

LA FIEBRE EN EL RECIEN NACIDO

Por el Dr. Manuel Escontría

Al salir de una sesión de esta Academia oí el consejo de uno de nuestros mas respetables colegas a otro que le referia alguna observación clínica: Escriba lo que vea, vale más relatar lo que se ha visto aunque sea imperfecta la observación que revolver libros y más libros para pergeñar un artículo que no tenga originalidad". Y animado por ese consejo que no se me daba a mí pero que lo acepté gustoso, es como me he puesto a escribir mi trabajo reglamentario del presente año.

Pocas veces ve uno mayor inquietud en la familia que cuando en un recién nacido se presenta fiebre y sobre todo si esta es intensa y su principio brusco. El médico se encuentra ante el doble problema de hacer un diagnóstico y de calmar la ansiedad reinante en aquel hogar.

Múltiples son los padecimientos que en los 10 primeros días de vida pueden ocasionar una ascensión térmica y a veces o no hay síntomas concomitantes desde luego o si existen son de tal manera ténues, vagos, poco marcados, que hay necesidad de buscarlos con ahínco y en ocasiones el diagnóstico puede establecerse sólo por exclusión.

De entre todos los padecimientos febriles del recién nacido voy a señalar los que en mi práctica he encontrado con más frecuencia y sentar **EN SINTESIS** los datos útiles para su diagnóstico.

Seis son los que he visto presentarse más o menos y los colocaré en orden de la frecuencia con que me ha sido dable encontrarlos, sin que este orden en que yo los coloco quiera decir que así sea siempre, pues las condiciones de cada observador variarán seguramente.

- 1), FIEBRE DE SED.
- 2), HEREDO-SIFILIS.
- 3), TRAUMATISMOS OBSTETRICOS
- 4), NEUMONIA.
- 5), BRONQUITIS CAPILAR Y BRONCONEUMONIA.
- 6), INFECCIONES DE PUNTO DE ENTRADA UMBILICAL

* *
*

1. FIEBRE DE SED

Lo más frecuente es que se presente del tercero al cuarto día. **NUNCA ANTES DE LAS 48 PRIMERAS HORAS DE VIDA** y rara vez después del sexto día.

Dos antecedentes existen en la vida del niño, ya sea aislados o bien combinándose ambos: ausencia o escasés de leche en la madre y temperatura ambiente del niño que pase de 22 grados centígrados. Ambas causas las ve uno presentarse sobre todo en el primer hijo, en los prematuros o en los niños de tiempo débiles congénitos.

Tocante a la fiebre misma tiene el carácter (aparte de la fecha de su aparición) de presentarse bruscamente, ser generalmente alta (más de treinta y nueve) y estar **PRECEDIDA A ACOMPAÑADA** de emisiones escasas de orina.

Por lo general desde doce horas antes de la subida de la temperatura el niño ha estado inquieto, llorón y durmiendo sólo por corto espacio de tiempo. Ya presente la fiebre el niño está ansioso, con la boca entre abierta, frecuentemente hay propulsión de la lengua fuera de la boca, **LA MOLLERA ESTA DEPRIMIDA** y cuando no se aplica el tratamiento adecuado a más de acentuarse lo anteriormente descrito, se presenta por lo general a las veinticuatro horas de iniciada la fiebre, un tinte arrojado en las mejillas, la piel se pone seca y a veces se observa ya entonces el pliegue cutáneo característico de los estados de deshidratación. Rara vez (yo solo he visto dos casos) hay vómitos y aliento acetónico.

Bien simple es el tratamiento que sólo consiste en rehidratar al niño por vía bucal, por excepción por vía hipodérmica y alimentar al niño de manera adecuada a su edad.

El error más serio que se comete con frecuencia en un enfermito de fiebre de sed es propinarle un purgante que no hará sino aumentar la calentura; y con ser el más serio es el que se comete con mayor frecuencia.

Casi siempre la temperatura del enfermito desciende a las doce horas de iniciado el tratamiento adecuado pero por regla general persiste, aunque menos alta por dos o tres días.

2. HEREDO-SIFILIS

La fiebre se presenta con gran frecuencia en los heredo-sifilíticos con lesiones en plena evolución y es rara en los que no las tienen o teniéndolas no son perceptibles.

Me ha sido dable observar niños que tenían fiebre pocas horas después de nacidos y en otros presentarse en el curso de la primera semana. Por lo general está acompañada de ictericia intensa y en múltiples casos son niños nacidos YA con el tinte icterico.

