

# Morbilidad y Mortalidad del Prematuro

por

Dr. Rodrigo Loria Cortés

## SEGUNDA PARTE

Padecimientos más importantes que se presentaron  
y causas de muerte.

Ver cuadro N° 6.

Los padecimientos más importantes que se presentaron en los prematuros tanto los que fallecieron como los que sobrevivieron están expuestos en el cuadro N° 6.

La gran mayoría de los prematuros tuvieron más de un padecimiento y en las causas de muerte se observa la misma situación, por eso la suma de estos porcentajes no puede dar 100.

### Diarrea

Se ha incluido en la casilla DIARREA tanto a los niños que simplemente presentaban este diagnóstico, considerado como un síntoma, como a los que tenían diagnósticos de Gastroenteritis, Gastroenterocolitis, Enteritis, Colitis, Enterocolitis (en algunos casos esos diagnósticos eran de autopsia), Diarrea Enteral Infecciosa y Diarrea Parenteral, Dispepsia Media, Dispepsia Grave, Toxicosis.

La diarrea es el padecimiento más frecuente que se presenta en estos prematuros y 4° causa de muerte.

¿Por qué es tan frecuente la DIARREA en estos niños? La etiología de estas diarreas está mal estudiada, pero suponemos que es infecciosa bacteriana y a virus en la mayoría de los casos; esta suposición está fundamentada en la ausencia de diarrea en

---

\* Sección de Pediatría, Hospital San Juan de Dios.

**PADECIMIENTOS ENCONTRADOS**  
10 de los más importantes

Padecimientos	Niños que Curaron	Fallecidos Sin Autopsia	Fallecidos Con Autopsia	TOTAL Fallecidos	Porcentaje sobre total de 349 muertes	GRAN TOTAL
Anemia	49	5	1	6	1.7	55
Atelectasia pulmonar	11	46	55	101	28.9	112
Bronconeumonía	22	41	44	85	24	107
Diarrea: Enteritis Enterocolitis	106	62	14	76	21.77	182
Hemorragia intracraneana	59	67	36	103	30	162
Ictericia hemolítica	28	13	8	21	6	49
Malformaciones varias severas	2	10	4	14	4	16
Moniliasis	12	15	1	16	4.58	28
Membrana hialina	0	7	12	19	5	19
Síndrome insuficiencia respiratoria	11	20	4	24	6.8	35

CUADRO N° 6

los prematuros que se atiende en medios en donde las contaminaciones no son frecuentes. Los mismos prematuros son atendidos en la pequeña sala de Maternidad, en donde no hay grandes facilidades pero tampoco niños con padecimientos infecciosos, no sufren de diarrea con la frecuencia que sí se ha visto en los prematuros de la Sala Especial y con mayor frecuencia en los salones de lactantes.

Los prematuros con procedencia de medios poco higiénicos y cuidadosos ingresan casi siempre con diarrea. En un número reducido de casos se han practicado cultivos de heces, especialmente durante una epidemia que se observó en la Sala de Prematuros, habiendo aislado los técnicos del Laboratorio Escherichia Coli, probablemente de tipo patógenos, aún cuando no se pudo clasificar y cedió con el uso de Neomicina. La Diarrea puede ser también por mala implantación de régimen alimenticio, por parasitosis, alergia, tóxicos, purgantes, lavativas y naturalmente el grupo de las parenterales. La diarrea es probablemente más frecuente que el número reportado, pues muchas veces discretos episodios diarréicos no se ha anotado en la cartulina. En todo caso la escrupulosidad en la preparación de fórmulas, la práctica de la técnica de aislamiento entre niño y niño con buen lavado de manos tal como lo recomienda Wegman <sup>(17)</sup> el evitar la admisión de prematuros infectados en la Sala de Prematuros "limpios", es la clave para no tener casos de DIARREA entre los prematuros y aún más para desterrar este procedimiento como causa de muerte. Durante la experiencia que se va obteniendo en este año observamos que las preparaciones a base de Neomicina han cambiado totalmente el cuadro de las diarreas que seguimos observando en la Sala de Prematuros, el niño mejora con una rapidez extraordinaria, no sucede lo mismo con preparaciones de Cloromicetina, Estreptomycin y Sulfas.

#### **Hemorragia Intracraneana**

En el grupo estudiado constituye la Hemorragia Intracraneana la primera causa de Muerte, y el padecimiento que ocupa el segundo lugar.

