

EVOLUCION POST-NATAL DEL PREMATURO*

DR. R. H. VALENZUELA

EN LA ACTUALIDAD numerosas Instituciones atienden niños prematuros durante el lapso necesario para conducirlos, con las medidas terapéuticas apropiadas, hasta los límites ponderales y biológicos semejantes a los del recién nacido normal. La atención del niño prematuro en estas Instituciones especializadas es de gran importancia ya que sólo gracias a sus cuidados pueden salvarse numerosos casos que en otras condiciones quedan expuestos a contingencias graves, frecuentes, y que elevan el índice de mortalidad por este motivo.

Teniendo en cuenta los índices de natalidad y los porcentajes de prematuros, registrados en la República durante los últimos años y por otra parte la escasez de cunas especiales —incubadoras— para este tipo de enfermos, se hace ostensible la necesidad urgente de extender donde ya existen, y de crearlos donde no los hay, servicios de cuna que cuenten con los equipos técnicos, materiales y profesionales suficientes.

Siempre se han planteado dudas acerca de la evolución posterior de los prematuros atendidos debidamente en algunos de estos servicios especializados. Estudios extranjeros han señalado algunas peculiaridades en la evolución post-natal en algunos grupos vigilados durante varios años.

En el Centro Materno Infantil, Gral. Maximino Avila Camacho, existe la circunstancia de que la población infantil que atiende, colonias pobres de Tacubaya, lo hace desde el momento mismo del nacimiento de niños que siguen vigilando durante toda su etapa infantil. La organización del Establecimiento permite además tener la supervisión necesaria sobre estos niños y sus familiares, mediante las enfermeras epidemiólogas y visitadoras y la atención domiciliaria de los médicos pediatras.

En esta ocasión presentamos el estudio de 250 casos de niños prematuros

* Leído en la sesión del 30 de julio de 1958.

registrados desde su nacimiento en la cuna del Establecimiento y supervisados posteriormente durante varios años consecutivos.

En 4,119 recién nacidos atendidos de enero de 1951 a enero de 1955, hubo 376 casos de prematuros, calificados con este diagnóstico por haber pesado al nacer menos de 2,500 grms. La frecuencia y porcentaje con que se registraron por año pueden observarse en el siguiente cuadro:

CUADRO I

Año	Nº de ingresos	De término	Prematuros	Defunciones
1951	382	795—90.10%	87—9.90%	18—2.04%
1952	332	757—90.98%	75—9.02%	24—2.88%
1953	964	891—92.42%	73—7.58%	13—1.34%
1954	1,322	1,119—90.69%	123—9.31%	33—2.49%
1955 (enero)	119	111—93.27%	8—6.73%	3—2.52%
TOTALES:	4,119	3,753—91.11%	366—8.89%	91—2.2%

Los casos analizados corresponden al orden numérico progresivo con que se fueron registrando a partir de enero de 1951. Es decir que en la actualidad (1958) tienen 7 años.

El estudio de cada uno de estos casos comprenden los siguientes principales aspectos:

1. Estudio clínico de la madre.
2. Características del parto.
3. Somatometría completa al nacimiento.
4. Evaluación de la edad de la vida intrauterina.
5. Características clínicas durante la etapa neonatal.
6. Tratamiento y manejo durante los años siguientes.

RESULTADOS

1. La mayor parte de las madres de los niños prematuros aquí estudiados corresponde a la población económica y socialmente débil que atiende el Establecimiento. Se registra entre ellas un elevado porcentaje de desnutrición por defectos cuantitativos y cualitativos en su alimentación. Otro aspecto importante es el registro de multiparidad.

2. Los 250 casos analizados registraron parto eutócico en 222 de ellos (89%) y distocia en 26 casos (10.4%). Los principales tipos de distocia fueron presentación pélvica incompleta, presentación pélvica, rigidez del cuello, y circular del cordón, estas cuatro últimas causas en mínimas proporciones.

3. Evaluación de la edad de vida intrauterina. La mayor parte de los casos, 136 ó sea el 54.5% registraron 9 meses de vida intrauterina; 79 casos

(31.6%) tuvieron de 8 a 8 y medio meses y sólomente 35 casos (14%) fueron de menos de 8 meses.

