

LA TRANSFUSION SANGUINEA EN EL RECIEN NACIDO

TESIS
QUE PARA SU EXAMEN PROFESIONAL
DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA PRESENTA
LUIS PALAU PONCE

MEXICO, D. F.
1936



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A LA SAGRADA MEMORIA DE MI MADRE.

A MI PADRE

A MIS HERMANOS.

58049

A MI MAESTRO EL SR. DR. MANUEL MATEOS FOURNIER.

AL SR. DR. GILBERTO SOUSA VAZQUEZ.

AL SR. DR. LEON MOCTEZUMA.

A MIS AMIGOS.

AL HOSPITAL JUAREZ.

INTRODUCCION

Mucho se ha escrito sobre la transfusión sanguínea, sin embargo, lo referente a su aplicación en el recién nacido, en la mayoría de los trabajos que sobre dicho tema se han escrito, sólo se menciona a título de complemento sin darle la importancia que a mi juicio se merece, ya que actualmente debe considerarse como un recurso terapéutico de primer orden en la patología infantil.

Por lo expuesto anteriormente y por su técnica relativamente sencilla, agregada a su utilidad práctica, fue escogido de tema para el presente trabajo, que careciendo de novedad y brillantez, pone de manifiesto, no obstante, las ventajas de un método que puede ser llevado a la práctica en el ejercicio diario. Espero que mis Maestros y Jurados lo juzguen con benevolencia y sepan disculpar sus errores y deficiencias, teniendo en cuenta el esfuerzo y la buena voluntad con que fue llevado a cabo.

CONTENIDO

- I.—RESUMEN HISTORICO.
- II.—INDICACIONES.
- III.—ACCIDENTES.
- IV.—COMPATIBILIDAD SANGUINEA. ELECCION DEL DONADOR.
- V.—TECNICAS. ELECCION DEL METODO. CANTIDAD.
- VI.—CASOS CLINICOS.
- VII.—CONCLUSIONES.
- VIII.—BIBLIOGRAFIA.

I

Resumen Histórico

La idea de la terapéutica por medio de la sangre es muy antigua: desde tiempo inmemorial, se acostumbraba ingerir sangre de animales recientemente sacrificados, con el fin principal de sustituir la sangre perdida; se afirma que en el año de 1492, para salvar la vida al Papa Inocencio VIII, fue preparado un brebaje con la sangre de dos jóvenes a los que se dejó sangrar hasta la muerte. En 1616 William Harvey, descubre la circulación de la sangre, pero no publica sus trabajos hasta el año de 1628. En el año de 1654 se atribuyen unas transfusiones a Folly, italiano y a Daniel de Leipzig; pero no es hasta el año de 1667, en que de una manera segura, se tiene noticia, de las transfusiones practicadas entre animales de la misma especie, por Richar y Lower, y en animales de especie diferente por King y Coxé. En Junio del mismo año, Denys de Montpellier, practica su famosa transfusión de 275 c. c. de sangre de cordero a un joven de 16 años.

El interés teórico y práctico por la transfusión sanguínea, ha tenido periodos de aceptación diversa, pues hasta fechas relativamente recientes, se han sucedido los tiempos de gran entusiasmo, con los de olvido y reprobación. Su práctica creciente en los últimos años, es debida principalmente, a los grandes adelantos efectuados sobre el particular, siendo dignos de mencionarse: la individualización de los grupos sanguíneos, debida a Landsteiner y Shatocken, en 1905; Crile, que en 1907, emplea por primera vez la técnica directa. En el año de 1911, de una manera casi simultánea, es usado el citrato de sodio como anticoagulante, por: Hustin de Bruselas, Agote de Buenos Aires y Lewisholm de New York.

Por lo que se refiere a su aplicación a los niños, son los iniciadores, los norteamericanos Brewel y Carrel que en 1908, practican transfusiones en lactantes, anastomosando la arteria radial del padre con la vena poplítea del niño. En 1913, Lindemann publica su técnica especial para el niño. Kalistky, que emplea como vía de elección la vena yugular.

Poco tiempo después, Helmholtz, hace conocer su método para practicar la transfusión en los niños, eligiendo, como única vía, el seno longitudinal superior.