A más de lo ya mencionado llama la atención la inquietud, tendencia al llanto, sea en reposo el niño y sobre todo al moverlo para vestirlo, darle alimento y contra lo que generalmente ocurre de que las primeras 48 horas de vida del niño pueden calificarse de sueño, interrumpido por cortos períodos de vigilia, aquí ocurre lo inverso.

No es raro observar que aún cuando la temperatura no sea elevada se presenten convulsiones tónicas y clónicas Y QUE LA MOLLERA ESTE TENSA, siendo todo esto la regla si la temperatura pasa de treinta y nueve grados.

Si otros factores no intervienen y se establece el tratamiento adecuado, a las cuarenta y ocho horas se ve descender la temperatura y desaparecer al tercero o cuarto día de tratamiento. El recién nacido heredo-sifilítico responde (por de pronto) rápidamente al tratamiento mercurial. En estas condiciones yo doy preferencia al calomel ingerido a la dosis de un centigramo diario dividido en cuatro tomas.

3. TRAUMATISMOS OBSTETRICOS

Con los antecedentes de un parto largo, frecuentemente concluido por extracción manual o instrumental del producto y necesidad de haber hecho maniobras para que el nuevo ser respirara, he observado niños que por lo general en el tercer día de su vida presentan fiebre, teniendo casi siempre la característica de haber sido precedida de un PERIODO DE HIPOTERMIA a veces muy acentuado (en una de mis observaciones el segundo día de vida del niño la temperatura rectal fué de treinta y cinco y medio). Si las cosas marchan bien la fiebre dura dos o tres días pero en muchas ocasiones el niño sucumbe antes de ese plazo.

Aquí el problema es muy intrincado, pues solas o combinadas pueden existir tres causas de la fiebre: lesiones de importancia del

encéfalo por compresión, neumopatías traumáticas o por inspiraciones precoces y fiebre de sed por agalacia de la madre ocasionada por el parto distócico o por que el estado de sufrimiento del niño le haya impedido hacer succiones enérgicas.

Todo esto hace que el tratamiento varié según la o las causas que el observador crea que son las que motivan la fiebre. Si se trata de traumatismos cefálicos: el hielo a la cabeza, baños generales a treinta y seis grados de temperatura, y si existen signos de hipertensión intra craneana, la extracción de líquido cefalo raquídeo sea por la mollera anterior o por punción lumbar. Si se trata de una neumopatía se aplicará el tratamiento que se mencionará más adelante y si es la escases de agua lo que produce la fiebre se usará el método antes dicho.

4. NEUMONIA LOBAR

A pesar de ser exacta la afirmación de que en la primera infancia las neumonías son raras en comparación con las bronconeumonías. en el recién nacido la proporción no es la misma y predominando de todas maneras las bronconeumonías, son sin embargo relativamente frecuentes las neumonías.

Aquí la aparición de la fiebre es brusca, la máxima se alcanza en unas cuantas horas, a veces desde la primera hora. No tiene regla la edad del niño en relación a este padecimiento pero no se observan antes del segundo día y son raras después del séptimo.

Acompaña a la aparición de la fiebre una taquipnea y con gran frecuencia hay desde el principio del padecimiento una participación **VISIBLE** de los músculos suplementarios de la respiración. La cianosis de las extremidades, de las orejas y de los labios por lo general no se presenta sino después de las primeras cuarenta y ocho horas. Hay poca tos o no la hay y los signos locales a la percusión y auscultación rara vez se perciben antes del tercer día y a veces (si el foco es central) no se perciben si no ya en la defervescencia. Las neumonías del recién nacido duran cinco días y lo brusco del ascenso y del descenso térmico unido a dicha duración permiten muchas veces hacer el diagnóstico por ausencia de todo otro síntoma.

Casi siempre hay una remisión acentuada de la temperatura y de varias horas de duración, al final del segundo día o principios del tercero, para volver a subir de nuevo y no bajar sino al terminar la dolencia.

Siendo casi siempre apexianas el sitio en que se encuentran los signos locales, es en el hueco axilar y no en el dorso, hecho éste muy importante en la exploración del neumónico recién nacido.

El tratamiento en esta edad es sobre todo por la balneación; inmersión en agua a treinta y ocho grados, de 10 minutos de duración sin enfriar el agua y repetidos de tres a cinco veces en las veinticuatro horas. Administración de agua (por lo menos un cuarto de litro) y pequeñas cantidades de cognac (10 a 40 gotas al día). Yo nunca empleo en esta edad suero antineumocócico; he visto por su uso presentarse en dos enfermitos anuria seguida de hematuria.

