

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

República de Guatemala, Centro América

PARTO PREMATURO EN GUATEMALA

SUS CAUSAS Y PROFILAXIS

(Estudio preliminar de 100 casos en el Hospital Roosevelt)

TESIS

*Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias
Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala,*

Por

Oscar Figueroa Zibara

En el acto de su Investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Agosto de 1963.



PLAN DE TESIS:

I INTRODUCCION

II DEFINICIONES

- a) Parto
- b) Parto a Término
- c) Parto Prematuro Espontáneo
- d) Parto Prematuro Provocado
- e) Parto Post Maduro
- f) Parto Inmaduro
- g) Aborto

III CAUSAS Y PORCENTAJES

DATOS GENERALES:

- a) Edad
- b) Raza
- c) Estado Civil
- d) Procedencia
- e) Vivienda
- f) Estado Nutriciona
- g) Enfermedades concomitantes con el embarazo
- h) Prenatal
- i) Paridad
- j) Motivo de Ingreso
- k) Parto u Operación
- l) Feto. Condiciones al nacer.

IV SUGERENCIAS PARA PROFILAXIS DEL PARTO PREMATURO

V CONCLUSIONES

VI BIBLIOGRAFIA

I INTRODUCCION

Al presentar este trabajo he querido únicamente agregar un poco más a los conocimientos que tanto los Médicos como estudiantes de medicina poseen, que sin duda les servirá de alguna ayuda dada la cantidad de partos prematuros como complicación del embarazo que día a día en todo el mundo se presentan. Es un estudio de 100 casos de Madres Guatemaltecas que llegaron al Hospital Roosevelt en los últimos seis meses del año 1962, con la esperanza de tener entre sus brazos a un nuevo ser que vendría a alegrar el hogar, y que por alguna razón de las que más adelante se exponen, no lograron ese anhelo, ya que unos nacieron muertos, otros murieron inmediatamente después de nacidos y los que sobrevivieron hubo necesidad de dejarlos hospitalizados para su recuperación durante largo tiempo.

Durante mi paso por el Departamento de Maternidad, tanto como practicante Externo así como de Interno, fui testigo personal del dolor reflejado en el rostro de tantas madres al saber que el producto de la concepción era o sería víctima de esa temida complicación del embarazo: El Parto Prematuro.

Espero despertar con este pequeño estudio, más interés en todos aquellos Médicos y Cirujanos, no solamente de los Obstetras para que nos preocupemos un poco más de esta complicación y de hacer conciencia en todas o la mayoría de las madres para que en una época no muy lejana podamos disminuir al mínimo la PREMADUREZ EN GUATEMALA.

II DEFINICIONES

PARTO: Conocemos como parto, la expulsión del producto de la concepción por las vías naturales, después de haber alcanzado su viabilidad, o sea en los últimos tres meses del embarazo, siempre que pese más de 1000 gramos.

Según la época o tiempo de embarazo en que se efectúe el parto, éste ha sido dividido de la siguiente manera:

1) PARTO A TÉRMINO: El que se lleva a cabo al finalizar el embarazo, o sea de la 38 semana a la 42 semana inclusive.

2) PARTO PREMATURO: El que se lleva a cabo antes de la 38 semana y después de la 28 semana de embarazo. Este a su vez se divide en: Parto prematuro espontáneo y provocado.

3) Parto Post-Maturo: El que se lleva a cabo después de la 42 semana. El concepto de parto post-maturo ha sido bastante discutido y son muchas las escuelas que no aceptan el término.

4) PARTO INMADURO: es la expulsión del producto de la concepción antes de la 28 semana de gestación, pesando menos de 1000 grs. que manifieste cualquier signo de vida. Generalmente son inviábiles por su condición de inmadurez fisiológica.

5) ABORTO: Pérdida del producto de la concepción antes de la 28 semana de gestación, siempre que el producto no manifieste ningún signo de vida, pesando menos de 1000 gramos.

Dependiendo de las condiciones en que se lleva a cabo el parto, ya sea el a término, prematuro, post-maturo o inmaduro se clasificará en Eutócito y Distócico.

