

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-LEÓN
HEODRA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**



TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE GINECO OBSTETRA

Morbi mortalidad materno neonatal, en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello en el período comprendido 01 de Enero del 2010 al 30 de Junio del 2012.

Elaborado por:

**Dr. Rubén Abelino Espinoza Molina
*Residente de IV año de Ginecología y Obstetricia***

Tutora: Dra. Lidia del Carmen Ortiz.

Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Asesora: Lic. Claudia Obando Medina. PhD

Psicóloga, PhD. Salud Pública

León, Enero 2013

“A la Libertad por la Universidad”

ÍNDICE

Contenido	No. de Pág.
Introducción	1
Justificación	3
Planteamiento del Problema	5
Objetivos	6
Marco Teórico	7
Diseño Metodológico	21
Resultados	25
Discusión	31
Conclusiones	32
Recomendaciones	33
Bibliografía	34
Anexos	

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi mamá, papá y hermano, quienes creyeron en mí y me brindaron su esfuerzo, amor y apoyo durante mi formación tanto personal como profesional.

A mi Esposa, hija e hijo, por su apoyo incondicional en cada una de las etapas de estudio, su comprensión, frases motivadoras y por todo el tiempo que les robé para cumplir esta meta.

A mi abuela, tíos y tías, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis amigos y amigas, que compartieron conmigo sus conocimientos y experiencias a lo largo de mi formación profesional.

AGRADECIMIENTO

A mi Tutora y asesora, por su colaboración en la realización y culminación de mi tesis.

Docentes, por brindarme su guía y sabiduría en el desarrollo de este trabajo,

*"Quien piensa en fracasar,
ya fracasó antes de intentar"*

*"Quien piensa en ganar,
lleva ya un paso adelante"*

*"He sido
una persona afortunada,
nada en la vida
me ha sido fácil"*

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un niño antes del término de su gestación es una de las principales causas de morbilidad perinatal, lo cual constituye un problema de Salud Pública (1,2, 3, 4, 5). El problema se magnifica al observar que la morbilidad y sus secuelas, habitualmente neurológicas alcanza entre el 15 a 50 % de los que sobreviven (6). A esta realidad se debe sumar el alto costo económico que deben enfrentar los sistemas de salud en el tratamiento del niño prematuro (7,).

Excluidas las malformaciones congénitas, el 75 % de las muertes perinatales y el 50 % de las anomalías neurológicas son atribuibles directamente a la prematuridad, lo que ilustra la magnitud del problema. Aún cuando la incidencia de esta patología no ha mostrado modificaciones significativas en los últimos años, la morbilidad neonatal atribuible a ella muestra una tendencia descendente. Esta reducción es atribuible a la mejoría en el cuidado neonatal de los prematuros, más que al éxito de las estrategias preventivas y terapéuticas del trabajo de parto prematuro (10,11,12)

En el decenio de 1970 la particular preocupación por mejorar las condiciones del producto al nacimiento, originó y generalizó el axioma de que la mejor manera de hacer que nazca el pretérmino es la operación cesárea, indicada solamente por la edad gestacional. El argumento a favor de esta conducta se fundamentó en que así se evita la hipoxia y el traumatismo obstétrico. Además, se preconizó que dicha cesárea debería ser de tipo corporal y a través de una laparotomía amplia. El fundamento de esta indicación fue que el producto de pretérmino es particularmente lábil a la 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 el incremento por el mecanismo del parto, y por último, la natural falta de mielinización del sistema nervioso, que lo hace más susceptible a lesión ante hipoxia, sea transparto o al nacimiento. (19)

Revisiones comparativas de resultados en cuatro diferentes grupos de recién nacidos pretérminos (cesárea sin trabajo de parto, cesárea después de trabajo de parto, parto con aplicación de fórceps profiláctico y eutocia), muestran que el único grupo con diferencia significativa de la ocurrencia y grado de hemorragia encefálica lo fue cuando el parto fue por cesárea sin trabajo de parto previo a la interrupción. Con base en estos resultados, se enfatiza que el factor fisiopatogénico determinante de la hemorragia es el efecto de la contractilidad uterina, la cuál condiciona periodos intermitentes de hipoxia e hipertensión endoencefálica, y no el efecto físico del mecanismo del parto y como se ha mencionado anteriormente tendrían otros factores que predispondrían a esta injuria (11,15,17,18).

En cuanto a la atención del parto pretérmino, todavía es tema de debate la vía ideal del nacimiento; parto abdominal (cesárea) o parto vaginal; recomendándose en ausencia de mejor información, practicar el parto de la manera menos traumática posible. (2,3,13)

JUSTIFICACIÓN

Las afirmaciones de que la cesárea electiva disminuye los riesgos de muerte fetal o neonatal y la morbilidad crónica han encontrado posturas opuestas que sostienen que tal política conduce al parto prematuro iatrogénico con el riesgo Adicional de morbilidad materna grave. (14, 20)

Este estudio se centra en el parto inminente del bebé pequeño e inmaduro. Tales bebés pueden ser pequeños porque son prematuros (que se define clásicamente como el nacimiento antes de las 37 semanas de gestación completas desde el último período menstrual) o de retardo de crecimiento, o ambos. Están en riesgo de asfixia y traumatismo (incluida la hemorragia interventricular) durante el parto, y de complicaciones relacionadas con la inmadurez como el síndrome de dificultad respiratoria y la enterocolitis necrotizante después del parto.

En general, las madres que tienen cesárea presentan un riesgo mayor de morbilidad, que incluye infección puerperal (fiebre, endometritis, septicemia puerperal), trombosis y embolia pulmonar, pérdida excesiva de sangre, dolor abdominal y en la herida, dehiscencia de suturas y el riesgo de esterilidad a largo plazo. Los problemas de salud menores, pero debilitantes, incluyen cansancio, dolor lumbar, anemia, dificultad en la micción, problemas mamarios, estreñimiento, flatulencia, depresión y dificultad para dormir (12,16,20). La cesárea requiere anestesia (general, raquídea o epidural), que de por sí plantea un riesgo para la mujer.

A pesar de lo anterior, no existen en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello criterios definidos para determinar la vía más adecuada del parto en pretérminos. Asimismo no existen estudios nacionales al respecto y en los estudios internacionales es controversial la vía ideal del nacimiento del pretérmino; no existiendo estudios consistentes que respalden las posibles ventajas teóricas del parto abdominal.

|

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo se manifiesta la Morbi-mortalidad materno neonatal en los nacimientos de embarazos pretérminos en las mujeres entre las 28 a 36 semanas de gestación que fueron atendidas en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, en el período comprendido del 01 de Enero 2010 al 30 de Junio del 2012?

|

OBJETIVOS

General

Identificar la Morbi-mortalidad materno neonatal en los nacimientos de embarazos pretérminos en las mujeres entre las 28 a 36 semanas de gestación que fueron atendidas en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, en el período comprendido del 01 de Enero 2010 al 30 de Junio del 2012.

Específicos

1. Caracterizar a las mujeres embarazadas y a su recién nacido quienes fueron atendidas por parto pretérmino en HEODRA en el período de estudio.
2. Describir los criterios considerados para decidir la vía del parto en los nacimientos pretérminos.
3. Determinar las complicaciones inmediatas tanto de la madre como del recién nacido con nacimiento pretérmino tanto por vía cesárea como por vía vaginal.
4. Identificar la prevalencia de las complicaciones maternas y neonatales de nacimientos pretérminos durante el periodo de estudio.

