

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EL SALVADOR

Rector,

Dr. REYES ARRIETA ROSSI

Secretario,

Dr. LAZARO MENDOZA, h.



ESCUELA DE MEDICINA

Decano,

Dr. SALVADOR RIVAS VIDES

Secretario,

Dr. VICTORIANO RUIZ QUIROZ

JURADOS QUE PRACTICARON LAS PRUEBAS FINALES

PRIMER DOCTORAMIENTO PRIVADO:—Clínica Médica

Dr. Lázaro Mendoza, h.,

Dr. José Ciro Brito,

Dr. Pedro Menéndez.

SEGUNDO DOCTORAMIENTO PRIVADO:—Clínica Quirúrgica

Dr. Luis A. Macías,

Dr. Carlos Muñoz Barillas,

Dr. Arturo Reyes.

TERCER DOCTORAMIENTO PRIVADO:—Clínica Obstétrica

Dr. César Emilio López,

Dr. Roberto Orellana,

Dr. Ricardo Olivares.

JURADO DE TESIS

Dr. César Emilio López,

Dr. Salvador Batista M,

Dr. Ricardo Olivares.

DEDICATORIA

Con todo mi cariño:

**A MI MADRE,
HORTENCIA CACERES LINARES,**

**A MI PADRE,
CECILIO BUSTAMANTE,**

**A MIS HERMANOS,
ROGELIO Y MARTA.**

CORDIALMENTE

A don CORONADO J. OLANO,

a mi tía

FIDELINA CACERES LINARES,

a mis primos

FELIPE y MARIA ESTER CACERES LINARES,

RAFAEL ANTONIO, NAPOLEON HUMBERTO y MARGOT TERCERO,

a mi abuelita

JOSEFA CACERES,

a mis tías

IRENE, ESTER y ADELINA CACERES.

CON GRATITUD Y CARIÑO

A mi Maestro,
Dr. LUIS EDMUNDO VASQUEZ

CON TODA MI SIMPATIA

A mi amigo, RICARDO JAIMES BURGOS,
A MIS COMPAÑEROS

PALABRAS DE AGRADECIMIENTO

Complaceme sobremanera cumplir con la obligacion moral de dejar constancia de mis mas sinceros agradecimientos para las personas que, en una u otra forma, han contribuido a la realizacion de la presente tesis Y estas breves palabras no son más que una mínima demostracion de la imperecedera gratitud de que me considero deudor

Primeramente, estoy agradecido al doctor Andrés Gonzalo Funes, por ser él quien, con toda bondad, se sirvió sugerirme el tema que he desarrollado, propoicionandome, al mismo tiempo, alguna literatura relacionada con el punto en estudio

Al doctor José Ciro Brito, quien gentilmente efectuo los 52 estudios histologicos que se utilizaron en este trabajo

Al doctor Victor Arnoldo Sutter, quien, ademas de facilitarme alguna literatura, amablemente practico varios calculos estadísticos y, con toda la pericia de que es poseedor, realizó las operaciones relacionadas con el calculo de probabilidades en las cifras que aparecen en este estudio

A los doctores Cesa, Emilio Lopez, Roberto Orellana y Ricardo Zaldivar, Jefes del Servicio de Maternidad, por las facilidades que me dispensaron para poder efectuar el examen de las madres

Al doctor Aristides Palacios, quien finamente prestóme literatura al respecto

Al doctor Carlos Muñoz Barillas, Director del Hospital Rosales, quien me permitio practicar la autopsia de los niños que fallecieron en el Servicio de Maternidad

Tambien complazcome en consignar mis agradecimientos a los Bachilleres Roberto Galdamez y Jose Maria Aguado, hijo, al Personal de Enfermeiras que trabajaron en el Servicio de Maternidad durante el tiempo en que elabore mi tesis y a los empleados de la Sala de Autopsias

INTROITO

Vería colmados todos mis anhelos, si el trabajo que presento llegara a constituir siquiera una pequeña aportación al estudio de uno de los problemas mas apremiantes que afronta nuestro país **la mortalidad infantil**

No es una exposicion doctrinaria o teórica, sino la descripción concreta de 100 casos de muerte que ocurrieron en 1,097 partos, con el analisis mas completo a que he podido llegar

El estudio lo hice en el Servicio de Maternidad General del Hospital Rosales, en el lapso comprendido entre el primero de septiembre de 1941 y el 18 de febrero de 1942, en el transcurso del cual, nacieron 1,115 niños y de ellos nacieron muertos 66 y 34 fallecieron en la primera semana de vida

Temeraria seria mi presuncion, si pretendiera, de los pocos casos observados, deducir reglas generales que permitieran evitar o prevenir la mortinatalidad y mortalidad precoz, tanto mas si se toma en consideración que carecemos de historia y estadística al respecto

Sin embargo, estos datos pueden ser los primeros pasos que nos conduzcan hacia el descubrimiento de los orígenes de las defunciones en nuestra alarmante mortinatalidad y mortalidad precoz, y un punto de partida para quienes, mas tarde, tengan interés en imponerse de cierto numero de casos y ahondar este asunto, de suyo tan importante

En el año de 1938, los Dres Funes y Castro, como Delegados de nuestro país, al V Congreso Medico Centroamericano, reunido en esta ciudad, presentaron una brillante exposicion intitulada "Ensayo de Investigacion de la Mortalidad Infantil en San Salvador y Algunas Sugerencias Para Combatirla" Tal estudio se baso en 200 casos, de los cuales 66 eran nacidos muertos y 30 fallecidos en la primera semana, o sea que el 48% de los casos, correspondia a los de mortinatalidad y mortalidad precoz Debido a lo extenso del propósito que se perseguia, el cual abarcaba el estudio de la mortalidad infantil en todo el primer año, y así como al poco tiempo de que disponian los autores, el diagnostico de las causas de muerte fue sentado valiendose del examen somatico del cadaver y en los datos recogidos de los padres o de las personas que asistieron a estos niños, pero los doctores Funes y Castro, comprendian perfectamente que el conocimiento correcto de estas causas exigía la autopsia y la historia obstétrica completa, en cada caso

Por esta ultima circunstancia y en atención a que yo había sido Encargado de Autopsias durante el año de 1938 y parte del siguiente, y de que había terminado mis exámenes privados de doctoramiento,

el doctor Funes me sugirió que desarrollara este punto como tesis de mi doctoramiento público, y entusiasmado con la idea, contagiado por su dinamismo, empecé inmediatamente el trabajo

Importancia del

**Tema en
General**

**“Deber imperioso es evitar el desperdicio
de tantas jóvenes vidas humanas”**

Es ley de todos los seres orgánicos la conservación de la especie. En cuanto al hombre se refiere, esa finalidad la verifica procurando alcanzar siempre un mayor grado de perfeccionamiento, traducido en la seguridad de un más alto bienestar, en el sentido lato de este vocablo. A ello tienden los esfuerzos del estadista, del sociólogo, del higienista, dirigidos hacia las medidas que puedan producir condiciones de vida mejores, para que las generaciones del futuro, si no las presentes, puedan gozar de un superior estándar vital.

El médico en general, y sobre todo aquél que se especializa en el cuidado de la mujer embarazada, se concentra en el propósito de lograr, mediante esmerada atención, una madre sana y como meta final, un niño robusto y sano. Es el tocólogo el directamente llamado a conocer y dominar los factores que intervienen en la determinación de las cifras de mortinatalidad y mortalidad precoz, ya que dependen de causas que gravitan sobre el embarazo y estigmatizan al feto con las características del prematuro o del débil congénito, o bien dependen del parto mismo, que cuando es distócico tiene naturales repercusiones sobre aquellas cifras.

Es de acuerdo con las leyes naturales y específicamente con las biológicas, en armonía con la función del partero, que salta a la simple vista la importancia esencial que tiene el estudio de las causas de mortinatalidad y mortalidad precoz. El conocimiento de éstas nos permite, al evitarlas, no solo obtener un mayor número de niños vivos, sino que por la mejor atención que reciban las madres en general, consiguen que los que viven se encuentren en convenientes condiciones de desarrollo y de salud. Sobre el punto, hay que hacer notar que las causas que en unos casos ocasionan la muerte, en otros permiten la vida de niños que cargan, desde un principio, con la inferioridad que marca la debilidad general, tornándolos en terreno propicio para diversas infecciones, o bien llevan ya en sus vísceras lesiones provenientes de enfermedades maternas que si bien al nacer o en los primeros días no ocasionan la muerte, si los convierten en candidatos que van a engrosar el número de los que mueren en la primera o segunda infancia o, lo que es más doloroso, que sufren toda la vida a causa de estas lesiones.

Comprendiendo todo el alcance que tiene el control de estas causas, en los países que disfrutan siquiera de un mediano grado de cultura, existe la preocupación por penetrar más profundamente en el estudio de las causas de la mortinatalidad y mortalidad infantil en general. En todos ellos, año con año, su interés va haciendo descender el número de estas muertes. Y, como una consecuencia digna de encomio, se va preparando así, la construcción de un conglomerado social más altamente evolucionado.

La verdadera tarea de los higienistas en los países civilizados, no es solamente mejorar la salud de los adultos, sino conseguir la disminución del elevado porcentaje de nacidos muertos y garantizar a los niños que viven, una existencia libre de taras hereditarias. La labor, pues, del higienista, tiene vastas proyecciones para el futuro, aun más de las que pueden ser apreciadas en el presente.

Importancia del tema entre nosotros

Creo que el interés e importancia del presente trabajo, radican más que todo, en que es esta la primera vez que se estudian en El Salvador las causas de la mortinatalidad y mortalidad precoz entre nosotros. Siempre se ha visto con indiferencia al niño nacido muerto o muerto en la primer semana, de tal manera que nunca, ni aun informándose en los elementos de juicio de otros lugares, se han puesto en práctica medidas tendientes a disminuir el crecido número de estas muertes. Puedo decir que este esfuerzo que ahora desarrollo, es el pionero en el sentido indicado.

A medida que llevaba a efecto el desenvolvimiento de la labor emprendida, me sentía estimulado pensando que tal vez podría servir para despertar el entusiasmo, tanto de los médicos de la capital, como de los departamentos, igual que de las autoridades sanitarias, mediante el acopio de datos de este estudio y, así, emprendieran, por su parte, un estudio más amplio, más fundamental, basado en un número mayor de casos y en datos obtenidos de ciclos de un más grande número de años. Y, para comenzar, que estos datos que hoy expongo, se emplearan para organizar una campaña loable, en favor de la disminución de las causas y, por ende, de la mortinatalidad y mortalidad precoz.

Considero que también pueda tener importancia lo tratado en esta tesis, porque no me he limitado a señalar las causas, sino que también he indicado las medidas de orden médico, social, educacional, etc., que, aplicadas durante los períodos preconcepcional, prenatal o post-natal, conduzcan a la disminución de los índices de mortinatalidad y mortalidad precoz a la cuarta parte.

Entre las medidas aludidas en el párrafo anterior, figuran ciertas observaciones encaminadas a evitar o subsanar algunas deficiencias que obstaculizan el buen funcionamiento del Servicio de Maternidad.

Aunque es bien sabido por todos, la influencia del reposo y cuidados prenatales, es sin embargo, la primera vez que se pone de manifiesto entre nosotros el radio de acción de los mismos, estableciendo su relación numérica de mortinatalidad y mortalidad precoz.

No quisiera insistir, pero no puedo menos que manifestar que este trabajo contiene gran número de información que hasta hoy, no ha sido obtenida en la práctica de nuestros Servicios. Por ejemplo importancia relativa de cada factor de muerte, causas de la debilidad general en los débiles generales que fallecieron y su forma de evitar-

las, la etiología del feto macerado, algunos datos anatómicos que nunca habían sido estudiados entre nosotros

Para terminar, en lo referente a la importancia del tema, quiero hacer notar que como la mortinatalidad y mortalidad precoz, constituyen casi la mitad de la mortalidad infantil, esta se verá influenciada decisivamente al tratar las causas que producen aquellas

Conocimiento que había sobre "Mortinatalidad y Mortalidad Precoz"

Para iniciar mi trabajo, tuve que recurrir al Registro de Defunciones de la Dirección General de Sanidad, con el fin de ver con que material podría contar. Al facilitarseme los libros respectivos, me sorprendió notar que el promedio de casos de mortinatalidad y mortalidad precoz ocurridos en el Hospital Rosales, era de 22 mensuales. Por supuesto, esta cifra me pareció elevada, pero tanto el Encargado del Registro, como el doctor Funes, me informaron que esa cifra estaba equivocada, por comprender también, entre los nacidos muertos, algunos casos de abortos de cuatro y cinco meses. Ya esta anomalía había sido notada y corregida cuando la encuesta sobre mortalidad infantil, de los doctores Funes y Castro Pero, para el tiempo en que yo recurri a esta Oficina, ya había sido olvidada la rectificación y vuelto a incurrir en el mismo error. Este error se origina en el hecho de que la Enfermera Jefe del Servicio de Maternidad, al emitir la boleta para el Encargado de Enterramientos, no hace constar cuando se trata de un aborto, y, a su vez, el Encargado de Enterramientos al emitir la boleta respectiva al Registro de Defunciones, tampoco anota la diferencia correspondiente. Por estos motivos, en el Registro de Defunciones aparecen los abortos, entre los nacidos muertos.

Entre paréntesis, me permito sugerir que en el Servicio de Maternidad se coloque un cartel en el cual se haga constar cuando debe considerarse como viable un feto y, de acuerdo con esto, que la enfermera jefe de este servicio, detalle en la boleta cuando se trata de un feto nacido muerto y cuando de un aborto. Esta sería la manera de hacer desaparecer definitivamente la anomalía apuntada.

Como se ve, ni de la Dirección de Sanidad, ni de la Jefe de Enfermeras del Servicio de Maternidad, ni del Encargado de Enterramientos, pude obtener datos fidedignos. Y no inquirí con el Jefe del Servicio, porque tengo entendido que, en su visita diaria, no le proporcionan los informes de estas muertes.

Dispuse, por fin, emprender yo mismo el trabajo que me proporcionaría los elementos que necesitaba y decidí emplear seis meses para ello. Mi intención era reunir 60 casos, como mínimo, pero a medida que avanzaba en mi tarea, comprendí que en el mismo tiempo, podría hacer el estudio en 100 casos.

Ante este estado de cosas, no era de sorprenderse que se desconociera el número de niños que nacían muertos y el de los que fallecían en la primer semana, y que se considerase sin importancia alguna estas muertes. Sin temor a exageración, puedo decir que ha existido este lema "—¿Nacido muerto ? ¡Al depósito de cadáveres!"

Fuera del doctor Funes, en los tres meses que duro su encuesta, no ha habido nadie que practique siquiera el examen externo de estos cadaveres

Por tal despieocupacion, se ha dado el caso de que personas con cierta experiencia y relacionadas con el Servicio, llamen "macerados" a un feto que lo que presentaba eran equimosis y bolsas sero-sanguíneas en el tronco, ocasionadas por una presentacion de hombro, y, a otro, que era hidrocefalico con desprendimiento de los tejidos epicraneanos. Ahora bien, ¿como opinarian sobre los mismos casos otras personas que estan alejadas de las actividades obstetricas?

En los hospitales de otros paises, Argentina entre ellos, se practica sistematicamente la autopsia tanto en el nacido muerto como en el que fallece en la primer semana. Entre nosotros, antes del primero de septiembre de 1941, no se habia practicado ni en forma esporádica. Dudo que alguna vez antes de la fecha citada, se haya practicado la autopsia en un niño nacido muerto

Tampoco se ha investigado antes la historia obstétrica completa y el estado de los aparatos de las madres que tienen niños que nacen muertos o que fallecen en la primer semana, con fines a conocer las causas que producen esta mortalidad

Se comprende, con todo esto, que sin conocer ni el número que fallecia mensualmente de estos niños, sin la costumbre de practicar la autopsia de ello, ni su examen superficial y sin tomarse los datos respectivos de las madres, que no fueran conocidas las causas de mortinatalidad y mortalidad precoz entre nosotros. Naturalmente, se sabia que en otros paises se habia encontrado que la sífilis, la toxemia gravidica, etc, eran las causas de la muerte del recién nacido y las proporciones que a cada una le correspondian

Por lo tanto, para realizar mi trabajo no he tenido fichas ni dato alguno que consultar, porque nuestra medicina carece de historia a este respecto

A estas dificultades, hay que agregar que la bibliografia extranjera sobre esta materia es bastante escasa y la literatura de que me he impuesto, ha sido aquella que englobaba la mortalidad infantil en general. Y solo despues de darme cuenta del espiritu que informaba a esta literatura, llegue a la conclusion de que para verificar el estudio era indispensable que practicara la autopsia del niño, el examen de la madre, averiguar los datos pertinentes con ella y las personas que la habian asistido, para, asi, poder llegar a la causa de la muerte en cada caso. Ademas, en esta labor, comprendi también la necesidad de hacer un estudio de todos los partos que ocurrían en el Hospital, con el objeto de conocer los otros factores que pueden influir sobre esta mortalidad

El medio en que desarrollé el trabajo

Fue el Servicio de Maternidad del Hospital Rosales el que escogi para elaborar este estudio, por ser ese el unico lugar de San Salvador donde podia tomar todos los datos necesarios. Tal como esperaba,

recibi toda clase de facilidades de parte de los Jefes del Servicio, para efectuar el examen de las madres, y, del Director del Centro, para poder practicar la autopsia de los niños que fallecieron

Descripción del Servicio—Cuenta con nueve pequeñas dependencias

1^a—Esta dividida en 3 casillas 1, para asuntos de oficina, 1, para preparar (toilette) las enfermas, y 1, para exámenes ginecologicos

2^a—Sala de Trabajo Subdividida en 4 casillas, con una mesa de partos en cada una

3^a—Sala de Espera Cuenta con 16 camas

4^a, 5^a y 6^a—Salas de Puerperio Las corrientemente denominadas 1^o y 2^o puerperios, estan formadas por una sola sala dividida por un cancel de madera de 2 metros de altura y que no llega al suelo La otra sala, es un pequeño corredor que ha sido adaptado para estos menesteres, cerrandolo con madera Las tres, constan de 39 camas en total, colocadas en cinco filas dos en cada una de las salas del 1^o y 2^o puerperio y una en la otra salita Entre cama y cama hay medio metro de separacion y entre fila y fila, un metro y medio

7^a—Sala de Operadas Cuenta con 16 camas, en la misma disposición que las anteriores, sólo que en dos filas

8^a—Sala para Recien Nacidos, (se le llama "Nurseria") Cuenta con 33 cunas, repartidas en dos filas, y las cunas están colocadas una a continuación de otra

9^a—Sala para Infectadas Se encuentra situada unos seis metros al Sur del resto del Servicio Tiene 18 camas con sendas cunas al pie

Todo el Servicio cuenta con 89 camas En ese reducido numero, hay que colocar mensualmente a las 200 puerperas que han tenido sus hijos en el Servicio, amen de las puerperas que ingresan después de haber tenido sus hijos fuera del Servicio, ya por hemorragias, ya porque no han expulsado rapidamente la placenta, ora por infeccion puerperal, ora por enfermedades de otra naturaleza durante el puerperio Tambien, en la misma cantidad de camas, se le da cabida al crecido numero de mujeres que ingresan por abortos, a las pacientes que ingresan por enfermedades durante el embarazo, a las embarazadas de poblaciones alejadas de la capital, que llegan en los ultimos dias del embarazo, etc

En la Sala de Operadas se colocan pacientes por raspado intrauterino, operadas de embarazos ectópicos, esterilizaciones, cesareas, forceps, versiones, etc Estas pacientes permanecen generalmente 15 dias en la Sala

Es de preguntarse, si en el Servicio ha tenido repeticion el bíblico suceso de la multiplicacion de los panes (en este caso, de las camas), al hacer que en 89 camas de que dispone quepan tantas y tantas pacientes Sin embargo, no hay nada de milagroso en ello es únicamente que se ha encontrado la valvula de escape que se utiliza en los mesones mas caracteristicos de nuestro país 'el hacinamiento' El hacinamiento en perjuicio de la ya menguada salud de las embarazadas y puerperas

En cuanto a la Sala de Recien Nacidos, ("Nurseria"), esta ubicada en uno de los corredores que han sido últimamente acondicionados, y en las 33 cunas con que cuenta, tiene generalmente 50 niños Nadie

puede entrar ni permanecer en la Sala, si no es con una careta de gasa aplicada a la boca, pero como a los niños, a la hora de las mamas, hay que llevarlos a las Salas de Puerperio y en éstas se encuentran púerperas sanas y enfermas, allí toman aquellos diversas infecciones

El edificio del Servicio de Maternidad General, es de construcción ligera, las paredes son de bahareque, aharradas de cemento, el techo es de tejas de barro cocido y el piso, de ladrillos de cemento Originalmente estaba compuesto por dos piezas grandes, separadas por un pasillo que unía a dos corredores laterales, en seguida, las dos piezas fueron divididas por cancelos de madera, resultando de eso, cuatro salas Después, para aumentar la capacidad del Servicio, los corredores, a su vez, fueron cerrados con tablas, con lo cual se han ganado cuatro dependencias más En el espacio que media entre el techo y el cielo raso, se deposita polvo y basura, refugio propicio para cucarachas, ratones, etc Las moscas, por su parte, son abundantes en el interior de las Salas

Este pabellón cuenta como servicios sanitarios, un excusado con dos tazas y un cuarto de baño

En lo que concierne a la Sala de Infectadas, su construcción es idéntica a la del resto del Hospital Rosales las paredes y el techo son de lámina de hierro, entre las cuales existe un espacio vacío que da cabida a suciedades

En horas determinadas del día, algunas personas del interior del Hospital acostumbran arrojar los desperdicios a los legendarios zopilotes

Esta somera descripción, hace notar que hay razón para calificar de deficientes e inapropiadas estas condiciones higiénicas para un servicio de maternidad, mi propósito no es lanzar cargos o culpas para nadie, pues es un secreto de todos los salvadoreños que tal estado de cosas es debido a las peculiares condiciones económicas de nuestro país, que no han permitido construir un hospital de maternidad, tal como debe entenderse un centro de esa naturaleza. Es de desearse que las autoridades del Ramo y las personas de posibilidades, se interesen para conseguir este fin

El hacinamiento de embarazadas y púerperas que se observa en el Servicio, es factor que influye grandemente sobre los índices de mortalidad y mortalidad precoz, pues las embarazadas rehuyen acudir al Hospital y prefieren, mientras no se presentan anomalías, en el embarazo o el parto, permanecer en sus casas, lo cual hace que aumente el número de casos distócicos que llegan al Servicio y, por consiguiente, que suban también, los índices antes dichos

Personal del Servicio.—Esta constituido por 4 médicos, 5 practicantes y 10 enfermeras

Los médicos son un Jefe y un Agregado del Servicio de Maternidad General, uno de la Sala de Maternidad para Infectadas, los tres, pasan visita de 8 a 10 a m, hay, además, un médico residente del Servicio, a quien solo se le permite salir dos horas diarias

Los practicantes son un permanente del Servicio, que, al igual que el médico residente, sólo le es permitido salir dos horas diarias, un interno, de las Salas de Maternidad y uno de la Sala para Infec-

tadas, los que asisten de 8 a 12 de la mañana; y dos, denominados "turnos", que son internos de otros Servicios y que tienen por misión asistir los partos desde las doce de la mañana, hasta las ocho horas del día siguiente, estos "turnos" son renovados cada semana, corrientemente, uno de ellos ha cursado y aprobado la asignatura de Obstetricia y el otro es un estudiante de Cuarto Año, que se encuentra cursando la materia, pero que no la ha examinado

Las enfermeras son 6, para el Servicio de Maternidad General, de ellas, una es graduada y cinco son estudiantes de Enfermería, una, estudiante de Enfermería, para la Sala de Maternidad para Infectadas, y las tres restantes, para la Sala de Recien Nacidos, ("Nurseria"), estas tres, son dos estudiantes de Enfermería y una Enfermera Práctica, (se le llama "enfermera practica", a la que no ha hecho estudios teóricos)

Hay, también, cierto número de "Nodrizas" y, además, las sirvientas

Fuera de este personal regular, el Jefe del Servicio ha designado un médico para la Sala de Recien Nacidos y al Servicio asisten dos o tres practicantes que preparan su examen de Clínica Obstétrica o desarrollan alguna tesis

Las Embarazadas—Siendo como es éste, un Servicio de caridad, solamente asisten menesterosas De estas, las mas necesitadas Es así que se ven desfilar por sus Salas las clases más pobres, constituidas por aquellas pacientes que se dedican a los oficios que entre nosotros son peor remunerados, como son las del servicio doméstico, las camiseras, las panaderas, las jornaleras, etc , etc En su mayoría, son gentes que carecen de la instrucción mas elemental, sin siquiera ligeras nociones de higiene, llenas de prejuicios y costumbres desastrosos

Permanencia en el Servicio.—A causa de la poca capacidad, se sigue la norma de recibir a las embarazadas solo hasta que ha principiado el trabajo del parto, salvo en los casos de enfermedades durante el embarazo Por esto ocurre que frecuentemente ingresan en estado avanzado del trabajo del parto, embarazadas que no han tenido ningún cuidado prenatal En páginas siguientes, se veia, que las dos terceras partes de estas embarazadas no reciben esa clase de cuidados A los seis días despues del parto, se despacha a las púerperas, junto con sus hijos, excepto que estos o aquellas presenten alguna enfermedad

Método del trabajo.

MATERIAL — Tuve como material, todo feto viable que nació durante el periodo de mi estudio, ya naciera muerto o ya falleciera en los primeros siete días En total reuní 100 casos, clasificados como explique anteriormente En el mismo periodo hubo en el Servicio 1 115 nacimientos

Al hablar de la terminología empleada, exponí que es lo que entiendo por "feto viable"

En cuanto a la escogitación que hice solamente de los niños muertos en la primer semana de vida, es porque opino que es este el periodo en que debe estudiarse las causas de la mortalidad precoz;

en lugar de diez días como proponen algunos autores. Pienso que en el período seleccionado es cuando es mayor la mortalidad infantil en general y las causas de muerte están entonces más estrechamente ligadas con las de mortinatalidad. Y como estudio juntas la mortinatalidad y la mortalidad precoz, es natural que me interese más el período de siete días, porque después de este tiempo, son las enfermedades infecciosas las que desempeñan un papel más importante. Otra razón más para preferir el término de siete días, es que las observaciones que presento tienen por fuente el material que me proporciona el Servicio de Maternidad, y, como se sabe, las madres no permanecen en él más de ese tiempo, sino en muy contadas ocasiones.

FORMA DEL EXAMEN—Para evitar tener un juicio preconcebido, en cada caso practique la autopsia del niño sin conocer ningún dato de la madre, ni del parto. Todas las mañanas, primeramente me dirigía a la Sala de Autopsias en busca del material, y, por las tardes, cuando había trabajo, se me daba aviso, era hasta que había efectuado la autopsia cuando me dirigía al Servicio de Maternidad, verificando entonces el examen de las madres de estos niños y tomando los datos del parto, ya de las boletas de las parturientas o, cuando los datos aparecían incompletos, —lo que ocurre con frecuencia,— los obtenía directamente de las personas que habían asistido el parto.

Para efectuar el trabajo, dividí el estudio en tres partes: a),—Autopsia del niño, b),—Examen de la madre, y c),—Investigación de los datos pertinentes con el resto de las puerperas.

a) —Las autopsias las practique, salvo en un caso, en las doce horas que siguieron a la defunción, con el objeto de hacer el examen antes de que se hubieran acentuado las alteraciones cadavéricas de los órganos. El examen macroscópico del cadáver, lo hice de acuerdo, en líneas generales, con la ficha de autopsias establecida en el Hospital para la de adultos, agregando el examen del tórax, suprimiendo el del cuello, etc. Practiqué dicho examen macroscópico con bastante detenimiento, tardándome generalmente hora y media.

La ficha que utilicé para la autopsia, es la siguiente:

FICHA DE AUTOPSIA

Nombre	Sexo	Edad	.
Día de la defunción			:
Día de la autopsia			..

Aspecto Exterior General:

.

.

Tórax.

Aspecto Exterior

Cavidad Pleural Derecha

Cavidad Pleural Izquierda

Pericardio

Pulmón Derecho peso en gramos Aspecto Ex-
terior e Interior

Pulmón Izquierdo peso en gramos Aspecto Ex-
terior e Interior

Traquea, Bronquios y Ganglios Traqueo-bronquicos

Timo

Corazon peso en gramos Aspecto Ex-
terior e Interior

Cavidades Auriculares y Auriculillas

Cavidades Ventriculares

Orificios Arteriales y Auriculo-ventriculares

Aorta Toracica y Arteria Pulmonar

Abdomen

Aspecto Exterior

Peritoneo y Cavidad Peritoneal

Estómago, aspecto exterior e interior

Intestinos, delgado y grueso aspecto exterior e interior

Apendice Ileo-cecal

Higado peso en gramos Aspecto Ex-
terior e Interior

Vias Biliares	Bilis
Bazo. peso en gramos	Aspecto Ex-
terior e Interior	
Cápsulas Suprarrenales	
Riñon Derecho peso en gramos	Aspecto Ex-
terior e Interior	
Riñon Izquierdo peso en gramos	Aspecto Ex-
terior e Interior	
Vejiga	
Organos Genitales, externos e internos	
Cráneo	
Aspecto Exterior e Interior	
Meninges	
Cerebro peso en gramos	Aspecto Ex-
terior e Interior	
Bulbo	
Cerebelo peso en gramos	Aspecto Ex-
rior e Interior	
Raquis	
Aspecto Exterior	
Médula	
Resumen	

Al practicar la autopsia, tome fragmentos de organos y los remíti al Gabinete de Anatomía Patologica para su estudio microscópico, que fue verificado siempre por el doctor Jose Ciro Brito, quien tiene

grandes conocimientos y mucha experiencia en esta clase de estudios
De las 100 autopsias, en 52 casos el doctor Brito realizó el examen histológico de varios fragmentos de diferentes órganos y, además, en fragmentos de órganos de dos madres a quienes también practiqué la autopsia

De los 52 casos en que se hizo el estudio microscópico, en 10 se trataba de fetos macerados y su estado de alteración cadavérica no permitió un estudio correcto

De los 48 casos restantes, 13 fueron de fetos que se encontraban macerados y, por lo tanto, era inútil que se practicara en ellos este estudio, por lo cual quedan 35 niños de aspecto normal, en los que no se efectuó el estudio microscópico

En algunos casos, durante la autopsia se hizo frotis, lo cual resultó de gran utilidad, por ejemplo, en un caso se descubrió que la meningitis purulenta había sido ocasionada por estreptococos y en el frotis de pulpa esplénica de dos madres que fallecieron, se encontró el hematozoario de Laveran

Este examen fue practicado, en unas ocasiones, por los Laboratoristas del Laboratorio Químico Bacteriológico del Hospital Rosales y, en otras, por el del Laboratorio de Urgencia del mismo Hospital

b) —Para el examen de la madre, use la ficha siguiente

FICHA DE EXAMEN DE LA MADRE

Generales

Nombre	Edad	Oficio
Originaria	Vecina	Reposo?

Asistencia Prenatal?

Embarazos Anteriores

Nº Evolución de los mismos

Evolución de los partos

Salud de los niños

Causas de la muerte de los niños

Embarazo Actual

Última regla el día Fecha presunta del parto,

conforme a reglas Duración del embarazo

Salud durante el mismo

Los exámenes que aparecen a continuación de "Observaciones", solicite que fueran practicados solamente cuando lo creí oportuno. Y los que aparecen en las fichas de los casos de mi trabajo, fueron realizados en Laboratorios del Hospital.

Siempre que una madre me manifestaba que había recibido cuidados prenatales, fue mi norma dirigirme personalmente al Consultorio que ella me indicaba, con el objeto de tomar los datos de su ficha prenatal.

En la ficha de examen de la madre aparece el renglón de "Cuándo dejó de percibir los movimientos fetales activos?", dato que me sirvió para calcular cuantos días más o menos tenía de muerto el feto, porque el dato de mayor probabilidad, como es el estado del feto, no estaba a mi alcance obtenerlo, esto, aun en varias embarazadas que permanecieron en el Hospital durante los últimos días del embarazo.

En cuanto a la forma de calcular el trabajo del parto, lo hice insistiendo en la hora en la cual los dolores se habían vuelto más intensos y rítmicos, para tomar esta como principio del trabajo del parto.

La madre, lo mismo que el personal encargado del cuidado de los niños, me proporcionaron, en los casos en que estos fallecieron en la primer semana, los datos necesarios, y examine, además, la boleta de estos niños, para conocer el movimiento de su curva de peso.

Una vez obtenidos los informes de la ficha de autopsia, de la ficha de examen de la madre y los últimos datos mencionados, efectúe su estudio e indiqué cual me parecía que era la causa de esa muerte y la forma en que pienso que puede ser evitada.

c) —Los datos respectivos de las demás parturientas, en su forma más completa, fueron

Nombre	Edad	Oficio
Origen	Vecina	
Reposo?	Asistencia Prenatal?	
Día de Ingreso	Nº de Partos	
Exámenes Obstétricos que se le Practicaron		
Forma del Parto	Clase de intervención	
Sexo del Niño	Su peso al nacer	

En lo general, en 48 casos el diagnóstico pudo ser establecido una vez que se tuvo el examen macroscópico y microscópico de los órganos del cadáver del niño, y el examen de la madre, así como los otros datos relacionados, concurrieron, en algunos de estos casos, para confirmar el diagnóstico. En 34 casos, para llegar al diagnóstico, fue necesario estudiar, junto con los datos de la autopsia, los de la madre. En 14 casos, fueron los datos maternos solos, los que llevaron al diagnóstico, y g complicaciones durante el embarazo, parto distócico, etc., y

los datos de la autopsia no sirvieron mas que para descartar la existencia de otros procesos En los cuatro casos que completan los 100 de este estudio, no se pudo sentar un diagnostico, ni por medio de los datos de la autopsia, ni por los de la madre

Para conocer la causa de la muerte de los niños, los datos de la autopsia y los de la madre, tienen igual importancia, pero en lo que se refiere a la conducta profilactica, son los datos maternos los que, con mucho, predominan

METODOS DE ANALISIS—Verificado el estudio tal como dejo dicho, una vez llenadas las fichas de autopsias y las del examen de las madres en 100 casos sucesivos, y recogidos los datos de 1 097 parturientas, procedi al analisis de conjunto de estos informes Para llevar a la practica este analisis, hago, en una primera parte, el estudio de las 100 fichas de autopsia, con las 100 fichas de examen de las madres de estos niños, pues unas y otras forman los 100 casos En una segunda parte, estudio los datos de las 1,097 parturientas, siempre en relacion con los 100 casos de muerte El estudio lo termine, haciendo indicaciones de la forma en que puede ser organizada una campaña contra la mortinatalidad y la mortalidad precoz, presentando las conclusiones a que he llegado a traves del mismo, y, tambien, algunas proposiciones que de el se desprenden

Dentro de la primera parte dicha, he reunido los 100 casos de muerte en grupos, segun la causa primordial que la produjo Asi, aparecen los de sifilis, asfixia intra-uterina, trauma obstetico, etc Cada grupo tiene su proporcion respectiva, su porcentaje de mortinatalidad y mortalidad precoz, la relación de estos porcentajes en los fetos a termino, en los prematuros y en los débiles congenitos, luego la descripcion resumida de los casos, consistente en los datos que llevaron a catalogar las muertes como debidas a la causa en que se han colocado, y, por último, un estudio de la conducta a seguir para evitar estas muertes, indicando, a la vez que las medidas apropiadas, el momento en que hay que aplicarlas, y haciendo notar porque y cuando aparecen estas muertes como inevitables

Es posible que al tratar estos asuntos, al dar a conocer como se efectuó la muerte, se tenga como debida a falta de buena asistencia y que, en algunos casos, se trate de errores crasos Pero al hacerlos observar, es sólo porque hay que anteponer la finalidad de procurar la disminucion de los elevados indices de mortinatalidad y mortalidad precoz No trato, de ninguna manera, de herni susceptibilidades, ya que hay que recordar el viejo aforismo latino que dice **errare humanum est** y que el mal radica solamente en la perseverancia en el error

Ya estudiados los casos de acuerdo con la causa primordial o determinante, los enfoco desde ángulos distintos 1—En relacion con las causas predisponentes, siendo la principal de ellas, la debilidad general, la cual divido en dos partes, —prematurez y debilidad congenita, examinando las causas de estas y su profilaxis—, 2—El estudio de aquellos casos en que el feto se encontraba macerado, desde una apreciacion etiologica y anatomica, y 3—Reunión de los 100 casos en un solo resumen profilactico

En la segunda parte, estudio los factores intermediarios que in-

fluyen en la mortalidad y mortalidad precoz, tales como los embarazos múltiples, el sexo, la edad materna, el orden de nacimiento, el reposo y los cuidados prenatales, etc

**Posibles
causas
de error**

En todo trabajo, siempre hay un margen de error. Cuando de mi dependio, procure evitarlo. Voy a mostrar, en seguida, algunos procedimientos que me parece que pueden ser causa de error, para que quienes se sirvan consultar estos datos, aprecien en su justo valor cada uno de ellos.

A pesar de que ya habia practicado cerca de 500 autopsias cuando comence este trabajo, nunca habia hecho ni visto hacer la autopsia de un recién nacido. Tampoco encontré dato alguno sobre la autopsia del recién nacido, en dos trabajos que tenia consultados y que hablaban acerca del tema de mi estudio. No fue sino a los dos meses de estar en la tarea y cuando ya sumaban cuarenta los casos examinados, que llegó a mis manos, por gentileza del doctor Andrés Gonzalo Funes, un artículo titulado "Lesiones Traumáticas del Recién Nacido Durante el Parto", por los doctores José del Carmen Acosta y Luis M. Ferro D., ambos colombianos, y en el cual encontré el interés que habia en examinar la hoz del cerebro, la tienda del cerebelo y los diversos grados de asfixia cerebral, pues sirven de índice para determinar estas lesiones traumáticas en el feto. No habia reparado, antes, en dichas lesiones, pero al revisar mis fichas de autopsias anteriores, encontré descritas en dos de ellas lesiones cerebro-meníngeas que corresponden a lo que estos autores llaman asfixia cerebral de primer grado. Desde esa fecha, he efectuado un examen riguroso de las prolongaciones de la duramadre.

El examen de la médula solamente lo practiqué en aquellos casos en que pude extraerla por tracción del lado del cráneo. Esto es factible cuando la muerte del niño data de pocas horas, la médula se extrae entonces con suma facilidad, aunque sufre una elongación que no impide su examen correcto.

El cuerpo tiroideo no lo examiné en ningún caso.

En lo que respecta a la madre, hay que hacer notar varias dificultades con que se tropezó al principio y algunas deficiencias que fueron siendo conocidas a medida que el estudio progresaba. Al comenzar este trabajo, no era riguroso cuando investigaba sobre los datos respectivos de la evolución del trabajo del parto y del parto mismo. Pero conforme se fueron conociendo estas fallas, se iban suprimiendo y las observaciones se hacían más completas, ya incluyendo nuevos datos, ya dándoles mayor atención a otros que, al principio, no se habían desarrollado adecuadamente.

Al comienzo, hallé dificultades para que se practicasen las reacciones de Kahn y Hecht en sangre de las madres que tenían niños muertos, pues, o no les extraían la sangre a las puerperas, o extraían las muestras. En vista de esto, intervine más directamente y logré subsanar las dificultades apuntadas.

Puede constituir causa de error, la forma en que las madres acostumbra dar los informes que se les solicitan sobre el reposo, los abortos, principalmente en lo que respecta a las causas de los mismos, la incertidumbre para recordar cuando fue la fecha de su última regla, el principio de los dolores del parto y sus características

Por último, el motivo de error de mayores consecuencias podría consistir en que tal vez haya emitido apreciaciones equivocadas sobre las causas de la muerte y la manera de evitarlas. Entiendo que, para una apreciación correcta, es la experiencia la que tiene la palabra

**A quien interese,
ofrezco copia de
los casos**

Aunque tengo la descripción completa y separada de cada uno de los 100 casos, solamente incluyo tres de ellos, en atención a que el volumen de la presente tesis se vería muy aumentado y, por otra parte, el costo de impresión de la misma, subiría considerablemente

Los tres casos en referencia fueron tomados, sin discriminación alguna, del principio, del medio y del fin, para dar una idea global de como se hizo el trabajo en los 100 casos

En el desarrollo del trabajo he citado, en lugares oportunos, el número del caso correspondiente. Si alguien tuviese interés en conocer el caso en sí, tendría sumo placer en proporcionárselo

PRIMERA PARTE

DESCRIPCION DE LOS CASOS

CAPITULO UNICO

DESCRIPCION DE LOS CASOS

A este capitulo pertenecian los 100 casos de mi tesis, pero, por las razones que expuse en el Introito, solamente paso a describir los tres siguientes

CASO N° 10

{ Nombre M M
{ Sexo Masculino
{ Nacio muerto
{ Defuncion 15 de septiembre, 1941
{ Autopsia 15 de septiembre, 1941

ASPECTO EXTERIOR GENERAL

Feto de 47 cms de largo y de 1,970 gramos de peso Es de aspecto normal

TORAX.

Aspecto Exterior: normal

Cavidad Pleural Derecha: Contiene 30 c c de líquido cetrino

Cavidad Pleural Izquierda: Contiene 15 c c de líquido cetrino

Pericardio Se encuentran pequeños exudados fibrinosos en el exterior de la hoja parietal

Pulmón Derecho: Pesa 25 grs De aspecto normal Sus fragmentos se hunden en el agua

Pulmón Izquierdo Pesa 20 grs Identico al anterior

Tráquea, Bronquios y Ganglios Tráqueo-brónquicos Normales

Timo: Pesa 8 grs Normal

Corazón: Pesa 15 grs Punta a nivel del 4° espacio

Cavidades Auriculares y Auriculillas: Normales Agujero de Botal de 4 mm de diámetro

Cavidades Ventriculares. Normales Mayor la derecha que la izquierda La pared ventricular izquierda es de mayor grosor que la derecha

Orificios Arteriales y Auriculo-ventriculares. Normales

ABDOMEN

Aspecto Exterior: Nada que notar. Cerdón umbilical, normal
Estómago e Intestinos Normales El intestino delgado mide 3 ms, el grueso, 60 cms

Apendice Ileo-cecal Bien conformado, de 4 cms de longitud

Higado. Pesa 90 grs Borde inferior a nivel del ombligo, superficie lisa, es de consistencia blanda y contiene mucha sangre

Vías Biliares Normales Bilis, normal

Bazo: Pesa 8 grs Superficie lisa, de color azul oscuro, al corte es de consistencia blanda y de color rojo oscuro

Cápsulas Suprarrenales Pequeñas

Riñones El derecho pesa 15 grs, el izquierdo, 12 grs Son de aspecto normal

Organos Genitales Las bolsas se encuentran con la epidermis levantada

CRANEO

Aspecto Exterior Normal Suturas y fontanelas, normales

Meninges Piamadre, congestionada

Cerebro Pesa 255 grs Es de aspecto normal

Cerebelo Blando

RESUMEN

Feto de 1,970 grs de peso Derriame de liquido cefalico en las pleuras Principiando a macerarse

MADRE

Nombre F M Edad 18 años Oficios domesticos Originaria Ilopango Vecina Santo Tomas

Primipara No ha tenido abortos Ultima regla, a principios de enero, no recuerda que dia Embarazo de 8 meses Hacia varios meses que habia comenzado a padecer de paludismo

Parto espontaneo el 15 de septiembre, a las 20 45 horas

Exámenes practicados despues del parto

Paciente joven, de constitucion delgada, con sus tegumentos y mucosas de color palido Bazo, polo inferior a cuatro traveses de dedo abajo del reborde costal

Aparato Circulatorio Pulso regular, 120 pulsaciones por minuto para treinta y siete y medio grados de temperatura, corazon, soplo anorganico en el foco de auscultacion de la arteria pulmonar, tension arterial máxima 105, minima 40 mm de mercurio

Aparato Respiratorio Funcionalmente, tos, fisicamente, normal
Hematozooario de Laverán. Hay plasmodium falciparum, (gametos)

Hemograma	Globulos rojos, 1,650 000	Hemoglobina, 35%
	Valor Globular, 110	Glóbulos blancos, 4 400,
	Neutrofilos, 67	Monocitos, 28
	Grandes Mononucleares, 5	Hay megaloblastos
Reacción de Kahn	Negativa	Reacción de Hecht Dudosa

CAUSAS DE LA MUERTE FETAL

Prematuro en principio de maceracion, a causa de paludismo y anemia perniciosa maternos

CONDUCTA A SEGUIR

Asistencia prenatal, durante la cual se habrian tratado el paludismo y la anemia maternos

CASO N° 49	{	Nombre J D
		Sexo Masculino
		Nació muerto
		Defuncion 15 de noviembre, 1941
		Autopsia 15 de noviembre, 1941.