Aquí en México, puede decirse, se ha entrado de lleno en el empleo sistemático de la transfusión, aunque a decir verdad, su empleo data de los últimos años. Los precursores del empleo de la transfusión en los lactantes, son los doctores Juan M. González y Javier Ibarra, los cuales, la practican, de una manera sistemática, desde 1928.

II

Indicaciones

La transfusión sanguínea actualmente, en el adulto, es una intervención simple, de ejecución fácil y sin peligro, que tiene indicaciones múltiples: quirúrgicas, médicas y obstétricas.

Introducida más recientemente en la terapéutica infantil, es por el contrario, considerada como un método delicado en su aplicación, que se reserva para casos de gravedad extrema, a pesar de los trabajos que últimamente se esfuerzan en vulgarizar su empleo.

Conviene pues, conocer los casos en los cuales, la inyección intravenosa de sangre, sea susceptible de mejorar el pronóstico, y de estar en posesión de un método simple, que permita ponerlo en práctica, sin riesgo alguno, a pesar de la edad del niño; convirtiéndose en el tratamiento habitual y precoz en los casos de elección, con el máximo de probabilidades de éxito.

I.—En niños prematuros, débiles y con desarrollo insuficiente. Obra la transfusión en estos casos, activando todas las funciones que siempre se encuentran debilitadas. El peso aumenta y el estado general mejora rápidamente.

II.—En la insuficiencia cuantitativa de la sangre: Hemorragias del cordón, etc. Los doctores Ibarra y González afirman "que los niños se repelen difícilmente de las pérdidas sanguíneas"; y si se tiene en cuenta, la observación de Jacobi: que la cantidad total de sangre de un recién nacido es igual a la décima-novena parte del peso del cuerpo; resulta, que un niño de esa edad, que pierda 25 c. c. de sangre, se encuentra en las mismas condiciones que un adulto que hubiera perdido la cuarta parte del volumen total de su sangre. Estas observaciones explican, que 20 c. c. de sangre, inyectados a un niño, no solamente detienen la hemorragia, sino que reemplazan la pérdida sanguínea y salvan la vida.

III.—En las discrasias sanguíneas, estados hemorrágicos. Melenas del recién nacido. En estos casos, como en el anterior, reemplaza la pérdida sanguínea y obra aumentando la coagulabilidad de la sangre.

IV.—En algunas infecciones: (a) Gastro-enteritis, diarreas tóxicas-infecciosas y aun en las coleriformes. La transfusión, luchando contra la deshidratación, mejora la anemia y parece facilitar la alimentación ulterior. (b) En afecciones agudas hiperpiréticas de origen indeterminado; obra aquí la sangre, aportando elementos sanos, aptos para la lucha contra la infección, sirviendo además como anti-pirético.

V.—En la atrepsia. Siendo la sangre un alimento completo, que no necesita pasar por el aparato digestivo para ser asimilado; está indicado en los casos, que como en éste, la alimentación no puede efectuarse, debido al hipofuncionamiento de todos los aparatos.

VI.—En las bronco-neumonías. En estos casos hay que ser cautos y solo emplearla en los que se acompañan de un estado anémico, pues de lo contrario, se corre el riesgo de provocar dilatación aguda del corazón por el alza brusca de la presión.

III

Accidentes

Los accidentes a que puede dar lugar la transfusión, pueden dividirse en: Accidentes de orden humoral. Entre los más graves, de los de esta naturaleza, podemos citar los que, en el adulto, ocasiona la incompatibilidad sanguínea entre donador y receptor: hemolisis, aglutinación; éstos no son de temerse en el recién nacido, puesto que, como se verá después, en esa edad se considera a los individuos como receptores universales. Los accidentes, que a este respecto se citan, parecen deberse más bien, al empleo del citrato de sodio como anticoagulante. Se dice que la presencia de esta sustancia en el torrente circulatorio, ocasiona una disminución rápida del calcio sanguíneo, disminución que sería la causa de dichos accidentes, y que en ocasiones pueden llegar hasta la muerte.

