

Higiene Prenatal

Por la Dra. E. BLANCHE STERLING

Cirujano Auxiliar Interino del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos

Lo mismo que la higiene infantil constituye uno de los factores básicos en la labor de higiene pública, así también el cuidado de la madre en ciernes representa la misma raíz y foco de la higiene infantil.

El hincapié en las obras higiénicas se ha desviado algo en los últimos años, del ambiente al niño mismo. Aunque prosiguen sin cesar los esfuerzos tendientes a sanear nuestro medio ambiente, ya nos hemos dado cuenta de que el saneamiento por sí sólo no fortalecerá y sanará al género humano, de modo que comenzamos con la criatura nueve meses antes de que nazca, y mediante la cuidadosa vigilancia desde el mismo momento de la concepción hasta la infancia y juventud, tratamos de producir un ciudadano digno del ambiente más higiénico. Por aséptico que fuera un mundo, si lo habitara una raza enclenque, no sería objeto de vanagloria u orgullo. Los procedimientos comprendidos en un programa de higiene infantil, no tan sólo se proponen reforzar a los débiles, sino convertir a los aptos en más aptos aún. Comenzando temprano—antes de nacer la criatura—aspiramos por medio de la higiene prenatal a multiplicar el número de niños que nacen sanos y robustos, pues es más sencillo mantener a un niño sano, que curar a uno enfermo.

Hay muy buenas razones para que la gestante reciba el mejor cuidado disponible. Por desgracia, el parto, si bien es normalmente un sencillo proceso fisiológico, entraña con frecuencia complicaciones graves. Para su propio beneficio, la madre en ciernes debe vigilar cuidadosamente su salud. De 18 países cuyas estadísticas publicara Woodbury,¹ la mitad revelan un aumento de la mortalidad infantil en los últimos años. En los Estados Unidos, cada año unas 16,000 madres pierden la vida al dar a luz,² y esa aterradora pérdida de vidas maternas no se limita a ningún país ni continente dado.

Las principales causas de la mortalidad infantil radican en septicemia puerperal, albuminuria y convulsiones, hemorragia puerperal, y otros accidentes del parto y de la gestación. En 15 países, para los cuales se cuentan con datos correspondientes a 1920, las muertes producidas por la septicemia puerperal comprendieron de 28 a 62 por ciento de las debidas a todos los factores puerperales.²

Aparte de la mortalidad vinculada con el parto, debemos tomar en cuenta la morbilidad que le sigue frecuentemente, pues una de sus consecuencias es un exceso de achaques en el período reproductivo de la vida.

¹ Woodbury, R. M.: Publ. 158, Children's Bur. Dept. of Labor, U. S. A.

² Crumline, S. J., y Holland, Dorothy F.: The Lost Sixteen Thousand, Child Health Bull. (mzo.) 1928.

El cuidado de la madre en ciernes reviste igual importancia en lo tocante al niño. Varios investigadores³ han descubierto que las toxemias y enfermedades crónicas de la madre culminan frecuentemente en mortinatalidad. Si el feto sobrevive y la madre muere, la criatura tropezará probablemente con dificultades, en particular en los primeros meses de su vida. Todo niño huérfano es un niño impedido. Si la madre sobrevive el parto pero privada de su salud, queda por lo menos parcialmente incapacitada para ofrecer a su hijo toda la atención que necesita.

Además, el cuidado prenatal es importante, debido a su relación con el desarrollo sano del feto. Ninguna criatura debe nacer con una tara hereditaria si hay modo de impedirlo. La criatura debe también recibir por conducto de la sangre materna todos los elementos esenciales para el desarrollo de órganos sanos. La asistencia prenatal apropiada constituye un derecho inalienable de todas las madres y de todos los hijos.

Admitido eso, surge naturalmente la pregunta: ¿Qué es asistencia prenatal apropiada?

En primer lugar, la madre en ciernes debe recibir un detenido examen físico lo más pronto posible después de la concepción. El examen debe ser minucioso, sin omitir ningún pormenor relativo a los antecedentes de la gestante. No tan sólo debe reconocerse el abdomen, sino el corazón, pulmones, garganta, dientes, etc. En cada visita deben anotarse la presión sanguínea, pulso, temperatura, y peso, y practicarse un uranálisis. A principios del embarazo deben verificarse una Wassermann y un reconocimiento vaginal. En el último mes no debe realizarse ningún examen vaginal, salvo con la asepsia más extremada. Las mediciones pelvianas deben ser obtenidas antes del séptimo mes.

Además del examen y pruebas descritas, la madre en ciernes debe recibir consejos cuidadosos en cuanto al régimen alimenticio, ejercicio, descanso, sueño, recreo, ropa, baños, cuidado de la piel, intestinos, riñones, dientes, mamas, coito durante el embarazo, impresiones maternas, parteamiento en casa o en el hospital; ropa y otros artículos para la criatura; e higiene mental.

