

Atención del recién nacido sano

Participantes

Coordinador: Dr. Miguel Angel Pezzotti Rentería. Médico Adscrito. Servicio de Medicina Perinatal Pediátrica. Centro Hospitalario "20 de Noviembre" I.S.S.S.T.E.

Dra. Guadalupe Alvarado Vega. Jefe Servicio de Neonatología. Centro Hospitalario "20 de Noviembre" I.S.S.S.T.E."

Dra. María de los Angeles Segura Roldán. Médico Adscrito. Servicio de Medicina Perinatal Pediátrica. Centro Hospitalario "20 de Noviembre" I.S.S.S.T.E.

Dr. Genaro Fernández Lafontaine. Médico Adscrito. Servicio de Medicina Perinatal Pediátrica. Centro Hospitalario "20 de Noviembre" I.S.S.S.T.E.

Dr. Pedro de Sarasqueta y Vincent. Médico Adscrito. Servicio de Medicina Perinatal Pediátrica. Centro Hospitalario "20 de Noviembre" I.S.S.S.T.E.

Introducción

Hemos seleccionado el tema sobre la atención del recién nacido sano, por tres razones: En primer lugar, al revisar las estadísticas nacionales y extranjeras, encontramos que más del 90% de los recién nacidos son catalogados como sanos, lo que para nuestro país representa una población aproximada de 2,500,000 niños por año. En segundo lugar, sentimos la necesidad, como grupo institucional, de iniciar a varios niveles, la difusión de los conceptos actuales de manejo de este núcleo tan importante de la población, ya que en ocasiones por ignorancia y en otras por tradición, el neonato se ve sometido desde su nacimiento a una serie de maniobras y procedimientos innecesarios y en ocasiones francamente agresivos.

Como último punto, queremos tocar algunos aspectos sobre la detección precoz de padecimientos no evidentes en la etapa de recién nacido, que de pasar inadvertidos representarán una desventaja biológica para el portador de ellos.

Entendemos por recién nacido sano, a aquel homigénito nacido de término, con peso adecuado para su edad gestacional y desarrollo acorde a estos dos parámetros, cuya gestación, nacimiento y etapa neonatal inmediata han transcurrido sin problemas.

Los conceptos que serán expresados por los ponentes de la mesa redonda, representan en su mayoría la experiencia del Centro Hospitalario "20 de Noviembre" del ISSSTE, en los últimos seis años de trabajo, existiendo entre 4000 y 5000 nacimientos por año, para los cuales ha sido establecido un sistema de selección, canalización y manejo que será explicado a continuación.

Dr. Pezzotti Doc-
tora Alvarado, ¿po-

**Recién nacido sano es el homi-
génito a término, con peso y des-**

arrollo adecuados para su edad gestacional, cuya gestación y nacimiento han sido normales. Para la elección del recién nacido sano se usa la valoración epidemiológica de la Dra. Lubchenko; es la experiencia de los ponentes que 98% de los neonatos con menos de 15 puntos de riesgo no presentan complicaciones. La rutina de manejo en la sala de partos es: proporcionarle ambiente térmico adecuado, valoración de sus condiciones generales (Apgar), profilaxis de la oftalmía neonatal, identificación y preparación para el traslado a la sala de cunas. No es conveniente administrar oxígeno de rutina.

dría decirnos qué procedimiento se utiliza en el Centro Hospitalario "20 de Noviembre", para la selección del recién nacido sano?

Dra. Alvarado Para considerar sano a un neonato y que por lo tanto puede manejarse en un cunero, con cuidados únicamente de Puericultura, hemos seleccionado, de las valoraciones epidemiológicas de riesgo al nacimiento, la elaborada por la

Dra. Lubchenko (cuadro 1) y que toma en consideración varios factores, entre otros: edad materna, condiciones del embarazo, trabajo de parto, nacimiento, peso, edad gestacional y otros.

Aunque la autora originalmente no establece clasificación de riesgo, hemos utilizado la puntuación final para hacer una selección del área a que será enviado el neonato para su manejo (cuadro 2).

Esta selección es hecha por el médico pediatra de guardia en el área de cuidados inmediatos, después de haber explorado al recién nacido y evaluado los antecedentes obstétricos. De acuerdo a la puntuación de riesgo, la población neonatal se envía a diferentes áreas de manejo, como se explica en el cuadro 2, independientemente de la existencia o no de patología al nacer.

Con este procedimiento, hemos observado, que 98 por ciento de los neonatos con me-

nos de 15 puntos de riesgo de morbilidad, transcurren su etapa neonatal sin ningún tipo de complicaciones, lo que permite a su vez, hacer una distribución más adecuada de recursos humanos y materiales.

Dr. Pezzotti Doctor Fernández, ¿cuál es la rutina de manejo en la sala de partos, para estos neonatos?

Dr. Fernández Debe ser enfocado a cinco aspectos básicos; el primero y más importante de ellos, es proporcionar un ambiente térmico adecuado; para ello, una vez separado el niño de la placenta, debe secarse lo antes posible para evitar pérdidas de calor por evaporación, posteriormente se coloca en la mesa de atención de recién nacido y se debe procurar mantener la temperatura corporal entre 36.5 y 37°C, en un ambiente térmico neutro, con el que se consigue reducir las necesidades de oxígeno.

El segundo paso es valorar las condiciones generales del homigénito, lo que se lleva a cabo con la evaluación de Apgar, que debe hacerse al minuto y a los cinco minutos de vida, es en este momento cuando debe practicarse la exploración física y neurológica del recién nacido, ya que una calificación "alta" en la escala de Apgar no necesariamente implica que el producto se encuentra sano.

El tercer aspecto abarca la profilaxis de la oftalmía neonatal. Para ello utilizamos colirios a base de neomicina o terramicina. El nitrato de plata, ha caído en desuso por la conjuntivitis química que puede producir. En orden cronológico, el cuarto punto está dado por la ligadura del cordón umbilical, que en nuestro servicio hacemos con cinta estéril de algodón y con doble nudo, dejando un espacio de un centímetro entre ambos.

