

11217

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL REGIONAL 1o. DE OCTUBRE

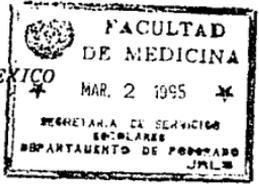
118
2EJ

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

" CONDUCTA OBSTETRICA EN PARTOS PRETERMINO EN EL
HOSPITAL REGIONAL 1o. DE OCTUBRE "

PRESENTA: DR. JOSE ALFREDO RAMIREZ CERVANTES

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
(U. N. A. M.)



1995



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

11217

Ramirez Cervantes

118

2EJ

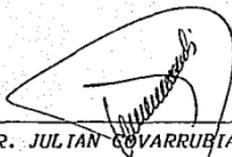
Jose A.

Conducta obstetrica
en . . .

1995



DR. FCO. JAVIER ALVARADO GAY
MED. ASCRIPTO AL SERVICIO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
ASESOR DE TESIS



DR. JULIAN COVARRUBIAS DE LA M.
COORDINADOR DEL SERVICIO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



DR. FCO. JAVIER ALVARADO GAY
VOCAL DE INVESTIGACION DEL
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA



DR. MARIO RIOS CHIQUETE
JEFE DE ENSEÑANZA DE INVENTIGA-
CION DEL HOSPITAL REGIONAL 1o.
DE OCTUBRE



I N D I C E

- I. - INTRODUCCION*
- II. - MATERIAL Y METODOS*
- III. - RESULTADOS*
- IV. - COMENTARIOS*
- V. - CONCLUSIONES*
- VI. - RESUMEN*
- VII. - BIBLIOGRAFIA*

I N T R O D U C C I O N

El manejo del parto pretérmino inaplazable es hoy aún controvertido, ya que depende directamente del obstetra, así cualquier intento amplio que quiera hacerse para reducir la pérdida actual de vidas fetales exige un enfoque acertado de los problemas de la prematuridad, pues no hay infortunio obstétrico de por sí más costoso al respecto y la mitad de todas las muertes neonatales se producen en niños prematuros. Dos tercios de las muertes se producen en menos de 48 horas, es decir en un período profundamente influenciado por la manipulación que el tocólogo haya hecho en el momento del parto, asimismo, las probabilidades de supervivencia están en proporción directa con la madurez.

Los procesos que explican más de los dos tercios de muerte neonatal son:

- Hemorragia cerebral, debida a congestión hipóxica y a la rotura de un vaso en el suelo de los ventrículos laterales.*
- La insuficiencia cardiaca se superpone fácilmente a la asfixia y se presenta rápidamente un edema pulmonar.*
- Transtornos de la ventilación pulmonar, la atelectasia entre la causa más frecuente de muerte neonatal.*
- Procesos Infecciosos: Bronconeumonía, infecciones intestinales y dérmicas.*
- Anemia (porque los depósitos de hierro se establecen en las últimas semanas).*

Dentro de los eventos más importantes de un recién nacido pretérmino es el síndrome pulmonar con el que cursan en la gran mayoría, se le llama Sd. de membrana hialina, consiste en una membrana eosinófila de distribución irregular, la cual se adhiere a la pared de las vías aéreas, en especial en los conductos alveolares y obstruye la ventilación.

I N T R O D U C C I O N

El manejo del parto pretérmino inaplazable es hoy aún controvertido, ya que depende directamente del obstetra, así cualquier intento amplio que quiera hacerse para reducir la pérdida actual de vidas fetales exige un enfoque acertado de los problemas de la prematuridad, pues no hay infortunio obstétrico de por sí más costoso al respecto y la mitad de todas las muertes neonatales se producen en niños prematuros. Dos tercios de las muertes se producen en menos de 48 horas, es decir en un período profundamente influenciado por la manipulación que el tocólogo haya hecho en el momento del parto, asimismo, las probabilidades de supervivencia están en proporción directa con la madurez.

Los procesos que explican más de los dos tercios de muerte neonatal son:

- Hemorragia cerebral, debida a congestión hipóxica y a la rotura de un vaso en el suelo de los ventrículos laterales.
- La insuficiencia cardiaca se superpone fácilmente a la asfixia y se presenta rápidamente un edema pulmonar.
- Transtornos de la ventilación pulmonar, la atelectasia entre la causa más frecuente de muerte neonatal.
- Procesos Infecciosos: Bronconeumonía, infecciones intestinales y dérmicas.
- Anemia (porque los depósitos de hierro se establecen en las últimas semanas).

Dentro de los eventos más importantes de un recién nacido pretérmino es el síndrome pulmonar con el que cursan en la gran mayoría, se le llama Sd. de membrana hialina, consiste en una membrana eosinófila de distribución irregular, la cual se adhiere a la pared de las vías aéreas, en especial en los conductos alveolares y obstruye la ventilación.