En un estudio anterior sobre la Hemorragia Intracraneana <sup>(13)</sup> se analizaron todos los casos que se presentaron en los años 56 y la casi totalidad de 57, de modo que ahí se tienen las conclusiones más importantes que no deseamos repetir.

Recientemente el diagnóstico de la Hemorragia Intracraneana se ha visto enriquecido con dos determinaciones de gran utilidad:

Chaves <sup>(18)</sup> refiriéndose a las experiencias del aumento de la Transaminasa en el plasma en los casos de accidentes vasculares cerebrales y Lending y Cols <sup>(19)</sup> en un estudio con recién nacidos llegan a las siguientes conclusiones: En los niños con sospecha de patología intracraneana, el promedio de la actividad de la Transaminasa glutámica Oxalacética (GOT) en el líquido céfalo-raquídeo fue 82% más alta que en los recién nacidos normales y la actividad de GOT del plasma tuvo un aumento promedio de 18% sobre los normales.

El líquido céfalo raquídeo de los niños con anomalías intracraneanas, la actividad de la Dehidrogenasa láctica (LDH) tuvo un aumento promedio de 30% sobre lo normal y la actividad de la Dehidrogenasa del plasma tuvo un aumento de 11% sobre lo normal. Las cifras promedio de actividad que encontraron fueron las siguientes: GOT en L. C. R. de niños normales 4.48 unidades. En niños con lesiones intracraneanas 8.2 Unidades LDH en L. C. R. en niños normales 32.3 Unidades; en niños con alteraciones 132.2 Unidades. GOT en plasma de niños normales 36.9 Unidades; en niños con patología intracraneana 43.4 Unidades. LDH en plasma de niños normales 1165 Unidades. En niños con patología 1296 Unidades. Como se ve este estudio revela pruebas de inestimable valor para afinar el diagnóstico de las hemorragias

El tratamiento de la Hemorragia Intracraneana se ha conseguido practicando con Largactil y Fenegan a razón de 1 a 1½ miligramo por kilo de peso y por 24 horas para prematuros. Preparando una solución en suero glucosado al 5% que se inyecta cada 2, 3 o 4 horas según el caso y la dosis que resulte. Los resultados de este tratamiento están expuestos en publicación anterior. <sup>(13)</sup>

#### Atelectasia Pulmonar

La Atelectasia Pulmonar es la causa de muerte que ocupa el 2º lugar y el padecimiento N° 3.

Según la Dra. Potter <sup>(20)</sup> Atelectasia Pulmonar es un fenómeno que se encuentra en la gran mayoría de prematuros que fallecen pues existe lo que se llama Atelectasis de reabsorción y cuando el patólogo examina los pulmones en los niños que fallecen, encuentra la evidencia de Atelectasia. Es natural, que como todas las entidades clínicas, la Atelectasia tenga grados muy variables; puede ser masiva tal como se demuestra en fotografía adjunta o puede ser parcial.

El empleo de la radiología en los 714 prematuros que se han estudiado es prácticamente nulo, el motivo estriba en que la

gran mayoría de las radiografías tomadas no están efectuadas con la debida técnica y en segundo lugar al tener estos resultados se optó por no exponer estos niños a las pequeñas molestias de la toma radiográfica. Sin embargo consideramos que las placas bien tomadas lo cual se efectúa con mucha facilidad, es de enorme utilidad en el diagnóstico de estas entidades pulmonares.

Lo más importante de las Atelectasias Pulmonares está en su prevención con un cuidado obstétrico de primera calidad, una aspiración raringea y traqueal perfecta, pues una vez presentes y de grado masivo o muy generalizadas tienen un tratamiento casi nulo. La administración de oxígeno con nebulizadores, la incubadora a temperatura moderada para no aumentar las demandas de oxígeno de un organismo que está en anoxia, la administración de antibióticos para prevenir infecciones agregadas, son todas medidas que en realidad están a la expectativa de lo que el organismo logre por sí solo.

#### **Bronconeumonía**

La bronconeumonía es la tercera causa de muerte y el cuarto padecimiento más frecuente. Es uno de los peligros más serios que atacan al prematuro como lo demuestran las gráficas indicadas. En muchas oportunidades es causa final de muerte después de una diarrea, una hemorragia intracraneana o una telec-tasia pulmonar. La prevención de la bronconeumonía se puede lograr en los casos expuestos a maniobras de resucitación con la aplicación de antibióticos, pero en general, el prematuro debidamente atendido no hará bronconeumonía como fenómeno inicial.