Por último, es importante enfatizar dos

Cuadro 1. Valoración epidemiológica de riesgo al nacimiento.

(Marque con una X según corresponda, sume los valores y obtenga la puntuación de riesgo).

MORBILIDAD	MORTALIDAD
PESO AL NACER	PESO AL NACER
61.7 <input type="checkbox"/> \leq 1,500 g	68.9 <input type="checkbox"/> \leq 500 g
65.0 <input type="checkbox"/> 1,501 - 2,000	61.1 <input type="checkbox"/> 500 - 1,000
15.8 <input type="checkbox"/> 2,001 - 2,500	36.4 <input type="checkbox"/> 1,001 - 1,250
4.3 <input type="checkbox"/> 2,501 - 3,500	14.4 <input type="checkbox"/> 1,251 - 1,500
5.0 <input type="checkbox"/> \geq 3,501 g	7.5 <input type="checkbox"/> 1,501 - 2,000
EDAD GESTACIONAL	EDAD GESTACIONAL
21.6 <input type="checkbox"/> \leq 27 semanas	1.4 <input type="checkbox"/> 2,001 - 2,500
18.4 <input type="checkbox"/> 28 - 31	.7 <input type="checkbox"/> 2,501 - 3,500
15.0 <input type="checkbox"/> 32 - 33	0 <input type="checkbox"/> 3,501 - 4,000
9.0 <input type="checkbox"/> 34 - 35	1.4 <input type="checkbox"/> \geq 4,001 g
3.8 <input type="checkbox"/> 36 - 37	EDAD GESTACIONAL
1.1 <input type="checkbox"/> \geq 38 semanas	21.7 <input type="checkbox"/> \leq 27 semanas
2.7 <input type="checkbox"/> se desconoce	8.9 <input type="checkbox"/> 28 - 29
EDAD MATERNA	4.4 <input type="checkbox"/> 30 - 31
7.4 <input type="checkbox"/> \leq 15 años	2.2 <input type="checkbox"/> 32 - 33
1.9 <input type="checkbox"/> 16 - 19	.7 <input type="checkbox"/> 34 - 35
0 <input type="checkbox"/> 20 - 34	.2 <input type="checkbox"/> 36 - 39
3.9 <input type="checkbox"/> \geq 35 años	0 <input type="checkbox"/> 40 - 41
EMBARAZO, TRABAJO PARTO, PARTO	.5 <input type="checkbox"/> 42 - 43
4.5 <input type="checkbox"/> Toxemia	.7 <input type="checkbox"/> \geq 44 semanas
34.7 <input type="checkbox"/> Diabetes	.7 <input type="checkbox"/> se desconoce
6.3 <input type="checkbox"/> Membranas rotas más 24 h	ANTECEDENTES MATERNOS
4.2 <input type="checkbox"/> Sufrimiento fetal	2.3 <input type="checkbox"/> Madre de más de 40 años
2.4 <input type="checkbox"/> Anestesia, analgesia, etc.	2.2 <input type="checkbox"/> Toxemia
4.1 <input type="checkbox"/> *Complicaciones trabajo parto	17.5 <input type="checkbox"/> Muertes neonatales previas
5.3 <input type="checkbox"/> Parto distócico	1.3 <input type="checkbox"/> Más de dos muertes fetales
PRODUCTO DE LA GESTACION	PRODUCTO DE LA GESTACION
0 <input type="checkbox"/> Apgar (1') 8 a 10	4.9 <input type="checkbox"/> Embarazo múltiple
3.1 <input type="checkbox"/> Apgar (1') 5 a 7	.9 <input type="checkbox"/> Sufrimiento fetal
11.0 <input type="checkbox"/> Apgar (1') 0 a 4	0 <input type="checkbox"/> Apgar (1') 8 a 10
REANIMACION	.6 <input type="checkbox"/> Apgar (1') 5 a 7
6.4 <input type="checkbox"/> Presión positiva	9.5 <input type="checkbox"/> Apgar (1') 0 a 4
11.8 <input type="checkbox"/> Bicarbonato, sangre, albúm., etc.	REANIMACION
4.1 <input type="checkbox"/> Producto sexo masculino	1.4 <input type="checkbox"/> Presión positiva
TOTAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RIESGO DE MORBILIDAD	TOTAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RIESGO DE MORTALIDAD
CANALIZACION A:	NEONATOLOGIA 1 (Morb. \leq 15) <input type="checkbox"/>
U.C.I.N. (Morb. $>$ 30) <input type="checkbox"/>	NEONATOLOGIA 2 (Morb. \leq 15) <input type="checkbox"/>
INTERMEDIOS (Morb. 30 $>$ 15) <input type="checkbox"/>	FECHA HORA
PATOLOGIA: DEFUNCION <input type="checkbox"/>	

* Incluye: Inducción uso de útero-inhibidores, con inercia uterina, prolapso del cordón, estrechez pélvica, falta de rotación y descenso, hemorragias y otras condiciones relacionadas.

Cuadro 2. Selección de área de manejo según puntuación de riesgo.

<15 puntos de riesgo de morbilidad: cunero normal.

15-30 puntos de riesgo de morbilidad: cuidados intermedios

>30 puntos de riesgo de morbilidad: cuidados intensivos.

aspectos: la identificación del neonato, que debe ser hecha en la misma sala de partos, y la preparación para el traslado hacia la sala de cuna, procedimiento que debe ser hecho sin perder tiempo y garantizando durante el mismo la conservación térmica del niño.

Debe mencionarse en este punto, que la aspiración de secreciones no debe ser un procedimiento rutinario en el niño sano, ya que existe un gran riesgo de estimulación vagal con apnea y bradicardia secundaria. Esta maniobra debe ser evaluada en cada caso.

Dr. Pezzotti Doctor Fernández, ¿debe administrarse oxígeno en forma rutinaria?