El nacimiento pretérmino es la mayor causa de morbi-mortalidad perinatal y de daño neurológico a nivel mundial, el trabajo de parto pretérmino idiopático y la RPM son las principales causas de nacimiento pretérmino. Su incidencia no ha declinado a pesar de los avances neonatales y obstétricos y, continúa siendo el problema más significativo entre clínicos de los noventas.

"El tocólogo libera al niño de su madre; el pediatra hace otro tanto respecto al tocólogo".

MATERIAL Y METODOS

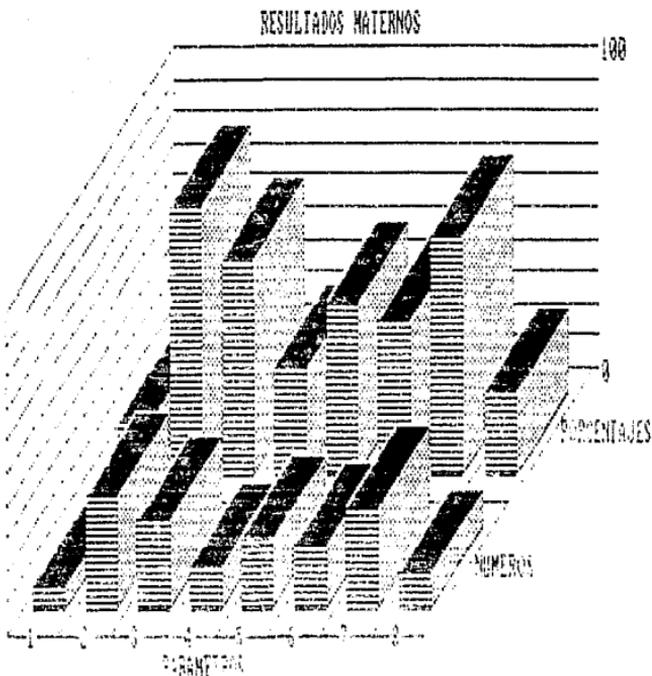
Es un estudio transversal, prospectivo, comparativo y abierto. Realizado en el Hospital Regional 1o. de Octubre del ISSSTE, en la ciudad de México, D.F., en la sección de Ginecoobstetricia, del 1o. de Octubre de 1992 al 30 de Septiembre de 1993. El material utilizado fueron la captación de los partos pretérmino por vía vaginal y los captados por vía abdominal. Los parámetros a revisar, por parte de la madre son: edad, No. gestas, control prenatal, ruptura prematura de membranas, trabajo de parto, patología agregada. Del recién nacido pretérmino: semanas de gestación, peso, vía de nacimiento, apgar, sexo, complicaciones neonatales y evolución.

Los recursos son médicos y enfermeras, área de Tocoquirúrgica, Laboratorio clínico (sección de urgencias), Radiodiagnóstico (ultrasonido), Quirófano, área de expulsión, servicio de anestesiología, área de atención inmediata al recién nacido y servicio de pediatría, así como también expedientes clínicos completos y literatura mundial.

RESULTADOS MATERNOS

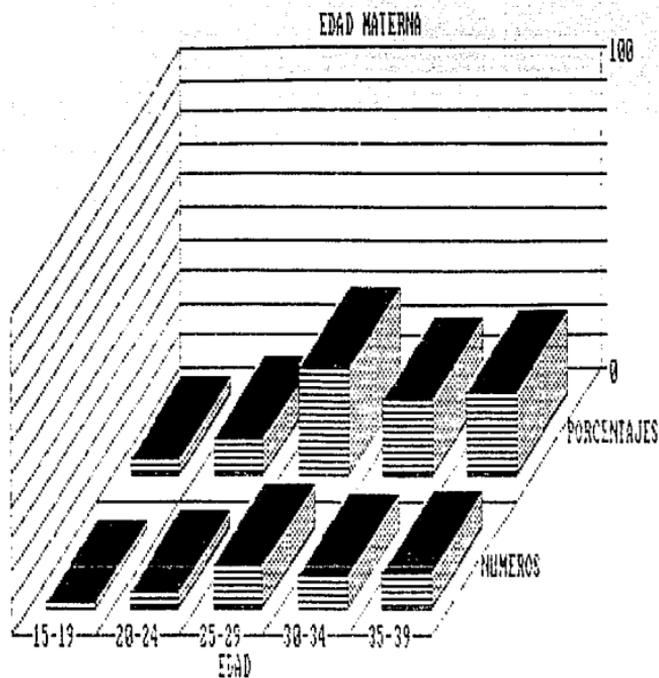
PARAMETROS	%	(N)
NULIPARAS	16.6	(7)
MULTIPARAS	83.4	(35)
T. DE PARTO	66.6	(28)
SIN T. DE PARTO	33.6	(14)
R.P.M.	53.3	(22)
NO R.P.M.	47.6	(20)
CONTROL PRENATAL	73.8	(31)
SIN CONTROL P.	26.1	(11)

