

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**MORBI-MORTALIDAD EN RECIEN NACIDOS
PRODUCTOS DE CESAREA EN HOSPITAL NACIONAL
DE RETALHULEU
(REVISION DE 59 CASOS)**

TESIS

**Presentada a la Facultad de
Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos**

POR

RUDY HERRERA ORTIZ

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. OBJETIVOS
- IV. MATERIAL Y METODOS
- V. CONSIDERACIONES GENERALES
- VI. PRESENTACION DE RESULTADOS, DATOS ESTADISTICOS Y COMENTARIOS
- VII. CONCLUSIONES
- VIII. RECOMENDACIONES
- IX. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

El presente trabajo de tesis, el cual titulo "Morbi-Mortalidad en Recién Nacidos productos de Cesárea en el Hospital Nacional de Retalhuleu" en revisión de 59 casos, lo escogí precisamente por la importancia que reviste para el neonato y para la madre, un acto quirúrgico mayor de tal especie.

Por otra parte en nuestro medio, no pude encontrar un trabajo específicamente descrito. Así mismo la literatura extranjera y nacional brinda mucha información respecto a factores de morbilidad y mortalidad en neonatos cuyo producto han sido vías no naturales. De aquí tomando la importancia en el campo de la Perinatología, puesto que tomaremos en cuenta diversas particularidades e influencia tanto para la madre como para el niño, estimamos la importancia que pueda tener este estudio realizado.

Esperando pues que los resultados y variables estudiadas brinden alguna información para futuras promociones que estén interesadas en el campo amplio de estudio de Perinatología.

II. ANTECEDENTES

Dentro de los antecedentes previos al trabajo realizado, existe escasa información, que tome en cuenta específicamente, las repercusiones de la Cesárea en el Recién Nacido. Algunos trabajos investigados como antecedentes los expondré a continuación.

1976. Aguja Zúñiga, Roderico Guillermo.

Pronóstico Materno Fetal Post-Extracción vía Contranatural.

1976. Bolaños S., Ana Gladys.

Perinatología: 2 realidades. Revisión del 1er. Trimestre de 1973.

1950. Aceituno, Julio.

Consideraciones sobre atención del recién Nacido.

Russell, K. P. and Cheung J. Treatment of patients with premature rupture of the membranes. The management of premature rupture of fetal membranes a continuing controversy. 1954. Philadelphia.

Wallace, H.M.: Factors associated with perinatal mortality and morbidity. Clin. Obstet. 1970.

Mortality Neonatal, Bundesen, Potter. J.A.M.A. 1952.

III. OBJETIVOS:

A. GENERALES

- I. Establecer el grado de influencia que tiene la Cesárea como acto quirúrgico en sí, sobre la morbi-mortalidad en los recién nacidos.
- II. Establecer y conocer los métodos diversos de atención en los hospitales departamentales, en particular en Retalhuleu del Recién Nacido con problemas.

B. ESPECIFICOS:

- I. Conocer la mortalidad neonatal en general en productos de Cesárea.
- II. Establecer el grado de morbilidad del recién nacido.
- III. Conocer la cantidad de madres que llevaron Control Prenatal y su relación con el estado al nacer del niño.
- IV. Influencia de la edad materna-Cesárea-estado del niño al nacer.
- V. Gestación de la madre.
- VI. Variabilidad de frecuencia cardíaca fetal y Cesárea.
- VII. Principales Indicaciones Fetales de Cesárea.

VIII. Conocer el Peso y Sexo al nacer en recién nacidos productos de Cesárea.

IX. Establecer el Apgar en el recién nacido.

X. Conocer los diversos métodos de atención de urgencia y tratamientos llevados por recién nacidos.

XI. Finalmente conocer el período de inicio de primera toma artificial o lactancia materna del recién nacido.

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

El objeto del presente trabajo es establecer, en qué forma —tomando en cuenta una serie de variables—, influye el acto quirúrgico tipo Cesárea en el Recién Nacido, a la vez descubrir la morbi-mortalidad existente, en el Hospital departamental de Retalhuleu, donde es de suponer, las condiciones diagnósticas, tecnificación y métodos de tratamiento son escasos y poco sofisticados.