4. Teniendo en cuenta la clasificación de prematuridad de acuerdo con el peso, en tres grados, o sea considerando prematuros de primer grado a aquellos que pesan entre 2,001 y 2,500 gramos; prematuros de segundo grado a los que pesan de 1,051 a 2,000 gramos y prematuros de tercer grado a los que pesan menos de 1,500 gramos, se encontraron 185 casos (74%) correspondientes al primer grupo; 55 casos (22%) correspondientes al segundo grupo y sólomente 10 casos (4%) con prematuridad de tercer grado.

La talla registrada en el 60% de los casos fue entre 48 y 45 centímetros; en 15% más la talla estaba comprendida entre 49 y 50 centímetros y en el 25% restante la talla era inferior a 45 centímetros.

CUADRO 2

Con 50 cms. de talla:	16 casos	6.4%
Con 49 cms. de talla:	20 casos	8.0%
Con 47 cms. de talla:	37 casos	14.8%
Con 48 cms. de talla:	37 casos	14.8%
Con 46 cms. de talla:	52 casos	20.8%
Con 45 cms. de talla:	27 casos	10.8%
Con 44 cms. de talla:	18 casos	7.2%
Con 43 cms. de talla:	17 casos	6.8%
Con 42 cms. de talla:	10 casos	4%
Con 41 cms. de talla:	3 casos	1.2%
Con 40 cms. de talla:	5 casos	2%
Sin datos de talla:	8 casos	3.2%
TOTAL de 250 casos		100.00%

5. *Características clínicas.* En 245 casos los reflejos de Moro, y por supuesto los de succión y deglución, fueron normales. En 5 casos, correspondientes al grupo de 10 prematuros de tercer grado, dichos reflejos no existían.

Reflejos cutáneos y tendinosos normales en 237 casos, débiles en 13 casos.

Movimientos respiratorios regulares, normales, en 179 casos irregulares en 71 casos.

La cianosis se encontró en diversos grados en 65 casos y estaba ausente en los 185 casos restantes. Este dato, de gran importancia clínica para valuar las condiciones de hematosi y oxigenación adecuadas, varió desde grados discretos hasta situaciones extremas, acentuadas, y por lapsos también diferentes de un caso a otro.

Fenómenos de asfisia fueron registrados en 22 casos; en el resto no se presentaron.

Hubo necesidad de utilizar el sondeo gástrico para alimentar a tres de los niños correspondientes al grupo de prematuros del primer grado.

Se usó incubadora en 85 casos y no fue necesario su empleo en 165 casos. Esta medida se hizo indispensable en todos los casos de prematuridad de tercer

grado; en la mayor parte (41 de los 55 casos) de prematuros de segundo grado y sólomente en 34 de los 151 casos de prematuros de primer grado.

Condiciones patológicas registradas en el grupo de niños que se analizan:

Ictericia fisiológica del recién nacido	50 casos
Atelectasia	16 "
Anoxia	15 "
Bronconeumonía	6 "
Hernias	1* "
Hemorragia	1 "
Sin complicaciones	159 "

6. *Evolución neonatal.* Permanecieron en el Servicio de Cuna menos de 7 días, 171 casos, (o sea el 72%), de acuerdo con el siguiente resultado:

Permanencia en la cuna:

Por horas	3 casos
Menos de 5 días	78 "
5 días	63 "
6 días	22 "
7 días	5 "
Entre 7 y 14 días	37 "
Entre 15 y 21 días	3 "
Más de 21 días	38 "
Se ignoró	1 "

pesaron al salir:

Lo mismo que al nacimiento	11 casos
Menos que al nacimiento	112 "
Más que al nacimiento	86 "
No se registró peso (defunciones)	41 "

7. *Mortalidad.* Fallecieron durante el período neo-natal, en el Servicio de Cuna mismo, 41 casos. Fueron dados de alta, vivos, 209 casos.

Prematuros de 1er. grado: 172 vivos — 13 defunciones.

Prematuros de 2º grado: 36 vivos — 19 defunciones.

Prematuros de 3er. grado: 1 vivo — 9 defunciones.

Como puede apreciarse, 11.2% del total, 16.4%, de las defunciones ocurrieron en los prematuros de II y III grados; siendo más notable en estos últimos, ya que fallecieron 4 de los que pesaban entre 1.001 y 1.500 gramos y los cinco que pesaron menos de 1 kilo.

Estas cifras son similares a las que expresan las estadísticas internacionales.