EDAD MATERNA	%	(N)
15 - 19 AÑOS	4.7	(2)
20 - 24 AÑOS	11.9	(5)
25 - 29 AÑOS	33.3	(14)
30 - 34 AÑOS	23.8	(10)
35 - 39 AÑOS	26.1	(11)



GRAFICA No. 1

- 1.- NULIPARAS
- 2.- MULTIPARAS
- 3.- T. DE PARTO
- 4.- SIN T. DE PARTO
- 5.- R.P.M.
- 6.- NO R.P.M.
- 7.- CONTROL PRENATAL
- 8.- SIN CONTROL P.



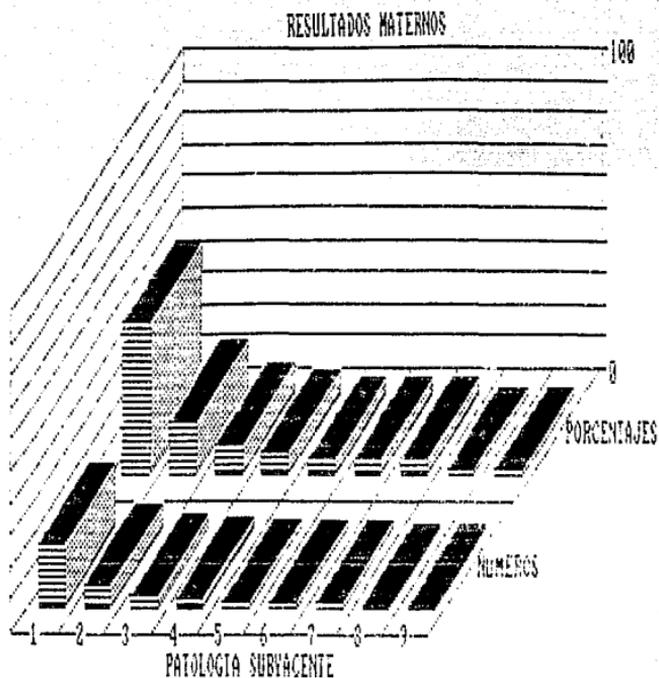
Edad Materna 11-15-1

GRAFICA No. 2 GRUPO ETAREO

RESULTADOS MATERNOS

<i>PATOLOGIA SUBYACENTE</i>	<i>%</i>	<i>(N)</i>
<i>SIN PATOLOGIA</i>	<i>47.6</i>	<i>(20)</i>
<i>PREECLAMPSIA</i>	<i>16.6</i>	<i>(7)</i>
<i>D.P.P.N.I. *</i>	<i>9.5</i>	<i>(4)</i>
<i>INFECCION TRACTO URINARIO</i>	<i>7.1</i>	<i>(3)</i>
<i>PLACENTA PREVIA</i>	<i>4.7</i>	<i>(2)</i>
<i>CORIOAMNIOITIS</i>	<i>4.7</i>	<i>(2)</i>
<i>INCOMPETENCIA ISTMICO-CERVICAL</i>	<i>4.7</i>	<i>(2)</i>
<i>HEMIPLEJIA</i>	<i>2.3</i>	<i>(1)</i>
<i>DIABETES GESTACIONAL</i>	<i>2.3</i>	<i>(1)</i>
	<i>100.0</i>	<i>(42)</i>

** DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA*



GRAFICA No. 3 PATOLOGIA ASOCIADA

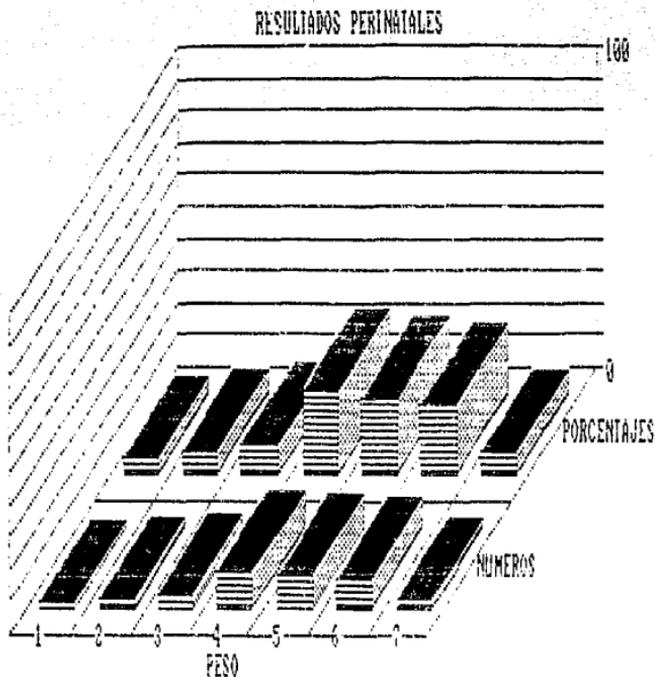
- 1.- SIN PATOLOGIA
- 2.- PREECLAMPسيا
- 3.-D.P.P.N.I.
- 4.- INFECCION DEL TRACTO URINARIO
- 5.- PLACENTA PREVIA
- 6.- CORIOAMNIOITIS
- 7.- INCOMPETENCIA ISTMICO CERVICAL
- 8.- HEMIPLEJIA
- 9.- DIABETES GESTACIONAL