MARCO TEÓRICO

PARTO PRETERMINO

Definición.- Parto pretérmino es el que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. El límite inferior de edad gestacional que establece el límite entre parto pretérmino y aborto es, de acuerdo a la OMS, 22 semanas de gestación o 500 grs. de peso o 25 cm. de corona a región caudal. (3,4)

El parto pretérmino es la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Su incidencia en latino América varía entre el 2 al 1% del total de partos. En la institución la cifra de partos pretérmino ha ido en incremento de un 4% en 1993 a un 5.87 en 1998.(4)

Factores de Riesgo (7,8,9)

- Antecedente de recién nacido de peso menor de 2500 gr.
- Antecedente de feto anterior muerto.
- Embarazada sin CPN.
- Talla menor de 1.50 m.
- Peso materno menor de 45 Kg.
- Analfabetismo, este último como factor "resumen" de una serie de factores socioeconómicos, culturales y de los servicios de atención.
- Madre soltera.
- Período intergenésico menor de un año.
- Hemorragias del 1er trimestre

Factores Predisponentes

- Embarazo múltiple.
- Poli hidramnios.
- Hemorragias del tercer trimestre.
- Hipertensión.
- Incompetencia cervical.
- Infección genital baja.
- Infección urinaria.
- RPM.
- Otras infecciones.

Cabe recordar que todos estos factores son registrados durante el control prenatal en los casilleros amarillos de la HCPB y el carné perinatal, sin embargo tienen pobre sensibilidad y especificidad.

Prevención del parto pretérmino (8,9)

Las acciones de prevención estarán orientadas fundamentalmente, al mejoramiento del nivel socioeconómico y educacional de la población y al ordenamiento de la atención perinatal según niveles de atención. Por lo tanto deberá contemplarse lo siguiente:

- CPN para todas las gestantes.
- Educación para la salud en la comunidad
- Limitación de las actividades laborales físicas excesivas (en controversia)
- Capacitación y sensibilización del equipo de salud para la detección de esta patología
- Detección de grupos con factores de riesgo

En 1967 el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia reconoció la necesidad de la estrecha relación entre el Obstetra y el Neonatólogo para disminuir la morbimortalidad perinatal, iniciándose en 1973 el primer Servicio de Cuidados Perinatales en EEUU. (1,11)

En la década de los 70 hubo progresos importantes en la nutrición, la alimentación por sondas, la alimentación parenteral.

En el período reciente Volpe ha contribuido con la fisiopatología y clasificación de la hemorragia intracraneana y las convulsiones neonatales; Sarnat con la fisiopatología de la encefalopatía hipóxico isquémica. (24)

En las unidades de cuidados intensivos neonatales adscritas al Joint Program in Neonatology la supervivencia de niños prematuros ha aumentado en 1975 para <1000 gr. era del 24% y en <1500gr. del 56%; en 1982 para los primeros era de 60% y de 78% para neonatos con peso >1500 gr., en 1998 se observó un 58% para <1000gr. y 88% para >1500gr. y en 1994 se encontró un 80% para <1000 gr. y 90% en >1500gr. (23, 24)

En un estudio realizado en América latina de la revista MEDISAN 2000 se encontró que el 78% de las muertes neonatales precoces se relacionaron con recién nacidos prematuros y de muy bajo peso. (25)

Patologías en recién nacidos prematuros

Enfermedad de membrana hialina:

Es una de las causas más frecuentes de distrés respiratorio en el neonato. Aunque típicamente es una patología del pretérmino, cuya incidencia es inversamente proporcional a la edad gestacional (afecta al 60-80% de los recién nacidos antes de las 28 semanas de gestación), también puede ocurrir en el recién nacido a término. (26)

La epidemiología es mundial, se estiman alrededor de 40 000 casos anuales. Es la principal causa de muerte en los primeros siete días de vida y el cuarto lugar en la mortalidad general. La frecuencia es alrededor de 60% si el nacimiento es en la 28a semana de gestación, de 15 a 20% en los nacidos de las 32 a 36 semanas de gestación y disminuye a 1 x 10 000 en el recién nacido de término. (21,26)

El pH y gases sanguíneos muestran hipoxemia, con cifras de PaO₂ <50-60 mm Hg. ya en etapas iniciales; la hipercapnia es algo más tardía, salvo en los casos muy severos. Suele existir también acidosis metabólica, secundaria a la hipoxemia e hipovolemia. (26)

La radiografía de tórax muestra un volumen pulmonar disminuido, con caja torácica campaniforme, patrón reticulogranular difuso y más graves el pulmón está totalmente opacificado y apenas es distinguible de la silueta cardiaca. (26)

Como datos de laboratorio específicos destaca la determinación del perfil pulmonar: El cociente lecitina/esfingomielina < 2 y la ausencia de fosfatidilglicerol (PG) en aspirado faríngeo o traqueal obtenidos en las primeras horas de vida, son signos de inmadurez pulmonar. (26)

Hallazgos radiológicos: (26)

Grados radiológicos:

Grado 1: El bronco grama aéreo está confinado dentro de la silueta cardiotímica. Los contornos de la silueta permanecen nítidos. El patrón granular de los pulmones es muy fino y difícil de apreciar.

Grado 2: el bronco grama aéreo se proyecta más allá de los bordes de la silueta cardiotímica. La típica imagen de vidrio despulido o la apariencia granular del parénquima pulmonar ahora es obvia.

Grado 3: Hay un incremento en la opacificación total del pulmón con más confluencia.

Grado 4: La opacificación completa del pulmón ocurre sin presentar bronco grama aéreo. La distinción entre la silueta cardiotímica, diafragma y parénquima pulmonar está perdida.

Diagnóstico

El antecedente de prematurez, la evolución clínica, las radiografías de tórax y los valores de los gases sanguíneos y del equilibrio acidobásico ayudan a establecer el diagnóstico. Resulta indistinguible, en cuanto diagnóstico diferencial, la neumonía por estreptococo del grupo B; otra entidad grave y letal es la proteínolisis alveolar congénita.

Apnea neonatal

Definición:

Apnea: cese de la respiración por lapso mayor de 20 seg. o menor acompañado de bradicardia (menos de 80 latidos por minuto). Puede cursar con cianosis, hipotonía y acidosis metabólica y producir daño cerebral.

Respiración periódica: pausa respiratoria con cese de la misma menor de 20 seg. Sin bradicardia ni cianosis, se presenta normalmente en 40 a 50% de los prematuros. El 50% de los neonatos con respiración periódica desarrolla apnea en algún momento. (21,26)

Infeción pulmonar precoz

Es un cuadro de insuficiencia respiratoria grave, que afecta a recién nacidos a término y a prematuros, que se presenta en las primeras 48 horas de vida y que se asocia con un cuadro séptico generalizado, con afectación metabólica y hemodinámica y que conduce con frecuencia a shock y fallo multiorgánico. (26) Los agentes etiológicos más frecuentemente implicados son el Estreptococo del grupo B (*Streptococcus agalactiae*) y *Escherichia coli* y, con menor frecuencia, otras enterobacterias, Listerias, Haemophilus, etc. Estos microorganismos colonizan la vagina materna y, bien vía ascendente (en casos de bolsa rota precozmente), bien durante el parto, colonizan e infectan secundariamente al recién nacido. (21)

Hemorragia intracraneal neonatal (26)

La hemorragia intracraneal (HIC) en el periodo neonatal es un importante problema clínico que puede acompañarse de graves secuelas neurológicas y muerte. Su frecuencia varía según diferentes estadísticas; de la frecuencia total de presentación se reconoce 8% para la extracerebral y 92% para la intracerebral o parenquimatosa periventricular.

En pacientes de pretérmino se reconoce que el padecimiento predominante es la hemorragia parenquimatosa periventricular. En el decenio de 1980, se presentaba en 45% de pacientes de 1 500 g Y hasta en 80% de pacientes de menos de 1 000 g de peso al nacimiento. En los recién nacidos menores de 1 500 g disminuyó a 30% en 1983 y a 18% en 1993. Según algunos autores se reconocen dos mecanismos patógenos: los traumáticos y la hipoxia.

Presentación clínica Los signos y síntomas pueden ocurrir como resultado de la pérdida de sangre o de la disfunción neurológica y depende en parte de qué tan rápido sea la pérdida de sangre.

Correlación clínica y de laboratorio en hemorragia subependimaria-intraventricular.

