

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

República de Guatemala, Centro América

**ANOMALIAS CONGENITAS GASTROINTESTINALES
EN EL RECIEN NACIDO.**

T E S I S

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias
Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

P o r

MAURO ANTONIO GARCIA FIGUEROA

En el acto de su Investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Noviembre de 1963.



PLAN DE TESIS

- I INTRODUCCION.
- II DEFINICION.
- III ANOMALIAS CONGENITAS VISTAS DESDE 1957
A 1961 EN EL HOSPITAL ROOSEVELT. FRE-
CUENCIA.
- IV RELACION CON EL SEXO, PESO, HIDRAMNIOS
MATERNO.
- V TIEMPO DE APARICION DE LOS SINTOMAS Y
TIEMPO UTILIZADO PARA EL DIAGNOSTICO.
- VI NECESIDAD DE UN BUEN EXAMEN FISICO EN
EL RECIEN NACIDO.
- VII CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO.
- VIII CONCLUSIONES.
- IX REFERENCIAS.

I INTRODUCCION

No pretendo haber escrito nada original, pero sí es mi deseo contribuir al estudio del vasto problema de las malformaciones congénitas gastrointestinales en el niño.

En el presente trabajo se hace una revisión minuciosa de todas las anomalías del tracto gastrointestinal, investigando hasta donde fue posible alguna relación con el Hidramnios Materno, así como con el sexo y peso al nacimiento.

También se analiza el tiempo de aparecimiento de los síntomas y el tiempo empleado para el diagnóstico; esto es con el objeto de formarnos un criterio del grado de preocupación e interés que priva en el cuidado del niño enfermo.

Por último, siendo nuestro mayor anhelo de mejorar cada día en la asistencia del lactante, se emiten algunas consideraciones sobre el examen físico y cuidados del recién nacido. Describo la forma en que se trabaja en el Departamento de Recién Nacidos del Hospital Roosevelt.

Fue necesario revisar también las papeletas de las madres a fin de investigar el Hidramnios y relacionarlo con la patología congénita del niño.

Deseo patentizar mi agradecimiento al Dr. Augusto Rodríguez Ocaña por su valiosa dirección, así también al Dr. Gustavo Pellecer la revisión de esta tesis. Quiero dejar constancia de la colaboración del personal de los Departamentos de Registros Médicos y Estadística del Hospital Roosevelt; quienes contribuyeron eficazmente en este estudio.

II DEFINICION

Aunque hay muchas opiniones respecto a que es anomalía y que se puede catalogar como Recién Nacido, podemos enumerarlas en la definición respectiva que nos parece más razonable.

ANOMALIA CONGENITA: consiste en la anormalidad de la forma del niño, producida durante el desarrollo embrionario en uno o varios órganos, en un sistema orgánico o en la totalidad del organismo que rebasa el límite de las variaciones anatómicas normales.

RECIEN NACIDO: el concepto de recién nacido es muy amplio. Se le debe de considerar como un ser 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, puede fijarse entre la tercera o cuarta semana de vida.

No es nuestra intención discutir la etiopatogenia de las malformaciones congénitas y únicamente en este estudio, como veremos más adelante, investigamos hasta donde nos fue posible alguna relación con el Hidramnios materno. Nuestros resultados pueden servir de base para investigaciones posteriores, y llegar a conclusiones que resuelvan o por lo menos hagan ver más claro estos problemas.

Aunque el origen de la mayoría de los defectos congénitos es todavía obscuro, podemos deducir algunas conclusiones generales. Las malformaciones congénitas son el resultado de procesos patológicos prenatales. Tales procesos patológicos pueden ser determinados por la constitución genética del embrión y seguir su curso a pesar de desarrollarse en condiciones ambientales favorables, y un embrión genéticamente normal puede ser deformado por circunstancias ambientales adversas. Por tanto, no todas las malformaciones congénitas son hereditarias, no obstante sean el resultado de la inter-reacción de factores genéticos y factores no genéticos.

La rubeola materna en el primer trimestre del embarazo, la toxoplasmosis y la exposición a dosis excesivas o terapéuticas de rayos X son probablemente los únicos factores para los cuales se reconoce una relación causal. Sin embargo no se conocen los mecanismos y las verdaderas circunstancias que favorecen el apareamiento de tales aberraciones. El conocimiento completo se obtiene a través de una observación cuidadosa de la familia del paciente, del mismo paciente, de su medio y de los experimentos en animales. Muchas anomalías provienen de determinación genética, son producidas por mutaciones en los genes o por aberraciones cromosómicas ocurridas en un antecesor inmediato o remoto de la persona afecta. Algunos defectos se heredan como caracteres mendelianos, así vemos que las leyes explican su mecanismo de transmisión y permiten hacer predicciones estadísticas sobre su reaparición en la descendencia de los individuos afectados y sus parientes.

En el crecimiento y diferenciación normal el embrión necesita una nutrición adecuada; si ella se interrumpe ocasiona la muerte, y esto hace pensar que un trastorno de menor cuantía en los intercambios metabólicos entre madre y embrión puede llevar a malformaciones del organismo en desarrollo. Observaciones experimentales indican que los cambios químicos del ambiente pueden alterar el desarrollo del embrión. En ciertas fases de desarrollo los más pequeños estímulos anormales pueden causar graves anomalías.

El presente trabajo investiga alguna relación con el Hidramnios materno.

III ANOMALIAS CONGENITAS VISTAS DESDE 1957 A 1961 EN EL HOSPITAL ROOSEVELT. FRECUENCIA

El número total de anomalías congénitas vistas en el Hospital Roosevelt comprendidas entre Julio de 1957 a Diciembre de 1961, ha sido de 222. De las anomalías gastrointestinales 79 nacieron en el Hospital Roosevelt y el resto fueron llevados de otras partes.

Según los datos estadísticos que existen en los Departamentos de Registros Médicos y Estadística ha nacido un total de 45,486 niños en esos cinco años, lo cual nos da un 0.2% de recién nacidos con anomalías congénitas gastrointestinales.

En el presente trabajo llevamos una investigación detenida de cada registro médico tanto del niño como de la madre de tal manera que se realizó a toda conciencia y con datos fidedignos.

De acuerdo a los datos obtenidos las anomalías congénitas encontradas fueron las siguientes:

LABIO LEPORINO Y PALADAR

HENDIDO	102	45.9%	de las anomalias
ATRESIA ESOFAGIA Y FISTULA			
TRAQUEOESOFAGICA	30	13.5%	" " "
ANO IMPERFORADO	28	12.6%	" " "
ATRESIAS INTESTINALES	17	7.7%	" " "
ESTENOSIS DEL PILORO	13	5.9%	" " "
ANO ECTOPICO	9	4.1%	" " "
ATRESIAS VIAS BILIARES	8	3.6%	" " "
FRENILLO SUBLINGUAL	5	2.3%	" " "
MEGACOLON	5	2.3%	" " "
ESTENOSIS INTESTINALES	2	0.9%	" " "
MAL ROTACIONES	2	0.9%	" " "
FISTULA RECTOPERINEAL	1	0.4%	" " "

El porcentaje fué sacado a la suma de los casos presentados que fueron 222.

De Labio Leporino y Paladar Hendido fué un total de 27 los que nacieron en el Hospital Roosevelt, y de 75 los nacidos fuera de él, llegando a la Consulta Externa o Admisión del Departamento de Pediatría. De todos ellos encontramos dos mujeres y dos varones con sólo paladar hendido, y nueve de cada sexo únicamente con labio leporino. Por lo general se encontraron ambas anomalías combinadas existiendo una preponderancia de 53 hombres contra 27 mujeres.

Labios Leporinos completos únicos fueron los mas abundantes habiendo una prevalencia de 62, y 36 de tipo completo doble, dándonos un porcentaje de 60.78% y 35.29% respectivamente, además 3.92% de Paladares Hendidos solos.

Atresia Esofágica y Fístula Traqueoesofágica: 27 nacieron en nuestro departamento de Recién Nacidos y 3 vinieron de casas de salud u otros hospitales. El número total de Atresias esofágicas con fistulas traqueoesofágicas fué de 29 siendo todas del tipo III de Gross y un caso del tipo I de la misma clasificación. Dentro de estos grupos encontramos una combinación con otras anomalías congénitas de distintos sistemas o aparatos del organismo. Así hallamos un niño que además de esta anomalía tenía ano imperforado y fístula sigmoideo-vesical; otro con atresia tricuspídea, coartación eórtica y foramen oval permeable; un tercer varón con agnesia del riñón derecho y por último otro con duplicación esofágica y situs inversus. Dentro del sexo femenino siempre dentro del tipo III de Gross hallamos un caso con Agenesia Biliar, Síndrome de Ladd y Riñón en herradura; otro caso con Atresia Tricuspídea, Hipoplasia del ventrículo derecho y comunicación aurículo-ventricular. Toda esta combinación de anomalías fué descubierta en la mesa de autopsias del Departamento de Patología.