8. *Evolución post-natal.* Es en este aspecto particularmente que deseamos hacer énfasis ya que, como se dijo al principio, las circunstancias administrativas del establecimiento permitieron seguir la evolución posterior de estos prematuros durante lapsos que han variado entre 1 y 5 años.

El grupo inicial de 250 casos puede dividirse en dos: uno que comprende los 41 fallecidos, antes mencionados, y los desertores o que no asistieron con regularidad a las citas reglamentarias de la Institución, siendo en total, 155 casos, El segundo grupo, 95 casos, ha sido subdividido en tres categorías:

1. Con un año de supervisión: 30 casos.
2. Con dos años de supervisión: 36 casos.
3. Con cinco años de supervisión: 29 casos.

Por lo que respecta a las condiciones de peso, talla y nutrición, valoradas por los resultados de las consultas periódicas de la supervisión, se registra que:

Se hicieron eutróficos:	21 casos
Permanecieron como desnutridos de I grado:	36 "
Permanecieron como desnutridos de II grado:	37 "
Registró desnutrición de III grados.	1 "

Por supuesto que estas cifras finales han sido obtenidas tomando en cuenta el lapso de supervisión, la fase de la etapa infantil en la que se registró la condición de nutrición calificada y otras variantes que no parecen necesario pormenorizar en este momento.

Lo que es significativamente llamativo que el 22% de estos niños haya registrado condiciones de eutrofia, y el 33% condiciones de desnutrición de I grado, que son las dos condiciones, nutricionales, prevalentes a partes iguales y casi en un 49% cada una, que registran toda la población infantil que atiende el Centro Materno Infantil Gral. Maximino Avila Camacho desde su fundación. Es decir, que la mayor parte de los prematuros supervisados periódicamente se comportaron en lapsos más o menos cortos, siempre dentro de la Primera Infancia, como niños recién nacidos normales, desde el punto de vista nutricional.

El único caso que registró las condiciones nutricionales deplorables de III grado correspondió a un niño que fue prematuro de II grado y que tuvo en su evolución situaciones de hipoalimentación y además estuvo cargada de condiciones patológicas transitorias pero frecuentes.

9. *Principales condiciones patológicas registradas en la evolución post-natal.* La revisión de los expedientes clínicos correspondientes a los 95 casos que fueron supervisados durante los lapsos antes mencionados, muestra que tanto en las citas rutinarias como en las consultadas médicas motivadas por enfermedad, presentaron condiciones patológicas con tanta frecuencia y de la misma naturaleza que los niños recién nacidos normales atendidos en el Establecimiento.

Entre las condiciones patológicas a que se hace referencia predominaron por orden de frecuencia: 1) Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (faringitis, rinitis, amigdalitis), 2) Diarreas agudas no graves, 3) desnutrición, 4) Bronconeumonías 5) Enfermedades infecciosas propias de la Infancia (sarampión, varicela, etc.), 6) Parasitosis intestinales y 7) Dermatopatías.

Como se observa, la naturaleza de estas enfermedades no parece tener ninguna correlación con las condiciones de prematuridad del niño. Por otra parte debe señalarse que la frecuencia con que fueron registrándose estas anomalías de la salud, fue muy variable de un caso a otro, sin que ello tuviera relación con el grado de prematuridad o de nutrición; así por ejemplo algunos prematu-

ros de 1er. grado que asistieron con toda regularidad a sus citas rutinarias, tuvieron mayor número de accidentes patológicos simples, como faringitis y diarreas agudas no graves, que otros prematuros de 2º grado del mismo grupo estudiado.

CUADRO 3

Con 50 cms. de talla:	16 casos	6.4%
Con 49 cms. de talla:	20 casos	8.0%
Con 48 cms. de talla:	37 casos	14.8%
Con 47 cms. de talla:	37 casos	14.8%
Con 46 cms. de talla:	52 casos	20.8%
Con 45 cms. de talla:	27 casos	10.8%
Con 44 cms. de talla:	18 casos	7.2%
Con 43 cms. de talla:	17 casos	6.8%
Con 42 cms. de talla:	10 casos	4.4%
Con 41 cms. de talla:	3 casos	1.2%
Con 40 cms. de talla:	5 casos	2.2%
Sin datos de talla:	8 casos	3.2%
TOTAL de 250 casos		100.00%