Diagnóstico:

La ultrasonografía de tiempo real es el método de elección en la evaluación de neonatos con sospecha de este tipo de hemorragia.

Los datos clínicos combinados con la presencia de líquido cefalorraquídeo hemorrágico pueden hacer sospechar el diagnóstico antes de que la evaluación ecografía esté disponible.

Aunque la tomografía axial computadorizada (T AC) puede definir la topografía de la hemorragia subependimaria-intraventricular extremadamente bien, para este tipo de estudio se requiere transporte del neonato y en muchas circunstancias el estrés que acompaña al transporte es una contraindicación relativa para este estudio. La imagen de resonancia magnética nuclear (RMN) es tan sensible como específica para identificar la hemorragia subependimaria-intraventricular en los primeros días de vida. Las imágenes anormales pueden persistir por más de tres meses después de la hemorragia. Sin embargo, tiene la misma desventaja ya mencionada de la tomografía axial computadorizada.(24,26)

La descripción de las características ultrasonográficas de la hemorragia intracraneal debe incluir lo siguiente. (26)

Presencia o ausencia de sangre en la matriz germinal; Lateralidad (o bilateralidad) de la hemorragia; Presencia o ausencia de sangre en el ventrículo, su localización y cantidad; presencia o ausencia de sangre en el parénquima cerebral especificando localización; presencia o ausencia de dilatación ventricular; y presencia o ausencia de otras anomalías ecogénicas

Enterocolitis – necrosante

La enterocolitis necrosante (ECN) es el trastorno digestivo más grave y frecuente que se observa en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

La enterocolitis necrosante no es una entidad fisiopatológica única. Lo más probable es que sea la vía final de varios mecanismos causales. Se han propuesto varias hipótesis sobre el origen de la ECN, pero ninguna puede considerarse segura y es posible que la enfermedad dependa de la interacción de varios factores, entre los cuales se señalan: prematurez, hipotrofia, administración enteral de alimentos o soluciones hipertónicas, asfixia perinatal,

Rotura prematura de membranas, cardiopatía congénita, enfermedad de membrana hialina, Sepsis cateterización de vasos umbilicales, exanguinotransfusión y síndrome de insuficiencia respiratoria. A pesar de lo anterior, existe 10 a 13% en los que no se identifica ningún factor predisponente. De esta manera se consideran agentes infecciosos (bacterias y Virus), alimentos hiperosmolares o en grandes volúmenes, isquemia, reperfusión, inmadurez intestinal o inmunológica. Posibles factores que contribuyen a la enterocolitis necrosante:(26,27)

Cesáreas

El primero que utilizó el término de cesárea fue Raynaud, citado por Quilligan. Felkin en 1884, realizó la primera extracción fetal por vía abdominal. La cesárea extra peritoneal se inició en Alemania en 1821 y tuvo como fin primordial evitar la contaminación del peritoneo. (28)

Se entiende por cesárea la intervención quirúrgica que tiene como objeto la extracción del producto de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la pared abdominal, mediante laparatomía, histerotomía, extracción del feto, alumbramiento, histerorrafia y laparorrafia. (29)

La cesárea es uno de los procedimientos más utilizados desde la antigüedad, que ha evolucionado en el transcurso del tiempo. Al inicio representaba un elevado riesgo materno que podía agravar e incluso causar la muerte materna, pero con el advenimiento de los antibióticos ha sido el hecho más decisivo para que la cesárea se imponga en la práctica obstétrica moderna, así como las transfusiones, medidas de asepsia y antisepsia; el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas y los métodos anestésicos, lo que ha llevado que sea más frecuente su realización. (30)

En la actualidad internacionalmente se ha producido un incremento en los índices de cesárea; ya que es una de las intervenciones quirúrgicas más importante de la resolución de problemas obstétricos. Sin embargo, el aumento

observado en su uso podría denotar un empleo, en ocasiones no justificado médicamente.

La cesárea es el factor predisponente más importante para la aparición de sepsis post parto, debido a la manipulación intrauterina, colocación de suturas en el miometrio y necrosis de las líneas de sutura. Puede traer consigo, otras complicaciones maternas, entre las que se destacan las infecciones: Sepsis de la herida quirúrgica, endometritis, sepsis de vías urinarias, sepsis respiratoria, entre otras causadas por diferentes gérmenes. Siendo factores predisponentes: obesidad, anemia, desnutrición y la manipulación excesiva en el seguimiento del trabajo de parto. (31)

El mejoramiento de las técnicas quirúrgicas y el advenimiento de mejores métodos anestésicos al lograr la disminución de los índices de morbimortalidad materna y fetal, permiten que este procedimiento tenga mejores resultados. Para su conveniencia es indispensable un juicio crítico mesurado, derivado del conocimiento de sus indicaciones, técnicas y tácticas quirúrgicas, procedimientos anestésicos y cuidados preoperatorios, transoperatorios y post operatorios. (32)

En la actualidad, la mortalidad materna en la operación cesárea varía del 0.04 al 1 %, con un promedio de 0.4 – 0.5 %, es decir, se muere una paciente de cada 250 operaciones, variando de una por cada 100 a una por cada 2,500. La pérdida de una paciente derivada directamente de la operación cesárea, depende de alguno de los siguientes hechos:

- La operación fue mal indicada
- La técnica fue defectuosa
- El sitio donde se llevo a cabo la intervención no era adecuada
- La operación necesaria es bien indicada y ejecutada, pero se lleva a cabo en una paciente con elevado riesgo.

En Nicaragua según investigaciones realizadas referente a esta operación, sus índices oscilan entre el 12 – 24 %. Correspondiéndose con el incremento de la operación cesárea, se produce un aumento en el índice de morbilidad, en este grupo de pacientes, las cuales sufren complicaciones durante el acto quirúrgico

y post quirúrgico, dentro de los que podemos determinar como causas más frecuentes:

Hemorragia, shock debido a hipotonía o atonía uterina y retención de restos placentarios. La importancia de la cesárea como tal y sus indicaciones precisas no están en duda, ya que da un aporte valioso a la obstetricia; lo que se cuestiona es la amplitud de las indicaciones, debido al riesgo a que es sometida la paciente durante el acto quirúrgico propiamente dicho, así como las complicaciones post quirúrgicas que aumentan el índice de morbi mortalidad materna. (19)

Indicaciones:

La cesárea está indicada cuando se considera que el parto vaginal es riesgoso para la madre o el feto; es necesario el nacimiento y no puede inducirse el trabajo de parto, la distocia o características fetales, se acompañan de riesgos importantes y contraindican el parto vaginal, o una urgencia obligada a proceder al nacimiento inmediato, y el parto vaginal es imposible o inadecuado. Las indicaciones pueden ser absolutas o relativas. Entre las absolutas se pueden mencionar la desproporción feto pélvica, la placenta previa oclusiva, la inminencia de rotura uterina, etc. Son casos en los cuales la cesárea es la única técnica a tener en cuenta como forma de terminación del parto. (33)

Por su frecuencia, el desarrollo de infecciones constituye una de las principales complicaciones asociadas con la cesárea y uno de los principales motivos de rehospitalización.³⁶ De entre éstas, la mayoría corresponde a afecciones de la herida quirúrgica. La incidencia varía entre estudios: en Israel se reportan cifras de 3.97%; en Francia de 13(31) y 25%; en Nueva Zelanda de 25.3% y en Estados Unidos de América del Norte 2.8%, 6.9% y 7.8%. En Gran Bretaña, los niveles de infección encontrados varían dependiendo de la prescripción o no de antibióticos, 6.2% y 7.7%, respectivamente. Entre los factores que han sido señalados como propicios para el desarrollo de infección pos cesárea están: el sobrepeso; las ruptura de membranas de más de seis horas de evolución; La infección de la herida no es la única complicación vinculada a la incisión quirúrgica. La dehiscencia de ésta puede provocar hemorragia postparto⁵⁴ o

ruptura uterina, ambas situaciones pueden hacer necesaria una histerectomía. Adicionalmente, el hallazgo de un caso de endometriosis vesical ha hecho suponer que la dehiscencia de la incisión uterina podría ser el mecanismo de infiltración del tejido endometrial en vejiga. (19)

