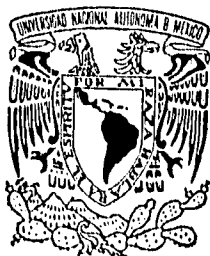


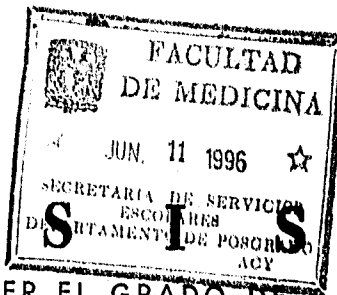
11217  
98  
20



# INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 4  
"DR. LUIS CASTELAZO AYALA"

## "VALORACION DEL NEONATO DE 28 - 32 SEMANAS EXTRAIDO POR VIA VAGINAL VS. CESAREA"



**T E S I S**  
PARA OBTENER EL GRADO DE:  
ESPECIALISTA EN:  
GINECOOBSTETRICIA  
P R E S E N T A:  
DR. LUIS FIDEL MORALES CRUZ

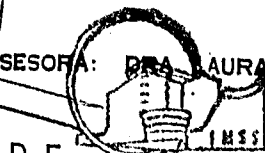


**IMSS**

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

ASESORA: **DR. LAURA SOTOMAYOR**

MEXICO D. F.



INVESTIGACION

H60 "LUIS CASTELAZO AYALA"  
IMSS

1996



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## INDICE

	página
<b>INTRODUCCION</b>	<b>2</b>
<b>OBJETIVO</b>	<b>7</b>
<b>MATERIAL Y METODOS</b>	<b>7</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>9</b>
<b>DISCUSION Y CONCLUSIONES</b>	<b>14</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>16</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>20</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>21</b>

## INTRODUCCION

El trabajo de parto y el nacimiento pretérmino constituye la causa principal de complicaciones y muertes perinatales. Los lactantes que pesan menos de 2 500 gr. al nacer constituyen solo el 7% de todos los productos en los partos. Sin embargo ellos sufren 80% de toda la carga de morbilidad y mortalidad perinatales. Aún más, los lactantes que pesan menos de 1500 grs., son expulsados en el 1.5% de los partos en promedio, pero 67% de la morbilidad y mortalidad se manifiestan en el grupo con bajo peso. (1)

A pesar que ha mejorado la atención neonatal, no ha cambiado durante decenios la incidencia del nacimiento de niños pretérmino de bajo peso neonatal. El problema del nacimiento prematuro en realidad se ha amplificado en años recientes, conforme han disminuido otras causas de muertes y complicaciones perinatales, de tal manera que el nacimiento del prematuro constituye el problema aislado más importante en términos de mejoría del pronóstico global del embarazo en la obstetricia actual. En general, en cuanto más inmaduro sea el feto, mayores serán los peligros en el trabajo de parto y nacimiento.

Muchos investigadores han intentado precisar la vía preferida para que nazca el feto de bajo peso, pero este punto ha sido objeto de controversia. Subsisten las discrepancias en cuanto a las ventajas del parto vaginal en comparación con la cesárea. Tampoco ha cesado la controversia respecto a si debe usarse fórceps para proteger la cabeza más frágil del feto pretérmino. Aún más, a pesar de que hace mucho se ha pensado que episiotomía amplia disminuiría la resistencia al paso de la cabeza del feto pretérmino y llevaría al mínimo al peligro de lesión, no se han obtenido plenamente datos que corroboren dicha teoría. (2,3)

Sin embargo, en los últimos 10 años muchos investigadores han cuestionado la utilidad de la cesárea en el nacimiento de fetos pretérmino (4, 5, 6, 7). Las razones de ese cambio residen en que muchas de las investigaciones originales fueron retrospectivas, sin testigos adecuados y distorsionadas a favor de fetos de mayor peso. De hecho, los estudios son testigos practicados con más cuidados y con número adecuado de personas no han encontrado beneficio alguno de la cesárea sistemática para el neonato. (2,8,9).

