trabajo. Los datos obtenidos por dicho examen se anotan en una hoja especial de observación, la cual es enviada del "Cuarto de Partos" junto con el niño, con anotaciones sobre los antecedentes de la madre (obstétricos, patológicos, etc.), trabajo del parto, operaciones que se practicaron, maniobras, etc.; condiciones del niño al nacer, accidentes que haya sufrido y su tratamiento inmediato. Además, como una medida de identificación, se toman en esta misma hoja los podogramas del niño.

TERCERA PARTE

ATENCION INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO

Profilaxia de la oftalmía.—La instilación profiláctica de una solución antiséptica en los ojos del recién nacido, preconizada por Credé con el objeto de prevenir la Oftalmía Neonatorum, es una práctica obligatoria y universalmente aceptada.

Con dicho fin se usan soluciones de nitrato de plata al 1 y al 2 por 100 y de Argirol al 10 y al 15 por 100. Debe insistirse en que sean soluciones frescas y estén bien protegidas de la acción de la luz, pues de lo contrario se alteran y no sólo pierden su eficacia sino que se vuelven nocivas para los ojos del niño, dando lugar a oftalmías medicamentosas o cuando menos, a irritación acentuada de las conjuntivas, provocando dolor en los ojos durante las primeras 24 ó 48 horas y quizás favoreciendo las infecciones post-natales.

En cuanto a la técnica de aplicación, se aconseja lavar primeramente los ojos del niño con suero salino normal o simplemente con agua hervida, secar cuidadosamente con un algodón o gasa estéril y entreabriendo los párpados, depositar en el ángulo interno y en el fondo de saco conjuntival de cada ojo una o dos gotas de la solución antiséptica; después de 2 a 5 minutos, se deben lavar los ojos nuevamente con suero salino normal o agua hervida, para evitar la acción muy prolongada e irritante de la solución antiséptica.

Sobre el uso de las soluciones de Penicilina cristalina en el tratamiento local de la Oftalmía Neonatorum, tengo una experiencia bastante amplia y satisfactoria, pero sobre su uso profiláctico no tengo ninguna. Pero creo que se les puede utilizar con bastante seguridad y existen algunos trabajos que demuestran sus resultados efectivos en esta profilaxia. Se recomiendan soluciones

en suero salino normal, a la concentración de 2,500 a 5,000 Unidades Oxford por c. c.

Con la práctica de esta medida profiláctica, que de ser posible debe hacerse antes de la ligadura del cordón, la frecuencia de la Oftalmía Neonatorum, sobre todo la de origen blenorrágico, ha disminuído grandemente. Cuando a pesar de todo aparece, debe tomarse como tal la que se presente en el curso de los tres primeros días de la vida, pues la que aparece más tarde, lo más probable es que se deba a una infección post-natal.

De todos modos el problema no es tan grave actualmente, como lo era antes del advenimiento de las sulfas y la penicilina, pues aún en el caso de que la Oftalmía Blenorrágica se presente, si el médico la trata correctamente, el pronóstico es favorable aún en casos avanzados, ya que el problema de su tratamiento está resuelto.

Sin embargo, no por esto debemos dejar de insistir siempre en la práctica de las medidas profilácticas, que van hasta el conocimiento de los antecedentes de la madre y su examen cuidadoso, para tratarla convenientemente y poner así al niño al abrigo de las infecciones post-natales tardías, las cuales pueden presentarse cuando la madre, como sucede en nuestras clases campesinas, se encuentre lejos de un centro urbano, donde haya alguien capacitado para tratar convenientemente a su hijo.

Velar por los ojos del niño, es uno de los mayores servicios que podemos prestarle. Una oftalmía no tratada o mal tratada puede significar la ceguera, y por eso nunca insistiremos bastante sobre la necesidad de la profilaxia y tratamiento inmediato de la Oftalmía Blenorrágica y otras oftalmías purulentas, a cocos o virus.

Ligadura del cordón.—Inmediatamente después que el cordón ha dejado de latir se procede a seccionarlo y ligarlo; el método que se siga para ello no tiene tanta importancia; lo conveniente e importante es que la ligadura se haga bien hecha, en condiciones aceptables de asepsia y antisepsia, y quede sin peligro de aflojarse o soltarse, dejando suficiente lugar para que, en caso necesario, pueda ligarse por segunda vez. Después de practicada la ligadura y una vez hecha la limpieza inmediata del niño, se desinfecta la superficie de sección del cordón, la superficie externa del mismo y la de la piel que lo rodea, con un hisopo de algodón estéril y

antiséptico, cubriendo con una pequeña compresa de gasa estéril seca, sostenida por una fajuela abdominal u ombliguero. La ligadura tardía, es decir, cuando han cesado los latidos del cordón, beneficia al niño, suministrándole una apreciable cantidad de sangre que le pertenece. Se debe tener especial cuidado con los cordones muy gruesos y con abundante gelatina de Wharton, los cuales al deshidratarse y secarse disminuyen de grosor y permiten que la ligadura se afloje, dando lugar en algunos casos a hemorragias graves, que si no se observan y atienden a su debido tiempo pueden tener un desenlace fatal. Un accidente de esta naturaleza es sumamente desagradable, tanto para el médico como para los padres del niño.

Por esta razón el onfalotribo es mucho más práctico y seguro y con su aplicación desaparece el problema expuesto. En esta forma los vasos del cordón se obturan perfectamente por aplastamiento sostenido por más de 12 horas.

En el Servicio de Recién Nacidos aún no se poseen onfalotribos, pero desde hace algún tiempo se usan pinzas hemostáticas, que se aplican más o menos a un centímetro de la piel del ombligo, cortando el cordón encima de la pinza y cerca de la misma. Con un hisopo y antiséptico (Metaphen, Merthiolate o Parafenol), se desinfectan la superficie de sección del cordón, la superficie externa del mismo y la piel de la base; se protege todo con gasa estéril seca y se inmoviliza convenientemente con una fajuela abdominal u ombliguero.

Los niños ingresan al Servicio, procedentes del "Cuarto de Partos", con el cordón ya ligado, pero inmediatamente después de su limpieza se les aplica la pinza hemostática, en la forma que lo he indicado, la cual se retira, según los casos, entre las doce y las veinticuatro horas siguientes, dejando solamente una gasita estéril seca para proteger el muñón umbilical. Desde que se sigue esta práctica únicamente se ha observado un caso grave de hemorragia del ombligo, lo que precisamente no se debió a su ineficacia sino a una mala aplicación de la pinza. Además el cordón seca rápidamente, no se han observado complicaciones infecciosas y en un gran número de niños, el cordón ya ha caído cuando salen del Servicio, más o menos a los cinco días de haber nacido.

Por lo expuesto me parece que, siempre que sea posible, es más conveniente el método del aplastamiento del cordón al de su ligadura.

Higiene inmediata del recién nacido.—Son muchos los que aún siguen la práctica, aconsejada por algunos autores, de bañar al niño inmediatamente después del nacimiento. Unos acostumbran limpiarlo previamente con grasa (aceite mineral, vaselina o aceite de olivas), y bañarlo en seguida con agua hervida tibia (a 36 ó 37 grados) y jabón; otros lo bañan de una vez. En esta forma lo privan completamente de su unto sebáceo (vérmix caseosa) y dejan su piel perfectamente limpia.

Holt y McIntosh por lo contrario dicen: "Es inútil quitar el unto sebáceo que cubre la piel del recién nacido, ya que se absorbe o se seca y cae pocos días después del nacimiento; pero si se quiere, cuando la temperatura del niño haya vuelto a la normal, después del descenso que experimenta inmediatamente después del nacimiento, se podrá limpiar la piel de los acúmulos mayores del unto, frotándola suavemente con un algodón estéril empapado en aceite vegetal o de parafina."

Creo que esto último es lo más conveniente y que no debe bañarse al recién nacido, salvo por mucha necesidad; en casos de infección amniótica, por ejemplo; entonces el baño se hará con agua hervida tibia a 36 ó 37 grados, lo más rápido posible, en 2 ó 3 minutos, evitándole todo enfriamiento y una vez vestido, calentándolo en la mejor forma. En este sentido hay que respetar sobre todo al prematuro, en el cual, como sabemos, la regulación térmica es sumamente defectuosa.

Si el cuero cabelludo se impregna de sangre o meconio, se limpiará suavemente con un algodón o gasa estériles, empapados en suero salino normal o simplemente agua hervida tibia.

En el Servicio de Recién Nacidos se acostumbra limpiar a los niños en el momento de su ingreso solamente con aceite mineral, quitándoles el exceso de unto sebáceo sin tratar de limpiar la piel completamente y se les baña sólo por absoluta necesidad. En épocas anteriores se acostumbraba bañar a los niños con agua y jabón, hasta dejarlos bien limpios; recuerdo que casi se les friccionaba

con el objeto de quitarles todo su unto sebáceo. Es interesante observar que en ese tiempo eran más frecuentes los casos de impétigo, lo que me hace pensar que el baño, en estas condiciones, es capaz de lesionar la delicada piel del niño aunque sea en forma mínima, pero suficiente para privarla de ciertas defensas y permitir su infección en determinados casos.

Por último no me queda sino indicar que no debe olvidarse la limpieza de los orificios nasales y conductos auditivos externos, la cual debe hacerse cuidadosamente con trocitos puntiagudos de algodón estéril, empapados en suero salino normal igualmente estéril, agua hervida o aceite mineral.

Profilaxia de los accidentes hemorrágicos. — Es conveniente administrar al recién nacido, lo más pronto posible después del nacimiento, una dosis adecuada de vitamina "K", con el objeto de prevenir ciertos accidentes hemorrágicos debidos a la baja concentración de protrombina sanguínea. Algunos aconsejan la vía bucal, pero es más segura la vía intramuscular, dados los defectos de absorción intestinal que pueden existir. Deben utilizarse los compuestos hidrosolubles.

En el Servicio de Recién Nacidos se sigue esta práctica, inyectando a todos los niños en el momento de su ingreso, 2 miligramos de Vitamina "K."

Esta indicación es todavía más importante cuando se trata de partos distósicos, de partos difíciles y prolongados, de niños con intenso moldeado del cráneo, con bolsa sero-sanguínea o céfalo-hematoma y sobre todo en los prematuros. En estos casos es recomendable repetir la dosis a las 6 ó 12 horas o poner desde el principio dosis mayores, de 5 a 10 miligramos de Vitamina "K", y una dosis de Vitamina "C" (200 miligramos).

Como estas concentraciones bajas de protrombina sanguínea están en relación con las de la madre, la profilaxia ideal consiste en inyectar a ésta, aún una o dos horas antes del parto, una dosis suficiente de dicha vitamina.

"El uso sistemático de la Vitamina "K" no sólo ha disminuído la frecuencia de la hemorragia cerebral del recién nacido, sino que ha alterado en algún grado el cuadro clínico, habiendo

prácticamente eliminado los síntomas de hemorragias tardías.'' (Holt y Mc Intosh).

Así, pues, esta práctica nos pone hasta cierto punto al abrigo de la ''Enfermedad hemorrágica'' y otros accidentes hemorrágicos considerados anteriormente como de origen traumático. Por esta razón no debe omitirse y se llevará a cabo siempre que sea posible.