Asimismo, se ha observado el desarrollo de fascitis necrotizante pos cesárea. Al respecto, los reportes en la literatura señalan que ésta se debe a la presencia simultánea de diversos microorganismos, lo que aumenta la severidad de la infección.^{57,58} Se ha estimado que la incidencia de fascitis necrotizante es de 1.8 casos por cada 1,000 cesáreas. La endometritis también ha sido asociada con la práctica de cesárea. Diversos estudios señalan una frecuencia de 13.24% en México; 14% en Canadá; y 20% en Estados Unidos de América del Norte en cesáreas en general y 16.9% en mujeres sometidas a cesáreas electivas de repetición.⁶⁰ En algunos casos, la endometritis puede ser tan severa que ocasiona septicemias fatales. Algunos estudios han encontrado que el desarrollo de ésta se relaciona con el momento de la gestación en el cual se lleva a cabo la cesárea, siendo más probable cuando se realiza antes de las 28 semanas. Adicionalmente, la edad parece ser un factor determinante en su presentación se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa en la incidencia de endometritis entre adolescentes (23%) y mujeres adultas (11%). De igual forma, el análisis de muestras endometriales indica diferentes microorganismos causantes de acuerdo con la edad de la mujer *Chlamydia trachomatis* fue encontrada en 21 y *Gardnerella vaginalis* en 32% de los casos en adolescentes comparado con 6 y 9%, respectivamente, en adultas. Por otra parte, se ha reportado que la colonización del corioamnios con *Ureaplasma urealyticum* en mujeres con membranas íntegras es un factor propicio para el ulterior desarrollo de endometritis. Además de las complicaciones identificadas inmediatamente después de la cesárea, ésta ha sido asociada con patologías que se presentan en el mediano y largo plazos, como por ejemplo, endometriosis. Se ha propuesto que la diseminación e implantación de endometrio en el peritoneo es una complicación frecuente de intervenciones quirúrgicas del tipo de la cesárea, pero que, al no presentar sintomatología ésta no es identificada.⁶⁷ Se estima que, en su manifestación abdominal, la incidencia de endometriosis pos

cesárea rebasa 1%.⁶⁸ La mayoría de los reportes señalan la pared abdominal como el sitio más frecuentemente afectado. (19)

La asociación positiva entre cesárea y placenta previa es particularmente preocupante, toda vez que ambas situaciones constituyen en sí mismas y de manera independiente factores de riesgo para requerir una histerectomía de emergencia periparto. En relación con el antecedente de cesárea, los estudios indican un aumento de 18 veces en el riesgo de una histerectomía periparto⁸⁶ o un riesgo relativo de 10.78,⁸⁷ Asimismo, se estima que el riesgo es de entre 10%⁸⁴ y 16% en el caso de mujeres con cicatriz uterina y placenta previa y de 3.6% con placenta previa y útero intacto. Los resultados de investigaciones en torno a la asociación positiva entre la edad de la mujer y el riesgo de presentar placenta previa son contradictorios. Mientras algunos estudios indican su existencia. Otros encuentran que no hay relaciones significativas.⁹¹ Lo mismo se observa respecto al antecedente de aborto y el desarrollo de placenta previa. Sin embargo, las conclusiones de éstos y otros análisis apoyan la asociación entre cesárea y placenta previa, así como entre alta paridad y placenta previa.

Adicionalmente, se ha observado un aumento de 40% en el riesgo de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, en aquéllas cuyo parto inmediatamente anterior al estudiado fue cesárea. Aunque infrecuente, la cesárea también ha sido asociada con manifestaciones negativas en el aparato digestivo. Una de ellas es la peritonitis por vérnix caseosa debida al derramamiento de líquido amniótico en cavidad abdominal al momento de la cirugía y otra, la aparición de pseudo-obstrucción aguda del colon, también conocida como síndrome de Ogilvie. La peritonitis desarrollada puede ser tan severa como para requerir resolverse mediante una histerectomía, particularmente cuando han transcurrido varios días pos cesáreas. El daño accidental a vejiga o uréteres durante la cesárea o como consecuencia de ruptura uterina puede derivar en fístulas vesicouterinas. Aunque se consideran complicaciones raras de la cesárea, algunos autores señalan la práctica de ésta como el principal riesgo de desarrollar fístulas vesicouterinas iatrogénicas,

Indicando que el riesgo de daño a la vejiga aumenta conforme se realizan cesáreas de repetición. Algunos de los casos de fístulas vesicouterinas han sido identificados mucho tiempo después del parto, lo que subraya la necesidad de un adecuado seguimiento pos cesárea de las pacientes. Aunque ciertos tratamientos conservadores han probado ser exitosos en algunos casos, en ocasiones, la severidad del daño provocado por la fístula hace necesaria la reparación quirúrgica de la lesión inclusive realizar una histerectomía. El antecedente de cesárea aumenta el riesgo de presentar ruptura uterina. Un estudio que analizó a 711 mujeres, quienes habían sido sometidas al menos a una cesárea reportó una incidencia de complicaciones serias en 2.4% de los casos. De entre éstas, nueve correspondieron a rupturas uterinas.¹²¹ De las investigaciones que analizan la frecuencia de rupturas uterinas se ha encontrado una relación de 4:1122 y 3:1123 entre úteros con cicatriz y sin ésta. Asimismo, la ruptura uterina es una de las indicaciones más frecuentes para llevar a cabo una histerectomía. Sin embargo, se ha encontrado que el tener un parto vaginal después de una cesárea reduce el riesgo de ruptura uterina en ocasiones subsecuentes.

Complicaciones asociadas a la cesárea nivel poblacional, el aumento de la frecuencia de partos vaginales posteriores a cesárea no afecta la incidencia de ruptura uterina. La revisión del proceso de cicatrización uterina a través de resonancia magnética indica que se requieren al menos seis meses para la recuperación de la zona afectada. Sin embargo, el estudio histológico de úteros de mujeres con el antecedente de cesárea, señala que los cambios anatómicos secundarios al proceso de cicatrización pueden provocar la manifestación de síntomas tales como menorragia, dolor abdominal bajo, dispareunia y dismenorrea. Adicionalmente, el uso de la resonancia magnética ha permitido identificar una deformación donde el cuello se observa elongado y el útero pareciera estar unido a la pared abdominal anterior. Kawakami y colaboradores reportan una incidencia de 5.4 casos de esta deformación por cada mil cesáreas. El hecho de que los 14 casos encontrados hayan tenido el antecedente de intervenciones quirúrgicas en este órgano (13 con cesáreas únicas o de repetición), sugiere una asociación entre la cirugía y el desarrollo de la deformación y en ésta como posible causa de infertilidad. La asociación entre cesárea y mortalidad materna representa la complicación más

preocupante de la práctica innecesaria de esta intervención o bien de su realización en condiciones inadecuadas. Los estudios que han observado esta asociación son de muy diverso tipo y han sido llevados a cabo analizando poblaciones con diferentes características. La tasa de mortalidad asociada a la cesárea ha disminuido. En Suecia entre 1951 y 1980 ésta se redujo de 8.6 a 4.4 por 100 mil nacimientos. No obstante, el riesgo continúa excediendo al registrado en el parto vaginal, se estima que la probabilidad de ocurrencia de una muerte materna es entre dos y cuatro veces superior en el caso de cesárea; y que éste persiste aun considerando las complicaciones médicas que antecedieron a la intervención. Algunos estudios señalan una diferencia de hasta 26 veces. En general, por ejemplo, se reportó una mortalidad asociada a cesárea de 4.7% en 1992 y de 1.4% en el período 1992-94. Este exceso de riesgo se observa, aunque en menor magnitud, en países desarrollados: en Australia, en 1986-87 se estimaba que era 3.2. Diversos estudios señalan, un aumento tanto de la morbilidad neonatal asociada al nacimiento por cesárea, como de las mortalidades intraparto o neonatal temprana. Las cesáreas llevadas a cabo antes del término de la gestación se asocian con prematuridad iatrogénica, la cual propicia el desarrollo de cuadros respiratorios severos. El que la cesárea se realice antes de iniciada la fase de labor, también aumenta la posibilidad de que los recién nacidos desarrollen patologías respiratorias. El estudio comparativo de niños nacidos por vía vaginal o por cesáreas llevadas a cabo después de un intento fallido de parto vaginal o antes del inicio de las contracciones, mostró que los recién nacidos que no llegaron al inicio de la labor tienen mayor riesgo de padecer síndrome de dificultad respiratoria en el periodo neonatal. Se estima una incidencia de síndrome de dificultad respiratoria de 4.1 casos por cada mil cesáreas de repetición practicadas antes del inicio de labor.