RESULTADOS RECIENTE NACIDO PRETERMINO

P E S O	%	(N)
750 - 1000 grs.	4.7	(2)
1001 - 1250 grs.	7.1	(3)
1251 - 1500 grs.	9.5	(4)
1501 - 1750 grs.	26.1	(11)
1751 - 2000 grs.	23.8	(10)
2001 - 2250 grs.	21.4	(9)
2251 - 2500 grs.	7.1	(3)
	100.0	(42)

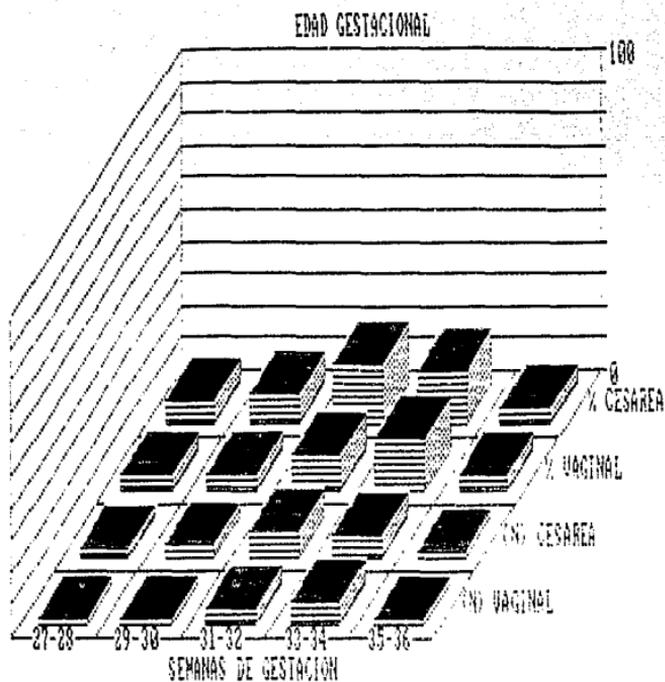
PARAMETROS	CESAREA % (N)	VAGINAL % (N)
27 - 28 S*	7.1 (3)	4.7 (2)
29 - 30 S*	9.5 (4)	4.7 (2)
31 - 32 S*	19.0 (8)	11.9 (5)
33 - 34 S*	16.6 (7)	16.6 (7)
35 - 36 S*	4.7 (2)	4.7 (2)
	57.1 (24)	42.8 (18)

*S (SEMANAS DE GESTACION)



GRAFICA No. 4 PESO R.N. PRETERMINO

- 1.- 750 - 1000 grs
- 2.- 1001 - 1250 grs
- 3.- 1251 - 1500 grs
- 4.- 1501 - 1750 grs
- 5.- 1751 - 2000 grs
- 6.- 2001 - 2250 grs
- 7.- 2251 - 2500 grs



El Niño Report No. 11-10-19

GRAFICA No. 5 SEMANAS DE GESTACION

RESULTADOS RECIEN NACIDO PRETERMINO

VALORACION APGAR 1ER. MIN.

CALIFICACION	CESAREA		EUTOCICO	
	%	(N)	%	(N)
2 - 3	11.9	(5)	9.5	(4)
4 - 5	9.5	(4)	2.3	(1)
6 - 7	23.8	(10)	21.4	(9)
8 - 9	11.9	(5)	9.5	(4)
	<u>57.1</u>	<u>(24)</u>	<u>42.7</u>	<u>(18)</u>