ASPECTO EXTERIOR GENERAL

Feto de 51 cms de largo y de 3 400 grs de peso Normal

TORAX

Aspecto Exterior Nada que notar

Cavidad Pleural Derecha Libre, sin adherencias ni liquido

Cavidad Pleural Izquierda Igual a la anterior

Pericardio Normal

Pulmón Derecho. Pesa 25 grs Flota en el agua Su aspecto exterior es normal Al corte aparece de color tabaco, con los alveolos llenos de meconio

Pulmón Izquierdo. Pesa 20 grs Flota en el agua Su aspecto exterior es normal Al corte es de color tabaco, con los alveolos llenos de meconio (De ambos pulmones se enviaron cortes a Histología)

Tráquea, Bronquios y Ganglios Tráqueo-bronquicos Nada que notar

Timo: Pesa 11 grs Nada que notar

Corazón. Pesa 25 grs Punta a nivel del 5° espacio intercostal, con numerosas sufusiones sanguíneas en el miocardio, bajo el pericardio visceral (Se enviaron dos cortes al Gabinete de Histología)

Cavidades Auriculares y Auriculillas Normales Agujero de Botal de 4 mm de diametro, cubierto en su mitad por una valvula

Cavidades Ventriculares: Normales Paredes de igual grosor

Orificios Arteriales y Auriculo-ventriculares Normales

Aorta Torácica y Arteria Pulmonar: Normales

ABDOMEN

Aspecto Exterior. Normal Cordón umbilical, normal
Peritoneo y Cavidad Peritoneal: Contiene 5 cc de líquido cetrino; pequeño depósito fibrinoso junto al ligamento suspensor del hígado, bajo el diafragma
Estómago Píloro permeable, un tanto engrosado
Intestino Delgado Mide 320 m de longitud
Intestino Grueso. Mide 55 cms de largo
Hígado. Pesa 125 grs Bóide inferior a un través de dedo arriba del ombligo Superficie lisa, de color vinoso Al corte se encuentra congestionado (Se envió corte a Histología)
Vías Biliares. Normales Bilis, flúida, de color parduzco
Bazo. Pesa 9 grs Superficie lisa de color azul pizarra Al corte se encuentra congestionado (Se envió corte a Histología)
Cápsulas Suprarrenales Medianas, normales
Riñones: Pesa 15 grs cada uno Son grandes y se encuentran congestionados (Se envió corte a Histología)
Vejiga: Normal
Organos Genitales Pene y testiculos, normales

CRANEO

Aspecto Exterior Un tanto alargado en el sentido antero-posterior. Presenta bolsa sero-sanguinea en la region occipital
Meninges. Hay numerosos coagulos sobre la convexidad del cerebro
Cerebro. Pesa 380 grs Al corte aparece con numerosas estrías hemorrágicas y congestión de las paredes ventriculares Plexos corooides congestionados (Se enviaron tres cortes a Histología)
Cerebelo. Pesa 30 grs Congestionado

RAQUIS

Nada que notar

ESTUDIO HISTOLOGICO

Cerebro normal
Hígado Normal
Riñón: Normal
Pulmón. Normal, salvo moderada congestión
Bazo: Intensa congestión pulpar

RESUMEN

Feto bien constituido, con hemorragia meníngea, asfixia cerebral, congestión hepática, esplénica y renal, pulmones llenos de moco, sufusiones sanguíneas en el miocardio.

MADRE

Nombre P M de D Edad 34 años Oficio costurera Originaria y vecina Villa Delgado Trabajo durante todo el embarazo No tuvo asistencia prenatal

Primípara No ha tenido abortos Primeras relaciones sexuales a los 33 años Última regla, el 1° de febrero de 1941 Fecha presunta del parto, conforme a reglas, el 7 de noviembre del mismo año Embarazo de 9 meses de duración Completamente sana durante este tiempo Percibió los movimientos fetales activos desde el 5° mes

Trabajo del parto Sintió los primeros dolores el 14 de noviembre, a las 7 horas Ingreso al Hospital el 15 de noviembre, a las 5 horas La bolsa de las aguas se le había roto espontáneamente dos horas antes de su ingreso Parto, a las 18 horas de ese día Duración del trabajo del parto, 35 horas

Descripción del parto Presentación de vértice, la cabeza coronó a las 13 30 horas El practicante que la asistió estuvo presente todo el tiempo y a las 17 horas del día, en vista del sufrimiento fetal y de que el parto no progresaba, aviso al Médico Permanente del Servicio, quien diagnóstico presentación cefálica, posición occipito-iliaca izquierda anterior, foco parameio izquierdo, subumbilical, por todo esto, se llevó a la enferma, inmediatamente, a la Sala de Operaciones y con toda facilidad se aplicó un forceps en la vulva, a las 17 50 horas, se extrajo un feto apnéico, que no se logó que respirara, a pesar de practicarse la respiración artificial Después del feto, salió líquido amniótico mezclado con abundante meconio

Es digno de llamar la atención sobre el hecho de que el Practicante de Turno perdió cuatro horas viendo coronar el feto y solo después de ese tiempo dio parte al Médico

Exámenes practicados después del parto

Paciente de mediana vida, de talla y constitución medias, conjuntivas bien coloreadas Dice haberse alimentado bien durante el embarazo

Aparato Circulatorio Pulso regular, 84 pulsaciones por minuto, para 38° de temperatura, corazón, soplo mesosistólico sin propagación en el foco de auscultación de la arteria pulmonar Tensión arterial, Mx 120, Mn 70 mm de mercurio

Aparato Respiratorio. Funcional y físicamente, normal

Pelvimetría Externa. Baudelocque, 19 cms Biespinoso, 23 cms Bicrestal, 28 cms Bitiocantereo, 31 cms

Reacción de Kahn Negativa **Reacción de Hecht** Negativa

ESPOSO.

Edad, 33 años, talla alta, fornado, de buena salud, no toma licores.

CAUSAS DE LA MUERTE FETAL:

Traumatismo obstétrico y asfixia intra-uterina

CONDUCTA A SEGUIR.

Buena asistencia obstetrica un forceps practicado cuatro horas. antes A causa de un lamentable descuido, fue que no se hizo esta intervencion a su debido tiempo

CASO N° 86	{	Nombre C A P
		Sexo Masculino
		Nacio muerto
		Defuncion 11 de enero, 1942
		Autopsia 11 de enero, 1942

ASPECTO EXTERIOR GENERAL

Feto de 45 cms de largo y de 2 270 gis de peso, con la epidermis levantada en grandes flictenas en todo el cuerpo, especialmente en los miembros Cabeza blanda, huesos movibles

TORAX

Aspecto Exterior. Con numerosas flictenas, pelandose al nivel de la clavícula derecha

Cavidad Pleural Derecha. Contiene liquido sanguinolento

Cavidad Pleural Izquierda Igual a la anterior

Pericardio. Contiene liquido sanguinolento

Pulmón Derecho Pesa 20 gis Sus fragmentos se hunden en el agua

Pulmon Izquierdo Pesa 15 grs Identico al que precede

Tráquea, Bronquios y Ganglios Traqueo-Bronquiales Normales

Timo Pesa 10 grs Normal

Corazón Pesa 20 gis Punta a nivel del 5° espacio intercostal

Cavidades Auriculares y Auriculillas Llenas de coagulos Agujero de Botal de 5 mm de diametro, cubierto en sus tres cuartas partes por una valvula translúcida

Cavidades Ventriculares Normales

Oficios Arteriales y Auriculo-ventriculares Normales

Aorta Torácica y Arteria Pulmonar Normales

ABDOMEN

Aspecto Exterior La epidermis se encuentra levantada en algunos sitios Cordon umbilical, normal

Peritoneo y Cavidad Peritoneal. Contiene liquido sanguinolento

Estómago e Intestinos Congestionados

Hígado Pesa 60 gis Borde inferior a un traves de dedo arriba del ombligo En estado de descomposición cadaverica

Vías Biliares Normales

Bazo: Pesa 8 grs En estado de descomposicion cadaverica

Cápsulas Suprarrenales Normales

Riñones Pesa 7 grs cada uno Blandos Hemorragicos En estado de descomposicion cadaverica

Vejiga: Contiene orina

Organos Genitales. Pene y testiculos, normales Bolsas sin epidermis

CRANEO

Aspecto Exterior. Se encuentra deformado Blando, con los huesos movibles en todos los sentidos Al levantar la piel, falta el tejido fibroso de la sutura inter-parietal, a traves de ese agujero sale la substancia cerebral en forma de una masa blanda, congestionada, que ha perdido por completo la forma del organo La fontanela lambdoidea es bastante ancha

Cerebelo. Congestionado Deshaciendose

RAQUIS.

Nada que notar

RESUMEN.

Feto de 2,270 grs de peso Macerado

M A D R E

Nombre J de P Edad 28 años Oficios domésticos Originaria y vecina de San Salvador, Bailio de Santa Anita Trabajo durante todo el embarazo Tuvo asistencia prenatal en la Clínica del Boton Azul, en su ficha no se encuentra nada patológico Entre los datos anotados en esa ficha, se halla "tension arterial, Mx 125, Mn 80 mm de mercurio, reaccion de Wassermann, negativa, (24 de junio de 1941), pelvimetria externa Baudelocque, 18 cms, Biespinoso, 22 cms, Bicrestal, 25 5 cms, Bitiocantereo, 30 cms, Oblicuo derecho, 21 cms, Oblicuo izquierdo 21 cms, Conjugado verdadero, amplio"

Ha tenido 4 embarazos El primero fue a termino, parto espontaneo, de vertice, la niña esta viva El segundo termino por un aborto espontaneo, a los tres y medio meses El tercer embarazo, fue de 8 meses de duracion, parto espontaneo, el trabajo del parto duró 30 horas, la niña, —dice la madre,— "nacio pelandose", con imperforación del ano

Ultima regla, el 30 de abril de 1941 Fecha presunta del parto, conforme a reglas, el 7 de febrero de 1942 Embarazo de 8 meses de duracion Percibio los movimientos fetales activos al tercer mes y dejó de sentirlos el 8 de enero Completamente sana durante el embarazo El 2 de enero, 1942, estuvo con dolores fuertes en el hipogastrio durante cinco horas, pero sin ningun otro trastorno

El 8 de enero, a las 1 30 horas, siente dolor suave en el hipogastrio y media hora despues el dolor se vuelve muy intenso durante diez minutos, con sensacion de escalofrio, como el dolor continuara, ingresa al Servicio de Maternidad a las 7 horas del mismo dia, desapareciendole el dolor dos horas despues Los dias 9 y 10, sintió dolor

res en el hipogastrio, pero poco intensos Ninguna hemorragia acompaño a los dolores

Trabajo del parto A las 5 horas del 11 de enero, siente dolores bastante fuertes, intermitentes, como en los partos anteriores El parto se verificó a las 9 30 horas Duración del trabajo del parto, 4 y media horas

En los exámenes que le practicaron en el Servicio, comprobaron una presentación de vértice, posición occípito-iliaca izquierda anterior, cabeza dos dedos arriba de las espinas Al ingresar la enferma al Servicio, oyeron el foco fetal, pero desde el día 9 de enero no volvieron a oír los latidos fetales

Parto Fue espontáneo, de vértice, a las 9 30 horas del 11 de enero, feto muerto Cuatro minutos después del feto, salió espontáneamente la placenta, presentaba los cotiledones atrofiados en sus tres cuartas partes, cubiertos por dos coágulos rojizos, (un tanto organizados y que pesaban 450 grs), las membranas se habían roto a cuatro centímetros de distancia del borde placentario Diagnostico desprendimiento prematuro de la placenta, en un caso de placenta previa lateral

Llama la atención que la enferma no tuviera hemorragia ni durante el embarazo, ni durante el trabajo del parto, la enferma es categórica en asegurar esto En el Servicio, tampoco se observó ninguna hemorragia

Exámenes practicados después del parto

Paciente joven, de estatura y constitución medias, ha engordado durante el embarazo, tegumentos y mucosas pálidos

Aparato Circulatorio Pulso regular, 92 pulsaciones por minuto, corazón, normal, tensión arterial, Mx 115, Mn 80 mm de mercurio

Aparato Respiratorio. Funcional y físicamente, normal

Pelvimetría Externa Baudelocque, 20 cms Biespinoso, 23 cms Bicrestal, 28 cms Bitrocantéreo, 30 cms

Reacción de Kahn Negativa **Reacción de Hecht.** Negativa

ESPOSO.

Edad, 32 años, de buena salud, poco dado a las bebidas alcohólicas

CAUSAS DE LA MUERTE FETAL.

Prematuro macerado por desprendimiento prematuro de la placenta

SEGUNDA PARTE

I - CAUSAS PRIMORDIALES

II - CAUSAS PREDISPONENTES

III - RESUMEN PROFILACTICO

IV - FETO MACERADO

Yo estimo que la definicion que he dado anteriormente de "nacido muerto", se acopla a un mejor termino medio. Al aceptar el feto viable como el producto de una gestacion que ha durado seis meses, estoy de acuerdo, en un todo, con nuestros libros de texto, que entienden como abortio a la expulsion del producto de la gestacion antes de este tiempo y como parto prematuro, al que se verifica despues de los seis meses y antes de los ocho y medio. No obstante, creo que lo que debe dominar siempre es el criterio de los 35 cms de longitud, como minimo, porque es frecuente que en nuestro medio las madres se olviden de la fecha de su ultima menstruacion, tal como pude comprobarlo en el trabajo que presento, por confesion personal que me hicieron seis de las madres atendidas. Aún mas, en otras ocasiones creen estar seguras de que su menstruacion fue en cierta fecha, no correspondiendo, en muchos casos, la duracion del embarazo con la longitud y peso fetales. Así resulta que en embarazos de seis meses de duracion, conforme a los datos de la partuienta, los fetos pesaban 2,300 grs, y, por otra parte, en embarazos de siete meses, los fetos medían solo 34 cms, por lo cual fueron descartados. Siguiendo el criterio de los 35 cms de longitud, como minimo, pude observar que los fetos de dicha medida para arriba pesan, por lo menos, 1,000 grs, a excepcion de uno que unicamente peso 970 grs.

En cuanto a la separacion entre el nacido muerto y el nacido vivo, creo necesario que a aquel feto no le haya latido el corazon ni haya respirado, por lo tanto, la muerte solo se pudo producir antes o en el momento del parto. En dos o tres casos de mi estudio, el feto respiro y, sin embargo, a la autopsia, las pruebas de docimasia pulmonar fueron negativas, aun en el caso de un feto que vivio tres y media horas, ni microscopicamente se pudo comprobar la distension de los alveolos. En otros casos, los fetos nacieron muertos, les practicaron respiracion artificial y sus pulmones flotaban. Por otra parte, en el grupo de muertes por asfixia intra-uterina encontramos tres casos en la mortalidad precoz, dos de ellos presentaban latidos cardiacos durante cinco minutos y otro, que fue un parto de nalgas en que el feto hizo inspiraciones desde que salió el tronco, vivió dos minutos. Por todo esto es por lo que la docimasia pulmonar no pudo servirme para hacer un deslinde entre nacidos muertos y vivos.

Los pueblos sajones pretenden que se puede aceptar como que ha nacido vivo un feto que ejecuta algun movimiento de cualquier músculo voluntario, así no haya respirado ni haya latido su corazón. No creo que se tenga suficiente seguridad para establecer cuando el feto ha hecho, en realidad, un movimiento de los músculos voluntarios. Por tal motivo, no acepto esta última opinion.

MORTALIDAD PRECOZ—Utilizo la definicion de Rott "la muerte precoz es la que sobreviene en la primer semana. Tienen importancia capital los tres primeros dias", definicion citada por los doctores Profesor Alberto Peralta Ramos y Ricardo Dubrovsky, en el "Día Médico", de febrero 10 de 1941.

I—CAUSAS PRIMORDIALES

CAPITULO I

Terminología

Para mejor entendimiento del desarrollo del presente estudio, creo necesario aclarar el sentido de la terminología que empleo, de "nacidos muertos", "mortalidad precoz", "prematuros", "a término" y "debiles congenitos"

NACIDO MUERTO—Es un feto viable que no ha respirado y en el cual el corazón no ha latido

Feto viable, es decir, capaz de una existencia independiente, es el producto de una gestación que ha durado, por lo menos, seis meses y que mide, normalmente, como mínimo 35 cms desde el vértice de la cabeza a la base del talón, estando el cuerpo enteramente extendido, siendo este segundo criterio más seguro que el primero

No hay uniformidad de opiniones sobre este aspecto y, así, en Francia consideran viable el feto hasta que la gestación ha cumplido seis y medio meses, de la misma manera piensan los argentinos. En Estados Unidos de Norte América, se observa aun una mayor disparidad de opiniones, pues mientras que en unos Estados llaman feto viable al que tiene al menos siete meses de vida intra-uterina y 1 500 gms de peso, hay Estados en que llegan al otro extremo, y lo llaman viable desde el quinto mes de gestación, basándose en que se han observado casos de supervivencia desde esta edad

En lo tocante a separar el nacido muerto del nacido vivo, han surgido asimismo, grandes diferencias y los pueblos sajones llaman "nacido muerto" a aquel que no da señales de vida ausencia de latidos cardiacos, de movimientos respiratorios y movimientos de los musculos voluntarios. En cambio, Francia, Argentina e Italia, reconocen como nacido muerto al feto viable cuya muerte se ha producido antes, durante o después del parto, pero, en todo caso, antes de que haya respirado. Es de observar, sin embargo, que en su propia definición aceptan ellos que el feto ha nacido vivo, porque ahí dicen que la muerte se haya producido despues del parto antes de respirar, entonces, si la muerte se produjo despues del parto, el niño tuvo que haber nacido vivo, ineluctablemente

DEBIL CONGENITO.—Es aquel que tiene mas de ocho meses y medio de vida intra-uterina y pesa menos de 2 300 grs , considero esta definicion totalmente personal para los fines de este trabajo

Suigen aqui, como en los casos anteriores, las mismas dudas en lo que respecta a la duracion del embarazo, por eso, cuando las parturientas no recordaban o no estaban seguras de las fechas de sus últimas reglas, catalogue los fetos de menos de 2 500 grs en la categoria de los prematuros Sólo en los casos en que me parecio seguio el dato de la duracion de la gestacion, agrupe a los niños en la categoria de los débiles congénitos, si pesaban, además, menos de 2 300 grs y, conforme a este criterio, resultaron 10 casos

De estos 10 casos, en 6 se encontro una causa primordial de muerte En ellos la debilidad congenita no intervino sino como factor predisponente, constituyendo un terreno propicio para las otras causas En los 4 restantes, la única causa fue la debilidad congénita Basta leer el grupo de la "Debilidad General" para notar que el niño que mas peso entre estos cuatro, era de 1 900 grs Ahora bien, para su estudio reúno estos cuatro casos con seis de prematuros en que tampoco pude encontrar una causa anatomica de la muerte, bajo la denominacion de "Debilidad General", formando este ultimo grupo de 10 casos un numero elevado, pues es el 10% de los casos de muerte estudiados

Quiero hacer notar que en este estudio empleo los terminos "debilidad congenita" y "debilidad general" con diferentes significados el alcance de aquél está en la definicion que antecede y el de éste, abarca juntamente a los débiles congénitos y a los prematuros

Probablemente los casos en que la muerte se atribuye a debilidad general sola, dejarian de formar parte en este grupo y pasaran a otros, al mejorar las tecnicas de autopsia y practicar un mayor numero de estudios histológicos que tal vez encontrarian la causa anatomica de la muerte

Ilpo, junto con otros autores, sostiene que sólo excepcionalmente se puede reconocer como causante de muerte a la debilidad general En cambio, de acuerdo con Heidlei, creo que este diagnostico de muerte se puede sostener en muchos casos, en los 10 que considero todos tienen autopsia completa En 7 de ellos (3 débiles congénitos y 4 prematuros) se hizo estudio microscópico de varios órganos, en 6 de ellos que vivieron, se investiga sobre los trastornos que habian presentado en vida, averiguandose que únicamente habian tenido dificultades respiratorias y digestivas, debidas a su misma debilidad Es basado en estos datos que creo poder sostener en mi trabajo el grupo de la "Debilidad General"

En total encontramos, reuniendo el grupo de los prematuros con el de los débiles congénitos, que hubo 57 casos en los cuales el peso fue menor de 2 500 grs , siendo los 43 restantes los fetos a término.

En otras palabras, la muerte precoz es la que ocurre entre el nacimiento y el séptimo día

La palabra "nacimiento" significa separación y expulsión del feto del cuerpo de la parturienta, que se verifica ya sea por la vulva o bien por incisión de las paredes abdominales. El nacimiento debe considerarse cumplido desde el instante en que todo el cuerpo del feto, (cabeza, tronco y miembros), está fuera del cuerpo de la madre

Han sido propuestos varios periodos para comprender la mortalidad precoz, pero no se puede dudar más que entre dos periodos, el de siete y el de diez días. Es el primero el que he elegido, porque el medio en que he practicado este estudio así me lo ha permitido, pues generalmente las madres salen del Servicio de Maternidad seis días después del día del parto, salvo complicaciones

En la segunda parte de su definición, Rott dice "Tienen importancia capital los tres primeros días", no quiero pasar adelante en el desarrollo de este punto, sin hacer observar que de los 34 casos de mortalidad precoz encontrados, 25 niños, (73.5%) fallecieron en los dos primeros días y 9, (26.5%) en los cinco días restantes. En el primer cuarto de hora fallecieron nueve niños, (26.5%), o sea que fallecieron tantos en los primeros quince minutos después del nacimiento, como en los últimos cinco días de la primer semana de vida, esta cifra es baja, si nos atenemos a Yandell Henderson, que expresa que el primer cuarto de hora es el más peligroso de la vida y que en ese lapso mueren igual número de niños que en el resto del primer mes

La mortalidad precoz tiene una sinonimia numerosa. Ha sido designada con las expresiones de "mortalidad de los recién nacidos", "mortalidad neo-natal", "mortalidad de los primeros días", "mortalidad infantil precoz" Me parece que la denominación de "mortalidad precoz" es preferible y es la que adopto

PREMATURO—Es un feto viable, nacido antes de los ocho y medio meses de gestación y que pesa, cuando más, 2 500 grs., siendo este segundo criterio más seguro que el primero

Ya anteriormente, al tratar del nacido muerto, he dicho lo que entiendo por feto viable

En lo que respecta a tomar como límite superior ocho y medio meses de embarazo, pero, sobre todo 2 500 grs. de peso, cabe hacer las mismas consideraciones que antes apuntara al explicar por qué para considerar viable un feto es preferible guiarse por la longitud y no por la edad del embarazo y, para especificar, me limitaré a citar el caso número once, en el cual en un embarazo de 8 meses de duración, conforme a reglas, nace un niño de 3 270 grs. de peso y de 50 cms. de longitud. Como este caso, varios. De tal manera que de acuerdo con la menstruación hubo 55 prematuros y al relacionar el peso con la edad intra-uterina, resultaron solamente 47, es decir, 8 prematuros menos

FETO A TERMINO —Es aquel que tiene ocho meses y medio de vida intra-uterina y pesa al menos 2500 grs, debiendo predominar siempre este ultimo criterio

Aquí, como en las definiciones anteriores, se da, por razones ya expuestas, la preferencia al peso fetal, como punto limite entre el prematuro y el feto a término, no importando que la madre crea tener menos de ocho meses y medio de embarazo, pero sí cuando asegura tener más de este tiempo, pues entonces si el feto pesa menos de 2300 grs lo considero como débil congénito

CAPITULO II

Causas Primordiales

Voy a hacer un estudio de conjunto de todas las causas primordiales, enfermedades o accidentes que ocasionaron la muerte

Muestro primeramente un cuadro general compuesto por trece grupos de causas de muerte, dividido cada uno en dos partes una para los niños de peso menor de 2500 gramos y otra, para los niños que tuvieron un peso mayor que este. A su vez, cada una de estas partes la divido en dos secciones una para la mortalidad y otra para la mortalidad precoz. Detallo, en los niños de peso menor a 2500 grs, los prematuros y los débiles congénitos. Para cada uno de los grupos de los diferentes pesos y clasificaciones, presento sus totales respectivos. Relaciono asimismo la enfermedad o accidente causante de la muerte, la duración del embarazo y el tiempo de la muerte, ya ocurriera ésta antes o después del parto

SUMARIO DE LAS CAUSAS DE MORTINATALIDAD Y MORTALIDAD PRECOZ EN 66 NACIDOS MUERTOS Y 34 FALLECIDOS EN LA PRIMER SEMANA, ENTRE 1,115 NACIMIENTOS, DE LOS CUALES 236 NIÑOS PESABAN MENOS DE 2,500 GRAMOS Y 879 TENIAN UN PESO MAYOR DE 2,500 GRAMOS

	PESO MENOR A 2 500 GRAMOS					PESO MAYOR DE 2,500			TOTAL DE MORTINATALIDAD	TOTAL DEMORTALIDAD PRECOZ	GRAND TOTAL
	MORTINATALIDAD		MORTALIDAD PRECOZ		TOTAL	MORTINATAL	MORTAL PRECOZ	TOTAL			
	Prema-turo	Débil Cong	Prema-turo	Débil Cong		A Término	A Término				
Sífilis	13	1	5	—	19	2	1	3	16	6	22
Asfixia Intra-uterina . . .	6	—	1	—	7	13	2	15	19	3	22
Trauma Obstétrico	3	2	4	—	9	2	1	3	7	5	12
Asfixia y Trauma	—	—	—	—	—	2	—	2	2	—	2
Trabajo Prolongado	1	1	—	—	2	4	2	6	6	2	8
Debilidad General	2	2	4	2	10	—	—	—	4	6	10
Malformación Congénita	—	—	1	—	1	2	1	3	2	2	4
Afecciones Pulmonares	—	—	—	2	2	—	2	2	—	4	4
Paludismo	3	—	—	—	3	—	—	—	3	—	3
Toxemia Gravídica	—	—	—	—	—	2	—	2	2	—	2
Debilidad General y otra causa	—	—	3	—	3	—	—	—	—	3	3
Diversas	1	—	—	—	1	1	2	3	2	2	4
Indeterminadas	—	—	—	—	—	3	1	4	3	1	4
TOTALES	29	6	18	4	57	31	12	43	66	34	100

CUADRO I

Con el proposito de que en la descripcion ulterior aparezcan juntos los casos de trabajo prolongado, por encontrarse este presente en Trauma Obstetrico y en Asfixia y Trauma, se ha alterado el orden de frecuencia en el cuadro que antecede

Por medio de un simple vistazo de este cuadro, se puede uno dar cuenta de que las causas de mortinatalidad y mortalidad precoz, son casi las mismas, variando solamente en importancia para cada grupo, lo que equivale a decir que la mayor parte de las muertes ocurridas en la primer semana, se debe a causas que actuan desde antes del nacimiento o en el momento del mismo. Precizando mas, de los 34 niños que fallecieron en su primer semana de vida, 24 tienen iguales causas que los nacidos muertos, y de los 10 restantes 4 fallecieron de afecciones pulmonares, 1 fue por causa desconocida, 2 por falta de buena vigilancia post-natal y 3 por debilidad general y otra causa, ahora bien, como la debilidad general es debida a afecciones maternas durante el embarazo, este grupo se puede sumar a los 24 mencionados. Resulta que de los 34 niños que fallecieron en la primer semana, 27, o sea el 80%, tuvieron la misma causa de muerte que los 66 nacidos muertos

Una vez conocidas las trece causas de muerte, en forma global, presento ahora esas mismas causas consideradas según su importancia relativa, de acuerdo con sus porcentajes respectivos

El desarrollo de estos cuadros se hara, por separado, al tratar detalladamente las causas que los forman

Vease el cuadro en la pagina siguiente

SUMARIO DE LOS PORCENTAJES DE MORTALIDAD DE LAS 13 CAUSAS DE MUERTE, EN RELACIÓN CON:

	Sífilis	Asfixia Intra-uterina	Trauma Obstétrico	Asfixia y Trauma	Trabajo Prolongado	Debilidad General	Malformación Congénita	Afecciones Pulmonares	Paludismo	Toxemia Gravídica	Debilidad General y Otra causa	Diversas	Indeterminadas
1,115 Nacimientos	20	20	11	02	07	09	03	03	03	02	03	03	03
879 Nacidos de más de 2,500 grs	03	17	03	02	07	—	03	02	—	02	—	03	04
236 Nacidos de menos de 2,500 grs	80	30	38	—	08	42	04	08	13	—	13	04	—
57 Fallecidos menores de 2,500 grs	33.3	12.3	15.8	—	3.5	17.5	1.7	3.5	5.3	—	5.3	1.7	—
100 Fallecimientos	22.0	22.0	12.0	2.0	8.0	10.0	4.0	4.0	3.0	2.0	3.0	4.0	4.0
66 Nacidos muertos	24.2	28.9	10.5	3.0	9.0	6.0	3.0	—	4.5	3.0	—	3.0	4.5
29 Prematuros nacidos muertos	44.8	20.7	10.3	—	3.4	6.9	—	—	10.3	—	—	3.4	—
31 A término nacidos muertos	6.4	41.9	6.4	6.4	12.9	—	6.5	—	—	6.4	—	3.2	9.7
6 Débiles congénitos nacidos muertos	16.7	—	33.3	—	16.7	33.3	—	—	—	—	—	—	—
34 Muertos en la primera semana	17.6	8.8	14.7	—	5.9	17.6	5.9	11.8	—	—	8.8	5.9	3.0
18 Prematuros muertos en la 1er semana	27.8	5.5	22.2	—	—	22.2	5.5	—	—	—	16.7	—	—
12 A término muertos en la 1er semana	8.4	16.7	8.3	—	16.7	—	8.3	16.7	—	—	—	16.7	8.3
4 Débiles congénitos muertos en la 1er semana	—	—	—	—	—	50.0	—	50.0	—	—	—	—	—

CUADRO II

En el total de 1 115 nacimientos las causas que tuvieron los mayores porcentajes de mortalidad, fueron sífilis, asfixia intra-uterina y trauma obstétrico

Para los niños a término, los mayores porcentajes de mortalidad correspondieron a asfixia intra-uterina y a trabajo prolongado

En los niños de peso menor de 2 500 grs, o sea los prematuros y débiles congénitos, el mayor porcentaje de mortalidad pertenece a sífilis, le siguen, en orden decreciente, debilidad general sola, trauma obstétrico y asfixia intra-uterina

Puede observarse que del total de 57 niños que fallecieron pesando menos de 2 500 grs, la tercera parte fue ocasionada por sífilis

Con relación a las 100 muertes estudiadas, sífilis y asfixia intra-uterina sobrepasan, con mucho a las demás causas

Mortinatalidad —En la mortinatalidad en general, la mayor causa fue asfixia intra-uterina, apareciendo a continuación sífilis, trauma obstétrico y trabajo prolongado

En la mortinatalidad de prematuros, es la sífilis la causa principal, correspondiéndole un porcentaje bastante elevado. La siguiente, es asfixia intra-uterina. Vienen después trauma obstétrico y paludismo, ambos con iguales porcentajes

En la mortinatalidad de niños a término, el primer lugar le corresponde a asfixia intra-uterina y el segundo, a trabajo prolongado

En la mortinatalidad de débiles congénitos, trauma obstétrico y debilidad general ocasionan, cada una, la tercera parte de muertes

Mortalidad Precoz —En la mortalidad precoz en general, las causas principales son sífilis y debilidad general, con idénticos porcentajes. A continuación están trauma obstétrico y afecciones pulmonares

En la mortalidad precoz de prematuros, es sífilis la causa del mayor porcentaje, vienen en seguida, trauma obstétrico y debilidad general, con iguales porcentajes

En la mortalidad precoz de niños a término, las causas principales fueron, con iguales porcentajes, trabajo prolongado, asfixia intra-uterina, afecciones pulmonares y causas diversas

En la mortalidad precoz de débiles congénitos, sólo contribuyeron dos causas, con idénticos porcentajes, la debilidad general sola y las afecciones pulmonares

Paso a referirme a cada una de las causas de muerte que figuran en los cuadros anteriores, haciendo consideraciones etiológicas, anatómicas-patológicas, estadísticas, clínicas, en algunos casos, y acompañándolas de las sugerencias que me parecen procedentes con el fin de evitar estas muertes. Hago notar para cada sub-grupo los casos en que se pudo evitar la muerte, aquellos en que se puede evitar con mayor o menor facilidad y los inevitables

CAPITULO III

Sífilis

Esta enfermedad que tanto preocupa y de la que tanto se habla, pero contra la cual no se lucha con el tesor suficiente, es responsable del mayor porcentaje de muertes estudiadas en este trabajo

Datos Estadísticos.—Doy a continuación el cuadro en el que aparece, por separado, la intervención que ha tenido la sífilis en las 22 muertes que ocasiono. Este cuadro está constituido siguiendo igual norma que la empleada en el Cuadro I y que es la misma que ocupare en los cuadros respectivos de las diferentes causas de muerte

MORTINATALIDAD Y MORTALIDAD PRECOZ ATRIBUIDAS A SIFILIS EN 66 NACIDOS MUERTOS Y 34 FALLECIDOS EN LA PRIMER SEMANA, ENTRE 1,115 NACIMIENTOS, DE LOS CUALES 236 NIÑOS PESABAN MENOS DE 2,500 GRAMOS Y 879 TENIAN UN PESO MAYOR DE 2,500 GRAMOS

CLASIFICACION DE LA SIFILIS	PESO MENOR A 2,500 GRAMOS					PESO MAYOR DE 2,500			TOTAL DE MORTINATALIDAD	TOTAL DE MORTALIDAD PRECOZ	GRAND TOTAL
	MORTINATALIDAD		MORTALIDAD PRECOZ		TOTAL	MORTINATAL A Término	MORTAL PRECOZ A Término	TOTAL			
	Prematuro	Débil Cong	Prematuro	Débil Cong							
Sin lesiones macroscópicas	2	—	5	—	7	—	—	—	2	5	7
Malformación congénita	—	1	—	—	1	1	1	2	2	1	3
Macerados	11	—	—	—	11	1	—	1	12	—	12
TOTALES	13	1	5	—	19	2	1	3	16	6	22

CUADRO III

NOTA De las 100 muertes estudiadas, 57 fueron de niños que pesaban menos de 2 500 grs

Sifilis, (V Cuadros I, II y III), representa

El 20% en el total de 1 115 nacimientos

El 03% en los 879 niños a término

El 80% en los 236 niños que nacieron pesando menos de 2 500 grs.

El 333% en los 57 niños que fallecieron pesando menos de 2 500

grs

El 220% en los 100 casos de muertes estudiados

El 242% en los 66 niños que en total nacieron muertos

El 448% en los 29 prematuros que nacieron muertos

El 64% en los 31 a término que nacieron muertos

El 167% en los 6 débiles congénitos que nacieron muertos

El 176% en los 34 niños que en total fallecieron en la 1^a semana

El 278% en los 18 prematuros que fallecieron en la 1^a semana

El 84% en los 12 a término que fallecieron en la 1^a semana

Tanto la mortinatalidad como la mortalidad precoz por sifilis, es fuerte en los prematuros, con relación a los niños a término, pues fallecieron veintitres y media veces más de los primeros que de los segundos

Observamos que en el total de niños estudiados nacieron cuatro veces menos niños de peso inferior a 2 500 grs que de peso superior a 2 500 grs, a pesar de esta desproporción, fallecieron 19 de aquellos y 3 de éstos, lo que equivale a una relación de 6 a 1, esta mayor mortalidad de prematuros se podría explicar porque existe la sospecha fuerte de que es sifilis el principal factor en nuestra natalidad de niños menores de 2 500 grs, ya que podemos afirmar que de 57 niños que fallecieron pesando menos de 2 500 grs, a la sifilis le corresponde el 333%

Lamento no poder indicar que porcentaje de niños muertos corresponde a las madres sífilíticas, porque al recopilar los datos pertinentes no intenté averiguar cuantas de estas madres llegaban al Servicio de Maternidad. Con tales datos, por supuesto, hubiera sido fácil establecer la relación entre la mortinatalidad y mortalidad precoz de los hijos de las madres sífilíticas y los de las madres sanas. Para haber conseguido este objetivo, habría sido necesario que a todas las embarazadas que parieron en el Servicio mientras hacía este estudio, se les hubiese practicado reacciones sanguíneas investigando sifilis, pero, desafortunadamente, el número que se hace de estas reacciones en aquella Sala es bastante reducido

Datos Anatómicos—Ahora que ya he presentado los datos estadísticos, paso a formular algunas consideraciones sobre anatomía patológica de estos casos

Siete niños de los 22 casos relacionados, no presentaban lesiones macroscópicas suficientes para ocasionar la muerte. Tres presentaron malformaciones congénitas incompatibles con la vida y doce se encontraban macerados

Casos Sin Lesiones Macroscópicas Suficientes Para Ocasionar La Muerte—Entre los 7 de este sub-grupo, todos prematuros, dos nacieron muertos y cinco fallecieron en la primer semana

En los 2 prematuros que nacieron muertos, uno (Caso N° 12), presentaba malformaciones congénitas, aunque ninguna capaz de haber ocasionado la muerte, consistían éstas en pie-zambo, ausencia de la oreja derecha y una comunicación inter-ventricular, formada por un orificio de un milímetro de diámetro situado en la parte superior del tabique inter-ventricular del corazón, teniendo, además, una marcada esplenomegalia, (bazo de 25 grs) En este caso, la reacción de Hecht fue dudosa y la de Kahn, negativa, en la madre Esta tuvo, por otra parte, hidamnios Reunidos todos estos datos, tanto maternos como fetales, hacen que este caso lo atribuya a sífilis

En el segundo caso (Caso N° 88), la madre tenía las reacciones de Kahn y Hecht positivas A la autopsia del feto se encontró el hígado y el bazo muy aumentados de volumen (bazo de 28 grs) y, microscópicamente, se hallaron lesiones sífilíticas en el hígado

En cuatro de los 5 prematuros que fallecieron en la primera semana a causa de la sífilis (Casos Nos 35, 43, 52 y 92), se comprobó microscópicamente lesiones orgánicas sífilíticas, en tres de ellos, se trataba de hepatitis lúctica y en el otro de lesiones de la clásica neumonía alba, tres presentaban hepato-esplenomegalia y el peso del bazo fue de 28 grs, en uno, de 25 grs en otro y, en el último, de 15 grs siendo el peso del feto de 1400 grs De las madres de estos cuatro niños, dos tenían reacciones positivas y las otras dos, dudosas

En el quinto caso (Caso N° 63), los órganos del niño, microscópicamente, eran normales, el bazo solamente pesaba 8 grs, pero, aunque macroscópicamente y microscópicamente no se comprobó lesiones orgánicas que permitieran catalogar a este niño como sífilítico, la madre presentó dos reacciones totalmente positivas y, el hijo de una madre sífilítica, es sífilítico Mas debe tomarse en cuenta que a provocar el nacimiento prematuro de este niño concurren diversos factores, de los cuales me parece que el principal fue neumonía, que tuvo la madre el día anterior al parto, siendo esta sífilítica, palúdica y anémica

Como hemos visto, los bazos de estos niños pesaban 28, 25, 15 y 8 grs y entre los cuatro primeros que he citado había uno en el que el bazo no pesaba más que cinco grs, no obstante ser la madre sífilítica y presentar el mismo lesiones microscópicas sífilíticas

Como corolario, se debe observar que la esplenomegalia no fue constante en los cinco casos prenotados

Malformaciones Congénitas Incompatibles con la Vida—La malformación congénita plantea uno de los problemas etiológicos todavía muy oscuros Encuentre 7 casos de malformaciones congénitas incompatibles con la vida, los que dividí en dos grupos formados por 3 entre los que encuentre sífilis de por medio y 4 en los que no hallé la causa de la malformación

Ahora bien, para clasificar los tres casos primeros, me baso en las explicaciones que expongo a continuación

En los casos Nos 12, 23 y 25, presentose uno con hidrocefalia interna y espina bifida, otro era un monstruo anencéfalo y en el último solo se trato de hidrocefalia interna Este y el primero fueron resultados de embarazos a término, así como el segundo, pero que pertenecía a la categoría de los débiles congénitos

De los tres casos que he presentado, dos tenían hidrocefalia interna. Permítaseme recordar en este punto, que en la obra escrita por el Profesor colombiano doctor Calixto Torres Umaña, titulada "Sífilis Congénita en el Niño", se encontró la sífilis, en la mayoría de los casos, como causante de la hidrocefalia interna, y en los que no se hallaron positivas las reacciones de Wassermann y Kahn, bastaba la presencia de esta hidrocefalia para clasificarlos como sospechosos de sifilíticos.

En el primer caso, se encontró también una espina bifida y desde el momento que el niño nació, se ordenó practicar en la madre las reacciones para la sífilis, sin embargo, por diversos motivos, ella salió del Hospital sin que tales reacciones se verificaran. El niño vivió cuatro días y al efectuar la autopsia encontró una hidrocefalia interna y el cerebro estaba reducido a una capa de medio centímetro de grosor alrededor de las cavidades ventriculares, no obstante, el cerebro fue el más pesado de todos los cien casos de este estudio. Este niño cuyo peso era de 2,920 grs, tenía un cerebro de 420 grs. En todos los demás casos, el que más se le aproximó, fue un niño de 4,000 grs de peso, en quien el cerebro pesaba 410 grs, lo que equivale a decir, 10 gramos menos. En los restantes no llega ni a 400 grs el peso del cerebro. Los plexos coroides estaban sumamente hipertrofiados, corrugados y de consistencia firme. Al examinarlos microscópicamente estas piezas, se comprobó una coroiditis y una meningitis crónica de naturaleza probablemente sifilítica.

En el segundo caso de hidrocefalia interna, el cerebro pesó 290 grs, tenía su substancia adelgazada y sus cavidades muy dilatadas. La madre presentó sus reacciones totalmente positivas.

En cuanto al caso N° 23, el último de malformación congénita incompatible con la vida ocasionado por sífilis, fue el de un monstruo macerado. El embarazo duró 9 meses, pero el feto únicamente pesó 1,420 grs. El estado de maceración que presentaba era un tanto avanzado y las malformaciones consistían en anencefalia, ausencia de médula espinal, fisura palatina y faltaba el hemidiafragma izquierdo, lo que permitía que por allí pasaran las vísceras abdominales, en la cavidad pleural izquierda se encontraba una parte de las ansas intestinales, el bazo y el riñón del mismo lado, todo esto ocasionaba el consiguiente desplazamiento de los órganos torácicos. El bazo, a simple vista, era sospechoso de ser sifilítico, pues pesaba 15 grs. Y, como explicare más adelante, el peso máximo del bazo de los fetos macerados no sifilíticos menores de 1,500 grs, era de 5 grs y el promedio de peso del bazo en los macerados sifilíticos menores de 1,500 grs, fue de 7 grs. El peso de este bazo, no solamente sobrepasa al promedio del de los fetos macerados sifilíticos menores de 1,500 grs y de 1,500 grs a 2,000 grs, sino también al peso máximo del bazo de todos los fetos macerados no sifilíticos.

La maceración fetal no permitió hacer un estudio histológico correcto del bazo y el hígado, y las alteraciones encontradas en aquel no revestían caracteres específicos y más parecían de naturaleza cadavérica.

En lo que se refiere a la madre, las reacciones de Kahn y Hecht fueron totalmente positivas.

En los dos casos de hidrocefalia interna ya mencionados, no hubo esplenomegalia, en uno, el bazo pesaba 10 grs y en el otro, 5 grs

Para concluir, he de hacer notar que en los tres casos de que he hablado, las malformaciones dominantes han residido en el sistema nervioso

Fetos Macerados Sifilíticos—En el total de 22 muertes ocasionadas por esta enfermedad, 12 fetos se encontraban macerados, lo cual muestra que del total de niños muertos por esta causa, 54.5% murieron in-utero desde algunos días antes del parto, esto sin tomar en cuenta el caso del feto que se encontraba macerado y con malformaciones congénitas. De estos 12 fetos macerados, 11 fueron prematuros y uno a término. En total hubo 23 fetos macerados por las diferentes causas, lo que da a la sífilis 52.17% como causante de maceración fetal. Entre los 23 macerados, 17 eran prematuros y 6 a término. Se ve, pues, que en los prematuros macerados un 64.7% es debido a sífilis, o sea, en otras palabras, que las dos terceras partes de aquellos son por esta causa.

Y hablando de los fetos a término macerados, resulta que solamente un 16.66% son ocasionados por sífilis lo que corresponde a una sexta parte y a un porcentaje cuatro veces menor que los del grupo anterior.