Dr. Fernández No es conveniente la administración de oxígeno en forma rutinaria; en primer lugar por tratarse de un medicamento cuya indicación no existe y en segundo lugar, porque su uso trae consigo una serie de riesgos y complicaciones.

Dr. Pezzotti Doctor Sarasqueta, ¿cuál es la rutina de manejo en las primeras 12 horas de vida para el recién nacido sano?

Dr. Sarasqueta La rutina de manejo del recién nacido sano, en el cunero, durante las primeras 12 horas de vida, puede pausarse sobre la siguiente base: al ingreso al cunero debe colocarse al neonato en incubadora a 32°C, por una o dos horas, hasta que estabiliza su temperatura de modo que pueda mantener su homeostasis térmica vestido y con la incubadora abierta. Ulteriormente existen dos alternativas de manejo:

la primera reside en el alojamiento compartido con la madre, en que el recién nacido es llevado a la habitación materna para ser alimentado al pecho desde la tercera hora de vida o libre demanda, permitiéndose una succión durante 10 minutos a cada pecho durante el primer día y permaneciendo el recién nacido en la habitación de su madre, que le prodigará los cuidados generales.

La segunda alternativa consiste en la modalidad de alojamiento separado, madre-hijo, que es la que se practica en nuestro hospital y en la inmensa mayoría de las instituciones mexicanas. Luego de estabilizada la temperatura del recién nacido, se comienza la alimentación, habitualmente a las 4 horas de vida, con solución glucosada al 5% en un volumen de 20 a 30 ml. Si la succión y la tolerancia del neonato son adecuadas, se continúa la alimentación cada tres horas, a base de leche maternizada al 16% en volúmenes semejantes a los de la solución glucosada. A partir de las 12 horas de vida, el niño es llevado con su madre cada 3 horas para efectuar la alimentación al seno. Durante las primeras 12 horas de vida, deben controlarse, además, los parámetros vitales del recién nacido: frecuencia cardíaca y respiratoria, micción, evacuación de heces y control de temperatura corporal.

Dr. Pezzotti. Doctor Sarasqueta, ¿es recomendable el baño en las primeras horas de vida?

Dr. Sarasqueta No es recomendable el baño como rutina en las primeras horas de vida, ya que en primer lugar, no representa ningún beneficio desde el punto de vista clínico; por otra parte, el baño durante el periodo

No se recomienda rutinariamente el baño en las primeras 12 hs, ya que puede afectar la homeostasis térmica y el neonato posee mecanismos normales en la piel que lo protegen contra las infecciones. No administramos rutinariamente vitamina K en el recién nacido sano. Su uso está indicado en hijos de madres epilépticas tratadas con hidantoínas, o aquellas que han recibido por tiempo prolongado aspirina o indometacina. Las inmunizaciones indispensables para el neonato son la antipoliomielítica y la antituberculosa.

Fig. 1. La evaluación física y neurológica debe ser practicada en la sala de partos.

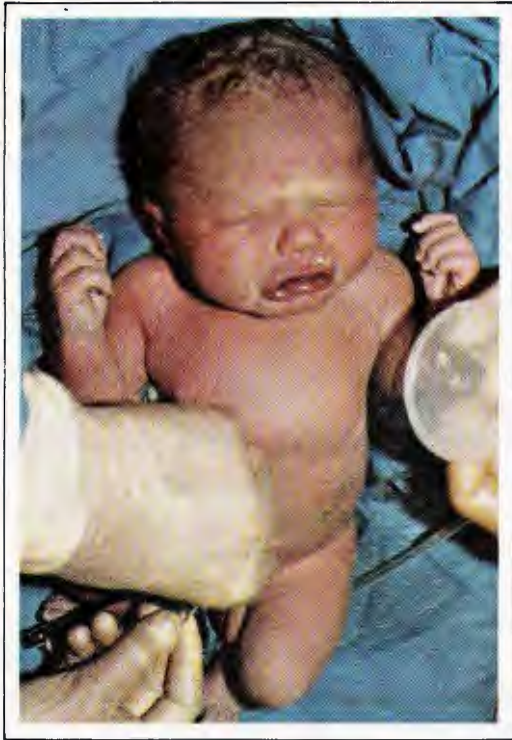
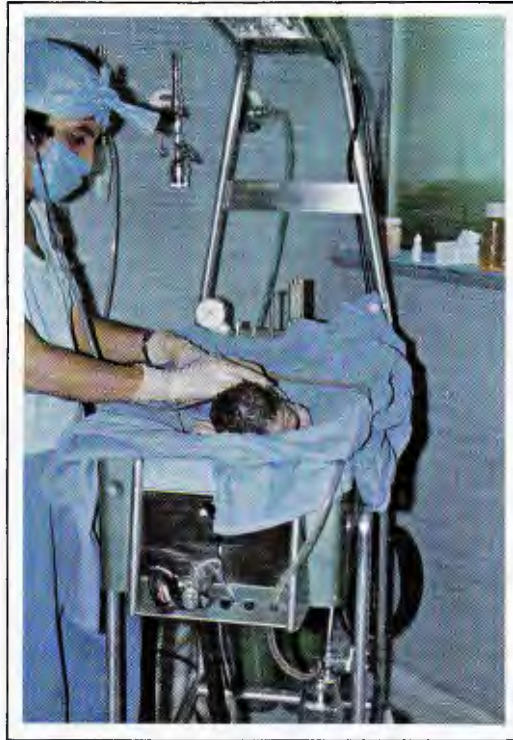


Fig. 2. Colocar al recién nacido en un ambiente térmico neutro, reduce sus requerimientos de oxígeno.



Los tres problemas dermatológicos más frecuentes en el neonato son: dermatitis de pañal, la miliaria rubra y el eritema tóxico.

de transición y estabilización en las primeras horas de vida, puede tener efectos adversos sobre

la homeostasis térmica que habíamos mencionado anteriormente. Por otra parte, los elementos normales de la piel, sin el baño, como el unto sebáceo, tienen un efecto protector contra las infecciones neonatales al iniciarse la colonización de la piel.