Es importante conocer de qué manera los problemas maternos pueden influir a que un parto se torne de eutósico a distósico y que termine en Cesárea. Ciertamente es que una Cesárea a tiempo es salvadora para ambos: Madre-Niño; como también una Cesárea innecesaria constituye un riesgo materno y causa de stress en el producto.

Debido a la tecnificación y adelantos, se han logrado detectar factores maternos de riesgo elevado, desde la ingesta de medicamentos considerados tóxicos para el feto, tipo esteroides, tetraciclinas, cloramfenicol, anestésicos, analgésicos, etc. Se han perfeccionado métodos de detección de enfermedad fetal, como aminocentesis en problemas hemolíticos, desórdenes cromosómicos ligados al sexo, madurez fetal. Además métodos de Radiología sofisticados, Ultrasonograma, cuya importancia es cada vez mayor utilizada, principalmente en retrasos de crecimiento fetal, mediciones de estrioles urinarios maternos e infinidad de material y métodos diagnósticos destinados a un mejor estudio tanto materno como fetal.

Además de lo mencionado, existen factores genéticos, como errores innatos del metabolismo, trastornos cromosómicos. Hay factores plenamente definidos maternos, que conducen como tal a

embarazos de alto riesgo, como la edad gestacional, la cual es generalmente de un 20/o de mortalidad neonatal, en gestas entre los 20 a 30 años, se duplica de los 30 a 40 años y se cuadruplica arriba de los 40 años. Así mismo la gestación antes de los 15 años acarrea consigo altos niveles de mortalidad neonatal (4). Los mismo se puede indicar acerca de factores obstétricos como ruptura prematura de membranas, partos distócicos, partos prolongados.

Según Bundesen (1), hace 2 décadas la mortalidad por Cesárea era de un 35.7 por 1000 nacidos vivos, mientras que López (2), en estudios realizados en México en 1971 durante 2 años arrojó una mortalidad total de un 5.50/o neonatal, lo cual es altamente significativo en Cesáreas asociadas a Sufrimiento Fetal.

Check y Rowe (3) mencionan una alta relación entre Cesárea y Síndrome de Stress Respiratorio, abogando éstos por evitar actos quirúrgicos como tal, innecesarios.

Se mencionan además factores de alto riesgo materno para el feto como las toxicomanías diversas y caprichos dietéticos, así como enfermedades virales durante el embarazo, según mención de Cook (5), así también fenómenos que predisponen a un retraso del crecimiento fetal.

Alerta para el Pediatra y Neonatólogo, significan los Recién Nacidos de riesgo grave, entre los que se incluyen prematuros, bajo peso al nacer, nacidos por medios quirúrgicos, productos de toxémicas, diabéticas y principalmente madres con Ruptura Prematura de Membranas, que conduzcan a una amniotitis y sufrimiento fetal consiguiente(6). La misma Ruptura prematura de Membranas como demostró Jones y Bada en su estudio (6, 7), la alta incidencia de membranas hialinas y prematurez que acompañan a la ruptura prematura de membranas, y la elevada mortalidad en el estudio que realizaron, cabe estimar un parto quirúrgico o no.

El Dr. López (2), demostró además que la mortalidad en Recién Nacidos productos de Cesárea asociada a Sufrimiento Fetal y Ruptura Prematura de Membranas se debía a Problemas de Stress Respiratorio, aunque la influencia no era significativa.

Los elevados métodos diagnósticos y de tratamiento han logrado reducir, incluso la mortalidad en prematuros, así, un estudio de Sarasohn (8) cita que en 1973 en un estudio lograron que sobrevivieran un 29o/o de prematuros, lo cual se superó en 1977, logrando la sobrevivencia de un 47o/o de prematuros en su estudio, esto sale a colación considerando que hay ocasiones de realizar Cesáreas en fetos inmaduros con problemas, debiendo considerar riesgos del mismo y tratamiento satisfactorios que existan.

Dinno (9) menciona que factores perinatales, como partos prolongados y presentaciones anormales como Cesárea pueden predisponer a parálisis cerebral. Franco (10) señala en la Cesárea un factor que puede predisponer a parálisis cerebral, debido a la distosia que en un momento dado puede provocar.