De orden mecánico. Son éstos, los que normarán nuestra conducta en lo referente a la cantidad de sangre que debe ser transfundida. El niño, al cual se le hace transfusión, casi siempre llora, más por la inmovilidad a que se le somete que por dolor; cuando se va a alcanzar el límite, tose; si la transfusión se continúa, deja de llorar, se cianosa, su respiración se acelera, orina; pudiendo llegar hasta el síncope respiratorio. Son límites a los que no hay que llegar nunca. En la literatura se habla de muerte por hemorragia, sea por desgaradura del seno al hacer la punción o bien por haber hecho la inyección directamente en el encéfalo.

Como accidentes tardíos, sólo se mencionan, fenómenos urticarianos benignos; que no hemos tenido oportunidad de presenciar, quizá por las dificultades con que se tropieza, en seguir a los niños, cuando las madres abandonan el Hospital. Los Drs. Ibarra y González, mencionan dos casos de esta índole.

IV

Compatibilidad Sanguínea

El estudio de la compatibilidad sanguínea en el recién nacido, dista mucho de entrañar la misma importancia que en el adulto, en el cual, no debe efectuarse ninguna transfusión, sin la realización previa de las pruebas llamadas de compatibilidad; sea directas, indirectas, fisiológicas o hematológicas.

Se acepta universalmente, que la transfusión de sangre, puede efectuarse, sin inconveniente alguno, de la madre al hijo; puesto que se trata de individuos de "la misma sangre". En el recién nacido, tal aserción tiene su fundamento y es posible efectuarla sin el estudio previo de compatibilidad; no porque se trate de individuos de la misma sangre, sino porque, careciendo a esa edad el suero de aglutininas, dichos individuos se comportan como receptores universales. Esto afirma, en su tesis recepcional, el doctor Hector A. Gómez, referente al estudio de los grupos sanguíneos de los niños en México y que a continuación transcribo.

"Los grupos sanguíneos de las madres en México, D. F., son en un 36%, diferentes de los de sus hijos lactantes".

"Los sueros de los niños, hasta la edad de año y medio, no contienen ninguna aglutinina; comportándose, por consiguiente, como receptores universales".

"La madre puede ser donadora de su hijo, menor de dicha edad, no porque tenga siempre la misma sangre; sino porque éste, se comporta como receptor universal".

ELECCION DEL DONADOR

Expuesto lo anterior, se comprende fácilmente, que el problema, que en el adulto encierra la busca y elección del donador, es

incomparablemente menor, tratándose de un recién nacido, en el que, por su edad y por la cantidad tan pequeña que se necesita es sumamente fácil encontrar el donador. Personalmente, sólo he usado sangre de la madre, pero se puede usar la del padre, la de una hermana de la madre, o bien la de la persona que amamanta al niño. Todas las transfusiones se han hecho sin estudio previo de compatibilidad y no ha habido ningún accidente.

V

TECNICAS

Son varias las técnicas usadas hasta la fecha, en terapéutica infantil, para el empleo de la sangre como medicamento. Haremos una breve revisión de las aconsejadas actualmente:

VIA INTRAPERITONEAL.—Esta vía, la más sencilla, no produce efectos inmediatos, porque la absorción es demasiado lenta e incierta. El doctor González aconseja, no obstante, su empleo con la misma técnica, que para la inyección de suero antidiftérico, en los casos de difteria avanzada e hipertóxica.

El efecto de la sangre, aplicada intravenosa es, por el contrario, muy rápido, se inicia desde el momento mismo en que se hace la transfusión; la facies se pone rosada, la mirada del niño se pone más viva y todas sus funciones recobran su normalidad al día siguiente, mejorando rápidamente su estado general.

EN LA VENA SAFENA INTERNA.—Instrumental: Cuatro jeringas de 30 c. c., una de 5 c. c. y una de 1 c. c., instrumentos de pequeña cirugía. Una ampolleta de 20 c. c. de suero fisiológico o glucosado al 5%, otra de 10 c. c. de citrato de sodio en solución al 2%, una de novocaína al 2%, de 1 c. c., catgut, etc., las jeringas, con las que se va a hacer la toma, se humedecen previamente con citrato de sodio.