La cesárea en sí misma y el momento en el cual se realiza no son los únicos factores asociados al desarrollo de patología respiratoria. El uso de anestesia regional se ha vinculado con la presentación de acidemia respiratoria aguda en niños nacidos por esta vía, al igual que la placenta previa. Por otra parte, se ha reportado un caso de rigidez de la pared torácica en un recién nacido por cesárea la cual se consideró secundaria a la administración de fentanyl a la madre. También se ha observado un impacto en la respuesta inmune de los

recién nacidos debido a los medicamentos administrados a la madre. La incisión quirúrgica también puede provocar daños al producto. Se encontró una incidencia de 1.8% de lesiones ocasionadas por el bisturí, en el total de cesáreas estudiadas. Aunque la mayoría de éstas no requirió tratamiento específico, en 25.8% se registró daño en zonas de importancia estética, como frente, pómulos o mejillas.

La prolongación de la estancia hospitalaria de niños nacidos por cesárea, aumenta el riesgo de adquirir una infección nosocomial debido a la intensa exposición a microorganismos, que además son muy diversos. La información acerca del número de días promedio de estancia hospitalaria postcesárea permite apreciar la magnitud de la exposición potencial a cepas nosocomiales. Los estudios llevados a cabo indican un promedio de entre 8.1 y 8.6 días en Turquía 6.9 días en España; y de 3.4 días en Estados Unidos de América del Norte.

Por otra parte, se ha encontrado que la flora entérica de los niños nacidos por cesárea con mayor frecuencia incluye, Proteus, Klebsiella, Enterobacter o Citrobacter. De igual forma, se observa una modificación en los patrones de colonización de la flora intestinal en estos niños, misma que puede perdurar hasta seis meses después del nacimiento.

Aproximadamente el 30 % de las gestantes tienen la predisposición de tener parto pretérmino, pero afortunadamente sólo 5 a 10 % terminan en esta eventualidad. Es considerado esencialmente una enfermedad social, lo que explica que países pobres, o las minorías postergadas de otros, presenten cifras de incidencia superiores al 20 % de los partos.

DISEÑO METODOLÓGICO

- **Tipo de Estudio:**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal

- **Área de estudio:**

Sala de Alto Riesgo Obstétrico ARO II y Sala de Labor y Parto del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, León.

- **Población de estudio:**

Todas las mujeres embarazadas que acudieron al HEODRA en el período comprendido de 01 de Enero del 2010 a 30 de Junio del año 2012 que con una edad gestacional entre las semanas 28 a las 36 6/7 de gestación.

- **Muestra**

Todas las mujeres embarazadas que tuvieron un parto entre las semanas 28 a las 36 6/7 de gestación en el periodo comprendido del 01 de Enero 2010 a 30 de Junio del 2012 en el Hospital en Estudio.

- **Criterios de inclusión**

1. Se incluyeron a todas las mujeres que tuvieron un parto pre término, considerando la edad gestacional entre las semanas 28 a las 36 ya que por debajo de esta edad gestacional en nuestro medio la probabilidad de vida es nula.

- **Criterios de exclusión:**

1. Se excluyeron a todas las mujeres menores de 28 semanas por las consideraciones antes mencionadas.

2. Todas las mujeres mayores o iguales a 37 por considerarse un parto de término.

3. Todas las mujeres que ingresaron con un embarazo pretérmino y con diagnóstico de óbito fetal.

- **Recolección de la información**

Por fuente Secundaria, mediante la revisión de expedientes.

- **Método de recolección de la información:**

Se elaboró una ficha que incluyó los acápites correspondientes a la información requerida, como datos generales de las mujeres embarazadas, antecedentes gineco obstetras, manejo intrahospitalario, vía del parto y hallazgo transparto y transcesarea.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual, expresado en años según referencia de la entrevistada	Cédula-Partida de nacimiento	< 15 años 16 a 19 años 20 a 34 años 35 años a >
Procedencia	Lugar donde ha pasado los últimos años la entrevistada.		Urbana Rural
Escolaridad	Estudios realizados por la entrevistada.		Letrada Semi iletrado (a) Primaria completa (Primaria incompleta Secundaria

			completa Secundaria incompleta Técnica Universitaria Superior
Nacimiento pretérmino	Nacimiento que ocurre antes del tiempo propio o término.		28-36 Semanas
Estado civil	Si la entrevistada tiene unión legal o mutuo acuerdo con otra persona		Casada Soltera Unión de hechos
Semanas de gestación	Cantidad de semanas a partir de la fecha de su última menstruación y/o de un USG precoz	Tarjeta de control	Número de semanas
PATOLOGÍAS	Alteración del bienestar físico o mental de un individuo	Sepsis Hemorragias Hematomas otras	Si___ No___ No___ Si___ No___ Si___
CESÁREA	Es una operación que se realiza mediante una incisión en el abdomen inferior y la pared del útero.		Si___ No___
PARTO	Es la expulsión del feto y de las membranas ovulares por vía vaginal		Si___ No___

COMPLICACIONES MATERNAS	Se tomará como cualquier patología que se presente en la madre posterior al evento obstétricos y que estén relacionadas al mismo.	Sepsis Hemorragias Hematomas otras	Si____No____ No____ Si____ No____ Si____
COMPLICACIONES NEONATALES	Se tomará como cualquier patología que se presente en el recién nacido posterior al evento obstétricos y que estén relacionadas al mismo.	Sepsis Hemorragias intracraneal Trauma obstétrico otras	Si____ No____ No____ Si____ No____ Si____ No____ Si____

- **Plan Análisis**

Se realizó un análisis univariado de las principales variables en el programa SPSS versión No. 15. La descripción de los resultados se presenta en tablas y gráficas.

- **Consideraciones éticas**

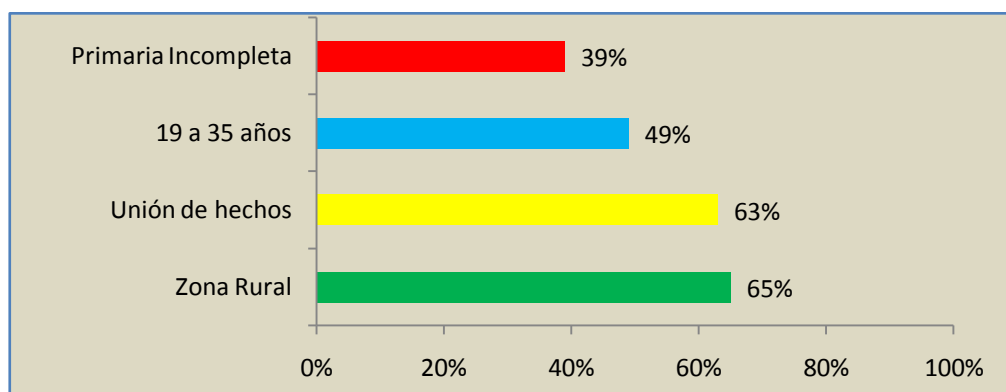
Se solicitó permiso de revisión de los expedientes al director del HEODRA. El protocolo del estudio fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN León.