Autores como Dawkins y Hund mencionan que se debe meditar largamente, al desear terminar un parto con un producto prematuro, debido a los riesgos elevados de hipoxia, asfixia perinatal, hipoglucemia y acidosis metabólicas observables en los prematuros (11).

Al igual que la alta tecnificación ha disminuido los niveles de morbi-mortalidad materna en Cesárea, lo mismo ha sucedido en la atención del Recién Nacido. Tanto los medios diagnósticos, como de tratamiento han llevado a la elaboración de protocolos de mucha ayuda. Así por ejemplo se han creado indicadores de asfixia, como los citados: intubación, APGAR de 5 al minuto, bradicardia fetal, crisis apneicas, apnea primaria y tinción de meconio (10). Además indicadores de lactantes de alto riesgo como apnea en las primeras 24 horas, hipotensión, rotura de bolsa de las aguas de más de

24 horas, amniotitis; líquido amniótico fétido, productos de aspiración gástrica positivos y prematurez, factores indicados que acompañan ocasionalmente a Cesárea y recién nacidos productos de las mismas (12).

Autores como Jones, Bada y Andrews (6, 7) aconsejan terminar el parto ya sea por Cesárea o inducción del mismo, cuando hay Ruptura Prematura de Membranas y distocia de parto, por la significativa relación que existe entre ésta y Membranas Hialinas, además por la causalidad existente en Stress Respiratorio y amniotitis-sépsis neonatal, especialmente si existe prematurez asociada. Además la elevada frecuencia de Síndrome de Aspiración de Meconio en estos casos, contando además con la elevada frecuencia de mortalidad si el APGAR es menor de 6 a los 5 minutos (13, 14).

Muchos pasos van encaminados a disminuir la hipoxia y asfixia perinatal que se acompaña de los partos distócicos, especialmente del tipo Cesárea, a sabiendas de la disminución de captación de glucosa, aumento de glucólisis, elevación de la producción de lactato y a la disminución de intermediarios del ácido tricarbóxico, que a menudo acompañan a la asfixia perinatal. Asfixia misma que se acompaña de bradicardia fetal o líquido amniótico teñido de meconio. La aparición muy frecuente de episodios de bradicardia fetal y las desaceleraciones de tipo I y tipo II descritas por Caldeyro Barcia y cols., y la asociación de esto con anomalías electroencefalográficas similares a otros trastornos hipóxicos-isquémicos, hace pensar que el stress obstétrico se acompañe de amenaza de falta de O_2 para el cerebro (15). Por lo anterior el tratamiento de urgencia y reanimación es necesario en estos casos, para lo cual se cuenta con métodos seguros de tratamiento, tipo intubación, presión positiva y ventilación con presión positiva intermitente, aunque todas tienen sus complicaciones (Estenosis subglótica, Displasias Broncopulmonares y Enfisemas Intersticiales, etc.) (8).

Ante cualquier variedad de patología, sea apnea primaria, ictericia temprana o tardía, stress respiratorio, hipoglucemia, aspiración de meconio, se debe obrar con cautela, máxime de tratarse con recién nacidos con alto riesgo.

Luego de tratar diversos factores maternos y fetales, finalmente tocaremos un factor mixto de importancia, el cual significa el retraso del Crecimiento Fetal Intrauterino, en el cual intervienen dos factores de importancia. Por una parte, —fetal—, la disminución del sostén del crecimiento, que es una forma de lentitud de crecimiento o supresión del mismo que tiene lugar en un feto que dispone de un potencial de crecimiento normal; por otra parte, —materna—, la insuficiencia placentaria, fisiopatología fundamental del retraso de crecimiento fetal intrauterino, debido al trastorno de nutrientes a través de la placenta (5).

Este tipo de problemas de crecimiento fetal retardado a menudo según indica Mann y Weiss sugiere que el medio es hostil al feto y que previo detectar si existe tal retardo de crecimiento y comprobar que hubo tal retardo del crecimiento y verificar que existe buena madurez pulmonar se debe planear una Cesárea, tomando en cuenta el estado del feto, que no resistiría un parto vaginal (16).