Siete casos de Ano Imperforado nacieron en nuestro hospital y los 21 restantes fueron de procedencia externa. Dos niñas que tenían esta anomalía presentaban además fístula recto-perineal y recto-vaginal; cinco varones también tenían fistulas, una era recto-perineal, y otra recto-vesical; los tres restantes se acompañaban de malformaciones renales, cardíacas, mongolismo, hipospadias, etc.

Siguiendo la clasificación de Gross hallamos un caso del Tipo I, 15 del Tipo II, 4 del Tipo III y del Tipo IV encontramos ocho casos.

Dentro de los 17 casos de Atresias Intestinales ocho nacieron en el Hospital y el resto ingresaron por Emergencia o fueron enviados de Admisión de Pediatría.

Atresias del Duodeno fueron	5
" " Yeyuno "	4
" " Ileon "	6
" " Duodeno - Yeyuno	1
" baja del Recto	1

Como casos combinados con otras anomalías existían además de la atresia del duodeno puras, dos del sexo masculino acompañadas de otras anomalías; una con divertículo de Meckel descubierto a la necropsia y otra con Comunicación Inter-auricular y Ductus Arterioso, también descubierto en patología.

Con respecto a Estenosis Congénita del Píloro el número total como vimos fué de 13, naciendo cuatro en el Hospital Roosevelt y el resto afuera. No se encontró ningún caso acompañado de alguna otra anomalía.

Año Ectópico: únicamente nacieron 2 en el Departamento de Recién Nacidos y siete vinieron de la calle. Entre los varones había uno con ano ectópico y otro con ano ectópico vesical; de las hembras una había con ano ectópico vulvar, perineal y vesical. Aquí también encontramos un niño con ano ectópico perineal y fístula recto-vesical. Este caso fué ampliamente estudiado tanto clínicamente como por medios radiológicos; dos hembras tenían ano ectópico con fístula recto-vaginal y una con ano ectópico y fístula recto-vesical.

En nuestras investigaciones nos pareció incluir las Atresias de Vías Biliares, pues aunque forman parte del Aparato Digestivo no están dentro de las Anomalías del Tracto Gastro-intestinal. Su importancia nos hizo considerarlas en nuestro trabajo.

El total fué de ocho y no encontramos ningún caso combinado con alguna otra malformación, y lo más interesante fué que sólo el sexo femenino fué el afectado. Dos niñas nacieron en el hospital y el resto fueron enviadas de otros centros.

Cinco niños venidos de fuera se les encontró con Frenillo Sublingual corto y grueso; en ellos no se vió ninguna otra lesión.

De 1957 a 1961 sólo cinco casos de Megacolon fueron estudiados, diagnosticados y tratados, y sólo uno nació en este hospital. En ninguno de ellos se encontró alguna otra patología.

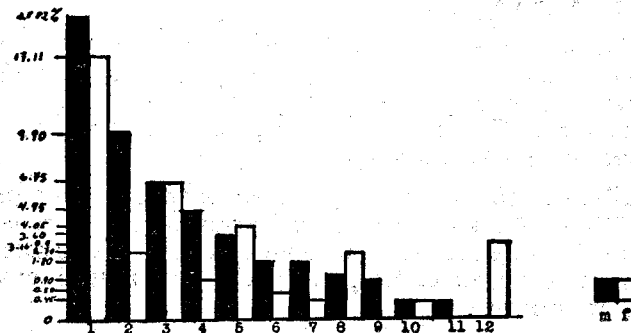
Una estenosis del Cardias y otra de la tercera porción del Duodeno fueron reportadas en el estudio de Estenosis Intestinales, que como recordamos —al igual que las mal rotaciones— constituyen el 0.9%. Uno nació en el Departamento de Recién Nacidos y el otro vino de la calle. Por el contrario del Síndrome de Ladd o Mal Rotación, que los dos vinieron del exterior.

La fístula Recto-perineal que constituye el 0.4%, que nació en este hospital, se le encontró también duplicación del recto. Este caso fué ampliamente discutido en la sección de Cirugía de Niños.

IV RELACION CON EL SEXO, PESO E HIDRAMNIOS MATERNO

Durante mi práctica como externo e interno tuve la curiosidad de observar que de los niños que nacían con alguna anomalía ya dentro del hospital como fuera de él había, según mi criterio, una preponderancia del sexo masculino, pero no podía demostrarlo con cifras, y fue así como en esta tesis incluí su relación con el sexo, comprobando lo que tanto había visto o sospechado.

Como dije al principio fueron 222 casos de anomalías congénitas gastrointestinales vistas de 1957 a 1961, encontrando 135 en el niño (60.8%) y 87 (39.2%) en las niñas.



El porcentaje se sacó tomando en cuenta el número total de anomalías consideradas como el 100% que son 222. Los porcentajes se hicieron de acuerdo a cada anomalía y a cada sexo.

	M	F
1) Labio Leporino y Paladar Hendido	23.82%.....	17.11%
2) Ano Imperforado	9.90%.....	2.70%
3) Atresia Esofágica y Fístula Traqueoesofágica....	6.75%.....	6.75%
4) Estenosis del Píloro	4.95%.....	0.90%
5) Atresias Intestinales	3.60%.....	4.05%
6) Megacolon	1.80%.....	0.50%
7) Frenillo Sub-lingual	1.80%.....	0.45%
8) Ano Ectópico	1.35%.....	2.70%
9) Mal Rotación del Intestino Grueso	0.90%.....	0.00%
10) Estenosis del Intestino	0.45%.....	0.45%
11) Fístula Recto-perineal	0.45%.....	0.00%
12) Atresia de Vías Biliares	0.00%.....	3.16%

Únicamente en tres clases de anomalías hubo mayor número en el sexo femenino, pero en el resto según el cuadro anterior los varones son los más afectados. Convenría hacer un análisis análogo con respecto a las anomalías de los otros sistemas o aparatos del cuerpo humano.

Con respecto al peso, casi la mayoría fue de cinco libras ocho onzas en adelante:

ANOMALIAS	DE 3.8 Lbs	3.8 A 4.8 Lbs.	4.8 A 5.8	5.8 ARRIBA
Labio Leporino y Paladar Hendido	1 caso	2 casos	10 casos	89 casos
Ano Imperforado	0 "	1 "	5 "	21 "
Atresia Esofágica y Fístula Traqueoesofágica	0 "	1 "	12 "	17 "
Estenosis del Píloro	0 "	0 "	3 "	10 "
Atresias Intestinales	3 "	6 "	1 "	7 "
Atresias Vías Biliares	0 "	1 "	0 "	7 "
Resto de Anomalías	0 "	0 "	0 "	Todos

Como vemos en el caso del labio leporino y paladar hendido se reportó un caso menor de 3.8 lbs. de peso, que es igual al 0.45%, de 3.8 a 4.8 lbs. había un 0.90% que

equivale a dos casos. Ahora de 4.8 a 5.8 lbs. se hallaron 10 casos que tienen un porcentaje de 4.50% y por último 40.09% que significan los 89 casos que pesaban de 5.8 lbs. para arriba.

De acuerdo a la tabla anterior, 21 casos de ano imperforado tenían un peso mayor de 5.8 lbs. al nacer, lo que constituye el 9.45%. 2.25% para 5 niños cuyos pesos de recién nacidos inmediatos fueron entre 4.8 a 5.8 lbs. y el 0.45% para un caso cuyo peso era de 3.7 lbs.

En las Atresias y Fístulas Traqueoesofágicas no se encontró ningún peso menor de 3.8 lbs., y así encontramos uno que era de 3.8 siendo el 0.45% del total de las anomalías congénitas del Tracto Digestivo, 5.40% para doce niños cuyo peso estaba entre 4.8 a 5.8 lbs., los 17 restantes estaban entre 5.8 en adelante lo que equivale al 7.65% del número total de anomalías estudiadas.

De las Estenosis del Píloro solo habían tres casos cuyos pesos comprendían entre 4.8 a 5.8 lbs. lo que es igual al 1.35%, los diez restantes eran mayores de 5.8 lbs. (4.50%).

Como recordaremos en las Atresias de Vías Biliares, todos los pacientes estudiados en nuestro departamento fueron del sexo femenino, siendo el 3.15% del total de anomalías, y también siete tuvieron el peso normal que es el 3.15% y una niña pesó 3.8 lbs. (0.45%).