La frecuencia de partos pretérmino al parecer sigue en aumento y con el curso de los años ha mejorado las cifras de supervivencia de los lactantes prematuros. El nacimiento planeado por complicaciones y maternas también ha aumentado en frecuencia entre los partos pretérmino. Muchos de estos niños son extraídos por vía abdominal, porque el cuello uterino no es adecuado, pero también es una realidad que los estudios sobre la aplicación de prostaglandinas para maduración de cuello en las gestantes pretérmino son pocos y se necesitan investigaciones más detalladas (11, 10).

Algunas publicaciones han indicado que la cesárea en caso del feto de bajo peso en presentación cefálica puede disminuir el traumatismo y la incidencia de hemorragia intraventricular, pero muchas investigaciones no señalan ventaja alguna para el feto o neonato o un efecto protector con el parto quirúrgico (11,2, 34, 9, 12). Por lo anterior, el nacimiento por cesárea no constituye la forma preferida de traer al mundo a un lactante de bajo peso, cuya presentación es cefálica, en relación con el parto vaginal (13, 14, 15, 16).

Sin embargo, hay que destacar que si se intenta nacimiento por vía vaginal, es necesaria la vigilancia minuciosa del feto, porque es más común el sufrimiento del producto durante el parto en caso de nacimientos pretérmino y los fetos son más sensibles a la asfixia (17,18).

Se ha dicho que la episiotomía amplia en el nacimiento vaginal, de un niño de bajo peso disminuye la resistencia con que se topan la cabeza y el cuerpo y acorta la segunda etapa del trabajo de parto. Las bases teóricas de dicha recomendación son proteger a la cabeza blanda de la lesión; sin embargo estas fuerzas son menores que las generadas por el cuello uterino y los músculos de la vagina a través de los cuales ha pasado el feto (2).

En Estados Unidos, los datos The National Collaborative Perinatal Project, indicaron que los prematuros (con menos de 2 500 gr., de peso neonatal) extraídos con fórceps bajo, tuvieron resultados y pronósticos mejores (19). Sin embargo, estudios recientes no han señalado beneficio alguno con el uso del fórceps profiláctico (2,20,3). Además, O'Driscoll y cols., han indicado que el fórceps en esta circunstancia de hecho puede dañar al feto, en su serie, varios de los niños que nacieron por medio del fórceps profiláctico a nivel del estrecho pélvico inferior, tuvieron hemorragias intracraneales. (20)

La extracción de un feto por cesárea no asegura que el parto sea más fácil. Por ejemplo, la cesárea en el embarazo pretérmino puede complicarse por un segmento uterino inferior subdesarrollado o una incisión uterina inadecuada (21, 10). En la gestación pretérmino, el segmento uterino inferior tiene solo 1.0 cm., de ancho a las 28 semanas y de 4.0 cm., a las 34 semanas (22).

Al haber desarrollo deficiente y mayor estrechez del segmento uterino inferior, quizá no sea técnicamente factible una incisión transversa baja en el útero. Aún más, la incisión inadecuada puede originar traumatismo natal o la necesidad de ampliar en sentido lateral la incisión, lo cual ocasionará desgarros del ligamento ancho y notables complicaciones en la puerpera. Como resultado, en la paciente pretérmino hay una cifra mayor de incisiones uterinas verticales bajas y clásicas (21,10).

El impacto que a largo plazo tiene la incisión clásica será menor en mujeres en quienes es factible el parto vaginal después de la cesárea en un nuevo embarazo.

Sea cual sea el tipo de incisión escogida, en la cesárea pretérmino son más comunes las complicaciones transoperatorias como la lesión vesical, desgarro del ligamento ancho y desgarro de la arteria uterina que en el nacimiento de bebés a término.

La hemorragia intraventricular suele aparecer en los niños pretérmino. Mientras menor sea la edad gestacional mayor será la incidencia de dicha hemorragia (24).

Los neonatos de muy bajo peso son los que muestran la hemorragia de inicio más temprano que tiene más posibilidades de abarcar el parénquima y también la cifra más alta de muerte. (25, 26)

Cabría preguntar si el trabajo de parto o el nacimiento ocasionan hemorragia intraventricular del neonato. Según lo señalado por Kosmetatos y cols., (27) la extracción por cesárea de un producto de muy bajo peso disminuye la incidencia de dicha hemorragia; sin embargo, Bejar y cols., (28) por medio de ultrasonografía craneal en las primeras 24 hrs., de vida concluyen que no era la forma de nacimiento sino la presencia de trabajo de parto lo que constituía el factor crítico en la génesis de la hemorragia intraventricular. Este dato fue corroborado por Tajani y cols., (29) y por Anderson y cols. (30), pero los autores una vez más no excluyeron variables importantes de confusión.