Para terminar a estas consideraciones previas al estudio realizado, se espera contribuir con esta pequeña aportación, especialmente a nivel departamental, a quienes están inmiscuidos en la lucha que se libra en nuestro dependiente país, para reducir la morbi-mortalidad tanto fetal como materna y sus efectos, con el fin de aspirar a una sociedad más justa y humana especialmente en los aspectos en que a dar y recibir salud se refiere, tomando en cuenta que la salud no se mendiga sino se exige.

VI. PRESENTACION DE RESULTADOS, DATOS ESTADISTICOS Y COMENTARIOS

A continuación se detallarán los datos estadísticos que revistieron mayor importancia en el estudio y revisión que se realizó sobre morbi-mortalidad productos de Cesárea.

Para fines de facilitar la mejor comprensión y entendimiento de los mismos presentaré inicialmente los datos maternos de mayor importancia e influencia para el neonato, posteriormente se analizarán los datos fetales, que en última instancia son los que reviste mayor importancia e hincapié en el estudio realizado.

El número de Cesáreas revisadas fueron un total de 59; haciendo constar que se realizaron más de las descritas, pero no contaban con anotaciones del Recién Nacido, por tal razón fueron descartadas, por lo que el estudio se basó en 59 casos que contaban con papelerías completas.

Además es importante hacer ver, que el año durante el cual se realizó tal revisión fue el primer ciclo en el cual se contó en el Hospital Nacional de Retalhuleu con internos y externos, lo cual es de suponer, se esperarían mejores detalles en cuanto a manejo de pacientes y papelería en general.

DATOS MATERNOS:

CUADRO No. 1
EDAD MATERNA

Años	Pacientes	o/o
15 - 19	15	25.42
20 - 24	22	37.28
25 - 29	4	6.77
30 - 34	9	15.25
35 - 40	9	15.25
40 y más	0	--
Total	59	100.00

Más del 50o/o estaba comprendido entre los 15 años a los 24 años y un 30o/o entre los 30 a 40 años. Posteriormente se reflejará la influencia de edad materna elevada, lo cual demuestra que ese 30o/o sí establece cierta incidencia significativa.

CUADRO No. 2
No. DE GESTAS

	Pacientes	o/o
Primigestas	21	35.59
Primigestas añosas	2	3.38
Secundigestas	15	25.42
Múltiparas	21	35.59
Total	59	100.00

Tomamos en cuenta la multiparidad con 3 o más gestas; notamos que casi el 70o/o lo conforman multíparas y primigestas.

CUADRO No. 3 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

	Pacientes	o/o
Membranas rotas al ingreso:	20	33.89
Membranas Intactas al ingreso:	39	66.11
Total	59	100.00
Membranas rotas antes de 12 horas	9	45.00
Membranas rotas de 12-24 horas previo T. de P.	5	25.00
Membranas rotas luego de 24 horas de inicio de T. de Parto	6	30.00
Total	20	100.00

El índice de Ruptura Prematura de Membranas previo al inicio de Trabajo de Parto es elevado, aunque el tiempo de Ruptura tenga mayor porcentaje antes de las 12 horas de inicio de trabajo de parto, tendrá influencia, en las indicaciones de Cesárea como veremos más adelante. Generalmente pacientes con más de 24 horas de Ruptura de Membrana desarrollaron amnioititis y sufrimiento fetal consiguiente.

CUADRO No. 4
EDAD DE GESTACION

	Pacientes	o/o
28 - 37 semanas	8	13.55
38 - 42 semanas	44	74.57
42 y más semanas	7	11.86

Se puede afirmar que casi el 25o/o de pacientes presentaron una gestación antes y después de la gestación normal estimada. Se puede indicar que dichos resultados son significativos, aunque no se puede establecer relación causa-efecto.

CUADRO No. 5
CONTROL PRENATAL

	Pacientes	o/o
Sí control	16	27.11
No control	43	73.89
Total	59	100.00

En este caso se puede mencionar una relación altamente significativa, puesto que más del 70o/o de pacientes no llevaron ningún tipo de control prenatal. Es de considerar que muchas pacientes son de residencia rural, pero veremos luego la influencia de esto sobre la mortalidad fetal.