Pero en los recién nacidos con Atresias del Intestino, diez estaban por debajo de 4.8 lbs., distribuidos en la siguiente forma:

Menores de 3.8 lbs. tres casos (1.35%).

De 3.8 lbs. a 4.8 lbs. seis casos (2.70%). ,

De 4.8 lbs. a 5.8 lbs. un caso (0.45%).

De 5.8 lbs. en adelante siete casos (3.15%).

El resto de niños con anomalías pesaban más de 5.8 lbs.

Una de las metas de mi trabajo consistió en hallar alguna relación de las anomalías digestivas con el Hidramnios Materno. Para ésto hubo necesidad de revisar las papeletas de las madres cuyos hijos habían nacido en nuestro hospital, o en caso de nacer fuera investigamos hasta donde nos fue posible cada registro médico del ni-

no enfermo. Al principio tratamos de tomar en cuenta la altura uterina materna durante su embarazo o durante el parto, pero desgraciadamente los datos que nos proporcionaban eran completamente divergentes, ya que habían diferencias en cuanto a apreciación de cada obstetra que examinaba a la madre en el mismo tiempo o en la misma época de parto. Sin embargo habían notas claras y explícitas que hacían ver el polihidramnios, o de algún médico con interés científico que en cuanto recibía al niño enfermo con alguna anomalía congénita, trataba de establecer algún antecedente prenatal significativo y así muchas observaciones que hacía el obstetra en la sala de Partos el pediatra acucioso lo anotaba en la papeleta del niño o de la madre. Esto es sumamente valioso cuando alguien desea hacer algún estudio porque en esa forma nos damos cuenta de cuál es nuestra posición ante ciertos problemas.

De todas las anomalías solo tres deformidades fueron las que tenían el antecedente de Polihidramnios materno, para su relación sacamos primero el porcentaje parcial de cada enfermedad con el número encontrado y luego lo relacionamos con el total de anomalías:

Anomalías	Total de c/anomalía	Polihidramnios	% Parcial	% total sobre 222
Atresia y Fístula				
Traqueoesofágica	30	11	36.7	4.95
Atresias				
Intestinales	17	2	11.8	0.90
Labio Leporino y Paladar Hendido	102	1	1.0	0.45

El Hidramnios o Polihidramnios se dice que existe cuando el líquido amniótico pasa de 1,500 a 2000 c.c. Esos términos expresan correctamente el sentido que se les asigna. Se ha discutido la patogenia y así se decía que la sífilis es una de las causas, sin embargo en estudios completos se ha descartado su presencia en los casos de Hidramnios. También en el embarazo doble univitelino y biamniótico suele haber este problema y esto se debe a la hiperproducción de líquido amniótico en una cavidad, consecutiva a una circulación más activa (feto transfun-

dido), y muy probablemente intervenga la hiperactividad renal del feto transfundido. Sin embargo en el embarazo doble, en general sólo se ha encontrado en un porcentaje bajo (10 a 15%) de los casos de hidramnios. Determinadas malformaciones fetales como la espina bífida, anencefalia, labio leporino, etc., pueden estar presentes en el hidramnios pero en una cantidad demasiado ínfima. En los casos de anencefalia se ha atribuido el exceso de líquido a una poliuria por haber una falta de control tuberohipofisiario de la secreción renal fetal. Se acepta que todo trastorno de la circulación sanguínea en el sentido placento fetal, es capaz de determinar hidramnios: obstáculo a nivel de la placenta, torsiones y circulares del cordón, lesiones del hígado, corazón y pulmón fetales.

La dinámica de la circulación del líquido amniótico ha sido bastante aclarada por numerosos estudios. Se dice que un elemento esencial para el proceso del apareamiento del hidramnios puede ser la absorción intermitente por el feto al tragar el líquido, el cual es asimilado por el intestino fetal dentro de su circulación y transfundido de la corriente sanguínea materna a través de la placenta. Además de las causas establecidas los autores nos dicen que las obstrucciones del tracto gastrointestinal principalmente las altas, son las que más tienen el antecedente de hidramnios materno. En nuestro estudio hecho con nuestros niños, pudimos constatar esto, y así tenemos que en la anomalía que más se vio polihidramnios materno fue en las Atresias esofágicas y Fístula Traqueoesofágica ya que de 30 casos 11 presentaron ese antecedente siendo el 36.7% parcial y el 4.95% total. Luego le siguieron las atresias intestinales con 17 casos, encontrando dos con esa anomalía materna que significa el 11.8% parcial y el 0.90% total. De Labio Leporino solo había un caso con antecedentes de polihidramnios que equivale al 1.0% parcial y 0.45% total.

A propósito de estas investigaciones creo que lo mejor que se puede hacer para futuros estudios, será que el Departamento de Maternidad pueda hacer más énfasis en aquellos casos en que la madre no ha venido a control prenatal y sólo visita el hospital únicamente ya en trabajo de parto. Sin embargo estos casos no se pueden estudiar siempre con dedicación porque muchas veces queda poco tiempo, si no segundos, para atender el parto, ya

no digamos de los niños que nacen en la calle y que tampoco la madre asistió a algún centro para su control prenatal.

V TIEMPO DE APARICION DE LOS SINTOMAS Y TIEMPO UTILIZADO PARA EL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD

Por la observación cuidadosa de la enfermera encargada del niño podemos darnos cuenta de la iniciación del cuadro patológico que nos presenta; un descuido por parte de ella puede ser fatal para el recién nacido. Muchas anomalías encontradas al cambiar al niño, o al tomarle la temperatura o al darle su fórmula láctea hacen que ella llame al médico pediatra de turno. La enfermera que se encarga del cuidado del recién nacido debe de ser de mucha experiencia y bien entrenada para que esté familiarizada con el niño sano y enfermo. Tuve la satisfacción de encontrar que en la mayor parte de los casos la primera observación de los síntomas del niño fueron dados en sus notas por la enfermera, luego el pediatra de acuerdo a su criterio actuó para el diagnóstico y tratamiento.

Se han escrito últimamente en nuestro medio hospitalario muchos trabajos con respecto al diagnóstico y tratamiento de las anomalías congénitas gastrointestinales, y en el presente no tengo la intención de volver a repetir lo mismo, sino ahora hicimos un análisis del tiempo después de nacido en que se iniciaron los síntomas y luego el tiempo que se utilizó para el diagnóstico. Con respecto a los niños nacidos fuera y que las madres por descuido o ignorancia dejaron pasar mucho tiempo para traerlos, sí fue problemático porque las referencias de la madre o de la persona que traía al paciente variaban en algunos casos. De los nacidos en nuestro hospital no tuve ningún problema en cuanto historia, antecedentes, examen físico, evolución, diagnóstico definitivo, etc.

De los labios leporinos y paladares hendidos el diagnóstico siempre fue en la misma sala de partos o al examen inmediato por el pediatra, aún de los nacidos afuera la comadrona, obstetra o quien había atendido el nacimiento hicieron el diagnóstico inmediatamente. En todos estos casos no hubo ninguna dificultad, solo uno vino a los dos meses de edad sin saber la madre cuál era la en-

fermedad, ella refería que desde que nació el niño regurgitaba la leche y la echaba por la nariz, éste era un caso de paladar hendido.

El segundo lugar lo ocupa la Atresia del esófago y fístula traqueoesofágica existiendo desde 1957 a 1961, 30 casos de los cuales 27 nacieron en nuestro hospital y el resto fueron remitidos de otros centros. El cuadro clínico como sabemos se inicia con salivación excesiva que se debe no propiamente a una producción excesiva de ella sino a que el esófago no tiene una vía para evacuar; luego accesos de tos, cianosis si se le da alimento y vuelve a mejorar al aspirarle las flemas y alimentos dados. Este cuadro es evidente en las primeras horas de nacido. Encontramos 20 casos que habían presentado inicialmente salivación, cianosis en la primera hora de nacido, nueve entre la segunda a doce horas y uno que inició su sintoma entre las 18 a 24 horas. Todos nos daban igual cuadro sintomático progresando más tarde a los accesos de tos y cianosis.

De todos los casos se tuvo la primer impresión clínica cuando al tratar de pasar una pequeña sonda de alimentación, se detuvo en el esófago no llegando al estómago; sin embargo a pesar de haberse tenido esta primera sospecha, en algunas ocasiones se toma la radiografía de tórax y abdomen comprobándose horas más tarde. Sólo hubo un caso en que se hizo el diagnóstico en la primera hora de haberse iniciado su cuadro sintomático, cinco casos se diagnosticaron en un lapso tres, cuatro, cinco días.