En los primeros seis meses del embarazo la gestante debe ver al doctor una vez al mes, y después cada quincena o más a menudo. En las últimas cuatro semanas convienen a menudo las visitas semanales. Hay que ordenarle que comunique en el acto cualquier enfermedad aguda que se presente; la existencia de disnea; estreñimiento rebelde; persistentes o recurrentes jaquecas, náuseas o vómitos; trastornos visuales; vértigo; dolor; edema de las manos, cara o tobillo; alteraciones urinarias; hemorragias vaginales; o cualquier

³ Sterling, E. Blanche: The Problem of Fetal and Neonatal Death, Pub. Health Rep. (mzo.) 18) 1928.

otro síntoma alarmante. Esas instrucciones son meramente las pautas reconocidas de la asistencia prenatal.⁴

Dados los conocimientos actuales de la nutrición y la dependencia en que se encuentra el feto hacia el organismo materno en cuanto a las sustancias que formarán su cuerpo, el régimen diario de la madre en ciernes reviste importancia primordial. El raquitismo, tan frecuente en la zona templada, es comparativamente raro en los países tropicales y semitropicales,⁵ debido probablemente a que la abundante luz solar a que puede exponerse el cuerpo del niño durante períodos prolongados del año, capacita al organismo para asimilar los elementos alimenticios necesarios para el desarrollo normal del hueso. Pero, también hay que facilitar en el alimento los elementos necesarios para formar huesos y dientes, y el régimen materno debe ser rico en minerales—en particular calcio, fósforo e hierro—y vitaminas. Ni el exceso de sol ni el superávit de aceite de hígado de bacalao pueden fomentar la asimilación de elementos que no existen a mano. Los dientes del niño comienzan a formarse ya en el tercer mes de la vida fetal, y por lo tanto, es manifiesto que debe corregirse la dieta de la madre desde el mismo principio del embarazo.

Debido a la protección que la asistencia prenatal ofrece a su propia salud y bienestar y a la relación que guarda con el bienestar del hijo, toda madre en ciernes debe recibir sus beneficios. Las que viven en las grandes poblaciones encontrarán poca dificultad para ello, pues de ser pudientes, les prestarán naturalmente ese servicio los médicos particulares. Las pobres pueden obtener cuidados y consejos semejantes en las clínicas prenatales mantenidas por el departamento de sanidad, y varios hospitales y corporaciones cívicas.

En el campo es que se tropieza con mayores dificultades, pues los doctores escasean, a menudo, y se hallan muy esparcidos. Si hay enfermeras visitadoras pueden ofrecer enseñanzas higiénicas, y harán todos los esfuerzos posibles por poner en contacto al doctor y a la enferma con la frecuencia necesaria. Las clínicas ambulantes llevan frecuentemente la asistencia prenatal a las mismas puertas de la madre rural. Las comadronas bien enseñadas y dirigidas deben predicar y practicar el evangelio de la higiene prenatal, y la literatura publicada por los departamentos de sanidad ayudará también en el mismo sentido. Por ejemplo, el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos envía mensualmente cartas de asesoramiento a las madres en ciernes que desean recibirlas, cartas esas que se proponen ayudar al médico y recalcan la importancia de consultarlo desde el mismo principio del embarazo. Uno de los principales puntos en esa labor consiste en enseñar a todas las mujeres cuán necesario es que obtengan dicho cuidado.

⁴ Standards of Prenatal Care: Pub. 153, Children's Bur. Dept. of Labor, U. S. A.

⁵ Véase el número de julio del BOLETÍN, p. 837.

En vista de los argumentos propuestos en favor de la asistencia prenatal, surge otra pregunta: ¿Ha realizado algo que valga la pena la higiene prenatal, tan decantada y encomiada? La respuesta es claramente en la afirmativa.

Probablemente todos los países en que se ha creado asistencia prenatal adecuada podrían facilitar estadísticas en ese sentido, mas en un breve trabajo sólo pueden consignarse algunos ejemplos, aunque los hechos aportados son notables.

En la Ciudad de Nueva York, la Asociación de los Centros de Maternidad ofreció asistencia prenatal a 8,743 embarazadas en los 27 meses que terminaran el 15 de agosto de 1921. Entre dichos casos sólo hubo la tercera parte de la mortalidad por eclampsia que suele haber en la población general. La mortinatalidad fué poco más de la mitad que la del barrio de Manhattan en conjunto. La mortalidad infantil por partos prematuros fué de 4.8, comparada con 14.7 por mil nacimientos en la población general de la Ciudad de Nueva York en 1920.⁶

En Louisville, Kentucky, la asistencia prenatal logró una mortalidad materna de 2.91 por mil, mientras que la proporción fué de 22.4 por mil en los casos del mismo hospital que no recibieron asistencia prenatal. Sólo 0.58 por ciento de las primeras manifestaron eclampsia, y no hubo ninguna muerte entre ellas. Cuando la asistencia prenatal fué adecuada, no hubo eclampsia, en tanto que entre los casos que no recibieron asistencia prenatal hubo 3.02 por ciento de eclampsia con 10 muertes. En 1927 no hubo mortalidad materna entre 658 partos en mujeres que habían recibido asistencia prenatal.⁷

