

Porvenir inmediato y alejado de los niños extraídos por operación cesárea tardía

(Estudio clínico, psíquico y electroencefalográfico)

Por B. ROSENVASSER

Dividiremos este trabajo en tres partes: en la primera analizamos la evolución del criterio quirúrgico en obstetricia y el objeto de esta publicación; en el segundo, la mortandad y neomortandad fetal por operación cesárea en el Instituto de Maternidad y Asistencia Social «Profesor U. Fernández», que dirige el Profesor Manuel Luis Pérez, de 1942 a 1949, y en el tercero el porvenir (alejado) de los niños extraídos por operación cesárea tardía.

PRIMERA PARTE

De Lee y Greenhill (1) definen a la operación cesárea como «el acto quirúrgico por medio del cual se extrae del útero al feto, a través de una incisión realizada en la pared abdominal. Este término no se aplica a la extracción fetal después de una ruptura uterina, ni tampoco a las operaciones que se ejecutan con motivo de un embarazo ectópico». Excluimos también a la cesárea vaginal.

Relativo a su técnica, cabe decir, que hasta hace pocos años se practicaban las siguientes intervenciones:

- a) Cesárea transperitoneal (corporal o segmentaria).
- b) Cesárea extraperitoneal (pura o por arteificio).
- c) Operación de Porro.
- d) Operación de Gottschalk-Portes.

Con el advenimiento de las sulfodrogas y de los antibióticos, la tendencia actual es la realización de la **operación cesárea segmentaria transperitoneal**, con el abandono de las demás técnicas por la mayoría de los autores.

Su primera **indicación** (exclusiva en sus albores), fue la estrechez pelviana, actualmente y siguiendo a Infantozzi (2) consideraremos como:

Indicaciones Absolutas:

1) Estrechez pélvica:

a) Estrechez en el estrecho superior:
A) Pelvis plana pura: P. P. menor de siete centímetros; B) Pelvis plana y generalmente estrechada: P. P. M. menor de ocho centímetros; C) Pelvis generalmente estrechada: P. P. M. menor de nueve centímetros.

b) Pelvis canaliculada: diámetro útil menor de siete centímetros.

c) Pelvis inmaduración: diámetro bi-isquiático, menor de siete centímetros.

Nos referimos en casos con fetos a término y de dimensiones normales o mayores

2) **Tumores previos:** Sólidos o líquidos que sean irreductibles.

3) **Placenta previa oclusiva centro total sangrante.**

4) **Anomalías del cuello uterino:** Casos de atresia, cuello escleroso o cicatrizal que no permite la dilatación o la cervicotomía. Agregaremos por nuestra parte:

5) **Distocia compleja.**

Indicaciones relativas:

1) Placenta previa; 2) Desprendimiento normoplacentario; 3) Distocia contráctil; 4) Estrechez relativa de pelvis; 5) Presentaciones viciosas (tronco, frente, pelviana); 6) Diabetes materna; 7) Incompatibilidad por factor Rh; 8) Gestosis; 9) Algunas cardiopatías; 10) Embarazo y carcinoma del cuello uterino (histerectomía); 11) Procidencia o procúbito del cordón; 12) Fracaso de otra intervención (fórceps, inducción), etc.

Luégo de referirnos a la **técnica** y a las **indicaciones** de la operación cesárea vamos a analizar ahora cómo ha evolucionado el criterio quirúrgico en lo relativo a **momento de realización de la intervención.**

Siguiendo a Manuel Luis Pérez (3), consideraremos como **cesáreas tardías** aquellas que se practican con más de 10 horas de trabajo de parto o más de 12 horas de bolsa rota.

Para comprender el objeto de esta publicación debemos hacer una reseña de los criterios mantenidos en las distintas épocas por diferentes tocólogos, para decidirse a la histerotomía

abdominal y las consideraciones referentes a los fetos obtenidos por dichos procedimientos quirúrgicos.

Lo primero que debemos resaltar es la enorme influencia que ha tenido en la obstetricia (al igual que en las restantes especialidades médicas), el descubrimiento de productos quimioterápicos y antibióticos, es así que problemas planteados como insalvables, gracias al uso de sulfodrogas, penicilina, estreptomina, etc., han terminado con resultados plenamente satisfactorios.