El tratamiento de todos ellos se hizo inmediatamente de haberse establecido el diagnóstico. Dentro de los seis niños restantes cuyos diagnósticos se hicieron a los 3 y cinco días dos de ellos vinieron a esa edad al hospital pues habían nacido en el hogar.

Los niños cuyos diagnósticos fueron hechos pasadas las primeras 24 horas de nacidos fueron aquellos cuyos cuadros no habían sido debidamente estudiados o que sus síntomas al principio habían permanecido vagos para el médico que había tenido la oportunidad de examinarlos.

Cada vez que un niño presenta salivación abundante en sus primeras horas de nacido, o presenta cianosis y tos al dársele la pacha, debe tratar de introducirse un

pequeño cateter ya sea por la nariz o por la boca; su detención antes de llegar al estómago nos hace sospechar que estamos ante una anomalía del esófago, luego basta con tomar una placa de tórax AP y lateral e introducir lipiodol por la sonda y podemos ver que se detiene el medio radiopaco. Realmente una placa simple es suficiente para hacer el diagnóstico. Si hay acompañado a este cuadro radiológico la presencia de gas en el intestino nos hace pensar en una fístula traqueoesofágica, que como recordaremos fue el tipo III de la clasificación de Gross lo que encontramos (29) y una del tipo I. El bario produce irritación química en el árbol bronquial pues siempre hay una ligera cantidad que se aspira.

Ano Imperforado: su diagnóstico como sus síntomas no pasaron de 24 horas sin que hubiesen sido aclarados. En muchos de ellos o fueron descubiertos al primer examen del pediatra o al tomarle la temperatura rectal la enfermera; algunos otros manifestaron distensión abdominal y vómitos dentro de las primeras 24 horas (4 casos). Solo 7 nacieron en nuestro hospital y 21 vinieron de fuera; los venidos del exterior eran enviados por algún otro centro, comadrona o médico. Su diagnóstico se hizo en la admisión sin ningún problema.

En el año de 1958 nació un niño en otro hospital presentando una imperforación anal del tipo II, en esa ocasión en ese centro sólo se le efectuó una colostomía, vino a la admisión de pediatría a la edad de cuatro años y recibió su tratamiento inmediato.

Atresias Intestinales: su cuadro sintomático varió de horas a días, así tenemos que cinco presentaron síntomas en las primeras 24 horas de nacidos, 4 pasadas las primeras 24 horas de vida, 2 a los 3 días, 5 a los 2 días de nacidos y uno que a los 20 días inició un cuadro de distensión abdominal y vómitos fecaloides, ésta era una atresia del recto. Su diagnóstico tanto de los niños nacidos en nuestro hospital como de los venidos fuera, se hizo en las primeras 24 horas. Como sabemos las atresias intestinales se manifiestan por vómitos que contienen bilis (generalmente son infravaterianas), éstos son copiosos, distensión abdominal y más que todo sus síntomas se manifiestan en cuanto se les da su primer alimento. El diagnóstico precoz y tratamiento inmediato puede ayudar al niño. Lo que generalmente hacemos es tomar una pla-

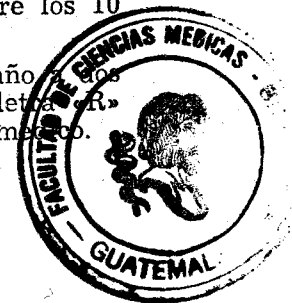
ca vacía de abdomen, la presencia de asas intestinales llenas de gas por encima de la obstrucción nos hacen pensar en esa anomalía, además en ocasiones la distensión abdominal, ondas peristálticas marcadas y a veces aún el obstetra puede pensar en una obstrucción intestinal alta cuando el niño ha tragado líquido amniótico y presenta distensión abdominal súbita y vómitos. La presencia de células queratinizadas en el meconio del niño, las cuales vienen del Vernix Gaseoso que proviene de las células epidérmicas del feto indica permeabilidad intestinal.

Estenosis del Píloro: en la primera semana 2 iniciaron sus síntomas, 5 en la segunda semana, 2 en la tercera y 4 en la cuarta semana. Sus síntomas se iniciaron con vómitos en chorro momentos después de cada lactada; en emergencia se hizo el diagnóstico en ocho casos por la palpación de la oliva pilórica y cinco de ellos por estudios radiológicos dándonos la característica imagen de cola de ratón y el llenamiento gástrico.

Ano Ectópico: en todos ellos sus molestias se iniciaron en cuanto el niño nació, sin embargo las madres buscaron el hospital casi por lo general entre 30 a 40 días. Dos casos nacieron en este hospital que fueron diagnosticados en las primeras veinticuatro horas.

Atresias de vías biliares: la pronunciada ictericia se presentó en la primera semana en cinco casos, uno durante la segunda semana de vida, otro al mes de nacimiento pero éste fue un caso de una niña abandonada en la calle por la madre, y en el examen físico que se le hizo tenía una cicatriz en la piel del abdomen a nivel del hipocondrio derecho, se encontró en ella una atresia del conducto hepático, se llegó al diagnóstico definitivo por autopsia ya que las condiciones de la niña eran malísimas, y otra niña que inició sus síntomas a los seis meses de edad con un cuadro de distensión abdominal e ictericia, pero vino un mes más tarde de haberse iniciado su cuadro, se encontró una atresia de las vías biliares extra-hepáticas, y dilatación quística del colédoco. En los cinco primeros casos enunciados su diagnóstico se hizo entre los 10 a 12 días, el resto por patología.

Frenillo Sublingual: por lo general de un año manifestaron imposibilidad para pronunciar la letra "R" y fue diagnosticada su enfermedad al examen médico.



Megacolon: sus síntomas de constipación y distensión abdominal se presentaron en tres de ellos al tercer mes de vida, uno al sexto mes y otro a las pocas horas de nacido, pero este último buscó el hospital hasta los dos meses, el diagnóstico después de haber ingresado se llevó un lapso de 1 a 3 o 4 meses de haber ingresado, pues algunos de ellos venían con alguna otra lesión principalmente de tipo pulmonar asociada que había que resolver. Los diagnósticos se efectuaron por estudios radiológicos y biopsias del recto.

Estenosis intestinales: como recordaremos fueron dos, la que nació en el hospital Roosevelt tenía una estenosis del duodeno, sus síntomas los presentó a los dos días de nacida y su diagnóstico se efectuó a las 24 horas de haber presentado los síntomas, fue intervenida brillantemente. Y la otra estenosis a nivel del cardias siendo atendida por admisión.

Mal Rotaciones: en uno de ellos sus síntomas se iniciaron a las 24 horas de nacidos y no fue sino hasta pocas horas más tarde que se estableció el diagnóstico por Celiotomía. El otro caso fue un niño que presentó un cuadro de distensión abdominal y vómitos pero que tendía a aliviarse, su cuadro se inició a la edad de 42 días; se diagnosticó por celiotomía.

Fístula Recto-perineal: quien también presentaba una duplicación del recto, este niño nació en el Hospital Roosevelt y fue dado de alta como recién nacido normal, la madre en el hogar notó que defecaba por dos orificios en el periné y fue así que lo trajo hasta la edad de seis meses, su diagnóstico clínico y radiológico se logró en un término de 24 horas.

VI NECESIDAD DE UN BUEN EXAMEN FISICO EN EL RECIEN NACIDO

El examen físico del niño debe iniciarse inmediatamente de nacido; tiene un doble objeto: descubrir posibles anomalías y establecer una base para exámenes ulteriores.

El primer examen lo efectúa generalmente el obstetra, éste es muy superficial y sólo trata de revisar en una forma ligera al recién nacido, el obstetra tiene la con-

fianza que ulteriormente el pediatra efectuará un examen más detenido.

En el Departamento de Recién Nacidos, cada sala tiene un infantómetro y el equipo completo para examen médico. Hay un cuartito para examen del niño; el pediatra debe desinfectar todos sus aparatos, lavarse las manos con agua y jabón y estar vestido convenientemente. El examen que se hace no es como en el adulto en que se inicia después de haberse pesado, talla y temperatura, y luego iniciar el examen por la cabeza, cuello, tórax, abdomen, etc., aquí cambia completamente, generalmente empieza por el tórax, pulmones, corazón, abdomen, genitales, ano, extremidades, sistema nervioso, cuello, cabeza, ojos, oídos, nariz y por último boca. Si logramos que el niño se haya dejado examinar sin llorar o por lo menos con cierta tranquilidad estamos obteniendo datos completos, generalmente al examinar la boca del niño queda intranquilo y llora fuertemente circunstancia que nos ayuda para revisar orofaringe. En una hoja especial, que se llama Historia Clínica de la Sección de Recién Nacidos, anotamos los hallazgos que nos parezcan de importancia y si el sistema examinado nos parece normal solo ponemos un chequecito.