Es necesario advertir que ''Enfermedad hemorrágica'' no es siempre sinónimo de ''Hipoprotrombinemia''; la anoxemia puede provocar la disminución de la coagulabilidad sanguínea y el aumento de la fragilidad vascular, así como favorecer la hemólisis. En estos casos el síndrome hemorrágico que se presenta no se previene con la administración de Vitamina ''K.''

Condiciones en que debe quedar el recién nacido y su vigilancia. —Una vez limpio el recién nacido se le debe vestir con ropa estéril, la cual ha de ser suficiente para protegerlo de la temperatura ambiente y por lo mismo, su cantidad y calidad varían según el medio y según las condiciones del niño. Es necesario que la ropa no lo inmovilice, que le permita fácilmente los movimientos de las extremidades, que sea ligera y que no sea irritante para la piel. Debe atenderse ante todo a su comodidad.

Luego de vestido el niño debe quedar en cuna individual y suficientemente abrigado; se le calentará por lo menos las primeras 24 horas, mientras controla sus mecanismos termo-reguladores, tanto más si ha sufrido algún accidente en el momento del nacimiento, en cuyo caso la calefacción debe prolongarse hasta donde sea necesario. Esta puede llevarse a cabo con bolsas o con botellas de agua caliente, bien protegidas para evitar accidentes desagradables, como quemar al niño. En los prematuros y débiles congénitos la calefacción es indispensable y debe prolongarse hasta que las condiciones del niño permitan suspenderla; a ello me referiré más adelante.

En el Servicio de Recién Nacidos se viste a los niños solamente con una camisita de franela y un pañal de manta y se los cubre con una sabanita de manta y una frazadita de lana. Con sólo esta ropa permanecen tranquilos y conservan bien su tempe-

ratura, por lo que me parece que es suficiente; pero hay que tomar en cuenta las condiciones de ventilación y temperatura ambientes, que varían según el medio.

No se debe acostar al recién nacido boca arriba, sino de medio lado o boca abajo. Esta última posición no es peligrosa como se cree, toda vez que el colchón sea firme, las sábanas que lo cubren estén bien extendidas y no se deje almohada. No hay ninguna razón para usar esta última y aún más, cuando el niño tiene muchas flemas o está vomitando, lo más conveniente es dejarlo con la cabeza baja. En esta forma y con una vigilancia cuidadosa, podemos evitar en lo posible que se ahogue con su propio vómito o que la aspiración de éste pueda dar lugar a una obstrucción o a una infección respiratoria. Si las flemas son muy abundantes, deberá recurrirse a su aspiración cuantas veces sea necesario y si los vómitos persisten, como sucede cuando el niño ha tragado mucho líquido amniótico, es recomendable hacer un lavado de estómago.

Cuando el niño ha sufrido traumatismos craneanos durante el parto y se nos plantea la posibilidad de una hemorragia intracraneana, entonces lo más conveniente es dejar la cuna con la cabecera levantada, hasta donde sea posible.

Por lo demás, el recién nacido debe ser vigilado cuidadosamente, con el objeto de descubrir a tiempo cualquier accidente que pueda sufrir, como por ejemplo una hemorragia del ombligo. Hay que observar si llora bien, si respira bien, si presenta cianosis continua o intermitente, si expulsa meconio, si tiene melenas o enterorragias, si vomita y la naturaleza de los vómitos, si presenta convulsiones o permanece aletargado, etc. Es necesario no pasar por alto ninguna manifestación anormal, sobre todo las que necesitan una atención inmediata.

ASFIXIA DEL RECIEN NACIDO Y SU TRATAMIENTO

El cuadro de asfixia neonatal es algunas veces motivado por defectos congénitos diversos, tales como: cardiopatías, quistes del pulmón, malformaciones cerebrales, hernias diafragmáticas, etc.

El niño puede en estos casos morir pronto o bien sobrevivir con cianosis o sin ella.

Pero lo que aquí nos interesa es referirnos a la Asfixia Neonatal debida a lo que Holt y Mc Intosh, llaman: "Trastornos de la respiración", los cuales pueden ser: centrales o periféricos.

Asfixia neonatal debida a causas centrales o incapacidad respiratoria primaria.—El niño puede no respirar o hacerlo mal al nacer, por los motivos siguientes: por desarrollo insuficiente de los centros respiratorios, como se cree sucede en los niños muy prematuros y lo más frecuente, por traumatismos o trastornos producidos en el momento del parto, los cuales pueden dar lugar a lesiones orgánicas del sistema nervioso, especialmente la hemorragia intracraneana y algunas veces lesiones del nervio frénico, así como anoxemia y anoxia de los centros, producidos también por simple sufrimiento fetal (parto prolongado, convulsiones o hemorragia de la madre, compresión del cordón, circulares del mismo, etc.) y finalmente, la acción de analgésicos suministrados a la madre durante el parto, especialmente la morfina y la heroína, que deprimen el centro respiratorio. Garrahan, dice con razón: "La difusión cada vez mayor del uso de analgesia profunda, amnesia y anestesia del parto, ha dado lugar a una frecuencia cada vez mayor, de muerte por asfixia neonatal."

Asfixia neonatal debida a causas periféricas.—Aquí la dificultad respiratoria se debe a la obstrucción de las vías aéreas: respiración realizada antes de nacer con aspiración masiva de líquido amniótico o aspiración de mucosidades y la atelectasia pulmonar, ligada esta última a la incapacidad respiratoria primaria y a la obstrucción bronquial.

Todo esto en lo que se refiere a la etio-patogenia de la asfixia neonatal; ahora desde el punto de vista clínico y para mayor claridad didáctica, distinguimos los clásicos cuadros de "Asfixia Azul" y "Asfixia Blanca", expresiones que no tienen particular significado y que se refieren más bien a grados de un mismo proceso.

La "Afixia Azul" se caracteriza por la gran cianosis, la conservación de cierto tonismo muscular, la respuesta favorable a las

irritaciones cutáneas y el pulso lento pero aun intenso; los niños que la sufren sobreviven con mayor frecuencia que los que llegan hasta la "Asfixia Blanca" y su futuro depende de la causa de la asfixia y de los daños que haya causado la anoxia.

La "Asfixia Blanca" o pálida, se caracteriza por la gran hipotonía con palidez cérea, aunque los labios pueden estar azulados, apnea y pulso apenas palpable; un cuadro de "Shock circulatorio." Los niños que llegan a este cuadro, sucumben generalmente a breve plazo.

Tratamiento.—El tratamiento debe ser del dominio de obstetras y comadronas, así como del médico general, practicantes y enfermeras y es siempre de urgencia.

Ya durante el proceso del parto y según como se presente el trabajo y los datos que nos dé la auscultación del foco, así como por la medicación sedante y analgésica que haya sido necesario dar a la madre, el obstetra puede prever las condiciones en que el niño probablemente ha de nacer y por lo tanto debe tratar de que sufra lo menos posible (administrando oxígeno a la madre, analépticos, etc.) y estar preparado para recibirlo, con todo lo necesario para reanimarlo si fuera preciso. Tendrá a la mano frazadas para abrigarlo, bolsas de agua caliente para calentarlo, sondas para aspirar flemas o hacer la insuflación pulmonar, cualquier mecanismo aspirador, como bulbos de goma, jeringas hipodérmicas, instrumentos adaptables para aspirar con la boca y si se posee, un aspirador eléctrico, así como algunas inyecciones que puedan usarse en estos casos. Si se cuenta con un "respirador mecánico" o "resucitador", se deberá tener listo para funcionar inmediatamente en caso de necesidad.

La finalidad del tratamiento es abreviar el estado de anoxemia y acortar la anoxia de los centros; urge, pues, oxigenar al recién nacido asfíctico y para ello debemos proceder bajo un plan determinado, que podemos resumir, así: *a*) Desobstrucción de las vías aéreas; *b*) Provisión abundante de oxígeno; *c*) Provisión adecuada de calor; *d*) Estimulación de la respiración; y *e*) Suavidad en las maniobras.

Debe principiarse, pues, por desobstruir las vías aéreas, tratando de suprimir el moco de la faringe y de la boca con un dedo

cubierto con algodón o gasa estériles, pero de preferencia por aspiración con una sonda y un mecanismo aspirador adecuado; luego proveerlo de oxígeno con carpa, máscara o catéter faríngeo o traqueal; para esto último es necesario recurrir a la intubación intratraqueal que requiere experiencia y que sólo puede efectuarse convenientemente, en casos tan graves que los reflejos faríngeo y laríngeo estén abolidos.

La intubación intratraqueal con el objeto de aspirar mucosidades, según la experiencia de centros donde este método se ha practicado con frecuencia, no siempre da resultado porque generalmente la obstrucción bronquial es diseminada; además el procedimiento es traumatizante y muy a menudo provoca pneumonías.

Debe evitarse ante todo el enfriamiento del niño, el cual deberá envolverse en frazadas y ser calentado en la mejor forma posible, mientras se procede a reanimarlo. No se practicarán las maniobras violentas a que se recurría antes, ni a los baños alternativamente fríos y calientes, los cuales pueden causar enfriamiento y "Shock."

Algunos aconsejan una ligera estimulación de la piel por medio de palmadas o pellizcos no muy fuertes, lo cual es de acción discutida, o bien, una muy suave respiración artificial con un método conveniente y sencillo, pudiendo recurrirse al método clásico de Sylvester o al método de Byrd que se considera el más adecuado y que consiste en tomar al niño por el tronco con una mano, sosteniendo el cuello con el pulgar y el índice, mientras con la otra mano se toman los muslos y se obtienen movimientos de inspiración y de espiración por medio de flexiones y extensiones alternativas de la columna vertebral.

En los casos graves deberá recurrirse a la insuflación artificial de los pulmones, que es el procedimiento más eficaz y ha venido a reemplazar a los viejos métodos de respiración artificial, siendo posible suministrar oxígeno simultáneamente. Sin embargo, su técnica es un poco delicada y es necesario tener cierto entrenamiento para no traumatizar al niño. Se practican con este fin la intubación intratraqueal o la insuflación faríngea que es igualmente satisfactoria, pero en este último caso es necesario pasar un catéter adicional al estómago, para evitar su distensión por el gas que pueda penetrar en él. Si no se posee un equipo especial puede

hacerse la insuflación con la boca y el aire espirado, pero no directamente boca a boca, sino por un catéter con un frasco lavador entre el niño y el operador. Sin embargo, en caso de urgencia creo que puede prescindirse del frasco y aun del catéter, tanto más si no se tienen a la mano, pues de lo contrario el niño se muere y es necesario hacer algo para evitarlo. Se practicarán más o menos de 15 a 20 insuflaciones por minuto y en los intervalos se comprimirá suavemente el tórax para facilitar la espiración. Se debe insuflar de una manera suave y lenta, para no dar lugar a un traumatismo alveolar.

Si se posee un "respirador mecánico" o "resucitador", deberá recurrirse a él, pues es lo más indicado, pero es un aparato que generalmente no se tiene a mano y del que sería ideal disponer siempre.

Para llevar a cabo estas maniobras de resucitación se usan mucho las mezclas de oxígeno con 5 ó 7 $\times$ 100 de bióxido de carbono, pero algunos autores como Eastman, consideran que este último gas no es necesario como estimulante respiratorio, ya que su presión no es mayor que la que tiene en la sangre del recién nacido asfíctico.