EUTOCICO: Es el que se efectúa siguiendo los mecanismos naturales sin el concurso de ninguna maniobra obstétrica externa o interna, y que cumpla los tiempos fisiológicos aceptados como normales.

DISTOCICO: Es todo aquel que en el transcurso de su evolución, presente alguna alteración mecánica o fisiológica que necesite maniobras obstétricas.

PARTO PREMATURO

Recibe el nombre de parto prematuro la expulsión del feto entre los meses 7º y 9º del embarazo, entre, los 150 y 280 días, la 28 y 38 semanas inclusive, o que pese menos de 2500 gramos, y más de 1000 gramos, con medidas menores de 50 centímetros de altura y menores de 35 centíme-

tros de circunferencia cefálica, que tenga o no signos de vida y que presente o no anomalías fetales.

El parto prematuro puede ser una complicación muy importante del embarazo, el cual en nuestro medio es muy frecuente, ya sea por el poco desarrollo socio-económico de nuestra gente, sino también porque en ocasiones el propio médico por cualquier razón o descuido se olvida que la premadurez es una de las causas más importantes de la mortalidad del recién nacido y por ende de la mortalidad infantil, ya que en la especie humana oscila entre un 5% y 10% según las estadísticas de niños nacidos prematuramente, de acuerdo con estadísticas de otros países.

El mecanismo del parto con feto prematuro aparentemente es más fácil que el parto a término por el menor volumen fetal, sin embargo ofrece muchos inconvenientes como son:

a) La contracción uterina intermitente y prolongada sobre el feto, lo afecta más por su menor resistencia a la misma, y en trabajos de parto muy activos puede ocasionar serios problemas cardiorrespiratorios debido a la anoxia intrauterina, agravándose lo anteriormente dicho debido a que son placentas inmaduras.

b) Debe de tenerse en cuenta la relación del punto de referencia fetal con la dilatación cervical, porque si es cabeza, ésta aún no tiene sus huesos normalmente osificados, y ante la presión de contracción y resistencia de cuello puede haber daños fetales, (ej.: hemorragia intracraneana). Sí, por el contrario se trata de presentaciones podálicas en cualquiera de sus tres variedades: nalgas, rodillas o pies, es fácil que sean expulsados los fetos con dilatación del cuello aún incompleta, y a consecuencia de esto presentar retención de cabeza última lo cual traerá aunque no siempre, serias consecuencias para el niño.

c) Rotación: muchas veces, debido al pequeño tamaño que estos fetos poseen, no ejecutan una rotación normal durante el parto, efectuándose éste bruscamente lo cual los afecta bastante.

d) Si en caso dado hay que efectuar maniobras obstétricas, los fetos no resisten las mismas o nacen pero con serios problemas que en buen porcentaje les ocasiona la muerte en las primeras horas de nacidos.

e) Expulsión: éste período del parto tiene problemas bastante serios también para el niño, ya que dado el tamaño tan pequeño de estos, en ocasiones salen expulsados rápidamente produciendo luxaciones de la columna cervical, es el caso por ejemplo de las cefálicas deflexionadas, dando así de comprensión brusca y por consiguiente hemorragias intracraneanas; puede haber también aspiración de sangre, líquido amniótico, etc., con las complicaciones correspondientes.

f) Por último debemos recordar que la anestesia y la analgesia son bastante nocivas para el prematuro, debido a la falta de madurez fisiológica. Dato que debemos tomar en cuenta cuando haya necesidad de practicar la aplicación de forceps u operación cesárea.

III CAUSAS EN GENERAL DE PARTO PREMATURO

Hay que investigar ante todo dos clases de parto prematuro a saber: a) Parto prematuro espontáneo; y b) Parto prematuro provocado.

a) PARTO PREMATURO ESPONTANEO: Antes de entrar a ver las causas principales del parto prematuro en Guatemala, daremos una pequeña lista según estadísticas de las causas en general del Parto Prematuro.