CUADRO No. 6
FRECUENCIA CARDIACA FETAL
AL INGRESO DE LA MADRE

	Pacientes	o/o
Frecuencia Normal	42	81.35
Frecuencia Anormal	11	18.64
Sin Frecuencia Cardíaca	6	10.16

La mayoría de pacientes ingresaron con una frecuencia cardíaca fetal normal. Hubo un 10.16o/o de pacientes en las cuales no se detectó frecuencia cardíaca, siendo ingresadas bajo el diagnóstico de Obito Fetal. Si tomamos como factor influyente la frecuencia cardíaca fetal diremos que la mayor cantidad de sufrimiento fetal se detectaron en servicio de Labor y Partos.

CUADRO No. 7
CONDUCCIONES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

	Pacientes	o/o
Conducciones	10	16.94
No Conducciones	49	83.06
Total	59	100.00

Este caso en particular lo tomamos en cuenta puesto que hubo intento de realizar partos por vía vaginal, pero de las conducciones colocadas fueron fallidas. No se logró detectar conducciones asociadas a estrechez pélvica o DCP.

CUADRO No. 8
INDICACIONES DE CESAREA

	Pacientes	o/o
Sufrimiento Fetal Agudo	22	37.28
Amnioititis	9	15.25
Estrechez Pélvica	12	20.33
Feto en Transversa	4	6.77
Prolapso de Cordón	4	6.77
Desproporción Céfalo Pélvica	3	5.08
Placenta Previa	2	3.38
Primigesta en Podálica	1	1.69
Prolapso Uterino Sub-Total	1	1.69
Abruptio Placentae	1	1.69
Total	59	100.00

Es importante hacer notar que el mayor porcentaje de indicaciones de Cesárea fueron básicamente fetales, así: más del 50o/o comprende indicaciones como Sufrimiento Fetal agudo, Amnioititis, etc., haciendo notar que las pacientes ingresaron con frecuencia cardíaca normal, pero en servicio se detectaron problemas de sufrimiento fetal agudo. Podemos afirmar que en el estudio realizado la mayoría de indicaciones fueron fetales. Considero hacer mención que hay muchos casos de indicaciones de Estrechez Pélvica fueron confundidas con Desproporciones Cefalo-Pélvicas, términos que aún no han sido aclarados verdaderamente. Sale a colación que un 33.89o/o ingresaron con Ruptura prematura de Membranas y esto fue reflejo del 37.28o/o de indicaciones de Sufrimiento fetal lo cual podemos determinar que pudiese haber relación causa-efecto.

DATOS DE RECIEN NACIDO:

Para estos efectos tomaremos en cuenta incluso los 6 casos de frecuencia Cardíaca Fetal no audible en las madres a su ingreso.

CUADRO No. 9
SEXO EN RECIEN NACIDOS

	Pacientes	o/o
Masculino	39	66.10
Femenino	20	33.90
Total	59	100.00

El mayor porcentaje fue para el sexo masculino, aunque no existe significancia real y neta.

CUADRO No. 10
PESO AL NACER

	Pacientes	o/o
- 4 lbs.		
- 5 lbs.	2	3.38
- 6 lbs.	4	6.77
- 7 lbs.	15	25.42
- 8 lbs.	20	33.89
y más lbs.	10	16.94
	9	15.25

Se puede concluir que casi un 100/o de recién nacidos tuvieron

un peso menor de 2500 grs. El resto tiene un peso adecuado al nacimiento. La mayoría de Cesáreas en cuanto al momento de indicarlás no influyeron significativamente en determinar prematurez en los Recién Nacidos. Máxime si tomamos en cuenta que cerca del 13o/o de madres, ingresaron con menos de 37 semanas de gestación.

CUADRO No. 11 APGAR AL NACER

3 al minuto y 6 a los 5 minutos	2
4 al minuto y 6 a los 5 minutos	5
4 al minuto y 8 a los 5 minutos	4
4 al minuto y 9 a los 5 minutos	2
5 al minuto y 8 a los 5 minutos	2
5 al minuto y 9 a los 5 minutos	4
5 al minuto y 10 a los 5 minutos	7
6 al minuto y 9 a los 5 minutos	11
6 al minuto y 10 a los 5 minutos	6
7 al minuto y 10 a los 5 minutos	6
Total	49 recién nacidos

Para los fines de establecer el APGAR, no tomamos en cuenta los 6 muertos anteoperatorio; tampoco los 4 muertos transoperatorios. Se tuvo un promedio de APGAR al nacer siguiente:

5.6 al minuto y 8.4 a los 5 minutos. Se tuvo un total de 7 pacientes con un APGAR deficiente al nacer, los cuales obviamente necesitaron de medidas de reanimación de las cuales comentaremos más adelante. Se puede afirmar que la incidencia en el APGAR no fue significativa, además si tomamos en cuenta el mayor porcentaje (10o/o) de recién nacidos prematuros y con bajo peso al nacer. El resto se puede considerar con APGAR satisfactorio.