El empleo de la radiología en estos casos es fundamental aún cuando hemos tenido casos de bronconeumonías clínicas y de autopsia que no llegaron a dar imágenes radiográficas por la poca densidad de las lesiones. El estudio de los gérmenes productores de estas bronconeumonías por aspiración bronquial y toma de secreción en la faringe es la etapa que se impone para dilucidar los gérmenes productores de estas bronconemonías por aspiración bronquial y toma de secreción en la faringe es la etapa que se impone para dilucidar los gérmenes que las ocasionan así como los estudios de sensibilidad a los antibióticos.

#### **Anemia**

Existen dos tipos de anemia del prematuro (según Patterson y McCreary) <sup>(21)</sup> La primera por poca capacidad del organis-

mo del prematuro para producir los eritrocitos que se presentan en los 3 primeros meses y no se corrige con la administración de hierro u otras sustancias antianémicas, en estos, si es severa estará indicada la transfusión sanguínea. La segunda se debe a poca reserva de hierro del prematuro y se va a presentar después de los 3 meses de vida, ésta si se corrige con hierro.

En el servicio se ha utilizado la rutina de dar sulfato ferroso a la dosis de 25 miligramos de hierro elemental cada 24 horas y tenemos la impresión que el resultado es bueno aún cuando no tenemos grupos controles sin administración de hierro.

Se recomienda la práctica sistemática de un hemograma completo al ingresar al Servicio y otro antes de ser dado de alta, esto en los casos que clínicamente no presentaran evidencias de anemia, pues en caso contrario se practicarán más de dos hemogramas.

La anemia constituye la causa de muerte N° 10 y el padecimiento N° 5 en frecuencia, sin embargo en los 3 años analizados buen número de niños no tienen hemograma, es seguro que llevando a cabo la rutina de hemogramas antes indicada el porcentaje de anémicos aumentará.

En los diagnósticos de anemia, fuera de ser del prematuro, no se han analizado las características restantes ni se han diagnosticado tipos especiales; los casos de anemia por enfermedad hemolítica se han clasificado en esta última entidad.

#### Ictericias Hemolíticas

Las Ictericias Hemolíticas son muy frecuentes en los niños prematuros, este diagnóstico se refiere a aquellos casos que no tenían una etiología de la hemolisis como en los casos de incompatibilidad Rh ABO. Son ictericias hemolíticas de etiología desconocida, sepsis o exceso de Vitamina K aplicada en los primeros días. Otras causas a investigar en el futuro en estas ictericias sería: Toxoplasmosis, Enfermedad de Inclusiones Citomegálicas, Sífilis, etc.

Existen prematuros que con cifras de Bilirrubina entre 10 y 20 miligramos entran en un cuadro de postración, anorexia, enfriamiento colapso, etc., lo que no sucede con los recién nacidos a término. Por estos motivos la Ictericia Hemolítica fue causa de muerte N° 6 y ocupó ese mismo lugar entre 10 padecimientos más frecuentes.

---

### Síndrome de insuficiencia respiratoria

Este síndrome fue causa de muerte N° 5 y padecimiento N° 6.

No es una entidad nosológica sino un conjunto de signos como Cianosis, Disnea, Tiro Intercostal, Alteraciones neurológicas provocadas por la anoxia que están bien descritas por Bauman <sup>(22)</sup>.

Es muy útil encasillar con este diagnóstico sindrómico a los prematuros y posteriormente afinar el diagnóstico si es posible, demostrando que existe Atelectasia Pulmonar, Membrana hialina, Bronconeumonía, Hemorragia Intracraneana o el llamado síndrome de aspiración de líquido y células amnióticas.

Claro está que en síndrome de insuficiencia respiratoria, puede incluirse cualquier cuadro clínico que se relacione con alteraciones en la buena oxigenación pulmonar, de los tejidos o en el transporte del oxígeno, es un concepto muy amplio que podría considerarse sinónimo de ANOXIA, sin embargo por síndrome de insuficiencia respiratoria vamos a enfocar directamente la atención sobre el órgano que con mayor frecuencia está alterado cual es el aparato respiratorio.

### Moniliasis

La moniliasis fue la causa de muerte N° 8 y ocupó el mismo lugar en los padecimientos más frecuentes.