En Detroit, la mortalidad materna por causas puerperales fué de 6.75 por mil partos para la población en conjunto en los años 1922, 1923 y 1924, mientras que, entre las mujeres que asistieron a las clínicas prenatales, sólo fué de 3.5 por ciento. La mortalidad por eclampsia fué disminuida en 24 por ciento, y la mortinatalidad, de 51.8 por mil nacimientos vivos, a 35.6.⁸

En 1925 y 1926, en el condado de Tioga, Nueva York, dieron a luz, sin ninguna mortalidad materna, 389 mujeres que habían recibido asistencia prenatal de parte de enfermeras visitadoras, lo cual constituye un ejemplo sobresaliente de lo que puede lograrse en el distrito rural.⁹

En Manchester, New Hampshire, Nueva Inglaterra, la asistencia prenatal hizo bajar la mortalidad materna de 5.0 a 3.5, y la mortinatalidad de 35.4 a 17.9.¹⁰

En el distrito sanitario de Huddersfield, en Inglaterra, en los cinco lustros terminados en 1926, hubo una mortalidad materna de 5.6 por

⁶ Dublin, L. I.: Mortality of Early Infancy, Trans. 13th An. Meet. Am. Child Hyg. Assn. (obre.) 1922.

⁷ Pickett, Alice N.: Study of Results of Prenatal Care at the Louisville City Hosp., Kentucky Med. Jour. (fbro.) 1928.

⁸ Welz, W. E.: Develop. Pren. Care in Detroit, Am. Jour. Obst. & Gynec. (mayo) 1926.

⁹ Lobenstine, R. W.: Prenatal Care Demonstr., Child Health Bull. (fbro.) 1927.

¹⁰ Davis, Mary D.: Prenatal Education, Am. Jour. of Nursing (eno.) 1927.

mil. En 1926 empezó a funcionar una obra fundada en la higiene prenatal, y en los 11 años terminados en 1926, 6,395 mujeres se beneficiaron de ella. En ese grupo la mortalidad fué de 1.8 por mil.¹¹

En el Canadá, en la Clínica de la Maternidad Burnside, del Hospital General de Toronto, se han obtenido magníficos resultados. En 1925, de 525 enfermas que recibieron asistencia prenatal, sólo murió una, y ésa debido a enfermedad cardíaca. En 1926, entre 505 enfermas, no hubo muertes. De 1924 a 1926 sólo una enferma de la clínica manifestó eclampsia.¹²

Con eficiente tratamiento prenatal médico puede mermarse marcadamente la frecuencia de la sífilis congénita. Williams declara que, sin tratamiento, 48.5 por ciento de los niños manifestaron signos de sífilis; con tratamiento ineficaz, 39.2 por ciento; y con tratamiento eficaz, sólo 6.7 por ciento. Gebhart comunicó también buenos resultados; y Watson, del Hospital Lock de Glasgow, declara: "En ningún caso en que la madre asistió al principio el tiempo suficiente para recibir una serie completa de inyecciones de '914,' hubo un solo caso de mortinatalidad o neomortinatalidad. Para eso precisa un período por lo menos de dos meses antes del término. No hay ningún departamento de nuestra obra que rinda tanta satisfacción al claustro en los magníficos resultados obtenidos como el tratamiento de las gestantes."³

Resultados como los expuestos en esos pocos ejemplos no dejan la menor duda relativa al valor de la asistencia prenatal. Ningún departamento de sanidad realiza sus obligaciones bien, a menos que haga todo esfuerzo posible por ofrecer esa asistencia a todas y cada una de las futuras madres del país.

Modo de Conseguir Leche Limpia y Segura

Por el Dr. JAMES A. TOBEY

Parece extraño que el alimento más valioso de la naturaleza sea también a veces uno de los más peligrosos. La leche no tan sólo es el alimento primitivo de la raza humana, sino también el más cuasiperfecto. Por desgracia ofrece nutrimento a las bacterias así como al hombre, y pueden contaminarla fácilmente los microbios que producen muchas de las enfermedades transmisibles. La leche buena ha contribuido enormemente a la felicidad del mundo, pero la mala ha dejado tras sí un inmenso legado de sufrimientos y muerte.

³ Sterling, E. Blanche: The Problem of Fetal and Neonatal Death, Pub. Health Rep. (mzo.) 18, 1928.

¹¹ Moore, S. G.: Maternal Mortality; Carta al "Times," citada en Maternal Mortality in Canada, Pub. 37, 1928.

¹² Lailey, W. W.: The Academy of Medicine, Toronto, 1927: titado en Maternal Mortality in Canada, Pub. 37, 1928.