CUADRO No. 12 MORTALIDAD EN RECIEN NACIDOS

Obviando los muertos anteoperatorio (6 casos), los cuales se detectaron sin frecuencia cardíaca fetal al ingreso de las madres a Labor y Partos, la mortalidad fetal neta fue:

	Pacientes	o/o
Muertos Transoperatorio	4	7.54
Muertos Postoperatorio	4	7.54
Evolución Satisfactoria	45	84.92
Total	53	100.00

La mortalidad neta fue de un 15.08o/o (8 casos) tanto transoperatorias como postoperatorias. Las muertes transoperatorias ocurrieron debido al grado severo de hipoxia fetal y amnioititis. Las muertes postoperatorias las estudiaremos posteriormente.

CUADRO No. 13 MORTALIDAD POSTOPERATORIA EN RECIEN NACIDOS

Sepsis:	2 casos
Síndrome de Aspiración de Meconio:	2 casos.

Ambos diagnósticos fueron sugestivos. Se detectaron más que todo clínicamente. Pacientes con sepsis iniciaron el problema en promedio a las 36 horas de nacidos, con letargia, falta de succión, ictericia leve, reflejos disminuidos. Se trataron con antibioticoterapia, pero no respondieron al tratamiento, falleciendo en promedio a 48 horas de nacidos. En los pacientes con Síndrome de aspiración de meconio, se detectó meconio positivo en lavado gástrico y en tráquea a la intubación. Ambos fallecieron en primeras 24 horas. Se trataron con antibioticoterapia.

CUADRO No. 14

MEDIDAS DE URGENCIA Y REANIMACION

Apnea primaria:	7 casos
Apnea secundaria:	1 caso
Lavado Gástrico:	22 casos
Intubaciones:	6 casos
Respiración artificial:	2 casos
Masaje Cardíaco:	2 casos

De los 7 casos de Apnea primaria, uno falleció por Síndrome de Aspiración de Meconio. Necesitó intubación. El caso de Apnea Secundaria falleció por Sepsis posteriormente. De los 22 lavados gástricos realizados 16 de ellos fueron positivos a meconio, y cuando hubo antecedentes de ruptura prematura de membranas y amnioitis, se trataron con antibioticoterapia.

CUADRO No. 15

MORBILIDAD DE RECIEN NACIDOS

Incompatibilidad de grupo O-A:	4 casos
Ictericia Fisiológica:	4 casos
Moniliasis Oral:	7 casos
Conjuntivitis Severa	1 caso.

En cuanto a morbilidad se refiere hubo 4 casos de ictericias después de 24 horas, en las cuales se detectó incompatibilidad de grupo O-A, con bilirrubinas en promedio menos de 9 mgs. indirecta. Los 4 recién nacidos eran con peso adecuado al nacer y aparente estado satisfactorio. Se trataron con fototerapia durante 3 días promedio y egresaron satisfactoriamente.

Los casos de ictericia fisiológica, iniciaron el cuadro en promedio a los 4 días, descartándose previamente alguna incompatibi-

lidad. Recibieron fototerapia durante 2 días en promedio.

Los casos elevados de moniliasis oral, se debieron con toda seguridad a falta de higiene en los biberones a la primera toma artificial. El caso de Conjuntivitis severa, fue tratado al inicio con antibióticos oftálmicos locales, pero dicho cuadro no cedió generalizándose y tornándose más severo, por lo que se dieron antibióticos orales, egresando satisfactoriamente.

Hay que hacer notar que 9 recién nacidos, recibieron antibióticos, debido a amnioitis materna, asociada a ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer y APGAR bajo al nacer. Clínicamente no llegaron a manifestar ninguna patología, a excepción de uno fallecido en postoperatorio debido a sepsis.