Se ha acostumbrado usar inyecciones de lobelina, cardiazol o coramina, medicamentos cuya acción, si bien indiscutible farmacológicamente, no es fácil apreciarla con evidencia—como de real significado,—en los casos de asfixia del recién nacido. (Garrahan).—Holt y Mc Intosh dicen: "No es recomendable el uso de los estimulantes respiratorios, tales como la lobelina alfa, el cardiazol y la coramina, ya que está demostrado que, en estado de anoxemia, son inútiles y no dejan de ser peligrosos." Brennemann, afirma que la cafeína benzoato de sodio a la dosis de 0.065 gramos a 0.10 Grms. y el sulfato de estricnina a la dosis de 0.00003 Grms. a 0.00013 Grms., tienen algún valor como estimulante de la respiración y del sistema nervioso, un efecto tónico, útil a veces en estas circunstancias. En algunos casos graves puede recurrirse a la inyección intramuscular o intracardíaca de Adrenalina.

Algunos autores consideran que en los casos de inhibición respiratoria, solamente la Coramina a grandes dosis puede dar resultados efectivos.

Toda maniobra que se lleve a cabo deberá ser lo menos traumatizante posible; se tratará al niño con la mayor suavidad, pues en estas condiciones toda acción brusca está contraindicada, ya que puede dar lugar a lesiones viscerales, nerviosas u óseas, a veces de carácter grave.

La administración de antibióticos, sobre todo de Penicilina, está siempre indicada después de toda maniobra de resucitación, con el objeto de prevenir las infecciones respiratorias consecutivas.

Es necesario evitar el exceso de tratamiento, pues está demostrado que es la causa de muchas muertes.

Mientras el corazón del niño siga latiendo no se abandonarán las maniobras encaminadas a resucitarlo; algunas veces no parece reanimarse al principio, otras permanece entre la vida y la muerte por muchas horas, pero al insistir va recobrando poco a poco el color y el ritmo respiratorio normales.

Sin embargo, pensando en la gran susceptibilidad de los centros nerviosos a la anoxia prolongada, la cual puede producir en ellos lesiones irreversibles, algunos consideran que si después de unos 20 minutos el niño no muestra tendencia a reanimarse, no se debe insistir, pues lo más probable es que ya no pueda conseguirse nada, o bien, resucite parcialmente y viva algunas horas o algunos días o que, en el caso de que llegue a vivir, su porvenir mental quede muy comprometido. A propósito de esto último hay que tener muy en cuenta la causa de la asfixia. Pero Garrahan dice que en ningún caso debe darse a los padres un pronóstico sombrío, por razones humanas y porque los niños que sufrieron lesiones obstétricas y asfixia, pueden ser ulteriormente normales.

Mientras la respiración no llegue a ser regular y el corazón no lata con fuerza y rítmicamente, la operación de resucitación debe prolongarse en las mejores condiciones.

Los casos graves se vigilarán cuidadosamente durante las primeras 24 ó 48 horas, pues el trastorno respiratorio puede repetirse. El niño debe permanecer caliente; se le dará oxígeno constantemente o cada cierto tiempo, o se tendrá a la mano para darle en caso de necesidad, según las circunstancias; si tiene flemas deberán aspirarse y si vomita mucho, se le practicará un lavado de

estómago. Mientras el niño no llore bien no está a salvo, y por eso debemos asegurarnos de que llora normalmente. Así, pues, es recomendable, además de suministrarle oxígeno, sobre todo si el niño presenta accesos de cianosis, lo que puede ser imputable a la atelectasia, provocar su llanto, aunque para ello sea necesario estimular moderadamente la piel. Hay que estar alerta para descubrir los primeros síntomas de una posible hemorragia intracraneana y tratarla convenientemente.

En las maternidades, hospitales o sanatorios, es posible encontrar una o varias personas capaces de hacerse cargo del niño en el momento del nacimiento o por lo menos de prestar una ayuda eficaz, lo cual alivia mucho la labor del obstetra, que puede estar muy atareado en la atención de la madre. Lo ideal sería tener un personal bien entrenado y equipado para estos casos, por lo menos en los centros bien organizados.

Fuera del medio hospitalario el problema es más complicado, pues el médico o la partera que asisten un parto en la casa de la paciente, podrán llevar lo más indispensable, pero no todo lo que pueda llegarse a necesitar en los casos graves y además, no siempre contarán con la ayuda inteligente de una persona más o menos apta para estas urgencias, en las cuales tienen a veces que multiplicar su actividad para atender debidamente tanto a la madre como al niño, lo que resulta muy problemático cuando sobrevienen accidentes graves.

CUIDADOS DEL NIÑO DURANTE LOS PRIMEROS DIAS QUE SIGUEN AL NACIMIENTO

Higiene del recién nacido.—Las medidas de higiene general deben practicarse diariamente.

Mientras el cordón no haya caído es preferible hacer la limpieza diaria del niño solamente con aceite mineral y algodón estériles, o bien, como algunos aconsejan, hacerle un cuidadoso y rápido baño de esponja con una compresa y agua hervida, a una temperatura de 38° más o menos.

Una vez caído el cordón y sin que sea necesario para ello que la herida umbilical esté completamente curada, puede ya bañarse al niño en una bañadera, a pesar de que algunos recomiendan no hacerlo, sino hasta la cicatrización completa del ombligo. Se aconseja que durante las primeras semanas de la vida, el agua del baño sea hervida y el recipiente bien higienizado o flameado con alcohol, pero después de la segunda semana es suficiente que el agua sea bien limpia y de buena procedencia, siempre que se evite que penetre en la boca del niño y que éste no sufra lesiones cutáneas que representen posibles puertas de entrada a la infección.

El agua debe estar a una temperatura que oscile entre 36.5° y 37.5° y el baño se hará lo más rápido posible, en un ambiente relativamente cálido y sin corrientes de aire; no durará más de 2 a 3 minutos y se usará jabón especial, de los recomendados para niños, poco alcalino y a base de aceites vegetales. No se harán fricciones fuertes sobre la piel; la cara se limpiará solamente con agua y una tela suave; la cabeza se jabonará todos los días. Una vez bañado el niño se le secará rápidamente sin frotarlo. Si su piel es muy delicada e irritable, se recomienda agregar sal o polvos de almidón al agua; un puñado de sal en 5 litros de agua hacen más o menos una solución isotónica.

Un niño de piel sana no necesita en realidad, después del baño, más que ser secado cuidadosamente, pero siempre es conveniente, sobre todo en los muy gordos o de piel delicada, la aplicación de aceite mineral, alguna crema especial o algún polvo absorbente, especialmente de talco, a nivel de los pliegues cutáneos, órganos genitales y regiones adyacentes o en todo el cuerpo si es necesario. Los polvos orgánicos, como el almidón, no son recomendables porque pueden fermentarse.

Este baño higiénico debe hacerse a una hora determinada y siempre la misma, de preferencia antes del segundo o penúltimo tiempo de alimentación, considerando que ésta se haga de las 6 a las 24 horas.

La higiene de los ojos se hará suavemente con solución fisiológica estéril o simplemente con agua hervida; algunos recomiendan solución fisiológica boricada o solución bórica saturada, sobre todo si aparece una irritación conjuntival o una oftalmía medicamentosa,

consecutivas a la instilación antiséptica profiláctica. Se evitará siempre la luz demasiado fuerte, que puede obrar como un estímulo doloroso para el niño.

La nariz y los oídos no necesitan cuidados especiales, pero si fuere necesario, podrán limpiarse con pequeños hisopos de algodón estéril, secos o embebidos en aceite mineral estéril, agua hervida, solución salina fisiológica o solución boricada; la limpieza se hará muy exteriormente, evitando un posible traumatismo, pues de lo contrario y si se hace en forma excesiva, puede llegar a ser nociva.

La boca tampoco requiere limpieza especial y se le debe tocar lo menos posible.

La ropa se mudará todos los días, por lo menos las prendas interiores; será adecuada, no irritante para la piel y cómoda. No deberá abrigarse excesivamente al niño, ni apretársele demasiado; no se le fijará los brazos, pues si las uñas se le cortan no se lastimará la cara y si las manos se le enfrían, pueden abrigarse sin necesidad de fijarlas.

El pañal se cambiará por lo menos antes de cada tiempo de alimentación, pero si el niño está sucio o muy mojado por la orina, se debe cambiar antes, previa limpieza con agua tibia y aplicación de una ligera capa de aceite mineral, aceite de olivas o alguna crema especial, en la superficie cutánea de la región expuesta a la acción de la orina. Es importante insistir en el lavado previo con agua, pues de lo contrario los elementos de la orina quedarán actuando siempre bajo la capa de grasa y no se consigue lo que se desea, que es evitar su acción sobre la piel que trata de protegerse. En esta forma se previenen ciertas lesiones cutáneas de las nalgas, regiones inguinales y pudendas, producidas por la formación de amoníaco en la orina (intertrigo).

Fuera de las medidas de higiene a que acabamos de hacer mención, los órganos genitales merecen atención especial, sobre todo en los varones. Se recomienda invertir el prepucio cuatro días después del nacimiento y no antes, para evitar el peligro que pueda traer consigo la existencia de una diátesis hemorrágica; esta maniobra es a veces difícil y es necesario forzar el orificio prepucial con cierta energía, lo que puede provocar una pequeña hemorragia, evitable si se procede lenta y progresivamente, con suavidad y cui-

dado. Una vez descubierto el glande, que generalmente presenta pequeñas masas de esmegma, se limpiará cuidadosamente con gasa y aceite mineral estériles; en seguida se lleva el prepucio a su posición inicial. Esta maniobra se repite después, cada 3 ó 4 días, de preferencia durante el baño para disminuir las molestias que produce. Si el orificio prepucial presenta excesiva tendencia a estrecharse de nuevo, es necesario repetir la maniobra diariamente y hasta varias veces al día. Cuando no es posible forzar el orificio prepucial simplemente con la mano, deberá ser dilatado previamente con una pinza pequeña de tipo hemostático, de preferencia curva, y se disociarán por medio de una disección obtusa las adherencias existentes entre el glande y el prepucio. Si este último es muy largo se recomienda la circuncisión. Tanto la dilatación como esta última operación, deberán ser hechas exclusivamente por el médico.

En las niñas se practicará un lavado vulvar diario con agua hervida y jabón, teniendo cuidado de limpiar bien los espacios existentes entre los pequeños y grandes labios.

Es necesario insistir en que las personas que toquen al recién nacido tengan sus manos siempre muy bien lavadas. Si se padece una infección cualquiera de las manos, no deberá tocarse al niño y si se sufre una infección respiratoria deberá permanecerse lejos de él, salvo por absoluta necesidad, como en el caso de la madre que tiene que darle de mamar, la cual entonces usará una mascarilla.

El recién nacido dormirá solo, en cuna o cama individual, y nunca con la madre; en un colchón firme y sin almohada. Durmiendo en cuna separada se evitará que el niño mame muy frecuentemente por la noche y que pueda ser aplastado o sofocado. Es conveniente que la cuna no tenga movimientos de balanceo y deberá protegerse adecuadamente contra las moscas y mosquitos.

La habitación del recién nacido debe ser moderadamente cálida, bien ventilada y sin corrientes de aire. La iluminación no debe ser excesiva, pues la luz muy fuerte, como ya hemos dicho anteriormente, puede obrar como un estímulo doloroso para el niño.