- 1) Causas Mecánicas
- 2) Causas Traumáticas
- 3) Causas Endócrinas
- 4) Causas Infecciosas
- 5) Causas Hemocirculatorias
- 6) Causas Varias
- 7) Causas Idiopáticas

1) Causas Mecánicas: Desarmonía útero-ovular (em-

barazo gemelar, embarazo múltiple, hidramnios, úteros hipoplásicos, úteros dobles, úteros unicornes). Placenta previa. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada. Ruptura prematura de membranas. Quistes del ovario. Miomas sub-serosos pediculados. Incompetencias de cuello.

2) Causas Traumáticas: Traumatismo directo abdominal. Traumatismo indirecto (Cólico hepático o renal, intervenciones abdominales quirúrgicas diversas). Heridas uterinas previas. Cesáreas previas.

3) Causas Endócrinas: Insuficiencia hormonal placentaria (desequilibrio estrógenos progesterona). Insuficiencia tiroidea. Diabetes descompensada.

4) Causas Infecciosas: Entre las causas infecciosas debemos diferenciar entre las infecciones agudas y las infecciones crónicas. Infecciones agudas capaces de producir partos prematuros: Neumonía, bronconeumonía, bronquitis, sarampión, rubeola, escarlatina, difteria, fiebre tifoidea, parotiditis, etc.

Infecciones Crónicas capaces de producir parto prematuro: Sífilis, tuberculosis, lepra, paludismo y demás enfermedades caquetizantes. La Sífilis merece especial consideración, pues es una enfermedad que produce no solamente partos prematuros fácilmente, sino también porque ataca grandemente al recién nacido. Según las estadísticas es la causante principal del parto prematuro en Norte América, España, Francia, Italia y otros países del continente europeo. La manera como ejerce su acción sobre el producto de la concepción es variable. El feto puede nacer muerto o macerado.

En otras ocasiones un feto nos llama la atención por el exceso de líquido amniótico y el peso desproporcionado de la placenta, no siendo raro encontrarnos con que una placenta pesa 600 gramos para un feto aparentemente normal, en que el examen clínico más atento no permite descubrir lesiones cutáneas o viscerales (Hepatomegalia o esplenomegalia) de sífilis congénita. Sin embargo constituye una posibilidad con que debe de contarse, que las manifestacio-

nes de la enfermedad aparezcan más tarde.

5) Causas Hemocirculatorias: Cardiopatías descompensadas. Anemias graves. Incompatibilidad sanguínea feto-materna (eritroblastosis fetal).

6) Causas Varias: Fatiga física. Gestosis severas. Y toxicaciones exógenas: Plomo, fósforo, arsénico, mercurio, benzol, sulfuro de carbono y los barbitúricos.

Recientemente el Dr. Edward H. Bishop de Filadelfia ha demostrado que el tamaño del corazón materno tiene un efecto determinante en relación con el riesgo de premadurez. El Dr. Bishop resumió sus descubrimientos de la siguiente forma: "Sin duda las mujeres con el corazón excepcionalmente pequeño, no dan el apoyo necesario al feto en la matriz, y una de las manifestaciones de esta insuficiencia es la Premadurez". El doctor llegó a esta conclusión como resultado de un estudio conducido en el Hospital de Pennsylvania, empleando unas 1300 mujeres, un estudio que trataba de muchos factores hematológicos y cardiovasculares que pueden afectar la vida intrauterina. Se incluyeron una determinación roetgenográfica del tamaño del corazón de 200 mujeres durante la vigésimo octava semana de gestación. Todas las mujeres tenían el corazón funcionando normalmente, había una gran variedad en cuanto al volumen cardíaco desde 300 cc. hasta 900 cc.