CUADRO 4

De 9 meses de embarazo:	136 casos	54.5 %
De 8½ meses de embarazo:	13 casos	5.2 %
De 8 meses de embarazo:	66 casos	26.4 %
De 7½ meses de embarazo:	11 casos	4.4 %
De 7 meses de embarazo:	15 casos	6.0 %
De 6½ meses de embarazo:	-	-
De 6 meses de embarazo:	6 casos	2.4 %
De 5½ o menos de embarazo:	3 casos	1.2 %
TOTAL: 250 casos		100.00%

CUADRO 5

Longitud en cms.	Casos	%
9	5	2.0
8.5	5	2.0
8	67	26.8
7.5	42	16.8
7	103	41.2
6.5	6	2.4
6	14	5.6
Sin datos de longitud	8	3.2
TOTAL: 250		100.00%

CUADRO 6

	Núm. de defunciones	Porcentaje
1. Atelectasia Pulmonar	19	20.87%
2. Bronconeumonías	18	19.75%
3. Prematurez	15	16.47%
4. Hemorragias Intracranicas	11	12.08%
5. Anoxia	8	8.79%
6. Diarreas Infecciosas	5	5.49%
7. Escleroma	5	5.49%
8. Congestión Pulmonar	2	2.19%
9. Debilidad Congénita	2	2.19%
10. Malformación Congénita	2	2.19%
11. Peritonitis Agudas	2	2.19%
12. Shock Post-transfusional	1	.91%
13. Edema Laríngeo	1	.91%
	91	100.00%

CUADRO 7

De 9 meses de embarazo:	136 casos	54.5 %
De 8½ meses de embarazo:	13 casos	5.2 %
De 8 meses de embarazo:	66 casos	26.4 %
De 7½ meses de embarazo:	11 casos	4.4 %
De 7 meses de embarazo:	15 casos	6.0 %
De 6½ meses de embarazo:	—	—
De 6 meses de embarazo:	6 casos	2.4 %
De 5½ o menos de embarazo:	3 casos	1.2 %
TOTAL:	250 casos	100.00%

CONSIDERACIONES GENERALES, DISCUSION Y COMENTARIOS

El análisis de los datos aquí presentados permite establecer algunas consideraciones de importancia.

1. En primer lugar los porcentajes de prematurez valorada en grados de acuerdo con el peso, es semejante a lo reportado en las estadísticas nacionales e internacionales. La gran mayoría de los casos corresponde a aquellos niños que al nacimiento pesan entre 2.001 y 2.500 gramos. En estos casos el pronóstico es en general benigno, los cuidados y manejo del paciente durante el período neo-natal es semejante a los que requiere el recién nacido normal, de término. En los prematuros de II grado el índice de mortalidad aumenta, su pronóstico se hace severo y las condiciones patológicas se presentan con mayor frecuencia, lo que hace casi siempre necesario el empleo de cuidados especiales como son incubadora, oxigenación, tratamiento anti-infeccioso, transfusiones, etc. La permanencia en el Servicio de Cuna es más prolongado. Finalmente en los prematuros que pesan menos de 1.500 gms. al nacer, el pronóstico es sombrío, el índice de mortalidad muy elevado, su tratamiento implica necesariamente incubadora, oxigenación, técnicas especiales de alimentación, transfusiones, etc.

Su estancia en el Departamento de Prematuros de la Cuna es muy prolongada cuando sobreviven. Todos estos conocimientos son, por supuesto, bien conocidos.

Entre nosotros se ha planteado, inclusive, la posibilidad de considerar el límite inferior del peso del recién nacido a 2.250 gms. en vista de la gran frecuencia con que niños que registran pesos superiores a esta cifra se comportan en la práctica como recién nacidos normales. Sin embargo, para aceptar esta sugestión es indispensable tener el consenso derivado de estadísticas nacionales numerosas para que sean significativas.

2. La evolución post-natal, seguida a lapsos largos, como se intenta en esta comunicación, revela que la gran mayoría de los niños que nacieron prematuros, especialmente dentro de los grados I y II antes señalados, evolucionan favorablemente cuando son bien alimentados y atendidos, con un porcentaje muy elevado de probabilidades de asemejarse en todo a los recién nacidos normales. Su comportamiento nutricional y biológico ante las agresiones patológicas propias de la edad pre-escolar y durante la 1ª Infancia, son similares a las de los grupos sociales que registran al nacimiento peso normal-superior a 2.500 gms.