Cura del ombligo.—Se tratará de mantener siempre seco el ombligo y se curará todos los días, desinfectando el muñón con un antiséptico que puede ser Metaphen, Merthiolate, Parafenol o simplemente alcohol al 70, aplicado superficialmente por medio de un hisopo de algodón estéril; si es necesario, porque la humedad del cordón así lo requiere, podrá aplicarse un polvo secante estéril como talco o bismuto, o bien, un polvo antiséptico como sulfatiazol o sulfomerthiolate. En seguida se cubrirá con un cuadradito de gasa estéril sostenido por una fajuela abdominal u ombliguero. Se recomienda echar el cordón hacia la izquierda, porque la presión sobre el lado derecho puede perturbar el funcionamiento hepático (?). Esta curación se seguirá haciendo hasta la cicatrización completa de la herida umbilical, después de lo cual ya no es necesaria y se prescindirá entonces de la fajuela abdominal que no tiene ningún objeto, pues su pretendida utilidad para prevenir la hernia umbilical y sobre todo los cólicos, es muy discutible y sin fundamento serio. Schlosmann ha dicho exageradamente, que la faja abdominal sólo continúa empleándose en países de escasa cultura.

En condiciones normales el cordón cae del 4º al 10ª día, por término medio al 6º, es decir, más o menos al final de la primera semana, pero en algunos casos puede, fuera de complicaciones, caer mucho más tarde, hasta después de los 15 días.

En el Servicio de Recién Nacidos, los niños normales permanecen por un término generalmente no mayor de 5 días, salvo complicaciones por parte de la madre; se les tiene en cunas individuales y las medidas de higiene general, la cura del ombligo y el cambio de ropa completo, se hacen diariamente; el pañal se les cambia 5 veces en las 24 horas; la temperatura rectal se les toma 2 veces diarias. Los niños que presentan manifestaciones patológicas, reciben atención especial según los casos y permanecen en el servicio el tiempo necesario.

MANIFESTACIONES FISIOLOGICAS DEL RECIEN NACIDO NORMAL QUE ES NECESARIO CONOCER, INTERPRETAR Y ATENDER CORRECTAMENTE

El recién nacido normal puede presentar, en los primeros días que siguen al nacimiento, algunas manifestaciones fisiológicas atribuídas a lo que clásicamente se nombra como una "Crisis genital

fisiológica del recién nacido'' y debidas a la transmisión de hormonas por la circulación placentaria, especialmente al final del embarazo. En los prematuros esta crisis no se presenta.

Es muy importante estar al corriente de estos hechos, no ignorados generalmente por el médico, pero sí por un gran número de comadronas y enfermeras, así como por la gran mayoría de profanos, que pueden tomarlos por manifestaciones patológicas y actuar en forma indebida.

Pasaremos a mencionar así: la tumefación mamaria, el hidrocele vaginal ligero y la emisión sanguínea vulvar.

La *''tumefacción mamaria''* se presenta en el recién nacido de cualquier sexo y puede ser más o menos intensa; va generalmente acompañada de la secreción de un líquido turbio, especie de calostro, que se conoce con el nombre de ''leche de bruja.'' Esta manifestación desaparece poco a poco y sin complicaciones, en el curso de 2 a 3 semanas. La conducta a seguir consiste en no realizar tratamiento alguno y no practicar la expresión de las glándulas aun cuando estén muy hinchadas. Tocando las glándulas mamarias lo menos posible se evitarán las complicaciones infecciosas, pues ciertas maniobras inadecuadas, llevadas a cabo frecuentemente por personas ignorantes, pueden provocar una mastitis.

El *''hidrocele vaginal ligero''* puede ser debido a la congestión transitoria del testículo y desaparece en algunas semanas. El tratamiento consiste en limitarse a observar y evitar cualquier traumatismo.

La *''emisión sanguínea vulvar''* es una manifestación hemorrágica no ligada a la ''Enfermedad hemorrágica'', aunque ésta pueda ocasionalmente favorecerla, y se presenta por lo general aislada. No es necesario ningún tratamiento, pero es recomendable, como en toda manifestación hemorrágica del recién nacido y sobre todo si la emisión es muy abundante, la administración intramuscular de Vitamina ''K'' y Vitamina ''C.'' Esta hemorragia rara vez llega a ser grave, pero se debe observar siempre su frecuencia e itensidad, así como su repercusión sobre el estado general del niño.

El flujo vaginal que se observa casi invariablemente en los primeros días que siguen al nacimiento, tiene también el mismo origen; es lechoso, formado principalmente por células epiteliales y desaparece espontáneamente más o menos al final de la primera semana.

CUARTA PARTE

ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO

Lactancia Materna.—La leche de mujer es indiscutiblemente el mejor alimento y el más racional para el lactante, pues satisface en forma adecuada sus necesidades vitales, toda vez que la tome en cantidad suficiente y provenga de una madre o nodriza sana, que viva en forma higiénica y reciba una alimentación también racional. Es el alimento ideal, muchas veces insubstituíble, suficiente por sí solo en el primer semestre de la vida. Puede decirse que es profiláctico de los trastornos nutritivos y de las infecciones del niño. Por estas razones el médico debe preconizar la crianza al pecho y luchar contra el destete precoz injustificado.

En la primera semana de la vida las necesidades calóricas del recién nacido son generalmente bajas y se calculan en unas 60 calorías por kilogramo de peso y por día; en la segunda y tercera semana suben rápidamente hasta cerca de 100 y más tarde a 110 y 120.

Debemos tener presente que aproximadamente, un gramo de grasa produce 9 calorías y un gramo de proteínas o un gramo de hidrocarbonados, producen 4 calorías.

No se ha determinado exactamente la cantidad mínima de agua que necesita el recién nacido normal, pero se considera como óptima la de 140 a 160 c. c. por kilogramo de peso y por día, la cual deja un amplio margen de seguridad a las necesidades del niño (Holt). Garrahan, da cifras más altas, de 150 a 200 c. c. por kilogramo y por día. En realidad todo depende de las condiciones de mayor o menor deshidratación a que esté sometido el niño.

Todo niño que pese menos de 6 kilogramos debe tomar aproximadamente 150 c. c. de leche de mujer por kilogramo de peso y por día. La cantidad que debe tomar en cada tetada depende de la mayor o menor frecuencia de éstas.

La leche de mujer tiene un valor calórico aproximado de 650 a 700 calorías por litro y su composición es la siguiente:

Según Holt y Mc Intosh.

Promedio normal.

Grasa	3.50%
Azúcar	7.50 „
Proteínas	1.25 „
Cenizas	0.20 „
Agua	87.55 „

Variaciones normales.

Grasa	3	a	5	%
Azúcar	6.5	„	8	„
Proteínas	1	„	2	„
Cenizas	0.18	„	0.25	„
Agua	89.32	„	84.75	„

Según Griffith y Mitchell.

Grasa	3.5	a	4	%
Azúcar	6.5	„	7	„
Proteínas	1.0	„	1.5	„
Cenizas			0.20	„
Agua	87	„	88	„
Total sólido	12	„	13	„

Según Garrahan.

Grasa	4 %
Azúcar	6.7 „
Proteínas	1.5 „
Cenizas	0.20 „
Agua	87.60 „

Como puede observarse, la proporción de los elementos de la leche de mujer varía ligeramente según los diversos autores. Es posible que el clima, la raza, la condición social y sobre todo la alimentación de la madre influyan en estas variaciones, las cuales por otra parte no alteran en forma apreciable su valor calórico. Lo que interesa es la mayor o menor cantidad segregada, capaz o no de llenar las necesidades nutritivas del niño. Sin embargo, por diversas condiciones especiales de deshidratación, algunas mujeres pueden dar cantidades relativamente escasas de una leche más concentrada, pero de un valor calórico más alto.

Técnica de la lactancia materna.—Doce horas después del nacimiento, aunque algunos recomiendan hacerlo 24 horas después, el niño debe ser puesto al pecho de la madre, salvo formal contraindicación, y durante los primeros 3 ó 4 días, mientras se establece la secreción láctea, se hará a intervalos de 4 a 6 horas. Cada 6 horas los dos primeros días y cada 4 horas, los dos días siguientes, aconsejan algunos autores. Entonces el niño mama solamente calostro, el cual tiene un valor energético de más o menos 500 calorías por litro (?), pero es segregado en cantidad muy escasa. Esto contribuye en parte a la pérdida de peso que el recién nacido sufre en estos primeros días, pérdida que no repone normalmente, en la mayoría de los casos, sino al décimocuarto día, que se calcula aproximadamente en un décimoquinto del peso inicial y alcanza por término medio 225 gramos, siendo mayor en forma absoluta a medida que el niño nace con un peso más elevado. Esta disminución ponderal depende de causas mecánicas, fisiológicas y metabólicas: expulsión de meconio y orina, eliminación del unto sebáceo, pérdida de agua y oxidación de grasa, proteínas e hidratos de carbono, no repuestos por la deficiente alimentación inicial, que constituye hasta cierto punto un pasaje de adaptación a la alimentación láctea natural. Mientras más tarde la verdadera secreción de la leche en establecerse, mayor será la pérdida de peso del niño, la cual cuando se prolonga por más de 4 ó 5 días, no puede considerarse ya como fisiológica y

normal. Precisamente para evitar, en lo posible, que esta pérdida sea excesiva, deberán administrarse al recién nacido, en los primeros días que siguen al nacimiento, raciones adicionales de una o dos onzas de agua hervida endulzada con azúcar de caña (5%), Dextromalto (Nº 1 ó 2) o jarabe de maíz (Karo), cada 3 ó 4 horas.

La secreción láctea puede a veces retardarse hasta el décimo o duodécimo día y establecerse entonces con gran abundancia, por lo que se alentará siempre a la madre para que siga dando de mamar al niño y estimule sus pechos con medios artificiales si fuera necesario, porque la bajada tardía de la leche se debe a veces a un estímulo insuficiente. En estos casos tendrá que recurrirse transitoriamente a la lactancia artificial o mixta.

Una vez establecida la secreción de la leche, se reglamentará la lactancia según las circunstancias y según las condiciones y la tolerancia del niño, siguiendo regímenes establecidos con intervalos de 3 ó 4 horas y un número de 6 a 7 mamadas en las 24 horas.

Generalmente es más conveniente el régimen de 3 horas y salvo hipogalactia y con el fin de estimular la secreción, podrá autorizarse en forma transitoria un régimen con intervalos de menos tiempo, pues hay que recordar que el estómago del lactante se vacía más o menos en 2 horas y media y debe quedar en reposo por lo menos media hora. Por la noche se dejará un intervalo no menor de 6 horas, pero que puede ser hasta de 8 ó 9 horas, durante el cual no se dará el pecho al niño bajo ninguna circunstancia. En esta forma descansan tanto la madre como el hijo y se favorece la regularidad de las funciones digestivas del último.

Algunos niños toleran bien desde el nacimiento un régimen de alimentación con intervalos de 4 horas, sobre todo cuando la madre tiene mucha leche, pero en tales casos no se impondrá de inmediato el largo descanso nocturno, sino que se hará después de las 3 ó 4 semanas, cuando el niño es capaz ya de mamar mayor cantidad de leche en cada tiempo, pues siendo menor entonces el número de mamadas, es posible que el lactante no llene completamente sus

necesidades energéticas si no es capaz de mamar en cada una de ellas la cantidad necesaria, así como que no se estimule suficientemente la glándula mamaria en las primeras semanas, cuando más urge que así sea, para que se establezca una secreción adecuada a las necesidades del niño.