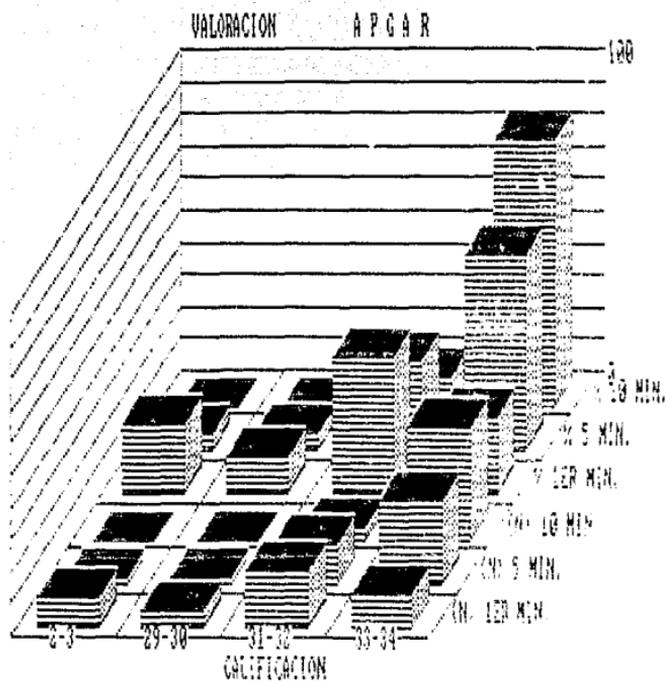
VALORACION APGAR 5 MIN.

CALIFICACION	CESAREA		EUTOCICO	
	%	(N)	%	(N)
2 - 3	2.3	(1)	2.3	(1)
4 - 5	2.3	(1)	2.3	(1)
6 - 7	21.4	(9)	7.1	(3)
8 - 9	33.3	(14)	28.5	(12)
	<u>59.3</u>	<u>(25)</u>	<u>40.2</u>	<u>(17)</u>

RESULTADOS RECIENTE NACIDO PRETERMINO

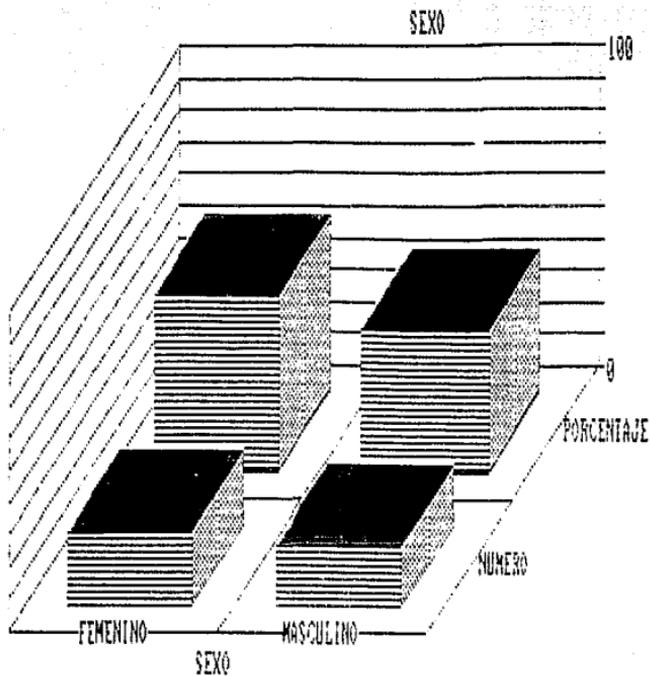
VALORACION APGAR 10 MIN.				
CALIFICACION	CESAREA		EUTOCICO	
	%	(N)	%	(N)
2 - 3	-	-	-	-
4 - 5	-	-	-	-
6 - 7	11.9	(5)	4.7	(2)
8 - 9	45.2	(19)	38.1	(16)
	57.1	(24)	42.8	(18)

S E X O	%	(N)
FEMENINO	54.7	(23)
MASCULINO	45.2	(19)
	100.0	(42)



Tr. e. de la U. de Chile 10-15-1

GRAFICA No. 6 PUNTUACION APGAR



11-13-10

GRAFICA No. 7 SEXO R.N. PRETERMINO

RESULTADOS PERINATALES

EVOLUCION Y COMPLICACIONES

	CESAREA	EUTOCTIA
SD. DIFICULTAD DE RESPIRACION LEVE	6	9
ICTERICIA MULTIFACTORIAL	5	4
HIPOXIA NEONATAL SEVERA	4	4
SD. DIFICULTAD RESPIRATORIA MODERADA	5	1
CONJUNTIVITIS	4	2
SEPSIS	3	1
ANEMIA	2	2
HIPOXIA NEONATAL MODERADA	2	1
MENBRANA HIALINA FASE II	2	-
SD. DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA	2	-
HIPOXIA NEONATAL LEVE	2	-
CRIPTORQUIDIA BILATERAL	2	-
NEUMONIA	-	2
TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL R.N.	2	-
INTOLERANCIA A DISACARIDOS	1	1
NEUROLEUCOMALACIA	1	1
ENTOROCOLITIS NECROTIZANTE	-	1
ERITEMA TOXICO	1	-
	44	29

