



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**“COMPARACION DE LA MORBIMORTALIDAD EN NIÑOS PRETERMINO
NACIDOS POR VÍA VAGINAL VS VÍA CESAREA, NACIDOS EN EL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC DURANTE 2007”**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTADO POR
DRA. GABRIELA SALVADOR DOMINGUEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. JUANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

COMPARACIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD EN NIÑOS PRETERMINO
NACIDOS POR VIA ABDOMINAL VS VIA CESÁREA EN EL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC DURANTE 2007

Dra. Gabriela Salvador Domínguez

Vo. Bo.
Dr. Martín Guillermo Pérez Santiago

Profesor Titular del Curso de Especialización
en Ginecología y Obstetricia

Vo. Bo.
Dr. Antonio Fraga Mouret

Director de Educación e Investigación

COMPARACIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD EN NIÑOS PRETERMINO
NACIDOS POR VIA ABDOMINAL VS VIA CESÁREA EN EL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC DURANTE 2007

Dra. Gabriela Salvador Domínguez

Vo. Bo.
Dra. Juana Martínez Martínez

Médico Adscrito al Servicio de Ginecoobstetricia del
Hospital Materno Infantil Cuautepec

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

A MIS SOBRINOS

A MIS AMIGOS

A MIS MAESTROS

A MIS COMPAÑEROS DE TRABAJO

A TODOS LOS QUE INTERVINIERON

EN ESTE GRAN PROYECTO DE MI VIDA

SIN SU APOYO NUNCA LO HUBIERA LOGRADO

GRACIAS DOCTORA CARO ES UN GRAN SER HUMANO

GRACIAS DIOS

POR TODO LO QUE ME HAS DADO

INDICE

RESUMEN

| | | |
|------|------------------------------------|----|
| I. | INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II. | MATERIAL Y MÉTODOS..... | 11 |
| III. | RESULTADOS..... | 15 |
| IV. | DISCUSIÓN..... | 18 |
| V. | CONCLUSIONES..... | 20 |
| VI. | RECOMENDACIONES..... | 21 |
| VII. | REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 23 |

ANEXOS

RESUMEN

La finalidad de este estudio fue conocer la morbilidad y mortalidad en productos prematuros, en base a su vía de nacimiento vía parto y vía cesárea. Se estudiaron pacientes con diagnóstico de productos prematuros, 30 por vía cesárea y 40 por vía parto; todas los pacientes del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc durante el año 2007; con el fin de conocer cual es la mejor indicación de vía de nacimiento en productos prematuros. El diseño de estudio fue Epidemiológico, observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal.

En el análisis estadístico para evaluar ambas vías de nacimiento se utilizó la Chi cuadrada y T de Student, así como medidas de tendencia central y de dispersión.

Se obtuvo que una diferencia significativa en la vía de nacimiento de los prematuros. En cuanto a la reanimación por vía de resolución se obtuvo Chi 2 de 8.75 con p de 0.03. En las complicaciones en el puerperio por vía de resolución se obtuvo Ji cuadrada de 11.22 con p de 0.05; en el apgar por vía de resolución se obtuvo T de Student de 3.31 con p de 0.02.

Palabras clave: morbilidad y mortalidad, recién nacido pretérmino, parto, cesárea.

I. INTRODUCCIÓN

Aproximadamente el 30% de las mujeres gestantes tienen predisposición a tener un parto pretérmino, pero afortunadamente solo del 5 al 10% lo presentan. Es considerado una esencialmente una enfermedad social, lo que explica que países pobres, presenten cifras de incidencia superiores al 20% de los partos.(1)

Los partos pretérmino constituyen un problema por las complicaciones neonatales graves que suelen ocurrir posterior a su nacimiento, la cuales son peores para el recién nacido más pequeño con menor edad gestacional, incluye: muerte, síndrome de dificultad respiratoria (taquipnea transitoria, enfermedad de membrana hialina, neumonía neonatal), sepsis, poliglobulia, hiperbilirrubinemia, asfixia grave y moderada al nacer, hemorragia intraventricular, hipoglucemia, enterocolitis necrotizante, entre otras patologías.(8)

En el año de 1970 la principal preocupación por mejorar las condiciones del producto, originó y se generalizó que la mejor manera de hacer que nazca el producto pretérmino es la operación cesárea, indicada solamente por la edad gestacional.(2). El argumento a favor de esta conducta se fundamento en que así se evita la hipoxia y el traumatismo obstétrico.

Los partos pretérmino indicados suelen ser producto de diversas complicaciones médicas o quirúrgicas en la madre o en el feto que crean un ambiente uterino desfavorable para el recién nacido o para la madre, incluso ambos.(15)

En esos casos se extrae el feto para evitar la morbimortalidad en el feto o en la madre, independientemente de la edad gestacional, algunas causas incluyen: preeclampsia severa, hipertensión crónica, diabetes mellitus gestacional, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. (14)

Los partos pretérmino indicados constituyen del 20 al 30% y contribuyen a un porcentaje significativo de la morbimortalidad en partos pretérmino. (12)

Para disminuir la frecuencia de estos sucesos debe haber avances en los sucesos del tratamiento médico que crea un ambiente peligroso en la madre y en el feto. El restante de los embarazos pretérmino del 70 al 80% es debido a rotura de membranas o por trabajo de parto pretérmino. (8)

Estas dos circunstancias aunque suelen considerarse separadas, tal vez tengan un vínculo más estrecho del que suele suponerse, es bastante frecuente que el trabajo de parto cause rotura de membranas y casi todas las pacientes con rotura avanzan rápidamente hacia trabajo de parto prematuro. Es probable que haya mecanismos de causas comunes que inicien una o ambas de esas complicaciones en cualquier embarazo específico. (4)

En las gestaciones amenazadas de interrupción prematura, las medidas a tratar serán diferentes tomando en cuenta el crecimiento adecuado y/o retraso del crecimiento del feto. Es conveniente la aplicación sistemática de una conducta

diagnóstica y terapéutica, normatizada, sea para prevenir el nacimiento de niños pretérmino o para disminuir la morbimortalidad neonatal.(9)

Sea transparto o al nacimiento. Se menciona que el factor fisiopatogénico determinante de la hemorragia encefálica en productos prematuros es condicionada por la contractilidad uterina, lo cual condiciona períodos intermitentes de hipoxia e hipertensión endocefálica, y no el efecto físico del mecanismo de trabajo de parto.(7)

La operación cesárea fue elegida para evitar la hipoxia y el traumatismo obstétrico e indicada solamente por la edad gestacional, la cesárea debería realizarse tipo corporal y a través de una laparotomía amplia (10).

El fundamento de esto fue que el producto prematuro es lábil a hemorragia encefálica por tres hechos anatomofisiológicos: un rico y exuberante árbol vascular del sistema nervioso central formado a expensas de múltiples y pequeños capilares, cuya inmadurez origina una falta de apoyo perivascular de los vasos de la matriz germinal; un sistema de presión hidrostática en este árbol vascular que se modifica hacia en incremento por el mecanismo del parto, y por último, la natural falta de mielinización del sistema nervioso lo cual lo hace más susceptible a la lesión ante hipoxia. (6)

NORMATIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE PRODUCTO PRETÉRMINO

| ACCIONES | MEDIOS | OBJETIVOS |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Diagnosticar precozmente la amenaza de parto prematuro | Detección de los indicadores de riesgo, signos y síntomas | Posibilitar la aplicación oportuna de medidas terapéuticas prenatales |
| Detener el parto pretérmino hasta lograr la gestación | Reposo y uteroinhibidores | Prolongar la gestación para un mayor peso y madurez fetal |
| Acelerar la madurez pulmonar fetal | Estimulantes de la producción del surfactante pulmonar | Disminuir la incidencia de membrana hialina |
| Asistir el parto pretérmino | Técnicas que garanticen la máxima protección fetal | Lograr el mínimo trauma obstétrico |
| Asistir al recién nacido pretérmino | Asistencia inmediata, control de infección, alimentación | Reducción de la asfixia, favorecer crecimiento y desarrollo adecuado |

La interrupción de la gestación por vía abdominal evita la presión del canal del parto y el efecto de las contracciones uterinas sobre la cabeza fetal, con lo cual disminuye el riesgo de hemorragias, por lo cual se prefiere la operación cesárea en presentaciones podálicas con estimación de peso fetal menor a 2500g y/o edad gestacional menor de 34 semanas de gestación. (11)

Con el paso del tiempo se demostró que la supuesta disminución de la morbilidad neonatal mediante la práctica sistemática de la operación cesárea no era real, mucho menos al analizar solamente la prevalencia de la hemorragia encefálica de diversos grados. (5)

Por otra parte el futuro obstétrico de la mujer sometida a la operación cesárea se ve ensombrecido, tomando en cuenta las complicaciones posteriores a su

realización, referentes a la hemorragia e infección son mayores en la histerotomía vertical corporal, comparada con la resolución del nacimiento por parto o bien por cesárea tipo segmentaria. La morbimortalidad materna aumenta tres veces en comparación con nacimiento vía vaginal. (3) Con el mismo razonamiento surgió la indicación profiláctica de la aplicación de fórceps.

Se menciona que algunas situaciones que condicionan el parto prematuro es la falla de la uteroinhibición hasta en un 46%, lo cual implica que en la mayoría de los casos ocurre trabajo de parto previo a la interrupción del embarazo.(1)

Las complicaciones maternas más frecuentes posteriores al realizar una cesárea son: infecciones, dehiscencia de herida quirúrgica, mortalidad materna originada por –preclampsia-eclampsia, hemorragias anteparto, parto y puerperio-,etc.(6)

Las causas más frecuentes de mortalidad perinatal son: (6)

- Hipoxia intrauterina o asfixia al nacer: Se observa frecuentemente anteparto y las causas de esta son: Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y patología funicular.
- Anomalías congénitas: Siendo la más frecuente las del Sistema Nervioso Central y Cardiovasculares.

- Crecimiento intrauterino retardado y feto desnutrido: En estos problemas se asocian hasta en un 20% los trastornos hipertensivos.
- Síndrome de Dificultad respiratoria: Observándose sobre todo en embarazo múltiple, ruptura prematura de membranas y la insuficiencia ístmico-cervical.
- Infecciones en el período perinatal: Infección intraamniótica y sepsis neonatal.
- Traumatismos: A expensas de hemorragia subdural y cerebral, y se asocia a asistencia en el parto de nalgas, aplicación de fórceps.
- Hemorragia fetal y neonatal: Siendo la más frecuente la hemorragia intraventricular y subaracnoidea y pérdida de sangre fetal.
- Enfermedad hemolítica perinatal: Siendo un 57% la isosensibilización Rh la causa principal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El nacimiento de un recién nacido pretérmino es una de las principales causas de morbilidad perinatal lo cual constituye un problema de Salud Pública. La morbilidad y sus secuelas principalmente neurológicas alcanzan entre un 15 a un 50% de los recién nacidos pretérmino que sobreviven, sumándole el alto costo económico que debe enfrentar tanto la familia del recién nacido como el sistema de salud en el cuidado y tratamiento del recién nacido prematuro. (8)

Se establece la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál será la diferencia en la Morbi-mortalidad en Niños Pretérmino nacidos por vía vaginal vs vía cesárea, nacidos en el Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc del 1 de enero al 31 de diciembre de 2007?.

JUSTIFICACIÓN

La atención de parto pretérmino es aún un tema de debate la vía ideal de nacimiento, ya sea vía abdominal (cesárea) o vía vaginal, recomendándose realizar la técnica que implique menos riesgos para el producto pretérmino.

Excluyendo las malformaciones congénitas, el 75% de las muertes perinatales y el 50% de las anomalías neurológicas son atribuibles a la prematuridad del recién nacido, lo cual muestra la magnitud del problema. Aun cuando la incidencia de esta patología no ha mostrado resultados significativos en los últimos años, la morbilidad neonatal muestra una tendencia descendente. Esta reducción puede deberse a los cuidados neonatales de los prematuros, más que al éxito de las estrategias preventivas y terapéuticas del trabajo de parto prematuro. (9)

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE TRABAJO: Hay mayor número de complicaciones perinatales en recién nacidos pretérmino nacidos por vía vaginal que por vía cesárea.