El lactante necesita generalmente mamar de los dos pechos en cada tiempo de alimentación; mamará siempre de primero en el pecho que mamó de último la vez anterior, con el objeto de vaciar ambos completamente; esto favorece la secreción láctea y disminuye o evita completamente en la madre ciertas molestias causadas por el estancamiento de la leche, el cual contribuye también al empobrecimiento de la función glandular.

Si la madre tiene mucha leche, es a veces suficiente que el niño mame de un sólo pecho en cada tiempo de alimentación.

Algunos consideran que en la práctica no hay que preocuparse del número de minutos que el niño mama cada vez, cuando éste progresa bien, y que es preferible pecar por exceso y no por defecto. Sin embargo, no es razonable que la succión se prolongue por mucho tiempo y el niño no mamará más de 15 minutos cuando sólo lo haga de un pecho, ni más de 10 minutos en cada uno, cuando lo haga de los dos en una misma sesión. En esta forma se disminuye la probabilidad de las grietas o fisuras y demás trastornos del pezón. Salvo cuando se trata de prematuros, débiles congénitos o recién nacidos patológicos (lesiones intracraneanas, etc.), que maman muy lentamente y con poca energía, no se autorizará que el tiempo que tarde la mamada sea mayor.

Inmediatamente después que el niño ha terminado de mamar, la madre lo pondrá sobre el hombro durante algunos minutos y dándole ligeras palmaditas en la espalda, tratará de que eructe y expulse así el aire que haya podido tragar durante la succión. En seguida se le acostará sobre el lado derecho y no se le moverá por un largo rato. En esta forma podrá evitarse, en lo posible, que el niño vomite después de la mamada. Si presenta hipo y éste

no cede después de hacerlo eructar, se aconseja darle unos 0.30 grs. de bicarbonato de sodio disueltos en una cucharadita de agua tibia.

La higiene de los pechos, la cual principia en realidad durante el embarazo, deberá atenderse muy especialmente, pues de ella depende en gran parte las posibilidades posteriores de la lactancia, evitando complicaciones tanto por parte de la madre como del niño. Es conveniente que mientras la madre no pueda darse un baño higiénico diario, lave completamente sus pechos con agua y jabón todos los días por la mañana. En el resto del día se lavarán los pezones, antes y después de cada mamada, con agua hervida simple; algunos recomiendan hacerlo con una solución de ácido bórico, pero como la ingestión de este medicamento es tóxica para el niño, deberá hacerse siempre una buena limpieza con agua hervida simple, antes de dar el pecho, por lo que si se usa es preferible hacerlo solamente después de las mamadas. En el intervalo de cada mamada se cubrirán los pechos, evitando su compresión fuerte, con una compresa de gasa limpia o simplemente con una tela limpia, suave y gruesa, que deberá cambiarse todos los días.

Una buena higiene de los pechos prevendrá, como hemos dicho, una serie de complicaciones, principalmente y por parte de la madre, las grietas o fisuras del pezón y las mastitis; y por parte del niño, disminuirá la probabilidad de algunas diarreas infecciosas y estomatitis.

En los intervalos de la mamadas es necesario dar al lactante, sobre todo en las épocas calurosas, raciones adicionales de agua hervida endulzada (sacarosa, dextrino-maltosa, jarabe de maíz, etc.) con el objeto de llenar convenientemente sus necesidades hídricas y evitar trastornos, a veces graves, relacionados con el insuficiente aporte de líquidos. Cuando se use sacarosa deberá endulzarse el agua antes de ser hervida.

Se debe ser exacto con las horas de lactancia. No se adelantará la mamada porque el niño llore, pues no siempre lo hace por hambre, pero si le falta mucho tiempo para la hora determinada, podrá dársele agua hervida endulzada, como lo hemos indicado,

si el niño la apetece. Por el contrario si el niño duerme y ha llegado la hora de su lactancia, es necesario despertarlo, mejor unos 10 minutos antes, cambiándole pañal y haciéndole algunos ejercicios en los miembros inferiores, con el objeto de que no vaya a mamar muy adormitado y por lo mismo no lo haga en buena forma.

En el Servicio de Recién Nacidos, los niños normales salen a mamar por primera vez, entre las 12 y las 24 horas siguientes al nacimiento, después que se les ha practicado el examen post-natal; y durante el tiempo que permanecen en él—5 a 6 días más o menos,—se les sigue sacando a mamar con la madre, cada 4 horas. Si es necesario dar raciones adicionales, se les administra agua hervida endulzada (sacarosa, Dextro-Malto Nº 1 ó 2 o jarabe de maíz de Karo).

Contraindicaciones de la Lactancia Materna.—Pueden considerarse como contraindicaciones absolutas de la alimentación natural, por parte de la madre: la infección puerperal grave, los estados infecto-contagiosos e infecciosos graves, la eclampsia, las nefropatías graves, la hemorragia grave, los ataques epilépticos frecuentes, las cardiopatías mal compensadas y la enajenación mental.

La tuberculosis activa es indiscutiblemente una contraindicación absoluta, pero la tuberculosis curada también se considera como tal en algunos casos, por la reactivación que puede sufrir debido al esfuerzo de la lactancia, o por lo menos como una contraindicación relativa, sujeta a las circunstancias. La simple sospecha de tuberculosis pulmonar contraindica la lactancia y obliga a separar al niño de la madre, mientras no se llegue a una conclusión exacta.

La sífilis no constituye una contraindicación de la lactancia materna; la madre sifilítica puede dar de mamar a su hijo y viceversa, el niño sifilítico puede mamar con su madre. Pero el niño sifilítico no debe ponerse al pecho de una mujer sana que no sea su madre, así como la madre sifilítica no debe dar de mamar a un niño sano que no sea su hijo. La llamada Ley de Colles o de Colles

Baumes, dice: "Nunca una madre sana es contagiada por su hijo sifilítico con manifestaciones precoces"; y la Ley de Profeta, dice: "Los niños sanos, hijos de madres sifilíticas no son infectados por ésta." Sin embargo, no es correcto hablar en estos casos de madres y niños sanos, porque en realidad se trata de enfermos latentes, afectados de una Lúes sin manifestaciones clínicas aparentes. Holt y Mc Intosh dicen en su tratado: "La sífilis no es una contraindicación para que la madre dé el pecho, salvo en los raros casos en que contrajo la infección poco tiempo antes del nacimiento del niño. Si no se hizo durante el embarazo un tratamiento adecuado y el niño está infectado, no hay peligro en que éste reciba con la leche más espiroquetas y si el tratamiento fue adecuado y el niño escapó de la infección intrauterina, es posible excluir la posibilidad de que lo infecte una lesión abierta de la madre."

En ciertas enfermedades agudas de la madre de carácter no grave, no se requiere, a veces, más que un destete transitorio y en otras, como los estados gripales y diversas infecciones respiratorias benignas, es posible continuar la lactancia toda vez que se tomen ciertas precauciones, como el uso de una mascarilla, etc. Las infecciones puerperales ligeras son compatibles con la lactancia. Por el contrario, las enfermedades infecciosas graves y prolongadas, como la tifoidea, contraindican la lactancia en forma absoluta y definitiva. Algunas enfermedades crónicas y extenuantes, infecciosas o no, o un estado general orgánico deficiente, desaconsejan la lactancia materna por el efecto nocivo sobre la madre y la pobre calidad de la leche, la cual tampoco puede ser abundante. La lactancia deberá suprimirse durante la evolución de una mastitis, pero solamente en el pecho afectado, sobre el cual con frecuencia provoca finalmente la desaparición de la secreción. Los pezones muy planos, retraídos o umbilicados, así como las grietas o fisuras de los mismos, muy dolorosas y rebeldes al tratamiento, imposibilitan a menudo la continuación de la lactancia, aunque algunas veces el uso de una pezonera vence las dificultades; de lo contrario puede recurrirse en estos casos a la extracción de la leche de la madre,

por simple ordeño manual, o bien, por medio de aspiradores mecánicos o eléctricos (tira-leches). En el Servicio de Recién Nacidos se cuenta con un tira-leches eléctrico para estos casos. En esta forma se disminuyen o evitan las molestias de la madre, debidas a la retención de la leche, la cual, si ha de usarse para alimentar al niño, deberá extraerse en la mejores condiciones de asepsia y antisepsia (de los pechos), recibirse en un recipiente estéril y hervirse durante 5 minutos; esto último cuando no se esté seguro de su pureza microbiana. Por lo demás deberá hacerse un tratamiento correcto de la afección lo más precozmente posible.

El niño logra mamar a veces aún en pezones anormales, pero es frecuente que éstos se agrieten o fisuren debido a la succión defectuosa y necesariamente más fuerte. En algunas madres se presenta hiperestesia del pezón, sin que existan lesiones de éste y sin que se conozca su causa; en tales casos podrá recurrirse al uso de una pezonera.

La agalactia constituye más bien una imposibilidad absoluta que una contraindicación, pero es excepcional y lo frecuente es que exista una hipogalactia, pudiendo la mayor parte de las madres amamantar a sus hijos por lo menos durante el primer trimestre, aunque sea bajo un régimen de alimentación mixta. Desgraciadamente no existe ningún medicamento o substancia que posea una acción galactogoga satisfactoria y la mayor parte de los usados, incluso la medicación opoterápica, obran más bien por una acción psicológica. El vaciamiento completo y periódico del pecho por la succión de un lactante sano, es el mejor estimulante de la secreción láctea. Así, pues, succión y evacuación son los elementos mecánicos indispensables y cuando el niño no es capaz de llevarlos a cabo, tendrá que recurrirse al ordeño por simple expresión manual o por medio de aspiradores mecánicos o eléctricos (tira-leches).

Por parte del niño, más bien que de contraindicaciones, se trata de dificultades o imposibilidades para llevar a cabo la lactancia y podemos enumerar así: la debilidad o la incapacidad aislada de succión y la incapacidad de succión y deglución, debidas a premadurez,

debilidad congénita o traumatismos obstétricos (hemorragia intracraneana, etc.); el labio leporino y la fisura del paladar; las enfermedades dolorosas de la boca (estomatitis) y excepcionalmente los tumores sublinguales; la obstrucción nasal (coriza sifilítico, diftérico o gripal; estrechamiento de las coanas, muy raro por cierto); y eventualmente la anorexia. En estos casos deberá recurrirse a la extracción de la leche de la madre y administración de la misma con biberón, alimentador, cucharita, cuenta-gotas o por sonda. En el caso de no poder contar con la leche de la madre o de otra mujer sana, se recurrirá a la lactancia artificial por los mismos medios.

Lactancia Mercenaria.—Desde que es posible conseguir en el comercio productos lácteos en polvo, de gran utilidad y eficacia en la alimentación del recién nacido, ya casi no se recurre al empleo de nodrizas, salvo en casos excepcionales. Pero, cuando por alguna de estas circunstancias especiales sea necesario recurrir a ellas, deberán llenar ciertos requisitos referentes a su estado de salud, constitución de sus pezones y estado de salud del hijo que amamantan. Se deberá estar seguro de que no padecen ninguna forma de Tuberculosis, Sífilis, Blenorragia o Dermopatías parasitarias o infecciosas. Por lo demás se seguirán los mismos principios de la lactancia materna.