RESULTADOS PERINATALES

S E C U E L A S

	<i>CESAREA</i>	<i>EUTOCIA</i>
<i>RETRASO PSICOMOTOR MINIMO</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>RETRASO PSICOMOTOR MODERADO</i>	<i>-</i>	<i>1</i>
<i>ATROFIA OPTICA</i>	<i>-</i>	<i>1</i>
<i>CONDUCTO ARTERIOSO PERSISTENTE</i>	<i>-</i>	<i>1</i>
<i>COMUNICACION INTERAURICULAR</i>	<i>1</i>	<i>-</i>
<i>LUXACION CONGENITA DE CABERA</i>	<i>1</i>	<i>-</i>
<i>DISPLASIA ACETABULAR</i>	<i>-</i>	<i>1</i>
	<i>3</i>	<i>5</i>

RESULTADOS

De las 42 pacientes que fueron seleccionadas en el presente estudio, 18 tuvieron parto vaginal y 24 se les realizó cesárea, lo que representó un 42.8% y 57.1% respectivamente.

De la edad de las pacientes: de 15 a 19 años 2; de 20 a 24 años 5; de 25 a 29 años 14; 30 a 34 años 10; 35 a 39 años 11; siendo más frecuente en la mujer adulta.

Las nulíparas (N) se presentó en 7 (16.6%) y en las múltiparas en 35 (83.4%), predominando en las trigestas.

La interrupción del embarazo por semanas de gestación fué de: 27 a 28, 5 (11.9%); de 29 a 30, 6 (14.2%); de 31 a 32, 13 (30.9%); de 33 a 34, 14 (33.3%) y de 35 a 36, 4 (9.5%), siendo más frecuente de la semana 31-34 con 27 casos, lo que representó el 64.2%. Control prenatal lo llevaron regularmente 31 pacientes, lo que nos da un 73.8% en comparación de 11 que no lo llevaron (26.1%). Asimismo, se asoció la ruptura prematura de membranas en 22 (53.3%), siendo un promedio de 19 horas de la ruptura contra 20 (47.6%) que tuvieron membranas integra.

El trabajo de parto se presentó en dos tercios del total de pacientes, es decir, en 28 (66.6%), en comparación con 14 (33.3%) que no tuvieron. Asimismo, se encontró patología asociada al parto pretérmino en un 52.3%, siendo las más frecuentes: Preeclampsia en 7 casos (16.6%), seguida de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en 4 casos (9.5%), infección tracto genitourinario 3 (7.1%), placenta previa 2 (4.7%), Coriamnioitís 2 (4.7%), incompetencia istmico cervical 2 (4.7%) y con un caso hemiplejía y diabetes gestacional. El restante 20 pacientes (47.6%) no se encontró patología subyacente.

En los resultados perinatales obtenidos, 24 (57.1%) fueron obtenidos mediante operación cesárea y 18 (42.8%) mediante eutocia. En cuanto al peso 11 (1501-1750 grs), lo que nos da 26.1%; 10 (1751-2000 grs) 23.8%; 9 (2001-2250) 21.4%; 4 (1251-1500) 9.5%; 3 (1001-1250) 7.1%; 3 (2251-2500) 7.1% y, 2 (750-1000) 4.7%, teniendo una incidencia de 64.2% (27) en prematuros de 31 a 34 semanas.

En la valoración de Apgar se captó al minuto, 5 y 10 minutos respectivamente, como sigue:

Al minuto 1/3 de total tuvieron puntaje muy bajo menor de 6, predominando en los obtenidos por cesárea con 21.4%, En comparación de 11.8% por parto; a los 5 minutos fueron calificados con Apgar aceptable con predominio en los obtenidos por cesárea en más de la mitad de los casos 54.7% contra 35.6% de vía vaginal. A los 10 minutos el Apgar fué mejor en los obtenidos por cesárea en 45.2% en comparación de 38.1 por eutocia.

Referente al sexo se obtuvieron 23 (54.7%) del sexo femenino y 19 (45.2%) masculino.

La evolución y complicaciones, se presentó síndrome de dificultad respiratoria severa en 2 pacientes, moderada en 6 y leve en 15, la Hipoxia neonatal severa en 8 pacientes, moderada en 3 y leve en 2, otras entidades como siguen: Ictericia multifactorial en 9, conjuntivitis 6, sepsis en 4, anemia 4, m. hialina fase II en 3, criptorquidia 2, neumonía en 2, taquipnea transitoria del RN en 2, intolerancia a disacáridos en 2, neuroleucomalacia en 2, y enterocolitis necrotizante y eritema tóxico con 1 caso, siendo la incidencia más alta en los RN por cesárea. Cabe hacer mención que un sólo paciente llegó a tener más de una entidad de las mencionadas.

En 16 pacientes (38%) su evolución fué totalmente satisfactoria y sus complicaciones de éstos, 8 (19%) fueron obtenidos por cesárea y 8 (19%) por vía vaginal. Hubo defunción en 7 pacientes y su principal causa de fallecimiento fué la prematurez.