HIPÓTESIS NULA. No hay mayores complicaciones perinatales en recién nacidos pretérmino nacidos por vía vaginal que por vía cesárea.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Comparar la morbilidad y mortalidad neonatal en los recién nacidos pretérmino, nacidos por vía cesárea y por vía vaginal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer la vía de interrupción que cause menores complicaciones perinatales en recién nacidos pretérmino.
- Conocer la edad materna como factor a valorar vía de interrupción en embarazos pretérmino.
- Conocer si hay presencia de patología materna en madres de los recién nacidos pretérmino.
- Conocer si los antecedentes gineco-obstétricos son factores de predisposición a realizar la interrupción del embarazo en alguna de las dos vías.
- Conocer si la fase de trabajo de parto contribuye a valorar la vía de interrupción del embarazo.
- Conocer el tratamiento que reciben los embarazos prematuros, previo a la interrupción.
- Conocer las complicaciones perinatales que presentan los recién nacidos pretérmino al nacer en las dos vías de nacimiento.

- Conocer la calificación de apgar, peso, talla, capurro de los recién nacidos pretérmino.
- Conocer los días de estancia intrahospitalaria de los recién nacidos pretérmino.
- Conocer si los recién nacidos pretérmino recibieron y que tipo de reanimación neonatal requirieron.
- Conocer el diagnóstico de egreso de los recién nacidos pretérmino.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

MÉTODO: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y comparativo en productos pretérminos nacidos por vía vaginal y vía cesárea; de 28 a 36 semanas de gestación nacidos en el Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc durante 2007 para el análisis se utilizaron tablas de frecuencias en porcentajes comparativos.

TIPO DE ESTUDIO: Epidemiológico, observacional, retrospectivo, descriptivo, transversal.

MUESTRA DE ESTUDIO: Total de recién nacidos prematuros (de 28 a 36 semanas de gestación), nacidos en el Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc, nacidos durante el año 2007. Posteriormente se diferenciarán en un grupo de recién nacidos atendidos vía parto vs vía cesárea.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Madres con trabajo de parto o sin trabajo de parto, con embarazo de 28 a 36 semanas de gestación.
- Recién nacidos con edad gestacional entre 28 a 36 semanas de gestación.
- Partos pretérmino y en presentación cefálica.
- Parto intrahospitalario.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Recién nacidos pretérmino con enfermedades congénitas.
- Obito fetal.
- Pacientes con indicación absoluta de cesárea al ingreso.

DETERMINACIÓN DE VARIABLES

- Vía de culminación de nacimiento pretérmino.
- Sexo de los prematuros nacidos.
- Edad gestacional de los prematuros.
- Peso de los prematuros.
- Apgar de los prematuros obtenidos al 1er y 5to minuto.
- Tipo de reanimación recibida a los prematuros
- Días de hospitalización de los prematuros.
- Patología presente en los prematuros.
- Días de hospitalización de los prematuros.
- Causas de muerte en los prematuros.
- Edad materna
- Paridad materna.
- Patología materna.
- Tratamiento recibido.
- Presencia de trabajo de parto.
- Fase de trabajo de parto.
- Complicaciones en el puerperio.

- Días de estancia materna

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se elaboró una ficha de llenado para llenar los datos del recién nacido pretérmino, así mismo datos maternos. Las fuentes de información fueron las historias clínicas de las madres y de los recién nacidos pretérminos, nacidos en el Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc. Libro de registros de ingreso y alta del servicio de pediatría de recién nacidos pretérmino nacidos en Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc.

PROCESAMIENTO DE INFORMACION

1. Recolección de datos.
2. Recuento y validación de la información.
3. Presentación de resultados.
4. Descripción y análisis de resultados.

PLAN DE TABULACION

Los cuestionarios que se realizaron para obtener la información se presentan como anexos. Se capturó la información en el programa Excel, posteriormente se realizó el análisis y la presentación gráfica.

PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO

Se trabajo con distribuciones normales.

ESTADISTICA DESCRIPTIVA

Para las variables cualitativas se utilizó el cálculo del porcentaje, para las variables cuantitativas se obtuvieron medidas de tendencia central como: moda, mediana y media; así como las medidas de dispersión como desviación estándar, varianza.

ESTADISTICA ANALITICA O INFERENCIAL.

Se obtuvo Ji cuadrada y T de Student.

III. RESULTADOS

Se incluyeron 70 pacientes las cuales cumplían los criterios de inclusión antes citados; se contabilizaron 920 partos en el Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc, de los cuales 70 correspondían a productos prematuros (7.6%) Figura 1

De los 70 nacimientos de productos prematuros , 42.8% corresponde a nacimiento por vía vaginal y el 57.1% a vía cesárea; la edad gestacional en promedio en los 2 casos fue de 34 semanas. Figura 2

El peso de los productos prematuros fue en promedio de 2000g a 2500g. Figura 3

El sexo de los prematuros fue femenino en mayor cantidad en partos vaginales y sexo masculino en mayor cantidad en vía cesárea. Figura 4

Al valorar el apgar, se obtuvieron 4 casos en cesárea de depresión severa (0 a 3); 7 casos de depresión moderada 4 por vía vaginal y 6 por vía cesárea; 59 prematuros con apgar normal, en los cuales se obtuvo mejor respuesta en prematuros nacidos por vía vaginal (37 por vía vaginal- 22 vía cesárea) Figura 5

La reanimación fue más frecuente en prematuros por vía cesárea (18); 10 prematuros vía vaginal recibieron reanimación. Figura 6

El tipo de reanimación más utilizado fue oxígeno con catéter y/o máscara, y la intubación, siendo más frecuentes en prematuros nacidos por vía cesárea. Figura 7

Los prematuros nacidos por vía vaginal, requirieron más días de hospitalización que los nacidos por vía cesárea. Figura 8

La patología encontrada en los prematuros en las 2 vías de nacimiento fueron : Enfermedad de Membrana Hialina y Dificultad respiratoria Figura 9

Los días de hospitalización de los prematuros fueron de 1 hasta 7 días, sin embargo 22 prematuros no se pudo contabilizar los días de hospitalización debido a que fueron referidos a otra unidad hospitalaria. Hubo 1 muerte fetal por vía vaginal por múltiples malformaciones. Figura 10

La edad materna más frecuente en las pacientes estudiadas fueron de 16 a 20 años, en las dos vías de nacimiento. Figura 11

La paridad de las madres de los prematuros se muestra que las primigestas se les realizó interrupción vía abdominal, mientras que en las secundigestas es más frecuente la vía vaginal. Figura 12

La patología materna estuvo presente en ambos casos: vía vaginal y vía abdominal. Las encontradas fueron: preeclampsia, anemia, infección de vías urinarias, diabetes gestacional, hipertensión arterial, hipertiroidismo. Figura 13

La mitad de las pacientes recibieron tratamiento entre ellos: antibioticoterapia, antihipertensivos, maduradores pulmonares, tocólisis, hematínicos.

Se encontró que pacientes las cuales se recibieron trabajo de parto tanto fase latente como activa se dejaron a libre evolución; así mismo se tuvieron pacientes las cuales ingresaron en expulsivo. La mayoría de las pacientes a las cuales se les realizó vía abdominal solo 22 pacientes presentaron trabajo de parto en fase latente.

Se tuvieron más complicaciones anteparto en vía abdominal en cantidad, que en vía vaginal; entre ellas: hipotonía uterina, atonia uterina, histerectomía , y hemorragia obstétrica. Figura 14

Las complicaciones que se tuvieron en pacientes con interrupción vía abdominal fueron: infección de herida quirúrgica, transfusión y fiebre.

Los días de estancia materna en el puerperio fueron mayores para aquellas a las que se les realizó cesárea siendo de 1 a 6 días. Y en promedio 1 a 2 días con vía vaginal. Figura 15

IV. DISCUSIÓN

Estudios realizados sobre prematuros vías de nacimientos en productos prematuros se han realizado hasta 92% por vía cesárea. Los recién nacidos pretérmino llegan a representar más de 70% de los partos atendidos en instituciones del país. En índice de nacimientos prematuros se ha incrementado hasta representar 1.5 por ciento de la tasa de natalidad nacional, debido a que un número creciente de madres son adolescentes o tienen 40 años de edad o más, lo cual implica mayores riesgos para su salud y la del producto porque desde su estancia en el útero padecen algún nivel de desnutrición y sufrimiento fetal crónico, por lo que al nacer presentan mayor riesgo de asfixia.

Además, en el periodo neonatal tienen problemas de inmadurez pulmonar, hemorragia intraventricular, infecciones, enterocolitis y retinopatía, entre otros padecimientos.

El creciente problema de la prematurez no está recibiendo la atención y financiamiento necesarios para entender completamente sus causas y para identificar maneras de reducir el número de partos prematuros. saber tratar las consecuencias en salud, social-emocionales y económicas del nacimiento prematuro y establece un marco para la acción en dirigir un rango de aspectos prioritarios, incluyendo una agenda de investigación y de políticas para el futuro.

Las mejorías en el tratamiento de prematuros en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal han ayudado a mejorar grandemente su sobrevivencia. Sin

embargo, estos niños siguen siendo vulnerables a muchas complicaciones, incluyendo problemas respiratorios, gastrointestinales, del sistema inmune, sistema nervioso central, audición y de la visión. Problemas a más largo plazo pueden incluir parálisis cerebral, retraso mental, deterioro visual y de audición, aspectos de comportamiento y socio-emocionales, dificultades de aprendizaje y menores salud y crecimiento.

Los niños nacidos antes de las 32 semanas tienen el riesgo más grande de muerte, no obstante los niños nacidos entre 32 y 36 semanas, que constituyen el número más grande de nacimientos pretérmino, aún con riesgo más alto para problemas de salud y del desarrollo comparados con los niños nacidos a término.

En general, mientras más inmaduro sea el prematuro, mayor es el grado del soporte de vida que es necesario y más larga es la estadía requerida en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Y el riesgo de rehospitalización aumentan grandemente. Las consecuencias a lo largo de la vida para los niños prematuros pueden ser significativas y a menudo se requiere un amplio rango de servicios y de apoyo social.

V. CONCLUSIÓN

Hay una necesidad clara de entender las causas del nacimiento pretérmino. Un conjunto de factores socioeconómicos, biológicos, y medioambientales contribuye al riesgo de la mujer para un parto prematuro. Condiciones médicas tales como hipertensión crónica, diabetes, infecciones, y estrés se asocian a nacimiento prematuro.

Además, un historial médico de una mujer , tal como un nacimiento prematuro en embarazo previo, antecedentes familiares de nacimiento pretérmino ó si la mujer misma era prematura puede también aumentar el riesgo. Hay también problemas causados por los tratamientos de infertilidad que dan lugar a menudo a gemelos y a trillizos que tienen mayor probabilidad de nacer prematuros. Los estudios indican que muchos de los factores asociados con nacimiento prematuro ocurren juntos, particularmente en mujeres que tienen bajo estatus socioeconómico.

Aunque se sabe que los factores raciales y étnicos juegan roles significativos , estos factores permanecen mal entendidos ó mal explicados.

No hay prueba que pueda predecir exactamente un nacimiento prematuro y poco se sabe sobre cómo un nacimiento prematuro puede ser prevenido. El tratamiento se ha centrado sobre todo en retardar contracciones.

Esto no ha reducido el número de nacimientos prematuros, pero ha retrasado el parto lo suficiente como para administrar esteroides a la madre para ayudar a

prevenir el estrés respiratorio en el niño después del nacimiento y trasladar la madre y el feto a un hospital donde puedan recibir cuidado apropiado.

Estas intervenciones han ayudado a reducir las tasas de morbilidad, pero las terapias e intervenciones para predicción y prevención del parto prematuro aún se requieren enormemente.