De las madres de los 12 fetos macerados sifilíticos, 11 tuvieron pruebas serológicas positivas en la sangre y en la otra no se investigó. Pero el feto de esta última lo clasifico entre los sifilíticos, por tres razones: primera, por tratarse de un prematuro macerado, lo que da un 64.7% de probabilidad de que fuera luetico, segunda, por presentar un bazo de 15 grs, siendo su peso fetal de 1.800 grs, (esplenomegalia) y la esplenomegalia existe en un 63.6% en los fetos sifilíticos, y, tercera, porque pueden ser descartadas las otras causas de maceración. Si no se aceptarían las razones expuestas, habría que catalogar a este prematuro macerado también entre los de causa desconocida, haciendo observar que los dos macerados de causa desconocida fueron a término.

Las lesiones de maceración fetal son iguales en los casos debidos a sífilis como en los de otras causas: los mismos desprendimientos epidérmicos, los mismos derrames en las cavidades y la misma extravasación sanguínea y reblandecimiento de los órganos. Podría creerse que el estudio histológico si sería capaz de diferenciar un feto macerado por una causa de los demás macerados por otras, pero el grado de alteración cadavérica en que se encuentran estos fetos hace imposible un estudio microscópico correcto, por eso fue que en los 23 casos de fetos macerados no se practico mas que en 10 el estudio histológico, siendo siempre los resultados negativos. En vista de que ni las lesiones macroscópicas generales de maceración fetal, ni el estudio histológico nos permiten establecer la diferencia entre unos y otros fetos macerados, vere si es posible conseguirlo mediante el estudio del bazo.

Ante todo, quiero decir que el bazo sobrepaso el reborde costal sólo en cuatro ocasiones en el total de niños sifilíticos, por lo tanto, lo que aquí considerare es el peso esplénico fuera de la cavidad en rela-

cion con los pesos fetales

Para hacer el estudio de este punto, presento el cuadro siguiente sobre 99 casos, porque de los 100 de que disponia, de uno no tuve el dato del peso de sus organos

NECROPSIAS CLASIFICADAS POR ESPLENOMEGALIA, SIFILIS Y MACERACION

	SIFILIS					NO SIFILIS					GRAND TOTAL
	Macerados		No Macerados		TOTAL	Macerados		No Macerados		TOTAL	
	No	%	No	%		No	%	No	%		
Esplenomegalia	9	69	5	55	14	1	9	12	18	13	27
No esplenomegalia	4	31	4	45	8	10	91	54	82	64	72
TOTALES	13	100	9	100	22	11	100	66	100	77	99

CUADRO IV

Los datos que podemos obtener de este Cuadro IV son

a) —Para la Sífilis —De los 22 sífilíticos, 14 tenían esplenomegalia, (63.6%) y 8, (36.4%) no tenían esplenomegalia. No obstante esto, tuve oportunidad de tratar con el doctor Victor Arnoldo Sutter sobre este punto y él, benevolamente, practico el calculo de probabilidades en estas cifras, obteniendo como resultado que hay mas de quince mil probabilidades contra una de encontrar esplenomegalia en los fetos sífilíticos

b) —Para los Esplenomegálicos —Del total de 99 casos, en 27 se encontro esplenomegalia, entre estos, a su vez, 14 eran sífilíticos y los 13 restantes, no sífilíticos. Resulta que de los pocos casos observados de esplenomegalia, ésta fue casi en igual número ocasionada por sífilis o por otras causas y, por lo tanto, no se podía opinar que por encontrarse en

presencia de una esplenomegalia, se tratara de un feto sífilítico. Vemos, entonces, que la esplenomegalia no es patrimonio exclusivo de la sífilis cuando se trata de un feto sífilítico, es esplenomegalico, según la regla de probabilidades, pero no todo feto esplenomegalico es siempre sífilítico.

c) —**Para los Macerados**— De los 24 fetos macerados, en 10 se encontro esplenomegalia, de estos, 9 eran sífilíticos y uno no lo era. De los 13 macerados sífilíticos, 9 tenían esplenomegalia, y 4 no eran esplenomegalicos. De los 11 macerados no sífilíticos, uno era esplenomegalico y 10 no lo eran. En los macerados, cuando se encontro esplenomegalia se trataba de sífilíticos en una proporción de 9 contra 1 y cuando no habia esplenomegalia, tanto se trataba de unos como de otros, aunque con mayor frecuencia de no sífilíticos. Aplicando el doctor Sutter, el calculo de probabilidades sobre las cifras nuestras de esplenomegalia entre los macerados, descubre que entre los macerados esplenomegalicos hay 267 probabilidades contra 1, de que se trata de un sífilítico.

De acuerdo con los datos del ultimo párrafo, nos damos cuenta de que la esplenomegalia si nos puede servir para diferenciar a unos fetos macerados de otros.

Cuando se trate de un feto macerado con esplenomegalia, se podrá afirmar que es sífilítico, pero cuando no presente esplenomegalia, podrá ser o bien, sífilítico o bien no sífilítico.

Para terminar, considero que un feto es esplenomegalico cuando el peso del bazo es mayor de 5 grs para los fetos de peso menor a 1 500 grs, mayor de 8 gis para los fetos de 1 501 a 2 500 gis de peso y mayor de 12 grs para los fetos de 2 501 gis en adelante.

Sugerencias Profilácticas—Quiero establecer aqui para los trece grupos, la forma en que voy a tratar las sugerencias profilácticas que podian disminuir las cifras de mortalidad y mortalidad precoz. Para hacer estas indicaciones he formado cuatro categorías, según el mayor o menor grado de evitabilidad de las muertes y las he clasificado así:

a) —Muertes que se pudo haber evitado en el Servicio de Maternidad, en las condiciones en que actualmente se encuentran.

b) —Muertes de facil evitabilidad, que son aquellas en que el examen medico de la embarazada durante la gestación o el parto hubiera descubierto y podido tratar la enfermedad, evitando así la muerte fetal, se sobrentiende, siempre que la embarazada resida en un sitio en donde sea facil darle asistencia medica, considerando en mi tesis como sitios adecuados para esa asistencia, San Salvador y las dos poblaciones aledañas a la capital, Mejicanos y Delgado. Tomo en cuenta tambien como muertes de facil evitabilidad, aquellas en que buenos cuidados post-natales podian hacer que el niño sobreviviera.

c) —Muertes de difícil evitabilidad, llamo a las que podian ser evitadas con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades durante el embarazo, lo mismo que en el caso anterior, la diferencia reside en que, en este grupo, comprendo a todas aquellas embarazadas que viven lejos de la capital y en quienes si es cierto que se podía evitar la muerte fetal, esto sería mediante un buen cuidado prenatal en toda la

República que, como se ve, es mucho mas difícil de llevar a cabo que en la capital, en donde existe un buen numero de instituciones benéficas y medicos para hacerlo

d) —Muertes inevitables son aquellas a las que no se les conoce la causa o que esta es incontrolable con nuestros conocimientos actuales

Ya habiendo establecido lo que entiendo con cada denominación, paso a estudiar el grado de evitabilidad y a ofrecer algunas sugerencias sobre la conducta a seguir en los casos de muerte ocasionados por la sífilis

De los 22 casos debidos a esta causa, solo uno (Nº 7), fue tratado durante el embarazo, pero fue hasta en el cuarto mes del embarazo que se descubrio la enfermedad mediante un examen de sangre y se trataron con 7 ampollas de bismuto, produciendose el parto prematuro a los seis y medio meses, como se ve, se descubrio la enfermedad muy tarde y el tratamiento fue poco intenso

En estos casos de muerte fetal por sífilis, el Servicio de Maternidad del Hospital Rosales no puede hacer nada para evitar que estas denuncias vengan a aumentar sus indices de mortalidad Descansa en una buena asistencia prenatal el poder impedir todas estas muertes, mediante el temprano conocimiento de la enfermedad y su tratamiento apropiado

En el grupo de muertes por sífilis, ninguna entra en la categoria de las que se pudo evitar en el Servicio, ni en la de las inevitables Se reparten nada mas en dos grupos evitables facil o dificilmente

Hubo 18 casos (82%) de muerte fetal que pertenecen al grupo de facil evitabilidad, 17 de esas madres de los niños en referencia, residen en la capital y 1 en Mejicanos Bastaria con un mayor número de consultorios prenatales y una bien dirigida propaganda, para lograr que las embarazadas acudiesen a esta clase de consultorios, que debieran ser diurnos y nocturnos, para proporcionar de ese modo facilidades mas amplias para las madres que trabajan, porque, sobre todo en los primeros meses del embarazo, ninguna deja sus ocupaciones y es en ese lapso, precisamente, cuando se debe hacer toda la labor contra la sífilis

Naturalmente, no habria que dedicarse solo a aumentar los consultorios prenatales, porque lo ideal seria que en el momento de la concepcion ambos padres estuvieran completamente sanos y, como proponen los doctores Funes y Castro en su bellissimo "Ensayo de Investigación de la Mortalidad Infantil en San Salvador y Algunas Sugerencias para Combatirla", para ello habria que crear tambien consultorios preconceptionales, haciendo a la vez la Sanidad "la mayor propaganda posible con los ciudadanos de las diferentes condiciones economicas y sociales dirigida con objeto de interesar a unos y ofrecerles a los otros oportunidades para que se hagan examinares clinicamente antes de ser padres" Proposiciones como esta, contenidas en el ensayo prenotado, que cosechara tantos aplausos, no han podido ser llevadas a la practica por nuestras autoridades competentes, después de mas de tres años

Es, por último, intensificando la campaña, contra la sífilis en general, por todos los medios disponibles, que este fuerte núcleo de 22% en el total de muertes fetales, se puede, si no hacerlo desaparecer, al menos disminuirlo grandemente

Las otras cuatro muertes fetales a causa de la sífilis, fueron de embarazadas que residían fuera de San Salvador una, en Santa Cruz, otra, en Oloculta, otra, en Ahuachapán y la última, en Opico. Debido al lugar de residencia materna, las muertes fetales han sido catalogadas como de difícil evitabilidad, porque si bien es cierto que en estas caben exactamente las mismas consideraciones que en el grupo anterior, no se ve factible en nuestras condiciones económicas actuales, la creación de unidades sanitarias en todas las poblaciones de la República. Aun más, estas unidades deberían ser completas, vale decir, con médicos, enfermeras, laboratoristas y bien equipadas. Es en la carencia de estas unidades en lo que reside el diferente grado de evitabilidad de unas y otras de estas muertes fetales, las unas requieren buena voluntad solamente, las otras exigen desembolsos de cierta consideración.

CAPITULO IV

Asfixia Intra-uterina

Bajo este título presento agrupados todos aquellos casos en los cuales, por diferentes causas, el feto dejó de recibir el oxígeno necesario para su subsistencia, al no llegarle la sangre materna, vehículo de este oxígeno.

Las causas de estas muertes fueron cuatro, de importancia diferente. Corresponde el primer lugar a las anomalías de la placenta, el segundo, a las anomalías del cordón umbilical, siguió el parto difícil de pelvis y, por último, con un tan solo caso, el trabajo prolongado del parto.

Datos Estadísticos—En el cuadro siguiente se puede apreciar la importancia respectiva de las diferentes causas que ocasionaron la asfixia intra-uterina, en relación con la mortalidad y la mortalidad precoz, y en relación también con los niños menores de 2500 gms y mayores de ese peso.

La asfixia-intia-uterina, (V Cuadros I, II y IV-bis), representa

- El 20% en el total de 1115 nacimientos
- El 17% en los 879 niños a término
- El 30% en los 236 niños que nacieron pesando menos de 2500 grs
- El 123% en los 57 niños que fallecieron pesando menos de 2500 grs.
- El 220% en los 100 casos de muerte estudiados
- El 289% en los 66 niños que en total nacieron muertos
- El 207% en los 29 prematuros que nacieron muertos
- El 419% en los 31 a término que nacieron muertos
- El 88% en los 34 niños que en total fallecieron en la 1er semana.
- El 55% en los 18 prematuros que fallecieron en la 1er semana
- El 167% en los 12 a término que fallecieron en la 1er semana

Tenemos que mientras la asfixia intia-uterina es el factor más importante de mortalidad, tiene solo una acción moderada en la mortalidad precoz, en la que ocasiono unicamente tres muertes en la primer semana. Y se catalogaron estos tres casos como nacidos vivos, por haber latido el corazón, en dos de ellos durante cinco minutos, aunque no respiraron, y el otro caso fue un parto de nalgas en el cual el niño verifico inspiraciones antes que el nacimiento fuera completo, —apenas habia salido el tronco— y fallecio dos minutos después, encontrandose a la autopsia, zonas hemorragicas pulmonares que comprobaban la asfixia

Se puede observar que en el total de casos de muerte por esta causa, fallecieron 15 niños a término y 7 prematuros, pero al examinar sus porcentajes respectivos, se ve que los prematuros fallecieron, relativamente, en mayor numero 30% y 17%. Esta relación, considerada estadisticamente no es significativa, de tal manera que al estudiar la mortalidad y mortalidad precoz de esta causa, los porcentajes de los niños a término duplican y triplican respectivamente a los de los prematuros, esto no sucederia así en el caso de que la relacion antedicha fuera en verdad estadisticamente significativa

Dicho lo anterior con relacion a los datos estadísticos, expongo a continuacion, en orden de frecuencia, las causas que constituyen este grupo

Anomalías de la Placenta —En estos casos, el mecanismo de la muerte es siempre el mismo asfixia intra-uterina por desprendimiento prematuro de la mayor parte de la placenta, ya se encuentre esta normalmente insertada, o ya sea que este insertada en el tercio inferior del utero, en la zona peligrosa de Baines. En este ultimo caso, la muerte fetal es debida a placenta previa, en el otro, a desprendimiento prematuro de la placenta insertada normalmente

a) —**Placenta Previa**

Datos Estadísticos —Se observaron 11 casos, (V Cuadro IV-bis), de muertes fetales por esta causa, constituyendo por si sola la mitad del número total de muertes por asfixia intia-uterina. En todos los casos, el feto nacio muerto, resultando que en el total de 66 nacidos muertos, la asfixia intra-uterina forma la sexta parte exactamente,

(16 66%) En el grupo de la mortalidad la placenta previa contribuye con cuatro casos en la línea de los 29 prematuros y con siete en la de los 31 fetos a término, esto da un promedio de 13 8%, para los prematuros nacidos muertos a causa de placenta previa y 22 58% para los fetos a término nacidos muertos por igual causa

Datos Anatómicos y Clínicos —De los 11 casos de muerte por placenta previa, 3 se encontraban macerados, de estos, uno (Nº 51) era prematuro y dos (Nos 22 y 94) a término. Las lesiones de maceración no presentaron nada de particular, teniendo iguales caracteres que en todos los fetos macerados. El bazo de estos fetos era pequeño, el del prematuro pesó 3 grs y el de los a término, 8 grs cada uno. Las únicas lesiones dignas de mención son las hemorrágicas pulmonares aludidas en el caso Nº 94, que denotaban claramente el origen asfíctico de esta muerte. Creo que estas últimas lesiones pudieron ser observadas, debido a que el feto se encontraba en principio de maceración, la madre había tenido en este caso hemorragia por la vulva solamente desde el día anterior. Mientras que en los otros dos, la maceración era más avanzada en uno de ellos la madre tuvo la primera hemorragia externa, un mes antes del parto, dejando desde entonces de percibir los movimientos fetales activos, y, en el otro, la primera hemorragia externa se había presentado 5 días antes del parto.

De los tres casos últimos, en uno se trató de una placenta previa central parcial, en otro, de una placenta previa marginal, y en el último, no se supo cual fue el tipo de placenta previa. En lo que se refiere a las madres de estos fetos, las reacciones de Kahn y Hecht fueron negativas. Las tres eran multiparas, la una, con tercer embarazo, la otra, con el cuarto, y, la última, con el undécimo, habiendo tenido esta cuatro abortos y siete partos.

Si reuníamos estos tres casos con el otro macerado a causa de desprendimiento prematuro de la placenta, tendríamos cuatro casos juntos por anomalías de la placenta, en el total de 23 fetos macerados, lo que daría para esta causa un 17 4%.

En cuanto a los 8 casos restantes de este grupo, tres fueron prematuros y cinco a término. En uno de estos casos encontré las vías respiratorias obstruidas por meconio y partículas de unto cebaceo. En otros casos, únicamente comprobé el punteado hemorrágico pulmonar característico de la asfíxia intra-uterina, corroborando estos datos, en varias ocasiones, mediante estudios histológicos.

Fue variable el tipo de placenta previa que ocasionó las muertes, yendo desde el central parcial hasta el lateral, a pesar de que se dice que esta última es una forma generalmente benigna que muchas veces pasa inadvertida. Únicamente el tipo o forma central total no fue observado. Se diagnosticaron cuatro formas de placenta previa marginal, dos centrales parciales, una lateral. Una no se diagnosticó.

Haciendo una suma de estos casos con los macerados por la misma causa, tenemos 5 placentas previas marginales, 3 centrales parciales, 1 lateral y 2 más en las que no se hizo el diagnóstico.

Momento de aparición de la hemorragia que caracteriza a la placenta previa —En los casos que describo, el momento de aparición fue

variable En el primero, (Nº 15), se presentó dos veces, la primera 20 días antes del parto y la segunda, 3 días antes del mismo En el caso siguiente, (Nº 58), era una paciente de fuera de la ciudad, (Tonacatepeque), en quien comenzó la hemorragia a las dos y media horas de estar en el trabajo del parto

Este caso, Nº 58, es una muestra palmaria de la impreparación de las comadonas para estos menesteres Al ver que la paciente sangraba y el parto no se producía, la partera introdujo la mano, sin guante, en la vagina y como encontrara una mano fetal en ella, invita al marido de la parturienta a que también introduzca la mano

Una vez hecho lo relatado y habiendo comprobado ambos que venía adelante la mano del feto, decidieron traer la paciente al Hospital En el trayecto del pueblo hacia esta capital, se produjo una prociencia del cordón umbilical Ingresó a las dos de la tarde al Hospital y, en el Servicio, todavía espero, en un estado tan crítico, durante tres horas, para ser examinada Practicado el examen, además de la placenta previa y prociencia del cordón, encontraron una presentación de hombro, por lo cual le verificaron una versión por maniobras internas

¡Cuanto se había podido lograr si esta paciente hubiera tenido una buena asistencia particular del parto, desde cuando estaba en su pueblo!

Llegamos al caso Nº 59 La embarazada comenzó a sangrar estando en trabajo, una hora antes del parto A pesar de esta complicación no se dio aviso al Médico Residente

En el caso Nº 73, una hora después de principiada la hemorragia, se desencadenó el trabajo del parto La paciente ingresó al Servicio diez horas después de esto, allí esperaron tres horas para decidirse a practicar la gran extracción podalica

En el caso que sigue, Nº 75, la hemorragia comenzó 19 horas antes del parto A las siete horas de haber empezado la hemorragia, se desencadenó el trabajo del parto, tres horas después, ingresó la paciente al Servicio de Maternidad y hasta las nueve horas de permanencia fue examinada, encontrando la vagina llena de coágulos y la placenta muy desprendida, como se trataba de una presentación de pelvis, practicaron una gran extracción podalica

En otro de los casos, Nº 89, la paciente había sido bien examinada y un practicante se encontraba a su lado Al hacerle la auscultación investigando el estado del feto, halló que este había desaparecido y 10 minutos después apareció fuerte hemorragia por la vulva, que no cesó sino hasta que se efectuó el parto, 40 minutos más tarde

En el caso Nº 95, la embarazada presentó fuertes hemorragias por la vulva, seis días antes del parto, buscando, por esto, auxilio en el Hospital Rosales A los tres días de permanencia en ese Centro, en vista de que las hemorragias no habían ocurrido nuevamente, le fue dado de alta Pero en cuanto dejó de estar en reposo y con el ejercicio que hizo al caminar hasta su casa, reaparecieron las hemorragias A los dos días, ingresa de nuevo al Hospital, esta vez en estado de "Shock", comprueban entonces una placenta previa marginal y se le practicó una cesarea clásica, después de una transfusión de medio

litio de sangre

En el ultimo caso, N° 97, la paciente era vecina de Olocuilta, presentó hemorragias durante los tres ultimos meses del embarazo, en la ultima de ellas, al ver los familiares que el estado de la embarazada era grave, la trajeron al Hospital, a donde ingreso en estado de "Shock", como en el caso anterior y como en ese, se siguió un tratamiento idéntico

b) —Desprendimiento Prematuro de la Placenta Insertada Normalmente

Datos Estadísticos—Dos muertes fetales se produjeron por esta causa, (V Cuadro IV-bis), en ambos casos se trato de fetos prematuros que nacieron muertos En el total de 66 fetos que nacieron muertos, a esta causa le corresponde el 3% y para los 29 prematuros nacidos muertos, tiene 7%

Datos Anatómicos y Clínicos—Uno de los dos fetos mencionados se encontraba macerado (N° 86) El Profesor Fabre dice, en su Manual de Obstetricia, en el Capitulo dedicado al desprendimiento prematuro de la placenta insertada normalmente "El feto, siempre muerto, no esta macerado" Yo creo que siempre que el desprendimiento prematuro de la placenta sea capaz de ocasionar la muerte fetal, pero que no provoque al mismo tiempo el parto, el feto se encontraba macerado

Las lesiones de maceracion fetal son las mismas que las de todos los fetos macerados Como en los casos de fetos macerados no sifilíticos, el bazo era pequeño, pesaba 8 grs Al axaminar este feto en el Servicio, creyeron que tenían un meningio-encéfalocele, pero la tumoracion era debida a que la substancia cerebral se habia salido a traves de un agujero que se encontraba entre los dos parietales, pues a causa de la maceracion faltaba en ese sitio el tejido fibroso de la sutura inter-parietal

En este caso, la embarazada habia estado con dolores en el hipogastrio durante cinco horas, nueve días antes del parto, y cuatro días antes del mismo presento nuevamente igual cuadro, durando esta vez los dolores siete horas y siendo muy intensos, por lo cual decidió ingresar al Hospital En el momento del ingreso les pareció oír el foco fetal, pero no volvieron a encontrarlo La embarazada tuvo pequeños dolores los días siguientes En ninguna de estas ocasiones presento hemorragia

En el momento del parto, cuatro minutos despues del feto fue expulsada la placenta, la que tenía los cotiledones atrofiados en sus tres cuartas partes, y un coagulo de 450 grs un tanto organizado Al buscar el sitio de la ruptura de las membranas, lo encontré a cuatro centímetros del borde placentario

Anatomicamente, este fue un caso de placenta previa lateral; pero clinicamente se comportó tal como se observa en los casos de desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada. No quiero exponer aqui una discusion entre la sintomatologia de una

y otro, básteme recordar la benignidad de la forma de placenta previa lateral, y, por otro lado, la no existencia de hemorragias externas y los dolores que se observaron en este caso

En el otro caso, N° 83, se trata de una multipara, que ha tenido un total de siete partos, siendo este el último Era un embarazo gemelar, el primer feto nació normalmente y vivió, cinco minutos después de la expulsión de este feto, apareció en la vulva la primer placenta, se encontraba adherida a las membranas del otro huevo, la liberaron de sus adherencias y la extrajeron No se acordaron de auscultar el foco del segundo feto y 10 minutos después de la salida de la primer placenta fue expulsado el segundo huevo, el cual se encontraba completo, feto, placenta y membranas íntegras No tuvo éxito ninguno de los tratamientos empleados para resucitar al feto Creo que las mismas contracciones uterinas que desprendieron la primer placenta, produjeron también el desprendimiento del segundo huevo

Sugerencias Profilácticas — Debido a anomalías de la placenta, hubo cinco casos de muertes fetales que se pudieron evitar 4 en el Servicio de Maternidad y 1 mediante asistencia prenatal o una cesárea a tiempo Las muertes que pudieron evitarse en el Servicio son las de los casos 59, 73, 75 y 95 En el primero, el practicante que asistía el parto no le avisó al Médico Residente que el trabajo del parto se había complicado con una hemorragia, que de hacerlo así, el Médico habría aplicado un forceps, que era lo indicado En el siguiente caso, la extracción podalica pudieron practicarla tres horas antes, pero la paciente no había sido examinada En el otro fue también un caso en que pudo practicarse la extracción podalica desde nueve horas antes y, así mismo, por no haber examinado a la paciente desde el momento de su ingreso, fue que no se practicó la intervención a tiempo En el caso 95, la embarazada ya estaba asilada en el Servicio por placenta previa, pero le dieron el alta Reposo y una cesárea a tiempo, pudieron salvar esta muerte fetal

En el caso que se pudo evitar la muerte fetal, mediante asistencia prenatal o una cesárea a tiempo, (Caso N° 15), se trataba de una señora que vive en el barrio de San Esteban de esta capital Presentó las primeras hemorragias 20 días antes del parto, si hubiese tenido asistencia prenatal le habrían recomendado el reposo que necesitaba y vigilarla convenientemente Hay que hacer notar, que a pesar de esto, la paciente ingresó a tiempo al Hospital, consultando por hemorragias por la vulva que se le habían presentado nuevamente, esto sucedió tres días antes del parto Al examen, comprobaron dilatación del cuello de 3 cms y placenta previa marginal Después de eso, dejaron que el parto se verificara espontáneamente Estimo que lo indicado era una cesárea cuando el primer examen fue practicado

Solamente un caso de los de este grupo opino que se puede colocar en la categoría de las muertes de fácil evitabilidad y es el N° 94 En este caso, la madre era de la capital y presentó hemorragias por la vulva desde antes de iniciarse el trabajo del parto La buena asistencia prenatal y obstétrica habrían evitado la muerte fetal

En la categoría de casos de difícil evitabilidad, coloco tres 22, '58 y 97 Estas muertes fetales se habían evitado con la asistencia prenatal y buena asistencia obstétrica, pero las madres ingresaron al Servicio muy tarde y provenían de poblaciones alejadas de San Salvador La del primer caso, de Ilopango, la del segundo, de Tonacatepeque, y la del tercero, de Olocuilta

Muertes inevitables Hubo cuatro en este grupo de muertes fetales, casos 51, 83, 86 y 89 En el primero, el feto se hallaba en estado avanzado de maduración, la primer hemorragia materna fue muy fuerte 25 días antes del parto y, desde entonces, dejó de percibir los movimientos fetales activos En el segundo, —es el caso del embarazo gemelar en el cual el segundo huevo posiblemente se desprendió al hacerlo la primer placenta,— no investigaron el foco del segundo feto, conducta opuesta a lo que debe hacerse en los partos gemelares Tal investigación les habría permitido darse cuenta de la ausencia del foco del segundo feto y habrían tratado de acelerar su parto Ahora bien, como este parto se efectuó espontáneamente 10 minutos después de la expulsión de la primer placenta, se ve que las intervenciones para apresurar el segundo parto, ya fuera una versión o un forceps, habían ocupado un tiempo igual o mayor, razón por la cual esta muerte la clasifico entre las inevitables

En el tercero, la paciente no tuvo ninguna hemorragia por la vulva, el foco dejó de oírse después de estar la embarazada solo con dolores hipogástricos (Es el caso catalogado como desprendimiento prematuro de la placenta)

Por último, en el caso N° 89, desapareció primero el foco fetal y hasta 10 minutos después apareció la primera hemorragia por la vulva

Resumiendo las sugerencias profilácticas para los casos de anomalías de la placenta 5 se pudieron evitar en el Servicio de Maternidad, 1 era de fácil evitabilidad, 3 de difícil evitabilidad, y 4 inevitables

Anomalías del Cordón Umbilical—Se encuentran dos clases de estas anomalías, y son prociencia del cordón y circulares del mismo La primera provocó tres muertes fetales, la segunda, dos

a) —**Prociencia del Cordón Umbilical**

Datos Estadísticos—Las tres muertes fetales de este grupo (V Cuadro IV-bis), fueron fetos a término nacidos muertos En el total de 66 fetos nacidos muertos esta causa participa con 454% y en los 31 fetos a término nacidos muertos con 97%

Datos Anatómicos y Clínicos—En el primer caso, N° 2, se trató de una paciente que ha tenido 6 partos y a quien le diagnosticaron estrechez pélvica desde que la asistieron la primera vez Ingreso al Servicio una hora después de que se produjo la prociencia del cordón, diagnosticaron feto muerto y presentación de vértice, sin que ésta estuviese encajada, no obstante tener ya 10 horas de estar en trabajo y el cuello completamente dilatado, por este motivo practi-

caion una version por maniobras internas En uno de los pulmones fetales estaba una zona sospechosa de ser un infarto

En el segundo caso, N° 28, la madre era una primipara que ingreso al Servicio 6 horas despues de iniciado el trabajo del parto Tenia una placencia del cordon hacia adelante y se trataba de una presentacion de vertice El feto se encontraba muerto Quiero recordar que la madre padecia una anemia de tipo hiperclorico y es posible que esto haya sido causa de cierto grado de fragilidad del feto

En el ultimo caso, N° 65, la madre es una multipara que ha tenido seis embarazos, tres de los cuales fueron partos Ingresó al Servicio de Maternidad cuando tenia doce horas de estar en trabajo, llego con una placencia complicada, —el cordon y el miembro superior izquierdo El feto se encontraba muerto y en presentacion de hombro, por lo cual lo extrajeron por medio de una version por maniobras internas

b) —Circulares del Cordón Umbilical.

Datos Estadísticos —Fueron dos las muertes fetales por esta causa, (V Cuadro IV-bis) Uno era un feto a término que nació muerto y el otro un prematuro que falleció a los cinco minutos de haber nacido En este último el corazón latió durante cinco minutos y todos los esfuerzos para hacer respirar al feto, fracasaron

En el total de 66 nacidos muertos, se encuentra que 15% fueron por esta causa y de los nacidos muertos a término les corresponden 322% En lo que respecta a la mortalidad precoz, a esta causa le toca 295% y en relación con los 18 prematuros que fallecieron en este tiempo, es de 55% para esta misma causa

Descripción de los Casos —En el primero, N° 30, la madre era una primipara con embarazo a término y el trabajo del parto duró 17 horas, naciendo el feto con una ciclar del cordón A la autopsia, lo único que llamó la atención fue que los pulmones eran voluminosos, pesando 35 grs cada uno Este parto se verificó a la medianoche y no se pudo tener seguridad de si fue buena la forma de asistirlo

En el segundo caso, N° 46, la madre era también una primipara joven, con un embarazo de 8 meses de duración, habiendo desempeñado sus quehaceres domésticos aun durante el trabajo del parto, que duró cinco horas Se trata de una presentación de pelvis completa, con parto un tanto difícil, el feto salió bien hasta el tronco, pero al llegar a este punto, el brazo posterior se engatilló y en vez de emplear la maniobra de Praga perdieron 10 minutos en hacer descender este brazo La cabeza la extrajeron mediante la maniobra de Mauriceau, combinada con la de Champetier de Ribes El feto nació con asfixia blanca y presentaba dos circulares del cordón alrededor del cuello El corazón latió durante cinco minutos, no obteniéndose ningún resultado con la respiración artificial para hacer vivir al feto

Sugerencias Profilácticas—Ningun caso de muerte fetal por anomalías del cordón pudo evitarse en el Servicio de Maternidad, dos fueron de fácil evitabilidad, uno pertenece á la categoría de difícil evitabilidad y dos a la de los inevitables

Los dos casos pertenecientes a la categoría de fácil evitabilidad, fueron de prociencia del cordón umbilical, en uno, (Nº 28), se trataba de una presentación de vértice y en el otro, (Nº 85), de una presentación de hombro, en la cual el parto terminó mediante una versión por maniobras internas, las dos madres residían en San Salvador. La versión por maniobras internas en los dos casos hubiera podido salvar las vidas fetales, pero las madres llegaron demasiado tarde a buscar los cuidados del Hospital, cuando ya se había producido una complicación en el parto y no se podía salvar el feto

En el caso de difícil evitabilidad, (Nº 2), se trata también de una prociencia del cordón. La madre residía en Soyapango, decidió ingresar al Hospital cuando se produjo la complicación, pero mientras venía con dirección a esta ciudad, falleció el feto. También se pudo haber salvado, al igual que en los casos anteriores, pero es por el lugar de residencia de la madre que he catalogado este caso entre los de difícil evitabilidad

Entre las muertes inevitables he colocado los dos casos de circulares del cordón, sin embargo, en éstos es difícil juzgar si las muertes eran realmente inevitables, porque para saberlo sería preciso haber presenciado la forma en que era asistido el parto. Hay que hacer notar que una de estas muertes ocurrió a la medianoche y que todo servicio funciona menos bien de noche que de día, y para el otro caso, hay fuertes indicios de que el parto no fue bien atendido; se trataba de un parto de nalgas y hubo dificultades en extraer un brazo. Tal vez, en este último caso, si no hubieran tardado tanto en extraer el feto, posiblemente se hubiese conseguido hacerlo vivir, al quitar las vueltas de cordón que presentaba, y fundo esta posibilidad en el hecho de haber latido cinco minutos el corazón, a pesar de los contratiempos citados

c) —Asfixia Intra-Uterina por Parto de Pelvis Dificil

Datos Estadísticos—Hubo 3 muertes fetales por esta causa (V Cuadro IV-bis) —Dos fetos a término nacidos muertos, uno por retención de la cabeza y el otro por retención del tronco. El otro caso fue el de un niño a término que vivió dos minutos, en el cual la causa de muerte fue el engatillamiento de un pie

Esta causa arroja un 3% de mortalidad, (2 casos en 66) y también un 3% de mortalidad precoz, (1 caso en 34)

En el total de fetos a término nacidos muertos, le corresponde 645%, (2 casos en 31) y un 833%, (1 caso en 12), en el total de fetos a término muertos en la primer semana

Descripción de los Casos—El primero, (Caso Nº 11), es el del feto a término que vivió dos minutos. Se trata de una secundípara en la que el trabajo del parto duró 9 horas, durante la expulsión del feto salió primero el pie posterior, quedando engatillado en el pu-

bis el pie anterior La extracción se volvió mas prolongada y difícil cuando los brazos ascendieron hasta arriba de la cabeza y mientras trataban de conseguir su descenso, el feto hizo varios movimientos respiratorios La maniobra de Piaga no dio ningún resultado y tuvieron que descender primero un brazo y luego el otro El feto nació apnéico y todos los métodos empleados para resucitarlo, no dieron resultado A la autopsia, se encontró un infarto de un centímetro de diametro en la base del pulmón derecho

En el segundo caso, N° 45, se trata de una señora de 39 años de edad que ha tenido 8 embarazos, de los cuales este es el sexto parto. Paso 9 meses embarazada El trabajo del parto duro 8 y media horas y siguió desempeñando sus oficios durante el mismo hasta hora y media antes del parto, momento en que se dirigió al Hospital

Se trató de un parto de nalgas de un niño de 3,800 gms de peso, expulsó los pies con facilidad, pero tardó 30 minutos en expulsar el tronco y mientras esto ocurría, el practicante encargado de asistir-la, presenciaba el espectáculo sin intervenir en la menor forma, y no fue sino hasta que vio que la paciente había expulsado espontáneamente el tronco, que le ayudo, efectuando una maniobra de Mauriceau, la que llevó a cabo sin dificultad

En el último caso, (N° 24), la parturienta procedía de una finca situada en los suburbios de la capital, tenía 30 años de edad, ha estado 8 veces embarazada y todos sus embarazos han terminado a su debido tiempo, siendo el del presente caso, el último de ellos Encontrándose en su casa, le comenzaron los dolores del parto cerca de las 12 de la noche A las 6 de la mañana del día siguiente aparecieron los pies fetales por la vulva, expulsó bien el feto hasta llegar al tronco, pero como dos horas después siguiera en el mismo estado, decidió ingresar al Hospital Rosales, a donde llegó a las nueve de la mañana de ese mismo día El feto ya se encontraba muerto y una maniobra de Mauriceau, practicada sin dificultad, lo terminó de extraer

Sugerencias Profilácticas—De los tres casos, dos pertenecen a la categoría de los que se pudieron evitar en el Servicio de Maternidad y uno a la de los de fácil evitabilidad

De los que pudieron haber sido salvados en el Servicio, en el primero, N° 11, creo que se hubiera logrado mediante un cambio de la técnica obstétrica empleada Para conseguir esto, en lugar de proceder a la extracción del pie engatillado, hubieran hecho rotar el feto, para así, convertir el pie anterior en posterior y las tracciones debieron ser practicadas durante las contracciones uterinas En esta forma la maniobra habría sido sencilla y los brazos, en vez de ascender habrían salido con el tronco Ejecutando esto, creo que hubiera sido posible obtener un feto vivo En el segundo caso, N° 45, la extracción del tronco, desde que se noto que su expulsión espontánea se verificaba con dificultad, era lo indicado para salvar al feto. Pero el practicante que asistió el parto lo realizó pésimamente

El caso catalogado como de fácil evitabilidad, N° 24, basta conocerlo para darse cuenta de la razón por qué lo considero así Si este feto no se salvo, fue porque la madre estaba en una finca sin

ninguna persona que la asistiera. La madre era una gran multipara en la cual una maniobra de Mauriceau practicada sin dificultad, extrajo la cabeza que tenía tres horas de encontrarse retenida.

d) —Asfixia Intra-Uterina por Trabajo Prolongado

Datos Estadísticos—Cuenta con un solo caso, el N° 66, (V Cuadro IV-bis) Era un feto a término, al que le latió el corazón durante cinco minutos, por lo cual ha sido agrupado entre los muertos en la primer semana, aunque no respiró.

Esta causa tiene un tres por ciento en el total de niños muertos en la primer semana, (1 caso en 34), y un 8.33% entre los fetos a término que fallecieron en el mismo tiempo, (1 caso en 12).

Descripción del Caso—Se trata de una primipara de 19 años de edad, que parió un feto de 3,700 grs. Ingreso al Servicio de Maternidad 8 horas antes de que se efectuara el parto, el trabajo del cual duró 34 horas y solamente el periodo de expulsión duró 5 horas, pues en un tacto practicado cuatro horas antes de que el parto se verificara, hallaron el cuello completamente dilatado y la cabeza a un dedo abajo de las espaldas. En un examen practicado previamente, habían comprobado un conjugado verdadero, (diámetro útil de Pinard), de 10.5 cms, por lo cual habían ordenado una radiografía investigando desproporción cefalopélvica. El radiólogo opino que no había desproporción.

Sugerencias Profilácticas—Este caso pertenece a la categoría de los que se pudieron evitar en el Servicio de Maternidad. Mediante la radiografía se conocieron los diámetros internos de la pelvis y también los de la cabeza fetal y, aunque los de la pelvis estaban reducidos, no había en realidad desproporción, por lo cual al observar que se prolongaba el periodo de expulsión, debieron haber aplicado forceps.

Resumiendo las sugerencias profilácticas para todo el grupo de muertes fetales por asfixia intra-uterina, tenemos 8 casos, que se pudieron evitar en el Servicio de Maternidad, 4 de fácil evitabilidad, 4 de difícil evitabilidad y 6 inevitables.

CAPITULO V

Trauma Obstétrico

Basandome en el tiempo que duró el trabajo del parto, he dividido en dos agrupaciones esta causa de muerte: aquellas en las que la duración del trabajo del parto fue normal, que intitulo "**Muerte por hemorragia meníngea**", por haber encontrado dicha lesión en todos esos casos, y aquellas en que el trabajo se prolongó de una manera anormal, las que llamo simplemente "**Muerte por trabajo prolongado**".

Datos Estadísticos—Las muertes atribuidas a trauma obstétrico, se encuentran, con su clasificación y proporción respectivas, en el cuadro siguiente.

MORTINATALIDAD Y MORTALIDAD PRECOZ ATRIBUIDAS A TRAUMA OBSTETRICO EN 66 NACIDOS MUERTOS Y 34 FALLECIDOS EN LA PRIMER SEMANA, ENTRE 1,115 NACIMIENTOS, DE LOS CUALES 236 NIÑOS PESABAN MENOS DE 2,500 GRAMOS Y 879 TENIAN UN PESO MAYOR DE 2,500 GRAMOS

CLASIFICACION DEL TRAUMA OBSTETRICO	FESO MENOR A 2,500 GRAMCS				TOTAL	PESO MAYOR DE 2 50			TOTAL DE MORTI NATA LIDAD	TOTAL DE MORTA LIDAD PRECOZ	GRAND TOTAL
	MORTINATI LIDAD		MORTALIDAD PRECOZ			MORTI NATAL	MORTAL PRECOZ	TOTAL			
	Prema- turo	Débil Cong	Prema- turo	Débil Cong							
HEMORRAGIA MENINGEA											
Sin causa aparente	2	—	3	—	5	—	—	—	2	3	5
Gemelo con prociencia de miembros	—	1	—	—	1	—	—	—	1	—	1
TRABAJO PROLONGADO											
Presentación anormal	1	1	—	—	2	1	—	1	3	—	3
Rigidez del cuello	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1
Atonía uterina	—	—	1	—	1	1	—	1	1	1	2
TOTALES	3	2	4	—	9	2	1	3	7	5	12

CUADRO V

Nota De las 100 muertes estudiadas, 57 fueron de niños que pesaban menos de 2,500 gramos

El trauma obstetico, (V Cuadros I, II y V), representa

El 11% en el total de 1,115 nacimientos

El 03% en los 879 niños a termino

El 38% en los 236 niños que nacieron pesando menos de 2,500

gms

El 158% en los 57 niños que fallecieron pesando menos de 2,500

El 120% en los 100 casos de muerte estudiados

El 105% en los 66 niños que en total nacieron muertos

El 103% en los 29 prematuros que nacieron muertos

El 64% en los 31 a termino que nacieron muertos

El 333% en los 6 debiles congenitos que nacieron muertos

El 147% en los 34 niños que en total fallecieron en la 1er se-

mana

El 222% en los 18 prematuros que fallecieron en la 1er semana

El 83% en los 12 a termino que fallecieron en la 1er semana

El trauma obstetico es factor importante de mortalidad y de mortalidad precoz. Afecta en una proporcion mucho mayor a los niños de peso inferior a 2 500 gramos, en relacion con los niños de peso superior

a) —**Muerte por Hemorragia Menígea**—En este grupo reunen todos aquellos casos de niños que fallecieron por trauma obstétrico y que presentaron hemorragia meníngea como unica lesion anatomica y en los cuales la duracion del trabajo del parto fue normal, no se vaya a pensar por eso que estudio aquí todos los casos de hemorragia meníngea ocasionados por trauma obstetico, sino que tambien en el grupo siguiente hay casos de hemorragia meníngea, pero en los cuales se encuentra ademas, de por medio, el trabajo prolongado, habiendo sido esto ultimo, lo que me sirvio para diferenciar unos de otros, me parece que en esta forma se facilita su estudio de conjunto. Aunque como se ve, hallandose la hemorragia meníngea en niños de los dos grupos, este titulo deja bastante que desear

Tenemos seis casos que forman este nucleo. Cinco eran prematuros y en ellos la prematurez fue un importante factor, como se verá mas adelante, y uno, un debil congenito, resultante de un embarazo gemelar. El niño nacio con prociencia de miembros. Es en atencion a esto, que he adoptado, para dichos casos de trauma obstetico con hemorragia meníngea, los sub-titulos "sin causa aparente" y "gemelo con prociencia de miembros"

1) —**Sin Causa Aparente**

Datos Estadísticos—Como lo acabo de decir, cuenta con cinco prematuros, de ellos dos nacieron muertos y tres fallecieron en la primer semana, (V Cuadro V). Le corresponde un 88% en el total de 57 casos de niños que fallecieron pesando menos de 2,500 gramos. Tiene un 68% en relación con el total de 29 prematuros que nacieron muertos y 167% para los 18 prematuros que fallecieron en la primera semana

Descripcion de los Casos—En los cinco casos que ahora estudio, el trabajo del parto duro en cuatro de ellos menos de once horas y en el otro su duracion fue desconocida. El peso de estos niños era en uno (Nº 38), de 1 200 grs, en otro (Nº 70) 1 700 grs, en otro (Nº 85) 1 220 grs, en el siguiente (Nº 93) 1 600 grs, y en el ultimo, (Nº 99) 1 300 gramos. Se debio al poco peso que tenian estos niños, que fueran muy fragiles y bastara el frotamiento contra las partes oseas y blandas al pasar por el canal pelvi-genital para que se produjera la hemorragia meningea y a causa de ella, la muerte inmediata de dos fetos (Nos 38 y 99), en las primeras quince horas para los dos siguientes (Nos 85 y 93), y a los dos dias para el ultimo (Nº 70). Si nos fijamos en el peso de estos niños, nos damos cuenta de que el simple paso por el canal pelvi-genital, cuando era de duracion normal, no fue capaz, el solo, de ocasionar la muerte de ningún niño que pesara mas de 2 000 grs, o en otras palabras, que el frotamiento que no llega a ocasionarla en unos, la provoco en otros.