Esta consideración ya ha sido expresada en numerosas ocasiones por autores nacionales y extranjeros que han tenido oportunidad de supervisar algunos casos. En el presente estudio tal aseveración puede afirmarse definitivamente puesto que se trata de casos registrados y vigilados en una Institución que por sus características administrativas lo permite hacer.

EVOLUCION POSTNATAL DEL PREMATURO

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. ROGELIO H. VALENZUELA*

DR. JORGE MUÑOZ TURNBULL

SEGUIR LA EVOLUCIÓN de casos clínicos a través de los años, es una de las dificultades que comunmente se encuentran en los servicios institucionales, pero en particular en los establecimientos que trabajan como Hospitales propiamente dichos. De esta circunstancia y con fines de investigación clínica, han surgido las consultas de revisión, que especialmente respetan en su asistencia los pacientes que están afectados de enfermedades prolongadas, de terapéutica difícil o de diagnóstico impreciso.

No es este el caso de los niños prematuros, en los que no concurren tales circunstancias y su terapéutica está bien precisada. De aquí que, una vez cumplida la misión del hospital, logrando evitar su muerte, sea frecuente que no se vuelva a saber más de ellos en la proporción deseable. Los padres, se llevan a su hijo con un peso cercano al de 2,500 kgs., sin problemas ya de cianosis, apnea, enfriamiento, o procedimientos más o menos complicados para el lego en el suministro de los alimentos. La parte difícil se cumplió ya en las salas de servicios especiales, de aquí en adelante, todo se acerca a los cuidados comunes de un niño normal.

Con las consultas de revisión, establecidas en casi todos los hospitales del mundo, se han disminuído las pérdidas de enseñanza clínica que acarrecaba el desconocimiento evolutivo de los enfermos; pero es indudable, que muchos de estos pacientes, se pierden definitivamente para esas revisiones y que es necesario en múltiples ocasiones, irlos a buscar a sus propias casas.

Se entiende así mejor la importancia y la utilidad que tiene un trabajo como el que ahora comento, que sigue la evolución postnatal del prematuro en varios de sus aspectos hasta 5 años después del nacimiento.

* Léído en la sesión del 30 de julio de 1958.

El trabajo del doctor Hernández Valenzuela, puede dividirse en dos capítulos principales: el primero se refiere al Estudio Realizado en 376 casos de prematuros, en los que considera desde los antecedentes clínicos de la madre, características del parto, somatometría al nacimiento, evaluación de la vida intrauterina, hasta las observaciones verificadas en la etapa neonatal.

El segundo aspecto, se dirige a la observación del que fué prematuro a través de sus primeros años de vida.

Ambos capítulos tienen interés, pues su exposición es clara, precisa e ilustrativa. Nos confirma el autor, en la primera parte de su estudio, la importancia que en la etiología de la prematuridad tiene el estado nutricional de la madre así como la multiparidad.

Una vez más, los médicos mexicanos tenemos que escribir sobre los factores deficitarios nutritivos en calidad y en cantidad, que parecen perseguir a nuestra infancia desde antes que llegue al mundo el nuevo ser.

En la etiología de la prematuridad, los países de mayores recursos económicos, mencionan como elementos principales, a otras causas, tales como las infecciones agudas y crónicas, nefropatías, padecimientos cardiovasculares, trastornos endocrinos, toxemias del embarazo, eritroblastosis, etc., pero colocan en lugares menos comunes a las deficiencias nutritivas. En el estudio del Dr. Valenzuela encabeza la probable etiología la desnutrición materna, que a menudo se asocia con la multiparidad. Tal parece que la pobreza y la fecundidad, son en nuestro pueblo, indescabables consorcios que se agravan uno al otro; menos elementos económicos coexisten frecuentemente con mayor número de hijos y mientras más descendientes, mayores necesidades de lo estrictamente indispensable como es la buena nutrición. Parece ser esto una falacia, mas no por ello deja de presentarse con realidad insistente.

El siguiente capítulo del trabajo, es para mí el de mayor interés; se refiere al título mismo del estudio que se enfoca a la evolución post-natal. En muchas partes del mundo ha interesado grandemente a los pediatras qué es lo que pasa con los prematuros a largo plazo; en nuestro propio país, se hacen como ya dijimos, consultas de revisión sobre tan interesante tema, mas por las razones apuntadas arriba, no siempre pueden seguirse por largos períodos.