Recomendaciones:

Para tratar los muchos desconocimientos sobre partos prematuros y conociendo la complejidad de los factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales interrelacionados que están implicados en el nacimiento prematuro hace necesaria una aproximación multidisciplinaria a la investigación dirigida a entender sus causas, caminos vías biológicas, diagnóstico y tratamiento. Debemos enfocarnos en:

- Definir mejor el problema de parto prematuro, incluyendo el uso de ecografía en el primer trimestre para establecer exactamente la edad gestacional.
- Estudiar conductas para mejorar el tratamiento clínico de las mujeres con parto prematuro y de los niños nacidos prematuros y de los sistemas de cuidado de salud que cuidan de ellos.
- Examinar las múltiples causas de parto prematuro, incluyendo investigar las razones para disparidades entre diferentes grupos raciales, étnicos, y socioeconómicos.

- Realizar estudios que ayudarán a aumentar nuestra comprensión del impacto del parto prematuro en varios programas y políticas públicas y cómo las políticas pueden ser utilizadas para reducir las tasas de partos prematuros.

Cualquier progreso en nuestra comprensión y prevención requiere saber que no es una enfermedad con solución o tratamiento únicos , sino más bien el producto de factores que se sobreponen. Cualquier aumento significativo que sea hecho en el estudio del parto prematuro será en el área de la prevención. La meta es ayudar a los que elaboran Políticas de salud, a los investigadores y a otros a financiar la investigación necesaria para tratar este problema de salud pública. La meta última es trabajar hacia mejorar la salud y bienestar para los niños y sus familias.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists : Preterm Labor. Technical Bulletin; 206, June 2000.
2. Anderson GD, Badatts, Shaver DC, Harver CJ, Koronos SB, Wona SP, Arhcort KL, Magil HL, The effect of cesarean section on intraventricular hemorrhage in the preterm infant. Am. Journal Obstetric and Gynecology. 2001; 166: 1091-1100.
3. Anderson GD, Badatts, Shaver DC, Harver CJ, Koronos SB .The relation ship between labor and route of delivery in the preterm infant. Am. Journal Obstetric and Gynecology. 2004; 158, 1387-1390.
4. Clinical Obstetric and Gynecology. Preterm labor/Contemporany management of infertility;43:4,2000.
5. Heffner I, Sherman C, Sherman C, Speizer F, Weiss S. Clinical and environmental predictors of preterm labor. Obstetric and Gynecology. 2003;81;750-757.
6. Mercer B. The pretem predition study: A clinical risk assement system. Am. Journal Obstetric and Gynecology; 1999, 174:1885-1895.
7. Robert W, Morrison J, Hamer C, Wisner W, The incidence of preterm labor and specific risk factors. Am. Journal Obstetric and Gynecology. 1999; 76: 858-859.
8. Wilkins I, Creasy R, Parto Pretérmino. Clínicas de Obstetricia y Ginecología. 1991;33:491-507.
9. Worthington D, Lowell ED, Grausze JP, Sobocinski K. Factors influenciens survival and morbidity with very low birth weight delivery. Obstetrics and Gynecology: 2001; 62 : 550-555.
10. Yang YC, Jou TL, Wu CH, Wang KG, Lan CC, Shen EY. The obstetric management in very low birth weight infants. Asia-oceania. Journal of Obstetric and Gynecology .1999;4:329-335.
11. Malloy M.H.Oustad L. The effect of cesarean delnery on birth outcome in very-low-birth weigth infants. Obstet Gynecol 2001;77: 148.
12. Jolly M , et col. Obstetrics risk of pregnancy in women less than 18 years old. Obstet Gynecol 2001;96;962-966.
13. Meirowitz N, Ananth C, Smulian J,Vintzileos A. Effect of labor on infant morbidity and mortality with preterm premature rupture of membranes: United States population–based study. Obstet Gynecol 2001; 97: 494-8.
14. Lockwood C. Predicting premature delivery– no easy task. N Engl J Med 2002; 346:282-4.
15. Malloy M, Onstad L, Wright E. The effect of cesarean delivery on birth outcome in very low birth weight infant. Obstet Gynecol.1991; 77: 498-503.
16. Lissenden J, Pepperell R, Duke J. Cesarean section or vaginal delivery at 24 to 28 weeks gestation: Comparison of survival and neonatal and two year morbidity. Obstet Gynecol 1985; 66: 149
17. Herschel M, Cetrulo C, Feingold M. Effect of mode of delivery on morbidity and mortality of Infants at early gestational age. Obstet Gynecol 1986; 67: 507-11.

ANEXOS

ANEXOS

Nº DE PARTOS CON RECIEN NACIDO PRETÉRMINO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007

| PARTOS | NÚMERO | PORCENTAJE |
|-----------------|--------|------------|
| Pretérmino | 70 | 7.6% |
| Total de partos | 920 | 100% |

VÍA DE CULMINACIÓN DE RECIEN NACIDOS PRETÉRMINOS DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007

| VIA DE CULMINACION | NÚMERO | PORCENTAJE |
|--------------------|--------|------------|
| VAGINAL | 40 | 57.1% |
| CESAREA | 30 | 42.8% |

SEXO DE LOS RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007

| SEXO | VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|-----------|---------|---------|-------|
| FEMENINO | 21 | 14 | 35 |
| MASCULINO | 19 | 16 | 35 |
| TOTAL | 40 | 30 | 70 |

EDAD GESTACIONAL DE LOS RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007

| EDAD GESTACIONAL | VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|------------------|---------|---------|-------|
| 28 | 1 | 0 | 1 |
| 29 | 0 | 0 | 0 |
| 30 | 5 | 2 | 7 |
| 31 | 1 | 3 | 4 |
| 32 | 6 | 2 | 8 |
| 33 | 3 | 5 | 8 |
| 34 | 12 | 8 | 20 |
| 35 | 4 | 3 | 7 |
| 36 | 8 | 7 | 15 |
| TOTAL | 40 | 30 | 70 |

PESO AL NACER DE LOS RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO
DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007

| PESO AL NACER | VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|---------------|---------|---------|-------|
| < 1500g | 0 | 0 | 0 |
| 1501 a 1999g | 10 | 9 | 19 |
| 2000 a 2499g | 24 | 18 | 42 |
| 2500 a 2999g | 5 | 3 | 8 |
| 3000g o más | 1 | 0 | 1 |
| TOTAL | 40 | 30 | 70 |

APGAR OBTENIDO EN LOS RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO
DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007

| APGAR AL MINUTO | VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|-----------------|---------|---------|-------|
| 1 – 3 | 0 | 4 | 4 |
| 4 – 6 | 3 | 4 | 7 |
| 7 - 10 | 37 | 22 | 59 |
| TOTAL | 40 | 30 | 70 |

REQUERIMIENTO DE REANIMACIÓN EN RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO
DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007

| REANIMACIÓN | VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|-------------|---------|---------|-------|
| SI | 10 | 18 | 28 |
| NO | 30 | 12 | 42 |
| TOTAL | 40 | 30 | 70 |

TIPO DE REANIMACIÓN EN LOS RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO
DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007

| TIPO DE REANIMACIÓN | VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|-------------------------------|---------|---------|-------|
| OXIGENO CON CATETER O MASCARA | 7 | 10 | 17 |
| INTUBACIÓN | 5 | 8 | 13 |
| NINGUNO | 28 | 12 | 40 |
| TOTAL | 40 | 30 | 70 |

REQUERIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN EN RECIÉN NACIDOS
PRETÉRMINO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007

| HOSPITALIZACIÓN | VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|-----------------|---------|---------|-------|
| SI | 16 | 10 | 26 |
| NO | 24 | 20 | 44 |
| TOTAL | 40 | 30 | 70 |

PATOLOGÍA NEONATAL AGREGADA A LOS RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO
DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007

| PATOLOGÍA | VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|--------------------------------|---------|---------|-------|
| TTRN | 1 | 0 | 1 |
| Dificultad respiratoria | 3 | 13 | 16 |
| Enfermedad de membrana hialina | 7 | 12 | 19 |
| Ictericia fisiológica | 3 | 0 | 3 |

*TTRN: Taquipnea transitoria del recién nacido

ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA EN LOS RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO
DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007

| ESTANCIA | VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|------------|---------|---------|-------|
| 1 A 3 DIAS | 25 | 17 | 42 |
| 4 A 7 DIAS | 5 | 1 | 6 |
| REFERIDO | 10 | 12 | 22 |

CAUSAS DE MUERTE EN LOS RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO
DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007.

| CAUSA DE MUERTE | PARTO VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|-----------------|---------------|---------|-------|
| malformaciones | 1 | 0 | 1 |
| TOTAL | 1 | 0 | 1 |

EDAD DE LA MADRE Y VÍA DE CULMINACIÓN DEL EMBARAZO EN LOS
RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL
CUAUTEPEC 2007.

| EDAD | PARTO VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|-------|---------------|---------|-------|
| 10-15 | 3 | 2 | 5 |
| 16-20 | 11 | 10 | 21 |
| 21-25 | 6 | 5 | 11 |
| 26-30 | 8 | 3 | 11 |
| 31-35 | 7 | 5 | 12 |
| 36-40 | 5 | 3 | 8 |
| 41-45 | 0 | 2 | 2 |
| >46 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 40 | 30 | 70 |

PARIDAD MATERNA Y VÍA DE CULMINACIÓN DEL EMBARAZO EN LOS
RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL
CUAUTEPEC 2007.

| PARIDAD | PARTO VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|--------------|---------------|---------|-------|
| PRIMIGESTA | 8 | 9 | 17 |
| SECUNDIGESTA | 17 | 6 | 23 |
| MULTIGESTA | 15 | 15 | 30 |

PATOLOGÍA MATERNA ENCONTRADA EN MADRES DE RECIÉN NACIDOS
PRETÉRMINO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007.

| PATOLOGÍA MATERNA | PARTO VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|-------------------|---------------|---------|-------|
| SI | 20 | 22 | 42 |
| NO | 20 | 8 | 28 |

TIPO DE PATOLOGÍA ENCONTRADA EN MADRES DE RECIÉN NACIDOS
PRETÉRMINO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007.

| PATOLOGÍA MATERNA | PARTO VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|----------------------|---------------|---------|-------|
| IVU | 4 | 6 | 10 |
| HAS | 1 | 2 | 3 |
| PREECLAMPSIA | 6 | 8 | 14 |
| ANEMIA | 6 | 4 | 10 |
| DIABETES GESTACIONAL | 3 | 1 | 4 |
| HIPERTIROIDISMO | 0 | 1 | 1 |
| TOTAL | 20 | 22 | 42 |

TRATAMIENTO INICIADO EN MADRES CON EMBARAZO PRETÉRMINO DEL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007.

| TRATAMIENTO | PARTO VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|-------------|---------------|---------|-------|
| SI | 20 | 22 | 42 |
| NO | 20 | 8 | 28 |

TIPO DE TRATAMIENTO INICIADO EN MADRES CON EMBARAZO
PRETÉRMINO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007.

| TRATAMIENTO | PARTO VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|---------------------|---------------|---------|-------|
| Maduración pulmonar | 16 | 12 | 28 |
| Antibioticoterapia | 19 | 18 | 37 |
| Tocólisis | 10 | 0 | 10 |
| Hematínicos | 5 | 4 | 9 |
| Insulina | 3 | 1 | 4 |
| Antihipertensivos | 7 | 11 | 18 |

PRESENCIA DE TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZOS PRETÉRMINO DEL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007.

| TRABAJO DE PARTO | PARTO VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|------------------|---------------|---------|-------|
| SI | 40 | 22 | 62 |
| NO | 0 | 8 | 8 |

FASE DE TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZOS PRETÉRMINO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007.

| FASE DE TDP | PARTO VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|-------------|---------------|---------|-------|
| LATENTE | 11 | 11 | 22 |
| ACTIVA | 18 | 11 | 29 |
| EXPULSIVO | 11 | 0 | 11 |

COMPLICACIONES EN LA VÍA DE CULMINACIÓN DE NACIMIENTOS EN NIÑOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007.

| COMPLICACIONES | PARTO VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|----------------|---------------|---------|-------|
| SI | 9 | 10 | 19 |
| NO | 31 | 20 | 51 |

TIPO DE COMPLICACIONES SEGÚN VÍA DE CULMINACIÓN DE NACIMIENTOS EN NIÑOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007.