CUADRO No. 16 MALFORMACIONES CONGENITAS

1 caso de Hidrocefalia.

1 caso de Espina Bífida.

Ambos casos muertos durante el transoperatorio. Además anotamos que de los 6 muertos anteoperatorio y los 4 fallecidos transoperatorios, la edad materna influyó, puesto que la menor edad fue de 29 años (2 casos), y 8 casos de muerte en los productos por Cesárea, con edades maternas entre los 32 a los 38 años.

CUADRO No. 17
INICIO DE PRIMERA TOMA ARTIFICIAL O LACTANCIA
MATERNA

1 - 6 hrs.:	8 casos
6 - 12 hrs.:	13 casos
12 - 18 hrs.:	19 casos
18 - 24 hrs.:	6 casos
24 horas y más:	3 casos

El mayor promedio existente entre las 6 a las 18 horas de inicio de lactancia o primera toma artificial. Es factor de importancia puesto que se menciona que el inicio pronto de alimentación de cualquier índole influye en el mejor peso del niño en el transcurso de su crecimiento.

VII. CONCLUSIONES

El mayor porcentaje de Cesáreas ocurrieron entre los 15 a 24 años. Es significativo el 30o/o de Cesáreas ocurridas entre los 30 a 40 años, de las cuales se acompañó la mayor mortalidad tanto ante y transoperatoria. Ello significa que la edad materna influye decisivamente en el pronóstico fetal.

El elevado número de madres con Ruptura Prematura de Membranas, influyó en las indicaciones de Cesárea, máxime que ésta determinó Amnioititis y Sufrimiento Fetal Agudo, las cuales tienen el mayor porcentaje como indicaciones de Cesárea.

La Falta de Control Prenatal, influyó determinantemente en la mortalidad fetal ante, trans y postoperatoria, puesto que estas madres generalmente no llevaron control prenatal, quedando dentro del amplio 75o/o que no llevaron control alguno.

Respecto a la Frecuencia Cardíaca Fetal al ingreso de la madre, podemos concluir que los casos de variaciones de frecuencia fueron hechos en el servicio, puesto que un 81o/o ingresaron con frecuencia normal. De los 6 casos que no se detectó frecuencia fetal al ingreso, eran pacientes con edad arriba de los 30 años y sin control prenatal alguno, lo que confirma las conclusiones anteriores.

El mayor porcentaje de indicaciones de Cesárea fueron fetales, si consideramos que más del 50o/o fueron por Sufrimiento Fetal y Amnioititis. Esto nos confirma que el sufrimiento fetal

es consecuencia de la que inicialmente era la verdadera indicación de la Cesárea muchas veces, pero su importancia la llega a colocar como indicación y de primerísimo lugar.

6. Las variables de sexo y peso no se pueden concluir de verdadera significancia.
7. La puntuación de APGAR se puede afirmar que en líneas generales fueron satisfactorias, pudiendo haber sido más óptimas considerando que hubo un 10o/o de prematurez asociada.
8. Respecto a la mortalidad se puede afirmar que los resultados, si no son halagadores, al menos en comparación con centros más equipados en todo tipo, no existe demasiada diferencia. Así mismo la mayoría de mortalidad ante y trans operatoria ocurrió en madres de edad entre los 30 a 40 años. Existiendo de los 59 casos estudiados, 6 muertes anteoperatoria, 4 casos de mortalidad y trans y postoperatoria.
9. La morbilidad observada en los servicios de Salas de Recién Nacidos, fueron ictericias varias, las cuales fueron tratadas satisfactoriamente.
10. Finalmente concluimos que este estudio en líneas generales arrojó resultados satisfactorios, considerando que el Hospital Nac. de Retalhuleu, no está lo suficientemente equipado con medios diagnósticos ni de tratamiento.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda equipar adecuadamente los hospitales departamentales, en particular el Hospital Nac. de Retalhuleu, tanto en material quirúrgico, como de atención del Recién nacido normal, como en medios de atención de reanimación y resucitación de urgencia. Así mismo el adecuado método de conservación de papelerías de archivos, como el mejor entrenamiento de personal de enfermería que labora en Recién Nacidos.
2. Finalmente Recomendar el mejor cuidado tanto clínico como de laboratorio de problemas tanto maternos como fetales, pues es de recordar que el acto quirúrgico tipo Cesárea es uno de índole de cirugía mayor. Evitar las Cesáreas innecesarias, como realizarlas cuando está justificado este método como finalidad salvadora tanto materna como fetal.
3. Estas recomendaciones están obligadas a cumplirse si consideramos el grave atraso de salud que en nuestro país existe, y las repercusiones políticas, sociales y económicas que repercuten en las personas que se encuentran rodeadas de inmersas en un medio social injusto e inhumano, y donde la labor y trabajo a realizar es mejorar y transformar estos instrumentos que en manos preparadas y voluntariosas, conducirán a mejores índices de salud en nuestro país.