Después de hacer correcciones de edad gestacional, presentación y complicaciones del trabajo de parto, casi todos los estudios no han corroborado estos datos (31,32). Por esa causa es posible identificar situaciones en que se necesita el nacimiento del lactante, incluso en presencia de un cuello cerrado y largo, lo cual puede hacer que el análisis de estos fetos pretérmino sea muy diferente a la inducción larga y potencialmente mórbida del trabajo de parto y lo oriente hacia la cesárea planeada; sin embargo, hasta la fecha los estudios han aportado datos suficientes como para recomendar una vía de parto en vez de otra para evitar la hemorragia intraventricular.

No han establecido la analgesia y la anestesia más indicadas en el trabajo de parto y el nacimiento de un lactante pretérmino. Se necesita gran cuidado para individualizar la situación de cada paciente. Por ejemplo, en el caso del parto vaginal, la anestesia epidural tiene la ventaja de relajar el suelo pélvico y los músculos del estrecho pélvico inferior y como resultado disminuye la resistencia a la cabeza fetal; sin embargo, la anestesia epidural suele acompañarse de hipotensión y posible sufrimiento del feto.



Cada anestesia para cesárea posee sus propias ventajas y desventajas. En el parto quirúrgico, la técnica de bloqueo epidural necesita de un bloqueo más profundo e intenso que abarca más segmentos raquídeos que en el parto vaginal. Ello agrava el peligro de hipotensión, además, se ha dicho aunque no se ha corroborado, que la fluidoterapia preparatoria a base de grandes volúmenes de soluciones glucosadas ha sido causa de acidosis fetal (33). La práctica de anestesia general es más rápida en una situación de urgencia y por lo común ocasiona menos cambios en el riego uteroplacentario; sin embargo, conlleva mayores riesgos para la parturienta, ocasiona depresión fetal y priva a la madre del vínculo con su prematuro en las primeras horas de vida.

Existen diferencias entre los productos pretérmino (28 a 32 semanas), obtenidos por cesárea contra los obtenidos por parto vía vaginal ?

#### **OBJETIVO:**

Determinar si existe diferencias entre las condiciones clínicas de los neonatos a su nacimiento y egreso, dependiendo de la forma en que fueron obtenidos (cesárea Vs. parto vía vaginal).

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio no experimental, de corte transversal, retrospectivo, con fuentes secundarias de información.

Universo de estudio:

Se consideraron a las mujeres con productos pretérmino (28 a 32 semanas de gestación), derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Procedimientos que se siguieron para el desarrollo del proyecto. Se revisaron los expedientes de las pacientes cuyo embarazo terminó entre la semana 28 a 32 de gestación, tanto por parto o por cesárea en el lapso comprendido entre el 1o. de enero de 1994 al 30 de junio de 1994.

Mediante un formato se recolectó la información de los expedientes, que posteriormente se capturaron los datos, se realizó la revisión de la información y el análisis estadístico.

**Criterios de Inclusión:**

-Todos los expedientes en los que se obtuvo la información de las pacientes donde se corroboró la edad gestacional del producto, obtenidos durante el periodo de estudio (del 1o. de Enero al 30 de Junio de 1994), independientemente de la forma de resolver el embarazo.

-Todos los expedientes que se obtuvo el 90% de la información sobre las variables de estudio.

**Criterios de Exclusión:**

-Todos los expedientes que no contaron con la información sobre la edad gestacional del neonato, o que existieron dudas sobre este dato, dentro del expediente.

-Aquellos expedientes en los que la información sobre las variables de estudio no se pudieron obtener.

## RESULTADOS

*Análisis estadístico.*- Se realizó un análisis simple de los datos, obteniéndose frecuencias simples, para las variables continuas con escala de intervalo se obtuvo medidas de tendencia central. Se presentaron las diferencias entre los grupos de cesárea y las de parto vaginal, por medio de una diferencia de medias en las variables continuas, para las variables categóricas, se realizó la prueba de  $\chi^2$  cuadrada, con sus valores respectivos de "p", para ver asociación.