Dr. Pezzotti Dra. Segura, ¿podría darnos su opinión, sobre la aplicación rutinaria de vitamina K al recién nacido sano?

Dra. Segura Como sabemos, el déficit de vitamina K se señala como responsable de la enfermedad hemorrágica del recién nacido, la cual se manifiesta por hemorragias gastrointestinales, en mucosas, cordón umbilical y órganos internos. Hay autores que refieren una incidencia de 1 por cada 400

recién nacidos. Nosotros no la usamos de rutina en nuestro servicio en recién nacidos de término sanos y la verdad es que en nuestro hospital, su incidencia es muy rara por no usar la palabra inexistente, por lo cual no justificamos su uso rutinario.

Seguramente los únicos casos en que los recién nacidos de término sanos deban recibir vitamina K, serían aquellos hijos de madres con epilepsia que han sido tratadas con hidantoínas, o en productos de madres con historia de amenaza de parto prematuro que fueron manejadas con indometacina o aspirina; así mismo los de madres cardiopatas tratadas con anticoagulantes o en aquellos que hayan recibido primidona durante su vida fetal.

Dr. Pezzotti Doctora Alvarado, ¿cuáles inmunizaciones deben proporcionarse a esta edad y qué precauciones deben tomarse al respecto?

Dra. Alvarado Las inmunizaciones que

deben aplicarse por ley, a todos los recién nacidos en nuestro país, son actualmente la vacuna antipoliomielítica y la antituberculosa. El segundo día de vida se administra la vacuna oral tipo Sabin trivalente y al tercero o cuarto día la BCG. Existe controversia respecto a la utilidad de la polioinmunización en la etapa neonatal; sin embargo, estudios hechos por Kats, Lepow y colaboradores en 1960, con grupos de recién nacidos inmunizados, muestran una disminución importante en la incidencia de poliomiélitis en el primer mes de vida y un aumento significativo de los títulos de anticuerpos en 50 por ciento de los neonatos que recibieron la vacuna. Aún así, el esquema primario de inmunización contempla la administración subsecuente de 2 ó 3 dosis más en los primeros seis meses de vida, lo que permite una cobertura superior a 85 por ciento de la población infantil. Esto es importante, especialmente en los países con poliomiélitis endémica en los cuales los niños al nacer ya tienen cierto grado de inmunidad pasiva contra poliomiélitis, debido a la transferencia pasiva de anticuerpos por vía transplacentaria. El efecto de este mecanismo se pierde entre los 3 y 6 meses de edad y por ello es importante que el esquema primario contemple las dos inmunizaciones posteriores como mínimo.

Además de la notoria disminución de la incidencia de poliomiélitis con este esquema de inmunización, se encuentra el factor psicológico que impulsa a la familia para no interrumpir una inmunización que ya se inició, en contra de la apatía por iniciar un esquema 3 ó 6 meses después.

Es importante recordar que la vacuna Sabin debe recibirse antes de iniciar la lactancia, o bien, evitar ésta durante el día en que se administre la vacuna, ya que los anticuerpos IgA de esta leche pueden inactivar el virus administrado.

La vacuna BCG estudiada ampliamente en varios países tanto en poblaciones con incidencia mínima de tuberculosis como en poblaciones enfermas, ha demostrado un amplio grado de utilidad. Rosenthal, por

ejemplo, estudió a 451 niños provenientes de familias tuberculosas, de las cuales se inmunizó a un grupo, dejando otro similar, no inmunizado como control; los resultados mostraron que en el grupo de niños inmunizados la tuberculosis miliar y meníngea no existió a diferencia del otro grupo, en que se presentaron varios fallecimientos por la enfermedad.

Además, con el tipo actual de vacuna no se han encontrado reacciones generalizadas, en los niños inmunizados. Debemos recordar al respecto que se debe hacer un control de PPD a los dos o tres meses de inmunizado el niño y repetir la inmunización si la prueba es negativa.

Dr. Pezzotti Doctora Alvarado, ¿en qué niños no debe aplicarse BCG?

Dra. Alvarado No debe aplicarse la vacuna BCG en niños hipotróficos y en general en todos aquéllos en que se sospecha o comprueba inmunodeficiencia.

Dr. Pezzotti Doctor Sarasqueta, ¿quisiera mencionarnos los tres problemas dermatológicos más frecuentes en el recién nacido, su etiología y manejo?

Dr. Sarasqueta Aunque más frecuentemente observada en lactantes, la dermatitis del pañal constituye un problema de gran importancia en los cuneros; esta lesión, caracterizada por eritema y maceración de la piel del área del pañal, se produce por factores vinculados a humedad local, retención del sudor y la acción continua del amoníaco de la orina, pero siempre concurre como factor determinante en su producción, la prolongación del intervalo entre cambio de pañales por la pobre calidad de la asistencia que acontece en numerosos cuneros.

La miliaria rubra, es también frecuente en neonatos y se caracteriza por la presencia de lesiones eritematosas pequeñas que asientan sobre las glándulas sebáceas obstruidas. Estas lesiones se deben a sobrecalentamiento y exceso de abrigo del neonato.

Por último, el eritema tóxico, que suele aparecer al segundo día de vida y se carac-

Cuadro 3. Padecimientos congénitos.

Luxación congénita de cadera
Pie equino varo
Genu valgum
Acondroplasia
Artrogriposis
Osteogénesis imperfecta

Cuadro 4. Padecimientos adquiridos.