Es mejor anotar todos los datos después de haber terminado de examinar al niño. Al principio de la hoja debe ponerse la letra que abrevia el sexo, aquí utilizamos los términos masculino y femenino, luego escribir el nombre completo de la madre, número de Historia Clínica, la fecha y hora de nacimiento, las horas de nacido que tenga hasta el momento en que se efectuó el examen, el peso al nacer el cual debe ser nuevamente corroborado. Para la talla se acuesta al niño en el infantómetro y se trata de colocar lo más posible en posición recta acercando lentamente el soporte vertical y luego leemos los centímetros delimitados, la circunferencia de la cabeza se mide colocando la cinta métrica en la parte más prominente de la frente, abarca ambos parietales y la protuberancia occipital externa, para el tórax es a nivel de las mamas, el abdomen a nivel del cordón umbilical, cabeza sacro del occipucio a la primera vértebra del sacro, dentro del mismo encabezamiento de la hoja especial debe colocarse o escribirse el nombre del médico que efectuó el examen, la fecha y la hora.

ridad extrema tiene hasta un aspecto gelatinoso, sus uñas son rudimentarias y casi no llegan a la punta de los dedos.

Puede hallarse deformado el cráneo principalmente en aquellos casos cuando ha estado largo tiempo enclavado, o por algún problema de desproporción cefalo-pélvica, en los prematuros con facilidad se les forma la bolsa sero-sanguínea aún cuando no haya habido ningún problema durante el parto. Los parietales tienden a salir por encima del hueso frontal y del occipital. Es importante la inspección cuidadosa del cuero cabelludo si no hay lesión local cuando se aplica forceps o Vaccum Extractor. Las fontanelas se palpan con el dedo, generalmente es la anterior la que se palpa bien. En la parte superior de los parietales, cerca de la sutura sagital, se encuentran en ocasiones zonas blandas (craniotabes) que tienen la elasticidad de una pelota de ping-pong, no son de origen raquítrico y no tienen mayores consecuencias pero si persisten deben diferenciarse radiológicamente del cráneo lacunar, que es una anomalía craneal caracterizada por defectos de la bóveda en forma de depresiones superficiales u oquedades profundas que se extienden hasta la superficie exterior y preponderan en las zonas frontales o parietales, las zonas adelgazadas del hueso están revestidas de duramadre y rodeadas de rebordes de tejido óseo. También deben tratar de buscarse alguna otra causa de craneotabes.

Los ojos se abren a menudo espontáneamente si se colocan el tronco y la cabeza en posición erguida y se imprime luego un suave movimiento de ondulación hacia adelante y hacia atrás. De este modo se ponen en juego los reflejos laberíntico y del cuello. Es mejor esta maniobra que tratar de separar los párpados con fuerza. El enfoque e igualdad de la pupila puede no establecerse hasta pasadas unas semanas. Las hemorragias conjuntivales no tienen por sí mismas una especial importancia.

Cuando se examina la nariz tener en cuenta que pueden haber tapones de moco que la obstruyen y dificultan la respiración. En la boca puede existir una dentición precoz, pero es muy raro, con dientes supernumerarios en lugar de los incisivos inferiores o existir dientes aberrantes, estos dientes caen antes de que salga la primera dentición o dientes de leche. Al examinar el paladar hay

a veces a cada lado del rafe una acumulación de células epitaliales, formando las llamadas perlas de Epstein, que son quistes de retención que también pueden verse en las encías, estas formaciones desaparecen en pocas semanas. Pueden haber pequeños folículos blancos o amarillos o úlceras sobre una base eritematosa en los pilares anteriores, particularmente durante el segundo o tercer día de vida. Sería imperdonable dejar pasar un paladar hendido o un labio leporino sin diagnosticar, pero eso nunca ha sucedido en nuestros exámenes. Al examinar el oído lo iniciamos en la inspección cuidadosa del pabellón de la oreja, pueden haber deformidades, hay también papilomas pre-auriculares uni o bilaterales; cuando son pedunculados se ligan por su base y se gangrenan y caen. La membrana del tímpano se puede ver fácilmente debido al corto y recto conducto auditivo externo, normalmente tiene un color opaco. La garganta del recién nacido es un poco difícil de examinar a causa del paladar arqueado. Las pequeñas amígdalas no nos pueden indicar hasta qué punto van a aumentar durante el crecimiento ulterior del tejido linfoide. La lengua es relativamente grande; en ocasiones el frenillo es muy grande pero muy pocas veces es motivo para tratarlo inmediatamente. El cuello es relativamente corto, pudiendo figurar el bocio, higroma quístico, los restos de hendiduras branquiales y lesiones del músculo esternocleidomastoideo que suelen ser por traumatismos durante el parto. Recordar en la piel de la cara pueden estar las marcas de las ramas del forceps y no olvidar las lesiones del nervio facial que pueden producirse.

En el examen de tórax a la inspección encontramos que las mamas pueden encontrarse aumentadas de tamaño, como respuesta a las hormonas transmitidas por la madre. La hipertrofia y la secreción de la mama por material no purulento es preciso observarlas pero no corregirla, el líquido que excreta le llama el vulgo «leche de bruja». La frecuencia respiratoria oscila entre 20 a 100 por minuto dependiendo de la actividad física del recién nacido, el llanto, etc. La respiración del recién nacido es casi por completo de tipo diafragmática, con el resultado de que la parte anterior blanda del tórax suele retraerse hacia adentro durante la inspiración al paso que sobresale el abdomen. Si el niño está tranquilo, relajado, con este tipo de respiración paradójica no es signo de

respiración insuficiente. La respiración trabajosa indica una mala ventilación pulmonar, neumonía u otro trastorno mecánico de la ventilación. Los espacios intercostales pueden estar retraídos durante la inspiración cuando la dificultad mecánica se debe a la existencia de una cantidad excesiva o escasa de aire en los pulmones, de manera que la diferenciación entre atelectasia y enfisema debe hacerse por la forma y tamaño del tórax y por el resultado de la percusión. El débil grito en forma de gemido o quejido que a menudo acompaña a la espiración en los graves estados patológicos es un signo de mal pronóstico. La percusión nos da mayores datos puesto que en la pequeña zona total de los pulmones los ruidos respiratorios procedentes de una región adyacente pueden oírse como si fuesen directamente a través del estetoscopio. Normalmente los ruidos respiratorios son broncovesiculares. Los estertores finos y crepitantes en el inicio de la neumonía pueden percibirse al final de las profundas inspiraciones que se producen en el llanto. En el examen cuidadoso no olvidar la palpación cuidadosa de las clavículas y costillas, y estar seguros de que no hay alguna fractura.

Examinar el corazón no es a veces tan fácil debido a la forma distinta o amplia que tenga el tórax. Por lo general las pulsaciones pueden variar entre 90 en el sueño tranquilo y de 180 durante esté despierto y activo. Los ruidos cardíacos pueden ir acompañados de soplos transitorios, pero casi por lo general las malformaciones congénitas cardíacas pueden no producir inmediatamente algún soplo que se oirá más tarde. En caso de sospecha se impone la radiografía, electrocardiograma y demás exámenes convenientes. Para medir la presión se necesita un manguito que tenga una amplitud de 2.5 cms., debe rodear todo el brazo para que tenga valor su lectura. Hay tres métodos para la lectura de la presión, el de la auscultación pero se necesita que la campanita del estetoscopio sea pequeña, el de la palpación del pulso que es el más usado en nuestro medio; se dice cuál es la presión sistólica en el momento en que reaparece el pulso distal al descomprimir, la presión obtenida por este método está entre 70 a 80 la máxima y de 40 a 46 la mínima. Y por último el método del enrojecimiento, que debe primeramente comprimirse la extremidad para dejarse relativamente exangüe por debajo del manguito. La pre-

sión sistólica corresponde al momento en que aparece el enrojecimiento de la piel en la porción de brazo situada distalmente respecto al manguito en la mano. Los datos son un poco más bajos de los obtenidos por la palpación.

Al examen del abdomen debemos ver el cordón, si está bien ligado, si no hay hemorragia local, generalmente es un poco globuloso pero no distendido, el hígado por lo general es palpable a dos o tres centímetros por debajo del reborde costal, el bazo y los riñones también pueden ser palpables. Cualquier masa anómala debe investigarse inmediatamente por métodos radiográficos, y aún por celiotomía exploradora. Debemos recordar las anomalías del tracto urinario, embrioma renal, quistes ováricos y duplicaciones intestinales. En presencia de distensión abdominal debemos pensar en anomalías congénitas gastro-intestinales especialmente de tipo de Atresias, Ileos meconiales y aun peritonitis. El abdomen escafoideo sugiere la posibilidad de una hernia diafragmática.