Logra el autor, con la ayuda de un servicio de enfermeras visitadoras y de pediatras que van a los mismos domicilios, supervisar lo referente a peso, talla y nutrición en 95 prematuros que vigila durante uno, dos y hasta cinco años.

Lo importante de sus observaciones es el poder concluir en que no obstante la prematuridad, se comportan estos pequeños exactamente igual en varios aspectos, a como lo hacen los niños que al nacer eran normales; es decir, que una vez salvadas las etapas difíciles que conducen a lograr el dominio de las desventajas fisiológicas, lo que sigue, es ya fácil de controlar y no se diferencia en nada de un nacido a término con peso apropiado.

La enseñanza inmediata que de aquí deriva, es la de que puede dismi-

nuírse la mortalidad infantil global, dependiente de la prematurez, si llegamos a contar en nuestro país con servicios especializados más difundidos para la atención neonatal de los prematuros.

Todos estos conocimientos son más o menos conocidos entre nosotros y en el extranjero, mucho se ha insistido sobre ello, mas ahora hemos escuchado un estudio con análisis de cifras y datos en nuestro propio medio, con observaciones que pudieron llevarse por un buen número de años. Es común que los trabajos verificados sobre tales temas, sean confusos y planteen dudas; ahora tenemos un estudio que con el análisis de sus cifras, pueden afirmarse dos cosas en forma clarísima; la primera ya comentada de la normal evolución ponderal y la segunda, también superponible a los niños eutróficos al nacer, que se refiere a las agresiones patológicas y mortalidad, ambas idénticas a lo que acontece en niños prematuros o en nacidos a término y con peso satisfactorio.

Vuelve entonces a surgir el conocimiento de que el mayor problema está en las etapas prenatales y neonatales, primero prevenir la prematurez, después atenderla debidamente en su primera época, mientras se logra recuperar el peso, y vencer las demás desventajas nutricionales y funcionales, propias del débil congénito que ahora se sabe son idénticas a las del prematuro.

No es posible siempre en la iniciación de un trabajo, agotar exhaustivamente las diferentes facetas de un problema. Sé que el Dr. Valenzuela, ha proyectado realizar otro aspecto de la evolución del prematuro, tan interesante como el de la parte física, me refiero a la que estudiaría el desenvolvimiento mental y emocional de estas criaturas; mas es de suponerse, según los estudios ya verificados por otros autores, que acontece algo semejante a la evolución física. Nina A. Anderson, por ejemplo, afirma que el prematuro se desarrolla física y mentalmente, dentro de promedios normales si no existen trastornos congénitos o neonatales que produzcan detrimentos encefálicos permanentes. La misma autora considera que aunque se ha dicho, que los trastornos de la conducta son más frecuentes en los niños prematuros, ella piensa que esto no puede ser afirmado con certidumbre por la prematurez en sí, sino que deben ser atribuidos cuando se presentan, a condiciones ambientales de inseguridad emocional, derivadas de los cuidados especiales prodigados por la propia prematurez.

Estos conceptos están de acuerdo con otro estudio muy interesante de Udsin y Weil, de Cincinnati, sobre los efectos de la apnea neo-natorum en el desarrollo intelectual. Estos autores estudiaron a un grupo de 41 niños que fueron apnéicos al nacer por más de tres minutos y que compararon con un grupo de control de 43 pequeños que respiraron espontáneamente. Ambos grupos fueron estudiados a los 13 y 14 años de edad por medio de pruebas individuales de inteligencia. Los autores concluyen que el análisis estadístico de los resultados, no reveló ninguna diferencia significativa entre la inteligencia del grupo apnéico y la del control.

Según estos datos, se entiende que tanto el desarrollo físico como el intelec-

tual, deben ser normales en los niños prematuros si no concurren circunstancias lesionales del encéfalo, que, en su caso, son capaces de afectar como ya indicamos, tanto al prematuro como al no prematuro.

Deseo por último decir al Dr. Hernández Valenzuela, que su trabajo es digno de encomio, que participo del todo con sus conceptos e ideas, y considero que hemos escuchado una aportación de indudable utilidad tanto para los pediatras como para los médicos generales.