Hay autores, tales como A. A. Lebedev (4), Brandberg (5), W. Bromberger (6), H. C. Miller (7) y S. A. Selitzky (8), quienes estudiando las cesáreas y los fetos obtenidos no consideran la duración del parto, es decir, no valoran la importancia del **parto de prueba.**

Otros analizan la práctica del **parto de prueba y se muestran opuestos a la realización del mismo.** Brander (9) encontró 72 casos de lesiones intracraneanas confirmadas post-mortem en niños extraídos por cesárea abdominal. Halló también niños con defectos de la inteligencia, convulsiones epiléptiformes y parestias espásticas que habían presentado injurias intracraneanas durante el parto; entre éstas, ubica al parto prolongado. G. Monthaupt (10), de 90 niños extraídos por cesárea y seguidos después, durante varios años, encontró 10 con retardo psíquico y en el desarrollo. Los 10 provenían de partos prolongados. También Alonso Romeo y C. S. de Alonso (11); V. Lane (12); Hideo Yagi (13); K. Hollosi (14); E. M. Bridge (15); C. Ramírez y Mujica Lorca (16); W. D. Belnap y C. S. Beck (17) y otros, abogan por la **supresión del parto de prueba o por lo menos reducción de su duración.**

El examen de otros trabajos nos permite concretar la existencia de numerosos tocólogos en disidencia con el criterio de la práctica de la operación cesárea precoz. En las Terceras Jornadas Chilenas de Obstetricia y Ginecología, V. M. Gazitúa, J. León, M. Rodríguez López, F. Rodríguez y R. García Valenzuela, se declararon **partidarios del parto de prueba** por considerarlo inocuo para el binomio madre-hijo, en oposición al concepto de los relatores C. Ramírez y Mujica Lorca, ya citados. L. M. Dantuono (16), considera que el parto de prueba debe prolongarse durante 30 horas. H. M. Keith y M. A. Norval (19), descartan las dificultades del parto (lógicamente bien solucionadas), y el largo trabajo de parto como factores perjudiciales para el feto. Igual criterio sustentan R. Landesman (20), J. K. Kuhn (21), R. Padok (22) y H. Laenger (23).

Vemos, pues, que se discute aún la práctica del parto de prueba, pues si bien hay escuelas que lo rechazan, otras lo consideran indispensable.

Boero E. A. (24), ha publicado diversos trabajos sobre cesáreas tardías refiriéndose solamente a su parte técnica. Comprendemos que habiendo sido escritos mucho antes de la era antibiótica, exigía el cumplimiento de ciertas condiciones para la práctica de la operación cesárea; tales eran: huevo íntegro y por lo menos 72 horas sin que se le hubiesen practicado tactos vaginales.

En las épocas actuales, especialmente en nuestro servicio en el que prima un criterio ecléctico en cuanto a indicaciones de la operación cesárea (no intervencionista como ocurre en las

escuelas norteamericanas, ni demasiado expectante como ocurre en otras); considerando que el uso de los antibióticos permite la realización de tactos vaginales (lógicamente hechos con la mayor asepsia posible) y contemporiza el **parto de prueba de varias horas de duración**, ha hecho carne en nosotros, digamos, la realización de la **cesárea tardía**, es decir, cuando ha fracasado el parto de prueba o cuando éste debe ser interrumpido por alteración de los latidos fetales u otra causa. En tal sentido, citaremos los trabajos de Manuel Luis Pérez y Ramón Echeverría (25), Julio Bazán, F. A. Uranga Imaz y Schiavo (26), Silvestre Sala (27), Juan León (28), F. Rodríguez y G. J. Roubillard (29). Así E. Bayona y R. M. Gori (30), concluyen que el uso de los antibióticos ha disminuido enormemente la morbi-mortalidad materna y que al permitir un parto de prueba prolongado, muchos casos de estrechez relativa de pelvis terminaron su parto por vías naturales, disminuyendo así el número de cesáreas practicadas.