IX. BIBLIOGRAFIA

Bundesen, Potter. et. al. J.A.M.A. 148: 907, 1952.

López, Joaquín. Sufrimiento Fetal y Cesárea. Ginec. Obstet. Vol. No. 30, No. 177. México, 1971.

Cheek, D.B., and Rowe, R.D.: Aspects of Sympathetic Activity in the Newborn, Including the Respiratory Distress Syndrome. *Pediat. Clin. N. Aerm.*, 13:863, 1966.

Nelson, Waldo. Tratado de Pediatría. 348-349; 354-355; 380-384., Tomo I.; 6a. Edición. 1973.

Cook, Larry. Reconocimiento intra y extrauterino, y Tratamiento del Crecimiento Fetal Desviado.. 433-438. *Clin. Ped. N. Amer.* 1977.

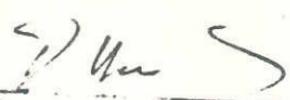
Jones, M.D., Burd, L.K., Bowes, W.A.: Failure of association of premature rupture of membranes with respiratory distress syndrome. *New Engl. J. Med.*, 292:1253, 1975.

Bada, Henrietta., Alejipan, L.C., Andrews, B.F.: Rotura Prematura de Membranas y su efecto sobre el recién nacido. 491; *Clin. Ped. N. Amer.* 1977.

Sarasohn, Charles. Cuidado del prematuro de muy poco peso. 625, 633. *Clin. Ped. Nor. Amer.* 1977.

Dinno, N. D., Identificación temprana de neonatos expuestos

- al riesgo de retardo del desarrollo. 639, Clin. Ped. N. Amer. 1977.
10. Franco, S., Andrews Billy., Disminución en el número de casos de parálisis cerebral por medio de cuidado intensivo del neonato. 651., Clin. Ped. N. Amer. 1977.
 11. Dawkins, M.J.R., and Hund: Brown adipose tissue and the response of newborn rabbits to cold. J. Physiol., 216. 1964.
 12. Miller, T.C., Tratamiento de Urgencia de la enfermedad por Streptococos de grupo B. 506., Clin. Ped. N. Amer. 1977.
 13. Ting, F. and Brady, J.: Tracheal suction in meconium aspiration. Am. J. Obstet. Gynecol. 767. 1975.
 14. Gregory, G., Goodine, C.A.: Meconium aspiration in infants. A prospective study. J. Pediat. 848. 1974.
 15. Dorand, R.: Asfixia neonatal. Enfoque de fisiología y tratamiento. 457. Clin. Ped. N. Amer. 1977.
 16. Mann, L.I. and Weiss, R.R.: Antenatal diagnosis and management of the small for gestational age fetus. Am. J. Obstet. Gynecol. 1002; 1974.

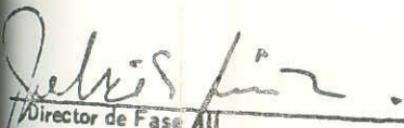

Br. RUDY HERRERA ORTIZ


Asesor

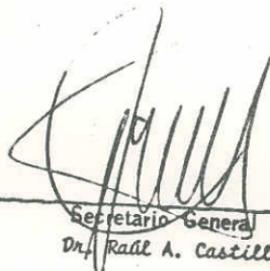
Dr. Gustavo Sandoval Figueroa


Revisor

Dr. Waldemar Alvarado


Director de Fase III

Dr. Julio de León M.


Secretario General

Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.


Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo