Consideraciones sobre el recién Nacido de Toxémica

DOCTOR ERNESTO PLATA RUEDA

Jefe de Clínica de Sala Cuna del Instituto Materno Infantil.

He elaborado una breve disertación sobre el pronóstico fetal en la Toxemia, con base en el análisis de 777 historias clínicas de esta entidad ocurridas en el Instituto de Protección Materna e Infantil de Bogotá en los años de 1948 a 1952.

He dividido esta casuística en tres grupos principales a saber:

1º—Preeclampsias.

2º—Eclampsias con tratamiento médico o médico obstétrico, y

3º—Eclampsias con tratamientos médico quirúrgico.

A su vez se ha subdividido la estadística en dos grupos: del 1º de enero de 1948 al 1º de agosto de 1951 y de esta fecha hasta el mes de diciembre de 1952. La razón de esta división está en que en el mes de agosto de 1951 se fundó una sala para prematuros dotada de los elementos más indispensables y considerando que la morbilidad del niño de la toxémica está tan íntimamente ligado a la prematuridad, se estimó que las cifras podrían variar en forma notable después de esta adquisición.

Debido a que una gran proporción de los casos de toxemias atendidos en el Instituto ingresan con el feto ya muerto, los he extractado de la estadística para considerar únicamente los mortinatos habidos en el servicio y las muertes post-natales.

No se analiza en este estudio el pronóstico fetal en los años anteriores a 1948, porque es sólo a partir de este año que el Instituto adquirió la fisonomía relativamente moderna que hoy tiene. Citaremos únicamente los porcentajes, omitiendo las cifras de casos que harían demasiado monótona la disertación. En gra-

cia de la brevedad llamaré grupo A al comprendido entre 1948 y agosto de 1951 y grupo B al comprendido entre el mes de agosto de 1951 y diciembre de 1952.

He aquí los resultados obtenidos:

EN LA PREECLAMPSIA

<i>Grupo A:</i> Mortinatos en total	8,7%
Mortinatos en el servicio	5,9%
<i>Grupo B:</i> Mortinatos en total	5,8%
Mortinatos en el servicio	1,6%

Se observa que las cifras para mortinatos en el servicio son la tercera parte en el grupo B.

<i>Grupo A:</i> Muertes post-natales de nacidos vivos	7,2%
---	------

Sus causas en orden de frecuencia fueron: Bronconeumonía, Prematurez e Inmadurez, Anoxia y Hemorragia Intracraneana, Enteritis, Atelectasia Pulmonar y Meningitis.

<i>Grupo B:</i> Muertes post-natales de nacidos vivos	3,5%
---	------

Sus causas en orden de frecuencia fueron: Hemorragia Intracraneana, Atelectasia Pulmonar, Anoxia y Meningitis.

Así pues, la cifra de mortalidad post-natal es la mitad en el grupo B que en grupo A. Cabe hacer notar que la cifra de mortalidad global en la Sala Cuna durante el periodo de estudio para el grupo B oscila mensualmente entre 3 y 4,5%, es decir, que el porcentaje de mortalidad para los niños de Preeclámpticas debidamente atendidos no es superior al porcentaje global.

EN LA ECLAMPSIA CON TRATAMIENTO MEDICO O MEDICO OBSTETRICO

MORTINATOS:

<i>Grupo A:</i> Mortinatos totales	42,3%
Mortinatos en el servicio	24%
<i>Grupo B:</i> Mortinatos totales	29%
Mortinatos en el servicio	10%

Se observa una disminución del 50% en la incidencia de mortinatos en el grupo B.

MUERTES POST-NATALES:

Grupo A: ...18,3% de nacidos vivos. Sus causas fueron: Bronconeumonía, Prematurez, Meningitis, Enteritis y Anoxia.

Grupo B: ...5,5% de nacidos vivos. Sus causas fueron: Atelectasia Pulmonar y Hemorragia Intracraneana.

Así pues la mortalidad post-natal del grupo B. es la tercera parte de la del grupo A y además desaparece en la mortalidad por causa infecciosa.

EN LA ECLAMPSIA CON TRATAMIENTO MEDICO QUIRURGICO

MORTINATOS:

Grupo A: Mortinatos totales	26,9%
Mortinatos en el servicio	23%
Grupo B: Mortinatos	0

MUERTES POST-NATALES:

Grupo A: ...31,5% de nacidos vivos. Sus causas fueron: Prematurez, Hemorragia Intracraneana, Bronconeumonía y Anoxia.

Grupo B: ...30% de nacidos vivos. Sus causas fueron: Hemorragia Intracraneana y Anoxia.

No se observa mayor diferencia en la mortalidad post-natal en los dos grupos y su cifra es realmente muy elevada.

COMENTARIOS:

De los datos previamente enunciados podemos deducir los siguientes puntos:

1º—La mortalidad del recién nacido de Toxémica tratada médicamente, ha disminuido en forma muy notoria desde que se dispone de elementos adecuados para atender al prematuro. Igual afirmación puede hacerse para los hijos de eclámpticas sometidas a tratamiento médico o médico obstétrico. En cambio esa mortalidad permanece invariable y muy elevada para las tratadas quirúrgicamente, no obstante que se interviene ahora con mayor frecuencia. Sin embargo, si se ha reducido fundamentalmente la incidencia de mortinatos, por lo cual me atrevería a pensar, si con un poco más de intervencionismo oportuno se logre en el futuro una reducción paralela en las muertes post-natales.

Pese a que hoy se interviene más sobre la eclámptica, predomina mucho la conducta un tanto optimista del tratamiento médico y no pocas veces el corto transcurso entre la decisión de operar y la intervención misma resulta funesto para el niño.

En contra de la inducción del parto prematuro o de la intervención quirúrgica precoz en la toxémica, se ha alegado que el prematuro constituye por sí mismo un serio problema. Vale recordar a este propósito las palabras de Stone (1), quien ya en 1940 decía lo siguiente: "¿No es preferible entendiérselas con un niño prematuro y una madre viva (salvada de la muerte o de graves trastornos viscerales), a correr el riesgo de perder ambas vidas? ¿No es preferible inducir un parto prematuro y obtener un niño de 2.400 gramos con mejoría inmediata de la madre, a poner en peligro su vida o su salud futura para obtener un niño de 2.700?"

La toxemia avanzada representa un peligro tal para el feto que raras veces se justifica una conducta expectante (2). El peligro para el feto está en pro-

porción directa con el tiempo que transcurre entre el comienzo de los síntomas y el parto. Los casos de desprendimiento prematuro de la placenta tan frecuentes en la toxemia, raras veces dejan con vida al feto y aún a la madre si no es gracias a un tratamiento quirúrgico precoz.

3º—Dado que el sufrimiento fetal en la toxemia está íntimamente ligado a la anoxia, es de importancia fundamental el suministro de oxígeno en el preparto y en el parto. Por la misma razón, en un programa para disminuir la mortalidad infantil en la toxemia, tiene gran importancia la adecuada atención de la asfixia del recién nacido.

4º—Es notoria la disminución en los últimos años de los mortinatos en todas las formas de tratamiento estudiadas, así como también la incidencia de fetos muertos antes de ingresar al servicio. Tal hecho puede atribuirse muy seguramente al mayor control prenatal, a una mejor educación popular, a atención más eficiente en el Instituto y al mayor intervencionismo sobre la toxemia.

Para terminar, quiero hacer una aclaración importante en lo que se refiere al diagnóstico de Hemorragia Intracraneana en los niños de toxémicas. La mayoría de estas hemorragias no son traumáticas sino que se producen por el mecanismo de la anoxia, ocasionada a su vez por isquemia o desprendimiento prematuro de la placenta. Cuando por la anoxia el corazón fetal comienza a fallar, las continuas compresiones ejercidas por el útero sobre la placenta sobrecargan la circulación fetal: es así como se rompen los vasos de los plexos coroides, ocasionando hemorragias intraventriculares y subaracnoideas (*). En cambio la hemorragia intracraneana por traumatismo obstétrico es subdural y se acompaña de desgarros de la tienda del cerebelo y de la hoz del cerebro. Por otra parte el desprendimiento prematuro de la placenta es la única causa de anoxia que produce signos específicos a la autopsia: Hemorragias petequiales muy numerosas subpleurales, en la cortical del timo y a lo largo de los vasos coronarios, así como en la superficie del cerebro y congestión de todos los órganos. Su fisiopatología es la de falla cardíaca por anoxia y sobre-carga circulatoria por la sangre que sigue llegando de la placenta. En cambio en la anoxia por compresiones del cordón el volumen circulatorio no varía y el niño muere por asfixia antes de que se produzcan hemorragias. Considero que estas nociones tienen gran importancia cuando se trata de delimitar responsabilidades ante la muerte por hemorragia intracraneana del niño de la toxémica.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Stone E. L.: "New Born Infant", p. 278, Third Edition.
- 2.—Peckham. Jour. Am. Med. Assn. 101, 1.608, november 18, 1933.
- 3.—Potter E. L.: "Pathology of the fetus and new born", p. 70.