Es por lo que he dicho que catalogo las muertes de estos prematuros como debidas a trauma obstetrico, siendo el agente traumatizante el canal pelvi-genital. Aunque la muerte sea considerada como debida a trauma obstetrico, lo que interesa en estos casos es conocer las causas que ocasionaron el nacimiento prematuro, que vuelve al recién nacido sensible a traumatismos que los niños normales soportan bien, y así al tratar dichas causas se evita el nacimiento antes de tiempo y la consiguiente fragilidad vascular.

Causas de la Prematurez en Estos Casos—En el primero (Nº 38), la madre comenzo a padecer, desde dos meses antes del parto, de fiebres cotidianas, enflaquecimiento y palidez de sus tegumentos, fue por estos trastornos y porque la paciente provenia del Puerto de La Libertad, que la trataron como paludica en el Servicio de Maternidad, habiendole inyectado dos ampollas de quinoforno. En un hemograma practicado despues del parto se dieron cuenta de que la causa de los padecimientos de esta enferma era una anemia hipercromica. Fue esta enfermedad asociada a la quinina la que ocasiono el parto prematuro.

En otro caso, (Nº 70), la embarazada comenzo a padecer, desde 3 meses antes del parto, de fiebres y calenturas. Ingreso al Servicio de Maternidad en estado de caquexia paludica (edemas generalizados y bazo palpable) y con un embarazo gemelar acompañado de hidamnios. Fueron estas las causas del parto prematuro.

En otro caso, (Nº 85), se trato de una embarazada que tenia cinco meses de vivir a las orillas del río Lempa, desde un mes antes del parto comenzo a padecer de fiebres y calenturas y en su sangre se encontro plasmodium falciparum (formas anulares). Por lo tanto, en este caso la causa de la prematurez fue el paludismo.

En el caso siguiente, (Nº 93), la embarazada presento hemorragia por la vulva, en regular cantidad, segun decia ella, durante los quince días que precedieron al parto. No obstante que desconozco el origen de estas hemorragias, atribuyo a ellas la prematurez.

En el último de estos casos, (Nº 99), la única causa que parece haber sido responsable de la prematurez, fue la falta de reposo. Hay

que hacer notar que el embarazo duro solamente seis y medio meses y teniendo presente el fin que se persigue al investigar las causas, nos damos cuenta de que la solucion, que seria aconsejar el reposo, no se puede llevar a la practica, pues no creo indicado aconsejar a todas las mujeres que reposen desde los primeros meses de la gestacion

2) —Hemorragia Menígea en un Gemelo que Presentó Procidencia de Miembros—Fue intentando obtener un orden que me permitiera hacer un mejor estudio de conjunto de las causas de muerte, que hice estas subdivisiones, pero siempre me quedaron, como en esta ocasion, casos aislados

Voy a estudiar aqui un solo caso, N° 20, en el cual, a pesar de tratarse de un embarazo de 9 meses de duracion, el feto peso unicamente 1 900 grs y nacio muerto Le corresponde 16 66%, (V Cuadro V), en el total de debiles congenitos nacidos muertos y en relacion con los 57 niños que fallecieron pesando menos de 2 500 grs, le toca un 1 75%

Descripción del Caso—La madre era una primipara de 15 años de edad, con embarazo gemelar El primer feto nacio normalmente y dos horas y media despues de su expulsion comprobaban que el segundo feto se encontraba de vértice, con procidencias de una mano y de los pies Redujeron aquellas y aplicaron forceps, pero como deslizaran las cucharas, practicaron una version por maniobras internas Al verificar la autopsia encontré hemorragia menígea

Sugerencias Profilácticas para las Muertes por Trauma Obstétrico con Hemorragia Menígea—En un caso, la muerte del niño se pudo evitar en el Servicio de Maternidad Tres casos pertenecen a la categoria de los de facil evitabilidad, uno, a los de dificil evitabilidad, y otro, a los inevitables

El caso que se pudo evitar en el Servicio de Maternidad es el N° 20 Por tratarse de un debil congenito era necesario, mas que en ningun otro caso, evitar en lo posible que pudiera ser lesionado Se podia prever que era un debil congenito, basandose en que la madre era una primipara poco desarrollada, porque se asistia un embarazo gemelar y tomando en cuenta el aspecto del primer feto Creo que si no se traumatiza al feto con el deslizamiento de las cucharas del forceps y, en vez de eso, se practica desde el primer momento la version por maniobras internas, se hubiera conseguido salvarlo Y, finalmente, pienso que si se logro practicar la version fue porque la presentacion estaba alta La aplicacion del forceps alto da generalmente malos resultados, lo que viene a recalcar que el forceps no debio haberse intentado

De los tres casos de facil evitabilidad, dos fueron de paludismo y uno de hemorragia durante los ultimos quince dias del embarazo Las tres madres residian en la capital y la asistencia prenatal hubiera salvado las vidas fetales En los dos primeros, mediante el tratamiento respectivo y en el otro es posible que, en la Clínica Pre-Natal, al examinarla, hubieran encontrado la causa de las hemorragias y entonces habrian podido controlarlas

Clasifico un caso, del grupo en estudio, como de difícil evitabilidad y es el de una embarazada que residía en el Puerto de La Libertad y tenía dos meses de estar padeciendo de anemia hiperclorémica, asociándose a esta causa la inyección de 2 grs de quinofolmo. La asistencia prenatal, con seguridad, hubiera evitado esta muerte, pero, en todo caso, el sitio de residencia materno lo torna difícilmente controlable.

Encontre una muerte inevitable, en el caso de un parto prematuro que ocurrió a los seis y medio meses de embarazo, en el cual no se halló ninguna enfermedad o accidente causante de la misma. La muerte fue ocasionada por la falta de reposo de la madre. Sobre este punto ya hice consideraciones en parrafos anteriores, cuando dije que no es razonable, por su impracticabilidad, aconsejar el reposo desde los primeros meses de embarazo.

b) —**Trauma Obstétrico por Trabajo Prolongado**—Se encuentran en este grupo, todos aquellos casos en los cuales la prolongación del trabajo del parto de una manera anormal produjo lesiones traumáticas que ocasionaron la muerte. La duración menor del trabajo del parto, fue de 33 horas.

En atención a la causa que provoco la prolongación del trabajo del parto, he subdividido estos casos en tres grupos:

1°—Aquellos en que la prolongación del trabajo del parto fue debida a presentación anormal del feto

2°—Aquellos en que fue debida a rigidez del cuello uterino

3°—Aquellos en los que probablemente la causa fue la atonía uterina

1°—**Presentación Anormal del Feto**

Datos Estadísticos—Tres casos forman este sub-grupo, (V Cuadro V), habiendo todos nacido muertos. Uno de ellos era prematuro, el otro, debil congénito, y el ultimo, feto a término.

En el total de 57 casos que fallecieron pesando menos de 2500 grs, le corresponde un 35%, en el total de 66 nacidos muertos, 45%; para los 39 prematuros nacidos muertos, es responsable del 34%, para los 31 fetos a término nacidos muertos, le toca 31% y para los 6 debiles congénitos nacidos muertos, 16.7%

Descripción de los Casos—En uno de ellos, (N° 55), el trabajo del parto fue de 45 horas, en otro, N° 32, fue de 48 horas y en el otro, N° 19, la parturienta acusaba dolores desde hacia mas de 100 horas, pero en este ultimo caso, no se conocí con exactitud cuánto duraron las contracciones uterinas en una forma rítmica, para, en realidad, poder establecer, con seguridad, lo que tardó el trabajo del parto.

El N° 19, es el de una primípara de 29 años, con embarazo gemelar, que parió, despues de ocho meses veinte días de gestación, primero este feto muerto de 1780 grs de peso y luego otro feto que nació

vivo Los dolores abdominales intermitentes le habían comenzado mas de 100 horas antes de verificarse el parto El primer feto nació en presentación de frente y, a su autopsia, encontró el cráneo muy déformado, con marcada distorsión de las protuberancias parietales y voluminosa bolsa sero-sanguínea

El caso N° 32, fue el de una madre de 21 años de edad, que ha tenido 3 hijos y con un embarazo de 8 meses El trabajo del parto duro 48 horas Al ingresar al Servicio le practicaron un tacto rectal y, por error de diagnóstico, creyeron que se trataba de una presentación alta, movable y que el cuello del útero estaba cerrado Pero unos momentos después salió el brazo derecho por la vulva y fue solo entonces cuando se dieron cuenta de que estaban en presencia de una presentación de hombro En vista de esto, la parturienta fue conducida a la Sala de Operaciones, con el objeto de practicarle una versión por maniobras internas, al llegar a la Sala, la parturienta, espontáneamente, tuvo un feto en conduplicato corpore Halle, a la autopsia, que el bazo y los riñones estaban muy traumatizados y, además, también hallé un pequeño hematoma extra-ductoamniótico

En cuanto al N° 55, fue el de una madre de 26 años de edad, que ha tenido 4 embarazos y de los cuales éste es el tercer parto A pesar de terminar mediante fórceps el trabajo duró 45 horas Después de 15 horas de estar en trabajo, fue asistida por una comadrona que, al fracasar con sus procedimientos para acelerar el parto, la envió al Hospital, en donde ingreso a las 26 horas de estar en trabajo Permanece en el Servicio de Maternidad dieciocho y media horas antes de que se le practique el primer examen, lo que equivale a decir, que no fue examinada sino hasta las cuarenta y cuatro y media horas de estar en trabajo Al examen, comprobaban presentación de cara en posición mento-ilíaca anterior, el cuello del útero completamente dilatado y el feto fetal bueno Practicaron un fórceps y extrajeron un feto muerto que presentaba una gran deformación craneana

2°—Rigidez del Cuello Uterino.

Datos Estadísticos—Una muerte se debió a esta causa, (V Cuadro V), fue la de un niño a término que vivió 8 horas Su porcentaje con relación a los 34 niños que fallecieron en la primera semana de vida es 3% y para los 12 niños a término que fallecieron en el mismo periodo es de 83%

Descripción del Caso—Se trataba, (N° 37), de una primípara de 37 años de edad, con embarazo de 9 meses de duración y el trabajo del parto fue de 43 y media horas Ingresó al Servicio de Maternidad a las 19 horas de estar en trabajo y hasta 19 horas después de estar allí, le practicaron el primer examen, mediante el cual comprobaron presentación de vértice y dilatación del cuello de dos centímetros e indicaron una ampolla de 1 centigramo de morfina El parto se efectuó cinco horas y media mas tarde, el niño permaneció cianótico mientras vivió y, a la autopsia, la principal lesión que encontré fue hemorragia cerebro-meníngea

3º—Probable Atonía Uterina

Datos Estadísticos—Cuenta este sub-grupo con dos casos uno fue un feto a término, que nació muerto, y el otro, un niño prematuro, que vivió cinco días, (V Cuadro V)

En los 66 casos de fetos nacidos muertos, su porcentaje es de uno y medio, y en los fetos a término, 3 2% En la mortalidad precoz contribuyó con el 3% y con el 5 5% para los 18 prematuros que fallecieron en la primera semana

Descripción de los Casos—En uno, (Nº 8), por medio de la autopsia compruebo una hemorragia meníngea en un niño de 1 860 gms de peso La madre era una primípara de 25 años de edad que tuvo un embarazo complicado con hidramnios, el embarazo terminó a los siete y medio meses, después de un trabajo del parto de 39 horas de duración

En el otro caso, (Nº 87), era una embarazada de 37 años que ha tenido 3 embarazos, siendo éste el segundo parto El embarazo duró 9 meses y el trabajo del parto, 33 horas A las 22 horas de estar en trabajo, la dilatación del cuello fue completa, pero como dos horas después no había progresado la presentación, el doctor inferió que la asistía, le propuso que le practicaran un forceps, lo que la paciente rehusó en ese momento, decidiéndose a ello seis horas más tarde, llevándose a cabo la intervención cuando la parturienta tenía tres horas de haberse decidido Extrajeron un feto que presentaba asfíxia cerebral Como puede verse, por los datos anteriores, el período de expulsión fue demasiado prolongado, pues duró 11 horas

Sugerencias Profilácticas—De los seis casos que fallecieron por esta causa, tres son de la categoría de los que se pudieron evitar en el Servicio de Maternidad, dos pertenecen a los de difícil evitabilidad y uno era inevitable

De los tres casos que se pudieron evitar en el Servicio, en dos no se consiguió por no haber examinado a las parturientas cuando ingresaron Uno de los casos fue el de la embarazada que después de ingresar a las 26 horas de estar en trabajo, tuvo que esperar todavía dieciocho y media horas más para ser examinada Es hasta entonces que, al darse cuenta de que se trataba de una presentación de cara mento-ilíaca izquierda anterior, aplicaron forceps, si esta intervención se hubiese realizado 18 horas antes, probablemente se hubiera salvado al feto

En el caso de rigidez uterina, se indicó morfina cuando el cuello tenía 2 cms de dilatación, verificándose el parto cinco y media horas después Si esta misma prescripción se hubiera hecho cuando la enferma ingresó al Servicio, 19 horas antes, se habría conseguido un feto vivo

Fue por un error de diagnóstico que en el tercero de los casos que describo, no se dieron cuenta de que se trataba de un prematuro en presentación anormal Un buen examen practicado a tiempo, hubiera permitido reconocer esta presentación y, con ello, comprender la nece-

sidad de practicar una version por maniobras internas, evitando de esta manera que nacieran simultaneamente la cabeza y el tronco

Casos de dificil evitabilidad hubo dos, en uno, la parturienta residia fuera de la capital e ingreso al Servicio despues de mucho tiempo de estar en trabajo, (es el caso del gemelo en presentacion de frente) Es posible que en buenas condiciones del medio se hubiese evitado esta muerte fetal, con una aplicacion de forceps a tiempo

El otro caso es aquel en el que la embarazada rehusaba la intervencion y en el cual el periodo de expulsion duró 11 horas Es la educacion del pueblo sobre maternidad la única que puede evitar esta clase de muertes fetales Porque es la ignorancia de las madres la que pone en peligro la vida de sus fetos, rehusando una intervencion, que de todos modos, han de aceptar mas tarde

Como caso inevitable en este grupo, solo encuentro uno El de un embarazo con hidramnios y trabajo del parto de 39 horas de duracion Lo mas probable es que la prolongacion del trabajo del parto se debió a atonia uterina, pero no pude obtener datos sobre la evolucion del trabajo del parto, y, en consecuencia, no podria indicar la forma como acortarlo

Dando un vistazo al conjunto de sugerencias profilacticas para los casos de muerte por trauma obstétrico en general, tenemos muertes que se pudo evitar en el Servicio, 4, muertes de facil evitabilidad, 3, muertes de dificil evitabilidad, 3, y muertes inevitables, 2

CAPITULO VI

Asfixia Intia-uterina y Trauma Obstétrico

En este grupo estudio aquellos casos en los cuales se encontraron asociados la asfixia y el trauma durante el parto Lo forman unicamente dos casos de fetos a termino que nacieron muertos y, en ambos, fue la prolongacion anormal del trabajo del parto la que ocasiono los trastornos aludidos El caso en el cual el trabajo del parto fue de menor duracion se desarrollo en 35 horas, terminando mediante un forceps

Datos Estadísticos—Como datos estadisticos, (V Cuadros I y II), asfixia y trauma representan

El 02% en el total de 1 115 nacimientos

El 02% en los 879 niños a termino

El 20% en los 100 casos de muertes estudiados

El 30% en los 66 niños que en total nacieron muertos

El 64% en los 31 a termino que nacieron muertos

Si en el Cuadro II comparamos los porcentajes de esta causa con los de la toxemia gravidica, notamos que ambas desempeñaron papeles identicos

Descripción de los Casos—Como causas del trabajo prolongado encontré en un caso estrechez pelvica, y en el otro solamente que la madre era una primípara de 34 años En primíparas de esta última

edad, las partes blandas son menos elasticas

El primer caso, (Nº 6), se refiere a una primipara de 17 años con pelvis un tanto estrecha, quien tuvo espontáneamente, despues de un trabajo de parto de 36 horas de duracion, un feto de 3 270 gms del peso, presentado este un atascamiento por meconio de las vias respiratorias y, ademas, hemorragia meníngea y asfíxia cerebral

En cuanto al segundo caso, Nº 49, era la madre una primipara de 34 años de edad, que ingresó al Servicio a las 22 horas de estar en trabajo y dos horas despues de que se le habia roto la bolsa de las aguas. A las 8 horas de estar la parturienta en el Servicio, coronó la cabeza fetal y esta paso en dicha fórmula, a presencia del practicante que la asistia, hasta cerca de cinco horas despues, momento en que se extrajo el feto con toda facilidad, por medio de la aplicacion de un forceps bajo. Al practicar la autopsia, encontré los alveolos llenos de meconio, sufusiones sanguíneas en el miocardio y hemorragia meníngea con asfíxia cerebral

Sugerencias Profilácticas —Estas dos muertes fetales pertenecen a la categoria de las que se pudieron evitar en el Servicio de Maternidad, lo que se hubiera conseguido, en cada caso, con aplicacion de forceps a tiempo. Con respecto al segundo caso, es harto duro concebir que ello pueda suceder en un hospital

CAPITULO VII

Trabajo Prolongado

Relato en este grupo 8 casos de muerte por prolongacion anormal del trabajo del parto, pero solo comprendo aquellos en los que, a pesar de la referida prolongacion, no se comprobó en la autopsia ninguna lesión patológica. El total de muertes ocasionadas por esta causa fue de 17, mas como ya se vio en los primeros 9 referidos, en 6 de ellos hubo lesiones traumáticas en los fetos, en dos, asfíxia y lesiones traumáticas y en el otro, solamente asfíxia

Datos Estadísticos —Para conocer estos datos, examinemos, primero, en el cuadro siguiente, la forma en que se encuentran repartidos los casos de muerte de este grupo

MORTINATALIDAD Y MORTALIDAD PRECOZ ATRIBUIDAS A TRABAJO PROLONGADO EN 66 NACIDOS MUERTOS Y 34 FALLECIDOS EN LA PRIMER SEMANA, ENTRE 1,115 NACIMIENTOS, DE LOS CUALES 236 NIÑOS PESABAN MENOS DE 2,500 GRAMOS Y 879 TENIAN UN PESO MAYOR DE 2,500 GRAMOS

CLASIFICACION DEL TRABAJO PROLONGADO	PESO MENOR A 2 500 GRANOS					PESO MAYOR DE 2,500			TOTAL DE MORTINATALIDAD	TOTAL DE MORTALIDAD PRECOZ	GRAND TOTAL
	MORTINATALIDAD		MORTALIDAD PRECOZ		TOTAL	MORTINATAL A Término	MORTAL PRECOZ A Término	TOTAL			
	Prematuro	Débil Cong	Prematuro	Débil Cong							
Estrechez Pélvica	—	1	—	—	1	2	—	2	3	—	3
Rigidez del cuello	—	—	—	—	—	1	1	2	1	1	2
Varias	1	—	—	—	1	1	1	2	2	1	3
TOTALES	1	1	—	—	2	4	2	6	6	2	8

CUADRO VI

NOTA De las 100 muertes estudiadas, 57 fueron de niños que pesaban menos de 2 500 gramos

- El trabajo prolongado, (V Cuadros I, II y VI), representa
- El 07% en el total de 1 115 nacimientos
- El 07% en los 879 niños a término
- El 08% en los 236 niños que nacieron pesando menos de 2 500 gms
- El 35% en los 57 niños que fallecieron pesando menos de 2 500 gms.
- El 80% en los 100 casos de muerte estudiados
- El 90% en los 66 niños que en total nacieron muertos.
- El 34% en los 29 prematuros que nacieron muertos,

El 12.9% en los 31 a término que nacieron muertos
El 16.7% en los 6 débiles congénitos que nacieron muertos
El 5.9% en los 34 niños que en total murieron en la 1er semana
El 16.7% en los 12 a término que fallecieron en la 1er semana.

Al observar los porcentajes anteriores, notamos que el trabajo prolongado es igual factor de mortinatalidad y mortalidad precoz tanto para los niños menores de 2,500 gms, como para los mayores de este peso.

Distribucion de los Casos—En este grupo la prolongacion del trabajo del parto fue ocasionada unas veces por estrechez pelvica, otras por rigidez del cuello del utero y, por ultimo, por causas diversas.

a) —**Estrechez Pélvica**

Datos Estadísticos—Los tres casos con que cuenta, son de fetos que nacieron muertos, —todos son a término, pero uno fue un débil congénito— (V. Cuadro VI)

Para los 31 fetos a término que nacieron muertos, esta causa contribuye con 6.45% y en los 6 débiles congénitos que también nacieron muertos suma 16.7%. Para los 57 niños que fallecieron pesando menos de 2,500 gms, le pertenece 1.75%.

Descripción de los Casos—El trabajo del parto duró, en uno (Nº 3), 100 horas, en otro, (Nº 71), 33'horas, y, en el tercero, (Nº 98), 57 horas.

En el primer caso, Nº 3, se trata de una primípara de 25 años de edad, que decía tener fuertes dolores abdominales intermitentes desde cinco días antes del parto. Sus diámetros pélvicos externos estaban disminuidos, pero sobre todo, el antero-posterior, que era de 17 cms. Como en el Servicio comprobaron que la cabeza estaba encajada y que el trabajo no progresaba, la parturienta fue llevada a la Sala de Operaciones, ya estando aquí, opinan que la cabeza no estaba encajada y que lo que daba tal impresión era una bolsa sero-sanguínea voluminosa, (como puede notar a la autopsia, la bolsa sero-sanguínea no era voluminosa), en aquella ciencia intentaron practicar una versión por maniobras internas, pero para llevarla a cabo tuvieron que desencajar previamente la cabeza, y extrajeron un feto de 3.170 gms, a cuya autopsia no encontré ninguna lesión capaz de ocasionar la muerte.

En el segundo caso, Nº 31, era una secundípara de 26 años de edad, su primer niño nació muerto después de un trabajo de parto de treinta horas, y con relación al de este caso, el trabajo duró 33 horas, de las cuales 29 paso en el Servicio. Todos los diámetros pélvicos externos de la parturienta estaban disminuidos. El niño nació pesando 2,300 gms, a pesar de tener 9 meses de vida intra-uterina, a la autopsia que le practiqué, no comprobé ninguna lesión traumática, sino que una malformación congénita, consistente en una degeneración poliústica del riñón derecho, compensada con la hipertrofia del otro riñón.

El último de estos casos, N° 98, fue el de una multipara de 25 años de edad, que ha tenido 4 partos antes de este, tres de los cuales fueron distócicos y con fetos muertos, todos los diámetros pélvicos externos de la parturienta estaban disminuidos. El trabajo del parto duró 57 horas y la bolsa de las aguas se había roto 46 horas antes del parto. En el examen que le practicaron en el Servicio, poco después de su ingreso, comprobaron feto muerto, presentación de hombro, contractura uterina y conjugado verdadero de 105 cms. En vista de todo esto, practicaron la embriotomía en banda, pero, por ser muy voluminosa la cabeza, tuvieron que hacer una basiotripsia. La cabeza midió 31 cms, de circunferencia, después que habían vaciado el cráneo y todo el feto sin cerebro y exangüe pesó 2,300 grs.

Sugerencias Profilácticas—De estas tres muertes, una se pudo evitar en el Servicio, otra era de fácil evitabilidad y la última, de difícil evitabilidad. En la primera se debió practicar una gran extracción podálica, (Caso N° 71), al observar que se prolongaba el trabajo del parto y estando el feto de pelvis, hubo tiempo suficiente, pues la paciente permaneció 29 horas en el Servicio. En el caso N° 98, de fácil evitabilidad, la parturienta residía en esta capital y si se hubiese hecho asistida particularmente por un médico, o bien en el Hospital, le hubiera sido practicada una cesarea a tiempo, es decir, unas 40 horas antes, en vista de todos los datos relacionados, (distocias anteriores, estrechez pélvica, trabajo prolongado y presentación anormal). Por último, el caso de evitabilidad difícil, (N° 3), era una parturienta de San Juan Talpa, que ingresó muy tarde al Servicio, una versión por maniobras internas practicada a tiempo había salvado al feto. Sin embargo, es difícil convencer a estas embarazadas de poblaciones alejadas de la metrópoli para que se dirijan a tiempo al Hospital y también es difícil proporcionar asistencia médica gratuita a las enfermas pobres que viven en tales lugares.

b) —Rigidez del Cuello Uterino

Datos Estadísticos—Comprende dos casos, en uno de los cuales el niño nació muerto y en el otro vivió un minuto, ambos fueron nacimientos a término, (V Cuadro VI). Para los 31 fetos a término que nacieron muertos, esta causa contribuye con 322% y para los 12 fetos a término que fallecieron en la primer semana de vida, con 833%.

Descripción de los Casos—El trabajo del parto del primero, N° 82, duró 45 horas y en el otro, N° 68, 41 horas, habiendo terminado mediante aplicación de forceps.

En el caso N° 82, la embarazada era una primipara de 26 años de edad, con embarazo a término, que ingresó al Servicio a los dos días de estar con dolores y cuando hacía 19 horas que éstos eran intensos. Tres horas y media después de su ingreso, le hicieron el primer examen y comprobaron que el cuello uterino era rígido y estaba dilatado 5 cms y, además, una presentación de vértice, con cabeza a un dedo abajo de las espinas, indicándole una ampolla de morfina de un centígramo, en seguida, o sea 7 horas después de habersele inyectado, la

moifina, le practican un nuevo examen y encuentran que la dilatacion del cuello era de 7 cms y con su borde siempre duro, aplicandole, entonces, una inyeccion de atropomofina, y a las 14 horas de habersele puesto esta ultima inyeccion se verifica el parto, naciendo un feto muerto de 2,800 grs de peso

El caso N° 68, fue el de una primipara de 18 años de edad, con embarazo a termino, que ingreso al Servicio de Maternidad, al no mas comenzarle los dolores A las 13 horas de estar en trabajo, le practicaron el primer examen, con el que comprobaron un cuello dilatado de 4 cms. y una presentacion de vertice a la altura de las espinas, transcurridas 24 horas de este examen, le practican un segundo y encuentran el mismo estado que en el anterior. Todavia pasan 4 horas más para que, debido al sufrimiento fetal, practiquen un forceps, previas incisiones en el cuello uterino, extrayendo, con dificultad, un feto que hizo una inspiracion fuerte y fallecio. A la autopsia, no presentó ninguna lesion traumática y tenia 3,300 grs de peso

Sugerencias Profilácticas—Los dos casos pertenecen a la categoría de los que pudieron ser salvados en el Servicio, en el numero ochenta y dos, al ver que fracasaba la morfina, por medio de incisiones en el cuello del utero, y, en el N° 68, efectuando una cesarea 20 horas antes. Pero estas pacientes no fueron debidamente vigiladas

c) —**Varias**

Datos Estadísticos—Este sub-grupo se compone de 3 casos dos en que los niños nacieron muertos y uno en que vivio 10 minutos (V. Cuadro VI)

De estos tres casos, dos fueron fetos a termino, uno de los cuales es el que vivio 10 minutos y el otro el que nació muerto, y el tercero fue un prematuro que nació muerto. Esta causa tiene 3 4% del total de 29 prematuros nacidos muertos, 3 2% entre los 31 fetos a termino que nacieron muertos y 8 3% para los 12 fetos a termino que fallecieron en la primer semana. Con referencia a los 57 niños que fallecieron pesando menos de 2,500 grs, les corresponde 1 75%

Descripción de los Casos—El trabajo del parto duro en un caso 47 horas, (N° 4), en otro, (N° 29), 36 horas, y en el último, (N° 60), 94 horas. Como causas de la prolongacion del trabajo del parto, encontramos, en el primer caso, el embarazo gemelar, en el segundo, la primiparidad, acompañada de un feto de dimensiones mayores que las del termino medio, y en el tercero, que se encontraba un tanto macerado, la causa de la prolongación del trabajo del parto, se nos escapa

El caso N° 4, trata de una multipara de 35 años, que ha tenido 7 partos, incluyendo el que se estudia, que fue un parto gemelar, cuyo trabajo duro 47 horas, el primer gemelo nació de vertice y vivió y, el segundo, nació de pelvis y se encontraba muerto. Este feto pesaba 2,250 grs y tenia 7 y medio meses de vida intra-uterina, al practicarle la autopsia no le encontré ninguna lesion.

El segundo caso, N° 29, fue el de una primipara de 16 años de edad, que, conforme a la menstruación, tuvo un embarazo de 10 meses de duración, el trabajo del parto duró 36 horas y el período expulsivo fue, por lo menos, de 4 horas, el niño nació de vértice, hizo unos cuantos movimientos respiratorios y, luego, murió. Pesaba 3,720 grs y no encontré ninguna lesión fetal capaz de ocasionar la muerte.

En el último caso, N° 60, nos encontramos frente a una primipara de 24 años de edad, que vino de Armenia, con embarazo a término y cuyo trabajo del parto duró 94 horas. La comadrona que la asistió en su pueblo, le había inyectado 4 ampollas de pituitina, y cuando la parturienta ingresó al Servicio, el útero estaba tetanizado, el cuello completamente dilatado y el feto muerto, en presentación cefálica encajada. Al ver este estado de cosas extrajeron el feto aplicando un forceps, saliendo en seguida líquido amniótico sumamente fetido. El feto se encontraba macerado, su peso era de 3,300 grs y a la autopsia se halló que los bronquios y bronquiolos contenían meconio.

Sugerencias Profilácticas—Una de estas muertes pertenece a las que se pudieron evitar en el Servicio, otra a la categoría de difícil evitabilidad, y la última a la clasificación de las inevitables. La primera, N° 29, es de un niño que verificó unas cuantas inspiraciones, no obstante que el período de expulsión duró más de 4 horas. Creo que aquí la conducta a seguir hubiera sido un forceps aplicado, cuando menos, unas tres horas antes. En la categoría de difícil evitabilidad, coloco el caso N° 60, el cual habría sido posible evitar, si en su pueblo hubiese tenido una buena asistencia particular, practicándole un forceps a tiempo. Pero basta considerar la falta de facilidades en su localidad de origen, para clasificar esta muerte en las que con dificultad pueden ser evitadas. Por último, la muerte que considero como inevitable, es la del caso N° 4, por ser incontrolable la causa de ese trabajo prolongado.

Haciendo una revisión de las sugerencias profilácticas en los casos cuyo conjunto forma el grupo de las muertes por trabajo prolongado, tenemos que se pudieron evitar en el Servicio, 4 muertes; que una fue de fácil evitabilidad, que dos fueron de difícil evitabilidad, y una para la categoría de las inevitables.

CAPITULO VIII

Debilidad General

Bajo esta denominación he reunido 10 casos en los cuales no encontré ninguna causa materna durante el parto, ni tampoco lesión anatómica fetal, —patológica o congénita,— capaz de explicar la muerte, fuera del poco peso corporal de que adolecían los niños en todos estos casos, el que más peso de ellos fue 1,920 grs.

Integran este grupo cuatro casos de debilidad congénita y seis de prematuridad. En todos se practicó autopsia completa. En 7, se hizo estudio microscópico de varios órganos, en 8, que vivieron, se inves-

tigó sobre los trastornos que habían presentado en su tiempo de vida, encontrando, únicamente, dificultades digestivas y respiratorias debidas a su misma debilidad

Probablemente, estas muertes que se atribuyen a la debilidad general sola, disminuyan mediante mejores técnicas de autopsia y mayor número de estudios histológicos, lo que hara posible que se encuentre la causa anatómica de tales muertes Sin embargo, mientras eso no sea una realidad, opino, de acuerdo con Carl Joseph Fischer, de la Clínica Wochenschrift, de Viena, que se debe seguir sosteniendo, en todos los trabajos que al respecto se hagan, el grupo de muertes por debilidad general

Datos Estadísticos—Las muertes de este grupo, son la décima parte del total de casos en estudio, lo cual constituye un nivel bastante elevado Mostrare en el cuadro siguiente cómo se encuentran repartidas estas muertes Vease el Cuadro en la página que sigue

MORTINATALIDAD Y MORTALIDAD PRECOZ ATRIBUIDAS A DEBILIDAD GENERAL SOLA EN 66 NACIDOS MUERTOS Y 34 FALLECIDOS EN LA PRIMER SEMANA, ENTRE 1,115 NACIMIENTOS, DE LOS CUALES 236 NIÑOS PESABAN MENOS DE 2,500 GRAMOS Y 879 TENIAN UN PESO MAYOR DE 2,500 GRAMOS

CLASIFICACION DE DEBILIDAD GENERAL SOLA	PESO MENOR A 2 500 GRAMOS					PESO MAYOR DE 2,500			TOTAL DE MORTI NATA LIDAD	TOTAL DE MORTA LIDAD PRECOZ	GRAND TOTAL
	MORTINA- TA IDAD		MORTALIDAD PRECOZ		TOTAL	MORTI- NATAL A Térr- mino	MORTAL PRECOZ A Térr- mino	TOTAL			
	Prema- tur	Débil Cong	Prema- turo	Débil Cong							
Hidramnios	1	1	2	—	4	—	—	—	2	2	4
Hemorragia por la vulva	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	1
Enfermedades durante el embarazo	1	1	—	—	2	—	—	—	2	—	2
Falta de reposo	—	—	1	2	3	—	—	—	—	3	3
TOTALES	2	2	4	2	10	—	—	—	4	6	10

CUADRO VII

NOTA De las 100 muertes estudiadas, 57 fueron niños que pesaban menos de 2,500 grs

La debilidad general, (V Cuadros I, II, y VII), representa

El 09% en el total de 1,115 nacimientos

El 42% en los 236 niños que nacieron pesando menos de 2,500 grs

El 175% en los 57 niños que murieron pesando menos de 2,500 grs

El 100% en los 100 casos de muerte estudiados.

El 60% en los 66 niños que en total nacieron muertos
El 69% en los 29 prematuros que nacieron muertos
El 33.3% en los 6 débiles congénitos que nacieron muertos
El 17.6% en los 34 niños que en total fallecieron en la 1er semana
El 22.2% en los 18 prematuros que fallecieron en la 1er semana
El 50.0% en los 4 débiles congénitos que fallecieron en la 1er semana

Distribucion de los Casos—Segun la causa materna que ocasiono la debilidad general, distribuyo esta en cuatro sub-grupos, asi

- a) —Hidramnios
- b) —Hemorragia por la vulva, de causa indeterminada
- c) —Enfermedades maternas durante el embarazo
- d) —Falta de reposo durante el embarazo

a) —**Hidramnios.**

Datos Estadísticos.—Se encuentran comprendidos aquí, 4 casos. uno, debil congénito y uno, prematuro, que nacieron muertos, y dos prematuros que vivieron, uno 10 minutos y el otro 2 horas, (V Cuadro VII)

De donde tenemos que para los 29 prematuros que nacieron muertos, hay 34.4% y para los 6 débiles congénitos que nacieron muertos, 16.7%. Pertenece aquí el 11.0% de los prematuros que fallecieron en la primer semana, (2 casos en 18). Entre los 57 niños que en total fallecieron pesando menos de 2,500 grs, cuenta con el 7.0%

Descripción de los Casos—En dos de los niños la debilidad general fue ocasionada por un embarazo gemelar con hidramnios y en los otros dos fue por hidramnios únicamente

En los dos primeros, (Nos 40 y 41), la madre era una gran multipara de 36 años de edad, que ha tenido antes de éste, seis partos a término. El embarazo del caso en estudio duro seis y medio meses y el trabajo del parto, 24 horas. Al practicarle la ruptura artificial de la bolsa de las aguas, expulso unos cuatro litros de liquido amniótico. De los dos fetos, el primero nació muerto, pesaba 1,750 grs y presentaba malformaciones congénitas, consistentes en comunicacion interventricular, asi como riñones ectopicos en herniatura. El segundo, vivio 2 horas, durante las cuales se realizaron inutilmente toda clase de esfuerzos para lograr que se regularizara la respiración, pesaba 1,500 gramos y tenía edema meníngeo.

La madre, en el caso N° 48, también era una gran multipara de 36 años de edad, que ha tenido en total 10 embarazos, todos a término. Ingresó al Servicio despues de siete y media horas de estar en trabajo, practicandosele, a las dos horas, un examen por el que comprobaron hidramnios y que la bolsa de las aguas hacía prominencia en la vulva, al rompersela, salieron tres litros de liquido amniótico, produciendose, desde ese momento, atonia uterina y no se encontró

el foco fetal Transcurridas hora y media, como el utero se mantenía en el mismo estado y, además, tratabase de una presentación de pelvis incompleta, practicaion una gran extracción podalica, obteniendo un feto muerto de 1,800 grs Verificada la autopsia, lo unico que hallé fue un ligero edema cerebri-meningeo

En el ultimo de estos casos, N° 91, la madre era una multipara de 40 años de edad, que ha tenido un aborto y, en total, 4 partos, efectuandose el que relaciono, a los seis y medio meses de embarazo Cuatro dias antes del parto, observa que su abdomen aumenta de volumen, crece con rapidez los dos dias siguientes, empezando al tercer dia a salirle agua por la vulva y pariendo al cuarto dia una niña que vivió 10 minutos y cuyo peso era de 1,000 gramos Al practicarle la autopsia, no encontré ninguna lesión capaz de ocasionar la muerte

En todos estos casos no se estableció ni sífilis, ni ninguna afección de las que se citan como causantes de hidramnios, (afecciones renales, cardiacas, enfermedades caquetizantes, etc) Todas estas madres fueron sanas durante el embarazo y lo que se nota en ellas son factores de otros ordenes, tales como edad avanzada, multiparidad, trabajos pesados y falta de reposo

Sugerencias Profilacticas—Las cuatro muertes fueron inevitables El hidramnios que ocasiono la debilidad general, es incontralable en estos casos Lo aconsejable sería indicarles a las madres que reposaran, por ser la falta de reposo uno de los factores encontrados en todas ellas, como coadyuvante evitable Pero, cualquier medida de esta naturaleza, debería ser extensiva a toda la republica, ya que, como se ve, dos de las madres vivian fuera de la capital

b) —Hemorragia Por la Vulva, de Causa Indeterminada

Datos Estadísticos—En esta causa solo se encontró un prematuro, que vivió cuatro dias, (V Cuadro VII) Esto representa, para 18 prematuros que fallecieron en la primer semana, 55% y para los 57 niños que fallecieron pesando menos de 2,500 grs, un 175%

Descripción del Caso—El N° 36, fue el de una primipara de 32 años de edad, que tuvo a los tres meses de estar embarazada una iminencia de aborto, por lo cual fue tratada en el Consultorio Prenatal del Boton Azul, con inyecciones de cuerpo amarillo El tratamiento dió buen resultado Siguió asistiendo regularmente a dicho Consultorio Siete dias antes del parto, se le presentan nuevamente las hemorragias, a las que, al principio, no les dió importancia por ser en pequeña cantidad Pero como se agravara, ingreso al Hospital cinco dias después Allí la trataron, sin éxito, con reposo y enemas laudanzadas, produciendose el parto a los dos dias de estar en ese Centro y cuando tenía seis meses diez dias de embarazo Dió a luz una niña de 1,500 grs, que vivió cuatro dias y a la autopsia de la cual sólo encontré edema meningeo Como unicas causas responsables de la prematurez, se encuentran predisposición al aborto y falta de reposo

Sugerencias Profilácticas—Este caso lo catalogo entre los inevitables. En algunas partes de EE UU AA han usado progesterin y vitamina "E" durante todo el embarazo en madres que han presentado inminencias de aborto. Pero esta practica medica, se puede decir, se reduce todavia a ensayos terapeuticos, pues faltan observaciones sobre un numero suficiente de casos, quedando los que se han hecho como simples trabajos experimentales.

c) —Enfermedades Maternas Durante el Embarazo

Datos Estadísticos—A este sub-grupo pertenecen 2 casos un prematuro y un debil congenito que nacieron muertos (V Cuadro VII). En la mortalidad por esta causa, corresponden 3 44% y 16 66% a los prematuros y debiles congenitos, respectivamente. De los 57 niños que fallecieron pesando menos de 2,500 grs, un 3 5% fue por esta causa.

Descripción de los Casos—La enfermedad causante de la debilidad general fue, en un caso, (Nº 100) paludismo y, en el otro, (Nº 13), tuberculosis.

En el caso Nº 100, se trata de una parturienta de 25 años de edad, que ha tenido dos embarazos, de los cuales el primero termino en un aborto al quinto mes y el otro, conforme a menstruacion, duro cinco meses veinte días. Sin embargo, como el feto midio 37 cms de largo y peso 1,040 grs, lo considero como un prematuro y no como un aborto, de acuerdo con lo que se dijo anteriormente, de que el criterio que debe predominar es el de la longitud fetal y no el de la duracion del embarazo conforme a las reglas. La madre estuvo padeciendo de paludismo durante todo el tercer mes del embarazo, fue tratada en el Consultorio Pre-Natal Municipal de la Cruz Blanca. Al Hospital ingreso a las 3 horas de estar en trabajo, con un feto en presentacion de hombro y cuello uterino de 4 cms de dilatacion, y como 2 horas despues el feto continuaba en la misma posición y la dilatacion del cuello era de 6 cms, le inyectaron una ampolla de atropomorfina, verificandose el parto espontaneamente, a las 4 y media horas de la inyeccion. A la autopsia no se encontro ninguna lesion capaz de ocasionar la muerte.

La madre del caso Nº 13, era una embarazada de 23 años de edad, que ha tenido en total 3 hijos, todos a termino. Presento los primeros sintomas funcionales de tuberculosis al quinto mes del embarazo y radiograficamente se comprobo una infiltracion fibro-caseosa cavitaria del vertice del pulmon derecho. Al cabo de 9 meses de embarazo, pario un feto de 1,900 grs, sin ninguna lesion macroscópica ni microscopicamente capaz de ocasionar la muerte.

Sugerencias Profilácticas—Los dos casos entran en el rubro de las muertes inevitables, en el primero, la causa fue el paludismo y la madre estuvo en tratamiento medico, pero debido al mal estado general de la parturienta, el parto se produjo antes de tiempo. Opino que la muerte se debe catalogar como inevitable, porque aunque se logró do-

minimizar la enfermedad, no se mejoró, sin embargo, el estado general de la paciente

En cuanto al segundo de los casos, al darse cuenta del tipo de tuberculosis materna, se debió interrumpir el embarazo desde el quinto mes, que fue cuando se diagnosticó la enfermedad. Con este proceder, es cierto, no se hubiera logrado salvar al feto, pero la intervención había sido ventajosa para la madre.

d) —Falta de Reposo Durante el Embarazo

A esta clase de muertes, las denomino como debidas a falta de reposo, por ser este el factor comun, aunque en cada uno de los casos se encontró asociado con el, otro factor distinto en cada caso. Uno de los casos aquí estudiados, es intermedio para el grupo anterior y el presente, por haber estado enferma la madre durante un mes, cuando tenía cinco meses de estar embarazada. En los demás casos, los otros factores que intervinieron, fueron en uno, el trabajo pesado y en el otro, una emoción fuerte.

Datos Estadísticos—Los tres casos de este sub-grupo pertenecen a los de mortalidad precoz, (V Cuadro VII) Uno fue un prematuro y los otros dos, débiles congénitos. En los 18 prematuros que fallecieron en la primer semana, estas causas tomaron parte con 55% y en los débiles congénitos que fallecieron por el conjunto de causas, el 60% pertenecía a este grupo. Para los 57 niños que fallecieron pesando menos de 2,500 grs, tres fueron por esta causa, lo que equivale a decir, 5.26%

Descripción de los Casos—En el primer caso, N° 44, la madre era una secundípara de 22 años, de oficio costurera, permaneció en cama durante todo el quinto mes del embarazo, probablemente con puerperio. El embarazo duro ocho y medio meses, al cabo de los cuales tuvo espontáneamente una niña que peso 1,190 grs al nacer y vivió 15 horas. A la autopsia no se encontró mas que asfixia cerebral de primer grado.

En el caso N° 34, la madre tenía 19 años de edad y ha tenido tres embarazos, todos a término. Desempeñaba un oficio pesado, pues cozinaba en un comedor. Trabajó durante todo el embarazo. Ha estado pesadamente alimentada durante el mismo. Al cabo de 9 meses de gestación, tuvo un niño de 1,920 grs, que falleció a las 6 horas, de haber nacido. Practicada la autopsia, lo unico que encontré fue edema de la plamadre. Como factores co-determinantes de la debilidad general del niño, se encuentran, en concurrencia con la falta de reposo y el trabajo pesado, la mala nutrición, la juventud materna y la frecuencia de embarazos.

En el ultimo caso, N° 96, la madre era una primípara de 19 años de edad, que tenía 8 meses de estar embarazada y se encontraba desempeñando su oficio en una costurería, cuando se cometió ahí un robo, lo que le produjo una emoción violenta. Al día siguiente, por la mañana, le comenzaron los dolores del parto y 7 horas despues tuvo un niño de 1,850 grs, que vivió solo tres y media horas. A la autopsia encontré un marcado edema meníngeo y atelectasia pulmonar, que se comprobó histológicamente en todos los fragmentos.