Al examinar los genitales recordarnos de la influencia estrogénica materna. Y así como hay una hipertrofia mamaria con secreción de líquido, también en la vagina de las niñas puede haber una secreción no purulenta. El escroto es relativamente grande y debe examinarse detenidamente y anotar si los testículos habían descendido, a veces se encuentran en los conductos inguinales, es importante la presencia de líquido en el escroto que se debe a persistencia del conducto peritoneo-vaginal, se descubre mejor o se diferencia de edema por transluminación. El escroto presenta por lo general una pigmentación oscura más que el resto de la piel. El prepucio del recién nacido puede ser un poco recio y adherente, pero no puede saberse si luego será necesaria la postectomía. Pensar en hipospadias y epispadias. La erección de pene es común y no tiene ningún significado. Puede orinar durante el parto o después, puede pasar hasta 24 horas sin orinar.

En el examen de columna no olvidarse de las espinas bífidas y meningoceles que pueden estar a cualquier nivel.

Al examinar las extremidades es de vital importancia aclararle a la madre el efecto de postura fetal que ha

tenido dentro de su útero, razón por la cual el niño tenga cierta preferencia por mantenerla pero que se irá adaptando al nuevo medio. Pueden haber fracturas producidas por el forceps o por alguna maniobra brusca, o haber alguna lesión nerviosa. Esto se investiga durante la actividad del niño.

En el examen del sistema nervioso es importante conocer los reflejos del recién nacido. El reflejo de Moro es una reacción de alarma producida al sacudir la manta o la mesa en que yace el niño o al palmotear fuertemente cerca de él. El de Prehensión se encuentra en las palmas de las manos y en las plantas de los pies, éste se produce cuando el dedo del médico estimula la palma, los dedos del niño se agarran fuertemente al de él, si la planta es golpeada desde el talón hacia adelante, los dedos se doblan hacia abajo. Muchos niños en cuanto nacen pueden succionar muy bien. El Cervical Tónico el niño adopta la posición de esgrima cuando se le hace volver mucho la cabeza hacia un lado; el brazo y la pierna del lado hacia el cual se ha girado la cabeza se extiende, y los otros se flexionan. El signo de Chvostek y el de Babinski también son una falta de madurez del sistema nervioso. El reflejo de Succión es activo, pero al niño le falta la fase bucal voluntaria de la deglución y sólo posee las fases faríngea y esofágica. El Rotuliano a veces es difícil de conseguir porque no puede obtenerse la debida relajación, su falta no indica necesariamente un estado patológico. Los reflejos abdominales, cremastéricos están presentes aunque a veces no es tan fácil producirlos, los reflejos corneal y faríngeo son activos. Si hay una respuesta pupilar a la luz aunque no tan persistente, el niño tiene la facultad de ver pero carece de visión coordinada.

Es imprescindible el examen del ano tratando de descartar alguna anomalía congénita local; para eso se usa el termómetro tratando de introducirlo con sumo cuidado. Los médicos poco experimentados confunden el hoyuelo o la irregularidad del pliegue cutáneo, que normalmente se encuentra en la línea media sacrococcígea, con una fístula pilonidal verdadera o potencial.

VII CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO

El Departamento de Recién Nacidos del Hospital Roosevelt se encuentra al igual que el de Maternidad en un

ala apartada de los demás departamentos de este hospital. Son cinco salas de recién nacidos que funcionan en relación con las de las madres. El primero y tercer piso están dedicados para aquellos niños cuyo peso es normal al nacer es decir mayor de 2,500 grs. y que no hayan tenido algún problema al nacimiento; el segundo piso está para todos los prematuros por peso o para aquellos que no obstante su peso normal han tenido alguna dificultad respiratoria y otra causa que requiera algún tratamiento especial.

El Séptico Recién Nacido es una sala que se dedica a aquellos niños cuyas madres se encuentran en una sala de maternidad del mismo nombre que se encuentran padeciendo alguna enfermedad infecto-contagiosa o que se sospeche de ella, que hayan ingresado con ruptura de membranas, o por parto efectuado en la casa; el niño se le ingresa a dicho piso con cualquier peso que tenga, y no se le comunica con la madre para evitar un posible contagio.

El cuarto piso de recién nacidos no es necesario describirlo porque pertenece al igual que el de maternidad a un sistema de privado o semiprivado aunque siempre está sometido al mismo régimen que en los demás pisos en cuanto a normas de higiene y tratamiento.

Cada sala de niños tiene un cuarto aparte que es el de aislamiento allí se coloca aquel niño que esté padeciendo algún problema sospechoso infecto-contagioso que en caso de probarse pasará al Séptico Recién Nacido a su respectivo aislamiento. En este servicio también están los recién nacido sospechosos y si ellos padecen de alguna enfermedad infecto contagiosa se les aislará.

El número total de cuartos que tienen el primero y el tercer piso es de cinco, distribuidos así: tres salas o cuartitos comunes para colocar a los niños, uno de aislamiento, y otro donde se guardan medicinas, balanza, aparatos para examinar al niño, etc., es además cuarto para hacerle su examen físico. En el segundo piso hay otro cuartito que es sala común. En el Séptico Recién Nacidos hay tres; dos para sala general y uno de aislamiento. En cada piso de recién nacidos está la estación de enfermeras, en donde ellas tienen su escritorio, papeletas, teléfono, un guardador de ropa, lavamanos, hervidor de pachas, refrigeradora, etc.

Cada cuarto es de vidrio y no hay persianas o cortinas ya que éstas se llenan de polvo o pueden ser fuente de contagio, además no permitirían la observación del niño, hay un lavamanos provisto de dos chorros que tienen agua caliente y fría respectivamente, enchufes eléctricos, un termómetro de pared teniendo cuidado que la temperatura ambiente sea de 25 grados, dos o tres batas de color blanco de acuerdo al número de médicos o enfermeras que visiten al niño, un recipiente para guardar basura, el cual es maniobrable con el pie sin necesidad de tocarlo con las manos, un depósito para ir echando ropa, pañales usados y que se sacará en cuanto se haya cambiado al niño, lámparas de calor y en ciertos casos incubadoras, termómetros en recipientes especiales conteniendo algún antiséptico, algodones, gasas y con su Kardex respectivo.

Las cunitas son de plástico colocadas sobre soportes de metal que tienen ruedas, esto es con el objeto de que sea más maniobrable la cunita. El número de cama que tenga la madre ese será el del niño, salvo aquellos casos en que por alguna razón la madre se le dió de alta y el niño no puede acompañarla por necesitar algún cuidado especial o por encontrarse enfermo, en estos casos se le pone una letra a la tarjeta que hay en cada cunita con su anotación respectiva en el Kardex de la enfermera.

En el Hospital Roosevelt se usa un sistema de identificación completo y fácil de manejar. En cuanto nace el niño la enfermera que está presente durante el parto coloca en la muñeca derecha una cinta de esparadrapo en la que con tinta escribe el nombre de la madre, Registro Médico, peso, fecha y hora de nacimiento, sexo y piso a donde se le manda. Esta cinta está hecha de tal forma que se pega sobre ella misma sin tener que utilizar la piel del niño para que se sostenga.

En la sala de partos la enfermera llena una tarjeta que reproduce los datos de la pulsera, agregando el número de cuna que le corresponde de acuerdo a la cama de la madre.

No. de Cuna -----
 Nombre ----- Orina -----
 Reg. Médico No. ----- Meconio -----
 Servicio ----- Peso ----- Argirol al 10% -----

Fecha y hora de nacimiento Tipo de parto -----
 ----- Sexo ----- Complicaciones -----
 1a. Mamada ----- (f) -----
 Anverso de la tarjeta Reverso de la tarjeta

Esta tarjeta se coloca en un sostén metálico que está en un extremo de la cunita. Siempre la enfermera tiene la obligación de corroborar estos datos en cuanto a sexo, nombre de la madre y cama que ella ocupa. Siguiendo esos pasos en forma rutinaria pero con atención no se han tenido problemas de identificación.

En casos en que se va aplicar un forceps, vacuum extractor, cesárea o algún problema al nacimiento se llama inmediatamente al pediatra encargado de esa sección durante el día o al de turno durante la noche, quien antes de entrar a la sala de partos se viste con ropa adecuada, gorro, mascarilla, se lava manos, antebrazos, codos y brazos y se coloca guantes para atender al recién nacido. Siempre averigua cuál es la causa del acto operatorio y se informa con respecto al embarazo actual y anteriores de la madre. Nunca en Labor y Partos se inicia alguna técnica obstétrica para extraer al niño sin la presencia del pediatra. La enfermera ya tiene listo, perillas de goma, aspiradores, sonditas, oxígeno, incubadora, jeringas, etc.