RESULTADOS

Se realizó recolección de la información de 612 fichas, en el período que comprendió desde el 01 Enero del 2010 hasta a 30 de Junio 2012.

Gráfico No. 1

Caracterización de las embarazadas que asistieron al HEODRA en el periodo de estudio.



Del total de mujeres de parto pretérmino; el 49% (300), oscilaban entre los 19 y 35 años de edad; el 32% (196) eran adolescentes; y el 19% (116) mayores de 36 años.

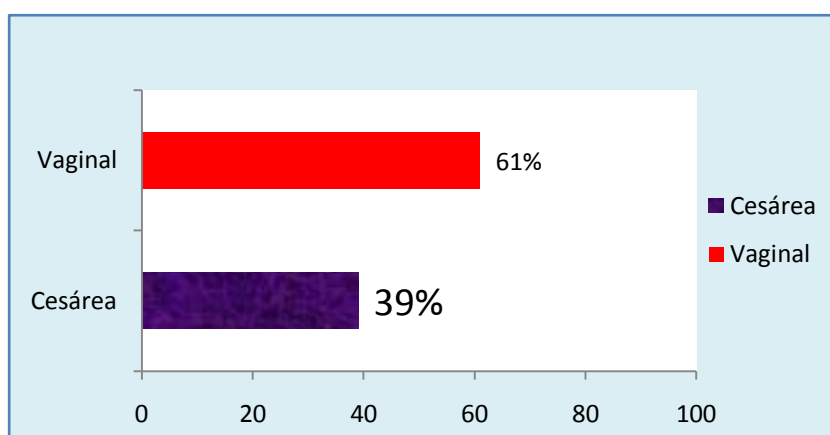
El 39% (239) de las mujeres contaban con primaria incompletas en su escolaridad, seguidas del 21% (129) aprobaron primaria.

En base a su procedencia el 65% (398) provenían de la zona rural y el 35% (214) de la zona urbana.

El 63% (386) sostenían una relación de hecho estable

Gráfico No. 2

Vía en que ocurrió el parto en las mujeres que asistieron a HEODRA en el periodo en estudio



Del total de nacimientos pretérminos que se presentaron en el periodo de estudio, el 61% se dio por vía vaginal

En los antecedentes Gineco obstetras

El 53% (324) de las mujeres eran primigestas y el 47% (288) habían tenido de 2 a 7 embarazos.

Tabla No. 1

SEMANAS DE GESTACIÓN AL MOMENTO DE SU INGRESO AL HEODRA

Semanas de gestación	Frecuencia	Porcentaje
menor de 32 semanas	184	30
33-36 semanas	398	65
Mayor de 37 semanas	30	5
TOTAL	612	100%

El 30% (184) tenían entre 28 y 32 semanas de gestación al momento de su ingreso al HEODRA, el 65% (398) entre 33 y 36 semanas. El 5%(30) de las mujeres ingresaron con una edad gestacional mayor de 37 semanas, sin embargo al momento del parto se clasificó con menor edad gestacional por el método de CAPURRO.

Tabla No. 2

Diferentes patologías que se presentaron durante la Gestación en mujeres que tuvieron parto pretérmino en el HEODRA en período en estudio

Patologías	Frecuencia	Porcentaje
Negada	214	35
Leucorrea	288	47
IVU	171	28
Otras patologías	26	7

En relación a las enfermedades durante el embarazo, el 35% (214) negaron la presencia de enfermedades, el 47% (288) habían presentado Leucorrea en alguno de los trimestres en el embarazo, 28 % (171) presentaron infección de vías urinarias en algún momento del embarazo.

Tabla No. 3**Patologías asociadas además de amenaza de parto pretérmino en el HEODRA en el periodo de estudio. n: 612**

Patologías	Frecuencia n=520	Porcentaje
Preeclampsia grave	171	32
Eclampsia	25	6
RPM	116	22
Pielonefritis	110	21
Placenta Previa	49	9
Neumonía	43	9
Trombocitopenia	6	1

85% (520) de mujeres al momento del ingreso se le diagnosticó además de amenaza de parto pretérmino otras patologías asociadas como síndrome hipertensivo gestacional 38% (196) (preeclampsia grave 32% (171) eclampsia 6% (25); rotura prematura de membranas 22% (116); pielonefritis 21% (110); placenta previa en 9% (49), neumonía 9% (43), trombocitopenia 1% (6).

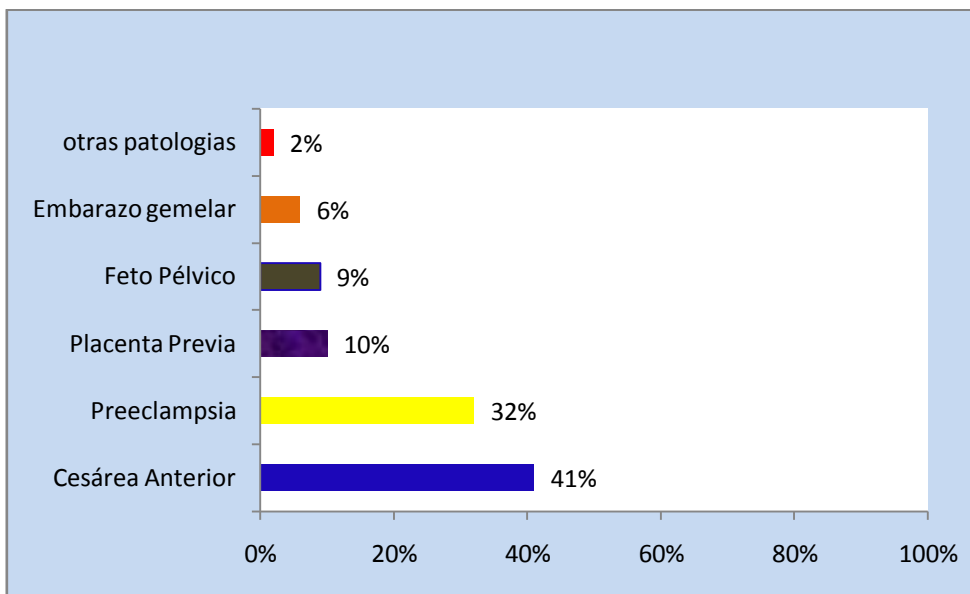
Tabla No. 4**Fármacos administrados durante la estancia hospitalaria a pacientes que ingresaron por parto pretérmino al HEODRA en período en estudio. n: 612**

Fármaco	Frecuencia	Porcentaje
Dexametasona	441	72
Nifedipina	398	65
Antibiótico	282	46

Durante la estancia hospitalaria de las pacientes a 72% (441) se le administró inductores de madurez pulmonar, al 65% (398) se le prescribió nifedipina como uteroinhibidor; al 46% (282) de ellas se les administró antibiótico.

Gráfico No. 3

Causas por las cuales se indicó cesáreas a pacientes que ingresaron por parto pretérmino en el período de estudio. n: 249



El 41% (98) de las cesáreas realizadas fue indicada por cesárea anterior, el 32% (76) por preeclampsia- eclampsia, el 10% (24) por placenta previa, el 9% (22) por feto pélvico, 6% (15) por embarazo gemelar y el restante 2% (5) por otras patologías.

Dentro de los hallazgos Transparto y Transcesáreas:

De los 612 partos se totalizaron 633 nacidos vivos, debido a 21 partos gemelares.