5. BRONQUITIS CAPILAR Y BRONCONEUMONIAS

Son mucho más frecuentes en niños extraídos, que en los que han nacido espontáneamente y más frecuentes en los partos con presentación pélvica que en los de presentación cefálica; todo esto por el hecho (que explica fácilmente lo anterior) de que en tales condiciones el feto hace inspiraciones antes de haber salido la cabeza del canal genital materno.

Otro antecedente muy frecuente es el de haberse hecho maniobras para establecer o regularizar los movimientos respiratorios del recién nacido y sobre todo si dichas maniobras se han hecho con brusquedad.

Por lo general el padecimiento principal del segundo al tercer día de vida y en contraste con lo que ocurre en la neumonía, aquí la fiebre es nula o muy pequeña en las primeras 24 o 48 horas de la enfermedad para subir bruscamente al cabo de ese tiempo y siendo casi siempre esto concomitante con el final de la enfermedad por un desenlace fatal. En contraste con lo tardío de la aparición de la fiebre, se tiene un cuadro de insuficiencia respiratoria acentuadísimo desde la iniciación del mal y los signos locales sobre todo a la auscultación no dejan lugar a duda, pues la abundancia de estertores húmedos, de pequeñas burbujas y crepitantes diseminados, casi siempre en la extensión de ambos hemitórax unidos a los signos de insuficiencia respiratoria, imponen el diagnóstico.

El tratamiento es la balneación caliente con agua de mostaza a treinta y ocho grados conservando la temperatura del baño constante, durante todo el tiempo y repitiéndolos cada tres horas. La estimulación con alcanfor y amoníaco y la administración de alimen-

to con cucharilla y agua (por lo menos un cuarto de litro en las 24 horas) pues el niño desde la iniciación del mal, deja completamente de tratar de alimentarse. Las inyecciones de lobelina las he encontrado útiles sobre todo en los casos en que tratando de provocar o regularizar las inspiraciones se hicieron maniobras bruscas y se traumatizó el pulmón.

6. INFECCIONES DE PUNTO DE ENTRADA UMBILICAL

Concretándome a las que pueden manifestarse en los diez primeros días de la vida, pueden ser causadas por estreptococos y por el bacilo de Nicolaier.

Las primeras pueden revestir dos formas: septicemia y erisipela del ombligo. La primera forma se manifiesta generalmente a partir del quinto día de vida por fiebre muy alta, precedida o acompañada en su aparición, de estado convulsivo, la postración es completa, el niño al principio con vómitos y agitado cae pronto en un torpor y adquiere un tinte terroso y con frecuencia aparecen en su piel manchas purpúricas; no maman, sus misiones son escasas y pequeñas, puede haber diarrea de carácter seroso y el vaso y el hígado crecen enormemente. El padecimiento termina generalmente en dos días por la muerte del niño y muy rara vez pasa de ese plazo. Cuando se prolonga más, se ve aparecer una secreción purulenta en el ombligo.

En la erisipela el cuadro general es el mismo y solo hay que agregar la presencia de edema duro, blanco y doloroso en la pared del vientre y especialmente en el meso e hipogastrio.

La balneación caliente, administración de agua en abundancia sea por la vía oral, o bien por hipodérmica, en forma de suero bicarbonatado; los metales coloides y el sulfato de cobre amoniacal, los he empleado sin ningún resultado.

El tétanos de punto de entrada umbilical, no tiene de especial sino la rapidez de su evolución fatal, que rara vez pasa de tres días y todos los recursos empleados hasta hoy, han fracasado.

He pasado una rápida revista a las seis causas de fiebre en el recién nacido que he encontrado con mayor frecuencia en mi práctica no enumerando ni describiendo las que he visto en raras ocasiones. Quizá todo lo que aquí digo, halla sido descrito y de mejor manera que cómo yo lo hago, tal vez en este bosquejo, quede algo

que sea de mi propia cosecha; si así fuere, celebraré que haya quien lo aproveche y con la esperanza de servir a alguien, es como me puse a trabajar al escribir esta comunicación.

México, mayo 4 de 1932.

Manuel ESCONTRIA

COMENTARIOS.