(Relacionados íntimamente con traumatismo obstétrico)
Fracturas: clavícula, húmero, fémur
Elongación de plexo braquial
Traumatismos de columna y médula
Lesión de nervio frénico

teriza por la presencia de pequeñas lesiones eritematosas en el tronco, acompañadas de vesículas de tamaño muy pequeño; pueden diferenciarse estas lesiones de las pústulas estafilocócicas, por la menor dimensión del eritema y la evolución fugaz y benigna que caracteriza al eritema tóxico neonatal. El manejo de estos cuadros es sencillo y consiste en: baño diario, evitar el sobrecalentamiento y cambiar frecuentemente los pañales, así como en el caso del eritema del pañal, evitar la aplicación de aceites minerales, corticoides y otros productos capaces de producir dermatitis de contacto.

La patología del sistema musculoesquelético se clasifica en congénita y adquirida; entre las primeras está la luxación congénita de la cadera y entre las segundas las fracturas, elongación del plexo braquial y lesión del nervio frénico por traumatismo obstétrico. Entre los padecimientos congénitos que pueden causar daño neurológico resalta el hipotiroidismo cuyo efecto es devastador. Otros trastornos como la fenilcetonuria, deficiencia de glucosa-6-fosfato hidrogenasa, aunque poco frecuentes en nuestro medio, deben sospecharse ante la presencia de datos poco específicos en la vida neonatal como serían

Dr. Pezzotti Doctor Fernández, de la patología del sistema musculoesquelético, ¿qué entidades merecen especial atención?

Dr. Fernández El reconocimiento de la patología del sistema musculoesquelético, aunque no requiere de un entrenamiento muy especializado, sí reviste las características de un capítulo muy importante, ya que algunos de estos padecimien-

tos deben ser diagnosticados en forma temprana, puesto que su tratamiento debe iniciarse durante los primeros días de vida. Estas entidades están clasificadas en congénitas y adquiridas (ver cuadros 3 y 4).

Debemos reconocer que existen signos clínicos que pueden ser específicos de algunos de estos padecimientos como en el caso de la luxación congénita de cadera, en que la limitación a la abducción en los miembros inferiores o la presencia de un chasquido al efectuar dicha maniobra, pueden ser datos diagnósticos de la enfermedad. Existen otros signos que pueden orientar hacia determinado problema como es la presencia de un Moro incompleto o unilateral que indicarían en algún caso fractura de clavícula, húmero o elongación del plexo braquial. También es importante recabar adecuadamente los antecedentes obstétricos, ya que pueden ser de ayuda para conocer la fisiopatología de la lesión.

Como un ejemplo, baste citar al producto obtenido en presentación pélvica a través de una gran extracción podálica, en el que es común la fractura de clavícula y lesiones de médula cervical.

Dr. Pezzotti Doctor Fernández, ¿considera usted que la exploración cuidadosa de la

ictericia persistente, hepatomegalia, vómito pertinaz, diarrea, hipotonía y respuestas anormales a la exploración neurológica. En este grupo de padecimientos, la elaboración de una historia clínica completa es de gran trascendencia.

Fig. 3. La introducción de sondas en forma innecesaria puede producir bradicardia severa.

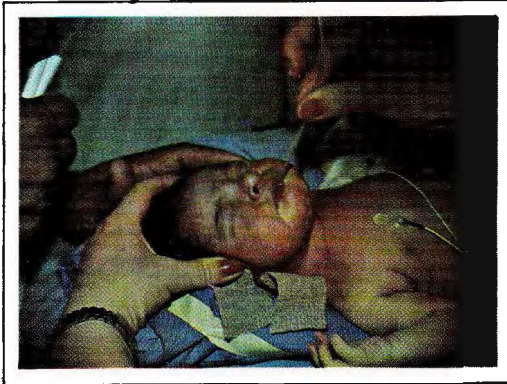


Fig. 4. La instrucción a la madre, motiva la práctica de la lactancia y reduce las complicaciones infecciosas en la etapa neonatal.



cadera del recién nacido, aumenta la detección de la miodisplasia de ese sitio?

Dr. Fernández Definitivamente sí; en un estudio que se está elaborando en el hospital, se ha observado que la incidencia de esta patología es de 1.18%, cifra mayor que en otras series reportadas.

Dr. Pezzotti Doctora Segura, ¿qué padecimientos congénitos, capaces de producir daño neurológico, deben buscarse en la etapa neonatal?

Dra. Segura Afortunadamente, la frecuencia con que se presentan estos padecimientos es baja. Es fundamental en estos casos la historia clínica, en que los antecedentes de hermanos con retraso mental, muertes neonatales, historia de convulsiones o demencia, pueden orientar a la sospecha diagnóstica. En general, los trastornos del metabolismo se descubren muchas veces cuando aparecen síntomas o signos que indican que algo va mal y casi siempre es un poco tarde para evitar el daño que ellas pueden producir; ejemplo de esto es la fenilcetonuria, cuyos síntomas aparecen al mes de edad o más tardíamente.

Estos padecimientos, como decíamos, se manifiestan por signos y síntomas muy inespecíficos o sutiles que por sí mismos no hacen el diagnóstico, aunque debe pensarse en ellos cuando se encuentran uno o dos en forma persistente.

Los datos clínicos que se presentan en la etapa neonatal son: flaccidez, signo que vale la pena mencionarlo, pues puede ser la primera manifestación del problema; otros datos como hepatomegalia, ictericia persistente, vómito y diarrea aunque son poco orientadores desde el punto de vista etiológico, deben llamarnos la atención al respecto.

Desde el punto de vista neurológico, lo más frecuente es encontrar en los primeros meses de vida retraso psicomotriz, convulsiones, cataratas o alteraciones del tono muscular. El único signo típico de enfermedad metabólica congénita es la presencia de orina con olor a maple en la enfermedad de Jarabe de Arce.

Es interesante señalar, que en nuestro servicio, se elaboró conjuntamente con el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, un estudio para investigar la incidencia de déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, en el que de 300 neonatos masculinos estudiados que presentaban ictericia, la incidencia fue de 0, con lo que suponemos que, al menos en nuestra población, la incidencia de la enfermedad es bastante baja. Si bien es cierto que este padecimiento no es capaz por sí mismo de producir daño neurológico, empleamos este ejemplo para llamar la atención sobre lo importante que es tomar en cuenta los antecedentes raciales, familia-

res y genéticos en este tipo de enfermedades.