En algunos países existen expendios de leche de mujer.

Lactancia Artificial.—En todos aquellos casos en que la lactancia materna o alimentación natural esté contraindicada o exista una dificultad o imposibilidad para llevarla a cabo, necesariamente tendremos que recurrir a la alimentación o lactancia artificial. Esta debe realizarse con una técnica rigurosa, en lo que se refiere a la calidad y cantidad adecuada del alimento, la higiene de su preparación y forma de suministrarlo. Hay que atender y satisfacer correctamente las necesidades nutritivas del niño, adaptándonos a sus capacidades digestivas y a su tolerancia. Por lo tanto deberán conocerse más o menos exactamente las necesidades calóricas e hídricas del lactante, las peculiaridades de su mecanismo digestivo y la naturaleza y valor calórico aproximado del alimento a suministrar. Las probabilidades de éxito serán mayores a medida que cumplamos, en la forma más adecuada, con los principios fundamentales de una técnica correcta.

El principal recurso con que contamos para llevar a cabo la alimentación artificial del lactante es la leche de vaca. Esta para ser utilizada necesita llenar ciertas condiciones, pues de lo contrario las complicaciones por parte del niño no se harán esperar y se irá finalmente al fracaso.

Holt y Mac Intosh dicen: "La leche de vaca que se use en la alimentación del lactante, será fresca, limpia y libre de preservativos. No se aceptará la leche descremada o adulterada en cualquier forma. Estará libre de substancias tóxicas y de bacterias patógenas, y el número de otros microbios no será excesivo. Conviene que la composición de la leche, especialmente en lo que se refiere a la grasa, sea lo más constante posible. Se preferirá la leche mezclada o de rebaño a la de un solo animal. Las vacas lecheras mejoradas por cruzamiento se preferirán a las vacas de raza pura, así como las que se alimentan en establo a las que lo hacen en el campo."

Garrahan dice: "La leche de vaca que ha de usarse en la alimentación del lactante debe llenar las condiciones siguientes: 1º—Debe prevenir de animal sano, regularmente n u t r i d o; 2º—Ser obtenida por un ordeño lo más higiénico posible y conservada en cámara frigorífica si no se le usara inmediatamente (cuando el ordeño no ha sido prolijo, convendrá que la leche sea filtrada); 3º—Sometida a la ebullición durante 1 a 2 minutos, ebullición que es conveniente practicar lo más pronto posible después del ordeño; 4º—Conservada en sitio fresco, de preferencia en heladera, después de hervida.

La leche que ha sufrido la ebullición tiene suficientes condiciones de pureza bacteriana: han muerto los gérmenes patógenos y se han reducido los saprófitos. Mantenida luego al frío, éstos no

llegarán a pulular al punto de alterar la leche, por lo menos por un día, si se conserva a una temperatura de 4° a 6° (cámara frigorífica). La heladera común es insuficiente para la conservación prolongada de la leche."

Si no se posee heladera o refrigeradora para conservar adecuadamente la leche después de hervida, deberá hervirse nuevamente cada vez que tenga que usarse, y si con ello se reduce su volumen, lo que se debe exclusivamente a la evaporación del agua, se le repondrá ésta de manera de obtener nuevamente una leche de concentración normal, a partir de la cual se harán las diluciones necesarias.

Todos los utensilios para llevar a cabo la lactancia artificial: biberones, mamones, etc., deberán estar, cada vez que se usen, perfectamente limpios y esterilizados por ebullición o al autoclave, y tanto éstos como la leche se manipularán en las mejores condiciones de higiene posibles. Actualmente se recomienda hacer la llamada esterilización terminal, que consiste en autoclavar los biberones ya preparados antes de ser suministrados al niño; es la única manera de garantizar la pureza absoluta y se aconseja en los servicios hospitalarios donde se manipulan muchas leches. Esto no quita que la preparación de las fórmulas se haga siempre con la técnica debida, es decir, con las medidas previas de esterilización y de higiene.

PROMEDIO APROXIMADO DE LA COMPOSICION DE LA LECHE DE VACA

Garrahan.

Proteínas	3.4 × 100
Grasas	3.8 × 100
Azúcar	4.0 × 100
Cenizas	0.7 × 100

Griffith y Mithchell.

Proteínas	3.2 a 3.5 × 100
Grasas	3.5 a 4.0 × 100
Azúcar	4.5 × 100
Cenizas	0.7 × 100

Holt y Mc Intosh.

Proteínas	3.5 × 100
Grasas	3.5 × 100
Azúcar	4.75 × 100
Cenizas	0.75 × 100

La composición de la leche de vaca varía según la alimentación de ésta, según el clima y según la raza, pero solamente en lo que se refiere a pequeñas diferencias en la proporción de sus elementos y a su mayor o menor riqueza en ciertas vitaminas.

El valor calórico aproximado de la leche de vaca es de 650 a 700 calorías por litro.

COMPOSICION COMPARADA DE LAS LECHES DE VACA Y DE MUJER

Constituyentes	Mujer	Vaca
Proteínas	1.25	3.50
Lactalbúmina	0.75	0.50
Caseína	0.50	3.00
Azúcar (lactosa)	7.50	4.75
Grasa	3.50	3.50
Minerales	0.20	0.75
Na	0.001	0.061
K	0.048	0.154
Ca	0.034	0.122
Mg	0.005	0.013
Cl	0.036	0.116
P	0.015	0.090
Agua	87.55	87.50
Total	100.00	100.00

Esta tabla no señala todas las diferencias que hay entre ambas leches.

La lactalbúmina y la caseína de ambas leches poseen propiedades antígenas y específicas. Es posible que las diferencias en los caracteres del coágulo de caseína se deban a la distinta cantidad de la misma, más bien que a sus diferencias químicas. La proteína de la leche humana es en su mayor parte lactalbúmina, la cual tiene un valor especial para el crecimiento. La proteína de la leche de vaca, en su mayor parte caseína, tiene un valor biológico inferior para el niño que está creciendo.

Las diferencias entre las grasas de las leches de vaca y de mujer, tienen más importancia en lo que se refiere a sus constantes químicas que a las físicas, pero ambas difieren considerablemente en condiciones ordinarias.

Los hidratos de carbono de una y otra leche son idénticos y como podemos observar, sólo varían marcadamente en su cantidad.

Los minerales se encuentran en concentración de 2 a 5 veces mayor en la leche de vaca que en la leche de mujer. Pero la concentración del hierro en la leche humana es mayor y se calcula en 0.0002 por ciento, teniendo la leche de vaca a menudo la tercera parte de dicha cantidad.

El efecto atenuador de la acidez gástrica o poder "buffer" de la leche de vaca es considerablemente mayor que el de la leche humana.

El valor calórico de ambas leches es aproximadamente el mismo.

La leche de vaca se administra al recién nacido diluída en agua pura. Según la tolerancia del niño, se aconseja dar mezclas que lleven mitad de leche y mitad de agua o dos terceras partes de leche y una de agua. Garrahan recomienda siempre mitad y mitad en los dos primeros meses; Holt considera inconvenientes las mezclas muy diluídas y aunque en casos especiales puede estar indicada la administración de alimentos, ya concentrados, ya diluídos, prefiere como sistema evitar ambos extremos. La dilución reduce el valor

calórico de la leche, por lo que, para dar a la mezcla el valor energético necesario, se deben agregar hidratos de carbono, los cuales como las grasas y proteínas han quedado reducidos. Corrientemente se usa la sacarosa o azúcar de caña, pero sí es necesario aumentar mucho la cantidad de hidratos de carbono, sobre todo en niños predispuestos a las deposiciones frecuentes, es conveniente el uso de los llamados azúcares alimenticios o polvos dextrino-maltosados (Dextro-Maltos Nº 1 y 2, Alérdex, etc.) y del jarabe de maíz (Karo).

Se considera conveniente y adecuada una fórmula con leche de vaca, isocalórica con la leche de mujer, cuyo porcentaje de distribución calórica sea el siguiente: proteínas 15%; grasas 35%; hidratos de carbono 50%.

A partir de la leche de vaca se pueden preparar diversos productos, que tienen indicaciones precisas en la alimentación del lactante: leche ácida, leche albuminosa, leche descremada o semi-descremada, "babeurre", etc.

Actualmente ha tomado un lugar preponderante en la práctica de la lactancia artificial el uso de las leches de vaca en polvo, más o menos modificadas; así encontramos en el comercio: leches íntegras, leches semi-descremadas, leches descremadas, con agregado o no de hidratos de carbono, leches ácidas, "babeurre", leches albuminosas, leches maternizadas, leches adaptadas, etc., muchas de las cuales tienen agregado vitamínico especial. Constituyen en realidad, una formidable ayuda en la práctica pediátrica.

El uso de estas leches es muy práctico, seguro y generalmente de mejores resultados que la leche de vaca corriente, preparada en cualquiera forma; al menos en nuestro medio, donde es muy difícil conseguir leche fresca de vaca y de una pureza satisfactoria.

Se han usado también la leche de burra, de valor calórico muy bajo, y la leche de cabra, de un valor calórico más alto que el de la leche de vaca, pero ninguna de las dos presenta ventajas sobre esta última. Sólo se justifica el empleo terapéutico, discutible, de la leche de burra.

En el Servicio de Recién Nacidos, se principia generalmente la lactancia artificial de los niños normales, con leches semidescremadas en polvo y como agregados de hidratos de carbono se usa sacarosa, Dextro-Malto Nº 1 ó 2 o jarabe de maíz de Karo.

Lactancia Mixta.—Está indicada en los casos de hipogalactia y a veces por razones de trabajo de la madre. Cuando se recurre a ella por hipogalactia, es preferible dar siempre el pecho en cada tiempo de alimentación y luego de vaciado éste, suplir el déficit con un biberón. El ritmo pecho, biberón, pecho, es decir, intercalando una mamada y un biberón, está más bien indicado en los casos en que se dificulta a la madre dar de mamar al niño a ciertas horas. Pero nunca deberán darse menos de tres mamadas en las 24 horas, pues de lo contrario es muy difícil que se conserve una secreción láctea suficiente.

FIEBRE TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO

Por la relación que tiene con la alimentación de los primeros días de la vida, la describiremos aquí someramente. Se le llama también "fiebre de hambre" o "fiebre de sed"; se presenta con alguna frecuencia y consiste en elevaciones térmicas, hasta de 40° centígrados, hacia los dos o seis primeros días que siguen al nacimiento; el estado general suele no estar alterado, pero el niño permanece somnoliento; otras veces la piel está seca y pálida y el niño se encuentra agitado y nervioso y hasta con convulsiones y síntomas gastro-intestinales. La causa de este cuadro febril está en el aporte insuficiente de líquidos, que da lugar a la deshidratación y a la concentración sanguínea. Sin embargo, no se debe olvidar que los procesos febriles del recién nacido pueden deberse a causas más serias y sobre todo infecciosas. El tratamiento consiste en la administración abundante de líquidos por vía oral (2 a 3 cucharaditas cada media hora) o subcutánea (100 a 150 c. c. de suero mixto).