| COMPLICACIÓN | PARTO VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|-------------------|---------------|---------|-------|
| HIPOTONÍA UTERINA | 6 | 3 | 9 |
| ATONIA UTERINA | 2 | 3 | 5 |
| DESGARRO PERINEAL | 0 | 0 | 0 |
| HISTERECTOMIA | 2 | 3 | 5 |
| HEMORRAGIA | 0 | 3 | 3 |

COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO SEGÚN LA VÍA DE CULMINACIÓN DE NACIMIENTOS DE NIÑOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007.

| COMPLICACIONES | PARTO VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|----------------|---------------|---------|-------|
| SI | 0 | 9 | 9 |
| NO | 40 | 21 | 61 |

TIPO DE COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO SEGÚN VÍA DE
CULMINACIÓN DE NACIMIENTOS DE NIÑOS PREMATUROS DEL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007.

| COMPLICACIÓN | PARTO VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|-------------------|---------------|---------|-------|
| Infección de HxQx | 0 | 1 | 1 |
| Transfusión | 0 | 3 | 3 |
| Fiebre | 0 | 5 | 5 |

ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA MATERNA
DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC 2007.

| DIAS | PARTO VAGINAL | CESÁREA | TOTAL |
|------------|---------------|---------|-------|
| 1 A 2 | 40 | 0 | 40 |
| 3 A 4 | 0 | 24 | 24 |
| 5 A 6 | 0 | 6 | 6 |
| MAYOR DE 7 | 0 | 0 | 0 |

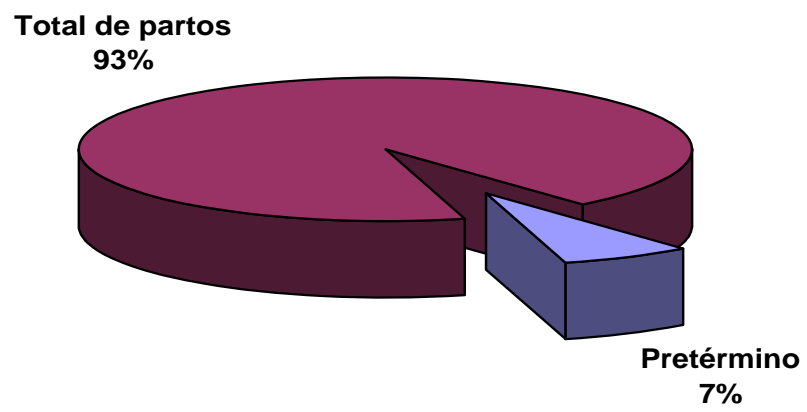
Análisis Estadístico Descriptivo de Variables Cuantitativas

| VARIABLE | PARTO | CESAREA |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| EDAD | Media: 25 años Mediana: 26 años Moda: 27 años D.S. : 7.34 Var.: 53.84 | Media: 26 años Mediana: 24 años Moda: 17 años D.S. : 8.44 Var.: 71.27 |
| SEMANAS DE GESTACION | Media: 33 sem Mediana: 34 sem Moda: 34 sem D.S. : 2.11 Var.: 4.45 | Media: 34 sem Mediana: 34 sem Moda: 34 sem D.S. : 1.86 Var.: 3.46 |
| PESO | Media: 2 204 grs Mediana: 2 220 grs Moda: 2 460 grs D.S. : 379.96 Var.: 144372 | Media: 2 135 grs Mediana: 2 100 grs Moda: 2 000 grs D.S. : 295.33 Var.: 87218 |
| TALLA | Media: 44 cms Mediana: 43 cms Moda: 42 cms D.S. : 2.53 Var.: 6.38 | Media: 45 cms Mediana: 45 cms Moda: 45 cms D.S. : 2.11 Var.: 4.46 |
| GESTAS | Media: 2 Mediana: 2 Moda: 2 D.S. : 0.87 Var.: 0.76 | Media: 2 Mediana: 2.5 Moda: 3 D.S. : 1.06 Var.: 1.13 |
| APGAR 5 min. | Media: 7 Mediana: 8 Moda: 8 D.S. : 1.21 Var.: 1.46 | Media: 7 Mediana: 8 Moda: 8 D.S. : 1.60 Var.: 2.56 |
| APGAR 10 min, | Media: 8 Mediana: 9 Moda: 9 D.S. : 1.11 Var.: 1.23 | Media: 8 Mediana: 9 Moda: 9 D.S. : 1.02 Var.: 1.04 |

Análisis Estadístico Inferencial

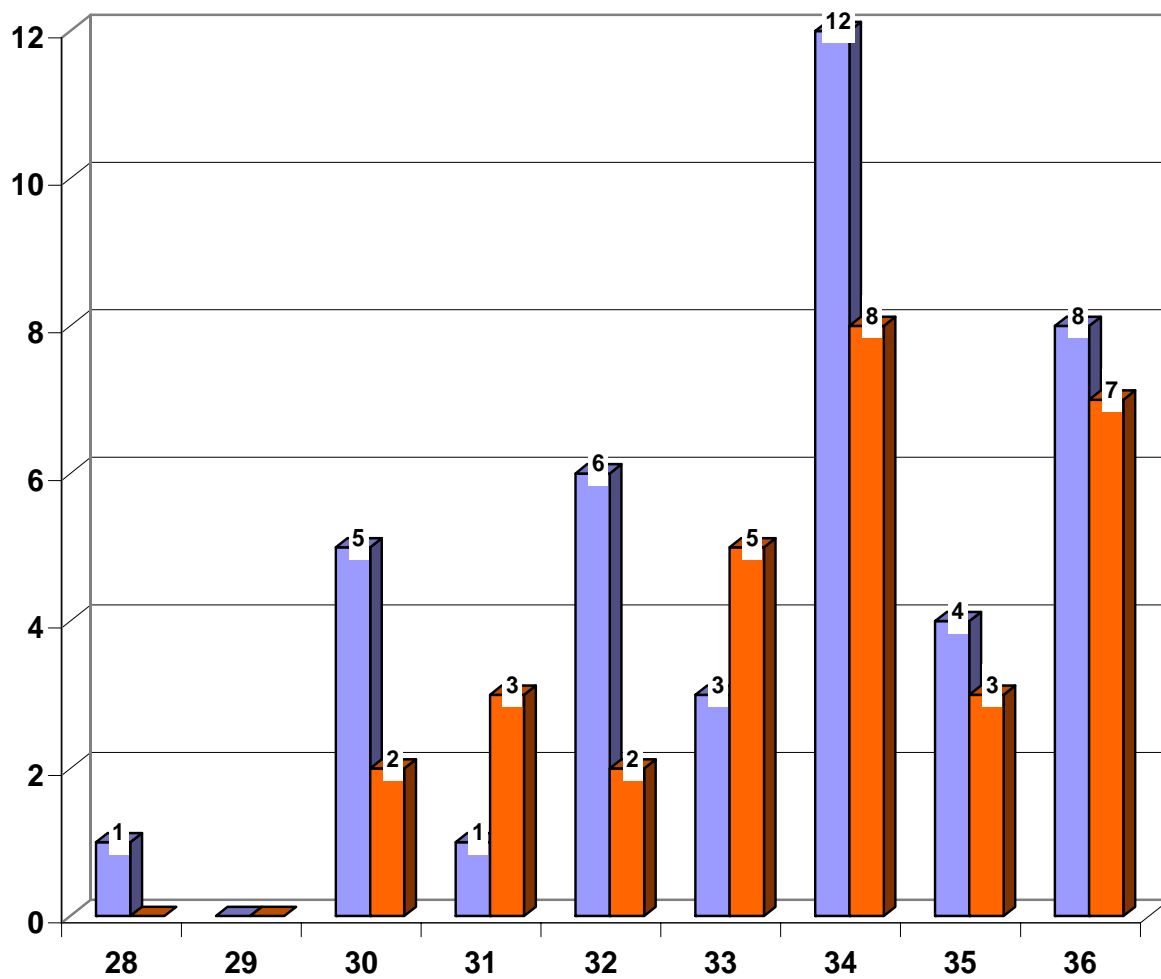
| VARIABLES | PRUEBA DE HIPOTESIS CON DIFERENCIA SIGNIFICATIVA |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| REANIMACION NEONATAL POR VIA DE RESOLUCION | CHI CUADRADA: 8.75 CON P DE 0.03 |
| COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO POR VIA DE RESOLUCION | CHI CUADRADA: 11.22 CON P DE 0.05 |
| APGAR POR VIA DE RESOLUCION | T DE STUDENT: 3.31 CON P DE 0.02 |

Figura 1. Promedio de Partos Pretérmino del HMI. Cuatepec 2007



Fuente: Expedientes Clínicos HMI.
Cuatepec 2007

Figura 2. N° de Casos de Recién Nacidos Pretérmino resueltos Vía Cesárea v.s.Vaginal por semana de gestación