Técnica.—El donador en decúbito-dorsal sobre una mesa. El niño en otra mesa cercana, con los miembros inferiores fijos separadamente por una venda, colocando hacia arriba el maleolo interno del pie que se va a usar. Desinfección con alcohol. Anestesia local con novocaína, que es bien tolerada, aunque no siempre.

Incisión de 15 milímetros a un centímetro del maleolo interno o en el sitio donde se vea la vena por transparencia, seccionando

piel y tejido celular, se hace la disección de la vena, montándola en una sonda sobre la que se pasa un hilo de catgut, para introducir con la mano derecha la aguja-trocar 3 a 4 milímetros; se extrae el mandrín y se empuja el trocar unos 3 centímetros, lo suficiente para que se fije, dejándose allí. (El doctor Franco usa una aguja provista de una oliva en su parte terminal, que evita la salida de la vena). Se inyecta por la aguja el suero que contiene la jeringa de 5 c. c. y se observa si hay resistencia o si el líquido desborda por la herida.

Comprobada la buena colocación de la aguja, se hace la inyección de sangre lentamente, terminada la cual, se liga la vena y se sutura la herida.

Esta vía es la usada por el doctor Franco. Los doctores Ibarra y González, sólo aconsejan su uso en niños mayores de dos años.

EN LA VENA YUGULAR EXTERNA.—Instrumental: El mismo que para la técnica siguiente. Técnica.—El niño se coloca en ligera posición de Ross, con la cabeza inclinada hacia el lado opuesto de la vena que se vaya a utilizar, para tener mejor acceso sobre el cuello. Debe inmovilizarse bien y se necesitan varios ayudantes; uno de ellos comprime la vena por encima de la clavícula con su dedo, interrumpiendo así la circulación de vuelta, y hace visible el vaso. El operador fija la vena con su índice izquierdo y punciona conforme a la técnica usual con la jeringa ya cargada e inyecta la sangre lentamente.

EN EL SENO LONGITUDINAL SUPERIOR.—Antes de principiar con la descripción del método, es conveniente hacer una breve recordación de la anatomía y fisiología del seno en el recién nacido. Impar y mediano, se extiende de la apófisis crista-gali a la protuberancia occipital interna, inmediatamente abajo de la bóveda; su forma es prismática triangular, su cara superior está en relación, de adelante a atrás, con la sutura frontal media, directamente con el cuero cabelludo en la fontanela anterior, con la sutura sagital, nuevamente con el cuero cabelludo en la fontanela posterior y finalmente, con la tabla interna del occipital hasta su desembocadura en la presa de Herófilo. Sus caras laterales, derecha e izquierda, están en relación con los hemisferios cerebrales correspondientes. Su calibre aumenta progresivamente de adelante a atrás, teniendo, a la altura del vértice posterior de la fontanela anterior, seis milímetros aproximadamente.

Está formado por dos capas: una externa, fibrosa, que no es otra que la duramadre y una interna, endotelial, continuación del endotelio del aparato vascular.

La circulación se hace en el sentido antero-posterior, de ahí que, una inyección puesta sobre él, penetre más fácilmente en este sentido.

Instrumental.—Dos jeringas de 20 c. c. excéntricas, una aguja gruesa de bisel corto o la aguja-camula especial muy semejante a la de Kalistky, provista de un tope a ocho milímetros de la punta, que impide mayor penetración, con ajuste metálico y un tubo de caucho intermediario, por los movimientos del niño. Dicho tubo no es indispensable; basta con una inmovilización correcta.

Técnica.—Se rasura y desinfecta la cabeza del niño en el sitio que ocupa la fontanela anterior y zonas adyacentes, se coloca sobre una mesa, con la cabeza más alta que el resto del cuerpo y con la cara descubierta. Algunos autores aconsejan poner al niño en posición vertical para facilitar más la circulación de vuelta. Esto no es indispensable y si dificulta la punción.

El ayudante tiene lista la sangre en las jeringas de 20 c. c. previamente vaselinadas, dejándolas al alcance del operador; enseguida, fija sólidamente la cabeza del niño con ambas manos.