Se revisaron del primero de enero al 30 de diciembre de 1994, los expedientes de mujeres cuyo producto fue de pretérmino (28 a 32 semanas de gestación), derechohabientes del IMSS. En total se revisaron 204 expedientes, 157 (27%) correspondieron a cesáreas, y 47 (23%) a partos vaginales.

El promedio de edad para el grupo de cesáreas fue de 27 años (D. E. 6 años); con un mínimo de edad de 16 y máximo de 43 años, para el grupo de parto vaginales fue de 26 años (D. E. 6 años); con una edad mínima de 16 y un máximo de 38 años.

En relación a las Gestas que tuvieron los grupos se encontró para el de cesáreas, un promedio de 2 (D. E. 2 Gestas), con un máximo de 11 Gestas, en el de partos vaginales fue igual con un máximo de 9 Gestas.

La distribución por semanas de gestación fue la siguiente para el grupo de cesáreas; 28 semanas 11 (7%), 29 semanas 13 (8%), 30 semanas 40 (26%), y 31 semanas 22 (14%). Para el de partos vaginales; 26 semanas 1 (2%), 27 semanas 1 (2%), 28 semanas 5 (11%), 29 semanas 5 (11%), 30 semanas 13 (28%), 31 semanas 5 (11%), 32 semanas 17 (36%).

El promedio de semanas para el primer grupo fue de 31 semanas (D.E. 1), para el segundo 30 (D.E. 2).

Se encontró que el grupo de cesáreas refirieron presentar alguna patología crónica, en 18 (12%), solo 1 (2%) en la de partos vaginales. De este último el padecimiento fue Hipertensión Arterial, los padecimientos referidos por el grupo de cesáreas tuvo la siguiente distribución: Hipertensión Arterial 9 (6%), Insuficiencia Renal Crónica 3 (2%), Diabetes Mellitus 1 (1%), y otros 4 (3%).

El 48% (76 pacientes) del grupo de cesáreas tuvo ruptura prematura de membranas, mientras que en el segundo grupo fueron 19 (40%).

Además para el primer grupo 45 (29%) presentaron toxemia, placenta previa 2 (1%), DDPNI 6 (4%), sufrimiento fetal agudo 9 (6%), mientras que para el grupo de partos vaginales solo presentaron toxemia 3 (6%), no presentaron ninguna de las otras complicaciones.

En relación a la presencia en la madre de algún padecimiento infeccioso, el grupo de partos vaginales lo presentó en el 5 (11%), el de cesáreas 26 (17%).

La frecuencia de presencia de complicaciones fue la siguiente para cada grupo respectivamente: Amniotitis 6% (3), Corioamniotitis 4% (2), para el de cesáreas 4% (6) amniotitis, y 11% (18) corioamniotitis.

Los datos en relación al producto fueron los siguientes: El peso del producto mínimo para el grupo de cesáreas fue: 725 gr., y el máximo 3900, el promedio fue de 1,597.42 Kg., D. E. de 459.7 gr., para el de partos vaginales el mínimo fue de 875 gr., y el máximo de 2.460 Kg., el promedio de peso fue de 1,583.9 D. E. 438.9 gr.

La distribución de las calificaciones de Apgar al minuto y a los 5 minutos se muestra en el Cuadro 1.

En relación al sexo del niño para los obtenidos por cesárea fueron hombres 87 (55%), mujeres 68 (43%), en dos no se obtuvo el dato (2%). Para los obtenidos por parto vaginal 33 (70%) fueron hombres, y 14 (30%) mujeres.

El promedio de la talla para los de cesárea fue de 41 cm, D. E. 3.5 cm., la talla mínima fue de 31 cm. y la máxima de 51 cm. Para los obtenidos por parto fue la mínima de 28 cm. y la máxima de 48 cm., con un promedio de 41 cm. D. E. de 5 cm.

El promedio de estancia hospitalaria fue de 24 días, D. E. 17 días, con un máximo de 76 días, solo uno tuvo 156 días para los de cesáreas, para los de parto vaginal fue igual de 24 días, D. E. 20 días, con un máximo de 60 días,

El peso del producto al egreso en promedio fue; para los del primer grupo de 1,834 gr., y D. E. 411.4 gr., con un mínimo de 680 gr., y máximo peso de 3,975 gr., para el de parto vaginal fue de 1,711 gr. y D. E. 410 gr. mínimo de 878 gr., con 2,700 gr. de peso como máximo.