Sugerencias Profilácticas—Dos casos, que son el primero y el último de los citados, los considero como pertenecientes a la clase de fácil evitabilidad, en ambos se habría logrado salvar al feto mediante el reposo de la madre durante los últimos meses del embarazo. Lo que más se necesitó para evitar esas muertes fetales, fue la vigencia de leyes protectoras para las madres embarazadas pobres, tales como las que existen en el Ramo de Instrucción Pública para las Maestras en servicio y la Ley de Protección a las empleadas de Comercio, haciendo, al propio tiempo, propaganda amplia y concienzuda para convencer a esas madres de la conveniencia y necesidad de ese reposo.

El otro y último caso, lo juzgo de difícil evitabilidad, basándome en las miserables condiciones económicas de la madre. Para evitar las muertes en casos como éste, es menester la creación de verdaderos "Refugios", en donde las embarazadas obtengan, no sólo el reposo y alimentación convenientes, sino también las facilidades adecuadas para que puedan llevar a sus otros hijos pequeños, porque, de otro modo, la necesidad de ganar el sustento para ellos, les impide asistir a los "Refugios". El grado de dificultad para evitar las muertes de este tipo, se mide con el grado de dificultad que hay en crear dichos "Refugios". De este caso también se deduce que hay que hacer comprender a la mujer en general que el período que medie entre uno y otro embarazo debe ser de dos años, porque la frecuencia de embarazos, como en este caso, produce fetos débiles.

Viendo en conjunto las sugerencias profilácticas en los casos de debilidad general, encontramos que siete muertes fueron inevitables, dos de fácil evitabilidad y una, de difícil evitabilidad.

CAPITULO IX

Malformación Congénita Incompatible con la Vida

Este grupo está constituido solo por aquellos casos en los cuales no fue posible la supervivencia de los niños debido a una malformación cuya causa aparente no pudo determinarse.

Es solamente para aprovechar el rubro de este capítulo, con el fin de que no se vaya a pensar que son estas las únicas malformaciones encontradas, que hago observar que la malformación congénita estuvo presente en otros casos de este estudio, pero por razones que a continuación dire, aparecen dichos casos repartidos en diferentes capítulos.

Si bien es cierto que la malformación congénita se hallaba en cuatro casos, en ellos no era incompatible con la vida, siendo otro el factor que ocasionó la muerte. En dos se encontró una degeneración poliquística renal unilateral, la muerte de uno de los cuales fue debida a la prolongación anormal del trabajo del parto y la del otro a asfixia intra-uterina, en este último la malformación era poco marcada. En los otros dos se halló una comunicación interventricular en el corazón, teniendo, además, uno de ellos riñones ectópicos en herniatura y, el otro, ausencia de la oreja derecha y piezambo. La muerte de uno de estos niños fue ocasionada por sífilis y la del otro por debilidad general.

Asimismo, hubo casos en los que la malformación congénita era incompatible con la vida, pero en los cuales si se encontró causa manifiesta de las malformaciones. Fueron tres los casos y han sido estudiados en el capítulo de la sífilis, por ser esta la causa.

Son cuatro los casos que estudio en este capítulo de malformación congénita incompatible con la vida, sin causa aparente de la misma.

Datos Estadísticos—Las muertes de este grupo se encuentran repartidas en la forma, (clasificación y proporciones respectivas) que se puede observar en el cuadro que voy a mostrar a continuación.

MORTINATALIDAD Y MORTALIDAD PRECOZ ATRIBUIDAS A MALFORMACION CONGENITA EN 66 NACIDOS MUERTOS Y 34 FALLECIDOS EN LA PRIMER SEMANA, ENTRE 1,115 NACIMIENTOS, DE LOS CUALES 236 NIÑOS PESABAN MENOS DE 2,500 GRAMOS Y 879 TENIAN UN PESO MAYOR DE 2,500 GRAMOS

CLASIFICACION DE LA MALFORMACION CONGENITA	PESO MENOR A 2,500 GRAMOS				TOTAL	PESO MAYOR DE 2,500			TOTAL DE MORTINATALIDAD	TOTAL DE MORTALIDAD PRECOZ	GRAND TOTAL
	MORTINATALIDAD		MORTALIDAD PRECOZ			MORTINATAL	MORTAL PRECOZ	TOTAL			
	Prematuro	Débil Cong	Prematuro	Débil Cong		A Término	A Término				
Aparato Digestivo	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1	
Aparato Urinario	—	—	1	—	1	—	—	—	1	1	
Sistema Nervioso	—	—	—	—	—	2	—	2	—	2	
TOTALES	—	—	1	—	1	2	1	3	2	2	4

CUADRO VIII

NOTA De las 100 muertes estudiadas, 57 fueron de niños que pesaban menos de 2 500 gramos

La malformacion congenita, (V Cuadros I, II y VIII), representa:
El 03% en el total de 1,115 nacimientos
El 03% en los 879 niños a termino
El 04% en los 236 niños que nacieron pesando menos de 2,500
gramos
El 17% en los 57 niños que fallecieron pesando menos de 2,500
gramos
El 40% en los 100 casos de muerte estudiados
El 30% en los 66 niños que en total nacieron muertos
El 65% en los 31 a termino que nacieron muertos
El 59% en los 34 niños que en total murieron en la 1er semana
El 55% en los 18 prematuros que fallecieron en la 1er semana
El 83% en los 12 a termino que fallecieron en la 1er semana

Distribución de los Casos—Para hacer esta distribucion de los casos, me baso en la localizacion de las malformaciones

- a) —En el Aparato Digestivo
- b) —En el Aparato Urinario
- c) —En el Sistema Nervioso

a) —**Malformaciones Congénitas en el Aparato Digestivo**

Datos Estadísticos—Este sub-grupo, representado por un solo caso, tiene un 83% en la mortalidad precoz de los niños nacidos a termino, (V Cuadro VIII)

Descripcion del Caso—La madre era una púrpura de 19 años de edad, (caso N° 56), que despues de un embarazo y parto normales tuvo un niño de 2,800 grs de peso. De acuerdo con los sintomas que presentó el niño, diagnosticaron que se trataba de una oclusion intestinal, a las 29 horas de que habia nacido. El niño fallecio 14 horas despues y, a la autopsia, se descubrió una peritonitis por perforacion del colon ascendente ocasionada por atresia del ansa sigmoidea y del recto.

Sugerencias Profilácticas—Esta muerte la he colocado en la categoria de las inevitables. El diagnostico de oclusion intestinal se hizo 14 horas antes de la muerte del niño y lo indicado era practicar una laparotomia exploradora. Con dicha intervencion se habrian dado cuenta de la lesion que presentaba el niño y, asi, le hubieran hecho un ano contra natura. Desafortunadamente, una operacion de tal modo, si bien es cierto que puede salvar al niño, en pocos casos podría dar buen resultado entre nosotros, para un niño de esa edad.

b) —**Malformaciones Congénitas en el Aparato Urinario.**

Datos Estadísticos—Este otro sub-grupo, tambien esta representado por un solo caso y tiene 55% de mortalidad precoz, en relacion

con el total de 18 prematuros que fallecieron en la primer semana (V Cuadro VIII)

Descripción del Caso—La madre tenía 19 años de edad, (caso N° 69), y contaba ya con tres embarazos, el primero de los cuales terminó por un aborto a los tres meses, el segundo, por un parto prematuro, a los siete meses, como resultado del cual nació un niño que presentaba una malformación consistente en una tumoración parotidea izquierda, por lo que fue operado cuando tenía un mes de vida y falleció. El caso en estudio fue un embarazo de seis y medio meses y, durante el mismo, la madre no padeció ninguna enfermedad. Después de un día de intenso trabajo, le comienzan los dolores del parto y siete horas después, tiene un niño de 1,210 grs, que vivió 15 minutos. Al practicarle a este la autopsia, encontré un labio leporino complicado y degeneración poliquística completa en ambos riñones.

La única reacción sanguínea que le practicaron a la parturienta, fue la de Hecht, que resultó parcial positiva. La malformación causante de la muerte fetal fue, como se acaba de ver, la completa degeneración poliquística de los riñones. Esta malformación también la encontré en otros dos del total de los 100 casos de muerte estudiados, pero en esos las madres tenían negativas las reacciones para la sífilis. De consiguiente, no creo que en este caso, la sífilis haya tenido parte en la malformación, pensando, nada más que aquella fue un factor de prematuridad.

Sugerencias Profilácticas—Clasifiqué este caso entre los inevitables. No pudiendo ser evitada la degeneración poliquística aludida, importa poco la falta de reposo, la frecuencia de los embarazos en una madre joven y aun el tratamiento de la misma sífilis, que si bien era necesario para la madre, no había hecho posible conseguir la vida fetal.

c) —Malformaciones Congénitas en el Sistema Nervioso

Datos Estadísticos—Este sub-grupo se encuentra integrado por dos casos, siendo ambos fetos a término que nacieron muertos, resultándole, por tanto, 6.45% en el total de 31 de estos fetos nacidos muertos (V Cuadro VIII).

Descripción de los Casos—En el primer caso, N° 27, la madre era una primípara de 23 años de edad, que gozó de buena salud durante el embarazo. Al cabo de ocho meses diez días de gestación, tuvo una niña de 2 750 grs, que nació muerta y presentaba un voluminoso meningo-encefalocele en la región occipital, el cráneo fetal se encontraba muy aplanado de arriba hacia abajo y contenía solo una quinta parte de la substancia cerebral, pues el resto se encontraba en el meningo-encefalocele.

En el segundo caso, N° 84, la madre era una secundípara de 21 años de edad, que tuvo, después de un embarazo que duró 10 meses, conforme a la menstruación, una niña de 3 700 grs, que nació muerta y a cuya autopsia se encontró hidrocefalia externa con atrofia cere-

bial En este caso la madre era sana, sus reacciones de Kahn y Hecht, negativas El esposo era dado a las bebidas alcoholicas

Sugerencias Profilácticas—He catalogado los dos casos en la categoría de los inevitables

Haciendo un resumen de las sugerencias profilácticas en los cuatro casos que acabo de exponer de malformaciones congénitas incompatibles con la vida, nos encontramos con que todas son inevitables, porque se nos escapan las causas que las ocasionaron

CAPITULO X

Afecciones Pulmonares

Esta causa se encuentra solo en casos de mortalidad precoz Forman el grupo cuatro casos de bronco-neumonia, en tres de ellos, el diagnóstico es seguro y en uno, probable De estos cuatro, dos fueron fetos a término y dos, debiles congénitos

Datos Estadísticos—En el cuadro numero I puede apreciarse la distribución de las muertes de este grupo

Las afecciones pulmonares, (V Cuadros I y II), representan

El 03% en el total de 1 115 nacimientos

El 02% en los 379 niños a término

El 08% en los 236 niños que nacieron pesando menos de 2 500 gis.

El 35% en los 57 niños que murieron pesando menos de 2 500 gis

El 40% en los 100 casos de muerte estudiados

El 118% en los 34 niños que en total murieron en la 1er semana

El 167% en los 12 a término que fallecieron en la 1er semana

El 500% en los 4 debiles congénitos que murieron en la 1er semana

Descripcion de los Casos—En el primer caso, N° 9, el niño era hijo de una primipara de 18 años de edad Nació a los 9 meses de vida intra-uterina, y pesó 3 260 grs Se encontraba apneico, con asfixia azul, por lo que le dieron respiración artificial durante mas de media hora y tambien varios baños frios, permaneciendo todo el tiempo que duraron las maniobras, completamente descubiertos Resultado de todo esto, fue que se tornara muy frio y tuvieron que colocarlo en la incubadora, en la cual permanecio hasta el momento de su muerte, 21 horas después A la autopsia encontré los pulmones muy aumentados de volumen, con fragmentos cuyo aspecto hacia pensar en la hepatización roja, por ello, opine que se trataba de una afección pulmonar, provocada por el enfriamiento, siendo posible que fuera una bronco-neumonia, esto, porque las lesiones macroscópicas no eran solamente pulmonares, sino que el hígado, bazo y riñones se hallaban muy congestionados, sobre todo los riñones, que, además, eran voluminosos

En cuanto al segundo caso, N° 26, el niño era hijo de una primipara de 26 años de edad Nació despues de ocho meses veinte dias de vida intra-uterina, pesando 2 300 grs El embarazo y el parto fueron normales El niño mamaba mal y presento convulsiones en sus últimos dias de vida, perdió 700 gis. de peso y falleció al septimo dia, cuando pesaba 1 600 grs En sus ultimas horas expulso sangre por la nariz Por

la autopsia se comprobó, macroscópica y microscópicamente, lesiones bronco-neumónicas. En el tiempo en que ocurrió esta muerte, había una epidemia de gripe en la ciudad y esa enfermedad halló en el niño terreno propicio por su poco peso.

En el tercer caso, N° 77, la niña era el octavo parto de una señora de 39 años de edad, que estaba padeciendo de gripe cuando nació la niña, el peso de esta era de 2800 grs., al segundo día de vida tuvo 38.5° de temperatura, catarro fuerte y disnea, y falleció a las 75 horas de haber nacido, comprobándose a la autopsia una bronco-neumonía con meningitis purulenta a estreptococos, lo que tuvo confirmación microscópica.

En el cuarto caso, N° 78, la niña era hija de una secundípara de 19 años de edad, a quien le comenzó gripe el día del parto. La niña tenía 9 meses de vida intra-uterina, pero solamente peso 2240 grs. al nacer. Al día siguiente, expulsaba líquido sanguinolento por boca y nariz y al examinarle los pulmones oyeron numerosos roncus y sibilancias. Falleció a las 49 horas de haber nacido y, a la autopsia, el aspecto de los pulmones hacía pensar en bronco-neumonía, lo cual estaba de acuerdo con los datos clínicos, no se pudo obtener control microscópico en este caso. La debilidad congénita favoreció la bronco-neumonía.

Quiero hacer notar, de manera especial, en esta parte, que dos de los niños expulsaron líquido sanguinolento por la nariz, síntoma éste que no lo he visto citar en casos de esta naturaleza. Es digno de llamar la atención sobre el caso de meningitis purulenta a las 75 horas de vida, aunque se han citado casos de meningitis en un niño que falleció a los 5 minutos y en otro que falleció 2 horas después del parto. Ambas muertes las han explicado como debidas a infección intra-uterina.

Factor de grande importancia contribuyente en la muerte por esta causa, fue la debilidad congénita, que se encontró en la mitad de los casos, concurren, además, la falta de cuidados de aislamiento y abrigo de estos niños.

Sugerencias Profilácticas—Creo que los medios de que dispone actualmente el Servicio de Maternidad, son suficientes para haber podido evitar la muerte de estos cuatro niños. Lo que debió hacerse, fue aislar a las madres enfermas, para tratar de que la epidemia no pasara a la Sala de Recién Nacidos. Esto era practicable, pues el Servicio cuenta con tres salas para puerperas. Una de dichas salas, que es de menor capacidad que las otras, se encuentra situada junto a la de las operadas y aislada de las otras dos salas de puerperas. Pienso que la sala aludida pudo destinarse solamente para las madres enfermas y no permitir, por otra parte, que estas amamantaran a sus hijos. Creo que es aconsejable que a las madres sanas se les proporcione una careta de gasa, para que la usen cuando dan de mamar y evitar, así, que los microbios de la boca vayan directamente a sus hijos. Tal disposición haría decrecer el peligro de infección para los niños, aunque siempre recojan los microbios que flotan en el aire. Tal es la condición que se observa en la Sala de Recién Nacidos, en donde el personal que los

atiende usa caretas, aunque el aire no sea esteril Esta sugerencia abarca unicamente lo que por el momento se puede hacer de una manera provisional, pues lo ideal seria el establecimiento de un **Hospital de Maternidad**, con todas estas dependencias bien organizadas

En estos casos, en particular, se necesitó que el personal hubiea otorgado mayor atencion a los niños debiles, cuidando de que conservaran su temperatura, cubriendolos con algodón o por otros medios, ya que no hay cunas especiales para ellos En uno de los casos, ya lo he dicho, el enfriamiento se produjo en la Sala de Trabajo, por la falta de esmero en tener cubiertos a los niños, mientras se someten a los procedimientos de resurrección

Llevando a la practica las medidas apuntadas, pienso que se hubieran evitado las muertes de este grupo

CAPITULO XI

Paludismo

Los tres fetos, todos prematuros, que pertenecen a este grupo, se encontraban macerados Dos de las madres padecieron paludismo, forma perniciosa y la otra, paludismo y anemia perniciosa asociados

Datos Estadísticos—Puede apreciarse la distribucion de estas muertes en el cuadro que aparece a continuacion

MORTINATALIDAD Y MORTALIDAD PRECOZ ATRIBUIDAS A PALUDISMO EN 66 NACIDOS MUERTOS Y 34 FALLECIDOS EN LA PRIMER SEMANA, ENTRE 1,115 NACIMIENTOS, DE LOS CUALES 236 NIÑOS PESABAN MENOS DE 2,500 GRAMOS Y 879 TENIAN UN PESO MAYOR DE 2,500 GRAMOS

CLASIFICACION DE PALUDISMO	PESO MENOR A 2,500 GRAMOS					PESO MAYOR DE 2,500			TOTAL DE MORTINATALIDAD	TOTAL DE MORTALIDAD PRECOZ	GRAND TOTAL
	MORTINATALIDAD		MORTALIDAD PRECOZ		TOTAL	MORTINATAL A Término	MORTAL PRECOZ A Término	TOTAL			
	Prematuro	Débil Cong	Prematuro	Débil Cong							
MACERADOS											
Paludismo Pernicioso	2	—	—	—	2	—	—	—	2	—	2
Paludismo y Anemia Perniciosa	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1
TOTALES	3	—	—	—	3	—	—	—	3	—	3

CUADRO IX

NOTA: De las 100 muertes estudiadas, 57 fueron niños que pesaban menos de 2 500 gramos

- El paludismo, (V Cuadros I, II y IX), representa
- El 03% en el total de 1 115 nacimientos
- El 13% en los 236 niños nacidos pesando menos de 2 500 gramos
- El 53% en los 57 niños fallecidos pesando menos de 2 500 gramos.
- El 30% en los 100 casos de muerte estudiados
- El 45% en los 66 niños que en total nacieron muertos
- El 103% en los 29 prematuros que nacieron muertos.

Distribución de los Casos—Dos fueron por paludismo forma perniciosa y uno por paludismo y anemia perniciosa asociados

a) —**Macerados por Paludismo Forma Perniciosa.**

Datos Estadísticos—Los dos fueron prematuros y, como nacieron muertos, les corresponde el 69% en el total de 29 prematuros nacidos muertos, (V Cuadro IX)

Descripción de los Casos—En el primer caso, N° 61, la madre tenía 28 años de edad, y ha tenido, por todos, seis embarazos Ingreso al Servicio de Maternidad cuatro días antes del parto, consultando por fríos y calenturas que le habían comenzado quince días antes de su ingreso Parto un feto macerado de 1 050 grs, y de seis meses de vida intra-uterina La madre falleció inmediatamente después del parto, le practiqué la autopsia, y el examen microscópico del frotis de pulpa esplénica, unido al estudio histológico de los fragmentos del bazo, me llevaron a la conclusión de que se trató de un paludismo forma perniciosa Previamente, la madre había sido tratada en el Servicio con quinofórmico

El otro caso, N° 64, se refiere a una señora de 28 años de edad, que ingreso al Servicio en estado comatoso y con un embarazo de siete meses Tenía accesos convulsivos desde dos días antes La temperatura osciló entre 36° y 37 8° en el día que permaneció en el Servicio Falleció a las 8 y media de la noche, una hora después de parir un feto macerado Practiqué la autopsia de la madre, encontrando, tanto al estudio microscópico de los órganos, como al examen del frotis de pulpa esplénica, numerosas formas anulares de plasmodium falciparum, lo cual demuestra que se trataba de paludismo forma perniciosa

b) —**Macerado por Paludismo y Anemia Perniciosa Asociados**

Datos Estadísticos—Solo se encontró un prematuro que nació muerto (V Cuadro IX) Entre los 29 prematuros que nacieron muertos representa 3 4%

Descripción del Caso—En este caso, N° 10, la madre era una primípara de 18 años, que tenía varios meses de estar padeciendo de paludismo y partió espontáneamente, a los 8 meses de gestación, un feto que principiaba a macerarse La madre presentaba un bazo palpable a cuatro traveses de dedo bajo el reborde costal y en la sangre se encontró plasmodium falciparum, revelando el hemograma una anemia hiperocrómica con megaloblastos

Sugerencias Profilácticas—En los 3 casos se pudieron haber salvado, no solo los tres fetos, sino también a las dos madres que fallecieron Se les pudo haber salvado mediante una asistencia prenatal adecuada, en la que se hubiese tratado el paludismo De los 3 casos, dos son de fácil evitabilidad y uno de difícil evitabilidad Los dos primeros los considero así, por la residencia de las madres, ya que una era de San Salvador y la otra de Delgado, lo que hacía más fácil

garles la asistencia conveniente Fueron, por cierto, estos los casos más graves entre los tres, porque en ellos se perdieron tanto la vida materna, como la fetal

Por razones tambien de residencia de la madre, hay que catalogar el ultimo de estos casos entre los de difícil evitabilidad, pues si bien era un caso mas benigno en el cual el tratamiento a tiempo del paludismo y la anemia perniciosa hubiera evitado la muerte fetal, este tratamiento era impracticable por vivir la madre en Santo Tomás

CAPITULO XII

Toxemia Gravídica

Entre las toxemias gravidicas, solo una se alineó en las causas de muerte fetal la eclampsia Se encuentra representada por dos casos, los cuales fueron de foimas muy severas, ocasionando en uno de ellos la muerte materna y la fetal y, en el otro, solamente la muerte fetal; pero la madre de este, se hallaba en coma, aun después de 24 horas de efectuado el parto

Datos Estadísticos—Se trata de dos fetos a termino que nacieron muertos

La toxemia gravídica, (V Cuadros I y II), representa

El 0 2% en el total de 1 115 nacimientos

El 0 2% en los 879 niños a termino

El 2 0% en los 100 casos de muerte estudiados

El 3 0% en los 66 niños que en total nacieron muertos

El 6 4% en los 31 a termino que nacieron muertos

Descripción de los Casos—En el primer caso, N° 57, se trataba de una señora de 28 años de edad, que permanecio en el Servicio 46 horas, sin ser examinada, al cabo de las cuales presento convulsiones y entró en coma

Fue con motivo de estos síntomas que le practicaron el primer examen, encontrando la tensión arterial elevada, (Mx 150, Mn 95). En un nuevo examen no encontraron el foco fetal A las tres y media horas de estar la parturienta en coma, decidieron practicar un forceps bajo y extrajeron un feto muerto La paciente fallecio poco después de la intervencion El feto pesaba 2 800 grs y no presentaba ninguna lesion anatomica capaz de ocasionarle la muerte

El otro caso, N° 90, es el de una primipara de 18 años de edad, vecina del Valle El Molino jurisdicción de Suchitoto, con un embarazo de 9 meses de duración Despues de 15 horas de estar en trabajo perdió el conocimiento, motivo por el cual fue llevada al Hospital Rosales, a donde ingreso dos y media horas despues, en estado comatoso, con la tension arterial elevada, (Mx 170, Mn 120) y albumina positiva en la orina Al practicarle un tacto encontraron que la cabeza estaba en el piso peuneal, por lo cual aplicaron, con facilidad, un forceps bajo, extrayendo un feto muerto de 3 030 grs y a cuya autopsia solo hallé lesiones congestivas de los órganos, igual que en el caso anterior, pero

ninguna capaz de ocasionar la muerte La madre permanecio en coma durante mas de 24 horas.

Sugerencias Profilácticas.—En el primer caso se pudieron evitar la muerte fetal y la materna, pues la paciente permaneció en el Servicio de Maternidad desde 46 horas antes de presentar el cuadro eclámpico Por un examen de la embarazada cuando ingreso al Servicio, habrian reconocido las manifestaciones pre-eclámpicas y, por consecuencia, instituido el tratamiento adecuado Una buena campaña prenatal haria posible que estos casos no se presentasen en el futuro

El otro caso, por ser conocida la causa y ser ésta de las que se pueden tratar, se ve que es evitable Sin embargo, se vuelve difícil hacer algo practico por estas pacientes de fuera de la capital, ya que se necesita la creacion de Unidades Santarias, que, como anteriormente dije, requieren gastos mas alla de las posibilidades economicas actuales de la Direccion General de Sanidad Por esta circunstancia es que la muerte de este caso la clasifico como de difícil evitabilidad

CAPITULO XIII

Debilidad General Asociada a Otra Causa

En este grupo de casos he colocado aquellos en los cuales la causa de muerte encontrada, no hubiera existido o no hubiera ocasionado el fallecimiento, si los fetos hubiesen estado bien constituidos

En los casos que aqui presento se trato de niños nacidos antes de tiempo que debido a su debilidad general, no se podian alimentar adecuadamente ellos solos, o, que, por la misma razon, no resistieron el traumatismo a que fueron sometidos despues del nacimiento. En dos de ellos, sobre todo, buenos cuidados post-natales habrian podido evitar la muerte al suprimir la otra causa La debilidad general o el otro factor solos, no habrian sido capaces de ocasionar la muerte

Datos Estadísticos—La clasificacion y proporcion respectivas de las muertes de este grupo, pueden verse en el cuadro que aparece a continuacion

MORTINATALIDAD Y MORTALIDAD PRECOZ ATRIBUIDAS A DEBILIDAD GENERAL Y OTRA CAUSA EN 66 NACIDOS MUERTOS Y 34 FALLECIDOS EN LA PRIMER SEMANA, ENTRE 1,115 NACIMIENTOS, DE LOS CUALES 236 NIÑOS PESABAN MENOS DE 2,500 GRAMOS y 879 TENIAN UN PESO MAYOR DE 2,500 GRAMOS

Clasificación de Debilidad General y Otra Causa	PESO MENOR A 2,500 GRAMOS				PESO MAYOR A 2,500 GRAMOS			Total de Mortinatalidad	Total de Mortalidad Precoz	GRAND TOTAL
	Mortinatalidad		Mortalidad Precoz		TOTAL	Mortinatalidad A Terminó	Mortalidad Precoz A Terminó			
	Prematuro	Debil Cong	Prematuro	Debil Cong						
EMBARAZO GEMELAR										
Mala alimentacion	—	—	2	—	2	—	—	—	2	2
Trauma despues de nacer	—	—	1	—	1	—	—	—	1	1
TOTALES	—	—	3	—	3	—	—	—	3	3

CUADRO X

NOTA De los 100 casos de muerte estudiados, 57 fueron de niños que pesaban menos de 2,500 grs

La debilidad general asociada a otra causa, (V Cuadros I, II y X), representa

El 03% en el total de 1 115 nacimientos

El 13% en los 236 niños que nacieron pesando menos de 2,500 grs

El 53% en los 57 niños que fallecieron pesando menos de 2,500 grs

El 30% en los 100 casos de muerte estudiados

El 88% en los 34 niños que en total fallecieron en la primer semana

El 167% en los 18 prematuros que murieron en la 1er semana

Esta causa figura solamente en la mortalidad precoz,

Distribucion de los Casos—Los casos en estudio fueron resultado de embarazos gemelares, dos corresponden al mismo embarazo y en ellos la otra causa responsable, fue la mala nutrición. En el otro gemelo, concurrencia, además, el traumatismo después de nacer. Atendiendo a esto, he hecho la división de los casos en dos sub-grupos, denominados

- a) —Embarazo gemelar y mala alimentacion
- b) —Embarazo gemelar y trauma despues de nacer

a) —Embarazo gemelar y mala alimentacion

Datos Estadísticos.—Eran dos hermanos, ambos prematuros, que fallecieron en la primer semana de vida, (V Cuadro X), les corresponde un 110% en el total de 18 prematuros que murieron en ese lapso

Descripción de los Casos—La madre de estos niños, (Casos Nos 16 y 17), era una secundípara de 23 años de edad, vecina de Aguilares, palúdica crónica, con bazo a tres traveses de dedo abajo del reborde costal, lo que asociado al embarazo gemelar produjo un parto prematuro a los 7 meses 20 días de embarazo. Los niños nacieron espontáneamente después de 8 y media horas que duro el trabajo del parto. Uno pesaba 2,300 grs y el otro, 2,500 grs. Como se encontraban bastante frios, los mantuvieron en la incubadora durante los 7 días de vida, succionaban con dificultad y el día de su muerte pesaban 900 grs menos cada uno. A la autopsia solamente encontré edema meníngeo.

Sugerencias Profilácticas—La muerte se pudo evitar en los dos casos. Los niños eran pesados diariamente y no obstante el marcado descenso de su curva de peso, persistieron en dejar que los amamantara la madre, aunque era notorio que no podían succionar. Si las enfermeras encargadas de estos niños, les hubiesen administrado la leche materna con goteros, como debe hacerse en tales casos, habrían vivido, pues el peso corporal era bastante bueno.

b) —Embarazo gemelar y trauma después de nacer

Datos Estadísticos.—Forma este grupo un solo caso y es el de un prematuro que falleció en la primer semana, (V Cuadro X), lo cual representa 55% del total de 18 prematuros muertos en el mismo tiempo.

Descripción del Caso—La madre era una señora de 36 años de edad, (Caso N° 72), que ha tenido siete embarazos, los seis primeros a término y con partos espontáneos. Los cinco últimos hijos están vivos.

En el embarazo de este caso, le practicaron a la madre un examen de sangre al sexto mes, resultando dudosas las reacciones de Wassermann y Kahn, por lo que le inyectaron las tres primeras ampollas de neo-arsfenamina y cuatro ampollas de medobis. Al séptimo mes de embarazo, expulsa espontáneamente un feto aneico, al

que hicieron vivir después de media hora de practicarle respiración artificial manual, el niño falleció dos días después, su peso era de 1,250 grs y media 40 cms de largo. Por la autopsia encontré pulmones hemorrágicos e hígado machacado, confirmando esto mediante estudio histológico, el cual, fuera de las lesiones traumáticas no descubrió ninguna otra que hiciera sospechar sífilis.

Sugerencias Profilácticas—En este caso, como en los dos anteriores, el factor primordial es la debilidad general, producida en este por la sífilis materna y, de consiguiente, lo indicado aquí era el tratamiento de esta enfermedad, en forma intensiva y oportuna. En el Servicio era ya imposible evitar esta causa, pero el otro factor, constituido por el trauma, si se pudo evitar. Del estudio del caso, he llegado a la conclusión de que lo que hizo papilla el hígado y lesionó los pulmones, fueron las maniobras de una violenta respiración artificial.

Es hora ya de proscribir de nuestra práctica obstétrica, todos los métodos violentos en la resurrección de los recién nacidos asfixiados y de instruir a todos los individuos encargados de asistir partos, sobre que lo principal en tales casos es la aspiración de las mucosidades y que, una vez bien limpias las vías respiratorias, si es necesario excitar la respiración debe hacerse por medios suaves como son colocar al niño boca abajo, con la cabeza a un nivel inferior del resto del cuerpo, para facilitar de este modo la expulsión de las mucosidades por medios posturales. En la posición indicada, se les fleta el tórax, las plantas de los pies, se les suministra anhídrido carbónico y oxígeno, desechando en absoluto los métodos violentos de flagelación, balanceo y respiración artificial manual, en la que se comprime la base del tórax.

En resumen, según las sugerencias profilácticas de todo el grupo, resulta que en el Servicio de Maternidad se pudo, por buenos cuidados post-natales, evitar las tres muertes relatadas.

CAPITULO XIV

Muertes Por Causas Diversas

Aquellos casos en los que la causa de muerte es conocida, pero que no se pudo colocar en ninguno de los grupos anteriores, son los que voy a estudiar ahora bajo el título que precede. Son 4 los casos, tres de los cuales fueron niños a término y el otro fue un prematuro que nació muerto. De los tres primeros, uno nació muerto y los demás vivieron.

Datos Estadísticos—En el cuadro siguiente se pueden ver las causas de muerte de este grupo y su importancia respectiva.

MORTINATALIDAD Y MORTALIDAD PRECOZ ATRIBUIDAS A CAUSAS DIVERSAS EN 66 NACIDOS MUERTOS Y 34 FALLECIDOS EN LA PRIMER SEMANA, ENTRE 1,115 NACIMIENTOS, DE LOS CUALES 236 NIÑOS PESABAN MENOS DE 2,500 GRAMOS Y 879 TENIAN UN PESO MAYOR DE 2,500 GRAMOS

Clasificación de las Causas Diversas	PESO MENOR A 2,500 GRAMOS					PESO MAYOR A 2,500 GRAMOS			Total de Mortinatalidad	Total de Mortalidad Precoz	GRAND TOTAL
	Mortinatalidad		Mortalidad Precoz		TOTAL	Mortinatalidad A Terminó	Mortalidad Precoz A Terminó	TOTAL			
	Prematuro	Debil Cong	Prematuro	Debil Cong							
Descuido del Personal	—	—	—	—	—	—	2	2	—	2	2
Macerado por anemia Bili-me y caquexia	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1
Diatosis Hemorragica	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	1
TOTALES	1	—	—	—	1	1	2	3	2	2	4

CUADRO XI

NOTA —De las 100 muertes estudiadas 57 fueron de niños que pesaban menos de 2,500 gramos
 Las causas diversas, (V Cuadros I, II y XI), representan
 El 03% en el total de 1,115 nacimientos
 El 03% en los 879 niños a termino
 El 04% en los 236 niños que nacieron pesando menos de 2,500
 gis
 El 17% en los 57 niños que murieron pesando menos de 2,500
 gis
 El 40% en los 100 casos de muerte estudiados
 El 30% en los 66 niños que en total nacieron muertos
 El 34% en los 29 prematuros que nacieron muertos
 El 32% en los 31 a termino que nacieron muertos
 El 59% en los 34 niños que en total fallecieron en la 1er se-
 mana
 El 167% en los 12 a termino que fallecieron en la 1er semana

Distribución de los Casos.—Las diversas causas de muerte en este grupo, se hallan repartidas así dos casos debidos a falta de vigilancia del personal encargado de estos niños, uno, un feto macerado por aquexia y anemia tipo Biermer, y, el último, un caso de diatesis hemorrágica

a) —Descuido del Personal.

Datos Estadísticos—Se trato de dos fetos a termino que fallecieron en la primer semana, (V Cuadro XI), lo cual proporciona 16 66% para el total de 12 fetos a termino que fallecieron en el lapso de este estudio

Descripción de los Casos—En el primer caso, N° 53, el niño era el octavo hijo de una señora de 34 años de edad, permanecio 9 meses en el claustro uterino y nacio de cabeza, después de 12 horas que duro el trabajo del parto, momento en el cual pesaba 3,300 grs y apareia completamente normal A los dos dias de vida lo encontraron con las fosas nasales aplastadas contra la almohada y con la cara cianotica El diagnostico de muerte debida a asfixia por sofocacion, fue confirmado por la autopsia, en la que encontré lesiones hemorragicas pulmonares

En el otro caso, N° 47, el niño fue el cuarto hijo de una señora de 7 años de edad Después de estar en gestación durante 9 meses, nació de nalgas, a las 14 horas de haber comenzado los dolores del parto El nacimiento se verifico con alguna dificultad, el niño pesaba 1,000 grs y estaba apneico Le dieron respiracion artificial durante seis minutos y al ver que esta se había regularizado, fue enviado a la ala de Recien Nacidos, en la que fallecio 4 horas despues A la autopsia no comprobe lesion manifiesta capaz de ocasionar la muerte

Sugerencias Profilácticas—Los dos casos pudieron ser evitados en el Servicio La buena vigilancia de estos niños habría hecho posible ver el estado en que se encontraban y, al mismo tiempo, evitar, sí, dichas muertes En uno, hubiera bastado con mantenerlo boca arriba El otro caso, debe servir de lección para que siempre que nazcan niños apneicos sean objeto de una vigilancia especial, para poder tenderlos a las primeras manifestaciones anormales, porque es probable que se hubiese salvado este niño mediante la excitacion del entro respiratorio con anhídrido carbonico y oxigeno

b) —Macerado por Anemia de Biermer y Caquexia

Datos Estadísticos—Fue este caso el de un prematuro macerado V Cuadro XI) Le corresponde 3 4% en el total de 29 prematuros nacidos muertos

Descripción del Caso—Se trata, (Caso N° 76), de una secundípara de 20 años de edad, vecina del Plan de La Laguna, que tenía 7 meses de estar embarazada Desde dos y medio-meses antes de su

ingreso al Servicio, padecía de fríos y calenturas cotidianos, con vómitos y diarreas. Fue tratada con 4 ampollas de quinofimo, en la creencia de que era palúdica, pero se comprobó, después, por un hemograma, que lo que padecía era una anemia perniciosa. Se encontraba en un estado lamentable, sumamente pálida y enflaquecida y tenía solamente 950 000 glóbulos rojos por milímetro cúbico, 160 de valor globular, megaloblastos y megalocitos. A los 7 días de permanencia en el Servicio, parió un feto macerado de 40 cms de largo y 1,100 gms de peso. Los familiares se llevaron a esta paciente 14 días después del parto, en estado muy grave.

Sugerencias Profilácticas—El tratamiento a tiempo y adecuado de esta enferma, habría permitido el parto a término de un feto vivo, pero basta conocer el sitio de residencia de la madre para darse cuenta de que por el momento esto es impracticable, clasificando, por consiguiente, este caso entre los de difícil evitabilidad.

c) —Diátesis Hemorrágica.

Datos Estadísticos—Como el anterior, este rubro está compuesto por un caso y es el de un feto a término que nació muerto, (V, Cuadro XI), lo que da en el total de 31 fetos a término nacidos muertos 3 22%

Descripción del Caso.—La madre, (Caso Nº 31), era una primípara de 25 años de edad, que no recordaba cuanto tiempo tenía de estar embarazada. Ingreso al Servicio a las 7 horas de hallarse en trabajo y al examinarla, 7 horas después, comprobaron cuello completamente dilatado y bolsa íntegra, procedieron a su ruptura artificial, saliendo, entonces, líquido amniótico mezclado con meconio. Como tres horas después, el parto no progresaba y no había foco, aplicaron forceps y extrajeron un feto muerto. Tanto el aspecto macroscópico como el microscópico de los órganos fetales, unidos al resultado del tiempo de protrombina practicado en sangre del cordón umbilical, llevan a la conclusión de que se trata de una diátesis hemorrágica fetal. El tiempo de protrombina en la madre era normal.

Sugerencias Profilácticas—Este caso lo catalogo como inevitable. Lo primero que se ocurre, es que debe proporcionarse a las madres vitamina "K", pero resulta que como las madres en casos como éste no presentan la diátesis, sería necesario suministrar esa vitamina a todas las mujeres que salieran embarazadas, con el fin de prevenir la diátesis en los fetos.

Haciendo un examen de conjunto en los casos que forman el grupo de muertes por causas diversas, encontramos que pudieron ser evitadas en el Servicio, 2, que uno era de difícil evitabilidad y que el otro era inevitable.

CAPITULO XV

Muertes de Causas Indeterminadas

En cuatro casos, a pesar de practicar la autopsia completa del feto, y de obtener todos los datos maternos que fue posible, no se pudo establecer causa responsable de la muerte. Los cuatro fueron de fetos nacidos a término, tres de ellos, nacidos muertos y uno que vivió cinco días.

Datos Estadísticos—Las muertes de este grupo se encuentran repartidas tal como aparecen en el cuadro siguiente.

MORTINATALIDAD Y MORTALIDAD PRECOZ ATRIBUIDAS A CAUSAS INDETERMINADAS EN 66 NACIDOS MUERTOS Y 34 FALLECIDOS EN LA PRIMER SEMANA, ENTRE 1,115 NACIMIENTOS, DE LOS CUALES 236 NIÑOS PESABAN MENOS DE 2,500 GRAMOS Y 879 TENIAN UN PESO MAYOR DE 2,500 GRAMOS

Clasificación de las Causas Indeterminadas	PESO MENOR A 2,500 GRAMOS					PESO MAYOR A 2,500 GRAMOS			Total de Mortinatalidad	Total de Mortalidad Precoz	GRAND TOTAL
	Mortinatalidad		Mortalidad Precoz		TOTAL	Mortinatalidad	Mortalidad Precoz	TOTAL			
	Prematuro	Débil Cong.	Prematuro	Débil Cong.		A Término	A Término				
Macerados	—	—	—	—	—	2	—	2	2	—	2
Aspecto Normal	—	—	—	—	—	1	1	2	1	1	2
TOTALES	—	—	—	—	—	3	1	4	3	1	4

CUADRO XII

Las muertes de causa indeterminada, (V Cuadros I, II y XII), representan

El 03% en el total de 1,115 nacimientos

El 04% en los 879 niños a término

El 40% en los 100 casos de muerte estudiados

El 45% en los 66 niños que en total nacieron muertos

El 97% en los 31 a término que nacieron muertos

El 30% en los 34 niños que en total murieron en la 1er semana

El 83% en los 12 a término que fallecieron en la 1er semana

Distribución de los Casos—Este grupo de muertes por causa indeterminada, lo divido en dos partes

a) —**Macerados de Causa Indeterminada.**

Datos Estadísticos—Los dos casos de este sub-grupo fueron fetos a término, (V Cuadro XII), lo que relacionado con los 31 que nacieron muertos, da 64% y como hubo en total 33 fetos macerados, resulta que un 87% fueron de causa indeterminada

Descripción de los Casos—En el primer caso, N° 1, se trató de un feto a término de 3,350 grs de peso, que presentaba lesiones de maceración, sin ninguna otra cosa que notar, el bazo pesaba 10 grs. La madre era una secundípara de 26 años, que asistió durante el embarazo a la Clínica Pre-Natal del Botón Azul, en donde no comprobaron nada patológico. La señora dice que dejó de percibir los movimientos fetales activos desde seis días antes del parto. Sus reacciones de Wassermann, Kahn y Hecht, resultaron negativas y la paciente no acusa nada patológico durante el embarazo.

En el segundo caso, N° 50, se trata de un embarazo de 8 meses de duración, que produjo un feto macerado de 2,500 grs de peso, sin comprobar en dicho feto, ni macroscópica, ni microscópicamente lesiones que permitieran sospechar la causa de la muerte. Histológicamente, el riñón presentaba alteraciones cadavéricas intensas, mientras que el bazo y el hígado eran de aspecto normal.

La madre falleció después del parto, por lo cual faltaron muchos datos, tales como su estado de salud durante el embarazo, el estado de sus reacciones sanguíneas por el lado de la sífilis, si había tenido o no hemorragias por la vulva, etc. El único dato que se conoce es que había tenido trece embarazos.

La parturienta ingresó al Servicio de Maternidad después de 13 horas de estar en trabajo, porque se le había producido una prociencia del cordón. Como el feto se encontraba muerto a la hora del ingreso, esperaron a que el parto se verificara espontáneamente. Dos horas después, al volverla a examinar, hallaron el útero contracturado y por tratarse de una presentación de nalgas, practicaron la gran extracción podálica, realizada esta con dificultad y produciéndose, en seguida, una fuerte hemorragia. Esta hemorragia continuó con igual abundancia, aun después de expulsada la placenta, por lo que sospecharon una ruptura uterina, y es hasta entonces que llevan a la paciente a la Sala de Operaciones para practicarle una histerec-

tomia vaginal Durante la intervención se comprobó la ruptura uterina y a pesar de que le inyectaron medio litro de sangre, la parturienta falleció pocos momentos después

Ni la prociencia del cordón, ni el traumatismo obstétrico interesan en este caso, porque el feto había muerto desde antes

b) —Muertes de Causa Indeterminada en Niños de Aspecto Normal

Datos Estadísticos—Los dos casos que aquí se encuentran son de niños a término, uno de los cuales nació muerto y el otro vivió cinco días (V Cuadro XII) Entre los 31 fetos a término que nacieron muertos, 32% son para este grupo y entre los 12 niños a término que fallecieron en la primer semana, 83% pertenecen a este grupo

Descripción de los Casos—En el primer caso, N° 14, se trató de una señora de 25 años de edad, completamente sana, que con éste ha tenido 4 embarazos, todos a término, encontrándose vivos sus otros tres hijos El trabajo del parto en este embarazo, como en los anteriores, fue normal y duró 8 horas, naciendo de pelvis una niña de 2,900 gms y a cuya autopsia no encontré lesión alguna responsable de la muerte

En el último caso, N° 74, la madre era una señora de 33 años de edad, completamente sana, que ha tenido 8 embarazos en total, todos a término y con partos espontáneos de vértice El trabajo de este parto duró 17 horas y produjo una niña de 2,800 gms de peso, que no presentó nada patológico en sus 5 días 10 horas de vida A la autopsia tampoco encontré lesión alguna responsable de la muerte

Sugerencias Profúlicas—Son incontrolables las muertes de este grupo, desde el momento en que se desconocen las causas que las produjeron

II—CAUSAS PREDISPONENTES

CAPITULO XVI

Debilidad General.