El operador señala con el índice de la mano izquierda, el vértice posterior de la fontanela anterior, precisamente sobre la línea media e introduce la aguja en este sitio con una presión continua para atravesar el cuero cabelludo y bajo un ángulo de 65 grados aproximadamente. La aguja sólo debe penetrar algunos milímetros, nunca más de ocho. Si la punción ha sido correcta, la sangre sale por la aguja, procediendo luego, a la inyección de la sangre contenida en las jeringas, la cual se hará lentamente y controlando de tiempo en tiempo, si todavía se está dentro del seno.

Todo el tiempo que dure la transfusión, deberá observarse cuidadosamente la cara del niño, para notar los cambios mencionados al hablar de accidentes y suspenderla en caso de que aparezcan.

En el recién nacido y de una manera casi unánime, se prefiere la vía intra-sinusal por ser la más sencilla, a pesar de su apariencia complicada y operatosa. Todos los accidentes achacados a este método no se han presentado en los casos observados. Los doctores Ibarra y González afirman asimismo, que en su larga práctica, desde 1928, sólo han tenido un síncope respiratorio de corta duración. Matfán se muestra partidario de esta vía en los niños muy pequeños, en los cuales la punción de las venas superficiales es sumamente difícil.

CANTIDAD.—La cantidad de sangre que debe ser transfundida, varía con el lugar en que vive el sujeto y está, según la mayoría de los autores, en razón inversa de la altitud.

Los cirujanos americanos inyectan, al nivel del mar, 60 y 100 c. c. en los recién nacidos. En la ciudad de México a más de dos mil metros de altura, no se toleran estas dosis. El verdadero límite se obtiene por el modo de reaccionar del niño en el momento de hacer la transfusión. En México, con 10 ó 15 c. c. por kilogramo de peso no se obtienen reacciones desagradables y son seguros los resultados. En los casos observados, sólo he puesto 10 c. c. como término medio por kilogramo de peso, siendo suficiente casi siempre para alcanzar el objeto deseado.



El operador señala con el índice de la mano izquierda el vértice posterior de la fontanela anterior, precisamente sobre la línea media e introduce la aguja en este sitio, bajo un ángulo de 65 grados aproximadamente.

VI

Casos Clínicos

Las presentes observaciones fueron hechas, en su totalidad, en la Cura del Hospital Juárez.

En todos los niños se tuvo la precaución de efectuar las transfusiones, dos horas después de la última tetada, haciendo la siguiente más o menos tres horas más tarde. De esta manera se evitan fenómenos digestivos ligeros, vómitos generalmente, que pueden presentarse en estos casos.

I.—*Nombre de la madre*: Elvira Espinos.

Edad: Recién nacido.

Prematuro de ocho meses.

Sexo: Femenino.

Peso: 1650 gramos.

Talla: 43 centímetros.

Datos del parto: Cesárea por placenta previa.

Sala 10, número 14.

Indicación de la transfusión: Debilidad congénita de tercer grado.

Cantidad: 20 c. c.

Evolución: Al día siguiente de efectuada la transfusión, se nota que mama con más facilidad, cinco días después ha mejorado notablemente el estado general y pesa 1810 gramos.

II.—*Nombre de la madre*: Ana María Mújica.

Edad: Recién nacido.

De tiempo.

Sexo: Masculino.

Peso: 1900 gramos.

Talla: 47 centímetros.

Datos del parto: Aplicación de forceps.

Sala 12, número 14.

Indicación de la transfusión: Debilidad congénita de segundo grado.

Cantidad: 15 c. c.

Evolución: cuatro días después marca un peso de 2000 gramos.

III.—*Nombre de la madre:* Concepción Romero.

Edad: Recién nacido.

De tiempo, con antecedentes hereditarios específicos francos.

Peso: 2.100 gramos.

Sexo: Masculino.

Talla: 48 centímetros.

Datos del parto: Fisiológico.

Sala 10, número 18.

Indicación de la transfusión: Hemorragias múltiples.

Cantidad: 12 c. c.

Evolución: Tres días después las hemorragias han cesado y el niño principia a alimentarse. Al salir de alta la madre, se le recomienda un tratamiento mercurial para el niño, días después, las hemorragias reaparecen y el niño muere cuatro días más tarde.