Después de pasado el peligro y que el niño se le haya atendido bien es el pediatra quien decide si se le manda al segundo piso de recién nacidos o a un piso común, etc.

Es el obstetra quien se encarga de atender al niño en sus primeros momentos de vida, en cuanto nace se le colocan dos pinzas de Kocher a distancia conveniente entre la madre y el niño separadas una de otra a pocos centímetros, se corta el cordón con una tijera y luego lo sujeta fuertemente entre sus dedos y lo aspira con la perilla de goma, se le coloca en esta posición porque facilita la evacuación de material sanguinolento, moco, flemas, líquido amniótico; se le aspira en la nariz y boca. Enseguida se le pone en una cunita tibia que tiene una inclinación de 30° a fin de que le quede la cabeza hacia abajo y que favorezca el drenaje. Se liga el cordón con cinta de castilla y se tiene el cuidado de evitar cualquier movimiento brusco o tracción ya que puede desprender el

cordón lo cual sería peligroso para la vida del recién nacido, debe tenerse cuidado con aquellos cordones cuya gelatina de Warton es abundante porque al deshidratarse los nudos quedarán flojos y dará lugar a hemorragias, también éste no debe quedar largo porque se humedecerá con la orina y dará lugar a infecciones y olores fétidos, el obstetra hace un examen físico superficial al niño con la confianza en que el pediatra lo hará en forma detenida más tarde, muchas veces en este examen se descubren anomalías que pueden ahorrarnos tiempo valioso para el niño.

En aquellos casos que se sospeche una lesión intracranial por traumatismo durante el parto, está contraindicado colocar al niño con la cabeza hacia abajo debido a la congestión venenosa.

Por motivos no bien conocidos el estómago de los niños extraídos por cesárea contienen mayor cantidad de líquido amniótico que de los niños nacidos por la vía natural. Se supone que el paso del líquido mencionado a las vías respiratorias da lugar a infecciones pulmonares y enfermedad de las membranas hilinas. Es necesario extraerlo mediante el uso de una sonda de polietileno y hacer lavado gástrico. La falta de respiración espontánea durante el primer minuto de vida es indicación de algún método de resucitación. Para lograrlo es necesario mantener las vías aéreas limpias de secreciones, de nada sirve ponerle oxígeno ya que si están obstruidas no le va a beneficiar, se usa una perilla de goma o un aspirador y con cuidado se trata de sacar estos elementos. luego se le pone un poco de oxígeno a 2 ó 3 lts. por minuto, si no responde es porque todavía hay obstrucción, entonces está indicada la laringoscopia directa, ésta debe ser llevada a cabo por algún médico con experiencia o de un anestesista de niños, porque de lo contrario sólo se le producirán más lesiones que beneficio, o en determinados casos se cree que está en la laringe y más bien está en la faringe y esófago. Está contraindicado el dar respiración boca a boca, porque aún cuando sólo se utilice el contenido en la boca sin hacer presión pulmonar, se tiene el inconveniente de transmitirle infecciones que podrían ser mortales para el recién nacido. Es poco probable que la compresión manual del tórax vaya seguida de una re-expansión

sión satisfactoria y poco se logra con este método, lo único que se obtiene es el riesgo de fracturas costales.

Una vez limpiadas las vías aéreas respiratorias y en cuanto el niño efectúa sus primeras incursiones respiratorias, aún cuando sean débiles, su eficacia será mejor si se aplica oxígeno en la nariz y boca. Debe tenerse cuidado en los prematuros sobre todo, y es mejor interrumpir el oxígeno en cuanto se logra una respiración buena, de lo contrario se hará a intervalos cuando el niño realmente lo necesite. El peligro en estos casos es la Fibroplasia Retrolenticular.

Durante la resucitación el niño debe estar envuelto en sabanitas calientes sobre todo cuando el tiempo para esto pase de más de dos a tres minutos. Ningún fármaco considerado como estimulante de la respiración ha resultado eficaz; además en su mayor parte pueden ser convulsivantes si se dan a dosis mayores a las que se supone que empiezan a ser eficaces. En casos de narcosis resultante de la administración a la madre de derivados de la morfina, se usa el Nalline (N-alil normorfina) a la dosis de 0.1 mgs. en 2 cc. de solución salina por la vena umbilical. Tal vez como un coadyuvante en la respiración defectuosa del niño se puede usar el Benzoato de sodio y Cafeína a la dosis de 3 mgs. por libra de peso ya sea por la vía intramuscular o la intravenosa, en el niño muy pequeño se puede usar únicamente dos décimos de miligramo.

En cada ojo se utiliza una solución de nitrato de plata al 1% o de Argirol al 10%, pero este último se evita su uso lo más posible porque a veces ya tiene algún tiempo de uso y es más irritante, mientras que el nitrato de plata está envasado en capsulitas de cera y son de uso individual, se hecha una gota en cada ojo para evitar una infección ocular por infección materna durante el parto, después se lavará con solución salina fisiológica los ojos. Al niño se le limpia en cuanto llega de la sala de partos, salvo indicación especial del pediatra, se utilizan torundas de algodón estériles y con sumo cuidado se va limpiando el cuerpecito del niño, se utiliza agua tibia. El cordón se le guarda o se le cubre con gasa estéril impregnada con un poco de alcohol corriente, se le pone fajeta y se le viste con ropa liviana y holgada.

Toda maniobra que se haga en el recién nacido debe ser con sumo cuidado, la enfermera y el médico deben lavarse muy bien las manos con agua y jabón hasta que haga espuma, lavarse los codos y brazos, limpiarse las uñas con palillos, secarse con papel o toallas de papel estériles y luego echarse alcohol. Las enfermeras usan un gorro de género para mantener cubierto el pelo y no se les permite las uñas pintadas porque esto podría encubrir suciedad y ser nocivos para el niño. En los recién nacidos normales el baño es diariamente y puede repetirse hasta dos veces según lo necesite, cuidar de mantener las partes genitales y periné en condiciones higiénicas, los pañales se cambian constantemente y por ningún motivo deben permanecer húmedos. En los prematuros menores de 4.8 lbs. el baño se hace cada dos días.

La temperatura que se toma es rectal, tomándose como normal de 36.5 a 37.5°, en los prematuros la temperatura se toma en la axila; pues en ellos al colocar el termómetro en el recto estimula evacuaciones que podrían deshidratar al niño, además sería exponerlo a probables infecciones. Todas las mañanas una dependencia de Sanidad Pública envía a una persona para poner la vacuna BCG a la dosis de un décimo de centímetro cúbico por vía intradérmica en el externo superior del brazo izquierdo cara lateral externa; esto no se hace con los prematuros porque sería exponerlos además sus resistencias están bajas.

La alimentación del niño se inicia a las doce horas de nacido con una solución de Dextromalto al cinco por ciento en una cantidad que no pase de dos onzas, esto se le da cada cuatro horas, hasta las veinticuatro horas de nacidos en que se inicia la lactancia artificial o materna. El día se inicia a las seis de la mañana que es cuando se le da la primera alimentación al recién nacido y de allí cada cuatro horas se le llevará con la madre para que reciba su leche, por la noche se le da su fórmula al niño recibiendo la última a las dos de la mañana. Las fórmulas que utilizamos en el recién nacido normal es la «número 1» que tiene 14 calorías por onza; al niño se le debe dar inicialmente dos onzas de leche y después se irá aumentando de acuerdo a los requerimientos calóricos, en el prematuro se usa inicialmente la fórmula «número 5»

que tiene 28 calorías por onza, y en un estudio que se está realizando en ese piso se está utilizando también la fórmula «B» que tiene 22 calorías por onza y la «C» que tiene 30 calorías por onza.

Al niño que nace con labio leporino y paladar hendido se le da alimentación con gotero y con unas pachas de plástico que tienen en el mamón dos orificios laterales, para que cuando se le coloque en la boca se presiona la pacha y salga la leche por dichos orificios deslizándose por las arcadas dentarias y así puede lograrse una buena alimentación y evitar las regurgitaciones. Todas las mañanas el pediatra acompañado del interno y la enfermera pasan visita examinando detenidamente a cada niño, las anotaciones se hacen en unas hojas especiales del Kardex con lápiz, dichas tarjetas llevan un control de temperatura, heces, orina, alimentación, peso, piel, ojos, tratamiento, etc., todo niño que por cualquier circunstancia sea llevado al Departamento de Rayos X, o se le efectúe una ex-sanguíneo transfusión o que se le declare sospechoso de alguna infección deberá ser colocado en el cuarto de observación ya descrito. Si en realidad el niño presenta alguna patología infecto-contagiosa deberá ser remitido inmediatamente al Séptico Recién Nacido.