A esta entidad, en su localización bucal, nos referimos en un trabajo anterior <sup>(23)</sup> y a los efectos que puede provocar en el prematuro. La moniliasis es de gran importancia, especialmente cuando se generaliza al aparato digestivo tal como vimos en algunos de los casos estudiados. El evitar el abuso de antibióticos y la administración de la Nistatina en los casos de uso prolongado o aparición de las primeras manifestaciones de la moniliasis resuelvan el problema.

### Membrana hialina

Sobre esta entidad existe abundantísima literatura y constituye en la opinión de C. Smith <sup>(14)</sup> causa de muerte en el 50% de los prematuros y 24% en los recién nacidos.

La Dra. Potter <sup>(20)</sup> describe pormenorizadamente los hallazgos histológicos. En nuestro estudio ocupa el 7° lugar como causa

---

de muerte y el 9º como padecimiento más frecuente. El diagnóstico es fundamentalmente de autopsia. Sin embargo un estudio cuidadoso de un niño nos puede permitir establecerlo clínicamente; lo más sobresaliente sería: niño prematuro pequeño o recién nacido a término que nace de cesárea o parto distósico. El niño puede nacer bien e iniciar de una a tres horas después, un verdadero síndrome de insuficiencia respiratoria con Cianosis, Disnea, Tiro Esternal e Intercostal. A la auscultación hay respiración ruda que puede posteriormente dar estertores subcrepitantes gruesos, la amplitud respiratorias estará disminuida. El cuadro se puede acompañar de las alteraciones neurológicas propias de toda anoxia. Radiológicamente hay una imagen que se puede observar en las radiografías de un retículo granular fino semejantes a las descritas por Bauman <sup>(22)</sup>. El tratamiento es el mismo que se mencionó en las telecistias pulmonares.

#### Malformaciones varias

Ocupa el 9º lugar como causa de muerte y el 10 como enfermedades más frecuentes. En malformaciones varias únicamente se han incluido las de cierta gravedad como malformaciones congénitas de corazón, aparato digestivo, riñones, excluyendo las pequeñas malformaciones como pie Bot, polidactilia, etc.

#### Padecimientos encontrados con menos frecuencia

Ver cuadro N° 7.

La lectura de este cuadro da una idea clara de la lista de padecimientos menos frecuentes. Se deben resaltar 6 casos de enfermedad hemorrágica que representan solamente un 1.1% sobre el total de 714 casos. Hay 8 casos de hemorragia de las cápsulas suprarrenales, entidad poco observada en otros países y de diagnóstico sumamente difícil.

Hay un caso de tuberculosis pulmonar, que tuvo además la característica poco frecuente en lactantes pequeños de ser cavitaria y curó con aplicación de estreptomycinina e Hidracida.

#### Porcentajes de mortalidad

Las cifras de mortalidad en los 3 años (1956 - 57 - 58) analizadas en la Sala de Prematuros, fueron de 34.4 - 36.5 - y 23.6% se han obtenido sin eliminar ningún prematuro, aún cuando pesara al nacer 580 gramos; son relativamente satisfactorias si se comparan con otros centros como el hospital infantil de México cuyo promedio de mortalidad es de 46.78% <sup>(8)</sup> y la Casa del Niño

**PADECIMIENTOS ENCONTRADOS CON MENOR  
FRECUENCIA**

PADECIMIENTO	En niños que curaron	En fallecidos sin autopsia	En fallecidos con autopsia	TOTAL
Abcesos varios	8	2	—	10
Bronquitis	9	1	—	10
Conjuntivitis	7	1	—	8
Hemorragia suprarrenal	—	—	8	8
Otitis supurada	6	1	1	8
Enfermedad hemorrágica	3	2	1	6
Eritroblastosis Fetal	3	2	1	6
Gripe	6	—	—	6
Mongolismo	2	4	—	6
Ileo	—	6	—	6
Meningitis	—	4	—	4
Hemorragia pulmonar	—	—	3	3
Hepatitis a virus	—	2	1	3
Pielitis	2	—	—	2
Sepsis	1	—	1	2
Hipertrofia Píloro	1	—	—	1
Kernicterus	—	1	—	1
Pie bot	1	—	—	1
Quemaduras	1	—	—	1
Tuberculosis	1	—	—	1
Esofagitis necrótica	—	—	1	1
	—	—	1	1
Edema agudo pulmonar	—	1	—	1
Hidrocefalia	—	1	—	1
Fractura hueso largo	1	—	—	1
Raquitismo	1	—	—	1
Tetania	1	—	—	1
Rinón poliquístico	1	—	—	1
Peritonitis con ileitis necrótica	—	—	1	1
Abcesos pulmonares	—	—	1	1