IV.—*Nombre de la madre:* Silvina Aragón

Edad: Recién nacido.

De tiempo.

Sexo: Masculino.

Peso: 2.200 gramos.

* *Talla:* 50 centímetros.

Datos del parto: Fisiológico.

Sala 12 número 40.

Indicación de la transfusión: Debilidad congénita de primer grado.

Cantidad: 10 c. c.

Evolución: Tres días después permanece estacionario, tanto el peso como el estado general.

V.—*Nombre de la madre:* Leonor Rosas Segura.

Edad: Recién nacido.

Prematuro de ocho meses.

Sexo: Masculino.

Peso: 1.700 gramos.

Talla: 40 centímetros.

Datos del parto: Presentación de pelvis.

Sala 10 número 38.

Indicación de la transfusión: Debilidad congénita de segundo grado.

Cantidad: 18 c. c.

Evolución: Cuatro días después el estado general ha mejorado, comprobándose un aumento de peso de 100 gramos.

VI.—*Nombre de la madre:* Cecilia Hernández.

Edad: Recién nacido.

De tiempo.

Sexo: Masculino.

Peso: 2200 gramos.

Talla: 48 centímetros.

Datos del parto: Fisiológico.

Sala 12, número 21.

Indicación de la transfusión: No puede mamar, su peso baja rápidamente.

Cantidad: 22 c. c.

Evolución: Ocho días más tarde pesa 2.360 gramos, mama perfectamente, siendo insuficiente la leche de la madre a la que se aconseja mejore su alimentación.

VII.—*Nombre de la madre:* Apolonia Plata.

Edad: Recién nacido.

Prematuro de ocho meses y medio.

Sexo: Masculino.

Peso: 2.200 gramos.

Talla: 46 centímetros.

Datos del parto: Fisiológico.

Sala 10, número 13.

Indicación de la transfusión: Debilidad congénita de segundo grado.

Cantidad: 17 c. c.

Evolución: Cinco días después pesa 2.300 gramos, se alimenta bien, su estado general es satisfactorio.

VIII.—*Nombre de la madre:* María de Jesús Cabrera.

Edad: Recién nacido.

Prematuro de ocho meses y medio.

Sexo: Femenino.

Peso: 1.600 gramos.

Talla: 45 centímetros.

Datos del parto: Gemelar.

Sala 10, número 3.

Indicación de la transfusión: Debilidad congénita de tercer grado. No mama.

Cantidad: 16 c. c.

Evolución: Siete días más tarde se alimenta normalmente, su peso es de 1740.

IX.—*Nombre de la madre:* Juana Arrellin.

Edad: Recién nacido.

De tiempo.

Sexo: Femenino.

Peso: 2.200 gramos.

Talla: 47 centímetros.

Datos del parto: Fisiológico.

Sala 12, número 22.

Indicación de la transfusión: Debilidad congénita de segundo grado.

Cantidad: 20 c. c.

Evolución: Diez días después pesa 2.200 gramos. Estado general satisfactorio.

X.—*Nombre de la madre:* Soledad Martínez.

Edad: Recién nacido.

De tiempo.

Sexo: Masculino.

Peso: 2.200 gramos.

Talla: 48 centímetros.

Datos del parto: Prolongado, 55 horas de trabajo.

Sala 10, número 36.

Indicación de la transfusión: Debilidad congénita de primer grado.

Cantidad: 22 c. c.

Evolución: Hecha una nueva observación cuatro días después se encuentra mejor el estado general, no obstante que el peso permanece igual.

XI.—*Nombre de la madre:* Josefina Guerrero.

Edad: Recién nacido.

De tiempo.

Sexo: Masculino.

Peso: 2.000.

Talla: 49 centímetros.

Datos del parto: Fisiológico.

Sala 10, número 5.

Indicación de la transfusión: Debilidad congénita de primer grado.

Cantidad: 29 c. c.

Evolución: El estado general continúa malo; el peso, siete días más tarde es de 1.900 gramos.

XII.—*Nombre de la madre:* Pompeya Maldonado.

Edad: Recién nacido.

Prematuro de ocho meses.

Sexo: Masculino.