PREMATUREZ—Al verificar el estudio del conjunto de causas primordiales que ocasionaron la muerte en los 100 casos de que me ocupo, me doy cuenta de que al factor prematurez le corresponde un lugar muy importante, pues 47 casos, o sea casi la mitad de los fetos que fallecieron, eran prematuros La muerte es debida a que el organismo de ellos no tiene los tejidos suficientemente desarrollados para funcionar con normalidad y es, por lo tanto, mal adaptado a las crecientes demandas de la vida extra-uterina, al cambio del sistema de alimentación, que de la vía parenteral en el útero, pasa a ser, luego, por la vía oral, al cambio en la forma de respiración, que de placent-

talia se vuelve pulmonar, a las modificaciones circulatorias, y a los cambios de temperatura. Hay que agregar que la estricción del parto causa mayores trastornos en los prematuros.

Dada su evidente importancia, estudio en capítulo aparte este grupo de casos, efectuando una relación estadística y poniendo de manifiesto las causas que ocasionaron la prematuridad, para así hacer resaltar la magnitud y grado de control de cada una de ellas, con el propósito de ver hasta qué punto pueden estos casos ser disminuidos.

En el cuadro que sigue, son enumeradas las causas por su orden de frecuencia, con sus respectivos totales y porcentajes, conteniendo también el número de prematuros que nacieron muertos y los que fallecieron en la primera semana.

CAUSAS DE LA PREMATUREZ

ETIOLOGIA	Mortina- talidad	Muerte Precoz	TOTAL	Porcen- taje
Sífilis	13	5	18	38.30
Embarazo Gemelar	2	5	7	14.90
Paludismo	4	2	6	12.77
Anomalías d' la Placenta	5	0	5	10.64
Anemia Hiperocrómica	2	0	2	4.25
Hidramnios	0	2	2	4.25
No Reposar	0	2	2	4.25
Varios	1	2	3	6.39
Indeterminada	2	0	2	4.25
TOTALES	29	18	47	100.00

CUADRO XIII

Sífilis—Los 13 muertos en los 29 casos, dan 44.82% de mortalidad y 27.77% corresponde a la mortalidad precoz, (5 casos en 18)

Embarazo Gemelar—Los 2 muertos en los 29 casos, proporcionan 6.89% de mortalidad, y los cinco que vivieron dan 27.77% de mortalidad precoz. De los 7 casos, dos fueron acompañados de hidramnios.

Paludismo—De los 29 casos de prematuros que nacieron muertos, 4 fueron por paludismo, lo que equivale a 13.79% de mortalidad, y en el total de 18 prematuros que fallecieron en la primera semana de vida, tuvo 11.11%, por haber habido 2 muertes por esta causa. Tres de los casos fueron de paludismo forma pernicioso, en uno, de paludismo y anemia pernicioso, juntos, en otro, de una caquexia palúdica y en el último, de paludismo solo.

Anomalías de la Placenta—Los 5 prematuros que ocasionó esta causa, nacieron muertos, lo que representa en el total de 29 prematuros nacidos muertos, 17.24% de mortalidad. En cuatro casos se trató de placenta previa, y en el otro, de desprendimiento prematuro.

de la placenta normalmente insertada, en todos estos casos se asocio la falta de reposo como factor de prematuridad

Anemia Hiperocrómica —Los 2 prematuros debidos a esta causa, nacieron muertos, lo que proporciona 689% en la mortalidad de prematuros. En los 2 se trata de formas severas de anemia, siendo peñicosa una de ellas. La madre fallecio en uno de los casos y es muy probable que en el otro tambien falleciera. Como factor coadyuvante se encuentra el quinoformo que se les administro a una de ellas, 2 grs y a la otra 4 grs

Hidramnios —En los 2 casos en que la prematuridad fue por hidramnios los niños fallecieron en la primer semana, lo que da un 1111% en el total de 18 prematuros que fallecieron en ese tiempo

No Reposar —La falta de reposo materno produjo 2 prematuros, que fallecieron en la primer semana, resultando 1111% de mortalidad precoz

Varias —Las causas que integran este grupo, fueron en un caso, hemorragias por la vulva, de origen desconocido, durante 15 dias antes del parto, en otro, predisposicion al aborto de la embarazada, (es el feto que nacio muerto), y en el ultimo, se reunen la falta de reposo, frecuencia de embarazos, juventud materna y sífilis. El grupo tuvo una mortalidad de 345% y 1111% de mortalidad precoz

Indeterminadas —Esta formado por dos casos que nacieron muertos y en los cuales no se hallo la causa de la prematuridad. Le corresponde 689% de mortalidad. En uno de los casos, aunque no se supo cual fue la causa de la prematuridad, si se conocio la causa de la muerte, que fue el trauma obstetico, y era evitable

DEBILIDAD CONGENITA —El 10% de los casos estudiados fue de niños que permaneciendo en el claustro uterino durante 9 meses, tuvieron como mayor peso al nacer, 2300 grs, este peso fue observado unicamente en un caso. En 6 de los 10 casos de este grupo, se encontro una causa primordial de muerte, asociada a la debilidad congenita, y en los otros cuatro, ésta fue la sola causa

En igual forma que la anterior, estudiar las causas de la debilidad congenita

CAUSAS DE LA DEBILIDAD CONGENITA

ETIOLOGIA	Mortina- talidad	Muerte Precoz	TOTAL	Porcen- taje
Enfermedades Maternas	2	1	3	30 00
Embarazo Gemelar	2	0	2	20 00
No Reposar	0	2	2	20 00
Hidramnios	1	1	2	20 00
Indeterminada	1	0	1	10 00
TOTALES	6	4	10	100 00

Enfermedades Maternas—De los 6 débiles congénitos que nacieron muertos, dos son por esta causa, o sea, 33 33% de mortinatalidad, y 25 0% de mortalidad precoz (1 caso en 4) Las enfermedades maternas fueron en un caso, la sífilis, que produjo un monstruo macerado de 1 420 grs, de los otros dos, en uno, fue la tuberculosis materna y en el otro, el paludismo asociado a la falta de reposo, en estos últimos dos casos, fue la debilidad la única causa de la muerte

Embarazo Gemelar—Esta causa representa 33 33% de la mortinatalidad de débiles congénitos, por haber dos en el total de 6 débiles congénitos nacidos muertos En los dos casos la causa primordial de la muerte fue el trauma obstétrico

No Reposar—La falta de reposo materno durante el embarazo ocasiono dos casos en el grupo de mortalidad precoz de débiles congénitos, o sea, 50 0% En uno de los casos, la falta de reposo fue la causa de la debilidad congénita y la bronco-neumonía fue la causa primordial de la muerte En el otro caso, la debilidad congénita fue provocada por la falta de reposo materno, asociada al trabajo pesado y la pésima alimentación, y, como causa de muerte solo se halló la debilidad congénita

Hidramnios—El hidramnios solo, ocasiono 2 casos, uno en que el niño nació muerto y otro en que falleció en la primer semana Contribuye, así, con 16 66% en la mortinatalidad de débiles congénitos y con el 25% en la mortalidad precoz La causa única de muerte en uno de los casos, fue la debilidad congénita, y en el otro, la causa primordial fue bronco-neumonía

Indeterminada—No se encontro la causa de debilidad congénita en el caso estudiado bajo este rubro Su porcentaje con relación a la mortinatalidad, es 16 66%, pero la causa de la muerte fue trabajo prolongado por estrechez pélvica

Después de haber visto en detalle las causas de la prematuridad y las de la debilidad congénita, en los casos en que fallecieron los niños, voy a estudiar en seguida, bajo el aspecto de la debilidad general, estos dos grupos en conjunto, con relación al total de 1 115 niños

Datos Estadísticos—Si del total de 1 115 niños que considero, extraemos los porcentajes para los 879 que pesaban de 2 500 grs en adelante y para los 236 menores de 2 500 grs, tenemos 78 84% para los primeros y 21 16% para los últimos, o sea, alrededor de las cuatro quintas partes para aquéllos y la quinta parte para éstos

De los 236 niños que nacieron pesando menos de 2 500 grs, 35 nacieron muertos, (29 prematuros y 6 débiles congénitos), y de los 201 niños menores de 2 500 grs que nacieron vivos, 22 fallecieron en la primer semana de vida, (18 prematuros y 4 débiles congénitos), esto da por resultado 14 83% de mortinatalidad y 10 94% de mortalidad precoz Las cifras aludidas son elevadas, si se las compara con las de los porcentajes de los niños que nacieron pesando de 2 500 grs

en adelante y cuya mortalidad fue cuatro veces menor, pues representa el 352%, (31 nacidos muertos en los 879 casos), y siete veces menor, o sea el 141% en la mortalidad precoz, (12 muertos en la primera semana en los 848 casos) Por otra parte, se ve que los porcentajes de mortalidad y mortalidad precoz, crecen en razón inversa al peso de los niños, lo que se demuestra más claramente, con las cifras siguientes

Nacieron 879 niños pesando de 2500 grs en adelante y fallecieron 43, lo que equivale al 489% de mortalidad, de los 879, nacieron muertos 31, es decir, 352% de mortalidad

De los 848 niños que nacieron vivos, 12 fallecieron en la primera semana, lo que arroja 141% de mortalidad precoz

De los 236 niños que nacieron pesando menos de 2500 grs, fallecieron 57, lo que equivale al 2415% de mortalidad, vale decir, cinco veces mayor que el porcentaje respectivo del grupo que antecede

Entre los 236 de peso menor a 2500 grs, se cuentan 35 nacidos muertos, o sea 1483% de mortalidad, y entre los 201 que vivieron, 22 fallecieron en la primera semana, lo que da 1094% de mortalidad precoz

En atención al peso dividire este grupo de 236, en tres categorías de 2499 a 2000, del 1999 a 1500, y de 1499 abajo

De 2000 a 2499, nacieron 165 niños, de estos, 15 fallecieron, o sea 909% de mortalidad, 12 nacieron muertos, teniendo, por consiguiente, 727% de mortalidad De los 153 niños de este grupo que nacieron vivos, 3 fallecieron en la primera semana, lo que le da 196% de mortalidad precoz

De 1500 a 1999 grs, nacieron 48 y fallecieron 24, es decir, el 500%, 13 eran nacidos muertos, lo que da 2708% de mortalidad De los 35 niños de este peso que nacieron vivos, 11 fallecieron en la primera semana, es decir, 3142% de mortalidad precoz

En los de 1499 abajo, nacieron 23 y fallecieron 18, lo que equivale a 7826% de mortalidad, 10 eran nacidos muertos, o sea 4347% de mortalidad, y de los 13 de este grupo que nacieron vivos, 8 fallecieron en la primera semana, resultando un 6154% de mortalidad precoz

Comparando la mortalidad y la mortalidad precoz de estos grupos, con las de los niños que pesaban más de 2500 grs, tenemos que la mortalidad se duplica para los del primer grupo, es ocho veces mayor para los del segundo grupo y doce veces mayor para los del tercer grupo La mortalidad precoz es vez y media mayor para los del primer grupo, veintidós veces mayor para los del segundo y cuarenta y cuatro veces mayor para los del tercero

Después de presentar los datos estadísticos, quiero hacer notar que en el total de 100 casos estudiados, la debilidad general se encontró en 57, de los cuales 47 tuvieron una causa primordial distinta de la debilidad general Al practicar la autopsia en los 10 restantes, en los cuales no se encontró otra causa de muerte, en dos de los casos no se halló ninguna lesión y los 8 restantes presentaron lesiones que no eran capaces de ocasionar la muerte en cinco de ellos fue edema meníngeo, en uno, congestión meníngea, asfixia cerebral de primer grado, en otro, y, en el último, malformaciones congénitas que per-

mitian la vida, (riñones ectopicos en herradura y comunicacion inter-ventricular)

Sugerencias Profilácticas—A traves de los parrafos anteriores he puesto de manifiesto cuáles son las causas de debilidad general en los casos en que los niños fallecieron y cual era la importancia relativa de cada una de ellas. He hecho evidente tambien el alto grado de mortalidad en los niños de poco peso. Me resta, ahora, desarrollar el punto principal y finalidad de este capitulo, con el objeto de establecer hasta donde se pudieron evitar las causas que ocasionaron la debilidad general y, de esta manera, obtener fetos de buen peso que soporten o no sean terreno propicio para las enfermedades o accidentes que producen sus muertes, no solo al nacer y durante la primera semana, sino que durante el primer año, influenciando, en esta forma, toda la mortalidad infantil.

Sugerencias para evitar las muertes de estos niños debiles, han sido hechas en las paginas anteriores. Ahora me refiero, en un solo grupo, al grado de control de las causas de debilidad, las cuales dividire así:

a) —**De Fácil Evitabilidad**—Creo que las causas de debilidad general fueron facilmente evitables en 25 casos, o sea 43.86%. Dichas causas fueron Sífilis, con 17 casos, Paludismo, con 5 casos, Falta de Reposo Durante el Embarazo, con 2 casos, y, por ultimo, un caso en el que contribuyeron varios factores, que son sífilis probable, no reposar y frecuencia de embarazos.

b) —**De Difícil Evitabilidad**—Los casos de difícil evitabilidad fueron 6, es decir, 10.53%. De los 6, en cinco la dificultad consistia en que las madres viven en poblaciones alejadas de esta capital. Los cinco estan repartidos así: Sífilis, 2 casos, Anemia Hiperclorémica, 2 casos, y un caso para Paludismo. El otro caso de difícil evitabilidad, es uno en que la madre no reposo durante el embarazo, trabajo intensamente y tuvo pesima alimentacion, este es de aquellos casos que solo podrian ser evitados si existiesen "Refugios" para esta clase de madres.

c) —**Inevitables**—Son 26 los casos en que es imposible evitar las causas de debilidad general, o sea el 45.61%. Voy a enumerar cuales fueron esas causas en 9 casos de embarazo gemelar, y 4 de hidiamnios, no se puede evitar la causa, aunque sea conocida, en 5 casos, fueron anomalias de la placenta, a las que se asocio la falta de reposo, aun cuando se consiguiese que las madres reposasen, el factor principal persistiria y no es seguro que por medio del reposo se logiara que las anomalias de la placenta dejasen de producir sus efectos. En uno de los casos restantes, fue paludismo, y el parto prematuro se produjo a pesar de haber sido la madre convenientemente tratada. En el siguiente caso, la causa fue tuberculosis materna, por lo que lo unico que se podia hacer era evitar el parto. Otro de los casos fue el de una madre que tuvo hemorragias de origen desconocido, en los últimos quince días del embarazo, tal vez si hubiera tenido asistencia prenatal.

se hubiera averiguado y evitado las causas. Una madre con predisposición al aborto, constituye otro de los casos. En uno de ellos, la única causa que se encontró fue la falta de reposo materno y el parto ocurrió a los seis y medio meses de embarazo, aun conociendo la causa, es inevitable el parto prematuro, por cuanto no se puede tener a estas madres en reposo desde el principio del embarazo. En los restantes tres casos, la causa fue desconocida.

En resumen, observamos que las causas de los casos de debilidad general en los niños que fallecen en el Servicio de Maternidad, son evitables con facilidad en el 43.86%, con menor facilidad, en el 10.53%, quedando 45.61% como inevitables. Con una buena asistencia prenatal pudieran ser controladas las causas de los casos de los dos primeros grupos, pero, aun cuando eso se consiga, siempre quedaria el tercer grupo con el porcentaje enunciado. Aun cuando en este elevado número de casos del tercer grupo, las causas de debilidad general no puedan ser evitadas, si se puede disminuir el número de muertes y los medios indicados para conseguirlo son la buena asistencia del parto y los buenos cuidados post-natales.

Por buena asistencia del parto se entiende evitar todo peligro obstétrico. En algunos hospitales de los EE UU AA, el parto prematuro es siempre atendido por un médico, y en nuestro Hospital bien se podría lograr que, por lo menos, en el mayor número de casos el parto prematuro se verificara bajo la supervisión del Médico del Servicio, que reside en el Hospital. Después del parto de un prematuro no se debe proceder al igual que con los nacidos a término, vale decir, a la ligadura del cordón umbilical, pesa, medida, toma de huellas plantares, baño y tantas maniobras más a que son sometidos estos niños. En los casos prenotados lo apropiado es que si el niño no está apnéico, se le deje en reposo durante una hora, bien arropado y solo al cabo de ese tiempo, proceder a la ligadura del cordón umbilical, a retirar el exceso de unto sebáceo con vaselina líquida, a la pesa y toma de las huellas plantares, etc. Una vez hecho esto, debe darsele al niño un período de 24 horas de reposo absoluto, envolviéndolo con algodón y, si es necesario, hay que colocarlo en la estufa, para mantenerlo a la temperatura conveniente. Durante estas 24 horas, debe ser estrictamente vigilado y solo después de ese lapso se le hará un aseo completo y se le alimentará. En caso de un prematuro apnéico, se desechará, más que en ninguna otra ocasión, cualquier método violento empleado para inducir la respiración: congelación, balanceo, respiración artificial manual, baños calientes y fríos alternados, etc. Lo conveniente es practicar una buena aspiración de mucosidades, con un aspirador traqueal y facilitar, por medios mecánicos, la expulsión de las mucosidades que puedan quedar, para esto, se coloca al niño boca abajo con la cabeza a un nivel menor que el resto del cuerpo, y, en esta posición, excitar la respiración frotando el tórax, o las plantas de los pies, se le ha de suministrar anhídrido carbónico y oxígeno. En el evento de que estos métodos de resurrección no tuvieran éxito, hay que practicar la respiración artificial por el sistema boca-a-boca, el cual debe ser efectuado solo por personas con suficiente experiencia en el método, pues involucra peligros para el prematuro, por el hecho de que no se conoce la tensión a que es insuflado el aire en los

pulmones Este último sistema es, sin embargo, preferible a la respiración artificial manual

Desde el momento en que los débiles abandonen la Sala de Trabajo, debe ponerse sobre aviso a las enfermeras de la Sala de Recien Nacidos, para que tengan con ellos una vigilancia esmerada Por otra parte, no propongo que se tenga en la Sala un equipo especial costoso, pero sí que en vez de colocar estos débiles en las cunas comunes, sean mantenidos en cajones de madera con cubierta, la que debe llevar, en uno de sus extremos, una abertura suficiente para permitir la debida inspección Estas cajas tienen que estar recubiertas interiormente con algodón, a fin de mantener más alta la temperatura Es indispensable la supervigilancia de la curva de peso de estos débiles, para que no vuelvan a ocurrir casos como dos que he relatado, en los cuales no se tomó ninguna medida para evitar la pérdida de peso y los niños fallecieron después de haber disminuido 900 grs Siempre que se observe marcado descenso del peso, se debe avisar al Médico de la Sala Es necesario tomar cuidados especiales para suplir, por todos los medios posibles, el pecho materno en estos niños que no pueden succionar, por ejemplo, alimentarlos con gotero

Cuando las madres de los débiles tienen seis días de puerperio, son dadas de alta y, al igual que las madres de los niños a término, abandonan el Hospital, llevándose a sus hijos, salvo que estos estén enfermos Creo que estos débiles deberían permanecer el doble de tiempo bajo la supervigilancia del Servicio, es decir, unos doce días y solo entonces, si el Médico de la Sala lo juzga conveniente, permitir que las madres se los lleven, mas recomendándoles que periódicamente los presenten en un centro como el Botón Azul Y, mejor todavía, fuera mas practico tomar la dirección de las madres y dar el consiguiente aviso a la Sanidad, para que esta envíe una enfermera a observar a estos niños y, en caso necesario, los conduzcan a un centro apropiado, que puede ser la misma Sanidad, el Botón Azul o el Hospital Rosales

He expresado en los párrafos anteriores, las sugerencias generales de lo que creo se debe y se puede hacer con respecto a los débiles. He tenido en cuenta, sobre todo, al hacer las sugerencias mencionadas, que estas no obliguen a gastos, porque, entonces, debido al factor economico, serian impracticables Lo que he propuesto, no necesita, para llevarse a cabo, mas que la buena voluntad de las personas a quienes competen estos asuntos, como son el Jefe del Servicio de Maternidad, el Director del Hospital Rosales, el Director de Sanidad

Las sugerencias se resumen así

1) —Disminuir la debilidad general que, como he demostrado, se puede reducir, cuando menos, a la mitad, mediante asistencia prenatal

2) —Evitar todo riesgo obstétrico Para esto, en los partos de prematuros, el Médico Residente ha de controlar el trabajo y el parto

debe ser asistido solo por personas competentes, conocedoras de la materia, con experiencia y responsabilidad

3) —Cuidados especiales con los debiles cuando acaban de nacer Consisten estos cuidados en ligadura del cordón y aseo tardíos y, además, reposo absoluto

4) —Cunas y vigilancia especial para los debiles Han de reunirse, si es posible, en un solo departamento, para facilitar la vigilancia

5) —Mayor permanencia de los debiles en el Servicio

6) —Control por la Sanidad, una vez que estos debiles hayan salido del Hospital

En otros países que gozan de holgura económica, hay salas dedicadas solo a prematuros, con equipos especiales de calefacción, incubadoras, aparatos de respiración artificial, ambulancia especial para trasladarlos de la Sala de Partos a la de Recién Nacidos, etc. Pero, entre nosotros, todo ello solo es para tenerlo presente, hasta que sean distintas nuestras condiciones económicas y el Hospital de Maternidad venga a llenar el inmenso vacío que sobre este punto se ha estado haciendo sentir desde tiempo ha

III—RESUMEN PROFILACTICO

CAPITULO XVII

Profilaxis

Todas las sugerencias profilacticas que se encuentran dispersas en los diversos grupos de causas que ocasionaron la muerte, han sido resumidas aqui, con el propósito de facilitar su clara comprensión de conjunto Estas enseñanzas son sacadas esencialmente de la evaluación del carácter evitable de las muertes catalogadas conforme al grado practicable de tales medidas Si para juzgar el carácter evitable de estas muertes, se coloca uno en un punto de vista ideal, todas las muertes, en ultimo analisis, parecen evitables Por eso les atribuyo tal carácter solo a las muertes que se podrian impedir por medio de esfuerzos y organización practicables de una manera facil y rapida

Lo antedicho permítame señalar las conclusiones practicas susceptibles de estimular y de orientar la lucha contra la mortinatalidad y la mortalidad precoz

Muestro a continuación el cuadro que resume dichas sugerencias profilácticas

SUMARIO DE LA PROFILAXIS EN LAS 13 CAUSAS DE MUERTE

C A U S A S	Evita- bles	Evita- bles fá- cilmen- te	Evita- bles di- fícil- mente	Inevi- tables	TOTAL
Sifilis	-	18	4	-	22
Asfixia Intra-uterina	8	4	4	6	22
Trauma Obstetrico	4	3	3	2	12
Asfixia y Trauma	2	-	-	-	2
Trabajo Prolongado	4	1	2	1	8
Debilidad General	-	2	1	7	10
Malformacion Congenita	-	-	-	4	4
Afecciones Pulmonares	4	-	-	-	4
Paludismo	-	2	1	-	3
Toxemia Gravídica	1	-	1	-	2
Debilidad General y otra causa	3	-	-	-	3
Diversas	2	-	1	1	4
Indeterminadas	-	-	-	4	4
TOTALES	28	30	17	25	100

CUADRO XV

En este resumen voy a considerar las sugerencias referentes a todos los casos, aunque separadas siempre en cuatro categorías

- a) —Las causas que se pudieron evitar en el Servicio de Maternidad
- b) —Las de fácil evitabilidad
- c) —Las de difícil evitabilidad
- d) —Las inevitables

En cada una de estas categorías, separaré los casos que pueden ser evitados por medios obstétricos, de aquellos que pueden serlo por medios anobstétricos, ya sea antes o después del parto

a) —La muerte fetal se pudo evitar en el Servicio en 28 casos de los 100 estudiados, es decir, en el 28% de los niños que nacieron muertos o que fallecieron en la primer semana, de éstos, 19 por medios obstétricos y 9 por medios anobstétricos

1 —Casos Evitables por Medios Obstétricos—Los 19 casos se encuentran repartidos así 3 evitables por medio de cesarea, 6, por fórceps, 2, por versión por maniobras internas, 4, por extracción podalica, 1, por buena asistencia del parto, 1, mediante morfina, (era un caso de rigidez del cuello) 1, por incisiones del cuello uterino, (caso de rigidez en el cual fracasó la morfina), y 1, por medio de buena respiración artificial, (es el caso en que traumatizaron al feto) Son estos los casos que pertenecen directamente al tocólogo, ya que con

el mejoramiento de las técnicas obstétricas y quirúrgicas, y de la correcta indicación y ejecución de las mismas, puede esperarse una gran reducción en los índices de mortalidad y mortalidad precoz

2—Casos Evitables por Medios Anobstétricos—Los 9 casos son 4, de profilaxis contra las infecciones, (los 4, de bronco-neumonía), 4, por buena vigilancia de los niños, (2, de mala nutrición, 1, asfixia por sofocación, y 1, un apnéico que falleció a las 4 horas de nacido), y 1 y último, mediante el buen examen de la enferma cuando ingreso al Servicio, (eclampsia, 46 horas después del ingreso de la paciente), cuidados prenatales también habían evitado esta muerte

b) —Fueron 30 los casos pertenecientes a esta categoría, es decir, que el 30% de niños que nacieron muertos o fallecieron en la primer semana, se pudieron haber salvado fácilmente, de éstos, 4 por medios obstétricos y 26 por medios anobstétricos

1—Casos De Por Sí Evitables Fácilmente, Conducta Indicada: Medios Obstétricos—Los 4 casos fueron los siguientes 2, mediante versión por maniobras internas, 1, por cesárea, y 1 y último, mediante una buena asistencia del parto, (es el caso de retención de la cabeza en un parto de nalgas)

2—Casos De Por Sí Evitables Fácilmente, Conducta Indicada: Medios Anobstétricos—De los 26 casos, 24 son de asistencia prenatal y 2 de reposo durante el embarazo. Los 24 primeros pertenecen 18, a sífilis, 1, a placenta previa, 4 a paludismo y 1, y último, es un caso de hemorragia por la vulva en los últimos 15 días del embarazo. Los dos casos debidos a falta de reposo, es poniendo en vigor las leyes protectoras de la mujer embarazada, como puede logiarse evitarlos

c) —De los 17 casos de esta categoría, (17% de difícil evitabilidad), 5 se pueden evitar por medios obstétricos y 12 por medios anobstétricos, aun cuando las sugerencias sean de difícil ejecución

1—Casos De Por Sí Difícilmente Evitables, Conducta Indicada: Medios Obstétricos—Los cinco casos, son 2, por versión por maniobras internas, y 3, mediante forceps

2—Casos De Por Sí Difícilmente Evitables, Conducta Indicada: Medios Anobstétricos—De los 12 casos, 11 se hubieran evitado mediante asistencia prenatal y 1 creando "Refugios" para las madres. De los 11 casos de asistencia prenatal, 4 eran de sífilis, 3, de anomalías de la placenta, 1, de anomalías del cordón, 1, de anemia hiper-cromica, 1, de paludismo y anemia hiper-cromica, y 1, y último, de eclampsia. El caso restante, como digo, por la creación de "Refugios". Sobre este caso, ya he hablado en varias ocasiones anteriores

d) —Casos inevitables encontramos 25, (25% de los 100 casos del estudio), comprendiendo los que nacieron muertos y los que fallecieron en la primer semana

El criterio que seguí para colocar los casos en cada una de estas categorías, lo he expuesto previamente al tratar de las sugerencias profilácticas en la primera causa primordial de muerte, o sea, la sífilis

Verificando una reunión de las muertes evitables por medios obstétricos y de las evitables por medios anobstétricos, tenemos que de las 75 muertes evitables, 28 seían por medios obstétricos y 47 por medios anobstétricos

1—Por Medios Obstétricos—Los 28 casos se encuentran repartidos así forceps, 9, version por maniobras internas, 6, cesáreas, 4, extracción podálica, 4, incisiones del cuello uterino, 1, buena asistencia del parto, 2, suministro de morfina, 1, y, por último, 1 por buena respiración artificial. De los 28 casos, para los 24 primeros se proponen intervenciones obstétricas en el momento del parto, lo que equivale a decir, que había necesidad de intervenir en casi la cuarta parte del total de niños que nacieron muertos o que fallecieron en el curso de la primer semana

En el total de 100 niños muertos que estudio, 25 nacieron artificialmente en el Servicio de Maternidad por medio de las intervenciones que siguen 9, aplicaciones de forceps, 7, versiones por maniobras internas, 5, extracciones podálicas, 3 cesáreas, y 1, y último, embriotomía. Si bien el total de las intervenciones practicadas y el que propongo, son casi los mismos, en cambio, encontramos ligeras desemejanzas entre la clase de intervención realizada y la propuesta, debido a que no hubiera habido necesidad de varias de esas intervenciones, si las madres hubieran tenido buenos cuidados prenatales, tal como sucedió en casos de eclampsia, placenta previa, etc. Y, por otra parte, propongo que en el futuro se practique la intervención en algunos casos en los cuales, en esta ocasión, se dejó terminar espontáneamente el parto, por ejemplo, en varios de los de trabajo prolongado, (17 casos), en los que sugiero la extracción podálica para unos y forceps para otros

En diversos casos en que se intervino, se hizo ya cuando el feto estaba muerto, pretendiendo con dicha intervención salvar a la madre. Al hacer las sugerencias detalladas para cada caso, he indicado la hora en que se pudo efectuar la intervención y salvar a la madre y al feto, que es la finalidad del partero. Se comprende fácilmente la ventaja que me asiste al hacer las sugerencias mencionadas, elaboradas fuera de la premura que demanda la asistencia del parto, en muchos casos. He tenido a la mano la historia completa de cada caso, he visto los resultados del parto, ya terminada este espontáneamente o por intervención, sin embargo, aun cuando al partero le faltasen todos estos elementos de juicio, ello no justificaría que se haya procedido como se hizo en ciertos casos. La ciencia del partero inteligente esta en recabar los datos necesarios y actuar en el momento oportuno tal como se debe. El lema del obstetra debe ser **INTERVENIR A TIEMPO**

2—Medios Anobstétricos—Los 47 casos evitables por medios anobstétricos, se reparten así asistencia prenatal, 36, de los cuales, 22 por sífilis, 4, anomalias de la placenta, 4, paludismo, 1, paludismo y anemia hiperclorémica, 1, anemia hiperclorémica, 2, eclampsia, 1, anomalias del cordón, y 1, y último, hemorragias por la vulva durante los últimos 15 días del embarazo. De los 11 restantes, 4 son de profilaxis contra las infecciones, (son los casos de bronco-neumonía), 4, buena vigilancia del niño, (2 de mala nutrición, 1 por asfixia por asocación y 1 apnéico que falleció a las 4 horas de nacido), 2, por reposo materno durante el embarazo, y 1, y último, por la creación de Refugios”

Resulta de todo lo que he expuesto, que hay un 58% de casos en los que la muerte es evitable de una manera fácil, poniendo en práctica las sugerencias que he indicado. Este 58% proviene de la reunión de los 28 casos de muerte que se pudieron evitar en el Servicio y de los 10 casos de fácil evitabilidad.

En el otro 17% de los casos evitables, solo podrá conseguirse el éxito mediante campañas más amplias y mayores gastos. Es posible también que cuando un mayor número de madres tengan cuidados prenatales, se logre conocer las causas de algunos casos considerados como inevitables y entonces se pueda disminuir esta cifra que actualmente representa el 25%.

IV—FETO MACERADO

CAPITULO XVIII

Causas Determinantes

De los 66 niños que nacieron muertos, 24 se encontraban macerados, lo que equivale a 36.36%, o sea que en más de la tercera parte de los casos, la muerte no se produjo en el momento mismo del parto, sino desde algún tiempo antes. Digo esto, para hacer notar que la frase “maceración fetal” no debe indicar sino que la muerte es intra-uterina, más o menos remota y descartar por completo la idea que se tiene de juzgar que porque el feto se encuentra macerado es sífilítico. Yo también tuve esta misma opinión, de la manera que cuando hacía mi práctica de medicina, al interrogar a la enferma sobre sus antecedentes personales, si esta acusaba un parto de feto macerado, tomaba esto como signo de sífilis. Para evitar que otros incurran en el mismo error, voy a exponer en este estudio de conjunto de los casos de fetos macerados, las causas que los ocasionaron y sus frecuencias respectivas.

CAUSAS DE MACERACION FETAL

ETIOLOGIA	Prematuro	A Término	TOTAL	Porcentaje
Sifilis	12	1	13	54.2
Anomalías d' la Placenta	2	2	4	16.7
Paludismo	3	0	3	12.5
Anemia Tipo Biermer	1	0	1	4.2
Trabajo Prolongado	0	1	1	4.2
Indeterminada	0	2	2	8.2
TOTALES	18	6	24	100.0

CUADRO XVI

Sifilis—De los 13 casos por sifilis, 12 fueron prematuros y 1 a término. Relacionadas estas cifras con el total de prematuros y fetos a término que nacieron macerados, resulta que la sifilis ocasiona las dos terceras partes de prematuros macerados, 66.66%, (12 casos en 18) y 16.66% de los fetos a término macerados. En el número de prematuros macerados por sifilis, he incluido un monstruo macerado de 1,400 grs de peso, —no obstante que tenía 9 meses de vida intra-uterina— por ser dicho grupo el que más cerca le correspondía, ya que, de lo contrario, habría que hacer una columna especial solo para este caso.

Anomalías de la Placenta—Los 4 fetos macerados por esta causa están repartidos por igual entre los prematuros y los a término. De aquí resulta que la novena parte de prematuros macerados son por esta causa, (11.11%, o sea, 2 casos en 18). Tres de los casos fueron por placenta previa y uno por desprendimiento prematuro de la placenta insertada normalmente. En los fetos a término macerados, 33.33% fue por esta causa, (2 casos en 6).

Paludismo—Los 3 fetos macerados por esta causa fueron prematuros, es decir, la sexta parte, 16.66%, (3 casos en 18). En 2 de ellos se trató de formas perniciosas y las madres fallecieron en la hora que siguió al parto. En el otro caso, la madre tenía 4 meses de padecer de paludismo, al que se asoció anemia perniciosa.

Anemia Tipo Biermer—A esta causa le corresponde un 5.5%, (1 caso en 18), en el total de prematuros macerados. La madre era caquética, con solo 950 000 globulos rojos y 30% de hemoglobina, (1.60 de valor globular y megalocitos). Tenía dos y medio meses de enfermedad cuando se verificó el parto.

Trabajo Prolongado—Se trató de un feto a término y le corresponde un 16.66%, (1 caso en 6), en el total de fetos a término macerados. El trabajo del parto duró 94 horas y hubo infección del líquido amniótico. La madre falleció después del parto.

Indeterminadas—Hay dos casos de fetos a término en los cuales se pudo encontrar la causa de la maceración, representan la tercera parte, 33 33%, (2 casos en 6), del total de fetos a término que fueron macerados.

Ya establecido lo anterior, puede deducirse que cuando en los antecedentes de una enferma encontramos que ha tenido fetos macerados, hay que investigar sobre su estado de salud durante los embarazos, si ha tenido hemorragias durante los mismos, la forma cómo ha evolucionado el trabajo de esos partos y solo hasta después de haber sido descartados estos procesos, sobre todo tratándose de partos macerados, aceptaremos el diagnóstico de sífilis, quedando siempre, como se acostumbra en medicina, sujeto al control del laboratorio.

CAPITULO XIX

Influencia de los Factores Intermedios

Influencia de la Edad Materna—Voy a mostrar, en el cuadro siguiente, la relación que hubo para los fetos macerados por sífilis u otras causas y la edad de las madres, ya fueran estas mayores o menores de 25 años.

RELACION ENTRE LOS FETOS MACERADOS POR SIFILIS Y LA EDAD MATERNA

EDAD MATERNA	SIFILIS	OTRAS CAUSAS	TOTAL
Menores de 25 años	12	3	15
25 años en adelante	1	8	9
TOTALES	13	11	24

CUADRO XVII

Por las cifras que preceden, puede verse que el feto macerado se encontró en 15 ocasiones en madres menores de 25 años de edad y en estas, el 80 0% de los casos fue debido a sífilis. Y en los 9 restantes, las madres eran mayores de 25 años de edad y en ellas la maceración fetal fue debida a sífilis solamente en el 11 11%. Notese la enorme diferencia del papel que juega la sífilis en las madres menores de 25 años de edad y en las mayores de esa edad, en la maceración fetal.

Entre los fetos macerados de las madres mayores de 25 años de edad, tenemos que uno fue por sífilis y los ocho restantes fueron por causas diversas, con la siguiente proporción: anomalías de la placenta 44 44%, paludismo, 22 22%, y en el otro 22 22% la causa no pudo determinarse.

Influencia del Número de Embarazos—Estos párrafos tienen por objeto dar a conocer la relación que existe entre la sífilis o las otras causas y el número de partos en las madres que tienen fetos macerados.

rados Para realizar este proposito, presento el cuadro que aparece a continuacion

INFLUENCIA DEL NUMERO DE PARTOS EN LAS MADRES QUE POR SIFILIS U OTRAS CAUSAS TIENEN FETOS MACERADOS

Nº DE PARTOS	SIFILIS		OTRAS CAUSAS		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primiparas	5	71 4	2	28 6	7	29 2
Multiparas	8	50 0	8	50 0	16	66 6
No Determinado	0	"	1	100 0	1	4 2
TOTALES	13	50 0	11	45 8	24	100 0

CUADRO XVIII

De los 24 fetos macerados, 13 fueron por sífilis y 11 por otras causas

De los 13 macerados sífilíticos, 5 eran hijos de primíparas y 8 de multiparas

De los 11 fetos macerados por otras causas, 2 eran hijos de primíparas, 8, de multiparas y en uno no se supo cuantos embarazos habia tenido la madre

Resulta que en las dos terceras partes de los casos apuntados, las madres eran multiparas, siendo la mitad de ellas sífilíticas De las 7 primíparas que tuvieron macerados, 5 eran sífilíticas, lo que da la elevada cifra de 71 4%

CAPITULO XX

Datos Anatómo-Patológicos

Descripción de las Lesiones—Exteriormente, lo que se observa es levantamiento de la epidermis, que ora puede ser localizado en algunos sitios, ora puede comprender toda la superficie del cuerpo, unas veces se encuentra formando arrugas, otras, vesículas y, finalmente, deja al descubierto la dermis, según que la maceración sea reciente o antigua El cordón umbilical se encuentra grueso y congestionado en unos casos, siendo esto una manifestación poco constante El cráneo se encuentra blando y sin tensión, gozando los huesos de movilidad mas o menos marcada, también de acuerdo con el grado de maceración Estas manifestaciones craneanas se observan en todos los casos, acompañando ya a las simples arrugas epidérmicas

Interiormente, las cavidades pleurales, pericárdica y peritoneal, se encuentran vacías en unos casos y en los casos poco avanzados tienen líquido de color cetrino y, mas tarde, líquido sanguinolento

No hay relación entre lo que se observa exteriormente y lo que sucede en las cavidades En unos casos se encuentran lesiones epidérmicas y las cavidades vacías y en otros, acontece lo contrario líquido en las cavidades y epidermis íntegra

En las vísceras se nota reblandecimiento y extravasaciones sanguíneas, más marcados cuanto más avanzado es el grado de maceración. Creo que el primer síntoma de maceración fetal, es el aumento de la blandura del encefalo y, sobre todo, del cerebro, el cual, en los casos avanzados, pierde hasta su forma y se reduce a una masa que llena la cavidad craneal o que sale a través de los agujeros que se forman al desaparecer el tejido fibroso de las suturas del craneo.

Los pulmones presentan, en algunos casos, punteado hemorrágico en su superficie, habiendo observado esto en casos de maceración por anomalías de la placenta, por lo que lo atribuyo a lesiones asfícticas y no a las extravasaciones sanguíneas, que son frecuentes en los otros órganos, (hígado, bazo y riñones), pero no en los pulmones, como manifestaciones de maceración fetal.

En un caso encontré meconio en los bronquios y bronquiolos de un feto macerado, pero los alveolos estaban vacíos y los pulmones pesaban 20 y 25 grs. Creo que el meconio entró allí cuando el feto estaba muerto. Esto se observó en un caso de maceración fetal por trabajo prolongado, mientras que en otro caso, también de trabajo prolongado, en que el feto murió por asfixia intra-uterina, no solamente los bronquios y bronquiolos contenían meconio, sino que los alveolos presentaban un atascamiento por meconio y el peso de los pulmones era el doble que en el caso anterior.

Las lesiones que se notan en el hígado y riñones, son las de reblandecimiento y extravasaciones sanguíneas. El hígado tiene en los casos avanzados una coloración grisácea.

En el bazo hay que considerar su peso, fuera de las lesiones descritas en los órganos anteriores, pero que, como ya dije, es mayor en los macerados sífilíticos (V Cuadro IV y las consiguientes deducciones para los macerados, desprendidas del estudio de dicho Cuadro).

Establezco en el cuadro que sigue, la relación de los pesos del bazo entre los macerados sífilíticos y los no-sífilíticos.

PROMEDIO DEL PESO DEL BAZO DE LOS MACERADOS SIFILITICOS Y PESO MAXIMO DEL BAZO DE LOS MACERADOS NO-SIFILITICOS EN RELACION CON EL PESO FETAL

PESO EN GRAMOS	Hasta 1,500	De 1,501 a 2,000	De 2,001 a 2,500	De 2,500 en adelante
Peso medio del bazo en macerados sífilíticos	7	12	17	20
Peso máximo del bazo en macerados no sífilíticos	5	10	8	10

CUADRO XIX

En los macerados, cuando el peso del bazo sea mayor de 5 grs para los fetos de menos de 1500 grs de peso, mayor de 10 grs para los fetos de 1,501 a 2,000 grs, mayor de 8 grs para los fetos de 2,001

a 2,500 grs , mayor de 10 grs para los fétos de 2,500 grs en adelante; o sea, que, en general, cuando el peso del bazo sea mayor de 10 grs para los fetos que pesan, más de 1 501 grs , se tendrá una fuerte base para poder afirmar que la sífilis es la causante de la maceracion Pero no podrá emitirse opinion alguna, si las cifras son menores que las aludidas, ya que tanto puede tratarse de fétos sifilíticos, como de no sifilíticos

En lo relativo al intestino, no se observan mas que lesiones congestivas, que son mas marcadas a nivel del intestino delgado

Las meninges se encontraron solo congestionadas en 6 casos, en 5, contenian liquido sanguinolento y en 8, se hallaron pequeños coagulos en distintas regiones, en los casos restantes, cerebro y meninges eran una sola masa

Por la autopsia se califican de macerados un numero mayor de fetos, que por el solo hecho del examen exterior Por ejemplo, en este estudio van incluidos un caso sin manifestaciones epidémicas y otro en que eran muy poco marcadas, pero en los cuales el examen de los organos y cavidades llevo a la conviccion de que se encontraban macerados

El estudio microscopico de los órganos casi no nos presta ayuda alguna, pues con un poco avanzada que este la maceracion, la alteracion cadaverica no permite el examen correcto, solamente en los casos en que la maceracion se encuentre en sus principios, el estudio microscopico descubre lesiones

TERCERA PARTE

- I - FACTORES INTERMEDIARIOS
- II - CAUSAS FUNDAMENTALES
- III - ORGANIZACION DE LA LUCHA
- IV - CONCLUSIONES
- V - PROPOSICIONES



I—FACTORES INTERMEDIARIOS

CAPITULO XXI

Datos Generales de Mortinatalidad y Mortalidad Precoz.

En el periodo de cinco meses dieciocho dias, comprendido entre el 1° de septiembre de 1941 y el 18 de febrero de 1942, hubo en el Servicio de Maternidad del Hospital Rosalès, un total de 1 097 partos, que produjeron 1 115 niños, porque entre aquel número hubo 18 partos gemelares, de donde resultan 1 079 partos sencillos y 18 partos múltiples. En los 1 115 niños, fue 100 el total de los nacidos muertos en union de los fallecidos en la primer semana, como consecuencia de 98 partos, por haber habido entre ellos dos parejas de gemelos. Del total de 100 referido, 66 nacieron muertos y 34 fallecieron en la primer semana.

Relacionando el total de nacimientos con el número de nacidos muertos, obtenemos el porcentaje de mortinatalidad, observando que de los 1 115 niños, nacieron muertos 66, o sea alrededor del 6% de los que nacieron en el Hospital Rosales en el periodo estudiado.

El Comité respectivo de la Sociedad de las Naciones, sostiene que la mortinatalidad es débil cuando es menor del 2%, moderada, la comprendida entre el 2% y el 2 99%, fuerte, de 3% a 3 99%, y, por último, muy fuerte desde el 4% en adelante. En nuestro Servicio de Maternidad, se sobrepasa ampliamente esta cifra, pues, como ya dije, fue alrededor del 6%, (5 92%, exactamente).