Pocos trastornos tienen efectos tan devastadores y profundos sobre el desarrollo, como el hipotiroidismo congénito no tratado, cuyas manifestaciones clínicas son inespecíficas o incluso no se presentan, de manera que una aceptable cantidad de neonatos afectados de hipotiroidismo tienen un aspecto completamente normal al nacer; en una serie reportada se detectó hipotiroidismo por el método de tamiz metabólico, en 277 recién nacidos, de los cuales solo ocho presentaban datos clínicos sugerentes del problema.

A la exploración física, son pocos los neonatos que presentan todos los datos clásicos como serían cara regordeta, aplanamiento del puente nasal, pseudohipertelorismo, fontanela anterior y suturas demasiado amplias; la presencia de fontanela posterior mayor de 0.5 cm de diámetro se refiere como un dato clínico de gran valor en la etapa neonatal, para sospechar el diagnóstico de hipotiroidismo congénito. Otros datos típicos son lengua voluminosa que permanece fuera de la boca, llanto ronco, piel fría y seca, ictericia persistente y es frecuente que presenten hipotermia, hipotonía y los reflejos lentos. Puede existir hernia umbilical como otro de los datos de hipotiroidismo, así como estreñimiento, distensión abdominal e inclusive retraso en la expulsión de meconio.

Como vemos, son muchos los síntomas, y pocos los niños que los presentan; sin embargo, la existencia de alguno de ellos nos debe obligar a descartar la enfermedad, ya que si el diagnóstico se retrasa vamos a tener problemas graves con estos niños. Quizá cabría señalar que lo ideal, o lo que se antojase como tal, sería el estudio en grandes núcleos de población, pero en México no se efectúa, ya que existen otras áreas de salud que son prioritarias.

servicio el sistema de alojamiento conjunto?

Dra. Alvarado No tenemos actualmente experiencia directa respecto a este sistema, pero han sido reportadas grandes ventajas tanto para la madre como para el niño, y la institución, por lo que existe el proyecto de implantarlo en el servicio.

Las ventajas para la madre son el establecimiento temprano de una relación afectiva en un ambiente tranquilo, sin presiones

familiares ni obligaciones domésticas que van a distraerla de esta relación. La iniciación temprana de la lactancia materna y como consecuencia una involución uterina adecuada. El poder recibir una orientación higiénico-dietética de tipo teórico práctico durante su estancia hospitalaria, tanto por parte del médico como de la enfermera, le permite con una mayor libertad expresar sus dudas y temores.

Las ventajas para el neonato son las siguientes: se favorece la alimentación natural con aporte óptimo de nutrientes y factores inmunológicos. En el medio mexicano, estudios efectuados por la SSA han mostrado que con este sistema el promedio de lactancia materna se ha incrementado hasta 60%.

El neonato recibe también una vigilancia personal, directa y amorosa desde los primeros momentos de su vida. Disminuye también la posibilidad de infecciones intrahospitalarias.

Para la institución, el alojamiento con-

implica el establecimiento de una relación afectiva en ambiente tranquilo y la iniciación temprana de lactancia materna; para el neonato se favorece la alimentación natural, recibe vigilancia personal y tiene menor posibilidad de adquirir infección intrahospitalaria. La circuncisión no debe practicarse rutinariamente ya que puede generar complicaciones inmediatas y tardías, de las primeras la parafimosis y la infección local o sistémica; entre las tardías, la estenosis del meato urinario. Hay que distinguir la ictericia fisiológica de la patológica; para ello no es necesario hacer análisis de laboratorio rutinariamente. Se deben prohibir los anticolinérgicos especialmente asociados a fenobarbital.

No tenemos experiencia en el alojamiento conjunto, pero parece muy ventajoso. Para la madre

Dr. Pezzotti Doctora Alvarado, ¿ha practicado con su

Cuadro 5. Diferencias básicas entre la ictericia fisiológica y la patológica.

<i>Ictericia fisiológica</i>	<i>Ictericia patológica</i>
<p>Antecedentes: »Básicamente ninguno</p>	<p>Antecedentes: »Hiperbilirrubinemia en productos previos. »Transfusiones incompatibles a la madre. »Abortos. »Uso de medicamentos en la madre y en el recién nacido. »Sufrimiento fetal. »Hipoglicemia, acidosis o hipotermia en el recién nacido. »Hipotiroidismo. »Infección en la madre o en el producto. »Alimentación al pecho materno.</p>

junto representa mejor utilización de los recursos humanos y materiales con abatimiento de costos y reducción de la estancia hospitalaria.

Dr. Pezzotti Doctora Alvarado, ¿cabría preguntarse, si este sistema requiere menos personal, abate morbilidad y disminuye costos? ¿por qué no se implanta en la mayoría de las instituciones?

Dra. Alvarado Efectivamente, se requiere menos cantidad de personal, pero el problema de nuestras instituciones no es la cantidad, sino la calidad del mismo, elemento indispensable para el buen funcionamiento de sistemas como el de alojamiento conjunto, y por dar un ejemplo de lo anterior basta citar que al aumentar la relación madre-hijo-enfermera, ésta última debe tener los conocimientos suficientes sobre la fisiología y manejo del recién nacido, así como la habilidad para transmitirlos, sin hacer sentir a la madre que se le está imponiendo una norma institucional.

Dr. Pezzotti Doctor Sarasqueta, ¿debe practicarse la circuncisión?