CUADRO N° 7

del Uruguay con 37.41% según la publicación de Obes Polleri (24) Sin embargo estamos aún lejos de alcanzar cifras que fluctúan entre 15% y 20% que son las consideradas en los Estados Unidos como aceptables cuando se habla de una buena atención a los prematuros. (25)

La comparación de los porcentajes de mortalidad de la Sala de Prematuros con el total del hospital, revela que la mortalidad de los prematuros es muy elevada si no están atendidos en un medio con el mínimo de facilidades. La conclusión es bien simple: ATENCION EN UNA SALA APROPIADA PARA TODOS LOS PREMATUROS.

Desde mediados de 1958 la disponibilidad de espacios en la Sala de Prematuros es mayor y así creemos estar logrando el balance necesario para una mejor atención.

#### EDAD DEL FALLECIMIENTO

La distribución de fallecimientos en los varios grupos etarios es parecida; con mayor incidencia en niños de 48 horas a 1 semana y más de 1 semana al mes; esta distribución indica varias cosas:

- 1.—Que la atención pediátrica de estos niños está muy lejos de ser satisfactoria, tal como se ha expuesto en párrafos anteriores, de lo contrario el número de muertos estaría concentrado predominantemente en los dos primeros días y a lo sumo en la primera semana por las alteraciones del parto.
- 2.—Buena cantidad de prematuros nacidos en las casas, al presentar un padecimiento infeccioso o de otra índole son llevados al hospital cuando tienen un mes o más.

#### RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1.—La inmadurez junto con ciertas enfermedades de primera infancia ocupa el 2º lugar como causa de muerte en la Mortalidad Infantil de Costa Rica.
  - 2.—La Sala de Prematuros está destinada a funciones asistenciales de entrenamiento e investigación.
-

- 3.—Se ha experimentado una baja en el Promedio Diario de Estancia en la Sala de Prematuros.
  - 4.—Se describen y se dan referencia sobre Procedimientos de Resucitación, Calentamiento, Administración de Oxígeno, Alimentación, Uso de Antibióticos, de Vitamina K y Entrenamiento de las Madres.
  - 5.—El 90.62% de las madres de prematuro procede de la provincia de San José.
  - 6.—El 50% de los Partos Prematuros estudiados son cefálicos, hay un 36% de desconocidos; un 8% de pélvicos y podálicos, y un 3% de cesáreas.
  - 7.—Se debe preconizar el uso de fórceps bajo en prematuros.
  - 8.—La distribución de pesos al nacimiento es la habitual en las estadísticas de prematuros. Existe una distribución similar de casos por sexo.
  - 9.—Los niños deben darse de alta con 6 libras.
  - 10.—Las 10 enfermedades más frecuentes son: Diarrea, Hemorragia Intracraneana, Atelectasia Pulmonar, Bronconeumonía, Ictericia Hemolítica, Membrana Hialina, Malformaciones Varias.
  - 11.—Las 10 causas de muerte más importante son: Hemorragia Intracraneana, Atelectasia Pulmonar, Bronconeumonía, Diarrea, Síndrome de Insuficiencia respiratoria, Ictericia Hemolítica, Membrana Hialina, Moniliasis, Malformaciones Varias, Anemia.
  - 12.—Se hacen breves comentarios sobre cada uno de los padecimientos.
  - 13.—Se pone de manifiesto el valor diagnóstico de la prueba de la Transaminasa y la Dehidrogenasa láctica en las Hemorragias Intracraneanas.
  - 14.—Las cifras de mortalidad de la Sala de Prematuros (34.4 - 36.5 - 23.6) comparan favorablemente con otros centros Latinoamericanos.
-

Las cifras de mortalidad de prematuros de todo el hospital son muy elevadas por no contar con las facilidades especiales para su atención.

- 15.—Los porcentajes de fallecidos a quienes se hizo autopsia son satisfactorios, sin embargo se debe insistir en practicarla a todos los que fallecen.