De los 633 neonatos 94% (595) tuvieron un APGAR de 8/9; 4% (25) de 6/9; 1% (6) de ellos 7/9, 1% (6) menor de 3 al minuto 5

Tabla No. 5

Peso de los neonatos nacidos pretérmino independiente de la vía del parto en HEODRA en período en estudio. n: 633

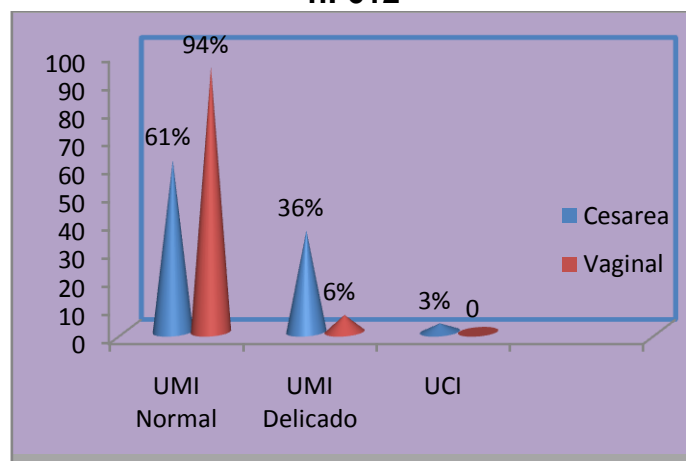
Peso del Neonato Gr	Frecuencia	Porcentaje
menor de 1500	95	15
1500-2000	291	46
2000-2500	222	35
Mayor de 2500	25	4
Total	633	100

Según el peso del neonato al nacer, 46% (291) pesaron entre 1500 - 2000; el 35% (222) entre 2000 - 2500 gr, 15% (95) presentaron 1500gr o menos, y un 4% (25) más de 2500 gr.

Del total de nacidos el 56% (353) eran del sexo femenino y el 44% (280) masculinos.

Gráfico No. 4

Salas a las que fueron ingresadas las pacientes posterior al evento obstétrico con parto pretérmino en el HEODRA en período de estudio. n: 612



Del total de mujeres que se ingresaron a los diferentes servicios, las que presentaron nacimiento por vía Cesárea el 61% (146) se ingresaron a UMI normal y el 36%(86) a UMI delicado; 3% (7) a UCI; las que presentaron parto vía vaginal el 94% (351) fue ingresado a UMI normal, el 6% (22) fue ingresado a UMI delicado.

Tabla No. 6

Prevalencia de las complicaciones neonatales en los nacimientos pretérmino en el período de estudio, según la vía de parto en el período de estudio

Complicaciones Neonatales	Parto vía vaginal n: 375		Parto vía cesárea n:258		Total N:633	
	n	%	n	%	N	%
Ictericia	0	0	48	18.60	48	7.58
Hemorragia intraventricular grado I	38	10.13	10	3.87	48	7.58
Neumonía	45	12	0	0	45	7.10

Dentro de las patologías asociadas al neonato, de los nacidos vía cesárea el 19% (48) presentaron ictericia, 4% (10) hemorragias intraventricular grado I; de los nacido vía vaginal el 10% (38) hemorragias intraventricular grado I, y el 12% (45) ictericia más neumonía congénita.

El tiempo máximo de estancia hospitalario de los neonatos nacidos bajo Cesárea fue de 6 días y el mínimo fue de 1 día; de los nacidos vía vaginal el tiempo máximo fue de 5 días y el mínimo 1 día.

Tabla No. 7

Prevalencia de las complicaciones maternas en los nacimientos pretérmino en el período de estudio, según la vía de parto en el período de estudio

Complicaciones Maternas	Parto vía cesárea n: 249		Parto vía vaginal n:363		Total n:612	
	n	%	n	%	n	%
Hemorragias	6	3	11	3	17	3
Sepsis de la herida	4	2	0	0	4	1
Endometritis	0	0	11	3	11	2

En los partos vía cesárea solamente 4% (10) de las madres presentaron complicaciones, 6 (3%) de ellas hemorragias y 4 (2%) sepsis, en los partos vía vaginal, el 8% presentó complicaciones, de las cuales el 3% (11) presentó hemorragia e igual porcentaje endometritis.

Del total de niños nacidos vivos, el 1.4% (9) fallecieron, de todos ellos los pesos oscilaban entre 1200 a 1700g y una edad gestacional por CAPURRO entre las 28 a las 31 semanas.

DISCUSION

En este estudio se encontró que en los partos vía vaginal solamente 4% de las madres presentaron complicaciones y de las cesáreas el 8%, en ambas la que prevalecieron fueron las hemorragias; este dato coincide con lo referido por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) que reportan que la complicación más frecuente de las cesáreas es la hemorragia, posiblemente debido a la sección del segmento o en el sitio de inserción placentaria; o al extenderse en la incisión hasta la intersección de la arteria uterina.

El 41% de las cesáreas realizadas fue indicada por cesárea anterior, el 32 % por preeclampsia- eclampsia, esto difiere de la literatura en general, Skupski D, Greenough A (2009). Consideran necesario el parto vaginal en los embarazos posteriores a una cesárea. La rotura uterina es un riesgo importante durante un embarazo o un trabajo de parto posterior. Las estimaciones señalan que aparece entre el 4-9% para la incisión clásica durante la cesárea.

Meis y colaboradores en 1998 los partos pretérminos eran provocados por complicaciones médicas y obstétricas. Casi la mitad de ellas fue por preeclampsia y una cuarta parte por sufrimiento fetal y restricción del crecimiento; en la literatura revisada no se menciona la preeclampsia para la realización de cesárea, aunque en las normas nacionales del MINSA se menciona como una de las causas para la intervención quirúrgica.

Dentro de las patologías asociadas al neonato, de los nacidos vía cesárea y vaginal las patologías que más se presentaron fueron, ictericia y hemorragias intraventricular, complicaciones que son referidas por Avery Mary, 1998, en su libro Enfermedades del recién nacido donde destaca que estas patologías están asociadas a los traumatismo e hipoxia muy frecuente por la prematurez. En el estudio de Wylie y cols (2008) donde se incluyeron 2466 recién nacidos con pesos <1500 gramos (g) en presentación cefálica, de los cuales 1250 nacieron por vía vaginal. Los fetos que fueron sometidos a trabajo de parto mostraron una tendencia a un mayor riesgo de presentar leucomalacia periventricular, muerte neonatal o parálisis cerebral, aunque no se alcanzó la significación estadística.

Levinton y cols.¹, publicaron que los fetos por debajo de 1500 g, con parto vaginal tenían un mayor riesgo de HIV en comparación con los fetos nacidos mediante cesárea. Entre los fetos con parto vaginal el riesgo de HIV se incrementaba en un 39% si el trabajo de parto duraba más de 12 horas. En los nacidos por vía abdominal, la presencia de trabajo de parto previo a la práctica de cesárea comportó un incremento del riesgo en un 50%.

CONCLUSIONES

1. El mayor porcentaje de mujeres con nacimiento pretérmino se situaron en el los grupos etáreos menor de 19 años y mayor de 35, perteneciente al área rural y con un nivel de escolaridad bajo y en relación de hecho estable.
2. Del total de nacidos por vía cesárea su indicación fue dada por alguna patología asociada a la madre durante el embarazo y no por la prematurez, la patología que más prevaleció fue síndrome hipertensivo gestacional, que según normativa institucional dependiendo de la gravedad se debe interrumpir el embarazo independiente de la edad gestacional.
3. Dentro de las complicaciones maternas se pueden mencionar las hemorragias y la Sepsis, y en los neonatos se encontraron ictericia y hemorragia intraventricular.
4. Del total de neonatos, al finalizar el estudio, hubo una baja morbilidad asociados a su prematurez no asociados a la vía del parto.

RECOMENDACIONES

1. Realizar un protocolo para la atención de las pacientes que ingresan al departamento de ginecología y obstetricia con amenaza de parto pretérmino.

2. Ampliar este estudio a través de una investigación analítica, para definir criterios en la decisión de la mejor vía del parto en el nacimiento pretérmino.