Pero se nos plantea el siguiente interrogante: ¿El niño en los casos en que ha habido «lucha» de varias horas, no presentará trastornos a posteriori? ¿Estará indemne de trastornos encefálicos de toda índole? De aquí deducimos el objetivo que guía este trabajo: Valorar fundamentalmente los distintos factores que intervienen en la operación cesárea, especialmente lo relativo al **parto de prueba**, para guiar nuestra conducta a una mayor seguridad en el pronóstico del niño por operación cesárea; decidir si es la conducta precoz o la tardía la que se debe seguir como más favorable.

SEGUNDA PARTE

Porvenir inmediato de los niños extraídos por cesárea tardía

El ideal de la obstetricia —especialmente en los tiempos modernos— es obtener una criatura que nazca viva y sana, exenta de malformaciones congénitas y que esa eventualidad no perjudique el organismo materno. El mejor conocimiento de la fisiología y de la patología obstétrica, el mejor y más correcto uso de diversas drogas (derivados o extractos hipofisarios, antiespasmódicos, analgésicos, sedantes, etc.) y el advenimiento de las sulfogrogas y de los antibióticos ha mejorado enormemente el pronóstico de la madre y del niño, especialmente desde el punto de vista materno, ya que aproximadamente el 4% de los niños mueren en el parto o por hechos vinculados al mismo. Debemos calcular en casi 100.000, el número de criaturas que anualmente mueren al nacer o en el primer día de vida extrauterina. Un gran porcentaje de niños sufren, al nacer, lesiones encefálicas más o menos importantes, aun en los partos normales. Es así que en las autopsias de recién nacidos es frecuente observar hemorragias (puntiformes o más extensas) en el encéfalo, en los grandes ganglios, senos y suturas. Es innegable que tales extravasaciones sanguíneas deben dejar cicatrices en las distintas estructuras cerebrales, de diferente tamaño e importancia según su cantidad y localización; estas cicatrices pueden explicar algunos sistemas cerebrales que aparecen en épocas ulteriores de la vida.

Antes de seguir adelante, debemos aclarar varios conceptos. Existe una

anarquía muy grande respecto a las definiciones de mortalidad y neomortandad fetal; de acuerdo con Josué A. Beruti (31) llamaremos: **mortalidad infantil o neomortalidad**, la muerte del neonato dentro del primer año de vida; **mortalidad o mortalidad neonatal precoz**, la que se refiere únicamente a los primeros días de vida; **hebdomadaria o primohebdomadaria** hasta los siete días, inclusive; **decadaria o primodecadaria** hasta los 10 días, inclusive, y **total o nosocomial** a la que corresponde al período de internación de la enferma en la clínica; entre ésta y la decadaria hay poca diferencia y como ésta corresponde a la época en que los neonetos recuperan el peso y durante la cual la mayoría de ellos mueren por causas imputables al parto, será ella la que tendremos en cuenta.

J. P. Greenhill (32), aconseja para mejorar el porvenir inmediato del niño: cuidados pre-natales, prevención y tratamiento de la prematuridad, prevención de las injurias del parto, prevención de las infecciones (especialmente neumonía y sífilis), prevención y precoz tratamiento de las toxemias gravidicas y diagnóstico pre-parto y tratamiento rápido de la eritroblastosis.

J. Lascano y E. S. Halac (33), V. Gazitúa Guzmán (34), N. Palacios Costa, F. Peiretti y R. Salomone Allievi (35), A. Peralta Ramos y R. Dubrovsky (36), J. A. Gabastou (37), E. Argons (38), M. L. Pérez y R. Echevarría (39) y M. L. Pérez y M. R. de Ginocchio (40), en distintos trabajos esbozan —cuando no lo expresan francamente— que el **trabajo de parto prolongado alimenta el porcentaje de mortinatalidad**.

Tres son las causas más frecuentes de mortandad nosocomial infantil: as-

fixia, hemorragia cerebral o meníngea (traumas del parto) y prematuridad que pueden presentarse solas o combinadas.