Entre las órdenes inmediatas que deja el médico al examinar al niño están: aspirar flemas constantemente, controlar la temperatura y ponerlo en caja de Novel, y vigilar por cianosis, vigilar por hemorragia del cordón, ayuno durante doce horas.

La enfermera o el pediatra deben de instruir a la madre sobre la forma en que debe de dar de mamar al niño, el cuidado constante de sus pezones, los cuales deben de ser lavados con agua tibia antes de darle de mamar al niño y después repetirlo colocando una gasita estéril. Debe de seguirse un orden en el uso de los pechos para darle de mamar al hijo, generalmente en el primer pecho el niño lo vacía y al seguir con el otro lo deja casi a la mitad; entonces en la próxima lactada debe iniciarse con el último pecho. En cuanto el niño debe de tratarse de que expulse el aire o gas que ha tragado durante la succión ya que si no le producirá cólico; la forma en que se logra esto es dando unos golpecitos en la espalda del niño.

Siempre que se le da egreso a un niño se tiene la cos-

tumbre de que el pediatra lo examina delante de la madre. Este examen tiene una gran importancia porque muchas veces la madre tiene dudas ante algún problema para la lactancia, o bien ante ciertas anomalías congénitas, cuando generalmente los padres tienden a crearse un complejo de culpabilidad. En el reverso de la hoja de Historia Clínica del Recién Nacido se anota el peso actual, la talla, temperatura, el peso que tenía al nacer, así como la diferencia entre el actual, si se le ha vacunado (BCG), se le examina la piel, cabeza, ojos, cordón, genitales y alguna observación especial. Anotar el diagnóstico definitivo, el estado en que el niño abandona el hospital, el tratamiento que recibió, la alimentación, si fue sólo artificial o mixta, y luego a donde es referido; que generalmente es al dispensario de su zona. En el encabezado de este examen poner la fecha, la hora y el nombre del pediatra que lo examinó.

VIII CONCLUSIONES

1. Se hizo un estudio de todos los niños nacidos entre los años de 1957 a 1961; encontrando 79 casos de anomalías congénitas gastrointestinales, que da un porcentaje de 0.2% de 45,486 recién nacidos en el Hospital Roosevelt.
2. El número total de anomalías de niños nacidos en nuestro Departamento de Maternidad como de los ingresados de otros hospitales fueron de 222 durante esos cinco años.
3. El Labio Leporino y Paladar Hendido fue el más numeroso, existiendo un total de 102 que significa el 45.9% del total de anomalías estudiadas, 27 nacieron en nuestro hospital.
4. Los Labios Leporinos completos únicos se encontraron en un número de 62 (60.78%), del tipo completo doble había un 35.29% (36) y únicamente cuatro paladares hendidos solos (3.92%).
5. Las Atresias Esofágicas y Fístulas Traqueoesofágicas fueron en total 30 (13.5%), de las cuales 27 nacieron en nuestro hospital. Veinte y nueve casos fueron del Tipo III de la clasificación de Gross y uno del Tipo I de la misma clasificación.

6. De Ano Imperforado encontramos 28 casos, de los cuales siete fueron de nuestro Departamento de Recién Nacidos y el resto de procedencia externa. El Tipo II de la clasificación de Gross fue el más numeroso (15).
7. En el estudio que hicimos con 60.8% respecto al sexo, 135 varones resultaron afectados (60.%) y 87 hembras (39.2%). Por lo general en todas las anomalías predominó el sexo masculino.
8. Por lo general los niños que nacieron con anomalías, pesaron por encima de 5.8 libras, a excepción de las atresias intestinales que estaban por debajo de ese peso.
9. Sólo tres enfermedades resultaron con el antecedente de Polihidramnios materno, las cuales fueron: Atresia y Fístula Traqueoesofágica, Atresias Intestinales y Labio Leporino y Paladar Hendido. Entre las primeras hubo una preponderancia en un 36.7%, de las segundas el 11.8% y de los últimos el 1.0%. De acuerdo a estos datos estamos de acuerdo en que las dos primeras anomalías tienen mucha relación con el Hidramnios materno.
10. Es imprescindible efectuar un examen inmediato en cuanto nace el niño, puesto que en caso de descubrir alguna malformación se harán sus estudios para el diagnóstico y tratamiento en el menor tiempo posible.
11. El personal de enfermería que trabaja en el Departamento de Recién Nacidos debe ser muy capaz y de un alto sentido de observación. Muchas de las malformaciones congénitas que tuvimos la oportunidad de estudiar fue la enfermera quien primero hizo notar alguna anomalía a las pocas horas de nacido el niño. El cuidado del recién nacido debe hacerse bajo las normas más estrictas de higiene, de asepsia y antisepsia.
12. El diagnóstico de los labios leporinos y paladares hendidos se hizo por lo general en la sala de partos o en el primer reconocimiento del pediatra. Tuve la satisfacción de encontrar que en la revisión de todas las papeletas los diagnósticos de muchas anoma-

lías del tracto digestivo, especialmente en las atresias esofágicas con fístula traqueosofágicas, atresias intestinales, ano imperforado, etc., se hizo dentro de las 24 horas siguientes de haberse iniciado los síntomas.

13. Los métodos y medios que usamos para el examen físico en cuidados y tratamiento del recién nacido son fáciles de manejar, y muy claros para ser anotados.
14. Es imprescindible hacer un estudio detallado en la Consulta Prenatal tratando de investigar hasta donde sea posible los casos de Hidramnios Materno.

MAURO ANTONIO GARCIA FIGUEROA

Dr. Augusto Rodríguez Ocaña,
Asesor.

Dr. Gustavo Pellecer,
Revisor.

Dr. Carlos Armando Soto,
Secretario.

Imprímase:

Dr. Carlos M. Monsón Malice,
Decano.

IX REFERENCIAS

1. Fanconi, G., Walgren A: Tratado de Pediatría. Tercera Edición. 1950, pp. 17-32, 89-120, 234-266, 267-279.
2. Aceituno A., Julio R: Consideraciones sobre la atención del Recién Nacido. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. 1950.
3. Monsón Malice, Carlos M.: Elementos de Medicina Infantil. Editorial Universitaria. Guatemala. 1951.
4. Catel, Werner: Cuidado de los Niños Sanos y Enfermos. Cuarta Edición alemana, Traducción. 1954, pp. 152-179, 185-208, 257-265.
5. Cobo, Diodoro: Cuidados de la Primera Infancia. Primera Edición. 1954. México. pp. 17-62.
6. Valenzuela H., Rogelio: Manual de Pediatría. Tercera Edición. 1954. México. pp. 35-41.
7. Gross, Robert E.: Cirugía Infantil. Principios y Técnicas. Primera Edición española. Imprenta Hispano-Americana, S. A. Barcelona. 1956.
8. Garrahan, Juan P: Medicina Infantil. Pediatría y Puericultura. Octava Edición. Librería El Ateneo Editorial. Buenos Aires. 1956. pp. 2-14, 392-446.
9. Catel, Werner: Diagnóstico Diferencial de los Síntomas en Pediatría. Segunda Edición alemana. Traducción. 1956.
10. Academia Americana de Pediatría: Normas y Recomendaciones para la Atención del Recién Nacido en hospitales a término prematuro. Traducción por la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la O.M.S. 1957, 1,801 Hinman Avenue Evanston, Illinois, E.U. A.

11. Schaeffer, Alexander J: Diseases of the Newborn. W. B. Saunders Company. Philadelphia and London 1960.
12. Nelson, Waldo E: Tratado de Pediatría. Cuarta Edición. Imprenta Hispano-Americana, S. A. Barcelona 1960.
13. Bernat Moragues, Jaime: Clínica Obstétrica. Octava Edición. Editorial El Ateneo. Argentina. 1960.
14. Hurtado, Juan José, Kachler, Joaquín: Anomalías Congénitas Obstructivas del Tubo Digestivo en el Recién Nacido. Reporte sobre Quince casos de Atresia del Esófago. Revista del Colegio Médico de Guatemala. Volumen 12 Junio 1961.
15. Lara, Roche: Estenosis Hipertrófica del Píloro. Guatemala Pediátrica. No. 7. Volumen 2. Septiembre 1962.
16. Departamento de Enfermería Hospital Roosevelt. Cuidados de Enfermería de la Madre y su niño. Guatemala. Junio 1962.