De los 1 049 niños que nacieron vivos, fallecieron 34 en la primer semana, lo que representa un 3 24% de mortalidad precoz. Para el Comité referido, la mortalidad precoz es débil cuando es menor del 1 5%; moderada, la comprendida entre 1 5% y 2 24%, fuerte, entre 2 25% y 2 99%, y muy fuerte, la que está por sobre el 3%. La cifra del Servicio de Maternidad esta comprendida entre este último porcentaje.

Hace ya algún tiempo, (1927-1928), se llevó a cabo en Europa una encuesta sobre mortalidad infantil en general y observaron que cuando la cifra de mortinatalidad es alta, la correspondiente de mortalidad precoz es baja y viceversa. Pero entre nosotros no ocurre así, pues en este estudio, tanto la tasa de una como de la otra, quedan comprendidas en las últimas categorías, es decir, en las consideradas muy fuertes.

Si extraemos el promedio de mortalidad, sin hacer separación entre los nacidos muertos y los muertos en la primer semana, resulta 8.97%, (100 en 1 115)

El Comité prenotado, llama debil a la mortalidad infantil en todo el primer año, cuando es menor del 6%, moderada, del 6% al 9.99%, fuerte, del 10% al 13.99%, y muy fuerte, del 14% en adelante. Solamente nuestras cifras de mortinatalidad y mortalidad precoz reunidas, quedan en el grupo de la mortalidad moderada, pero como generalmente estas cifras se duplican en el resto del primer año, ya podemos prever cual es la tasa de mortalidad infantil que nos corresponde. En el acucioso trabajo presentado por los Dres. Funes y Castio al V Congreso Médico Centioamericano, se encuentra que de los 200 niños estudiados y que fallecieron en el primer año, el 48% está constituido por los niños que nacieron muertos y los que fallecieron en la primer semana, cuyos totales fueron 66 para los primeros y 30 para los últimos

CAPITULO XXII

Forma de Nacimiento

De los 1 097 partos, 1 030 fueron espontáneos y 67 artificiales. Estos últimos, se encuentran repartidos así: 32 partos mediante aplicacion de forceps, 17, por cesárea, 9, por versión por maniobras internas, 8, por extraccion podalica, y 1, por embriotomia.

De los 67, nacieron muertos o fallecieron en la primer semana 9 de los extraidos por forceps, 7 de los que se extrajeron por version por maniobras internas, 5 de los de extraccion podalica, 3 de los de cesárea, y el caso de embriotomia. De las líneas que anteceden, se desprende que de los 67 casos en que se intervino, en 42 se obtuvo niños vivos.

Véase a continuación el cuadro en el que aparecen las clases de intervenciones y sus resultados

CUADRO DE INTERVENCIONES

INTERVENCION	TOTAL	MUERTOS	VIVOS
Forceps	32	9	23
Cesárea	17	3	14
Versión Por Maniobras Internas	9	7	2
Extraccion Podalica	8	5	3
Embriotomia	1	1	0
TOTALES	67	25	42

CUADRO XX

En lugar de tratar separadamente, en sitio especial, la influencia de las intervenciones sobre la mortinatalidad y mortalidad precoz aprovecho aqui el haber expuesto inmediatamente antes los datos ge-

nerales, para hacer tal estudio, en vista de que la influencia de las intervenciones nos es desconocida

En dieciocho de estos casos, la intervencion se practico cuando el feto ya se encontraba muerto En algunos casos, la muerte se debió a eclampsia, en otros, a anomalias de la placenta, etc Dichas intervenciones se realizaron para salvaguardar la vida de las madres, por lo cual los numeros arriba tabulados no pueden tomarse, de ninguna manera, para tratar de obtener el porcentaje de mortalidad fetal que arrojan las intervenciones

Intervenciones obstetricas practicadas bien y a tiempo, reducirían el numero de muertes fetales, pues las indebidas prolongaciones del trabajo del parto son muchas hubo 17 de estos casos

En lo que se refiere a los partos espontáneos, si podemos establecer su porcentaje de mortalidad, (mortinatalidad y mortalidad precoz combinadas), pues sabemos que hubo 75 muertes en 1 048 niños nacidos de partos espontaneos, o sea, 7 15%

CAPITULO XXIII

Influencia del Embarazo Gemelar

Es conocido por todos, que los niños nacidos de embarazos múltiples, tienen un alto porcentaje de mortalidad El embarazo multiple estuvo representado durante verifiqué este estudio, unicamente por embarazos gemelares, sin observarse ningun otro tipo

Hubo 18 embarazos gemelares, que produjeron 36 niños, —9 de los cuales fallecieron—, en cambio, en los 1 079 niños de partos simples, solo hubo 91 muertos es decir, aquellos tienen 25% y estos 8 43% de mortalidad Comparados estos porcentajes, notamos, en seguida, que el embarazo gemelar tiene una mortalidad tres veces mayor

De los 36 gemelos, 5 nacieron muertos, o sea el 13 89% de mortinatalidad, para los 1 079 niños que nacieron de embarazos simples, unicamente corresponde el 5 65%, por haber nacido muertos 61, lo cual demuestra que los gemelos tienen el doble de mortinatalidad

Fallecieron 4 en la primer semana de vida, de los 31 gemelos que nacieron vivos, vale decir, 12 90% de mortalidad precoz Y sólo 2 94% de mortalidad precoz corresponde a los restantes 1 018 niños que nacieron vivos, pues de ellos 30 fallecieron en la primer semana Esto pone en evidencia que la mortalidad precoz es cuatro veces mayor en los gemelos

CAPITULO XXIV

Influencia del Sexo

De los 1 115 niños que nacieron en el Servicio de Maternidad mientras realizaba mi tesis, 573 fueron varones y 542, hembras Detallo en seguida los porcentajes de mortalidad general, de mortinatalidad y de mortalidad precoz, en los dos sexos, tanto para los fetos a término, como para los prematuros y, por último, para estos segun su peso.

Porcentajes en el total de niños

Mortalidad General—De los 573 varones, murieron 57, o sea, 9 94%
De las 542 hembras, murieron 43, o sea, 7 93%

Mortinatalidad—De los 573 varones, nacieron muertos 39, — 6 80%
De las 542 hembras, nacieron muertas 27, — 4 98%

Mortalidad Precoz—De los 534 varones que nacieron vivos, murieron 18, o sea, 3 37%
De las 515 hembras que nacieron vivas, murieron 16, o sea, 3 10%

Porcentajes en el total de niños a término

Mortalidad General—De los 463 varones, murieron 23, o sea, 4 96%
De las 416 hembras, murieron 20, o sea, 4 80%

Mortinatalidad—De los 463 varones, nacieron muertos 15, — 3 24%
De las 416 hembras, nacieron muertas 16, — 3 84%

Mortalidad Precoz—De los 448 varones que nacieron vivos, murieron 8, o sea, 1 78%
De las 400 hembras que nacieron vivas, murieron 4, o sea, 1 0%.

Porcentajes de los 165 niños que pesaron de 2 000 a 2 499 gramos

Mortalidad General—De los 76 varones, murieron 6, o sea, 7 90%
De las 89 hembras, murieron 9, o sea, 10 11%

Mortinatalidad—De los 76 varones, nacieron muertos 6, — 7 90%
De las 89 hembras, nacieron muertas 6, — 6 74%

Mortalidad Precoz—De los 70 varones que nacieron vivos, no falleció ninguno
De las 83 hembras que nacieron vivas, murieron tres, o sea 3 61%

Porcentajes de los 48 niños que pesaron de 1 500 a 1 999 gramos

Mortalidad General—De los 24 varones, fallecieron 18, o sea, 75%
De las 24 hembras, murieron 6, o sea 25%

Mortinatalidad—De los 24 varones, nacieron muertos 11, o sea, 45 83%
De las 24 hembras, nacieron muertas 2, o sea, 8 33%

Mortalidad Precoz—De los 13 varones que nacieron vivos, fallecieron 7, o sea, 54 84%

De las 22 hembras que nacieron vivas, fallecieron 4, o sea, 18 18%

Porcentajes de los 23 niños que pesaron menos de 1 500 gramos

Mortalidad General—De los 10 varones, fallecieron 10, — 100 0%.
De las 13 hembras, fallecieron 8, — 61 54%.

Mortinatalidad—De los 10 varones, nacieron muertos 7, — 70 00%
De las 13 hembras, nacieron muertas 3, — 23 07%

Mortalidad Precoz—De los 3 varones que nacieron vivos, fallecieron 3, o sea, 100 00%
De las 10 hembras que nacieron vivas, fallecieron 5, o sea, 50 00%

Reuniendo los tres últimos grupos, tenemos los porcentajes para todos los niños que nacieron pesando menos de 2,500 grs, cuyo total es de 236, repartidos entre 110 varones y 126 hembras

Mortalidad General—De los 110 varones, fallecieron 34, — 30 91%
De las 126 hembras, fallecieron 23, — 18 25%

Mortinatalidad—De los 110 varones, nacieron muertos 24, — 21 81%
De las 126 hembras, nacieron muertas 11, — 8 73%.

Mortalidad Precoz—De los 86 varones que nacieron vivos, fallecieron 10, o sea, 11 62%
De las 115 hembras que nacieron vivas, fallecieron 12, o sea, 10 43%

Al examinar las cifras anteriores, vemos que los correspondientes totales de varones y de hembras, que componen el grupo en estudio, tanto en la mortalidad general, como en la mortinatalidad y mortalidad precoz, son mayores para los varones, siendo indiferente que se observe la cifra en sí o sus porcentajes. En todos los países en donde se ha hecho esta clase de estudios, han observado que es mayor la mortalidad de los varones y al tratar de explicar este fenómeno, algunos han sostenido que se debe a que nace un mayor número de varones y que, en consecuencia su número de muertes es también mayor. Con base en los porcentajes del primer grupo, que prueba para cada 100 niños que nacen, tanto varones como hembras, muere un mayor número de varones, se echa por tierra la opinión antes citada, porque en igualdad de número de nacimientos, fallecen más varones. En cambio, si se aceptara esa opinión, en igualdad de circunstancias tendría que fallecer, cuando menos, un número igual de varones. Estoy perfectamente de acuerdo con el hecho de que nacen más varones que hembras y también en que fallecen más aquellos que estas, pero no es por tal circunstancia que se debe aceptar el

aserto de que sea por ello que mueren mas varones, porque esa preponderancia se observa aun al hacer la comparacion entre 100 nacimientos de hembras y 100 de varones

Sobre el mismo punto, hay otros que opinan que la mayor mortalidad del sexo masculino, es debida a que son en mayor proporcion prematuros. Explicacion es esta que tampoco se puede aceptar en nuestro caso, pues de los 236 prematuros, 126 eran hembras

Francisco A Deluca, citado por los profesores Alberto Peralta Ramos y Ricardo Dubrovsky, en un artículo publicado en el "Dia Medico", de febrero 10 de 1941, observando que hay una mayor mortalidad de varones, tanto para los prematuros, como para los fetos a término, atribuye a factores genéticos esta mayor mortalidad. Parece que esta es la mejor explicacion de las que he visto, aunque si examinamos los datos anteriores, encontraremos que la mortinatalidad en los fetos a término es ligeramente superior para las hembras, lo mismo en el grupo de 2,000 a 2,499 grs, en el cual la mortalidad general y la mortalidad precoz son también superiores para las hembras. Pero en cambio, en los niños menores de 2,000 grs, la mortalidad para los varones es, en general, muy superior a la de las hembras

Creo que la causa que produce la mortalidad de un mayor número de varones, es aun obscura y que las hasta hoy aducidas no satisfacen. Y para terminar, voy a dedicar unas cuantas líneas a demostrar que el mayor peso del feto, tampoco puede servir de explicación, a pesar de que asi lo sostienen algunos autores

En las cifras que he dejado asentadas, se observa lo contrario de esta última opinion. Asi tenemos que en los fetos a término, el porcentaje de mortinatalidad, es ligeramente superior para el sexo femenino. Si estuviéramos de acuerdo con la opinion aludida, resultaria que los varones son siempre de mayor peso y debieran haber muerto mas varones que hembras en este grupo. Por otra parte, la mayor mortalidad de varones la he observado en mi estudio, precisamente en los casos en que el peso fetal era inferior a 2,000 grs y, por lo tanto, en los que no ofrecen dificultades obstetricas

Estimo que en lugar de dar explicaciones insatisfactorias es mejor confesar que se desconoce el porque de la menor vitalidad que en general se observa en el sexo masculino y esforzarse, asi, por tratar de desentrañarlo

Fuera de la opinion de Deluca, las otras que he citado fueron tomadas de la obra "Causal Factors In Infant Mortality", de Robert Morse Woodbury

CAPITULO XXV

Influencia de la Edad Materna

Se ha notado en otros paises que la mortalidad infantil es mayor en los hijos de aquellas madres que se encuentran en los dos extremos de su actividad sexual. Hací las deducciones de lo que se observa entre nosotros, después de haber mostrado el cuadro en el cual se hace ver a la pai

a) —La edad de las madres, dividida en 7 grupos, así 1º, las menores de 18 años de edad, 2º, las de 18 y 19 años de edad, 3º, las de 20 a 24 años de edad, 4º, las de 25 a 29 años de edad, 5º, las de 30 a 34 años de edad, 6º, las de 35 a 39 años de edad, y 7º, las de 40 años de edad en adelante

b) —El número de madres de cada edad

c) —El número de niños nacidos muertos en las madres de cada edad y sus porcentajes respectivos

d) —El número de niños muertos en la primer semana en las madres de cada edad y sus porcentajes respectivos

e) —El total de niños muertos en las madres de cada edad y sus porcentajes respectivos

INFLUENCIA DE LA EDAD MATERNA

EDAD MATERNA	Número de Madres	NACIDOS MUERTOS		MUERTOS EN 1er SEMANA		TOTAL DE MUERTOS	
		Número de Casos	%	Número de Casos	%	Número de Casos	%
Menor de 18 años	113	5	4 42	3	2 77	8	7 08
De 18 y 19 „	197	6	3 04	11	5 91	17	8 12
De 20 a 24 „	388	17	4 38	4	1 07	21	5 41
De 25 a 29 „	222	20	9 00	4	2 00	24	10 81
De 30 a 34 „	107	7	6 54	7	7 00	14	13 08
De 35 a 39 „	50	10	20 00	4	10 00	14	28 00
Mas de 40 „	20	1	5 00	1	5 26	2	10 00
TOTALES	1,097	66	6 00	34	3 29	100	9 11

CUADRO XXI

NOTA —Los porcentajes anteriores no representan ninguna relacion con el número de niños que nacieron, sino con el número de

madres Se ha hecho esto así, porque no conozco el número exacto de niños que tuvieron las madres de cada edad Solo en un pequeño número de casos se conoce la edad de las madres que tuvieron embarazos gemelares Sin embargo, los porcentajes varían poco, ya se haga el cálculo sobre el total de nacimientos, o sobre el total de partos Así tenemos, que al hacer la relación de los 100 casos de muerte con los 1,115 nacimientos, resulta 897%, y al hacerla con los 1,097 partos, da 911% Se ve claramente que la diferencia es mínima, (014%) y, por consiguiente, se puede despreciar

Los dos primeros grupos del Cuadro XXI, resultan de la separación en dos partes del grupo de madres menores de 20 años de edad, o sean las menores de 18 años de edad y las de 18 y 19 años de edad Se hizo esto, para ver si entre nosotros también sucede lo mismo que en otros países, en los cuales la mortalidad infantil es mayor para los hijos de las madres que se encuentran en el comienzo de su actividad sexual, (menores de 18 años de edad)

En los casos que he estudiado, ha ocurrido lo contrario, pues la mortalidad combinada fue ligeramente más baja en las madres de 18 años de edad, la mortalidad fue mayor en estas y, en cambio, la mortalidad precoz fue sensiblemente menor Ya conseguida la finalidad que se persiguió al efectuar esta separación, las reúno en un solo grupo, de lo cual resulta madres menores de 20 años, 310, mortalidad, 11 casos, (354%), mortalidad precoz, 14 casos, (478%), mortalidad combinada, 25 casos, (806%) Bajo la denominación de "mortalidad combinada", comprendo solamente la mortalidad y mortalidad precoz juntas, para los fines de este estudio

Al examinar, ahora, el cuadro anterior, se nota que de los 20 a 24 años de edad, es cuando se verifica el mayor número de partos y también cuando la mortalidad combinada es menor Le siguió el grupo de madres menores de 20 años de edad, con 310 partos y 806% de mortalidad combinada A continuación están las madres de 25 a 29 años de edad, que también tienen un elevado número de partos y un porcentaje de mortalidad combinada todavía no muy alto Conforme avanza la edad materna, cae la cifra de partos y sube el número de muertes infantiles, así, para las madres de 30 a 34 años de edad, el número de partos desciende hasta la mitad y se aumenta su porcentaje de mortalidad combinada, todo ello en relación con el grupo anterior Mas notorio es esto aun, para las madres de 35 a 39 años de edad que, referido al grupo que le precede, tiene la mitad de partos y duplicado el porcentaje de mortalidad combinada Las madres mayores de 40 años parecían que se apartan de la regla anterior, pero ello se debe a que fue ínfimo el número de casos que se presentaron

En nuestro estudio no se observó, en comparación con las otras edades, una mayor mortalidad combinada en las madres jóvenes y sí en las que pasan de 30 años de edad, sobre todo, las que sobrepasan los 35 años de edad En estas últimas, la mortalidad de sus niños es más de la cuarta parte

En los niños nacidos muertos, la cifra más baja pertenece a las madres menores de 20 años, en las cuales fue de 354%, alcanzando su nivel inferior en las de 18 y 19 años de edad, con 304% La ci-

fra mas elevada de nacidos muertos, se localiza en las madres de 35 a 39 años, que tienen un 20%, o sea que de cada cinco niños, uno nacio muerto

En los niños muertos en la pimeí semana, el menor porcentaje fue el de las madres de 20 a 24 años de edad, o sea, 1 07% y el sub-siguiente, el de las de 25 a 29 años de edad, con 2 0% La cifra mas alta correspondio a las madres de 35 a 39 años de edad, que fue de 10 0%

Las cifras de mortinatalidad debil o moderada, —de acuerdo con las cifras dadas por el Comite respectivo de la Sociedad de Naciones,— no se encuentran en ninguna de las diferentes edades La cifra menor es la de las madres de 18 y 19 años de edad, que es 3 04% y esta comprendida entre los límites de la mortinatalidad fuerte, o sea de 3 0% a 3 99% En cambio, en la mortalidad precoz si se observa una cifra débil y es la de las madres de 20 a 24 años de edad, con 1 07%, y una de mortalidad precoz moderada, 2 0% en las madres de 25 a 29 años de edad

CAPITULO XXVI

Influencia del Orden de Nacimiento

Voy a mostrar ahora cuáles son los niños que tienen un mayor porcentaje de mortalidad, si son los primogenitos o son los hijos de multiparas

INFLUENCIA DEL ORDEN DE NACIMIENTO

Nº de Orden	Nº de Partos	Nº de Muertos	%
Primero	416	37	8 89
Segundo	271	19	7 00
Tercero	144	9	6 25
Cuarto	97	7	7 21
Quinto	54	5	9 26
Sexto	46	8	17 39
Séptimo	23	3	13 04
Octavo	26	7	26 92
Noveno	6	1	16 66
Decimo	6	2	33 33
Undecimo	5	1	20 00
Decimotercio	3	1	33 33
TOTALES	1,097	100	9 11

CUADRO XXII

Notamos en este cuadro dos grupos claramente diferenciados, el primero formado por los nacimientos hasta el cuarto hijo y el segundo, por los restantes En el primero, hay mayor numero de na-

cimientos y porcentajes de mortalidad reducidos, así tenemos, que en este grupo hay en total 928 nacimientos, vale decir, cinco y media veces mas que en el segundo grupo que tiene en total 169 nacimientos, y el porcentaje de mortalidad del primer grupo es de 775%, o sea menos de la mitad del porcentaje del segundo grupo, que es 1656%

En el primer grupo, la menor mortalidad corresponde al tercer hijo, (625%), le sigue el segundo hijo con 70%, luego el tercero, con 721%, y el mayor porcentaje de mortalidad le toca al primer hijo, con 889% De esto se deduce que en los cuatro primeros partos, es el primogénito el que tiene mayor peligro de muerte

En el segundo grupo, el que tiene menor mortalidad es el quinto hijo, que tiene 926%, es decir, que de cada 11 que nacen de estos niños, muere uno Del quinto en adelante, la mortalidad aumenta de una manera marcada y el decimo y decimotercer hijos, tienen 3333% de mortalidad, o sea que de cada 3 que nacen, fallece uno

CAPITULO XXVII

Influencia del Número de Orden del Nacimiento en Relación Con la Edad Materna

He elaborado una serie de cuadros sinopticos, en los cuales pongo de manifiesto esta relacion

RELACION DEL ORDEN DE NACIMIENTO EN MADRES MENORES DE 20 AÑOS

Nº de Orden	Nº de Partos	Nº de Muertos	%
Primero	259	20	772
Segundo	47	4	851
Tercero	3	1	3333
Cuarto	1	0	—
TOTALES	310	25	806

CUADRO XXIII

Basta ver el cuadro anterior, para darse cuenta como crece la mortalidad en relación con la multiparidad de las madres menores de 20 años de edad Esta mayor mortalidad se ha explicado como debida a la frecuencia de embarazos Si una madre menor de 20 años, ha tenido 3 hijos, esto esta indicando que ella no ha guardado el descanso necesario entre uno y otro embarazo La Sanidad debe hacer campaña para que las mujeres salvadoreñas sepan que entre uno y otro embarazo debe mediar un lapso de dos años Al aplicar el cálculo de probabilidades en las cifras anteriores, no existe significancia estadísticamente

**RELACION DEL ORDEN DE NACIMIENTO
EN MADRES DE 20 A 24 AÑOS**

Nº de Orden	Nº de Partos	Nº de Muertos	%
Primero	128	6	4 68
Segundo	152	12	7 89
Tercero	72	2	2 77
Cuarto	26	1	3 84
Quinto	8	—	—
Sexto	1	—	—
Septimo	1	—	—
TOTALES	388	21	5 41

CUADRO XXIV

En general, el tercero y cuarto partos tienen un reducido porcentaje de mortalidad y es esto lo que se observó en las madres de 20 a 24 años de edad, siendo las secundíparas las que tuvieron mayor porcentaje de mortalidad infantil en este grupo. Estas cifras, estadísticamente no tienen significancia.

**RELACION DEL ORDEN DE NACIMIENTO
EN MADRES DE 25 A 29 AÑOS**

Nº de Orden	Nº de Partos	Nº de Muertos	%
Primero	18	7	38 88
Segundo	58	2	3 44
Tercero	39	5	12 82
Cuarto	55	4	7 27
Quinto	23	2	8 70
Sexto	18	4	22 22
Séptimo	6	—	—
Octavo	5	—	—
TOTALES	222	24	10 81

CUADRO XXV

Las madres de estas edades tienen mayor número de niños muertos que las madres más jóvenes, sobre todo las primíparas, las cuales son pocas en este grupo y tienen un elevado porcentaje de mortalidad infantil, pues más de la tercera parte de sus hijos o nacen muertos o mueren en la primer semana. El cálculo de probabilidades fue practicado para los tres primeros hijos de este grupo, y estadísticamente resultó muy significativo. Siguen las madres que en estas edades tienen el sexto hijo, de los cuales mueren más de la quinta parte, (22 22%) En este grupo, son las secundíparas las que forman el mayor número y también las que tienen menor mortalidad infantil.

**RELACION DEL ORDEN DE NACIMIENTO
EN MADRES DE 30 A 34 AÑOS**

Nº de Orden	Nº de Partos	Nº de Muertos	%
Primero	6	3	50 00
Segundo	13	—	—
Tercero	26	1	3 84
Cuarto	9	1	11 11
Quinto	14	2	14 28
Sexto	16	2	12 50
Séptimo	9	1	11 11
Octavo	9	2	22 22
Noveno	3	—	—
Décimo	1	1	100 00
Undécimo	1	1	100 00
TOTALES	107	14	13 08

CUADRO XXVI

Es de observarse aquí también, que las primíparas de estas edades tienen un alto porcentaje de mortalidad infantil, pues se les murió la mitad de los hijos que tuvieron

Esta relación es estadísticamente significativa

Fuera del porcentaje de mortalidad del tercer hijo, (3 84%), todos los demás son altos, resaltando, sobre todo, en el décimo y undécimo

Después del undécimo, décimo y primogénito, es el octavo hijo el que presenta mayor porcentaje de mortalidad del grupo, pues muere más de la quinta parte de los que nacen

**RELACION DEL ORDEN DE NACIMIENTO
EN MADRES DE 35 A 39 AÑOS**

Nº de Orden	Nº de Partos	Nº de Muertos	%
Primero	2	1	50 00
Segundo	1	1	100 00
Tercero	4	—	—
Cuarto	3	—	—
Quinto	9	1	11 11
Sexto	9	2	22 22
Séptimo	4	2	50 00
Octavo	8	4	50 00
Noveno	2	1	50 00
Décimo	5	1	20 00
Décimotercero	3	1	33 33
TOTALES	50	14	28 00

CUADRO XXVII

Para las madres de estas edades, todos los hijos, cualquiera que sea su orden, tienen un elevado porcentaje de mortalidad, a excepción del quinto que, relativamente, no tiene mortalidad muy alta

**RELACION DEL ORDEN DE NACIMIENTO
EN MADRES DE MAS DE 40 AÑOS.**

Nº de Orden	Nº de Partos	Nº de Muertos	%
Primero	3	—	—
Cuarto	3	1	33 33
Sexto	2	—	—
Séptimo	3	—	—
Octavo	4	1	25 00
Noveno	1	—	—
Undécimo	4	—	—
TOTALES	20	2	10 00

CUADRO XXVIII

El número de mujeres que tienen hijos después de los 40 años de edad, es reducido, —20, en las 1,097 que componen este estudio. Por tanto, creo que con las cifras que tenemos, no nos es justo pretender conclusiones.

CAPITULO XXVIII

**Influencia de la Edad Materna, en Relacion con el
Orden de Nacimiento**

Después de haber visto el porcentaje de mortalidad de los niños según su número de orden de nacimiento para cada edad, lo estudié, ahora, reunido en todas las edades, para hacer resaltar, así, cuáles son las edades que tienen las menores y las mayores cifras de mortalidad.

PRIMIPARAS

Edad Materna	Nº de Partos	Nº de Muertos	%
Menores de 20 años	259	20	7 72
De 20 a 24 años	128	6	4 68
„ 25 „ 29 „	18	7	38 88
„ 30 „ 34 „	6	3	50 00
„ 35 „ 39 „	2	1	50 00
„ 40 en adelante	3	—	—
TOTALES	416	37	8 89

CUADRO XXIX

La edad óptima para el primer hijo, fue de 20 a 24 años de edad, siguió la de las madres más jóvenes. Ya las de 25 a 29 años tienen más de la tercera parte de mortalidad de primogénitos. Para las de 30 años en adelante, falleció la mitad de sus primogénitos. Estas relaciones, son estadísticamente significantes.

SECUNDIPARAS

Edad Materna	Nº de Partos	Nº de Muertos	%
Menores de 20 años	47	4	8 51
De 20 a 24 años	152	12	7 89
" 25 " 29 "	58	2	3 44
" 30 " 34 "	13	—	—
" 35 " 39 "	1	1	100 00
TOTALES	271	19	7 01

CUADRO XXX

La mortalidad del segundo hijo es poca en las madres de 25 a 34 años de edad, le siguen las menores de 24 años, sobre todo las de 20 a 24 años de edad Relacion estadísticamente significativa

TERCER HIJO

Edad Materna	Nº de Partos	Nº de Muertos	%
Menores de 20 años	3	1	33 33
De 20 a 24 años	72	2	2 77
" 25 " 29 "	39	5	12 82
" 30 " 34 "	26	1	3 84
" 35 " 39 "	4	—	—
TOTALES	144	9	6 25

CUADRO XXXI

La menor mortalidad del tercer hijo fue para las madres de 20 a 24 años de edad En el cuadro anterior, se puede observar el alto porcentaje de mortalidad para el tercer hijo de las madres que tienen menos de 20 años de edad La primera relación es estadísticamente significativa

CUARTO HIJO

Edad Materna	Nº de Partos	Nº de Muertos	%
Menores de 20 años	1	—	—
De 20 a 24 años	26	1	3 84
" 25 " 29 "	55	4	7 27
" 30 " 34 "	9	1	11 11
" 35 " 39 "	3	—	—
" 40 en adelante	3	1	33 33
TOTALES	97	7	7 22

CUADRO XXXII

Las madres menores de 20 años y las de 35 a 39 años tuvieron, en total, 4 de estos cuartos hijos y ninguno falleció

La menor mortalidad del cuarto hijo ocurrió en las madres de 20 a 24 años, y la mayor mortalidad, en las madres de 40 años de edad en adelante

QUINTO HIJO

Edad Materna	Nº de Partos	Nº de Muertos	%
De 20 a 24 años	8	—	—
„ 25 „ 29 „	23	2	8 70
„ 30 „ 34 „	14	2	14 28
„ 35 „ 39 „	9	1	11 11
TOTALES	54	5	9 26

CUADRO XXXIII

De los 8 hijos que tuvieron las madres de 20 a 24 años, no falleció ninguno, y el mayor porcentaje de mortalidad para el quinto hijo, correspondió a las madres de 30 a 34 años de edad

SEXTO HIJO

Edad Materna	Nº de Partos	Nº de Muertos	%
De 20 a 24 años	1	—	—
„ 25 „ 29 „	18	4	22 22
„ 30 „ 34 „	16	2	12 50
„ 35 „ 39 „	9	2	22 22
„ 40 en adelante	2	—	—
TOTALES	46	8	17 39

CUADRO XXXIV

Las madres de 20 a 24 años y las de 40 en adelante, tuvieron en total 3 sextos hijos y ninguno falleció. El menor porcentaje de mortalidad para los sextos hijos, fue el de las madres de 30 a 34 años de edad

SEPTIMO HIJO

Edad Materna	Nº de Partos	Nº de Muertos	%
De 20 a 24 años	1	—	—
„ 25 „ 29 „	6	—	—
„ 30 „ 34 „	9	1	11 11
„ 35 „ 39 „	4	2	50 00
„ 40 en adelante	3	—	—
TOTALES	23	3	13 04

CUADRO XXXV

Para el séptimo hijo, la mortalidad es cuatro veces mayor en las madres de 35 a 39 años de edad, que en las de 30 a 34 años. Esta relación, lo mismo que la de los siguientes hijos, estadísticamente no tiene significancia

OCTAVO HIJO

Edad Materna	Nº de Partos	Nº de Muertos	%
De 25 a 29 años	5	—	—
„ 30 „ 34 „	9	2	22 22
„ 35 „ 39 „	8	4	50 00
„ 40 en adelante	4	1	25 00
TOTALES	26	7	26 92

CUADRO XXXVI

El octavo hijo tiene un alto porcentaje de mortalidad, particularmente en las madres de 35 a 39 años de edad

NOVENO HIJO

Edad Materna	Nº de Partos	Nº de Muertos	%
De 30 a 34 años	3	—	—
„ 35 „ 39 „	2	1	50 00
„ 40 en adelante	1	—	—
TOTALES	6	1	16 66

CUADRO XXXVII

Solamente hubo 6 hijos novenos y fallecio uno

DECIMO HIJO

Edad Materna	Nº de Partos	Nº de Muertos	%
De 30 a 34 años	1	1	100 00
„ 35 „ 39 „	5	1	20 00
TOTALES	6	2	33 33

CUADRO XXXVIII

De los decimos hijos, falleció la tercera parte

UNDECIMO HIJO

Edad Materna	Nº de Partos	Nº de Muertos	%
De 30 a 34 años	1	—	—
„ 40 en adelante	4	1	25 00
TOTALES	5	1	20 00

CUADRO XXXIX

De los cinco de estos hijos, falleció uno

DECIMO TERCIO HIJO

Las madres de 35 a 39 años tuvieron 3 de estos hijos y fallecio uno

Resumiendo los datos anteriores, sacamos en conclusion que las primiparas viejas, así como las grandes multiparas jóvenes, tienen altos porcentajes de mortalidad infantil

CAPITULO XXIX

Sumario de los Embarazos Anteriores, Como Registro de la Historia de las 98 Madres que Tuvieron Niños Muertos

Los 100 niños muertos que estudio, fueron hijos de 98 madres, porque habían dos parejas de gemelos. De estas 98 madres, 37 eran primiparas y 61, multiparas, incluyendo en estas 2 de las cuales no se obtuvieron datos

En las 37 primiparas, una tuvo dos niños gemelos que fallecieron, en las 61 multiparas, una tambien tuvo dos niños gemelos que fallecieron

En los partos anteriores, de las 37 primiparas, dos han tenido un aborto, cada una

De las 61 multiparas, quitamos dos madres de las que no se supo sus antecedentes, porque fallecieron y, ademas, otras dos que habian tenido, una, seis y otra, trece embarazos, quienes también fallecieron antes de que se pudieran obtener los datos necesarios. Así es que, en total, tenemos 57 madres con los datos completos

Estas 57 mujeres han tenido 214 embarazos, de los cuales 21 terminaron por aborto, 18 fetos nacieron muertos, 10 niños fallecieron en el primer mes de vida y 165 niños estaban vivos despues del primer mes, de éstos, han fallecido varios a diferentes edades, pero eso no ha sido tomado en consideracion, por no tener interes para el objetivo que persigo

De los datos que preceden, se desprende que el 77.10% de los embarazos anteriores ha sido de niños que han vivido mas allá del primer mes y el 22.90% de estos embarazos, ha terminado en aborto, 9.81% y el 13.09% ha sido de niños que o bien han nacido muertos, o bien han fallecido en el primer mes

El porcentaje de mortinatalidad y el de mortalidad en el primer mes de vida para los 193 embarazos anteriores que terminaron por partos, fue el siguiente: 9.32% de mortinatalidad, por haber habido 18 nacidos muertos, 5.71% de mortalidad en el primer mes de vida, por haber fallecido 10 niños en este lapso, de los 175 que nacieron vivos

Como se ve, relacionando lo anterior, estas madres tienen altos porcentajes de abortos, de mortinatalidad y de mortalidad en el primer mes, siendo el porcentaje de mortinatalidad aun más alto que el que resultó para el total de partos en el período estudiado.

CAPITULO XXX

Condiciones Físicas de las Madres

Paso a exponer, ahora, cuantas de las madres que tuvieron niños que nacieron muertos o fallecieron en la primera semana, fueron sanas, cuántas padecieron de enfermedades agudas o crónicas durante el embarazo y cuantas fallecieron en los días que siguieron al parto.

De las 98 madres, en 7 no se supo su estado de salud, ya sea por olvido, o bien porque fallecieron antes de haber compilado los datos para establecer aquel estado. De las restantes, 35 no padecieron ninguna enfermedad durante el embarazo, esta cifra representa 38.46%, o sea alrededor de las dos quintas partes. En las otras 56, que forman el 61.54%, lo que equivale a las tres quintas partes, se encontraron diferentes enfermedades. En las 56 madres, 17 no padecieron de ninguna manifestación morbosa durante el embarazo, pero cuando se practico el examen de su sangre se conoció que eran sífilíticas. Entre las restantes, 7 además de ser sífilíticas, acusaban otras enfermedades y estas fueron: gripe, en 3 de ellas, paludismo, en 1, habían padecido fiebres durante 15 días cada una, 2, —no se pudo hacer su diagnóstico retrospectivo—, y 1 tuvo hemorragias vulvares, a raíz de una caída a horcajadas, pero tampoco se supo la verdadera causa de estas hemorragias. En las otras 32 madres, 6 padecieron de paludismo, en una se trató de forma aguda y en otra de forma crónica, 6 padecieron de gripe, (notese que hubo en total 9 casos de gripe, esto se debe a que había en la ciudad una epidemia de esta enfermedad), 4 padecieron de hemorragias debidas a placenta previa, (el total de casos de placenta previa fue de 11, pero en 7 los síntomas aparecieron durante el trabajo del parto o lo desencadenaron, presentandose unas horas antes), 4 acusaban hemorragias por la vulva, pero de ellas no se averiguó el diagnóstico, 2 padecieron de eclampsia, 2 eran anémicas, en una era de tipo Biermer y en la otra era hipercrómica, (se encontraron otros casos de anemia, pero acompañaban a otras enfermedades y sólo bajo el nombre de estas últimas han sido citadas), 1 padecía de tuberculosis pulmonar, (forma fibro-caseosa), 1, disenteria, 1, erisipela, 1, bronquitis en los últimos 15 días, 1 acusaba disnea, palpitaciones y vértigos durante el embarazo, (estos datos aparecían anotados en su boleta y como esta madre falleció, no se pudo conocer la causa de los trastornos), 1 padeció de fiebres, catarro y edemas, y 2, solamente edemas, (se comprobó el síntoma, pero no se supo su causa).

Seis de estas madres fallecieron 1, trece días después del parto, por anemia grave, 5, en la hora que siguió al parto. De estas cinco, fallecieron 2 por paludismo, (formas perniciosas), y, 1 por eclampsia, 1 por rotura del útero y 1 por trabajo prolongado e infección del líquido amniótico.

Además de estos 6 casos, hay uno en el que son fuertes las sospechas de que la madre falleció. Se trata de una caquética con anemia tipo Biermer, a quien los familiares se llevaron en estado bastante grave.

Como en las 98 madres hay 7 muertas, resulta que de cada 14 fallecio 1, o sea 7 14% de mortalidad para las madres que tuvieron niños muertos

CAPÍTULO XXXI

Influencia de la Presentación en el Parto Espontáneo

Como ya se ha dicho antes, en el parrafo "Forma del Nacimiento", los 1,115 niños, resultantes de 1,097 partos, cuentan con 67 nacidos artificialmente, siendo todos estos fetos unicos, y en los 1,030 partos restantes, nacieron 1,048 niños, los que se sabe nacieron espontáneamente, pero se desconoce si nacieron de cabeza o de nalgas y, por lo tanto, no se puede dar el porcentaje de mortalidad para cada una de estas variedades

De los niños nacidos mediante intervencion, 24 nacieron muertos y 1 vivio un minuto, (es un caso de forceps) y los 42 restantes se encontraban vivos después de la primer semana de nacidos. Si se tuviera interes en conocer la clase de intervencion, tanto para los niños que vivieron, como para los que fallecieron, puede verse el parrafo antes referido, recordando solamente que ahí dije que la causa de muerte en estos casos no fue la intervencion y que esta no suvio, en muchos de ellos, sino para extraer fetos muertos y salvar a las madres. Para el total de niños del estudio, se ve, entonces, que 25 nacieron por intervencion y 75 espontáneamente.

En 1,048 niños que nacieron espontáneamente en el Servicio de Maternidad, 42 nacieron muertos, los cuales constituyen el 3 05% de mortinatalidad y de los 1,006 niños que vivieron, 33 fallecieron en la primer semana, lo que vale decir, 3 28% de mortalidad precoz.

Indicare a continuacion, la forma del nacimiento de los 75 niños que supe que nacieron espontáneamente, pero de los cuales, como ya dije hace poco, en algunos casos desconozco si aquellos partos se verificaron de vértice o de pelvis.

NACIMIENTOS ESPONTANEOS

Tipo del Parto	Mortinatalidad	Mortalidad Precoz	TOTAL	%
Espontaneo de (¿?)	14	9	23	30 67
" " vértice	16	19	35	46 67
" " pelvis	9	5	14	18 67
" " hombro	2	—	2	2 66
" " frente	1	—	1	1 33
TOTALES	42	33	75	100 00

CUADRO XL

Únicamente quiero hacer notar que para los casos con datos completos a este respecto, la mortalidad precoz es mayor que la mortinatalidad en los partos de vértice y que, en los de pelvis, sucede lo contrario, siendo la mortinatalidad casi el doble de la mortalidad precoz.

Aunque no conocemos el total de partos de nalgas que hubo entre los 1,048 de estos niños, sabemos que su frecuencia es mucho menor que la del parto de vertice y que en Francia ocurre un parto de nalgas por cada 30 partos, (Fabre), si esto lo tomáramos como guía para calcular la frecuencia del parto de nalgas entre nosotros, nos resultarían alrededor de 35 partos de nalgas, (1,048 entre 30) Ahora bien, suponiendo que entre nosotros fuera mayor la frecuencia de este tipo de parto, es decir, que hubiera uno por cada veinte, tendríamos 51 partos de nalgas en el total aludido Si comparamos este resultado hipotético, (51), con los catorce partos que se conoce se efectuaron de nalgas, resultaría que mas de la cuarta parte de los casos falleció Desgraciadamente, este cálculo carece de base firme y queda en el terreno de lo probable

Los dos casos de fetos que nacieron muertos después de partos espontaneos de hombro, son los dos de fetos prematuros, cuyos pesos fueron 1,040 grs y 2,250 grs, respectivamente

El caso de presentación de frente, fue el de un gemelo, primer feto, que nació espontaneamente despues de un trabajo de parto muy prolongado

CAPITULO XXXII

Influencia del Reposo Materno Durante el Embarazo

Intento demostrar en este sitio, la influencia que tuvo el reposo materno sobre la mortinatalidad y la mortalidad precoz, en conjunto Antes que nada, quiero dejar constancia de que considero necesario el reposo durante los tres últimos meses del embarazo Entre nosotros, el reposo no pasa, por regla general, de un mes, tal como puede observarse entre las pacientes que se atienden en el Servicio de Maternidad Es por esta razon que el estudio de la influencia del reposo lo he hecho de las madres que reposaron, por lo menos, este ultimo mes y las que no reposaron en absoluto

Las madres que se asisten en el Servicio, son gentes pobres en demasia, de donde resulta que se ven compelidas a trabajar hasta un momento muy avanzado de la gestacion, tanto para manteneirse ellas, como a sus hijos, y, en ciertas ocasiones, a otros familiares y aun a su propio marido A causa de que la familia carece, entre nosotros, de una buena organizacion, sobre todo en las clases pobres, el hombre, casado o no, aporta poco o nada y, en consecuencia, es la mujer la que sobrelleva el mayor peso en el sostenimiento del hogar Todavia mas, hay casos en que el hombre deserta por completo de sus obligaciones para con su mujer e hijos Con este motivo, quiero citar lo siguiente

Una señora de 19 años de edad, que había tenido dos hijos, (los dos nacidos muertos), a propuesta de su marido decide trasladarse con el a esta capital, cuando por tercera vez se encontraba embarazada Dejaron alla, lejano, —a unos 180 Kms,— su pueblo natal y cuando ya tenían como un mes de encontrarse en esta ciudad, el marido la abandona en el estado grávido en que la mujer se hallaba Al verse sola y en situacion tal, busca y consigue trabajo como sirvienta en un humilde comedoi, en el que no le pueden proporcionar mas

que desayuno y almuerzo, si es que así pueden llamarse los fugales alimentos que le daban. En este trabajo permanece hasta que ya siente los dolores del parto. Como consecuencia de estas vicisitudes, el niño que tuvo, —aunque de 9 meses de vida intra-uterina—, ¡sólo pesaba 1,920 gramos! Este niño fallece 6 horas después de haber nacido, sin presentar, a la autopsia, ninguna lesión capaz de ocasionar la muerte. La madre, por su parte, no presentó enfermedad alguna durante el embarazo, que explicara la debilidad general del niño.

No puede pasarse por alto otro factor que concurre para la falta de reposo de las embarazadas, cual es el *minimum vital* que tiene nuestro pueblo, *minimum vital* que es verdaderamente miserable. Por ello, aun cuando sean varios los miembros de una familia, sus aportes no alcanzan a llenar, ni con mucho, sus necesidades.

En lo que respecta a la veracidad de los datos que dan las madres sobre si han reposado, hubo ocasiones en las que me dejaron en duda, pues algunas madres, aconsejadas en los consultorios prenatales acerca de la necesidad del reposo, han interpretado tales indicaciones como que deben decir que han reposado, aunque no lo hayan hecho. Como ejemplo idiosincrásico notable, está el de que las madres de las camas vecinas, seguían el sistema de afirmar que lo habían hecho, solo por haber oído que las otras manifestaban que habían reposado. Y, en otros casos, parecía que llegaban a enoigullecerse al decir que habían trabajado pesadamente hasta el último instante. Una de ellas me manifestó:

—He tenido 12 hijos y nunca me he retirado del horno, sino hasta el último momento.

¡Cuánto encierra la frase de esta humilde panadera que podría constituir el *specimen* de la tipología materna en El Salvador!