Se encontró secuelas en 8 pacientes y fueron: - Retraso psicomotor mínimo en 2 pacientes, uno obtenido por cesárea y otro por parto vaginal. - Retraso psicomotor moderado 1, obtenido por vía vaginal. - Luxación congénita de cadera - cesárea (obtenido). - Atrofia óptica en un caso se obtuvo por parto vaginal. - Conducto arterioso persistente: en 1 caso por parto vaginal. - Comunicación interauricular en 1 caso se obtuvo por cesárea. - Displasia acetabular en 1 caso se obtuvo por parto vaginal.

Cabe hacer mención que un R.N. prematuro obtenido por vía vaginal, que pesó 975 grs. tiene retraso psicomotor moderado, así como se le encontró conducto arterioso persistente que cedió médicamente, y atrofia óptica bilateral, como secuelas.

COMENTARIO

La frecuencia de la terminación del embarazo pretérmino fué ligeramente mayor en la cesárea que en el parto por vía vaginal. La incidencia se presentó más frecuentemente en la mujer adulta y sobre todo en multipara, predominando en las trigestas. El control prenatal se llevó a cabo en forma regular en la gran mayoría de las pacientes.

Se presentó ruptura prematura de membrana (RPM) de más de la mitad de los casos, así como el trabajo de parto inició en las 2/3 partes del total. En 20 (47.6%) no se explicaba el factor causal que desencadenara el parto pretérmino y en el resto las patologías que complicaban o se asociaban al parto tenemos a la preeclampsia, DPPNI como causas principales, similar a lo informado en la literatura mundial, seguida de infección tracto urinario, placenta previa; coriamnioitis e incompetencia ístmico cervical en menor grado.

Los resultados perinatales por edad gestacional se presentó más frecuente en las semanas 31-34, casi 2/3 de los casos, lo referente al peso su incidencia fué mayor en el rango de 1501-2250 grs. en proporción de 3:1.

La valoración de Apgar tuvieron puntaje muy bajo en 18 pacientes (14 al 1er. minuto y 4 a los 5 minutos), el resto tuvieron una calificación aceptable recuperandose a los 5 y 10 minutos. La incidencia del sexo fué ligeramente mayor (54.7%) en el femenino en comparación al masculino (45.2%). La estancia hospitalaria fué de 21 días en promedio, teniendo un menor de 2 días y un mayor de 72 días de hospitalización. las complicaciones fueron múltiples y variadas siendo más frecuente en los R.N. por cesárea que por parto, asimismo, las secuelas fueron ligeramente mayor en los R.N. por parto que por cesárea y fueron más graves.

En cuanto a la mortalidad la incidencia fué de 7 (16.6%), siendo más frecuente en los obtenidos por cesárea que por eutocia.

La evolución satisfactoria se presentó en 16 (38%), siendo por igual los RN por cesárea que por vía vaginal.

C O N C L U S I O N E S

La cesárea no ofrece resultados mejores que los obtenidos por vía vaginal, ya que en el presente estudio se demuestra que hubo más muertes perinatales con la cesárea que por eutocia.

La evolución y complicaciones de los recién nacidos pretérmino fué mayor en los obtenidos por operación cesárea, en comparación a los que se obtuvieron mediante eutocia, en proporción de 2:1.

La incidencia de secuelas se presentaron ligeramente mayor en los recién nacidos por eutocia que por cesárea y fueron más graves.

Los recién nacidos pretérmino con evolución satisfactoria se presentó por igual a los obtenidos por vía cesárea y vaginal.

En 20 (47.6%) del total de los casos no se encontró factor o patología desencadenante para parto pretermino.

Por lo tanto en la atención del parto pretérmino debe individualizarse cada caso para su vía de resolución y la cesárea no es recomendada como una modalidad de rutina.

RESUMEN

El manejo de 42 partos pretérmino fueron analizadas para ver si la cesárea proporciona mejores resultados perinatales que el parto por vía vaginal. En el periodo comprendido de octubre de 1992 a septiembre de 1993. Se estudiaron 42 pacientes que fluctuaron entre los 15 a 39 años de edad y recién nacidos de 27 a 36 semanas. Del total 24 (57.1%), se les realizó cesárea y 18 (42.8%) tuvieron parto vaginal, se presentó más frecuente en las multíparas 35 (83.4%), en comparación con las nulíparas, predominando en las trigestas.

El control prenatal lo llevó regularmente la gran mayoría en 31 (73.8%) la ruptura prematura de membranas se presentó en 22 casos (53.3%), siendo un promedio de 19 horas de RPM; el trabajo de parto se desencadenó en dos tercios del total. Hubo patología asociada al parto pretérmino en un 22 (52.4%) predominando la preeclampsia, seguida por desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en un 16.6% y 9.5% respectivamente, en comparación con 20 (47.6%), que no cursaron con patología asociada.

Los resultados perinatales 57.1% fueron obtenidos por cesárea y 42.8% por eutocia. El peso varió de 750 a 2,500 gramos, predominando en recién nacidos de 31 a 34 semanas.

Se obtuvieron 23 (54.7%) del sexo femenino y 19 (45.2%) masculino, la hospitalización promedio fué de 21 días, siendo de 2 días la más corta y 72 días la estancia más larga. La evolución y complicaciones fueron múltiples y variadas teniendo una incidencia más alta en los RN por cesárea que por parto, asimismo las secuelas fueron ligeramente mayor en los RN por parto que por cesárea, y fueron más graves.

Se presentó una mortalidad de 7 (16.6%), siendo más frecuente en los obtenidos por cesárea que por eutocia. La evolución satisfactoria, sin complicaciones se presentó en 16 (38%), siendo por igual en los RN por cesárea, que por parto vaginal.

De acuerdo con este estudio la cesárea, no ofrece mejores resultados perinatales mejores, que los obtenidos mediante vía vaginal, ya que las muertes, evolución y complicaciones fué mayor en los captados por cesárea que por eutocia, y la evolución satisfactoria se presentó por igual a los obtenidos por cesárea y vaginal.

Por lo tanto la atención del parto pretérmino debe individualizarse cada caso para su vía de resolución y, la cesárea no es recomendada como una modalidad de rutina.

S U M M A R Y

The management of 42 preterm deliveries were analyzed to see if cesarean section gives best perinatal results than the vaginal deliveries. This was from october 1992 to september 1993. We studied 42 patients between 15 and 39 years old and, newborns between 27 and 37 weeks. Twenty four of this patients (57.1%), have cesarean section and, eighteen (42.8%) have vaginal deliveries. Preterm delivery were more frequent in patients who had delivered more than two babies, 35 (83.4%) than the ones with no deliveries. More frequency in the ones who deliver three babies.

The prenatal control was made regulary in 31 (73.8%). The membrane rupture were in 22 (53.3%) with an average of 19 hours of rupture. The delivery were present in 2/3 of the patients we have associate pathology in 22 (42.4%), and the most important was the pre-eclampsia the second one was placentae loosing in 16.6% and 9.5% respectively, in comparison with 20 (47.6%) wich have no complications.

The preterm newborns 57.1% were delivered by cesarean section, and were 42.8% by vaginal delivery. The weight were from 750 to 2,500 gr with predominium of newborns between 31 to 36 weeks.

We have 23 (54.7%) females y 19 (45.2%) males. The day in hospital were 21 days; the less days was 2, and the ones with more days was 72. The changes and complication were multiple with a high incidence in the newborns with cesarean section than the normal delivery. As we can see the sequels have the same way and were serious.

The mortality 7 (16.6%) were frequent in cesarean section than vaginal delivery. The good evolution, with no complications were in 16 (38%), being the same in both deliveries.

In conclusion this study shows that cesarean section, do not give us better results than the vaginal deliveries. The deaths and complications were higher in the ones with cesarean section.

The preterm delivery needs to be individual in each case to obtain better results, and cesarean section is not a routine treatment.

B I B L I O G R A F I A

- Creasy, R.,: *Prevention of preterm birth: Clinical opinion. Obstetrics and Gynecology*, 1990; 76: 25
- Morrison, J.,: *Preterm birth: A puzzle worth solving. Obstetrics and Gynecology*, 1990; 76: 55
- Seo, K.,: *Preterm birth is associated with increased risk of maternal and neonatal infection. Obstetrics and Gynecology*, 1992; 79: p. 75-80.
- Savitz, D.,: *Epidemiologic characteristics of preterm delivery: Etiologic heterogeneity. Am. J. Obstet Gynecol*, 1991; 164 (2) p. 467-471.
- Yañez-Velasco.,: *Infección durante el embarazo como factor causal de ruptura prematura de membranas y de parto pre-término. Salud Pública*, 1990; 32 (3), p. 288-297.
- Kitchen, W.H.,: *Changing obstetric practice and 2-year outcome of the fetus of birth weight under 1000 g. Obstetrics and Gynecology*, 1992; 79 (2) p. 268-275.
- Goldenberg, R.L.,: *The influence of previous low birth weight on birth weight, gestational age, and anthropometric measurements in the current pregnancy. Obstetrics and Gynecology*, 1992; 79 (2) p. 276-279.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- Morrison JS., : *Pharmacologic induction of fetal lung maturity.*
Clinics Obstetrics and Gynecology, 1991 Jun; 34 (2) p. 319-327
- Virji SK., : *Risk factors associated with preterm deliveries among racial groups in a national sample of married mothers.*
American Journal perinatology; 1991 Sep; 8 (5) p. 347-353