Dr. Sarasqueta La circuncisión no debe practicarse rutinariamente, ya que no existe ninguna razón médica para ello y este procedimiento puede, además, generar compli-

caciones inmediatas y tardías. Entre las primeras, debe mencionarse la producción de hematomas severos en neonatos con trastornos inadvertidos de la hemostasia o en casos en que la técnica fue inapropiada. Otras complicaciones observables de un modo inmediato al procedimiento son la producción de parafimosis por la persistencia de un remanente de prepucio tumefacto que puede determinar en ocasiones obstrucción al flujo de la orina así como también infección local o sistémica secundaria al procedimiento. Se ha reportado que la mortalidad imputable a circuncisión es de $1.8 \times 10,000$. Entre las complicaciones tardías se observa la producción de estenosis adquirida del meato urinario. La fimosis es de observación normal en el recién nacido y no reviste ninguna importancia clínica. Solo está indicada la circuncisión en esta edad de la vida por razones médicas en aquellos raros casos en que por un prepucio anómalo existe obstrucción comprobada del flujo urinario y en los que esta obstrucción no se resuelve con procedimientos más sencillos de manipulación de prepucio fimótico.

Dr. Pezzotti Doctora Segura, ¿cuáles son las diferencias básicas entre la ictericia fisiológica y la patológica, en el recién nacido de término?

Cuadro 6. Diferencias básicas entre la ictericia fisiológica y la patológica.

<i>Ictericia fisiológica</i>	<i>Ictericia patológica</i>
<p>Datos clínicos y de exploración:</p> <ul style="list-style-type: none"> »Recién nacido completamente sano. »Ictericia que se inicia entre el 3-4 día de vida. »Tinte icterico que alcanza su máximo hacia el 6o. día de vida. »La ictericia tiende a desaparecer hacia el fin de la primera semana. »No hay palidez. 	<ul style="list-style-type: none"> »Ictericia que se inicia tempranamente (24-48 h) o bien su inicio es tardío (alrededor de la segunda semana). »Palidez. »Hepatomegalia y/o esplenomegalia. »Edema. »Petequias. »Cefalohematoma. »Datos neurológicos o de S.N.C.

Dra. Segura El dato clínico de ictericia es un incidente bastante frecuente en los neonatos, se refiere a que hasta 50% de recién nacidos lo presentan en forma no patológica. Desde luego, sí hay diferencias básicas para hacer el diagnóstico entre estas dos situaciones (cuadros 5-6).

El estudio integral del neonato icterico debe iniciarse con los antecedentes, cuadro clínico, exploración y por último la ayuda del laboratorio que a veces es indispensable; en la ictericia fisiológica, habitualmente no existe ningún antecedente de importancia, en cambio en la ictericia patológica podemos tener una gama importante de ellos, entre otros hiperbilirrubinemia en productos previos, uso de medicamentos en la madre,

antecedentes de abortos, sufrimiento fetal, infección en la madre y otros.

Respecto a los datos clínicos y de exploración física, lo básico en la ictericia fisiológica es que el neonato luce completamente sano, el tinte amarillo así como la curva de bilirrubinas en el laboratorio lleva un patrón bien específico, que se refiere en el cuadro 5, y no hay otros hallazgos clínicos como hepato-esplenomegalia, palidez, petequias que sí se presentan en la ictericia patológica.

Respecto al laboratorio, una cosa bien importante es que en la ictericia fisiológica, al menos eso refieren la mayoría de los autores, no se rebasa la cifra de 12 mg para la bilirrubina indirecta, y que la biometría hemática va a estar normal. A diferencia de

Cuadro 7. Diferencias básicas entre la ictericia fisiológica y la patológica.

<i>Ictericia fisiológica</i>	<i>Ictericia patológica</i>
<p>Datos de laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> »La hiperbilirrubinemia se origina a expensas de la fracción indirecta. »No rebasa cifras de bilirrubina de 12 mg/100 ml »Biometría hemática normal. 	<ul style="list-style-type: none"> »Puede elevarse tanto la fracción directa como la indirecta. »Las cifras pueden rebasar 12 mg/100 ml. »Biometría hemática con HT y Hb bajos, esferocitosis, reticulocitosis, eritroblastosis. »Pruebas de Coombs positivas. »IgM elevada. »Torch positivo.

Cuadro 8. Indicaciones de manejo del recién nacido sano al egreso hospitalario**INDICACIONES DE MANEJO****1. Alimentación**

- a) Pecho materno, 10 a 15 minutos de cada lado; lave sus pechos con agua y jabón antes y después de dar el alimento.
- b) En caso de quedar con hambre, complemente su dieta con leche modificada en proteínas medidas con ml de agua hervida. (..... onzas) (sin endulzar), Recuerde que de ninguna forma esta leche nutrirá y protegerá a su hijo como la leche materna.

2. Medidas generales

- a) Se recomienda acostar al bebé boca abajo, sin almohada y dejar libres manos y brazos.
- b) No existe horario fijo para la alimentación, es variable entre 3 y 5 horas, pero no le despierte para comer.
- c) Baño diario con agua y jabón; para el aseo del cordón umbilical es suficiente la aplicación de agua y jabón 1-2 veces al día.
- d) Evite el uso de fajas o vendas. Estas no evitan la aparición de hernias y sí producen malestar y vómito a su niño(a).
- e) En el cambio de pañal, use solo agua y jabón, evite el uso de aceites, cremas o talco.

3. Medicamentos

Si su niño presenta llanto sin causa aparente, rozadura, fiebre o algún otro síntoma anormal; acuda a su clínica a revisión; por *ningún motivo* administre o aplique medicamentos sin la prescripción de su pediatra.

4. Vigilancia médica

- a) Debe acudir a control a su clínica a los 15 días de vida.
- b) Se le han administrado las siguientes vacunas:
- c) Procedimientos especiales a seguir:

Nombre y firma del pediatra.

la ictericia patológica en que las cifras pueden rebasar los 12 mg y elevarse tanto la fracción directa como indirecta, existen otras muchas pruebas, como el Coombs, alteraciones de la fórmula roja, anemia, aumento de IgM y Torch positivo por decir algunas de las tantas cosas que podemos encontrar.

Dr. Pezzotti Doctora Segura, de lo expuesto por usted, ¿puede concluirse, que si los antecedentes y la exploración física son nor-

males, ante la presencia de ictericia en los primeros días de vida, no es justificable el uso de fototerapia y menos aún, la toma de muestras de sangre?; ¿es correcta esta aseveración?

