

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

(Estudio clínico, psíquico y electroencefalográfico)

Por B. ROSENVASSER

(Continuación de la página 41 del número anterior)

## TERCERA PARTE

### Porvenir alejado de los niños extraídos por cesárea tardía

Ya en los capítulos precedentes hemos visto que numerosos autores abogan por la **supresión del parto de prueba** por sus posibles influencias perjudiciales sobre el sistema nervioso central del niño.

De acuerdo con Alpers (48), pueden definirse como «traumas encefálicos del nacimiento a todos aquellos sufridos por el encéfalo o sus cubiertas en el acto de dar a luz, sean éstos el resultado directo por la aplicación de fórceps o indirecto como consecuencia de las fuerzas ejercidas sobre el cráneo durante el parto normal o patológico». Los factores obstétricos que los condicionan configuran el gran capítulo de las distocias del parto. Veamos en tal sentido, qué papel corresponde al largo trabajo de parto, en nuestro caso, al **parto de prueba**. En su curso el feto está expuesto a todas las vicisitudes no previsibles aun en un parto normal y acrecentadas por un trabajo de parto prolongado, en casos cuyas características patológicas son generalmente conocidas de antemano.

En estas condiciones, aun habiendo salvado los riesgos de un traumatismo cráneo-encefálico agudo y en aparente buen estado de salud y recuperación, estará exento de complicaciones futuras y su cerebro indemne a las contingencias a las que estuvo expuesto. La dificultad en apreciar estas consecuencias se debe a que no siempre es posible seguir la evolución de tales niños, sobre todo cuando no ha habido lesiones traumáticas aparentes en su devenir inmediato. Otro problema es hallar el método diagnóstico que permita hacer una evaluación incruenta de su estado cerebral, dentro de límites científicamente aceptables.

El examen clínico general de los niños; el examen neurológico y psíquico del niño y el examen electroencefalográfico fueron los métodos que utilizamos para nuestras investigaciones. Los electroencefalogramas fueron realizados e interpretados por el doctor A. Mosovich, reconocida autoridad en la materia.

Veamos antes algunas autorizadas opiniones: James Hendry (41), estudió 236 niños extraídos por cesárea y los siguió durante dos años. Concluye que el porvenir del niño obtenido por ce-

sarea es algo mejor que el del niño, fruto de un parto espontáneo, especialmente si la cesárea fue precoz.

Hideo Yagi (13), Max Lange (42), Darnal Munro (43), S. Barjactorovic (44), Seitz (45), K. Bunger (46) y J. P. Garrahan concluyen —en distintos trabajos— que es común que los niños que sufren traumas durante el parto (especialmente hemorragia meníngea) y curan, generalmente lo hacen con lesiones definitivas que tardamente se hacen evidentes, por presentar dichos niños epilepsia, idiocia, parálisis cerebral, retardo psíquico o trastornos de conducta.

Hemos examinado —por nuestra parte— niños obtenidos por operaciones cesáreas tardías practicadas en el Instituto de Maternidad y Asistencia Social «Profesor U. Fernández», entre 1942 y 1949.

Su estudio lo dividimos en cuatro partes:

1ª **Durante el trabajo de parto:** Si hubo o no **sufrimiento fetal**.

2ª **En el momento de nacer:** Estado, peso, talla, sexo y trastornos congénitos.

3ª **Durante su estada en la clínica:** Alimentación, temperatura y evolución del peso.

4ª **Evolución ulterior:** Edad, alimentación durante el primer año de vida; a qué edad **deambuló** por primera vez y en qué forma lo hizo; **enfermedades** padecidas. Todos estos datos los consignamos después de analizar los **antecedentes maternos** y las **condiciones en que fue practicada la cesárea** (horas de trabajo de parto y de bolsa rota, cuello uterino, temperatura y pulso) y su **anestesia y técnica**.

Para el examen **clínico general** en los casos de duda hemos requerido la

colaboración del pediatra y cuando fue posible realizamos análisis de orina (completo) y sangre (reacción de Kahn o de Chediak; recuento globular y fórmula leucocitaria).