Doctor Mario Torroella.—Solicito la palabra para comentar este estudio y lamento no haber oído los dos primeros artículos en que trata el doctor Escontría las causas de la fiebre del recién nacido, sino que llegué cuando hablaba de las neumonías; encuentro que este trabajo no es discutible, que está perfectamente bien hecho; sólo voy a agregar pequeñas cosas. Estoy conforme con el Dr. Escontría en que la neumonía del niño no puede diagnosticarse por falta de signos físicos en muchas ocasiones; pero además de la evolución clínica como él dice, muy bien podría diagnosticarse el padecimiento mediante un recurso que existe en la actualidad, la radioscopía que le puede permitir a uno, ver el triángulo de Weill, pero reconozco que sin ese elemento, sólo pueden servir de guía la experiencia y la marcha clínica para diagnosticar el padecimiento. Respecto de la bronco-neumonía, estoy también de acuerdo con él y únicamente quiero hacer hincapié, en que cuando se trata de bronquitis capilar, he encontrado algunos casos con cuadros que se diferencian enteramente de los descritos. En la Sociedad de Medicina Interna presente algunos casos sobre el **CATARRO SOFOCANTE** y en primer lugar quiero insistir en que debe llamarse así al padecimiento, toda vez que este nombre que ya solo usan algunos pediatras y se ha dado por lo demás al olvido, está perfectamente indicado, según el padecimiento y de acuerdo con todas sus manifestaciones, además de ser el usado en los textos, y he visto en niños de dos meses de edad, cuadros que no obedecen al tipo clásico. Ya se sabe que la bronquitis capilar tiene dos etapas, la primera que es la de defensa, en que el niño lucha y la segunda en que el niño se entrega a la muerte, pero encuentro que en algunos casos falta la primera etapa y solamente se ve desde luego la segunda, sin otra manifestación que 6 o 7 tosidas al día que sin embargo, dejen cianosis; esto postra completamente al niño en cuya boquita

aparece mucha espuma porque el origen de la enfermedad es un edema infeccioso agudo del pulmón.

Respecto al tratamiento profiláctico, dejando a un lado el sistema de Schultz, creo que para evitar el mal lo mejor es suspender al niño por los pies y hacer en esta forma que le salgan las flemas que entonces vienen espontáneamente, sin soplarle de boca a boca ni nada de esto. En lo tocante a la erisipela del cordón umbilical, reconozco que es muy grave pero he logrado curar algunos niños con inyecciones de sangre de la madre, inyecciones de 2 o 3 c.c durante dos o tres días, habiendo visto desaparecer casi milagrosamente la erisipela, tal vez este recurso no sea capaz de dar siempre este resultado pero de cualquier modo me parece muy útil. Felicito calurosamente al Dr. Escontría por el mérito de su trabajo.

Doctor Miguel R. Soberón.—También encuentro muy interesante este trabajo y sólo me quiero referir a la fiebre traumática que en él se menciona, para añadir otra causa posible a las anotadas por el Dr. Escontría; esta otra razón consiste en que los hematomas pueden ejercer una acción determinante de este padecimiento y éstos son frecuentes después de una laparatomía. Acabo de ver un caso de fiebre en el recién nacido, en una nietecita mía precisamente: las hermanitas tenían gripa, o más bien dicho, expresándome como lo hacen los españoles "Gripe", una de ellas tosió sobre la niñita que muy pronto tuvo una temperatura de 38°. Por lo que hace a la profilaxis, opino también que la maniobra de Schultz es muy brusca y sujeta al niño a cambios de temperatura muy marcados lo mismo que los baños a distintas temperaturas, además me parece también inconveniente el que el niño nazca en habitaciones muy amplias, que generalmente están más frías; finalmente hay otro medio profiláctico mexicano, el del Dr. Zárraga, consistente en oprimir la vagina para extraer al niño la cabeza a fin de evitar que absorba las mucosidades del canal genital.

Dr. Hircano Ayuso y O'Heribe.—Se ha citado la infección del cordón como causa de fiebre y a este respecto me ocurre decir que el baño que dan al niño las comadronas después del nacimiento es la causa más frecuente de esta infección; yo evito que se bañe al niño hasta que está bien hecha la cicatriz y encuentro que hay muchas maneras de hacer el aseo del niño y creo que esta costumbre de bañar a los niños recién nacidos debe desaparecer como ha desaparecido la de

los lavados vaginales y si se sospecha erisipela lo indicado es aplicar desde luego el suero antiestreptocócico en dosis razonables.