QUINTA PARTE

ATENCION DEL PREMATURO

En los capítulos anteriores nos hemos referido, sobre todo, al recién nacido normal y no hemos hecho del prematuro sino algunas ligeras consideraciones. En realidad el problema del prematuro es mucho más complejo y su exposición amplia y más o menos completa no encaja en un trabajo que, como éste, no tiene otra pretensión que la de sentar ciertos principios fundamentales de la atención del recién nacido en general. Así, pues, no haré sino exponer en forma somera estos principios, en lo que a la atención del recién nacido prematuro se refieren.

Debemos recordar que se consideran como prematuros o débiles congénitos, a los niños nacidos antes del término normal de la gestación y a ciertos niños, que aun cuando hayan nacido a término, son excesivamente delicados y no han alcanzado en realidad un grado suficiente de madurez. Corresponden a este grupo todos los niños que al nacer pesen menos de 2,500 gramos y en él se incluyen también la mayor parte de los gemelos.

El cuadro clínico y el pronóstico de supervivencia de estos niños, varían según su peso y según su grado de desarrollo, es decir, según su grado de madurez.

Tanto desde el punto de vista fisiológico como del químico e inmunológico, estos niños no han alcanzado una madurez satisfactoria, que les permita un desarrollo inmediato semejante al de un recién nacido normal. Sus vasos sanguíneos son siempre más frágiles y sus concentraciones de protrombina sanguínea son también, en el momento del nacimiento, más bajas que las de este último; como consecuencia los accidentes hemorrágicos son mucho más frecuentes y aproximadamente la tercera parte de todos los niños prematuros y el 90% de los que pesan menos de 1,000 gramos, sufren derrames sanguíneos intracraneales por traumatismos mínimos, lo

que influye grandemente sobre su mortalidad y, si sobreviven, sobre la mayor frecuencia con que en estos niños puedan presentarse más tarde, la enfermedad de Little y la inferioridad mental.

Sus mecanismos termo-reguladores son extremadamente deficientes, por lo que regulan muy mal su temperatura y se enfrían con facilidad, pero si se les calienta en exceso, pueden igualmente sobrecalentarse y desarrollar una intensa hipertermia en pocas horas, tan nociva como su enfriamento.

Sus necesidades calóricas son generalmente, pero no siempre, un poco mayores que las del recién nacido normal y se calculan en 120 a 150 calorías por kilogramo de peso y por día, pero la aplicación exacta de este criterio no debe hacerse necesariamente en las primeras 2 ó 3 semanas de la vida, cuando el prematuro se encuentra en un verdadero período de adaptación digestiva y fisiológica en general.

Son extremadamente sensibles a las bacterias piógenas comunes y las consecuencias de su infección son tan graves, que no se escatimará ningún esfuerzo para protegerlos de ella. Una coriza simple puede determinar una bronconeumonía mortal en estos niños.

Los accesos de cianosis se presentan con bastante frecuencia en los prematuros, sobre todo en los más débiles y pequeños, y pueden ser debidos tanto a lesiones hemorrágicas intracraneanas, como a la deficiente expansión pulmonar, consecuencia de su débil e irregular respiración y de su débil llanto.

Una gran mayoría de estos niños, los menos desarrollados, son incapaces de succionar y algunos de succionar y de deglutir. Solamente los más desarrollados y de mayor peso son capaces de chupar del biberón o del pecho de la madre.

Los reflejos faríngeos mal desarrollados son causa de que puedan entrar fácilmente moco y alimentos en las vías respiratorias, lo que puede provocar la muerte inmediata o la neumonía por aspiración.

La *ictericia fisiológica* casi nunca falta en los prematuros y corrientemente es acentuada; la bilirrubinemia tiende a ser más alta y a permanecer elevada por más tiempo que cuando la ictericia aparece en el recién nacido normal, lo que se cree debido a la

falta de madurez del hígado. La *ictericia grave* es también más frecuente en los prematuros y debemos recordar a este respecto, que la "Eritroblastosis fetal" es una gran causa de premadurez.

Casi por regla general la *anemia hipocrómica* se presenta en los prematuros, los cuales no han podido aprovechar el hierro que normalmente se deposita en el hígado durante los últimos meses de la gestación. Esto nos obliga a suministrarlo sistemáticamente tan pronto como principian a ganar peso.

Debemos tener siempre presente que la Sífilis es una de las grandes causas de premadurez, a pesar de que ya en muchas partes ha sido eliminada como causa preponderante.

La supervivencia varía según los casos y según las condiciones; es mayor a medida que el niño tiene mejor peso al nacer, que es menor su premadurez y menos acentuada su debilidad, así como a medida que la atención que se le preste sea más adecuada. En consecuencia es mayor en los centros bien organizados que en los mal organizados y fuera del medio hospitalario. Sin embargo, la mortalidad siempre es elevada, sobre todo en los niños que pesan 2,000 gramos o menos.

Las estadísticas de supervivencia general de los niños prematuros, en las mejores condiciones posibles, es de 5% para los que pesan menos de 1,000 gramos en el momento del nacimiento; 33% para los que pesan entre 1,000 y 1,500 gramos; 75% entre 1,500 y 2,000 gramos; y 90% entre 2,000 y 2,500 gramos. Es extremadamente rara la supervivencia si el niño pesa al nacer menos de 800 gramos. Si el niño sobrevive 48 horas después del nacimiento, sus probabilidades de lograrse son mucho mayores; el tanto por ciento de mortalidad es de 3 a 9 si se excluyen estas muertes tempranas.—(Holt).

El enfriamiento, la hemorragia intracraneana y los diversos trastornos de la respiración, centrales o periféricos, son las causas más importantes de la muerte más o menos inmediata del prematuro.

Las enfermedades congénitas por una parte y las enfermedades de la madre, que pudieron haber sido la causa directa o indirecta del parto prematuro, por otra, disminuyen considerablemente las probabilidades de supervivencia.

La mortalidad tardía de los prematuros que salen de los centros hospitalarios, en buenas condiciones, es muy elevada; en nuestro medio es excesiva.

Para poder interpretar correctamente las diversas manifestaciones fisiológicas y patológicas del prematuro, prestarle una atención adecuada y poder prever sus probabilidades de supervivencia, es esencial el conocimiento más o menos amplio de los hechos expuestos anteriormente.

CONDICIONES EN QUE DEBE QUEDAR EL PREMATURO

La calefacción es indispensable y por lo tanto de importancia capital para el prematuro. Su finalidad es conseguir que la temperatura rectal de estos niños se sostenga entre 36.5° y 37.5°. Es necesario, en primer lugar, que la temperatura ambiente del local especial o no, en donde hayan de permanecer, oscile según los casos entre 24° y 32° y que exista un grado de humedad alrededor del 60%, con una ventilación adecuada, sin corrientes de aire, la cual, en la forma más sencilla, puede llevarse a cabo periódicamente por las ventanas. Fuera de estas condiciones de ambiente, insuficientes por sí solas, es necesario calentar al niño con bolsas o botellas de agua caliente, bien protegidas y a prudente distancia, las cuales deberán cambiarse cada vez que su temperatura ya no sea suficiente; también puede recurrirse a bombillas eléctricas, radiadores o lámparas de calor; estas últimas se usan más bien para aumentar la temperatura ambiente y deben colocarse siempre a razonable distancia de donde se encuentra el niño, para evitar sobrecalentarlo y provocarle una hipertermia, tan nociva como su enfriamiento. La humedad requerida puede proporcionarse pulverizando agua periódicamente o en menor grado, evaporándola en algún recipiente o colgando sábanas húmedas.

Si se cuenta con cunas de mecanismo especial de calefacción o con incubadoras, se recurrirá a ellas, sobre todo tratándose de niños muy pequeños, con un peso menor de 2,000 gramos.

No cabe duda que el mejor método de atender a estos niños, es el uso de modernas incubadoras individuales o de instalaciones

con aire acondicionado, pero lo más frecuente es que no se cuente con ellas. Sin embargo, no son indispensables y es suficiente a veces una discreta y adecuada calefacción del ambiente y un calentamiento de la cuna con medios simples, lo cual puede hacerse con facilidad en la casa del niño.

Los prematuros deben estar siempre mejor abrigados que los niños normales; generalmente es necesario envolverlos casi por completo en algodón, dejando descubierta solamente la cara, y el pañal acostumbrado puede reemplazarse por una curación de gasa y algodón absorbente. Su manejo se reducirá al mínimo y mientras no tengan capacidad para mamar se les alimentará dentro de la cuna. Pero se les permitirá alguna libertad de los miembros y se les cambiará de posición de vez en cuando. No se les bañará hasta que hayan alcanzado un peso satisfactorio y mientras tanto, solamente se les limpiará con aceite mineral estéril y se les cubrirá con algodón nuevo cada dos días. La limpieza de las regiones expuestas a la acción de la orina y las heces y los cambios de pañal, se harán con la frecuencia necesaria, tratando de evitar, en lo posible, el menor enfriamiento.

Mientras la temperatura no se estabilice, es conveniente tomarla cada 4 horas; una vez lograda su estabilización es suficiente tomarla 2 veces al día.

Siempre que sea posible y mientras se considere conveniente se tendrá oxígeno a la mano, pues los accesos de cianosis, cuya causa hemos expuesto ya anteriormente, son muy frecuentes en estos niños.

Como ya hemos dicho anteriormente, las concentraciones de protrombina sanguínea son siempre más bajas en el prematuro que en el recién nacido a término, por lo que nunca se omitirá la administración intramuscular de una dosis suficiente de Vitamina "K" hidrosoluble (5 a 10 miligramos de naftohidroquinona), para prevenir las posibles hemorragias post-natales y mejorar el pronóstico de las que pudieron haberse producido en el momento del parto.

El aislamiento de los prematuros y débiles congénitos es tan importante como su calentamiento; con ello se busca evitarles los posibles contagios, de infecciones catarrales sobre todo (corizas, etc.), que tan fatales pueden ser en ellos. Se insistirá sobre el cumplimiento de esta medida, tanto en el medio hospitalario como en el

familiar, y con mayor razón en este último, donde por las visitas de los parientes y amigos, no se cumple rigurosamente con el aislamiento. La persona dedicada al cuidado de un prematuro, deberá usar bata, gabacha o delantal, que empleará exclusivamente en esta tarea, gorro y mascarilla, y no deberá padecer ninguna infección respiratoria o de la piel, sobre todo de las manos; será en conclusión una persona libre de cualquier afección infecto-contagiosa, a las que estos niños son sumamente sensibles. El personal que haya de trabajar en un Departamento de Prematuros, debe ser especializado o por lo menos, tener cierta práctica y conocimiento del problema, el cual de lo contrario no podrá resolverse en forma satisfactoria.

Alimentación del Prematuro.—La leche materna es el alimento adecuado, pero como una gran mayoría de estos niños no son capaces de succionar y algunos ni de succionar y deglutir, es necesario entonces, cuando se haga uso de ella, extraerla ya sea por simple expresión manual o mejor por medio de aspiradores mecánicos o eléctricos (tira-leches), en las mejores condiciones de higiene, y administrarla, según los casos, con cuenta-gotas, cucharita, alimentador o biberón de mamón muy suave, o bien, cuando ni siquiera la deglución es posible, por medio de una sonda. Esta leche extraída es conveniente, como ya hemos dicho anteriormente, hervirla durante unos cinco minutos, antes de su administración.