Respecto al **examen psíquico**, de acuerdo al plan gentilmente esquematizado por el doctor Roberto Vispo, buscamos la existencia de **problemas de conducta o retardo mental**. Los principales datos que consignamos en dicho esquema fueron los siguientes: hemos buscado en las distintas manifestaciones de la vida cotidiana, detalles que nos permitan encontrar las menores alteraciones psíquicas: **alimentación** (caprichos, inapetencia, si la madre tiene que hacer algo especial para que coma); **sueños** (intranquilidad, pesadillas, sonambulismo, miedo a la oscuridad, si duerme solo o con quién duerme en la misma pieza o en la misma cama); **eliminación** (frecuencia del uso de enemas o de supositorios, si se preocupa la familia por el funcionamiento del intestino, si hay diarrea, constipación o vómitos, si orina de día o de noche); **trastornos circulatorios** (enrojecimiento, palpitaciones y palidez); **trastornos motores** (inestabilidad motriz, tics o parpadeos); **humor** (en la casa y en la escuela, si hay accesos de depresión, momentos de alegría y de tristeza, si es sumiso o rebelde, si tiene amigos o si se aísla, si es pendenciero o generoso, cruel, egoísta, llora o se enoja fácilmente, si es celoso, mentiroso, si tiene miedo a alguien, si presenta reacciones antisociales, tales como hurto o vagancia); **actividad intelectual** (comprensión fácil o lenta, si presta o no atención cuando se le habla); **palabra** (si existe tartamudeo, mutismo y si su vocabulario es completo); **hábitos nerviosos** (si se

chupa el dedo, si se muerde las uñas, si se masturba); **sexualidad** (qué es lo que sabe, si tiene reacciones); **accesos** (convulsiones, ausencias, jaquecas, mareos, desmayos); **rendimiento escolar**; **independencia de hábitos** (si come, se viste, se lava o se acuesta solo); **actitud con los hermanos y con los padres.**

Todos los datos que nos suministran los tests citados nos permiten investigar si existen o no **problemas de conducta** y en parte si hay **retardo mental**; esto último se completa mediante: **edad de los primeros balbuceos**; **reconocimiento de familiares y allegados** (edad); **test de Goodenough**; **dibujo de figuras humanas** (lo más completas posibles) y **de figuras geométricas** (según las edades); **vocabulario visual** (presentamos al niño una serie de figuritas de los objetos más comunes: sillas, puertas, niños, juguetes, etc.) y vemos su capacidad de reconocimiento.

El **examen electroencefalográfico** se hizo en un grupo seleccionado de niños, eliminando todos aquellos casos en que existiesen causas de error con respecto a las manifestaciones disrítmicas al electroencefalograma; desechamos, pues, los casos con antecedentes:

- 1) Heredofamiliares de convulsiones, jaquecas y estados convulsivos.
- 2) Antecedentes de meningitis, encefalitis y traumatismos cerebrales.
- 3) Enfermedades degenerativas del sistema nervioso.

Los trazados fueron empíricamente clasificados en: **normales**; **fronterizos** y **disrítmicos**; siendo estos últimos agrupados en: a) **Disrítmias generalizadas**; b) **Ligera**; c) **moderada**; d) **con preponderancia**, y e) **focales.**

Los resultados de los **exámenes electroencefalográficos** fueron francamente **anormales** en 11 de los casos estudiados y titulamos de **fronterizo** el caso restante; dichos 11 casos presentaban además marcados signos de disritmia cerebral; cinco de ellos tenían signos de preponderancia en alguno de los hemisferios y unos signos francamente focales. Las manifestaciones de preponderancia, así como el EEG. focal, son testimonio evidente de modificaciones focales en alguna área cortical, modificaciones que pueden ser de naturaleza residual un tanto atrófica, detención de desarrollo en alguna de las circunvoluciones o modificaciones secundarias a alguna alteración vascular. Puede afirmarse que **cada uno de estos niños es un portador latente de la capacidad convulsivante** y en aquellos donde existe una manifestación franca de preponderancia, una **posible alteración en la evolución psíquica es factible.**

## CONCLUSIONES

- 1) El largo trabajo de parto ha resultado en nuestras investigaciones inocuo para el porvenir inmediato del niño extraído por operación cesárea.
- 2) El alto porcentaje de anomalías neurológicas, psíquicas y las casi constantes alteraciones electroencefalográficas halladas en los niños extraídos por cesárea tardía, debe ser un toque de alarma para el obstetra que en la época actual orienta su conducta hacia la práctica sistemática de la operación cesárea tardía. Es menester la realización de nuevas y múltiples investigaciones para tratar de decidir si es la intervención precoz la que debe practicarse en salvaguarda de la integridad psíquica del niño.