Doctor Manuel Escontría.—Manifiesto mi agradecimiento a las personas que me han hecho el favor de ocuparse de mi trabajo y en relación a lo dicho por el Doctor Torroella en lo tocante al término de "Catarro sofocante", no mencioné este nombre porque no he tenido ocasión de observar esta forma brusca, brutal, con que se presenta la bronquitis capilar entre los dos y los tres meses y no antes, lo cual es curioso porque lógicamente debería ser al contrario. Tengo presente el caso de un niño hijo de un compañero muy estimado para mí, cuya madre, mujer nada alarmista, muy observadora y cuidadosa me buscó con gran apremio, excusándose después por haberme molestado ya que el niño no tenía más que catarro pero que a ella le parecía muy raro; ésto ocurría como a las 10 de la mañana y el niño falleció a las 4 de la tarde sin que le sirviera ningún recurso de todos los que se emplearon. Vé uno aparecer esa espuma en la boca del niño y que ya no hay período de defensa, pero yo nunca he visto esto en niños recién nacido, pues aunque parezca paradójico este mal es más frecuente en el segundo mes de la vida. Respecto al tratamiento que me recomienda el Dr. Torroella, no veo ningún inconveniente en aplicarlo para la erisipela puesto que todo lo que he intentado hasta ahora ha sido inútil. Encuentro que hace bien el Dr. Soberón en recordarme que los hematomas pueden ser tambien una causa de fiebre en el recién nacido y realmente la omití, procuré señalar las causas más frecuentes, pero claro que hay otras muchas que no menciono; a este respecto recuerdo haber visto un niño heredo-sifilítico que tuvo una enterorragia y una gastrorragia dentro de las primeras 24 horas de nacido y tuvo una fiebre alta; entre otras causas podrían originar la fiebre sus lesiones sifilíticas o la absorción de la sangre; eso lo saben mucho los especialistas de garganta; igualmente reconozco que la gripe claro que puede producir la fiebre y que en ese caso el diagnóstico es más fácil porque cabe pensar en la contaminación. La maniobra que aconseja el Dr. Soberón de apretar la pared posterior de la vagina para extraer al niño cabeza atrás me parece que efectivamente puede ser de mucha utilidad. Por lo que hace a lo dicho por el Dr. Ayuso tocante a eliminar el baño me parece que tiene razón y en la actualidad ya éste no se usa en la mayoría de las maternidades aunque todavía subsiste entre la clientela particular:

pero por lo que hace al uso del suero antiestreptococcico en el recién nacido, le puedo dar una opinión segura diciéndole que todos los sucesos provocan signos de intoxicación tan serios que son más los peligros que los beneficios que pueden dar; he visto varias veces niños con intoxicaciones graves y mortales por inyecciones de equino hasta determinar una hemorragia umbilical o una gastrorragia, y es tal la relación de causa a efecto que no hay lugar a duda de que el suero provoca un estado grave de intoxicación que elimina las ventajas que podrían esperarse de ese recurso. Desgraciadamente se ve en el adulto que el suero antiestreptococcico polivalente, como la antigua triaca falla muchas veces; a propósito, deseo insistir en esto, cuando era estudiante no había más que un estreptocóco, mientras que ahora creo que ya se perdió la cuenta

En consecuencia si el suero no tiene ninguna ventaja y si un peligro serio, yo creo que se debe dejar sobre todo cuando hay tiempo de que se establezca el proceso de defensa.

RESUME

Se basant sur des données obtenues dans sa pratique, le Dr. Escotría présente une étude dans laquelle il analyse les causes de la fièvre chez le nouveau-né, et réduit à six celles qu'il a vues plus souvent: fièvre de soif, hérédo-syphilie, broncho pneumonie et, finalement, les infections du point d'entrée ombilical.

A propos de ces six genres de causes, il rentre en considération sur le moment où la fièvre apparaît, sur son évolution et sa façon de terminer, et expose dans tous les cas les bases d'un traitement rationnel; le tout forme une étude très personnelle et de grande importance pratique.

SUMMARY

With data obtained during his practice, as a basis, Dr. Escotría presents a study in which he analyzes the causes of the fever on newborn babies and reduces to six those that he has seen most frequently: Thirsty fever, heredo-syphilis, obstetrical traumatism, pneumonia, capillar bronchitis, broncho pneumonia, capillar bronchitis, broncho pneumonia and, finally, infections of the umbilical point of entrance.

With references to these six kind of causes, he enters into considerations in regard to the moment that the fever appears, its evolution, and way of ending, and exposes in all cases the basis for a rational treatment; the whole paper constitutes a very personal study of great importance.