El respecto a si el niño presentó alguna complicación 122 (78%) la presentaron en el grupo de cesáreas, en el 17%, es decir 27 niños la complicación fue septicemia, Ictericia multifactorial en el 10% (15), 9% (14 niños) tuvieron hipoxia perinatal, 8% (12 niños) el síndrome de distress respiratorio, 6% (10) fue cardiopatía congénita, 6 % fetopatía toxémica (9 niños), 5% neumonía in útero (8 niños), hiperbilirrubinemia multifactorial en el 5% (7 niños), el resto fueron choque séptico, inmadurez pulmonar, urosépsis, hemorragia parenquimatosa intraventricular, y producto inmaduro en total 8 niños .

Los que fueron obtenidos por parto vaginal tuvieron complicaciones 39 (83%), que fueron las siguientes: Síndrome de distress respiratorio 11 niños (23%), con 4 cada uno y un porcentaje del 8.5%, hiperbilirrubinemia multifactorial, septicemia, hemorragia parenquimatosa intraventricular, Ictericia multifactorial, inmadurez fetal en 3 pacientes 6%, y neumonía in útero en 1 (2%) paciente respectivamente.

De estos niños que presentaron complicaciones, para el primer grupo de cesáreas, hubo 7 muertes, las causas fueron: malformaciones múltiples, 2% en 3 niños, neumonía in útero y septicemia 1 caso de cada uno (1%), y 1.3% 2 pacientes productos inmaduros.

En el de partos vaginales, 10 muertes: 4 (9%) la causa de muerte fue malformaciones múltiples, producto inmaduro 2 (4%), y los restantes con un caso cada uno (2%) para cada uno: choque séptico, cardiopatía congénita, inmadurez pulmonar, y hemorragia parenquimatosa intraventricular.

En el 9%, 14 pacientes de las cesáreas fueron por incisión corporal. 9 (6%), segmento corporal, 133 (85%) tipo Kerr, y en 1 no se especificó.

Los partos por vía vaginal, 45 fueron calificados de eutócicos (95%), y 2 distócicos por aplicación de fórceps profilácticos 4%.

El análisis bivariado de los datos muestra que por edad no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, con un valor de  $t = 0.54$  y  $p = 0.6$ . Para el número de Gestas, no hubo diferencias significativas para el grupo de cesáreas y partos,  $t = -0.96$  y  $p = 0.3$ .

Para las semanas de gestación, entre los grupos si hubo diferencias estadísticamente significativas con un valor de  $t = 2.03$  y  $p = 0.04$ , para el peso de los productos no hubo diferencias entre los grupos  $t = 0.18$  y  $p = 0.9$ . En la talla de los niños, tampoco se encontró diferencias  $t = -1.43$  y  $p = 0.2$ , tampoco hubo diferencias en relación a los días de estancia intrahospitalaria,  $t = 1.30$  y  $p = 0.2$ . Sin embargo si existió diferencias entre el peso al egreso de los niños obtenidos por cesárea contra los obtenidos por parto vaginal con un valor de  $t = 2.15$  y  $p = 0.03$ .

Se realizaron pruebas de asociación y la razón de momios de prevalencia, para las siguientes variables categóricas en las que se encontró lo siguiente:

El antecedente de patología crónica presentó una asociación estadísticamente significativa, prueba exacta de Fisher ( $p=0.04$ ), y 5.9 veces mayor riesgo para los que se les realizó cesárea de presentar una patología crónica, en relación a los de parto vaginal, con una Razón de momios (R.M.=5.9), con un intervalo de confianza al 95% (I. C. <sub>95%</sub> 0.9-253), el antecedente de ruptura prematura de membranas presenta 38% de exceso de riesgo en las pacientes con cesárea, en relación a las de parto, (R.M.=1.38), (I. C. <sub>95%</sub> 0.7-2.8), Xi Mantel-Haenszel (Xi M-H) de 0.92 y una  $p=0.3$ .