Analizando las 225 operaciones cesáreas practicadas en el Instituto de Maternidad y Asistencia Social «Profesor U. Fernández», regido por el Profesor Manuel Luis Pérez, desde 1942 a 1949, vemos que la **mortalidad nosocomial de los niños extraídos por operación cesárea tardía** no fue mayor que en las **cesáreas precoces**. En 17 casos de mortalidad nosocomial por cesárea tardía encontramos:

Astixia	1 (41,18%)
Astixia y hemorragia meníngea	2 (11,76%)
Hemorragia meníngea	2 (11,76%)
Prematuridad	2 (11,76%)
Malformaciones congénitas	2 (11,76%)
Anemia	1 (5,88%)
Bronconeumonía	1 (5,88%)

También en nuestra estadística, la astixia, la hemorragia meníngea y la prematuridad fueron las causas más importantes de mortalidad nosocomial infantil por operación cesárea tardía. De los siete casos de **astixia**, hubo:

	Casos
Síncope anestésico materno	3
Contracciones espasmódicas	1
Circulares de cordón	1
Placenta previa	2

Existieron circulares de cordón en uno de los casos de síncope anestésico y otro de placenta previa; en uno de astixia existió hemorragia en la corteza de las cápsulas suprarrenales. Otro era un embarazo gemelar. En los

dos casos de **astixia y hemorragia meníngea** existían circulares de cordón. Una ascitis y una cardiopatía fueron las **malformaciones congénitas** halladas. La tentativa de extracción del niño, por fórceps, fue la causa del traumatismo encefálico que determinó la muerte de uno de los niños fallecidos por **hemorragia meníngea**.

Examinando las 225 cesáreas practicadas, teniendo en cuenta: paridad, indicaciones que motivaron la cesárea, horas de trabajo de parto y de bolsa rota, existencia o no de sufrimiento fetal, fiebre ovular y desproporción pélvico-fetal, la anestesia y técnica utilizadas y el estado del feto al nacer, llegamos a las siguientes conclusiones:

1) El número de operaciones cesáreas ha ido en aumento, mientras que el porcentaje de mortalidad fetal ha experimentado una franca mejoría, puesto que en 1942 fue del 33,33%; el porcentaje medio de los ocho años fue de 16,27%; el de los últimos tres años fue del 12% y en 1949 de 9,7%.

2) La mayoría de operaciones cesáreas se practicaron en Iparas. En las multiparas el porcentaje de mortalidad fetal nosocomial fue muy alto.

3) La desproporción pélvico-fetal y la distocia de contracción (dilatación estacionaria especialmente), fueron las causas más comunes de operación cesárea, pero no de mortalidad fetal.

4) La placenta previa y el desprendimiento normoplacentario fueron las indicaciones que se acompañaron de mayor mortalidad fetal.

5) La presencia de fiebre ovular no aumentó el número de natimortos.

6) El éter y la raquídea fueron las anestésicas de elección.

7) Las intervenciones practicadas con sufrimiento fetal se acompañaron de una mortandad nosocomial mucho mayor que aquéllas en que no había existido sufrimiento fetal.

8) En contraposición a lo expresado por la mayor parte de los autores, el largo trabajo de parto o la existencia de bolsa rota de más de 12 horas de duración no aumentó el número de fetos natimortos; por el contrario, las cesáreas precoces se acompañaron siempre de mayor porcentaje de fetos natimortos que las cesáreas tardías:

posiblemente influyó en estas cifras que la placenta previa y el desprendimiento normoplacentario fueron indicaciones de cesáreas precoces y muchas veces causa de la muerte fetal.

Por consiguiente, según nuestras observaciones, el largo trabajo de parto es totalmente inocuo para el porvenir inmediato del niño.

Veremos en el próximo capítulo, la influencia de dicho largo trabajo de parto sobre el porvenir alejado del niño.

(Continuará)

PARA PROPAGANDA EN ESTA REVISTA

entenderse con el Administrador:

JUAN N. BAQUERO

en su nueva dirección:

Calle 16, N° 7-91 (segundo piso) Oficina N° 4.

teléfono 23-901

Apartado número 276.

BOGOTA - COLOMBIA