Cuando el niño sea ya capaz de tomar el pecho, se le pondrá a mamar con la madre o nodriza, la cual tomará las medidas más estrictas de higiene y usará siempre una mascarilla. Como en estos casos es indispensable sacar al niño de la cuna, se tomarán las mayores precauciones para evitar su enfriamiento; se le abrigará lo mejor posible y si se considera necesario, se le pondrá entre bolsas de agua caliente durante el tiempo que permanezca fuera. Lo esencial es no provocarle un cambio brusco de temperatura.

Algunos consideran que aun la leche materna no es el alimento preferible para estos niños, tanto desde el punto de vista nutritivo como de su digestibilidad, y recomiendan agregar una cucharada rasa de caseinato de calcio pulverizado (Casec) por cada 120 c. c. (4 onzas) de leche de mujer, lo que además de su valor nutritivo es ventajoso en caso de diarrea.

En caso de no poder contar con la leche de la madre o de otra mujer sana, tendrá que recurrirse obligadamente a la administración de un substituto adecuado, que se adapte a las necesidades nutritivas y a las capacidades digestivas del prematuro. Se recomienda un preparado especial de leche "reconstituída" de vaca, cuya grasa se ha reemplazado por aceite de maíz o de olivas con una pequeña cantidad de aceite de hígado de peces del grupo percomorfo, con un agregado de caseinato de calcio (2%) y dextrino-maltosa. Este producto puede conseguirse en el comercio en forma de polvo ("Olac"). Algunos que lo han usado en gran escala y comparativamente lo consideran, en ciertos casos, superior a la leche de mujer. Sin llegar a afirmar esto último, debe reconocerse que es un producto de gran utilidad en la alimentación artificial del prematuro. Se recomienda también el "babeurre", primero sin agregados y luego con agregados de caseinatos o de hidratos de carbono, la leche albuminosa y la sopa de Czerny.

Como ya hemos dicho, debe atenderse a las necesidades calóricas e hídricas, así como a las capacidades digestivas del niño.

La higiene referente a la preparación de las fórmulas y a los utensilios necesarios para llevar a cabo la lactancia, deberá ser en estos casos excesiva.

La cantidad de alimento a suministrar se aumentará progresivamente y con precaución. El primer día solamente se dará solución salina fisiológica o suero glucosado isotónico, 5 a 10 c. c. cada 3 horas, después de las 12 ó 16 horas siguientes al nacimiento. Es conveniente dar la primera dosis por medio de una sonda (Nélaton Número 14), introducida muy suavemente por la boca o la nariz, hasta 15 ó 20 cms. a contar de la arcada dentaria, asegurándonos siempre de que estamos precisamente en el estómago y no hemos caído en las vías respiratorias o en un divertículo. Con esta práctica nos damos cuenta de la permealidad del esófago y luego pasamos a investigar las posibilidades de succión y deglución del niño, lo que nos indicará la forma en que debemos seguir alimentándolo, es decir, si continuamos haciéndolo por medio de sonda o principiamos ya con cuenta-gotas, cucharita, alimentador, etc. El segundo día se dará el alimento seleccionado para el caso, a razón de 5 c. c. cada 3 horas, que se aumentarán a 10 c. c. al día siguiente, haciéndose aumentos similares diariamente, hasta llegar a suminis-

trar 25 a 30 c. c. en cada tiempo. Se seguirán haciendo aumentos progresivos, con mucha precaución, cada pocos días, hasta llegar a alcanzar la ración diaria completa que teóricamente le corresponde al niño. Con los prematuros muy pequeños, que sólo pesen alrededor de 1,000 a 1,500 gramos, se principiará con la mitad de la dosis indicada y los aumentos también serán de sólo la mitad. Es conveniente y a veces necesario, sobre todo en los niños de peso muy reducido, suministrar pequeñas cantidades de solución salina fisiológica por vía subcutánea todos los días o en días alternos, mientras se considere que las cantidades de líquido ingerido no llenan sus necesidades hídricas; con ello se evitará en lo posible la deshidratación y la pérdida excesiva de peso.

En algunos centros recomiendan no forzar la ingestión de líquidos durante los primeros 3 ó 4 días y estiman que la deshidratación observada durante las primeras 48 ó 72 horas es providencial y conveniente para favorecer la resolución del edema cerebral que puede presentarse.

La ración alimenticia diaria, correspondiente a la condición y al peso del prematuro, no se dará en realidad sino a partir de la tercera semana y durante este tiempo no debe tenerse la preocupación de la curva de peso, salvo que se observe una pérdida excesiva. Es suficiente durante el primer mes que el niño sostenga el peso que tenía al nacer, el cual recupera normalmente alrededor de la segunda semana de la vida.

Garrahan dice: "La ración alimenticia del prematuro durante el primer mes no puede ser igual para todos, variará mucho de acuerdo con el caso; pero no debe ponerse demasiado empeño en obtener grandes aumentos de peso en las primeras semanas; tales aumentos vendrán después. En lo posible se completará la ración de agua; no siempre se logra en los primeros días y no obstante ello, el niño evoluciona bien."

Es necesario suministrarles dosis adecuadas y suficientes de Vitaminas "A", "B", "C" y "D", las cuales influyen favorablemente sobre su metabolismo y desarrollo normales. Más tarde se principiará a dar hierro, para prevenir la anemia hipocrómica que generalmente se presenta. Se aconsejan también el uso de la Vitamina "E", de hormonas y de inyecciones de sangre por vía intramuscular, 5 a 10 c. c., 2 a 3 veces por semana, para favorecer el aumento de peso.

Debemos recordar que el prematuro pasa por un período de adaptación fisiológica mucho más lento y más difícil de atender que el de un recién nacido normal, partiendo en condiciones inferiores a las de este último. Por esta razón es necesario observar atentamente los progresos de su desarrollo funcional y actuar estrictamente de acuerdo con ellos.

En el Servicio de Recién Nacidos hay un Departamento de Prematuros, en donde éstos reciben atención especial; permanecen en cunas individuales y la calefacción se les proporciona por medio de lámparas de calor y bolsas de agua caliente; la temperatura ambiente oscila constantemente alrededor de 26 grados centígrados. Solamente los niños de peso muy escaso y condiciones muy precarias van a la incubadora. Se les abriga lo mejor posible y se les toma la temperatura rectal dos veces al día, salvo casos especiales cuando el control más frecuente es necesario. Lo más pronto posible después de su ingreso reciben una dosis adecuada de Vitamina "K" y Vitamina "C" por vía intramuscular. Diez y seis horas después del nacimiento se les introduce una sonda Nélaton Número 14 hasta el estómago, para investigar la permeabilidad esofágica y dejarles la primera dosis de 5 a 10 c. c. de suero glucosado isotónico. Todos reciben lactancia artificial, por razones técnicas y de personal y como alimento se usa el "Olac", que se administra cada 3 horas, con biberón, cuenta-gotas o sonda, según los casos, es decir, según las capacidades del niño. La cura del ombligo se les hace diariamente como a todos los recién nacidos y su higiene diaria se lleva a cabo solamente con aceite mineral.

La permanencia de estos niños en el Servicio no pasa generalmente de 5 a 6 días; solamente los que tienen un peso menor de 4 libras se quedan por más tiempo, hasta que sus condiciones permitan entregárselos a la madre. Sin embargo, por razones de espacio, de personal y de trabajo, nunca esta permanencia es muy prolongada, salvo casos muy especiales.

Algunos Datos Estadísticos correspondientes al año comprendido del 1º de Septiembre de 1948 al 31 de Agosto de 1949, que pueden ilustrarnos sobre el movimiento de niños en el Servicio de Recién Nacidos.

NACIMIENTOS	3,888
Sexo masculino	1,947
Sexo femenino	1,941
A TERMINO	3,223
Sexo masculino	1,651
Sexo femenino	1,572
PREMATUROS	665
Sexo masculino	296
Sexo femenino	369
GEMELARES	58
A término	16
Prematuros	42
TRILLIZOS	3
MUERTOS	175
A término	35
Prematuros	140

Hubo un promedio de 324 nacimientos mensuales y de 10.65 diarios.

Del número total de recién nacidos el 50.075 × 100 fueron del sexo masculino y el 49.925 × 100 del sexo femenino.

El 82.845 × 100 fueron a término y el 17.155 × 100 fueron Prematuros y débiles congénitos.

El 1.49 × 100 fueron gemelares y el 0.771 × 100 fueron trillizos.

La mortalidad fue del 4.50 × 100, pero de ella el 20 × 100 correspondió a reciën nacidos a término y el 80 × 100 a prematuros y débiles congénitos.

La mortalidad parcial de los recién nacidos a término fue del 1.085 × 100.

La mortalidad parcial de los prematuros y débiles congénitos fue del 21.052 × 100; la mortalidad de los mismos en las primeras 48 horas fue del 7.969 × 100; la mortalidad del grupo con un peso de 4 libras y media o menos fue del 53 × 100.

Los trillizos murieron; alcanzaron un peso de 3 libras, 3 libras y 3 onzas y 3 libras y 4 onzas; vivieron 2, 5 y 6 días respectivamente.

Las principales causas de muerte fueron, en primer lugar la PREMADUREZ y en segundo lugar los TRAUMATISMOS OBSTETRICOS y los ACCIDENTES RESPIRATORIOS NEONATALES.

CONCLUSIONES

1º—Es necesario el conocimiento práctico del recién nacido y no solamente teórico, para poder interpretar debidamente sus diversas manifestaciones fisiológicas y patológicas y prestarle atención adecuada.

2º—El examen post-natal del recién nacido es sumamente importante y el médico no debe omitirlo jamás, pues con su práctica principia la profilaxia de la mortalidad infantil.

3º—El problema de la atención del recién nacido es sencillo, pero es necesario haberlo resuelto prácticamente y tomar con ello alguna experiencia, para desarrollarlo en forma correcta en sus diversos aspectos.

4º—El tratamiento de la ASFIXIA NEONATAL debe ser del dominio, no solamente del médico, sino de todo el personal técnico encargado de la atención del recién nacido desde el momento mismo del nacimiento. Pero es necesario el conocimiento más o menos completo de la etio-patogenia de este accidente, para llevar a cabo su tratamiento en forma razonable.

5º—Es indispensable la colaboración estrecha entre el personal técnico de los servicios de maternidad y de recién nacidos, para que la atención de estos últimos sea coordinada y no priven criterios opuestos que obstaculicen su desarrollo correcto.

6º—El problema del prematuro es muy amplio y su resolución satisfactoria requiere experiencia, por lo que se debe dejar solamente en manos de personal técnico entrenado o iniciado por lo menos en sus principios fundamentales.

7º—La mortalidad neonatal en nuestras maternidades es debida primordialmente a la Premadurez y en segundo lugar a los Accidentes Respiratorios Neonatales y a los Traumatismos Obstétricos.

JULIO R. ACEITUNO A.

Vº Bº,

DR. GUSTAVO CASTAÑEDA PALACIOS.

Imprímase,

DR. C. M. GUZMÁN,
DECANO.

BIBLIOGRAFIA

L. E. Holt y R. Mc Intosh.—Tratado de Pediatría.

Juan P. Garrahan.—Medicina Infantil.

Griffith y Mitchell.—Tratado de Pediatría.

Brennemann.—Practice of Pedriatrics.

M. V. Pfaundler.—Diagnóstico y Tratamiento de las enfermedades de los niños.