Bibliografía

1. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice: Antenatal Corticosteroid Therapy for Fetal Lung Maturation. Committee Opinion N° 147, December 1994.
2. Mercer B, et al. The preterm prediction study: A clinical risk assessment system. Am J Obstet Gynecol 1996; 174: 1885-95.20 pag. 1107-1112.
3. Pérez Sánchez A, Donoso E. Enfoque antenatal de los prematuros. Obstetricia. 2da Edic. Edit. Mediterráneo. 1997. Pag 379-389.
4. Wilkins I, Creasy R. Parto pretérmino. Clínicas de Obstetricia y Ginecología. 1991. Vol 33. N° 3. Pag 491-502.
5. Cruz N. Comparación entre las características gestacionales de las madres de los recién nacidos prematuros y un grupo control. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2000 - 2001. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima - Perú. 2001.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists: Preterm labor. Technical Bulletin N° 206, June 1995.
7. Villalta A, Ramos L. Estudio de casos y controles para la valoración del sistema de puntuación para la predicción del parto pretérmino. Tesis para optar el título de la segunda especialización en Gineco Obstetricia. UNMSM. Lima- Perú. 1998.
8. Figueroa E, Abanto R. Morbimortalidad Neonatal en 1998. Hospital Central de Sanidad de la Policía Nacional del Perú. Tesis para optar el título de Magister. UNMSM. Lima - Perú. 1999.
9. Cabrera J. Muerte fetal: Incidencia y causas asociadas. Tesis para optar el título de segunda especialización en Ginecología y Obstetricia. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima - Perú. 1990.
10. Hansen A, Leviton A. Labor and delivery characteristic and risks of cranial ultrasonographic abnormalities among very low birth weight infants. Am J Obstet Gynecol 1999;181:997-1006.

11. Pacheco J (edit). Parto pretérmino. Ginecología y Obstetricia. MAD Corp. SA. De La Torre J. Factores de riesgo asociados a muerte neonatal intrahospitalaria en el Hospital Cayetano Heredia. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima - Perú. 1994.
12. Anderson GD, Bada HS, Shaver DC, Harver CJ, Koronos SB, Wong SP, Arhcornt KL, Magil HL. The effect of cesarean section on intraventricular hemorrhage in the preterm infant. Am J. Obstet Gynecol 1992; 166:1091.
13. Germain A, Oyarzun E. Parto Prematuro. Rev Chil Obstet Ginecol 1996; 61(3): 189-203.
14. Malloy MH, Oustad L, Wrihgt E: The effect of cesarean delnery on birth outcome in very-low-birth weigth infants. Obstet Gynecol 1991; 77:498.
15. Paredes T. Características del neonato fallecido en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Materno Perinatal, Julio a Diciembre 1998. Tesis para optar el título de la segunda especialización en Pediatría. UNMSM. Lima - Perú. 1999.
16. Worthington D, Lowell ED, Grausz JP, Sobocinski K. Factors influencing survival and morbidity with very low birth weight delivery. Obstet Gynecol 1983;62:550.
17. Yu VYH, Bajuk B, Cutting D, Orgill A, Asthury J. Effect of mode of delivery on outcome of very low-birth weight infants. A J Obstet Gynecol 1984;91:633.
18. Scott J (edit). Parto premature. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth. 6ta Edic. Edit Interamericana. 1994. Pag. 349-367.
19. Sacramento Rojas; Herman Yofre; Aza Santamaría Luis. **Comparación de la morbimortalidad neonatal del pretérmino nacido por parto abdominal y vaginal en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión**; Tesis; Lima Perú 2002.
20. Morán S. Operación cesárea en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima, en el periodo Enero 2000 - Diciembre 2001. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima - Perú. 2002.
21. Avery, Mary Ellen et ah. «Enfermedades del Recién Nacido» 5ta Edición. México Interamericana 1988

22. UNICEF CELADE-OPS. Mortalidad de la niñez en Centroamérica, Panamá y Belice, 1970-1985.
23. Pediatría de Meneghello. Prematuro de bajo peso de nacimiento. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina. 5ta Edición. Tomo I, 1997. Pág. 501-509.
24. . Bennett Fc. Developmental outcome. En: Neonatology .Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 1999: 363 — 394.
25. Castro Mela, mes et ah. «Evolución del niño con bajo peso al nacer en su primer año de vida»; MEDISAN 2000;4 (1): 20-26.
26. . Rodríguez, J. Manual de neonatología.2da.Edicion.Mexico Interamericana,2001.
27. Revista Panamericana de la Salud Pública. Parto pretérmino: Detección de riesgo y tratamiento preventivos, volumen 5. No. 6 Junio 1999. Pág. 373-382.
28. **Buttino I, Tozzi L, Bocciolone L, Pírotta N, Prazzini F.** Determinantes de la frecuencia de cesárea en Italia, 1980-1983. Ann Obstet Ginecol Med Perinat 1990;111: 245-56.
29. Botero V. Jaime. Obstetricia y Ginecología. Tomo I Cuarta edición. 1990.
30. **Cárdenas R.** La práctica de la cesárea en las áreas urbanas de México. En: Salud Reproductiva y Sociedad. 1a. edición Stem C, Echarri CJ (Comps.) México, D.F. El Colegio de México; 2000. p. 301-327.
31. . Centro Regional de Investigaciones. México, D. F. Multidisciplinarias, Sociedad Mexicana de Demografía 1 a. Edición, Ciudad de México, 1998. p. 169-181.
32. **Di Lallo D, Perucci CA, Bertollini R, Mallone S.** Cesarean section rates by type of maternity unit and level of obstetric care: an area-based study in central Italy. Prev Med 1996;25(2):178-85.
33. . Naciones Unidas. Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. El Cairo (Egipto). 1994.
34. Pritchard Jack A. Obstetricia de Williams. Tercera edición. 1986.
35. The European Atosiban Study Group, 2001.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

II. Datos Generales

No. De Expediente _____ Edad _____ años Fecha de ingreso _____

Escolaridad

Iletrada (1) _____

Semi iletrado (a) (2) _____

Primaria completa (3) _____

Primaria incompleta (4) _____

Secundaria completa (5) _____

Secundaria incompleta (6) _____

Técnica (7) _____

Universitaria (8) _____

Superior (9) _____

Ocupación

Ama de Casa(1) _____

Doméstica(2) _____

Obrera (3) _____

Profesional (4) _____

Comerciante (5) _____

Estudiante (6) _____

Otros (7) _____

Religión

Católica (1) _____

Evangélica (2) _____

Testigo de Jehová (3) _____

Agnóstico(4) _____

otros(5) _____

Estado Civil

Casada (1) _____

Soltera (2) _____

Unión de Hechos _____

Otros (4) _____

Procedencia

Urbano (1) _____

Rural (2) _____

III. Antecedentes Gineco Obstetra

Gestas _____ PARA _____ Aborto _____ Cesáreas _____ FUR _____

FPP _____ Semana de Gestación _____

Cirugías Ginecológicas previas Si _____(1) No _____ (2)

Enfermedades durante el Embarazo actual _____

IV. Manejo Intra Hospitalario

Diagnóstico de Ingreso _____

Fármacos utilizados durante la estancia Hospitalaria

Tiempo utilizados _____

Métodos complementarios del Diagnóstico _____

Vía del parto

Cesárea (1) _____ Vaginal (2) _____

Si la vía fue cesárea,

¿Cuál fue la indicación de la Cesárea? _____

V. Hallazgo transparto o transcesárea

APGAR del neonato _____ Peso al nacer _____

Sexo: Femenino (1) _____ Masculino(2) _____

CAPURRO _____ Servicio donde se ingresó a la madre _____

Patologías asociadas en el neonato _____

Tiempo de Estancia del neonato intrahospitalaria _____

Patologías asociadas a la madre

Sepsis Si _____ No _____

Hemorragias Si _____ No _____

Hematomas Si _____ No _____

Otras _____

Tiempo de estancia de la madre intrahospitalaria _____

Firma

Responsable del llenado de la Ficha