Peso: 2.200 gramos.

Talla: 46 centímetros.

Datos del parto: Fisiológico.

Sala 10, número 39.

Indicación de la transfusión: Debilidad congénita de segundo grado. No mama.

Cantidad: 20 c. c.

Evolución: Seis días después, el niño mama perfectamente, su estado general ha mejorado notablemente, a pesar de que el peso permanece igual.

XIII.—*Nombre de la madre:* Marta Ahumada.

Edad: Recién nacido.

Prematuro de ocho meses.

Sexo: Masculino.

Peso: 1.800 gramos.

Talla: 47 centímetros.

Datos del parto: Fisiológico.

Sala 10, número 22.

Indicación de la transfusión: Debilidad congénita de tercer grado.

Cantidad: 10 c. c.

Evolución: Seis días después marca un peso de 1950 gramos, notándose el estado general muy mejorado.

XIV.—*Nombre de la madre*: María Luisa Olivares.

Edad: Recién nacido.

De tiempo.

Sexo: Masculino.

Peso: 2.350 gramos.

Talla: 49 centímetros.

Datos del parto: Fisiológico.

Sala 12, número 40.

Indicación de la transfusión: Anemia aguda por hemorragia del cordón.

Cantidad: 23 c. c.

Evolución: Al día siguiente de efectuarse la transfusión, ha desaparecido casi por completo la palidez; tres días después, su peso es de 2.550 y su estado general es completamente normal.

XV.—*Nombre de la madre*: Josefina Aguilar Ezquivel.

Edad: Recién nacido.

Prematuro de ocho meses.

Sexo: Femenino.

Peso: 1.600 gramos.

Talla: 43 centímetros.

Datos del parto: Presentación pélvica, extracción podálica.

Indicación de la transfusión: Debilidad congénita de tercer grado.

Cantidad: 16 c. c.

Evolución: Cuatro días después marca un peso de 1.740 gramos y su estado general es satisfactorio.

VII

CONCLUSIONES

La transfusión sanguínea en el recién nacido, es un recurso terapéutico de suma utilidad en la práctica médica; no quiere decir esto, que sea una panacea, aunque sí es de múltiples aplicaciones y proporciona verdaderos éxitos donde los otros medicamentos fracasan.

En muchos casos, atrepsia, debilidad congénita, distrofias heredo-luéticas, obra principalmente, manteniendo al individuo; dándole una sobriedad que permita instituir, sea una alimentación, sea una medicación adecuadas, que de otra manera no serían eficaces por falta de resistencia. En otros, por el contrario, estados hemorrápicos, algunas infecciones, su acción es francamente terapéutica.

La vía que debe emplearse en esa edad de la vida, es la intrasínusal, por ser la más sencilla y carente de peligros; pues las otras, digase lo que se quiera, son sumamente difíciles y requieren técnicas complicadas que no están siempre al alcance del práctico.

VIII

BIBLIOGRAFIA

E. LESNE et G. DREYFUS-SEE.—Indications et Technique de la transfusion sanguine chez le nourrisson.—Revue Française de Pédiatrie.—Tome VII No. 1, 1931.

G. PHELIZOT et B. TASSOVATZ.—La Transfusion sanguine comme traitement des Broncho-pneumonies graves de la première enfance.—Revue Française de Pédiatrie.—Tome VIII No. 6, 1932.

E. URIBE RIVERA.—Contribución al estudio de la transfusión de sangre en los niños.—Tesis, 1931.

F. OEHLECKER.—La transfusión de la sangre.

J. IBARRA y J. M. GONZALEZ.—Transfusión de sangre en niños menores de dos años.—Pasteur.—Septiembre de 1933.

A. RAMIRO MORENO.—Transfusión de sangre.—Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer.—Diciembre de 1934.

H. A. GOMEZ.—Grupos sanguíneos en los niños mexicanos del D. F.—Tesis, 1934.

M. V. ELIZONDO.—La transfusión sanguínea como medida terapéutica en algunos padecimientos de la infancia.—Tesis, 1934.

J. F. FRANCO.—La transfusión en el lactante. Su aspecto médico.

L. TESTUT.—Anatomía humana.