### REFERENCIAS

- 1) LORIA, R. — 1953. El problema de la Prematuridad, *Revista Cubana de Pediatría* XXV (4) 201-223.
- 2) LORIA, R. — 1955. Evaluación del Cuidado del Prematuro. 48 pp. Imprenta Nacional de Costa Rica.
- 3) Principales hechos vitales ocurridos en Costa Rica. 1956. 50 pp. — Dirección General de Estadística y Censos, Costa Rica.
- 4) Anuario Estadístico de Costa Rica. 1957. 174 pp. Dirección General de Estadística y Censos, Costa Rica.
- 5) Principales hechos vitales ocurridos en Costa Rica, 1958, 30 pp. Dirección General de Estadística y Censos, Costa Rica.
- 6) *Resuscitation of the newborn infant*. 1958, 22 pp. American Academy of Pediatrics. Evanston, Illinois U.S.A.
- 7) PATZ, A. HEECK, L. D. y DE LA CRUZ, E. — 1952. Studies on effect of high oxygen administration in retrolental fibroplasia. I. Nursery observation. *Am. J. Obth* 35: 1248.
- 8) ALVAREZ DE LOS COBOS. 1956. El niño Prematuro XII. 402 pp. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México.
- 9) HOWARD J. E., THOMAS G. E. — 1957. Atención del Prematuro. 148 pp. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
- 10) *Hospital Care of newborn infants*. 1954. 144 pp. American Academy of Pediatrics. U. S. A.
- 11) LUCEY J. F. & DOLAN R. G. — 1959. Hyperbilirubinemia of newborn infants associated with the parenteral administration of a vitamin K analogue to the mothers. *Pediatrics* 23 (3) 553-560.
- 12) ASTERIADOU SAMARITZIS E. y Cols. — 1958. The relation of vitamin K to hiperbilirubinemia. *Pediatrics*. 21 (3) 397-402.
- 13) LORIA R., HERRERA D. y MEKBEL S. — 1958. Hemorragia intracraneana en el recién nacido. Consideración pediátrica, anatomopatológicas y obstétricas. Estudio de 159 casos. *Acta Médica Cost.* 1 (4): 279-296.

- 14) Prematurity, Congenital Malformation and Birth injury. 1953. Association for the aid of crippled children. New York, XXII + 255 p.
  - 15) SALAZAR ESQUIVEL, CARLOS F. — 1959. Pentotal en las Casáreas. Conferencia en Instituto Materno Infantil Carit. 1959. San José, Costa Rica.
  - 16) CALDYRO BARCIA, ROBERTO & PESEIRO GAMBOA, JUAN J. — 1959. Cursillo sobre Dinámica Uterina. Octubre 1959. Colegio de Médicos y Cirujanos. San José, Costa Rica.
  - 17) WEGMAN M. — 1954. Rereferencia personal y Conferencia ante Asociación Costarricense de Pediatría. San José, Costa Rica.
  - 18) CHAVES, IGNACIO — 1958. El Valor de la Transaminasa del Suero en el Diagnóstico del infarto del miocardio. Principia Cardiológica. I: 121-132.
  - 19) LENDING M., SLEBODY L.B., STONE L., HESBACH R. E. & MESTERN J. — 1959. Activity of Glutamic-Oxalacetic transaminase and Lactic Dehydrogenase in cerebrospinal fluid and plasma of normal and abnormal newborn infants. Pediatrics 24 (3) 378-388.
  - 20) POTER E. L. — 1957. Pathology of the Fetus and the newborn XVIII + 574 pp. The year Book Publishers Inc. Chicago, U. S. A.
  - 21) PATERSON D. y McCREARY J. F. — 1956. Pediatrics XVIII. 654 pp. J. B. Lippincott Company. Philadelphia. Montreal.
  22. BAUMAN W. A. — 1959. The respiratory distress syndrome and its significance in premature infants. Pediatrics 24 (2) 194-204.
  - 23) LORIA R. — 1956. Tratamiento de la Moniliasis bucal en Prematuros. Rev Chilena Pediat. 27: 57.
  - 24) OBES POLLERI, J. — 1952. El Prematuro. Editorial García. M.S.A. Uruguay, 273 pp.
  - 25) SILVER H. K., KAMPE C. H., BRUYER H. B. — 1957. Handbook of Pediatrics. 574 pp. Lange Medical Publications. Los Altos California. U. S. A.
-