Otra variable en la que se encontró asociación fue el antecedente de toxemia, de 6 veces más riesgo de presentar una cesárea en relación a los partos vaginales, (R.M.=5.9), (I. C. 95% 1.8-31), (Xi M-H) de 10.04 y una "p"=0.002.

En relación a las otras variables, no se encontró ninguna asociación como; el antecedente de placenta previa, DDPNI, sufrimiento fetal.

El antecedente de infección presenta casi dos veces mayor riesgo en relación al tipo de parto (R.M.=1.68), (I. C. 95% 0.6-5.9), (Xi M-H) de 1.01 y una "p"=0.3.

No hubo asociación en relación a la presentación de alguna complicación o muerte (R.M.=0.78), (I. C. 95% 0.2-2.6), Fisher 0.72 y una "p"=0.4.

#### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:**

En los niños pretérmino, es más frecuente que se resuelva por cesárea. En relación a las condiciones de la madre, fue más frecuente el antecedente de alguna enfermedad crónica, los niños obtenidos por parto obtuvieron mayores complicaciones que los obtenidos por cesáreas, y mayor muerte (7 Vs. 10). Al menos con esta población representó mayor la cantidad de muertes para los niños pretérmino, que nacieron por vía vaginal. (13,14,15,16)



En ambos grupos se presentaron problemas de hemorragia intraventricular, aunque en menor frecuencia para ambos. Mientras que otros autores han encontrado mayor presencia de esta complicación a menor edad gestacional. (24, 27, 28)

Hubo diferencias en las semanas de gestación de los productos, y también en el peso de los productos al egreso, al comparar el grupo de cesáreas VS. partos. Aunque el promedio de semanas fue mayor para el grupo de cesáreas, al compararla con los partos vaginales, fue muy poca la diferencia.

Las pacientes que tuvieron cesáreas, obtuvieron mayor riesgo de presentar una patología crónica, el antecedente de toxemia, además de algún padecimiento infeccioso. Sin embargo no hubo asociación para la presencia de complicaciones, el cual fue igual para ambos grupos. Las complicaciones que se encontraron en el presente estudio no fueron las que se refieren en otros estudios, como la lesión vesical, el desgarro del ligamento ancho y desgarro de la arteria uterina (24).

El grupo de cesáreas presentó en mayor proporción ruptura prematura de membranas, en relación al grupo de parto vaginal. Esto es uno de los criterio que pudieron condicionar la indicación de la cesárea.

Los pesos de los productos entre ambos grupos, fue inversamente proporcional, porque el peso mínimo en las cesáreas fue de 725 gr., mientras que en el otro grupo fue mayor (875 gr.), y el máximo en el primer grupo fue mayor (3,900 Kg.) en relación al segundo grupo que fue de 2,460 Kg.

El promedio de días de estancia hospitalaria de los niños fue igual para el de cesáreas, que para el de partos vaginales. Aunque la variación entre los grupos fue mayor el extremo de días en el de cesáreas (156 días Vs. 60 días) del grupo de parto vaginal.

El tamaño muestral tan pequeño, y la falta de representatividad, pudieran explicar las pocas diferencias que se encontraron. Se necesitaría realizar un estudio de casos y controles, con cálculo de tamaño muestral adecuado, para demostrar las asociaciones encontradas en el presente estudio.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Paul RH., Koh K, Monfared A: Obstetric factors influencing outcome in infantts wighing from 1001 a 1500 grs. Am J Obstet Gynecol 133: 503, 1979.
2. Robertson P. A., Sniderman S:H., Lares R.K. et al. Neonatal morbidity according to gestational age and birth weight from five tertiary care centers in The United States, 1983.through 1986 Am J Obstet Gynecol 1992;166:1629-45.
3. Stubbs T.M., Van Dorsten P., Miller M.C. The preterm cervix and preterm labor: relative risk, predictive values and change over time. Am J Obstet Gyenecol 1986: 155: 829-34.
4. Newman R. B., Godsye R. K., Ellings J. M., et al: Quantification of cervical change: relationship to preterm delivery in multifetal gestation. Am J Obstet Gynecol. 1991, 1165:264-71.

