Director:
Dr. D. J. Bosch-Marín

Redactor-Jefe:
Dr. D. Manuel Blanco Otero

Comité de Redacción:
Dres. Cañellas Domenech y Mingo de Benito

Administrador:
D. Enrique Bravo Sánchez del Peral

214188

PUBLICACIONES
"AL SERVICIO DE ESPAÑA Y DEL NIÑO ESPAÑOL"
EDITADAS POR LOS SERVICIOS
CENTRALES DE HIGIENE INFANTIL

Año XX | Junio 1957 | Núm. 232

DEPÓSITO LEGAL

LA COLABORACION OBSTETRICO-PEDIATRICA ANTE EL RECIEN NACIDO

POR EL DOCTOR

J. BOIX BARRIOS
Médico Puericultor del Estado

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
MADRID

DEPÓSITO LEGAL

La colaboración obstétrico-pediátrica ante el recién nacido

POR EL DOCTOR

J. BOIX BARRIOS

Médico Puericultor del Estado

Mortalidad neonatal. Estado actual. Forma de enfocar la lucha

Por todos es conocida la preocupación de los Estados por la mortalidad infantil (o número de fallecidos, menores de un año, por 1.000 nacidos vivos), hasta el punto de que su índice se da como exponente del grado de cultura y civilización. Ante el deseo de todo Estado de velar por el crecimiento y aumento de la población, y viendo algunos de ellos disminuir notablemente su natalidad, aspecto este último muy difícil de solucionar por los sanitarios, se optó por afrontar estatalmente el problema de la mortalidad infantil, dirigiendo sus esfuerzos para conseguir la disminución de la misma; los resultados no se hicieron esperar, y de una forma visible, y en algunos, como en España, de forma aparatosa; los índices de mortalidad infantil han ido descendiendo, hasta el punto de que en la actualidad ese problema presenta aspectos distintos.

La mejoría de los índices de la mortalidad infantil es debida a

causas múltiples, cuya influencia respectiva es difícil de determinar, pero que fundamentalmente ha sido debida:

a) A la instauración de la Pediatría como especialización médica, que ha permitido el estudio detallado de las necesidades fisiológicas de la primera infancia y de los trastornos que la caracterizan.

b) Al descubrimiento de medios terapéuticos modernos de lucha contra la infección (sulfamidas, antibióticos, etc.).

c) A la creación de obras médico-sociales preventivas, que vulgarizan las nociones de higiene, dietética y profilaxis; y

d) A la elevación gradual del nivel social de las masas.

A medida que la mortalidad infantil ha ido disminuyendo ha podido apreciarse que dicha reducción se ha efectuado a expensas de la edad comprendida entre uno y doce meses de edad, y no del período que comprende el primer mes, o sea del recién nacido (período que de una forma convencional ha sido adaptado por las organizaciones sanitarias mundiales); de aquí que haya habido necesidad de hacer una distinción entre las tasas de mortalidad de ambas épocas, y sea denominada *mortalidad neonatal* a las defunciones que se producen durante el primer mes de la vida, y *mortalidad postnatal* a la que se produce durante los once meses siguientes.

La mortalidad postnatal corresponde principalmente al factor alimenticio e infeccioso, y es llamada también "mortalidad pediátrica", pues los factores obstétricos no juegan en la misma ningún papel; por el contrario, en la mortalidad neonatal dichos factores son preponderantes.

En los países considerados culturalmente muy desarrollados, desde hace tiempo se dieron cuenta de estos hechos y han tratado de reducir la mortalidad neonatal poniendo en juego todos los medios conocidos para reducirla, apreciando que la influencia de sus esfuerzos se deja notar, pero que cuanto menor es el niño más difícil es de modificar, hasta que se llega a un período, que es el que comprende los tres primeros días de la vida (aun-

que algunos lo reducen a las primeras veinticuatro horas), en el que las ventajas obtenidas hasta el momento actual son muy escasas; este período es completamente dominado por los aspectos obstétricos, y al que los anglosajones llaman "natal day mortality" que se incluye en la mortalidad perinatal, que, como sabemos, son las defunciones producidas durante el tercer trimestre del embarazo, durante el parto y en el momento del nacimiento o por causas directas del mismo, y que debe sustituir al término de mortinatalidad, el cual comprende los nacidos muertos antes del parto (mortalidad antenatal), los nacidos muertos durante el parto (mortalidad intranatal) y los muertos poco después del parto, siempre y cuando no hayan verificado ningún movimiento respiratorio (mortalidad postnatal).

Las fronteras exactas de la mortalidad perinatal no están todavía fijadas de una manera uniforme, y en la actualidad dependen más del criterio estadístico que del criterio médico.

Considerando, pues, las diversas clases de mortalidad se puede apreciar en todas las estadísticas de los países desarrollados que el descenso de la mortalidad postnatal ha sido evidente, firme y progresivo, y la mortalidad neonatal, si bien ha descendido, su descenso ha sido tímido y poco franco, hasta el punto que cuanto más desarrollado es el país, más se aprecia la inversión en la proporción entre ambos índices de mortalidad, llegando en estos momentos a ser doble el número de defunciones neonatales que postnatales.

En nuestra Nación, la marcha descendente del índice de la mortalidad infantil total ha sido francamente sorprendente. A comienzos de siglo era de 186, disminuye lentamente, para elevarse en 1918, con motivo de la pandemia gripal, después de la cual se reanudó este descenso lento hasta llegar a 1935, en que era de 109; la guerra y sus consecuencias causan un nuevo retroceso, hasta llegar a 1942, en que se consiguió la misma cifra de 1935, pero a partir de este instante el descenso se produce de una forma vertiginosa, como en ningún otro país,

hasta llegar a la cifra de 48 en 1954, cifra *récord* jamás conocida en España. La cifra de fallecidos de menores de un mes también ha descendido, pero en proporciones infinitamente inferiores. Al paso que vamos, y, sobre todo, si en nuestro país se tuviera un concepto más preciso del nacido muerto (pues ello altera todas las estadísticas, en particular cuando se comparan con las del extranjero), también se produciría la citada inversión de la fórmula de mortalidad, ya que sería mayor el número de defunciones durante el primer mes de la vida que durante los once meses siguientes.

Traduciendo numéricamente cuanto llevamos dicho, tomaremos el ejemplo que nos dan los índices de los países considerados como desarrollados: Holanda, Inglaterra, Suecia, Estados Unidos, Nueva Zelanda, los cuales nos servirán de tipo, ya que las causas de mortalidad infantil son idénticas en todos los países y tan sólo dependen del momento de desarrollo de los mismos, puesto que necesariamente en todos se precisa seguir las mismas etapas. Analizando dichos índices entre los años comprendidos de 1926 a 1951, vemos que los porcentajes de disminución han sido los siguientes:

Mortalidad de 1 a 12 meses	— 69 por 100
" de 20 a 30 días	— 65 "
" de 10 a 20 "	— 64 "
" de 5 a 10 "	— 30 "
" de 2 a 5 "	— 5 "
" del primer día	+ 49 "
Mortinatalidad	— 38 "

De diez días a un año, la mortalidad ha sido reducida en 2/3.

La mortalidad entre cinco y diez días y la mortinatalidad sólo ha descendido 1/3.

La mortalidad entre los dos y cinco días ha permanecido invariable.

La mortalidad del primer día ha aumentado el 49 por 100, lo cual debe explicarse por el hecho de que las técnicas actuales

permiten que nazcan un mayor número de niños, a los cuales se les retrasa su fallecimiento, puesto que en otras épocas aquél se hubiera producido antes del parto o durante el mismo; técnicas, por lo tanto, cuya eficacia es ilusoria, pues que este desplazamiento del momento del fallecimiento no tiene ninguna ventaja práctica.

En España, y refiriéndonos a los tres últimos años cuyas estadísticas nos son conocidas, observamos:

AÑOS	Muertos menores de un mes	Muertos de 1 a 11 meses	TOTAL
1951.....	17,01	45,58	62,59
1952.....	16,32	38,34	54,66
1953.....	15,86	36,99	52,85
1954.....	?	?	48,11

(Para comparar estos datos con los de otros países, debemos tener en cuenta que en el resto de esos países "los muertos al nacer" son incluídos en la mortalidad neonatal, y entre nosotros el concepto de "nacido muerto" es un poco elástico, por lo que nuestras estadísticas, en este aspecto, son aparentemente mejores que en otros países, pues, por ejemplo, en los Estados Unidos tenían una mortalidad neonatal entre 19 y 20 por 1.000 nacidos vivos, y hablan de que se podría alcanzar la magnífica cifra de 14, de llevarse a cabo el programa de hospitalización por ellos recomendado.)

Nadie duda que, aparte de otras circunstancias, ha sido la labor del médico puericultor quien ha influído de una forma notable sobre la disminución de la mortalidad infantil, y en particular de la mortalidad postnatal, o sea en la época en que la influencia obstétrica se ha difuminado; pero llegamos a los primeros días del recién nacido, en los cuales existe una marcada influencia de los factores obstétricos, encontrándonos con una disciplina completamente distinta a la nuestra, la Obstetricia, y sin cuyo concurso es inútil todo intento de mejoramiento de dichos índices. Es indudable que una mejora técnica

y asistencial por parte del pediatra y de los rectores administrativos haría posible una mejoría de los índices, pero siempre llegaríamos a la conclusión de que es preciso el concurso del obstetra.

En el momento del parto ambas disciplinas se encuentran, pero no tienen por qué tropezar; cada una tiene su función bien delimitada, sólo hay que acoplar el mecanismo de ambas y que cada una, en su función, tiendan al mismo objeto: situar al recién nacido en las mejores condiciones posibles. Al decir lo anterior ya sabemos que no descubrimos nada nuevo, pero las razones teóricas deben ser también razones prácticas, y no sólo hemos de saber que el acoplamiento de ambas disciplinas es una cosa lógica, sino que ha de llevarse a la práctica, cosa que en el ánimo de todos está el hecho de que esto no sucede así; de aquí que ante el problema acuciante de la necesidad de mejorar nuestros índices de mortalidad neonatal, y teniendo la absoluta convicción de que éstos pueden ser muy mejorados, queramos recordar la importancia que debe concederse a una buena colaboración entre el tocólogo y el pediatra, punto clave de la iniciación de una razonada lucha contra la mortalidad neonatal.

Posición del tocólogo y del pediatra en la lucha contra la mortalidad neonatal

El recién nacido es el punto de contacto de dos disciplinas diferentes: la Obstetricia y la Pediatría.

Lógicamente, cuando la especialidad pediátrica no tenía autonomía, era muy natural que el obstetra, al mismo tiempo que atendía el parto, se preocupara del recién nacido; por ello vemos que en todos los Tratados de Obstetricia de otros tiempos ya dedicaban un capítulo sobre el recién nacido; pero las necesidades de la Medicina dieron motivo a la creación de la especialidad de Pediatría, cuya personalidad nadie discutió desde su creación, y mucho menos en los momentos actuales; de aquí que las atenciones al recién nacido hayan pasado de manos del tocólogo al pediatra. Muy demostrativa es la eficacia de la especialidad pediátrica, cuando observamos los índices de mortalidad global, a través de los años, pudiendo apreciar cómo a medida que dicha especialidad fué ampliándose han ido disminuyendo las cifras de mortalidad infantil; pero, como ya hemos indicado, esta disminución se ha efectuado a costa de los niños de uno a doce meses, quedando casi invariables los índices de mortalidad neonatal, por lo que nos encontramos nuevamente en que si deseamos abordar los pediatras los problemas del recién nacido, forzosamente hemos de ponernos en contacto con el tocólogo.

Es indudable que en la actualidad, y por una serie de circunstancias que esperamos desaparezcan, el pediatra, en general, no tiene una preparación adecuada para abordar los problemas del recién nacido; pero aparte de este motivo existen otra serie de circunstancias, que intentaremos abordar, que no pueden achacarse al pediatra, puesto que no dependen exclusivamente de él, ya que su intento de solución forzosamente tiene que hacerlo de la mano del tocólogo, sin que por ello cada uno deje de practicar su cometido, ni confundir los campos de actuación de cada uno de ellos; es tan sólo acoplar las funciones de ambos con un mismo fin; en una palabra: procurar buscar la colaboración.

El tocólogo, a su vez, aunque matemáticamente su función termina con la salida del feto, no puede ni debe desligarse de su porvenir, puesto que le es necesario informarse de cómo evoluciona para tener idea exacta del rendimiento de las diferentes intervenciones que se ha visto obligado a realizar, así como los resultados de las medicaciones que ha utilizado en la madre, con objeto de modificar sus criterios de aplicación en bien del niño, datos todos ellos que obtendrá mucho mejor si existe una verdadera colaboración con el pediatra.

En el aspecto higiénico, tocólogo y pediatra precisan tener una misma orientación, que el tocólogo inicia durante la gestación, preparando el terreno y el ambiente para el recién nacido, y cuya labor es continuada por el pediatra durante la vigilancia del niño. En esta carrera de relevos debe existir, para un resultado perfecto, una coincidencia en la orientación de cada caso, y ello no puede hacerse más que cuando existe un perfecto acuerdo entre tocólogo y pediatra.

Estamos plenamente convencidos de la necesidad de esta colaboración, y no comprenderemos nunca una lucha contra la mortalidad neonatal sin aquélla. Bien sabemos que en el ánimo de todos está esta afirmación, pero falta lo más difícil: llevarla a la práctica, y a ambos especialistas interesa; pasó aquella época en la que nos conformábamos con un éxito inmediato; ahora, la Medicina, toda ella, salió de los cauces en que estaba sujeta, y no sólo nos interesa desde el punto de vista clínico o médico puramente dicho, sino también uniendo a aquél su aspecto sanitario, y con ello, si bien buscamos el éxito aparente inmediato, no por eso dejamos de pensar en el porvenir de estos éxitos; de aquí que el tocólogo, al preocuparse de la gestante, piense en su fruto y en los medios de evitar dificultades en los sucesivos, y el pediatra, a su vez, busque cómo resolver los problemas, y que las dificultades que puedan presentarse en los recién nacidos se hagan cada día más fáciles, conduciendo ambas orientaciones a la misma finalidad que se traducirá en la disminución de la mortalidad neonatal, fin que persigue esta colaboración.

Problemas que precisan ser tratados conjuntamente por el obstetra y el pediatra

En general:

a) *Antes del nacimiento*

Investigaciones fisiopatológicas en el feto y recién nacido que estudien las posibilidades de prevenir las malformaciones congénitas y las afecciones genéticas.

Prevención de la anoxia del feto, prematuridad, postmadurez, enfermedad hemolítica del recién nacido.

Organización de Maternidades, con vigilancia del recién nacido para su despistaje; enfermerías del recién nacido, Centros de prematuros.

Labor cultural sobre las madres.

b) *En el momento del nacimiento*

Resultados de las técnicas utilizadas, así como las medicaciones y anestesia.

Reanimación del recién nacido.

Diagnóstico precoz de las malformaciones congénitas operables, niños de madres diabéticas, fenómenos de isoinmunización.

c) *Después del nacimiento*

Enfermedades infecciosas agudas del recién nacido, y crónicas, como la tuberculosis y sífilis.

Alimentación del lactante y fomentación de la lactancia materna.

En particular:

Enfermedades infecciosas durante el embarazo

Cada día es mayor la importancia que se le concede a las enfermedades infecciosas que presenta la gestante, en particular durante los cuatro primeros meses del embarazo.

Actualmente sabemos que aparte de la rubéola, cuyas fatales consecuencias sobre el embrión están claramente establecidas, también el sarampión, parotiditis, poliomielitis, hepatitis epidémica, virus "Coxachie", son susceptibles de provocar malformaciones congénitas.

Dichas afecciones, y, en general, todas las infecciones, sobre todo las producidas por virus, deben ser tenidas en cuenta y tratadas con toda violencia en esta época. Siendo así que en muchos casos el tocólogo no carece de datos sobre lo ocurrido, y, por el contrario, el pediatra, por los casos que ocurren en el ambiente de la gestante, o el internista, al tener mejor conocimiento de estas infecciones, deben informarle para intentar evitar yugular la infección por los medios de que disponemos en la actualidad; por otra parte, cuando estas afecciones son asistidas por el obstetra, éste debe informar al pediatra, teniendo en cuenta que en el recién nacido las embriopatías no son fáciles de diagnosticar con una exploración corriente, aun siendo ésta detallada, por lo que necesita la colaboración del oftalmólogo, la cual, aunque en muchas clínicas actuales se hace una exploración sistemática de todo recién nacido con dicho fin, esta exploración no es frecuente, y entre nosotros sólo podrá efectuarse cuando verdaderamente existan motivos para ello.

Tuberculosis

Antes del nacimiento, en el examen prenatal, debe efectuarse una anamnesis familiar y un examen radioscópico de toda gestante, de cuyo resultado se hará partícipe al pediatra.

Después del nacimiento debe efectuarse la vacunación sistemática con B. C. G., de cuya eficacia todos debemos estar convencidos, y para la cual la madre debe estar previamente preparada, y en el caso de existir lesiones en la madre, aconsejar el aislamiento del recién nacido mientras se verifica el viraje a la tuberculinorreacción.

En algunas Maternidades existe un departamento para todos los recién nacidos procedentes de madres tuberculosas, los cuales son aislados en el momento de nacer, vacunados y devueltos a los familiares una vez se haya efectuado el viraje.

Sífilis

Durante el embarazo debe efectuarse el despistaje de esta afección de una forma sistemática, y aun cuando haya sido tratada y tenida por curada, ésto debe ser hecho notar en sitio visible de su historial para que en el recién nacido se efectúe un tratamiento preventivo o curativo, ya que teniendo, como tenemos, un tratamiento tan eficaz como el penicilínico, no se precisa discutir si deben ser o no tratados solamente los niños que presenten algún síntoma o todos los sospechosos, en que en el historial materno haya existido la infección anterior o reciente. La comodidad y eficacia del tratamiento ha hecho inútil toda discusión.

Diabetes

Si la diabetes produce problemas en toda embarazada, no menos son los que provoca en el hijo; por ello, es necesario que el pediatra esté advertido de la condición de la madre, ya que todo hijo de madre diabética debe ser tratado como un recién nacido enfermo, por lo que precisa de atenciones especiales que de no llevarse a cabo pueden presentarse trastornos irreparables.

El gran peso de estos niños conduce a una impresión engañosa en aquellos que desconocen estos problemas, ya que al no ser tratados convenientemente pueden presentar estados letárgicos o afecciones pulmonares que fácilmente se confunden con otros de distinta etiología.

A su vez, el peso del niño debe conducir a un examen cuidadoso de la madre, que permita el despistaje de la diabetes, y en caso positivo su tratamiento y prevención, no sólo por ella misma, sino también por sucesivos embarazos.

Postmadurez

A medida que se perfecciona la obstetricia, el problema de la postmadurez es más frecuente para el pediatra. Un porcentaje elevadísimo de los hipermaduros morían antes de nacer; en estos momentos todavía lo hacen el 85 por 100, pero ha dado motivo para que al pediatra le interesen tales problemas, y en estos momentos es un asunto del cual se habla con frecuencia. Es indudable que, como en otros aspectos, en éste el intercambio de información y la investigación coordinada favorecería enormemente algunas aclaraciones sobre este problema, factor de importancia en la mortalidad neonatal, y que irá en aumento, proporcional a la competencia práctica de la Tocología.

Como en otros muchos de los problemas del recién nacido, la labor del pediatra, en cuanto se refiere a la colaboración, será poner en antecedentes del tocólogo la marcha posterior de estos niños, colaborando en la investigación de las causas de la postmadurez, que tanto ayudarán a aquél para su profilaxis, en donde, al parecer, radica la lucha en este sentido.

Prematuridad

A pesar de que los prematuros acusan del 4 a 12 por 100 de los nacidos en los diversos países, la mortalidad de los mismos supone del medio a los dos tercios de la mortalidad infantil; de aquí la gran importancia que se le concede, y el afán de los tocólogos en evitar los partos antes de término, y de los pediatras en conservar su vida.

Este problema, por su envergadura, es uno de los que más han forzado al obstetra y al pediatra a ponerse en contacto, ya que por todos es sabida la conveniencia de iniciar los cuidados del prematuro en el momento mismo de su nacimiento, hasta el punto que se aprecia una clarísima diferencia entre el número de prematuros que mueren cuando nacen en una Maternidad que dispone de clínica de prematuros, y aquellos otros que precisan ser transportados, por muy buenas que sean las condiciones de este transporte. En las clínicas de prematuros, en lugar muy visible de sus historias, se hace constar si procede del recinto de la Maternidad en la cual está enclavada dicha clínica o de otro lugar, antecedente que se tiene muy en cuenta. Tobler, de Berna, director de la Clínica de Prematuros de dicha ciudad, se lamentaba en una ocasión de que uno de los defectos de la magnífica, por todos conceptos, Clínica que dirigía era el estar aislada de la Maternidad y precisar el transporte a la misma de todos los prematuros; a pesar de tener prevista esta contingencia, ello nos da a entender que si se precisa estar en contacto con las Maternidades, supone también un contacto de la organización pediátrica con la de la Maternidad.

Son tan innumerables los cuidados que requiere el prematuro desde el momento mismo de su nacimiento, que se exige que el personal encargado de la Clínica de prematuros esté en íntimo contacto con el personal de las Maternidades; ello en cuanto se refiere a la cuestión práctica de las atenciones mé-

dicas, a las cuales hemos de añadir las investigaciones que pueden efectuarse para orientar la lucha de la profilaxis de la prematuridad y la adaptación a la vida postnatal del prematuro.

Enfermedad hemolítica del recién nacido

Junto con la prematuridad, los fenómenos de isoinmunización en el recién nacido han sido los que más han obligado al tocólogo y pediatra a coordinar sus esfuerzos.

En las Maternidades que se precian de su buena organización, el problema de la isoinmunización sigue al de los prematuros. En sus Clínicas de recién nacidos existe un departamento exclusivo para atender todos los sospechosos de enfermedad hemolítica. Previamente, y de una forma sistemática, en las gestantes se efectúa la investigación de su grupo sanguíneo y factor Rh. Todos los niños que proceden de madres Rh negativas son trasladados a dicho departamento, en donde son estrechamente vigilados y en donde se les efectúa todo cuanto actualmente nos es conocido en este aspecto.

En ningún otro problema hemos podido apreciar más coordinación entre el tocólogo y pediatra, proceder mediante el cual se obtienen magníficos resultados, si bien estos últimos son producto del gran número de niños que son diagnosticados y tratados por los exámenes sistemáticos, muchos de los cuales pasaría posiblemente inadvertida su alteración si no fuera por los mismos, ya que en su mayoría la enfermedad no termina por manifestarse por síntomas objetivos.

De no llevarse a cabo sistemáticamente la investigación del factor Rh en la madre, toda sospecha de la posibilidad de la enfermedad con todos los datos anamnésicos precisos deben ser participados al pediatra antes del nacimiento del niño para que conjuntamente se tomen todas las medidas posibles, teniendo en

cuenta que la exanguinotransfusión, parte esencial del tratamiento en la actualidad, sólo será efectiva si se efectúa en los primeros momentos de la vida.

Hemorragias cerebro-meníngeas del recién nacido

Constituyen las hemorragias cerebro-meníngeas uno de los problemas más desagradables que se presentan en el recién nacido, en primer término, por las dificultades que su tratamiento nos plantea, y en segundo, por las irreparables secuelas que pueden ocasionar.

Papel del pediatra es tratarlas, y papel del tocólogo el procurar evitarlas o prevenirlas; la investigación y observación coordinada de ambos, orientada hacia la prevención de las mismas, será uno de los motivos más urgentes de su colaboración, ya que en nuestro medio es posiblemente el problema más desagradable que encontramos entre todos cuantos los recién nacidos nos presentan.

Intervenciones obstétricas

De grandísimo interés es para el tocólogo estar al corriente de la evolución de muchos niños, los cuales ha habido necesidad de efectuar su extracción mediante una maniobra obstétrica. Un gran número de veces el tocólogo desconoce el porvenir del recién nacido en dichas condiciones, y, por lo tanto, su juicio sobre la maniobra practicada solamente la hace por el objetivo inmediato, la extracción del feto; una mayor colaboración es posible que hiciera modificar su juicio en lo que se refiere a algunas de las maniobras habituales; así como también un mejor conocimiento del pediatra de la forma como se ha desarrollado el parto, y efectuada la maniobra, evitaría muchas suposiciones

gratuitas que nos vemos precisados a hacer ante la ausencia de datos.

Creemos que las maniobras obstétricas, como maniobras de desconectar al niño de su madre, han llegado a un grado muy aceptable de perfección, por lo que creemos que sería prudente aumentar el interés por el niño, siempre y cuando que, por ello, no se perjudique a la madre.

Anoxia

La influencia de la anoxia intrauterina sobre el porvenir del niño es bien conocida y de vital importancia para el mismo, debiendo ser vigilado, en particular, el prolapso de cordón en la presentación cefálica, la placenta previa, el despegamiento placentario, parto prolongado, etc.

El pediatra precisa estar al corriente de estos accidentes para amoldar su comportamiento a los mismos, que, aparte de las lesiones irreversibles que pueden ocasionar, crean un terreno muy propicio a la infección mortal, y, por lo tanto, su reanimación y tratamiento, aun naciendo con buena apariencia, debe ser practicado con conocimiento de los incidentes que hayan podido provocar la anoxia, evitando así muchas desagradables sorpresas.

Alimentación del recién nacido

La defensa de la lactancia natural es uno de los objetivos primordiales de todo pediatra; el tocólogo, a su vez, conoce perfectamente este aspecto del problema, y es lamentable que, en muchas ocasiones, por una falta de contacto entre ambos exista confusión en algunas madres, las cuales desvían la lactancia de su hijo por causas a veces bien fútiles.

Quien mejor puede actuar sobre la psicología de la madre

desde el comienzo es el tocólogo; las orientaciones del mismo facilitan extraordinariamente la labor del pediatra más tarde, pues si tenemos en cuenta la tendencia actual de encontrar algún pretexto para abandonar la lactancia materna, nuestra labor ha de ser frenar estas deserciones, y una de las formas de hacerlo es manteniendo una y única orientación en cada caso.

Un ejemplo de lo que puede lograrse con una buena colaboración podemos darlo de nuestra experiencia:

Entre 787 historias de recién nacidos vigilados por nosotros en la Maternidad del S. O. E. de Valencia, al cabo de un promedio de seis días han salido:

Con lactancia natural	745, o sea el 94,6 por 100
Con lactancia mixta	26, o sea el 3,3 "
Con lactancia artificial	16, o sea el 2,3 "

(hay que tener en cuenta que el 23,6 por 100 no era parto normal).

Estado actual de la colaboración entre el tocólogo y el pediatra en nuestro ambiente

Hablando en general y con toda sinceridad, hemos de confesar que el contacto del tocólogo y del pediatra en nuestro ambiente deja mucho que desear; nuestras relaciones con el tocólogo son proporcionalmente las mismas que tenemos con otras disciplinas de la Medicina, y esto, a nuestro juicio, es completamente ilógico; sin embargo, hasta el presente, excepto en casos aislados, esto viene sucediendo, hasta el punto de que la primera semana del niño siempre la hemos llamado "terreno de nadie". El pediatra no ha presenciado los primeros días de la vida del niño porque no ha sido requerido para ello, y cuando lo ha sido, lo es en casos desastrosos; el tocólogo que ha asis-

tido el parto y vigila la parturienta, "soporta" las preguntas que se le hacen sobre el niño, procurando salir del compromiso como mejor puede, pero sin dedicar una verdadera y sistemática atención al mismo; y llegamos al hecho real de que al tocólogo no le interesa el niño, y se precisa que sea de mucho volumen el trastorno que aquél padece para que fije su atención en él; al pediatra "no llega el niño", de aquí que éste quede en manos de la comadrona y de la familia, y demasiado sabemos cuál es la preparación de ambos elementos.

Muchas veces nos hemos preguntado por qué el tocólogo, si pensaba ocuparse del niño en sus primeros días, no profundiza en su patología y aborda los problemas que presente, y si cree que éste no es su cometido, por qué no da paso al pediatra desde el primer momento cuya importancia cronológica es preciso realzar.

Es posible que el tocólogo piense que el pediatra actual no esté preparado para resolver los problemas del recién nacido; como pediatra es preciso darles la razón en parte, pero la falta de preparación en este sentido está precisamente en la falta de experiencia por ausencia de función, pues si añadimos a las dificultades que la patología de esta edad presenta la falta de experiencia por falta de función, llegamos a la conclusión de que todo ello es un círculo vicioso que precisa que rompamos.

Creemos que ha llegado el momento de encuadrar a quién corresponde el recién nacido, y si lo analizamos, veremos que afecta a ambos: pediatra y tocólogo. A ambos les interesa conocer la evolución de la gestación del parto y del niño, ya que todo ello tiene una relación tan estrecha, que de mirarla solamente bajo uno de sus aspectos, sería incompleta; pero en una época de superespecialización como la actual, no podemos fundir las dos especialidades, y convertirse los tocólogos y pediatras en tocólogos-pediatras; hemos de buscar, por lo tanto, otra fórmula, y ésta no puede ser más que la colaboración íntima

entre tocólogo y pediatra, pero fundiendo ambos su orientación en el mismo sentido. Es indudable que el pediatra debe estar mejor preparado en este sentido, pero también el tocólogo debe estarlo para orientar las consecuencias del embarazo y parto, con la mirada puesta en el recién nacido.

Todas estas reflexiones, que no son nada nuevas, no se han producido únicamente en nuestro ambiente y por la particular forma que tiene nuestra asistencia; en otros países, los problemas han sido idénticos, pero están en otra fase, pues dada la forma asistencial de los mismos la colaboración es mucho más fácil de llevar a la práctica; pero en nuestro ambiente, en los momentos actuales, existe una franca orientación de la asistencia del parto en las Maternidades, momento que es y debe ser aprovechado para la vigilancia de la madre y del recién nacido en todos sus aspectos.

Toda Maternidad, proporcional a su capacidad, debe disponer de un departamento para los recién nacidos que precisen cuidados especiales, recién nacidos enfermos o sospechosos, y prematuros (considerando a los prematuros como recién nacidos enfermos), con instalación apropiada para su vigilancia y tratamiento, teniendo en cuenta que ambos recién nacidos enfermos y prematuros precisan de parecidas atenciones. Las clínicas pediátricas corrientes no son el sitio más adecuado para la asistencia de estos niños, puesto que no están preparadas para ello, tanto por su organización como por su personal auxiliar. En otras Maternidades de países que están en una fase evolutiva distinta a la nuestra, toda Maternidad dispone de su enfermería de recién nacidos, con sus departamentos de infecciosos y no infecciosos, en los que indistintamente son admitidos todos los recién nacidos enfermos, a término o prematuros, y en los que existe un pediatra encargado del departamento, colaborador del jefe de la Maternidad o "patrón" tocólogo, como es natural, encargado de coordinar los servicios de la Materni-

dad, incluyendo el departamento de recién nacidos. La mayoría de trabajos e investigaciones que se efectúan los vemos firmados por tocólogos, pediatras y enfermeras especializadas en los cuidados de recién nacidos y prematuros, y si citamos este hecho, es precisamente por su significación, pues nos da a entender cómo coordinan sus esfuerzos el tocólogo y pediatra, y otro elemento, el personal auxiliar, sobre el cual nos creemos con la obligación de hacer algunos comentarios.

Muchas de las Maternidades citadas, sus departamentos de recién nacidos hacen su labor rutinaria, sin otra aspiración, pero siguiendo las pautas que se les da por algunas de las clínicas tenidas como centros pilotos de recién nacidos, en las cuales la prodigalidad económica de las subvenciones de todo tipo les permiten dedicarse a la investigación de los problemas de recién nacidos en general, y cuyos resultados positivos sirven de pautas a las restantes clínicas de menos ambiciones y posibilidades.

Papel de la enfermera en la colaboración obstétrico-pediátrica

Tocólogos y pediatras, experimentados en la lucha contra la mortalidad neonatal, como, por ejemplo, Lacomme y Lelong, separadamente, cuando se habla de colaboración entre el tocólogo y pediatra, reconocen su importancia indudable, pero a continuación hacen notar que no debe olvidarse el papel de la enfermera en esta colaboración contra la lucha de la mortalidad neonatal. A quien desconoce estos problemas le resultará extraño que se recuerde con tanta insistencia el papel del personal técnico auxiliar cuando se aborda la colaboración del tocólogo y pediatra, así como del objeto de la misma, la lucha contra la mortalidad perinatal; a nosotros también nos parecía

un poco fuera de lugar dar tanta importancia a la enfermera en estos problemas, pero una vez que nos hemos familiarizado con los mismos, comprobamos cuánta razón tenían los que hacen esta afirmación, y el papel tan esencial que la enfermera juega en estas cuestiones.

Las técnicas y espíritu que se precisa para el manejo del recién nacido, es por lo regular desconocida para la mayor parte del elemento auxiliar que disponemos. Quienes más cerca están de estas orientaciones son las comadronas, ya que entre sus obligaciones habituales se comprenden los cuidados del recién nacido; efectivamente, en otros países, comprendiéndolo así, las "sage-femmes" son las encargadas del personal de enfermeras de las clínicas de recién nacidos, ya que por sus conocimientos sobre la gestación, parto y recién nacido, disponen y orientan al resto del personal de enfermeras que se precisa en toda clínica bien organizada; pero el tipo de comadronas que en nuestro país disponemos no creemos, por muy diversas circunstancias, que sean los elementos eficaces para prestarnos su ayuda, a pesar de que sus conocimientos iniciales, en algunas ocasiones, sean teóricamente aceptables; por ello preferimos auxiliares con el título más modesto de enfermera, las cuales pueden ser mejor preparadas por no existir en ellas prejuicios de ninguna especie, su ambición es más moderada y pueden ser preparadas para su cometido mediante cursillos teórico-prácticos dados en Centros orientados hacia el recién nacido.

Si comenzamos desde el momento del nacimiento del niño en la práctica, será muy difícil que un pediatra experto esté presente en todos los partos; sin embargo, la enfermera puede estarlo y ser la que recoja todos los datos que el tocólogo crea de interés, se haga cargo del niño y le dé las primeras asistencias, incluída la reanimación, de ser precisa, teniendo en cuenta que las maniobras que ésta comprende, en los momentos actuales, es una práctica rutinaria, pero para la cual se necesita

cierta experiencia y amoldarse a los consejos y pautas que le sean dadas por el pediatra, que en todo momento estará pendiente de cuál es la mejor conducta a seguir.

En días sucesivos la labor del médico sin la enfermera sería completamente ineficaz, ya que no es posible efectuar la asistencia sin una vigilancia detallada y la recopilación de todos los datos que durante los primeros días se precisa; además, los cuidados que precisan los recién nacidos, y en particular si éstos son enfermos, son tales que no puede admitirse que la enfermera tenga otro cometido distinto al de estar atenta a las incidencias de los recién nacidos a su cargo. En la labor educativa sobre las madres, el papel de la enfermera es extraordinario, ya que es quien más íntimamente convive con ellas.

Es tal la eficacia de este personal preparado en este sentido, que en grandes Maternidades hemos visto desentenderse a los jefes de servicios de los problemas rutinarios, para dedicarse de lleno al estudio y perfeccionamiento de las técnicas a realizar, contando siempre con la fidelidad de las acertadas observaciones del elemento auxiliar.

Importancia del examen precoz del recién nacido

Toda vigilancia del recién nacido ha de basarse en su examen precoz, que debe ser verificado por el pediatra, el cual lo defiende porque tiene la convicción de sus ventajas, y no por espíritu de monopolio.

El examen del recién nacido precisa de un hábito especializado, son muchas las cosas que escapan a los ojos del no habituado, y estos conocimientos nadie discute que son labor del pediatra.

Las ventajas que pueden deducirse del examen precoz son múltiples y en ocasiones decisivas. Aparte del reconocimiento

general, que no difiere en nada al que estamos habituados, existen otras exploraciones que son exclusivas del recién nacido, y de las cuales citaremos las más importantes.

Las malformaciones, algunas son visibles a simple vista, pero otras no, por lo cual han de buscarse de una manera sistemática, que, además de evitar grandes sorpresas, pueden ser motivo de intervenciones decisivas y eficaces si se efectúan con rapidez.

Los fenómenos de isoinmunización requieren gran rapidez en la actuación, si tenemos en cuenta que los medios que contamos para su tratamiento sólo son eficaces si se emplean durante las primeras horas de la vida.

Los trastornos neurológicos que los recién nacidos puedan presentar tienen una importancia enorme, y únicamente la exploración precoz puede darnos noticia de los mismos en la mayoría de los casos. Un grave problema supone el tener que pronosticar el porvenir de un recién nacido en el cual por las exploraciones neurológicas ordinarias no se obtiene ningún resultado; tampoco el laboratorio nos da orientaciones definidas, ya que la resistencia a la anoxia puede ser muy variable según el organismo; en niños con graves lesiones pueden encontrarse cifras de oxígeno en sangre normales, y, por el contrario, en niños completamente normales podemos apreciar cifras de oxígeno extraordinariamente bajas; por ello, ante la negatividad de los métodos citados, hemos de recurrir a la respuesta biológica del organismo ante un perjuicio, y fundándose en la extraordinaria sensibilidad del sistema nervioso del recién nacido ante cualquier insulto, se han de buscar las anomalías que dicho sistema presente, teniendo en cuenta que el examen neurológico habitual carece de valor, por lo que se ha estudiado otro tipo de respuestas, consiguiendo crear una exploración neurológica exclusiva de esta edad, a base de automatismos, que nos expresan, de una manera fidedigna, el estado del sistema nervioso y, por lo tanto, de las lesiones poco visibles que puedan existir.

La exploración sistemática del recién nacido buscando estos tres grandes grupos de anomalías tan propias del mismo, tendrían una influencia favorable en la mortalidad neonatal, ya que en muchos casos podrían aplicarse remedios eficaces, y en otros más desgraciados evitaríamos grandes errores pronósticos.