Dra. Segura Si ya establecimos adecuadamente nuestro diagnóstico de ictericia fisiológica, no hay por que estar haciendo punciones de más a los niños; siempre habrá algún niño en que se indique y tengamos que

recurrir a veces a tomar algún estudio pero no como rutina.

Dr. Pezzotti Doctor Fernández, en el Centro Hospitalario "20 de Noviembre" se ofrece a todas las madres instrucción audiovisual sobre el manejo de su homigénito, ¿podría darnos un resumen de las indicaciones de manejo al egreso, para un neonato sano?

Dr. Fernández Debe ser enfocado en tres aspectos básicos, el primero comprende la alimentación; se recomienda la lactancia materna que deberá efectuarse en un tiempo variable entre 10 y 15 minutos de cada lado, previo aseo con agua y jabón de ambos pezones, mismo que deberá efectuarse después de la alimentación. En caso de existir contraindicaciones a la alimentación al pecho, o si existe hipogalactea, se prescribirá siempre una leche maternizada. El horario de alimentación que recomendamos es el método de libre demanda.

El segundo aspecto comprende las medidas generales que básicamente son: acostar al niño boca abajo, sin almohada, dejando libres las manos y brazos. Baño diario con agua y jabón, de cuerpo entero incluyendo el cordón umbilical, evitar la utilización de fajas o vendas, así como el uso de aceites, cremas o talco. Por último, sobre la vigilancia médica, se indica la primera revisión pediátrica a los 15 días de vida y cada mes durante el primer año de vida.

Deben prohibirse medicamentos anticolinérgicos, sobre todo si van adicionados de fenobarbital o sus derivados, ya que causan estreñimiento y depresión del sistema nervioso central.

También es importante mencionar que no es conveniente prescribir vitaminas ya que no brindan ningún beneficio al recién nacido.

Dr. Pezzotti Quisiera dirigir a la mesa algunas preguntas de índole general. ¿Deben introducirse sondas para demostrar la permeabilidad esofágica?; si es correcto, ¿cuándo debe hacerse?

Dra. Alvarado Esto debe hacerse como parte del primer examen que se hace a los

niños en sala de partos.

Dra. Segura Quizá cabe señalar que es más conveniente efectuarla cuando el niño está más estable, para evitar lo que señaló el doctor Fernández, la estimulación vagal.

Dr. Pezzotti Para conciliar ambas opiniones, creo que debe puntualizarse lo siguiente: éste es un procedimiento necesario, así como la comprobación de la permeabilidad anal y debe practicarse en la sala de partos antes de ser canalizado el producto hacia su área de manejo, pero no debe ser practicado en los primeros 5 minutos de vida, en los que la probabilidad de una reacción vagal y la severidad de ésta, son mayores. Estaremos también de acuerdo en que si el paciente se encuentra con problemas severos de cualquier tipo, este procedimiento debe ser diferido. ¿En qué niños debe practicarse lavado gástrico?

Dr. Sarasqueta Es conveniente practicar el lavado gástrico a aquellos neonatos obtenidos por cesárea o con historia de polihidramnios, así como con historia de líquido meconial y en los que se sospecha ingestión de sangre materna. En estos dos últimos casos se evita la existencia de factores irritantes que pueden condicionar vómito y dificultad en la alimentación. En el caso de polihidramnios, la presencia de contenido gástrico mayor de 20 ml, sugiere la presencia de obstrucción del tracto digestivo.

Dr. Pezzotti ¿Qué opinión tienen ustedes sobre el empleo de aceites minerales para el "aseo de la piel", así como la aplicación de merthiolate o alcohol al cordón umbilical?

Dr. Fernández No tiene ninguna indicación el uso de estos tópicos, ya que pueden producir sensibilización y dermatitis por contacto, seleccionándose la flora normal de la piel y que brinda protección contra las infecciones al recién nacido, habiéndose reportado epidemias por estreptococo del grupo B en cunas donde se empleaba alcohol en el cordón umbilical.

Comentario final Dr. Pezzotti De acuerdo a lo expresado en esta breve revisión por parte de los integrantes de la mesa, llaman la atención varios aspectos:

»Cada vez más, por fortuna, se intenta respetar la fisiología del recién nacido, especialmente en la etapa de transición, que ocurre el primer día de vida y en el que los cambios dramáticos que suceden desde el punto de vista homeostático, representan en muchas ocasiones un fenómeno de normalidad que no requiere ajustes externos.

»Aunque no se practica actualmente en el Centro Hospitalario "20 de Noviembre" el sistema de alojamiento conjunto, se mencionó que dadas sus bondades debe tratarse de implementar en nuestros hospitales a nivel institucional y privado.

»Se enfatizó en la práctica riesgosa de procedimientos rutinarios como son la aspiración repetida y la introducción de sondas en orificios naturales, que se hace sin una evaluación previa y sin vigilancia adecuada, a todos los recién nacidos.

»Respecto a procedimientos que se practican en la cuna, podemos concluir: es im-

portante la estadía del neonato en la incubadora las primeras horas de vida; no debe practicarse el baño, cuando menos en las primeras 12 horas, y debe evitarse la aplicación de antisépticos o tinturas sobre la piel de un neonato sano.

»Quizá un aspecto que se preste a discusión, es el relacionado a la práctica de la circuncisión en forma rutinaria; los profesores de la mesa, a este respecto han expresado su desacuerdo con este procedimiento, esgrimiendo razones, todas ellas de índole científica, mismas que en muchos de nuestros hospitales, pasan desgraciadamente a un segundo plano.

»No ha sido la intención de los profesores de la mesa, ni del coordinador, pontificar sus puntos de vista, o los de su institución sino hacer un llamado de atención que nos despierte el sentido de autocritica sobre nuestro quehacer diario en el campo de la medicina pediátrica. □