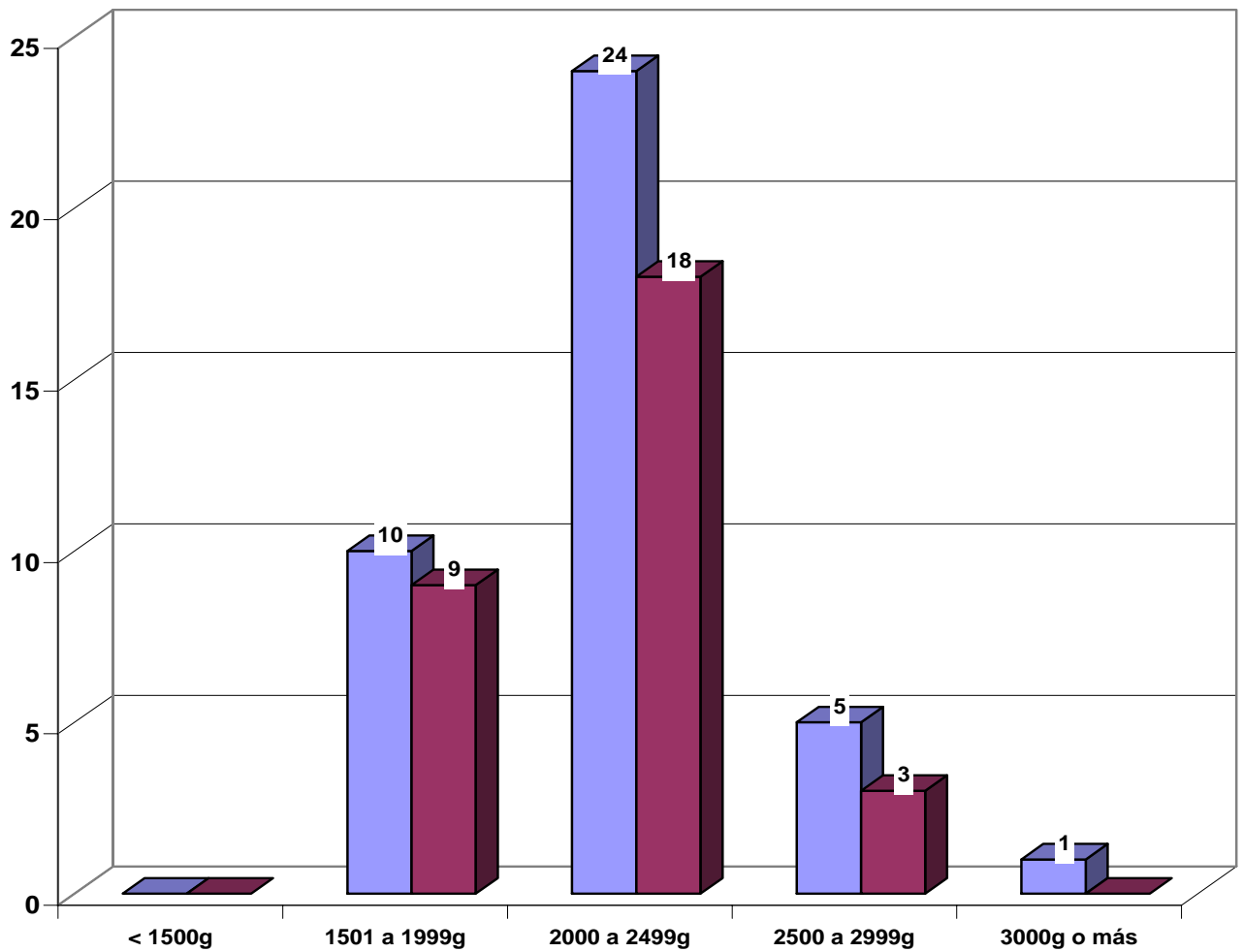


Fuente: Expedientes Clínicos HMI. Cuauhtepc 2007

■ VAGINAL

■ CESÁREA

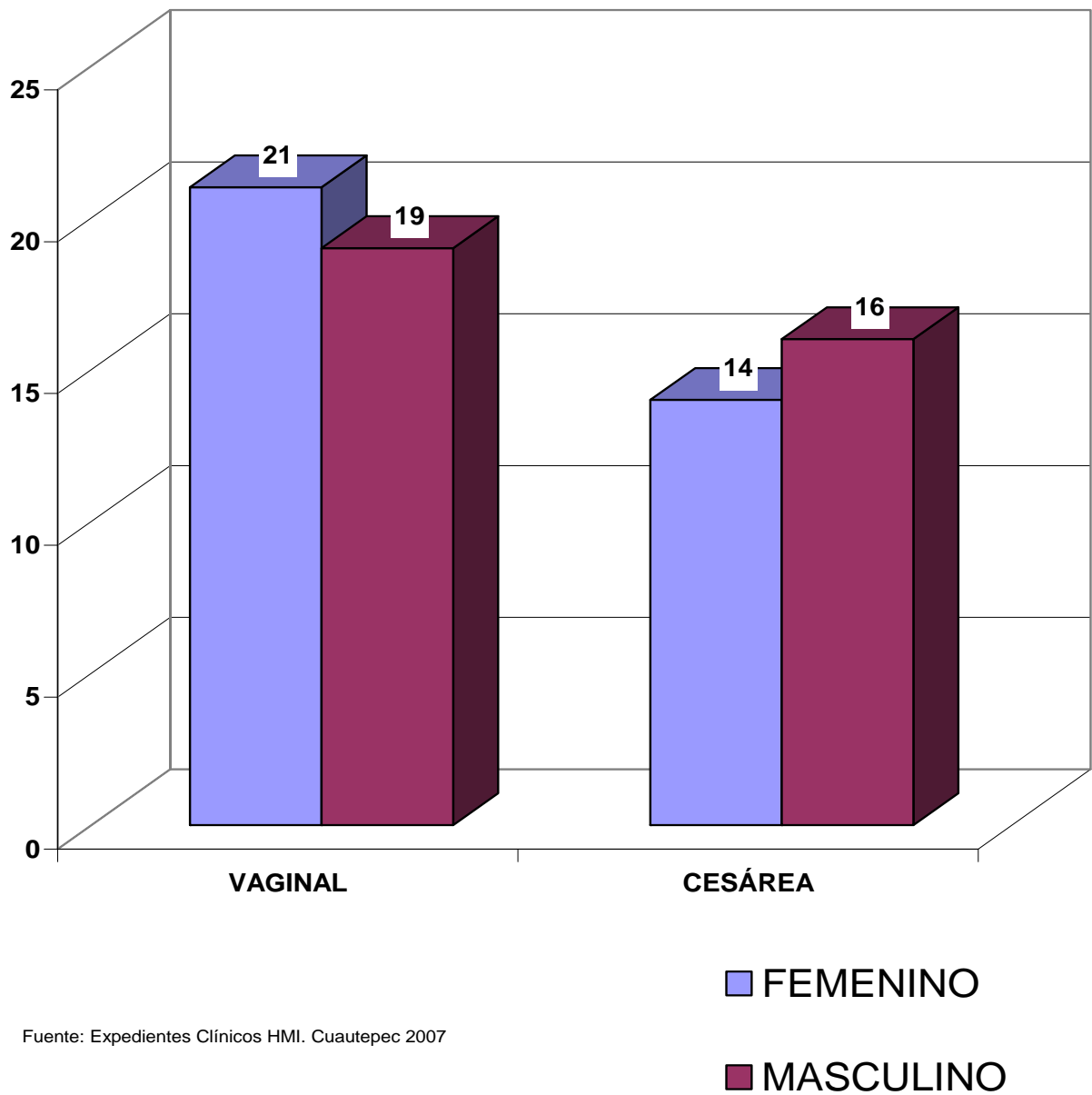
Figura 3. Peso al Nacer Recién Nacido Pretérmino de acuerdo a Vía de Resolución



Fuente: Expedientes Clínicos HMI. Cuauhtepc 2007

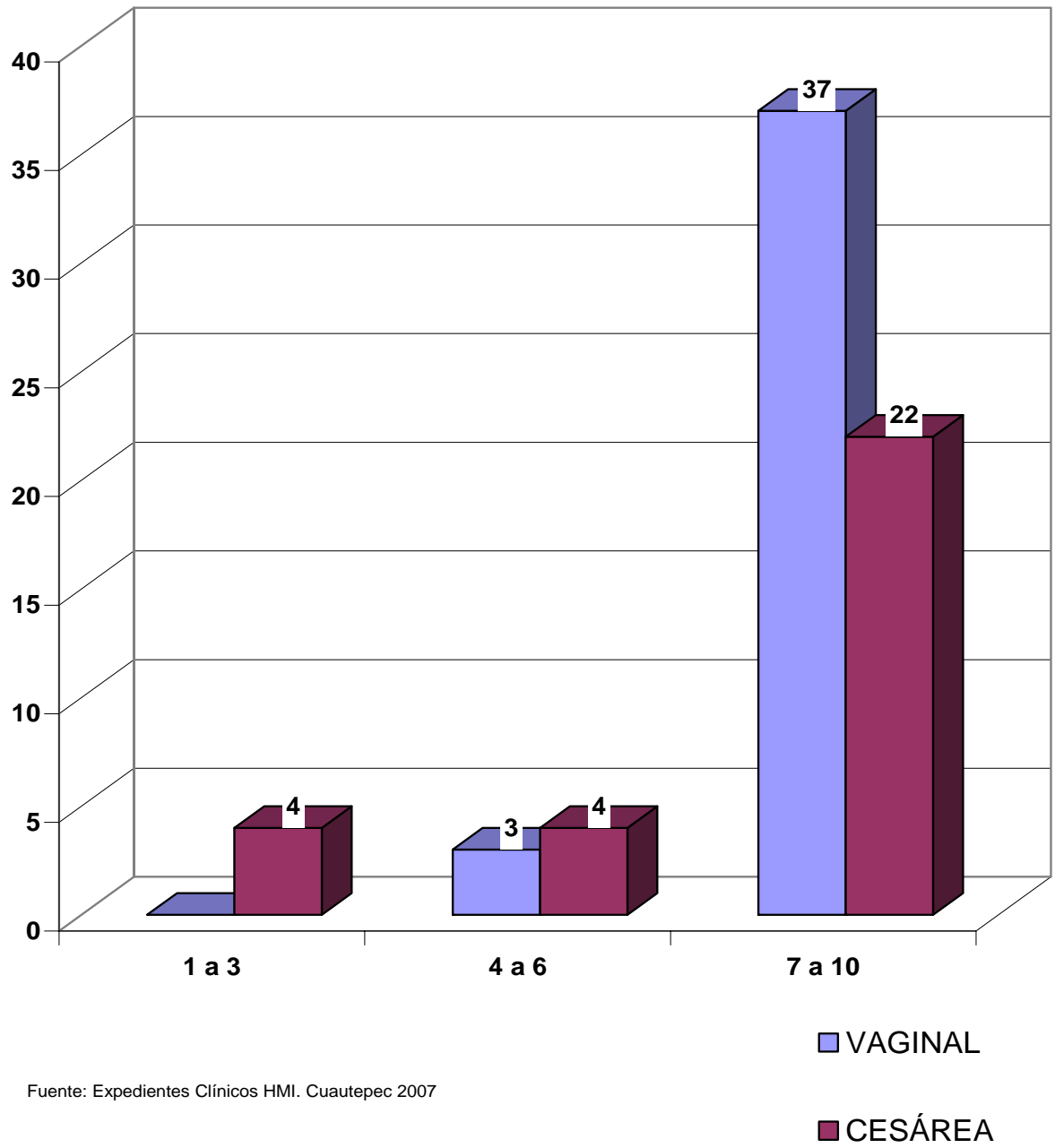
■ VAGINAL ■ CESÁREA

Figura 4. Distribución por sexo y Vía de Resolución



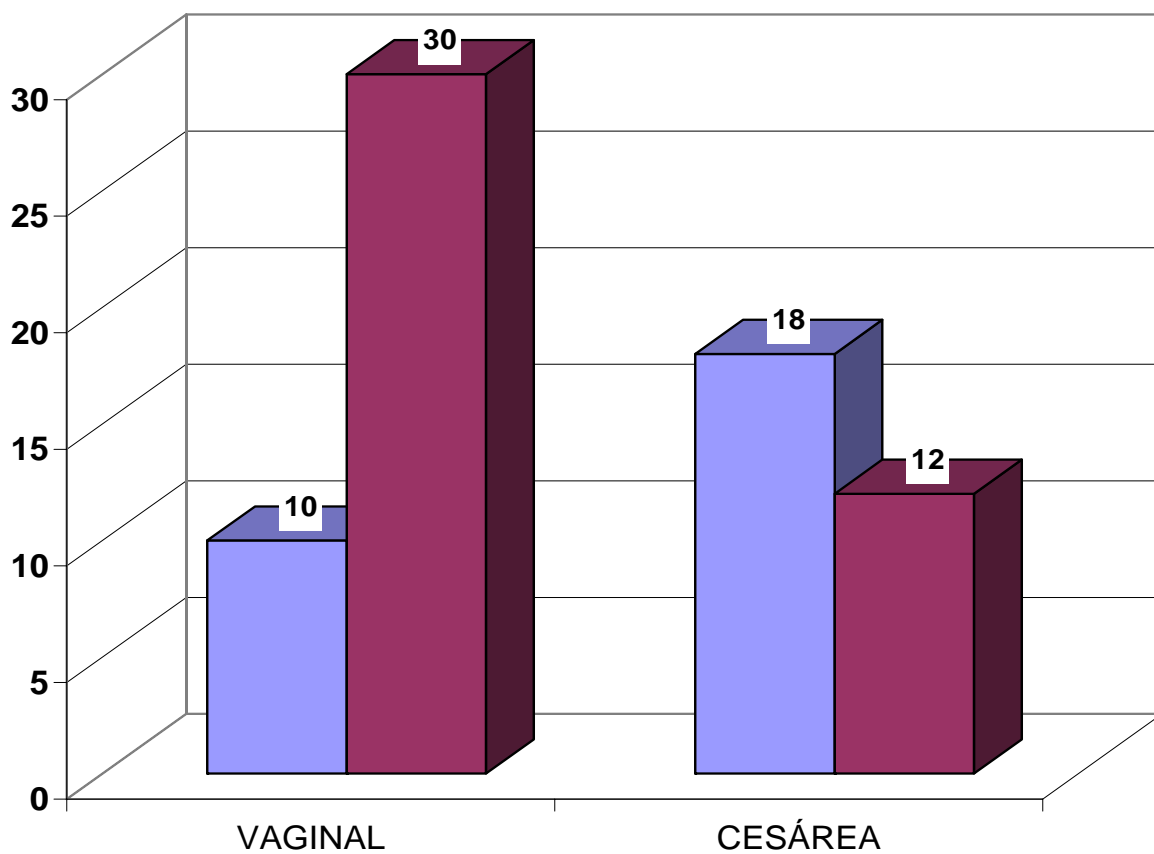
Fuente: Expedientes Clínicos HMI. Cuauhtepc 2007

Figura 5. Apgar por vía de resolución



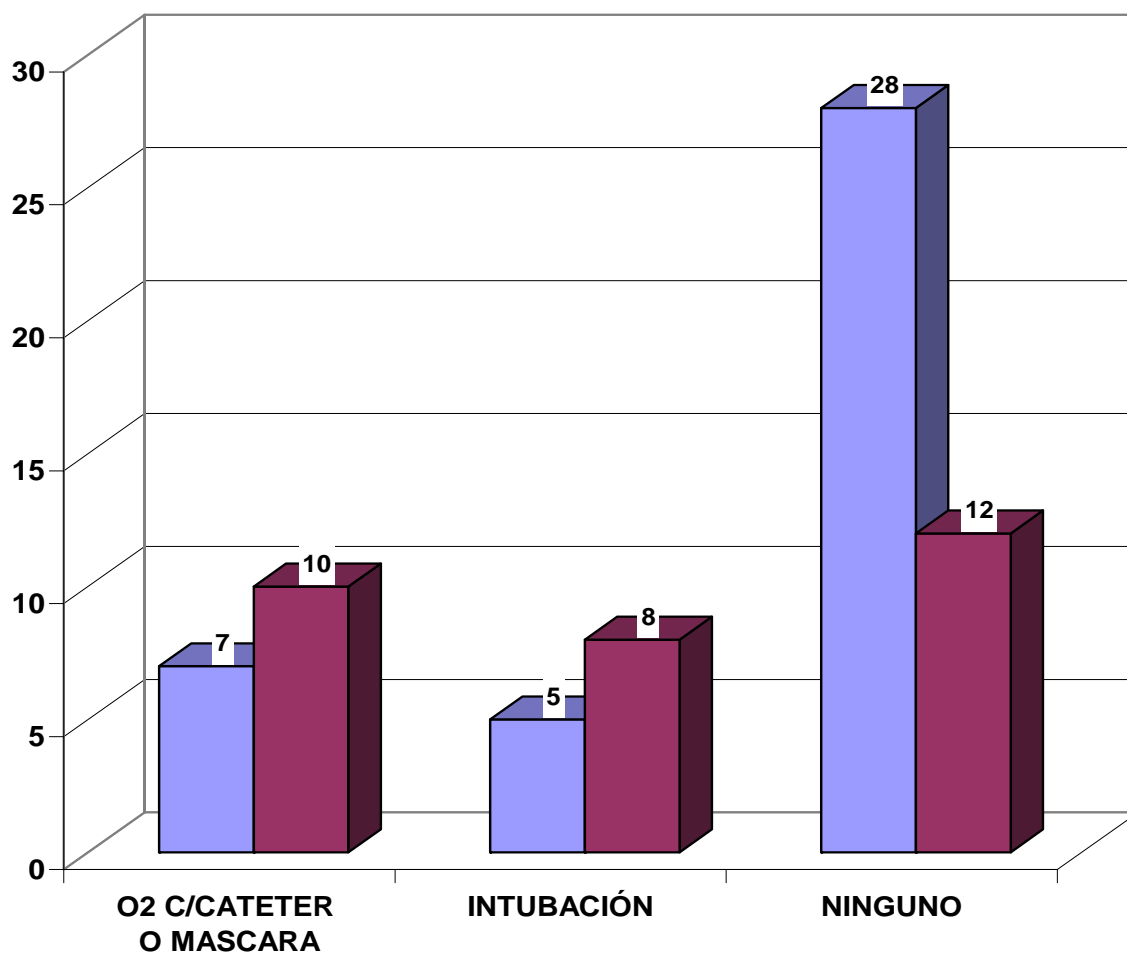
Fuente: Expedientes Clínicos HMI. Cuauhtepic 2007

Figura 6. Recién Nacido que requirió Reanimación Neonatal por vía de resolución



Fuente: Expedientes Clínicos HMI. Cuauhtémoc 2007

Figura 7. Tipo de Reanimación por Vía de Resolución



Fuente: Expedientes Clínicos HMI. Cuauhtepc 2007

Figura 8. Requerimiento de hospitalización del Recién nacido

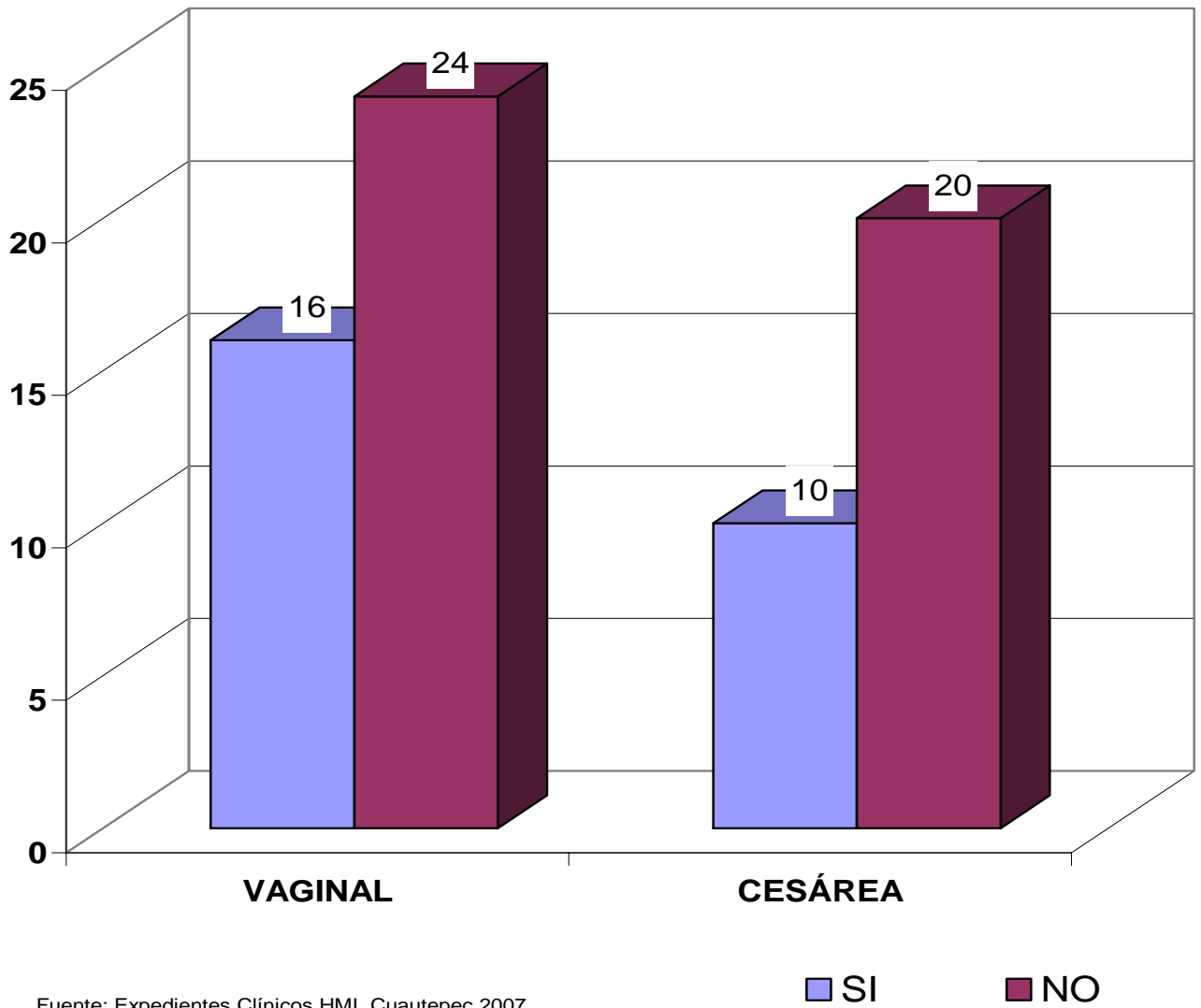


Figura 9. Patología Neonatal agregada al Recién Nacido Pretérmino

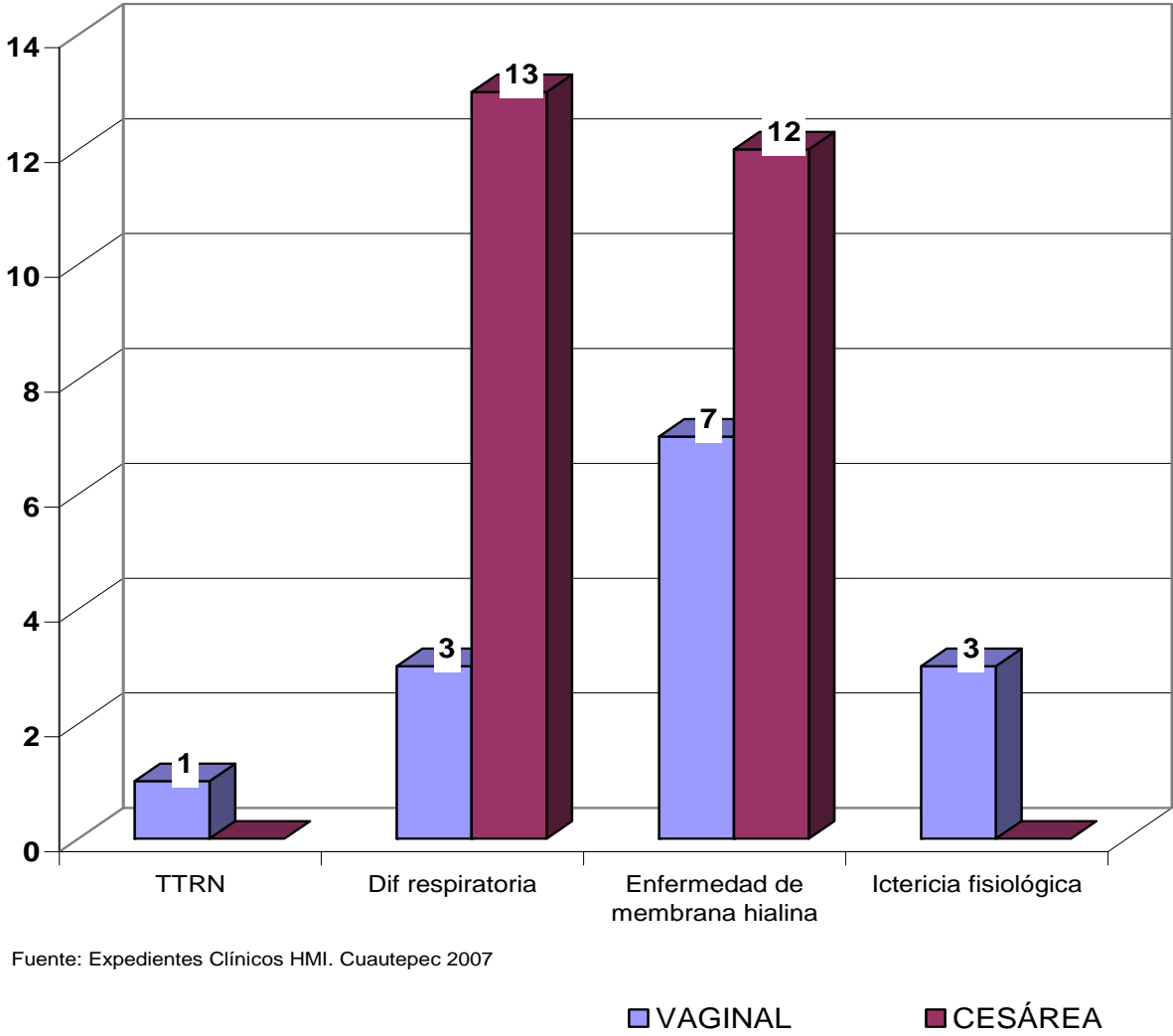
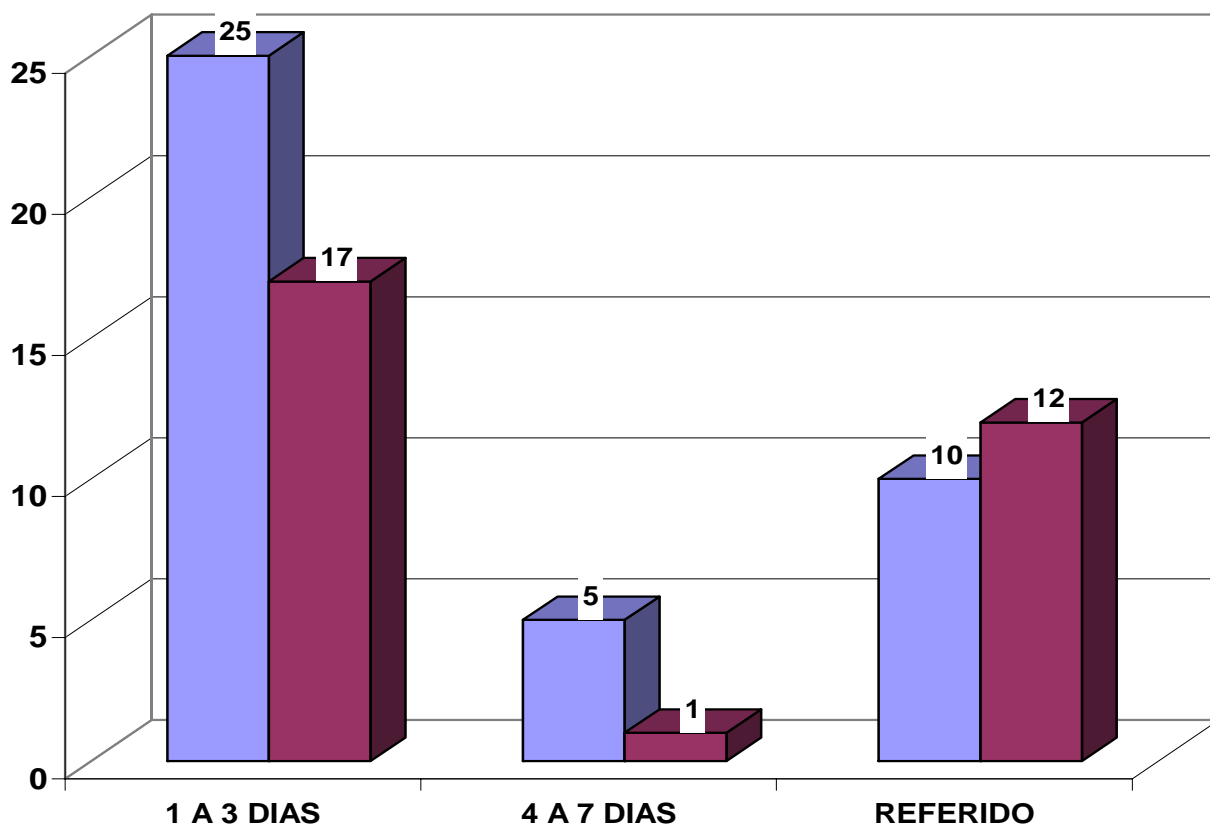


Figura 10. Estancia Intrahospitalaria en los Recién Nacidos Préterminos por Vía de Resolución

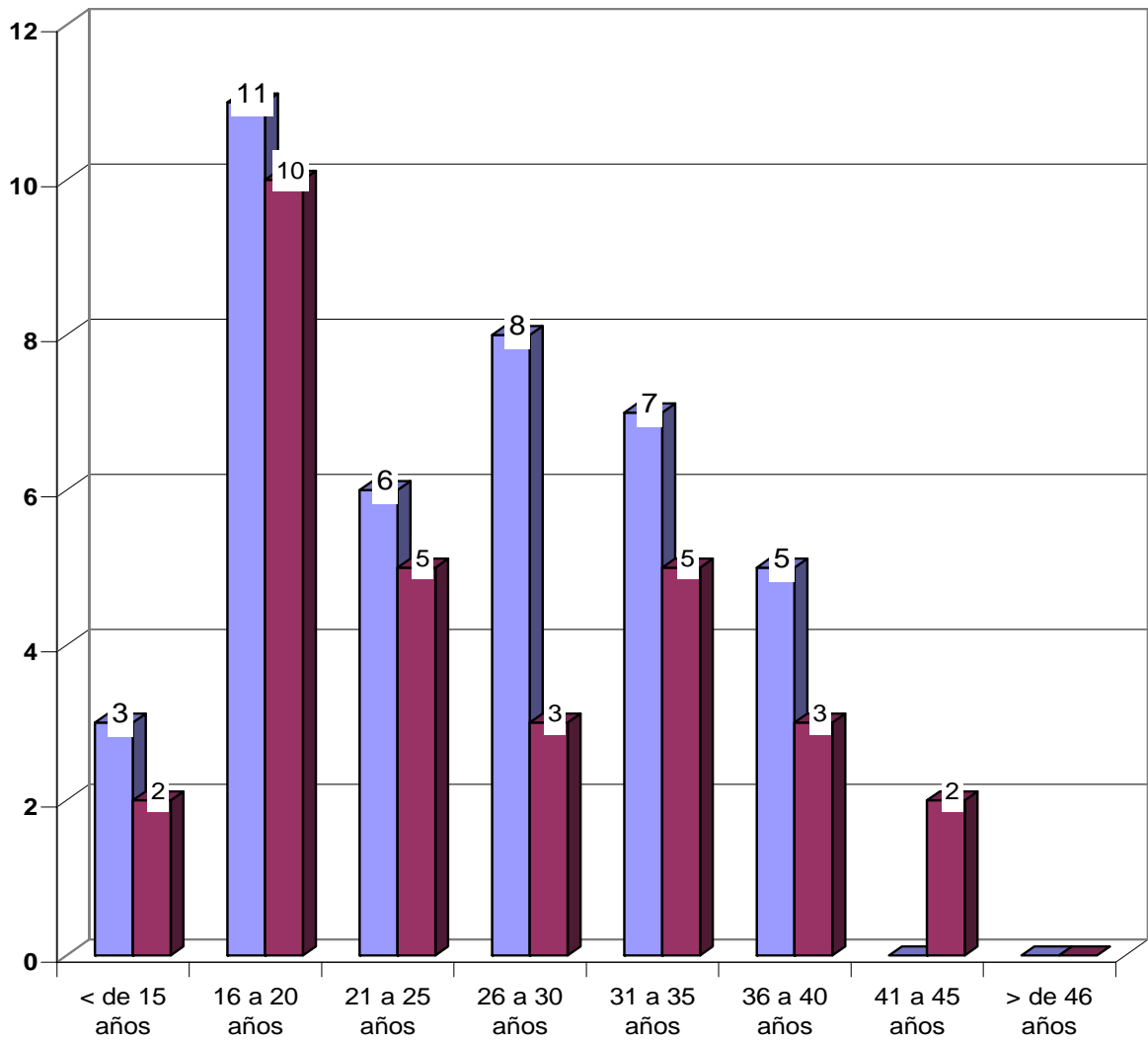


Fuente: Expedientes Clínicos HMI. Cuauhtepc 2007

■ VAGINAL

■ CESÁREA

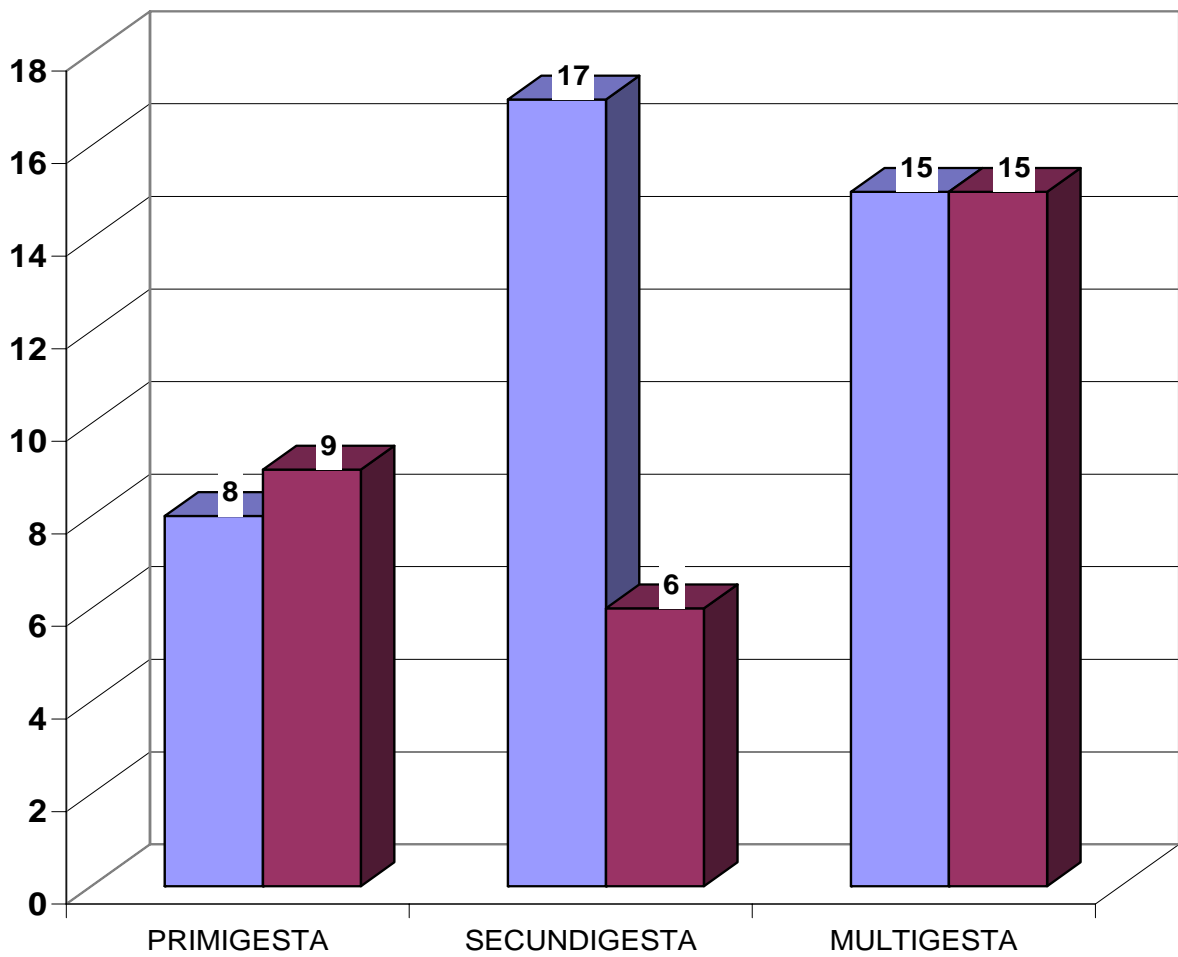
Figura 11. Edad de la Madre por Vía de Resolución



Fuente: Expedientes Clínicos HMI. Cuauhtepic 2007

■ PARTO ■ CESÁREA

Figura 12. Paridad por Vía de Culminación

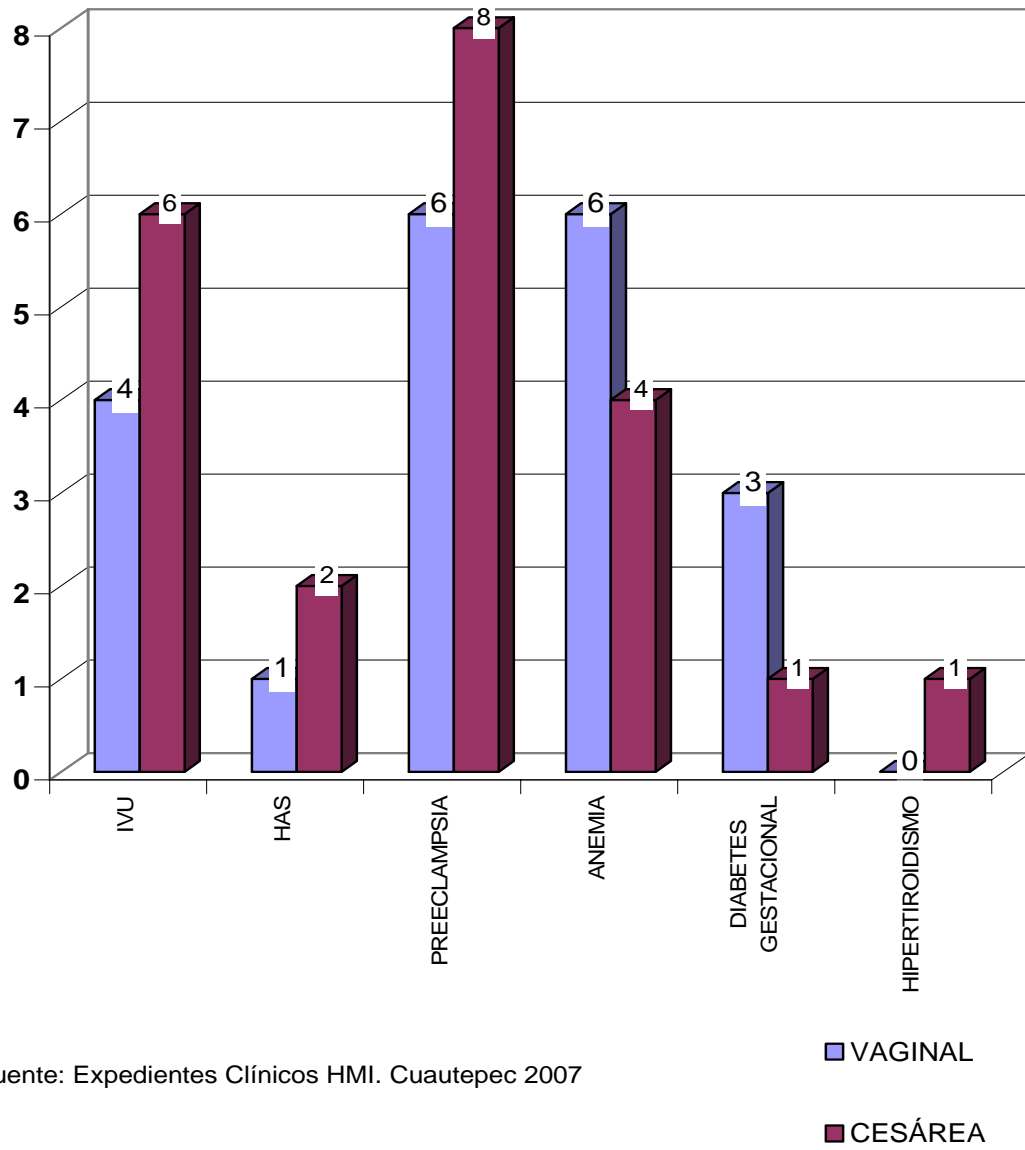


Fuente: Expedientes Clínicos HMI. Cuatepec 2007

■ VAGINAL

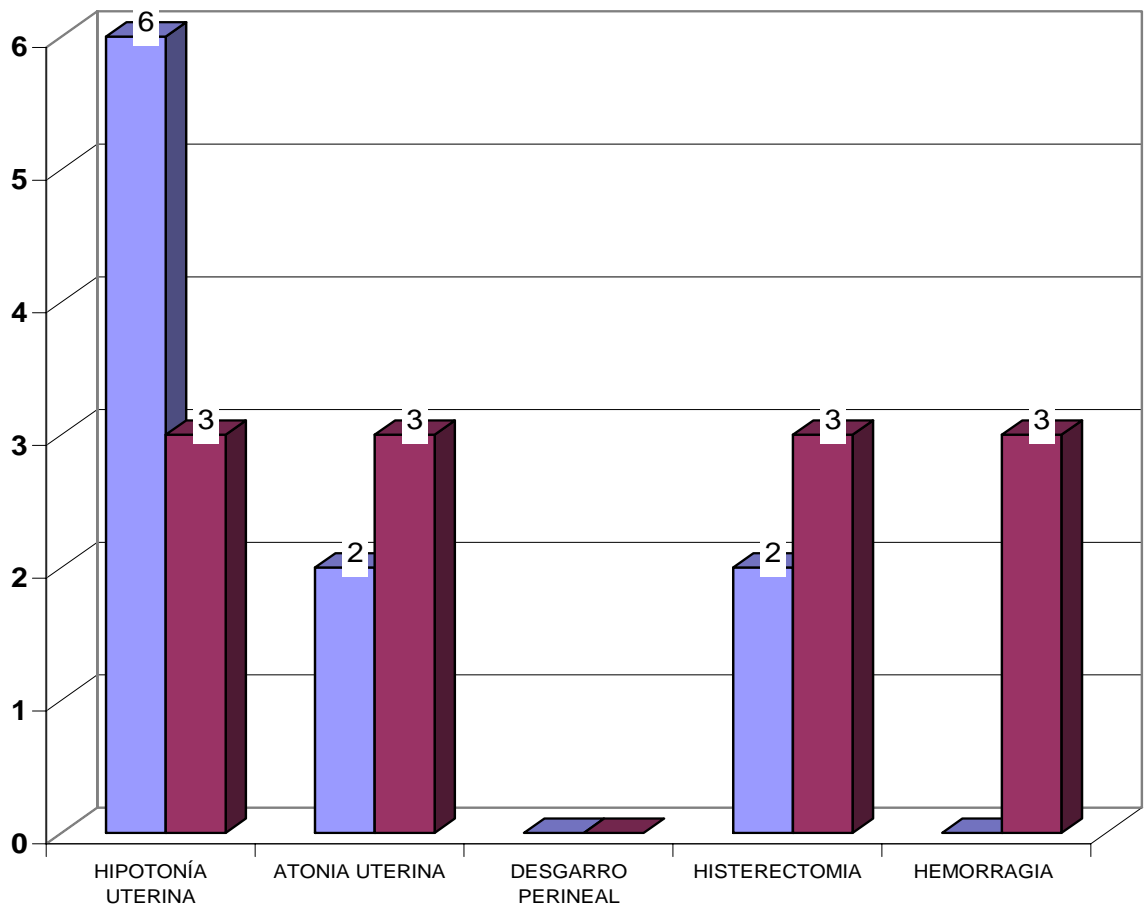
■ CESÁREA

Figura 13. Tipo de Patología de la Madre por Vía Resolución



Fuente: Expedientes Clínicos HMI. Cuauhtepc 2007

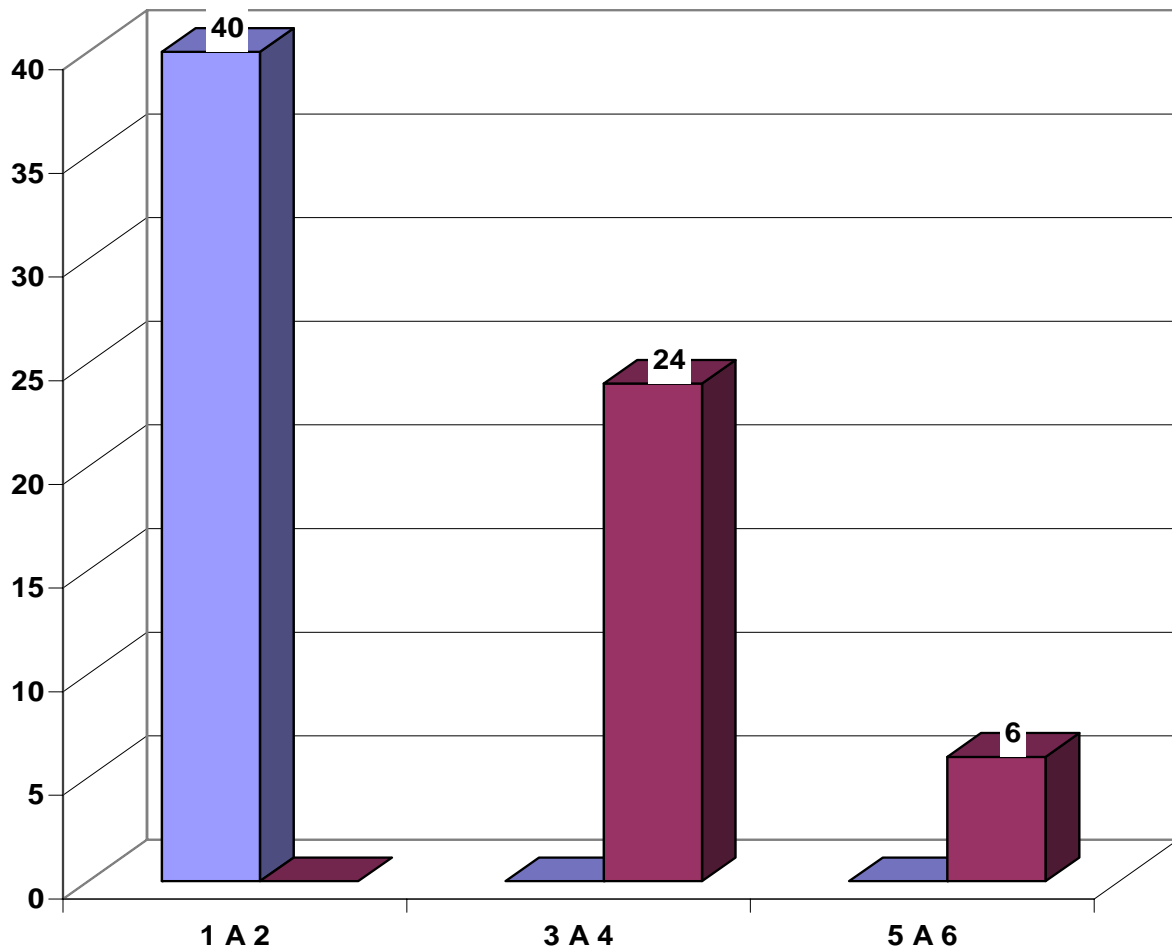
Figura 14. Tipo de Complicaciones de acuerdo a Vía de Resolución



Fuente: Expedientes Clínicos HMI. Cuauhtepc 2007

■ VAGINAL ■ CESÁREA

Figura 15. Días de Estancia por Vía de Resolución



Fuente: Expedientes Clínicos HMI. Cuauhtepic 2007

■ VAGINAL ■ CESÁREA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA MADRE

HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC

“Comparación de la morbilidad en niños pretérmino nacidos por vía abdominal vs vía cesárea en el Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc”

NOMBRE DE LA PACIENTE _____
EDAD _____ FECHA DE INGRESO _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:

GESTA: ___ P: ___ C: ___ A: ___ G 1. PESO _____

G2. PESO _____ G3. PESO _____ G4. PESO _____

FUM: _____ FUP/C/A: _____ EXAMENES CLINICOS

REALIZADOS: _____

*EXPLORACION CLINICA: _____

TRABAJO DE PARTO:

*LATENTE

*ACTIVA

*EXPULSIVO

DIAGNOSTICO DE INGRESO: _____

PACIENTE HOSPITALIZADA: SI NO

TRATAMIENTO ESTABLECIDO:

*UTEROINHIBICIÓN _____

*ANTIBIOTICOTERAPIA _____

*CORTICOESTEROIDES _____

*OTROS _____

TIEMPO ENTRE INGRESO Y CULMINACION DE NACIMIENTO: _____

TIPO DE NACIMIENTO: VAGINAL CESAREA

COMPLICACIONES :

*INTRAPARTO: _____

*PARTO : _____

*PUERPERIO: _____

—

DIAS DE ESTANCIA. _____ FECHA DE EGRESO. _____

DIAGNOSTICO DE EGRESO. _____

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL RECIEN NACIDO

HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC

“Comparación de la morbilidad y mortalidad en niños pretérmino nacidos por vía abdominal vs vía cesárea en el Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc.”

NOMBRE DE LA MADRE _____

SEXO: _____ PESO: _____ TALLA: _____

FECHA Y HORA DE NACIMIENTO: _____

CAPURRO _____

APGAR: 1MIN _____ 5 MIN _____ 10 MIN _____

REANIMACION: SI NO.

TIPO: _____

*INCIDENTES : _____

*COMPLICACIONES: _____

DIAGNOSTICO AL NACIMIENTO: _____

ALOJAMIENTO CONJUNTO: SI NO

HOSPITALIZACION A PEDIATRIA:

*FECHA DE INGRESO: _____ *FECHA DE EGRESO: _____

*DIAGNOSTICO DE INGRESO:

*DIAS DE HOSPITALIZACION _____

*DIAGNOSTICO DE EGRESO. _____

*TRATAMIENTO. _____

CONDICION AL ALTA:

*MEJORADO

*FALLECIDO

CAUSA DE LA MUERTE: _____