Como resultado de esta investigación, se obtienen los datos que siguen:

En las 98 madres que tuvieron niños nacidos muertos o que fallecieron en la primera semana, 51 trabajaron durante todo el embarazo; 27 reposaron en el último mes y de 20, se ignora el dato. En estas 20 últimas, de 6 no se conoció el dato porque su rápido fallecimiento no permitió conseguirlo, de 1, porque salió del Servicio antes de que su hijo falleciera y de las demás, porque son los 13 primeros casos y cuando iniciaba este estudio no investigue esos datos.

De las 1,097 madres que tuvieron sus hijos mientras escribía mi tesis, 508 manifestaron haber reposado, 502, dijeron no haberlo hecho y en 87 no se supo.

Como se ve, no todas las parturientas tienen este *daño*, para poder obtener resultados más exactos, al hacer la relación entre las madres que reposaron y las que no reposaron y su mortalidad infantil. Pero como este dato se conoce en una proporción muy grande, podemos agregar los casos que faltan, guardando siempre la misma relación. En esta forma se obtiene de las 98 madres que tuvieron los 100 niños muertos, 64 trabajaron y 34 reposaron, y en el total de 1,097 madres, 545 trabajaron y 552 reposaron.

De las 552 madres que reposaron, 34 tuvieron niños muertos, o sea que un 6.14% tuvo niños que o nacieron muertos o fallecieron en la primera semana. De las 545 madres que no reposaron, 64 tuvieron niños muertos, o sea que un 11.74% tuvo niños que o nacieron muertos o

fallecieron en la primer semana Comparativamente, las madres que no reposaron durante el embarazo, arrojaron casi el doble de niños que o nacen muertos o fallecen en la primer semana, (191%) Estadísticamente, esta relación es sumamente significante

CAPITULO XXXIII

Influencia de los Cuidados Prenatales

Las embarazadas que tuvieron asistencia prenatal, la recibieron en los dos unicos Consultorios de esta clase que hay en esta capital, pero hay una que anote como habiéndola recibido, por haber permanecido durante los tres ultimos meses del embarazo en el Servicio de Maternidad del Hospital Rosales y habiéndosele practicado allí los exámenes pertinentes Sólo les he reconocido asistencia prenatal a las que pasaron, cuando menos, dos veces por aquellos consultorios

Al estudiar este factor, tropezamos con las mismas dificultades que al tratar del reposo materno, pues la asistencia prenatal no pudo ser establecida en todos los casos De las 98 madres cuyos niños nacieron muertos o fallecieron en la primer semana, 17 tuvieron asistencia prenatal, 67 no la tuvieron y en 14 no se supo, por las mismas circunstancias que para el factor anterior

De las 1,097 madres que tuvieron sus hijos durante el periodo de este estudio, 297 recibieron asistencia prenatal, 591, no la recibieron, en 75 casos no se obtuvo este dato y en las restantes, no se investigo Al hacer la suma, se tiene que fueron 963 las madres en las que se sigue esta informacion

Voy a proceder, como en el caso anterior, es decir, completare las cifras hasta 1,097, haciendo la relacion para unas y otras Y al efectuar esta operacion resulta que de las 98 madres de los 100 niños muertos, a 20 se les proporcionaron cuidados prenatales y a 78, no En el total de 1,097 madres, los recibieron 366 y 731, no

De las 366 embarazadas que tuvieron cuidados prenatales, 20 dieron a luz niños que o nacieron muertos o fallecieron en la primer semana, esto es, 5 46% De las 731 que no recibieron cuidados prenatales, 78 parieron hijos que o nacieron muertos o fallecieron en la primer semana, esto es, 10 67%

De los datos anteriores resulta, que las madres que no reciben cuidados prenatales, tienen el doble de niños que o nacen muertos o fallecen en la primer semana, en comparacion con las que asisten a los consultorios prenatales Relación estadísticamente muy significante

CAPITULO XXXIV

Influencia de la Procedencia de las Madres

He dividido la residencia de las madres en 3 grupos 1º—Las que viven en San Salvador 2º—Las de las poblaciones inmediatas, considerando como tales, las que se encuentran hasta 6 kms del centro de esta ciudad, pues para tales lugares existen medios de transporte

eficientes y económicos 3°—Las de otros lugares no comprendidos en los dos grupos anteriores

1°—Ingresaron al Servicio de Maternidad del Hospital Rosales 874 embarazadas, de las cuales 62 tuvieron niños que o nacieron muertos o fallecieron en la primer semana, esto es 7 09%

2°—Ingresaron al Servicio de Maternidad 112 embarazadas de las cuales 14 tuvieron niños que o nacieron muertos o fallecieron en la primer semana, esto es, 12 50%

3°—Ingresaron al Servicio 111 embarazadas, de las cuales 22 tuvieron niños que o nacieron muertos o fallecieron en la primer semana, esto es, 19 82%

Todas las embarazadas de este tercer grupo, procedían de las zonas central y occidental del país, aunque ninguna, de las ciudades de Santa Ana y Sonsonate

De las cifras que anteceden, se desprende que mueren menos hijos de embarazadas que residen en la capital, que de las que habitan en las poblaciones inmediatas, y esta proporción es menor todavía si se compara con aquellas que viven alejadas de la capital Estadísticamente, la relación entre las madres que viven en la capital y las que viven en las poblaciones alejadas de la misma, es muy significativa La forma de explicar esto, sería pensando que las embarazadas que residen en lugares alejados de la capital, ingresan en gran número de casos por anomalías durante el embarazo o el parto, mientras que las de la capital llegan al Servicio en mayor proporción con embarazos y por partos normales Podría explicarse también por el número de madres que gozan de asistencia prenatal en la capital, o, asimismo, pensando que reposan en mayor número durante el embarazo las de la capital que las otras

CAPITULO XXXV

Oficio de las Madres

Cuando realizaba este trabajo, intentaba, sobre todo, averiguar la influencia del reposo en la morbinatalidad y en la mortalidad precoz Parecía entonces secundaria la influencia del oficio, porque no había este actuado en el último mes del embarazo, así es que, cuando una madre decía haber reposado, bastábame esto para no inquirir sobre su ocupación anterior y solo les preguntaba al respecto, cuando me manifestaban que no habían reposado

Ya he dicho que 508 madres reposaron durante el último mes del embarazo, que en 87 no se supo si lo habían hecho y que 502 trabajaron durante el embarazo Es en 476 de las últimas que se conoció el oficio, pero, repito, no hice hincapié sobre el asunto y anote el oficio que me declaraban las madres, sin tratar de precisar si había sido suave o pesado, si lo desempeñaban en sus casas o fuera de ellas y sin particularizar la calidad del mismo Como estos detalles me parece que son los que en realidad tienen mayor influencia sobre el embarazo, que el oficio mismo, no sería posible efectuar los alcances de aquel

Pero si interrogué a las madres que tuvieron niños que nacieron muertos o que fallecieron en la primer semana, sobre su clase de oficio, hubieran o no reposado. Sobre estos dos grupos dare a conocer cual fue el oficio, con el objeto, sobre todo, de que se vea la condicion economica de las embarazadas que asisten al Hospital Rosales y acerca de las cuales he hecho este estudio. Por medio de estos datos, se podran dar cuenta de que he tratado solamente con la clase social mas pobre.

Oficio de las 98 madres que tuvieron niños que nacieron muertos o que fallecieron en la primer semana

Oficios domésticos	62
Costureras	10
Cocineras	10
Lavanderas y planchadoras	5
Floristas	2
Sirvientas	2
Niñeras	1
Tortillera	1
Jornalera	1
Panadera	1
Molendera	1
Vendedora de Pan	1
Hacer madejas	1

Oficio de las 476 madres que no reposaron durante el embarazo

Oficios domesticos	234
Cocineras	113
Lavanderas y Planchadoras	44
Costureras	25
Vendedoras Ambulantes	14
Panaderas	13
Jornaleras	6
Molenderas	5
Sirvientas	5
Vendedoras de Mercaderia	2
Tejedoras	2
Tortilleras	2
Oficios Manuales	2
Floristas	1
Niñera	1
Calcetera	1
Cargadora de Bultos	1
Hacer madejas	1
Camicera	1
Empleada	1
Purera	1
Alfajera	1

CAPITULO XXXVI

Día de Ingreso Al Hospital y Atención Que Reciben Las Embarazadas En El Servicio de Maternidad

En el Servicio existe solamente un reducido numero de camas El numero de parturientas a que hay que dar asilo es mucho mayor y por eso, la norma seguida es admitir unicamente a las que se encuentran ya en el trabajo del parto Como se sabe, las dos terceras partes de las embarazadas que ingresan al Servicio de Maternidad, no han gozado de asistencia prenatal y como llegan en un periodo, a veces, bastante avanzado del trabajo del parto, a la hora en que este se va a efectuar, se desconocen, en varias ocasiones, datos importantes de las parturientas En los unicos casos en que se recibe a las gestantes, aunque estas no esten en el trabajo del parto, es cuando presentan algo patologico

Fue por estos motivos que decidí investigar la fecha de ingreso con relacion al parto en las madres que integran este trabajo y, al mismo tiempo, el grado de asistencia que recibian en el Servicio de Maternidad Al hacer la recopilación de datos, encuentro que en 689 madres, es decir, en un poco mas de las tres quintas partes, se investigo el dato en referencia, solo lo pude hacer sobre este numero, porque empecé la informacion hasta casi dos meses despues de haber comenzado este trabajo

Como no podía estar presente todo el tiempo, para darme cuenta de la asistencia que se les dispensaba a las embarazadas, dispuse buscar estos datos en sus respectivas boletas y, así, los que expondre solo son aquellos que obtuve en tal forma

De las 689 madres, 579 ingresaron el dia del parto, esto es, 84.02%, ingresaron el dia anterior al parto, 54, es decir, 7.86%, dos días antes del parto ingresaron 11, o sea, 1.59%, y 45 ingresaron mas de dos dias antes del parto, esto es, 6.53%

En el cuadro que muestro a continuacion, si bien aparecen los exámenes que les practican a las parturientas, no tienen estos relacion alguna con la fecha de ingreso de las mismas

CUADRO DE LA FECHA DE INGRESO CON RELACION AL PARTO
(Exámenes Practicados, según datos de las boletas)

EXAMENES OBSTETRICOS	I N G R E S A R O N				TOTAL
	Día del Parto	Un Día Antes	2 días Antes	Varios Antes	
Pelvimetría Externa	12	-	-	-	12
Palpacion Abdominal	137	14	2	6	159
" y Pelvimetría					
Externa	52	2	-	1	55
" y Tacto	49	4	2	-	55
Tacto Vaginal	76	8	1	13	98
Todos los Exámenes	71	16	4	12	103
Ningún Examen	182	10	2	13	207
TOTALES	579	54	11	45	689

CUADRO XLI

En el cuadro anterior se nota que en 207 casos, las madres no tenían los datos de ningún examen en sus boletas. Quiero hacer saber, con este motivo, que en algunas ocasiones en que el feto nació muerto, pregunté a la persona que había asistido el parto por el estado del feto fetal y se me respondió que no había sido investigado. Deseo, además, exponer aquí, que en las boletas de los niños no aparece, por lo general, si el parto se verificó de vértice o de pelvis. Yo esperaba encontrar esta última anotación y debido a esa confianza es que falta ese dato en este trabajo. Al relacionar estas circunstancias, surgen estas interrogaciones: ¿Las personas encargadas de asistir los partos, se olvidan de anotar los datos? ¿Olvidan también, esas mismas personas, practicar el examen de las embarazadas y se limitan a recibir el niño en el momento en que sale por la vulva?

II—CAUSAS FUNDAMENTALES DE LA MORTINATALIDAD Y MORTALIDAD PRECOZ

CAPITULO XXXVII

Causas Económicas, Psicológicas y Sanitarias

En los 100 casos de este estudio, después de conocer las causas primordiales, habiendo ya revisado los factores intermedios que coadyuvaron, es necesario conocer las causas que se encuentran en el origen de esta mortalidad, que son de tres ordenes: Económicas, Psicológicas y Sanitarias.

Causas Fundamentales de Orden Economico.—El papel que desempeñan estas causas en la génesis de la mortalidad, es considerable y no es ciertamente necesario leer las observaciones en que se basa este trabajo para comprenderlo se reducen, en ultimo analisis, a la pobreza

Este estudio lo he hecho solamente en las clases más pobres, que son las que asisten a nuestro Servicio de Maternidad, así podemos ver, en los factores intermedios, al tratar del oficio, que la gran mayoría de embarazadas se dedicaba a oficios domesticos, costureria, ventas ambulantes, etc, todos oficios pesimamente remunerados en nuestro medio. Puede facilmente comprenderse que el reposo, la buena alimentacion y los cuidados medicos particulares durante el embarazo y el parto, son cosas que estan mas alla de lo posible de tales embarazadas. Para mejorarles la condicion economica, seria necesario modificar, fundamentalmente, no solo la estructura economica del pais, sino su estructura social. Pero proponer esto, seria convertirse en discipulo aventajado de Tomás Moro, por lo cual habia que conformarse con sugerir medidas sociales mas a nuestro alcance, que ayuden siquiera un tanto a la madre pobre y dase a la tarea de mejorar los factores psicologico y sanitario, por otra parte, cosa que es fácil conseguir.

Causas Fundamentales de Orden Psicológico—La ignorancia ejerce influencia perniciosa sobre la morbilidad y la mortalidad precoz, va a menudo unida a la miseria, pero se le encuentra tambien en las clases acomodadas. Es a la ignorancia que se debe particularmente que las embarazadas no investiguen si estan sifiliticas. Es la ignorancia la que impide que se acuda a los consultorios prenatales. Es la ignorancia la que hace que las embarazadas recurran a comadronas sin ningun conocimiento obstetrico.

Podria alguien decir que es la pobreza la que las obliga a trabajar, faltandoles tiempo para visitar consultorios y que, además la comadrona es muy barata. Sin embargo, creo que, en muchos casos, las embarazadas bien podrian asistir a los Consultorios y tener sus partos en el Hospital, pero no lo hacen así por pura negligencia. El caso de que algunas se envanezcan de haber trabajado hasta el ultimo dia del embarazo, no es solamente debido a la miseria, sino también a la ignorancia.

Entre la clase de pacientes que asisten a nuestro Hospital, la pobreza y despreocupacion de las embarazadas, tornan imposible la asistencia del parto a domicilio en condiciones convenientes. Y sin embargo, en muchos casos, estas parturientas solo con dificultad aceptan acudir a este Centro y, en ciertas ocasiones, únicamente cuando ya se ha producido alguna complicacion.

Tengo que manifestar que, al hablar sobre ignorancia y negligencia, no creo que estas constituyan exclusividad de las embarazadas, sino que también forman parte de las personas que asisten a estas pacientes. Corrobórase esto, recordando los casos más sobresalientes, como son aquellos en que se limitaron a presenciar que, en un parto de nalgas, el tronco no podia ser expulsado espontaneamente, que una cabeza coronaba durante cuatro horas, y otros en que

vieron producirse una hemorragia antes del parto y no pasaron aviso al Médico Residente Hay muchos mas

Causas Fundamentales Sanitarias—Actualmente hay en la capital solo dos consultorios prenatales, numero insignificante para una ciudad de mas de cien mil habitantes El Servicio de Maternidad del Hospital Rosales, cuenta en total con 89 camas 39, para puerperas, 16 para operadas, 16, para la sala de espera, y 18, para infectadas Y solamente partos hay un total de 200 mensuales en ese Servicio!

Por falta de buena asistencia particular, ingresan al Hospital varias parturientas con sus fetos muertos Tal el caso de una retención de cabeza durante tres horas, en un parto de nalgas y que en el Servicio se extrajo con facilidad

Por falta de buenas medidas profilacticas, la epidemia de gripe que azotaba a la ciudad, se propago en la Sala de Recion Nacidos, ocasionando la muerte a varios niños

El Servicio de Maternidad ha venido encontrando, en estos ultimos años, alguna dificultad en organizar su personal, porque el estudiante se encuentra muy alejado de la practica obstetrica, siendo raro que haya quien quiera hacerse cargo del internado del Servicio

En el Servicio se da el caso de que el parto no es atendido en forma adecuada, porque los practicantes de 6º y 4º años, que son generalmente los que lo asisten, carecen, los primeros, de entusiasmo y, los otros, de conocimientos y experiencia

Si existiese en nuestro país una buena organizacion sanitaria en lo que toca a las embarazadas, se atenuaria y, hasta cierto punto, se podria suprimir el efecto de los otros dos factores, —el economico y el psicologico

Los factores psicologicos y sanitarios ejercen sobre la mortinatalidad y la mortalidad precoz, una influencia primordial Luchando de una manera mas resuelta contra la ignorancia y la negligencia relativas a la higiene del embarazo, por medio de la aplicacion antes de la procreación, durante el embarazo, el parto y los primeros dias de vida, de métodos medico-sociales bien conocidos, (certificado prenupcial, asistencia prenatal, reposo, buena alimentación, eficiente asistencia obstetrica y buen cuidado post-natal), se garantizaria la vida y salud de casi todos los niños

III—ORGANIZACION DE LA LUCHA CONTRA LA MORTINATALIDAD Y MORTALIDAD PRECOZ

CAPITULO XXXVIII

Medios de Combatirla

Para combatir la mortinatalidad y mortalidad precoz eficazmente, lo que se requiere son medios de proteccion, —casa, alimentación, reposo,— y cuidados medicos de las embarazadas, durante la gesta-

ción y el parto Naturalmente, deben agregarse los cuidados médicos de los niños durante su primera semana

Creo que un magnífico plan de acción lo constituye lo propuesto por los doctores Funes y Castillo en su ya citado "Ensayo De Investigación de la Mortalidad Infantil en San Salvador Y Algunas Sugerencias Para Combatirla", desarrollado en el Capítulo III, en el cual, en lo concerniente, encontramos

"Período Pre-Concepcional

"Estudio y vulgarización de la Eugenesia —Creación de organismos encargados de fomentar el casamiento entre el proletariado, incluyendo en ellos el establecimiento de Consultorios pre-nupciales para facilitar a todo contrayente la "oportunidad de hacerse examinar clínicamente antes de contraer matrimonio", sin darle al conjunto de todas estas medidas carácter de obligatoriedad, ni a su incumplimiento carácter delictuoso Premios de nupcialidad para los contrayentes, divididos en dos partes primera, en el momento del casamiento, y, segunda, al advenimiento del hijo primogenito, siempre que los padres se sometan para la crianza a las reglas de la Puericultura y para ello se acojan a los beneficios de todas las obras y leyes médico-sociales encargadas de la protección infantil"

"Campaña en favor del sentido moral de la procreación, impulsándola desde la adolescencia en forma metódica y progresiva Estimulo, leyes y educación para los hombres desde el punto de vista de la procreación"

"Lucha contra el alcoholismo y todas las toxicomanías Difundir el "repudio a la procreación en estado de ebriedad"

"Período Pre-Natal

"Medidas de Orden Económico y Social —Socorros para madres embarazadas pobres Socorros a las familias numerosas de las madres embarazadas pobres Creación de una ley de reposo para las mujeres embarazadas asalariadas que trabajan en el servicio doméstico, fabricas, talleres, hoteles, camiserías, vestuarios, oficinas, etc, etc, tanto en el orden privado como en el oficial Asistencia médica gratuita Impulso de todas las medidas económicas que tiendan a mejorar la alimentación y la salud de las madres durante todas sus fases maternas, vigilancia y cuidado de la dentadura de las mismas Lucha contra la vivienda estrecha e insalubre, ("mesones", "ranchos")"

"Medidas de Orden Sanitario y Social —Refugios de reposo para las madres embarazadas desamparadas"

"Difusión de los Consultorios Pre-Natales, adjuntos todas las veces que sea posible a las Maternidades, con dos equipos de Trabajadores Sociales 1º un equipo de Enfermeras Visitadoras de la Infancia y 2º un equipo de Obstetricas del Estado"

"Lucha contra la Sífilis, la Tuberculosis, el Paludismo, las con-

diciones pesimas de la dentadura y la desnutricion entre las mujeres embarazadas”

“Medidas de Orden Psicológico y Educacional—Educacion constante con todas las futuras madres para lograr que busquen los servicios medicos y prenatales”

“Hacer conciencia al reposo para la madre embarazada, principalmente durante los ultimos meses de la gestacion”

“Periodo Natal

“Medidas de Orden Económico y Social—Socorros a las madres pobres durante el periodo de cualesquiera de sus partos, con miras a la proteccion de sus otros hijos”

“Fundar y difundir Centros de proveeduria de ropas para las madres pobres y de ajuares completos para sus hijos recién nacidos, (mantillas, cutumbras, frazaditas, ropita de cama, polvo de talco, jabon de uso infantil, etc , etc)”

“Creacion de leyes que permitan la intervencion protectora del Estado a favor de los familiares, (hijos o padres ancianos) que sufran desamparo con motivo del advenimiento del parto en las madres ”

“Medidas de Orden Sanitario y Social—Difusion de los Servicios de Maternidad en el mayor número de poblaciones, con sus condiciones rigurosas de higiene y la provision del personal tecnico y moralmente escogido, que puedan asilar al mayor numero de madres de cada comprension ”

“Preparación de un bien escogido equipo de Obstetricas del Estado para encargarse de la asistencia de los partos normales a domicilio y que por cualquier motivo no hayan podido ser asistidos en las Maternidades, y siempre que se trate de madres escasas de recursos para que tales servicios sean siempre prestados enteramente gratuitos”

“Fundación de los Organismos de los cuales dependerán las Obstétricas del Estado (Maternidades, Consultorios Pre-Natales u otros que se funden), debiendose entender que estas importantes servidoras no podran ejercer bajo ningun concepto su misión a semejanza de las de profesion liberal, sino siempre bajo el control de los Organismos del Estado fundados con ese objeto”

“Fundacion de Casas de Cuido (Guarderías) destinadas a asilar a los otros hijos existentes de las madres en el periodo de cada uno de sus partos, sin descuidar en estas casas las condiciones de severa higiene, aislamiento y alimentacion”

Practicabilidad absoluta se nota en todo lo que me he permitido citar textualmente, mas aún, si se tiene en consideracion que en nuestro país ya existen leyes tendientes a otorgar alguna proteccion a las mujeres embarazadas. Así tenemos, que han sido promulgadas disposiciones protectivas para las embarazadas empleadas de comercio, maestras de escuela, empleadas del Gobierno Nuestro país, a es-

te respecto, ha sido uno de los primeros en cumplir con los compromisos internacionales contraídos para crear, modificar y ampliar su legislación social. En 1927, por Decreto Legislativo del 31 de mayo, publicado en el Diario Oficial el 17 de junio del año dicho, se emitió la "Ley de Protección a los Empleados de Comercio" y en su Art 5º, inciso 2º, párrafo 3º, hallamos que dice:

" Si se tratare de mujeres en cinta, después de un año de servicios en su empleo, tendrán derecho a TRES MESES DE PERMISO con medio sueldo, DOS MESES ANTES DEL PARTO y otro despues Una vez terminada esta licencia, tendrán derecho a los DESCANSOS DIARIOS PARA QUE PUEDAN AMAMANTAR AL HIJO"

Esta ley se entiende aplicada a todas aquellas personas que se dediquen a trabajar, en cualquier forma, con "comerciantes, de sociedad o empresa comercial o mercantil, o en cualquier otro acto que sea de los mismos caracteres", es decir, que únicamente no comprenden entre el grupo enumerado por los doctores Funes y Castillo, a las mujeres del servicio doméstico.

El 22 de febrero de 1928, el Poder Ejecutivo dictó un decreto para el Ramo de Instrucción Pública, que contiene el inciso que dice:

"Se concederá licencia (b) por estado de gravidez avanzada podía concederse hasta dos meses de permiso con goce de sueldo y un mes mas con medio sueldo, según el tiempo de servicio que tenga la interesada y sus condiciones económicas"

Y en el año de 1940, se promulgó el Decreto Legislativo N° 17, de fecha 4 de marzo, contenido de la Ley de Vacaciones, asuetos, licencias, etc, en la cual también encontramos disposiciones que vienen a procurar esa protección tan necesaria para la mujer salvadoreña embarazada. El Artº 9º, dice:

"Las licencias por alumbramiento se concederán siguiendo en lo general las mismas reglas fijadas para las licencias por enfermedad, pero por cada alumbramiento no podrá concederse una licencia mayor de cuarenta días, y deberán otorgarse ineludiblemente cualquiera que sea el tiempo de trabajo de la interesada"

Esta última ley parece que deloga las disposiciones anteriores sobre el mismo punto, en cuanto se relaciona con las empleadas de las dependencias oficiales. Estas leyes protectoras de la mujer en estado de gravidez, son indudablemente dignas de encomio. Lo único de lamentarse, verdaderamente, es que el tiempo que la última ley concede, es más de la mitad menor que el que concedía el Decreto de 22 de febrero de 1928 ya citado, el cual si calculaba adecuadamente el tiempo requerido por causa del embarazo y alumbramiento.

Pero, a pesar de tales legislaciones, entre nosotros, y esto es ya endémico, el vigor de esas disposiciones pareciera no traspasar los límites de una buena intención.

Período Post-Natal—Lo principal en este período, son los cuidados de alimentación y la profilaxis contra las infecciones. En la

consecucion de este proposito, es necesario que todos los servicios de maternidad tengan una Sala para Recien Nacidos, perfectamente aislada, Salas de Aislamiento para las Madres Enfermas, Salas de Aislamiento para los Recien Nacidos Enfermos, un Personal competente, que tenga especial atención en la alimentacion de los niños En las Salas para Recien Nacidos se debera colocar cunas especiales para los prematuros y vigilarlos estrictamente, otorgar una mayor permanencia a los prematuros y mantener un control sanitario de ellos una vez abandonen la Institución

Medidas Aplicables en todos los Periodos—Para terminar, me valgo nuevamente del prenotado Ensayo de los Dres Funes y Castro, quienes al respecto exponen

“Medidas de Orden Sanitario que Contemplan en Conjunto los Puntos de Vista Pre-Natal, Natal, Post-Natal — La Unidad Sanitaria. —Integrada en su mínima expresión por un médico, una enfermera visitadora y un oficial de sanidad Esta Unidad debera ser destacada de preferencia en ciudades pequeñas, que tan íntima relación tienen con la vida rural del país Deberá trabajar a tiempo completo, y ser repartida en el mayor número de pequeñas poblaciones, tal como se acaba de indicar, donde se desconoce la accion medico-sanitaria del Estado en su actual organizacion ”

IV—CONCLUSIONES

A través de este estudio, he establecido que las causas primordiales que intervinieron en la muerte de los 100 niños que constituyen el material de mi trabajo, fueron

Para los 66 casos de mortinatalidad, en orden decreciente

Asfixia intra-uterina	28 79%
Sifilis	24 24
Trauma Obstetrico	10 60
Trabajo Prolongado	9 09
Debilidad General	6 06
Paludismo	4 55
Indeterminadas	4 55
Asfixia Intra-uterina y Trauma Obstétrico	3 03
Malformacion Congenita	3 03
Eclampsia	3 03
Diversas	3 03

Total en relacion con los 1,115 niños 5 92%

Para los 34 casos de mortalidad precoz

Sífilis	17 65%
Debilidad General	17 65
Trauma Obstétrico	14 71
Bronco-neumonía	11 77
Asfixia Intra-uterina	8 82
Debilidad General y otra causa	8 82
Trabajo Prolongado	5 88
Malformacion Congenita	5 88
Diversas	5 88
Indeterminadas	2 94

Total en relacion con los 1,115 niños 3 29%

Las causas predisponentes de la muerte, siempre para los 100 niños en estudio, fueron

Prematurez.

Sífilis	38 30%
Embarazo Gemelar	14 90
Paludismo	12 77
Anomalías de la Placenta	10 64
Diversas	6 39
Anemia Hiperocrómica	4 25
Hidramnios	4 25
Falta de Reposo	4 25
Indeterminadas	4 25

Total en relacion con los 100 niños 47 00%

Debilidad Congénita.

Enfermedades maternas en el embarazo	30 00%
Embarazo gemelar	20 00
Falta de reposo materno en el embarazo	20 00
Hidramnios	20 00
Indeterminadas	10 00

Total en relacion con los 100 niños 10 00%

En cuanto a los factores intermediarios, tenemos que su influencia sobre la mortinatalidad y mortalidad precoz, se ha manifestado así

a) —Los gemelos tienen una mortinatalidad doble y una mortalidad precoz cuadruple.

b) —El sexo masculino tiene mayor mortalidad y mortalidad precoz que el femenino, sobre todo en los niños menores de 2,000 grs

c) —Se observa una mayor mortalidad infantil en las madres que pasan de los 30 años de edad, particularmente, las de más de 35 años

d) —El tercer hijo tiene menor mortalidad

e) —El primogenito es el que tiene mayor mortalidad entre los cuatro primeros hijos

f) —Del quinto hijo en adelante, la mortalidad aumenta de una manera marcada

g) —Las primíparas viejas y las grandes multiparas jóvenes tienen altos porcentajes de mortalidad infantil

h) —La edad óptima para el primer hijo fue de 20 a 24 años

i) —Las madres relacionadas con niños muertos en este estudio, tenían ya altos porcentajes de mortalidad infantil en sus partos anteriores.

j) —Las tres quintas partes de las madres de los niños que fallecieron, padecieron de enfermedades durante el embarazo

k) —Los partos de nalgas tienen un alto porcentaje de mortalidad infantil

l) —Las madres que no reposan tienen el doble de niños que nacen muertos o que fallecen en la primer semana, en comparación con las que sí reposan

m) —Las madres que no reciben cuidados prenatales, tienen el doble de niños que nacen muertos o que fallecen en la primer semana, en comparación con las que asisten a los consultorios prenatales

n) —Muere mayor número de niños pertenecientes a las madres que residen en poblaciones alejadas de la capital

ñ) —Los niños a término tienen una mortalidad precoz cuatro veces menor que los niños que pesan menos de 2,500 gramos al nacer

o) —Los niños a término tienen una mortalidad precoz siete veces menor que los niños que nacen pesando menos de 2,500 gramos.

p) —Los porcentajes de mortalidad y mortalidad precoz, crecen en razón inversa al peso de los niños

q) —De los niños que nacen en el Hospital Rosales, las cuatro quintas partes son a término y una quinta parte son débiles generales

r) —De los débiles generales que fallecen, las causas de debilidad general pueden ser evitadas en un 54 00%

Conclusiones Profilácticas—De cada 100 niños que nacen en el Hospital Rosales, 91 03% se encuentran vivos al cabo de una semana y el 8 97% restante, está formado por niños que nacen muertos o fallecen en la primer semana. La muerte de estos niños es evitable así

Asistencia Prenatal	36 00%
Cuidados Obstétricos	28 00%
Cuidados Post-Natales	8 00%
Metodos diversos, (sociales)	3 00%
Es evitable, pues en	75 00%
e inevitable en	25 00%

Conclusiones Sobre el Feto Macerado.

Causas Primordiales.—Entre los fetos que nacieron muertos, un 36 36% estaban macerados. Las causas que originaron la maceración fetal, fueron, en orden decreciente

Sifilis	54 16%
Anomalías de la Placenta	16 66
Paludismo	12 50
Indeterminadas	8 34
Anemia de Biermer	4 17
Trabajo Prolongado	4 17

Total en relacion con 66 nacidos muertos 36 36%

Factores Intermediarios:

a) —En el 80 00% son sifilíticas las madres menores de 25 años de edad que tienen fetos macerados

b) —En el 71 00% son sifilíticas las primíparas que tienen fetos macerados

Aspecto Anatómico—El aspecto de un feto macerado no puede servir de base para diagnosticar la causa de maceración, salvo cuando haya esplenomegalia, en cuyo caso es sifilítico

V—PROPOSICIONES

I—Establecer sistemáticamente la autopsia en los nacidos muertos y en los que fallecen en la primer semana. Hacer para examen de la madre una ficha que deberá llenarse con los datos de las que tengan niños nacidos muertos o que fallecen en la primer semana. (Bien podría tomarse como modelo la forma que he usado en este trabajo) Organizar el archivo de estas fichas y boletas de autopsia con el objeto de que cada cinco años puedan ser recopilados estos datos e informes, para construir una grafica de la mortinatalidad y mortalidad precoz y así poder conducir una campaña contra sus causas en la forma mas efectiva

II—Aumentar el numero de Consultorios Pre-Natales, creando, cuando menos, uno por cada 20 000 habitantes en las ciudades La asistencia otorgada en estos Consultorios tendria como modelo a la que da el Consultorio del Boton Azul

III—Creación de un "Hospital de Maternidad", con capacidad para 200 pacientes.

IV—Modificar en forma conveniente la actual organizacion del Personal que asiste los partos Permitir que los atiendan solamente los estudiantes que hayan aprobado Obstetricia, pero siempre bajo el control de un medico

V—Cuando se tratare de partos prematuros, el trabajo de estos debéra ser supervigilado por el Medico Residente y el parto será atendido sólo por personas expertas y de manifiesta responsabilidad

VI—Organización del personal de la Sala de Recien Nacidos un medico, un practicante interno y una enfermeira graduada, la que estara al frente de las estudiantes de Enfermería que trabajan en la Sala Las estudiantes deberan ser de último año Aparentemente, ésta ha sido la organización de la Sala en referencia, con excepción del practicante interno Sin embargo, en la practica no ha existido este "team" tan necesario

APENDICE ANATOMICO

APENDICE ANATOMICO

Aunque el numero de casos sobre que he efectuado el trabajo de este apéndice, es un tanto reducido, estimo que tiene interés, por cuanto da a conocer algunos datos que entre nosotros han pasado desapercibidos. Me refiero al peso de los diferentes organos, al sitio del borde inferior del hígado y de la punta del corazón, al aspecto del agujero de Botal y al del apéndice ileo-cecal.

Limitación del Material. — Para llevar a cabo este estudio, he procedido así de los 100 casos con que contaba, elimine 22 fetos silfíticos, 4, con malformaciones congénitas, 4, con bronco-neumonía, 2, que tuvieron una marcada disminución de peso; y 1, en el que no se tomó el peso de los organos. El estudio lo hice, pues, sobre 64 niños de 0 a 48 horas de vida, por lo cual tambien eliminé 3 niños que vivieron mas de este tiempo.

Los 64 niños aludidos, los separe en dos categorias mayores de 2,500 grs y hasta 2,499 grs.

A la primera categoria pertenecen 33 niños, cuyo peso de los organos es así

Peso medio del pulmon derecho	28	gramos
Id " izquierdo	23	"
Id timo	11	"
Id corazón	184	"
Id hígado	142	"
Id bazo	105	"
Id riñon derecho	125	"
Id " izquierdo	12	"
Id cerebro	340	"
Id cerebello	23	"

El sitio de la punta del corazón, lo investigue en 32 casos y se encontraba así

A nivel del 5º espacio intercostal	17
" de la 5ª costilla	10
" del 4º espacio intercostal	4
" de la 6ª costilla	1

El estado del agujero de Botal se investigo en 29 casos, obteniendo este resultado

Maximo del diametro	10 mms
Promedio del diámetro	4 "
Minimo del diametro	2 "
Permeable en 18	
Ocluido en 11	

El borde inferior del higado en los 33 niños, se presentó así

A nivel de la horizontal que pasa por el ombligo	19
A un traves de dedo arriba de esta linea	14

El intestino delgado media

Promedio en 16 casos	262 cms.
----------------------	----------

El intestino grueso media

Promedio en 15 casos	59 cms
----------------------	--------

En lo que se refiere al apéndice ileo-cecal, siempre me pareció bien constituido al practicar su examen macroscopico y mide generalmente de 3 a 4 cms En la Pediatría, de Novécourt, al tratar del tubo digestivo, cita a Hoeitwig que opina que el apéndice ileo-cecal no se encuentra bien diferenciado sino hasta los 2 años

A la segunda categoria pertenecen solamente 21, por haber eliminado 10 que pesaban menos de 1,500 grs, pues la vida es casi imposible para fetos de ese peso El estudio, pues, lo hago sobre los niños que pesaban de 1,500 a 2,499 grs, siempre de 0 a 48 horas de vida

Peso medio del pulmon derecho	210 grs
Id " izquierdo	170
Id tmo	80
Id corazon	145
Id higado	850
Id bazo	65
Id riñon derecho	90
Id " izquierdo	90
Id cerebro	2600
Id cerebelo	160

El sitio de la punta del corazon en los 21 casos, estaba

A nivel de la 5ª costilla	8
" del 4º espacio intercostal	7
" del 5º espacio intercostal	5
" de la 4ª costilla	1

El estado del agujero de Botal se investigó en 20 de estos niños, obteniendo este resultado

Su diametro mas frecuente fue de 2 a 3 mms
Permeable en 12 casos
Ocluido en 8 casos

El borde inferior del hígado en los 21 casos, se encontró

A nivel de la horizontal que pasa por el ombligo en 10 casos.
A un través de dedo arriba de esta línea, en 11 casos

El intestino delgado media

Maximo	334	cms.
Promedio	244	"
Mínimo	160	"

El intestino grueso media

Maximo	70	cms
Promedio	49	"
Mínimo	30	"

El apendice ileo-cecal mide generalmente de 3 a 4 cms y su promedio, por consiguiente, esta entre estas mismas cifras

Para terminar, quiero llamar la atención sobre el hecho de que, aunque no lo estudie de una manera sistemática, pude observar, en algunos fetos, que a los 7 meses de vida intra-uterina, tenían ya los testiculos dentro de las bolsas, y en otros, de 6 meses, en el canal inguinal. Esto viene a contradecir lo que al respecto sostienen varios autores

CONTENTS

STILLBIRTHS AND NEO-NATAL MORTALITY—A study on 66 stillborn children and 34 dead in their first week of life, as a result of 1,097 births occurred in the Maternity Service of the Hospital Rosales

INTRODUCTION—How it was that I decided to develop this subject Its importance, particularly in El Salvador What is the knowledge we had on this matter Means Building Personal And Pregnants Methods of working Materials forms of examination certificate Data of pregnant's Way of analysis Processes that might result in causes for erio

PART I—ONE HUNDRED CASES OF INFANTS DEATH—(Those on which this work is based)—Each case contains a complete autopsy of the child, his mother's examination, and a study of his organs in some of the cases Due to the very high cost of printing, as well as to diminish the thickness of the volume, only three of those cases are fully related, nevertheless, they are quite capable of giving a general idea about the way of elaborating and developing this work

PART II—PRINCIPAL CAUSES—The 100 cases have been arranged under 13 groups regarding the principal cause of death After having given an explanation of the meaning of the terminology used, and both an etiological and a statistical summary, each one of those 13 groups, is separately described altogether with its statistics, and an epitomized description of the cases and some prophylactic suggestions Either anatomic or clinical consideration were made upon certain of those groups

PREDISPOSING CAUSES—Etiological, statistical and prophylactical study of those cases of prematurity and of congenital weakness.

PROPHYLACTIC SUMMARY — Referring to the grade of evitability in all and each of those causes of death

MACERATED FETUS—Etiological and statistical study Intermediary factors Anatomic and prophylactical data

PART III—INTERMEDIARY FACTORS—General data on stillbirths and premature deaths Influence of sex, and of pregnant's physical conditions.

FUNDAMENTAL CAUSES.—Economic, psychological and sanitary

STRUGGLE AGAINST MORTALITY AND NEO-NATAL DEATHS.

—Measures to be taken before, during, and after the birth

CONCLUSIONS AND SUGGESTIONS.

ANATOMIC APENDIX—Weight of organs. Location of the lower edge of liver and of the point of heart Aspect of the "Botal-Hole" Ileus-cecal appendix

BIBLIOGRAFIA

1—A Couvelane, P Lereboullet y A Lacome, — THE CAUSES OF DEATH DURING THE FIRST TEN DAYS OF LIFE, — 1931

2—Alberto Peralta Ramos, Profesor, y Ricardo Dubrovsky, doctores, — MORTALIDAD NEO-NATAL, — Publicación del "Dia Médico", febrero 10 de 1941

3—Andres G Funes y Ranulfo Castro, doctores, — ENSAYO DE INVESTIGACION DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN SAN SALVADOR Y ALGUNAS SUGERENCIAS PARA COMBATIRLA, — San Salvador, 1938

4,—C H Peckham,—STATISCAL STUDIES OF PREMATURETY, —October 1938

5—C H Peckham, — THE MORTALITY OF PREMATURETY AND THE EFFECTS OF CERTAIN OBSTETRIC FACTORS,—October, 1938

6—Carl Joseph Fischer, —CAUSES OF DEATH OF NEWBORN INFANTS, — March, 1935

7—Fabre, — OBSTETRICIA

8—Fred A Kassebohm y Milton J Schreiber,—CONTROLLABLE ELEMENTS IN INFANT MORTALITY,—September, 1938

9—F. C Hilgenberg, — THE FATE OF THE PREMATURE INFANT IN THE FIRST TEN DAYS OF LIFE, — October, 1931

10—Herman N Bundesen, William I Fishbein, O A Dahms, Edith L Potter y Walter Volke,—FACTORS IN NEONATAL DEATHS July, 1938

11—Herman N Bundesen, William I Fishbein, O A Dahms y Edith L Potter, — FACTORS RESPONSIBLE FOR FAILURE FURTHER TO REDUCE INFANT MORTALITY, — July, 1937

12—Herman N Bundesen, O A Dahms, William I Fishbein y G E Harmon, — MORTALITY OF NEWBORN INFANTS IN CHICAGO DURING 1935, — July 1936

13—Jose del Carmen Acosta y Luis M Ferro D, doctores, — LESIONES TRAUMATICAS DEL RECIEN NACIDO DURANTE EL PARTO, — Colombia

14—Robert Debre y Pierre Joannon y M T Clemieu Alcan, — LA MORTALITE INFANTILE ET LA MORTINATALITE, — Paris, 1929

15—Robert Moise Woodbury,—Ph D, U S Department of Labor, — Children Bureau, Publication N° 142, — CAUSAL FACTORS IN INFANT MORTALITY, — 1925

INDICE

	Página
Palabras de Agradecimiento	11
INTROITO	13

PRIMERA PARTE

Capítulo Unico—Descripción de los Casos	33
---	----

SEGUNDA PARTE

I.—CAUSAS PRIMORDIALES

Capítulo	I—Terminología	43
”	II—Causas Primordiales	47
”	III—Sífilis	51
”	IV—Asfixia Intra-Uterina	60
”	V—Trauma Obstetico	71
”	VI—Asfixia Intra-Uterina y Trauma Obstetico	79
”	VII—Trabajo Prolongado	80
”	VIII—Debilidad General	85
”	IX—Malformación Congénita Incompatible con la Vida	92
”	X—Afecciones Pulmonares	96
”	XI—Paludismo	98
”	XII—Toxemia Gravídica	101
”	XIII—Debilidad General Asociada a Otra Causa	102
”	XIV—Muertes por Causas Diversas	105-
”	XV—Muertes de Causas Indeterminadas	109

	Pagina
II.—CAUSAS PREDISPONENTES	
Capítulo XVI —Debilidad General	111
III.—RESUMEN PROFILACTICO	
Capítulo XVII —Profilaxis	119
IV.—FETO MACERADO	
Capítulo XVIII —Causas Determinantes	123
„ XIX —Influencia de los Factores Intermediarios	125
„ XX —Datos Anatomico-Patologicos	126
TERCERA PARTE	
I.—FACTORES INTERMEDIARIOS	
Capítulo XXI —Datos Generales de Mortinatalidad y Mortalidad Precoz	131
„ XXII —Forma del Nacimiento	132
„ XXIII —Influencia del Embarazo Gemelar	133
„ XXIV —Influencia del Sexo.	133
„ XXV —Influencia de la Edad Materna	136
„ XXVI —Influencia del Orden de Nacimiento	139
„ XXVII —Influencia del Numero de Orden del Nacimiento en Relacion con la Edad Materna	140
„ XXVIII —Influencia de la Edad Materna, en Relacion con el Orden de Nacimiento	143
„ XXIX —Sumario de los Embarazos Anteriores, como Registro en la Historia de las 98 Madres que Tuvieron Niños Muertos	147
„ XXX —Condiciones Fisicas de las Madres	148
„ XXXI —Influencia de la Presentación en el Parto Espontaneo	149
„ XXXII —Influencia del Reposo Materno Durante el Embarazo	150
„ XXXIII —Influencia de los Cuidados Prenatales	152
„ XXXIV —Influencia de la Procedencia de las Madres	152
„ XXXV —Oficio de las Madres	153
„ XXXVI —Dia de Ingreso al Hospital y Atencion que Reciben las Embarazadas en el Servicio de Maternidad	155

	Página*
II —CAUSAS FUNDAMENTALES	
Capitulo XXXVII —Causas Economicas, Psicologicas y Sanitarias	156
III —ORGANIZACION DE LA LUCHA	
Capitulo XXXVIII —Medios de Combatirla	158
IV —CONCLUSIONES	162
V.—PROPOSICIONES	166
APENDICE ANATOMICO	169
CONTENTS	173
BIBLIOGRAFIA	175