5. Evan T. H., Combs C. A. Increased maternal morbidity after cesarean delivery before 28 weeks of gestation. *Int J Gynaecol Obstet.* 1993; 40 (3): 227-33.
6. Ozumba B.C., Mbadiwe I.J. Preterm caesarean section in Nigerian Obstetric practice. *J Natl Med Assoc* 1993. 85 (11): 857-60.
7. Lao T.T., Halpern S. H., Crosby E. T., Huh C. Uterine incision and maternal blood loss in preterm caesarean section. *Arch Gynecol Obstet.* 1993; 40 (3):227-33.
8. Worthington D., Davil L. E., Grausz J.P., Sobocinsky K. Factors influencing survival and morbidity with very low birth weight delivery. *Obstet Gynecol* 1983; 62:550.
9. Levene M. Y., Fawc C., Lamont R. F. Risk factors in the development of intraventricular hemorrhage in the preterm neonate. *Arch Dis Child* 1982; 57: 410.
10. Barret J. M., Boehm F.H., Vaughn WK. The effect of type of delivery on neonatal outcome in singleton infants of birthweight of 1000 gr. or less. *JAMA* 1983, 250-625.
11. Griessen G., Peterson M. B. Intraventricular hemorrhage and method of delivery of very low birth weight infants. *J. Perinat Med.* 1983; 11:67.
12. Wetgren M., Holmquist P., Svenningsen N. W., Ingemarsson Y. Intrapartum fetal monitoring in preterm deliveries: prospective study. *Obstet Gynecol* 1982; 60:99.

13. Quirk J. G., Bowes W. A. Intrapartum monitoring and management of the low birth weight Infants. *J. Perinat Med* 1982; 9:363.
14. Westgren M., Holmquist P., Ingemarrson Y., Svenningsen N. Intrapartum fetal acidosis in preterm infants: fetal monitoring and long-term morbidity *Obstet Gynecol* 1984; 63:355.
15. Sachs B. P., McCarthy B.J., Rubin G., Burton A., Terry J., Tyler C. W. Cesarean Section: risks and benefits for mother and fetus. *JAMA* 1983;250:2157-59.
16. Olshan A. F., Shy K.K., Luthy D. Hickok D., Wiss N. S., Daling J. R. Cesarean Birth and neonatal mortality in very low birth weight infants. *Obstet Gynecol* 1986; 64:267-70.
17. Barret J. M., Boehm F. H., Vaughn W. K. The effect of type of delivery on neonatal outcome in singleton infants of birth weight 1000 gr., or less- *JAMA*, 1983; 250:625-629.
18. Amon E., Sibai B. M., Anderson G. D., Mabie W.C. Obstetric variables predicting survival of the immature (<1000 gr.): a five year experience at a single perinatal center. *Am J Obstet Gynecol*. 1987; 156: 1380-1389.
19. Rosen M.G., Chik L. The association between cesarean birth and outcome in vertex presentation : relative importance of birth weight deliver. *Obstet Gynecol* 1983; 62:550.

20. Worthington D. Davis L. E., Grausz J.P., Sobocinski K. Factors influencing survival and morbidity with very low birth weight deliver. *Obstet Gynecol* 1983; 62: 550.
21. Smith M., Spencer S. A., Hull D. Mode of delivery and survival in babies weighing less than 2000 grs., at birth. *Br Med J*. 1980; 281:1118.
22. Yu V.Y.H., Wong P.Y., Bajuk B., et al. Outcome of extremely low birthweight infants. *Br J Obstet Gynecol* 1986; 93:162.
23. Amon E., Anderson G. D., Sibai B. M. Mabie W. C. Factors responsible for preterm delivery of the immature newborn infant ( low 1000 grs.). *Am J Obstet Gynecol*. 1987;156:1143-48.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

**CUADRO I.-DISTRIBUCION DE LA CALIFICACION  
APGAR AL MINUTO Y A LOS CINCO MINUTOS,  
DE LOS NIÑOS PRETERMINO OBTENIDOS POR  
CESAREA VS. PARTO VAGINAL**

<b>APGAR</b>	<b>CESAREA AL MINUTO</b>	<b>PARTOS AL MINUTO</b>	<b>CESAREA A LOS CINCO</b>	<b>PARTOS A LOS CINCO</b>
1	2	1	1	0
2	5	6	1	1
3	4	0	0	3
4	13	5	1	2
5	16	3	8	0
6	50	9	19	8
7	37	6	46	9
8	27	14	46	8
9	3	3	35	16