Lo que sobresale notablemente en sus estudios de 1300 embarazos es su descubrimiento en relación con la anemia. El Dr. informó que en mujeres bastante anémicas, o sea, con hemoglobinas de 10% o menos, el índice de premadurez era dos veces más alto que en mujeres no anémicas. En algunos casos, donde se encontró que la hemoglobina era menos de 5%, el índice de premadurez subió hasta más de 40%. El Dr. Bishop dice que es tentador tomar las observaciones sobre el tamaño del corazón junto con los niveles de hemoglobina, agregando a ellos el aumento de premadurez en conexión con la toxemia que compromete el flujo sanguíneo, y con los recientes informes sobre el aumento de premadurez y la disminución del peso del niño al nacer de la madre que fuma. Como todos estos descubrimientos pa-

recen lo mismo, es lógico suponer una hipoxia crónica intrauterina debido al flujo anormal de la sangre, o de una sangre insuficientemente oxigenada en las arterias del útero como una de las causas de premadurez.

Una confirmación del concepto de riesgo aumentado de premadurez en mujeres con el corazón pequeño fue presentado en la junta anual de la Academia Americana de Pediatría en Chicago.

7) Finalmente junto a las causas claramente definidas, se observa determinado número de partos prematuros cuya causa permanece completamente ignorada. Aún el examen más cuidadoso no les puede asignar un factor etiológico completamente establecido. Es de notarse que estos casos son de observación más corriente en la práctica hospitalaria donde existen dos grupos de hechos que tienen verosímilmente un nexo común: Los partos prematuros con feto prematuro y los fetos nacidos a término con caracteres de debilidad congénita o sean los débiles congénitos.

El parto prematuro espontáneo idiopático puede repetirse y ciertas mujeres tienen sus hijos siempre de 8 meses de embarazo. En el Hospital Roosevelt tuvimos en el año de 1962 el caso de una paciente que había tenido 7 hijos prematuros anteriormente, los cuales no se lograron; y entre todas las causas que se estudiaron para descartar, quedó únicamente establecido que siempre que la paciente tenía su parto prematuro había vivido constantemente al lado de su esposo; en ésta última ocasión en que vino al hospital estuvo durante tres meses únicamente con reposo relativo, dieta libre y durante todo este tiempo no vió a su esposo, ya que éste se encontraba fuera de la capital; finalmente el parto fue a término y eutócico. Este caso podríamos calificarlo como una incompatibilidad o falta de afinidad entre los cónyuges.

b) PARTO PREMATURO PROVOCADO: El parto Prematuro provocado, común en otros tiempos prácticamente ya no es llevado a cabo más que en algunos casos especiales. Por lo general se provocaba cuando la futura madre principalmente si era primigesta, tenía un diámetro promonto subpúbico o diámetro obstétrico de 8.5 centí-

metros, (normal 10.5 cm). Esto lo hacen por ser el diámetro biparietal del feto a los ocho meses de vida intrauterina de 8.5 cm. Sin embargo los resultados del parto prematuro por esta causa no fueron muy halagadores. Debemos considerar en contra de esta tendencia que el niño además de ser prematuro con esto se somete a otros riesgos.

La inducción del parto prematuro por diámetro promedio sub-púbico menor de lo normal, aún es defendido por algunas escuelas. En nuestro país, o por lo menos en el Hospital Roosevelt, nunca se provoca el parto prematuramente por desproporción, cefalo-pélvica. En mi concepto, si en el control prenatal (primer examen) que se le practica a la paciente, se encuentra una pélvis con diámetros sub-normales, y que probablemente habrá distocia ósea en el momento del parto, lo indicado es: seguir controlándola en la clínica con más frecuencia, explicarle a la paciente la situación en que se encuentra, hacerle ver el peligro que lleva tanto ella como su hijo si no acude a la clínica o al hospital a seguir sus controles prenatales, así como también al principiar el trabajo de parto. Ya en el hospital se seguirá la evolución y se decidirá la conducta a seguir, que en mi concepto es la operación cesárea.

Como dijimos anteriormente hay ciertos casos especiales en los cuales sí está indicada la inducción del parto prematuramente entre las cuales podemos citar:

1) Eritroblastosis Fetal: En los casos en que haya incompatibilidad sanguínea por factor Rh negativo en la madre y positivo en el padre, se aconseja provocar el parto al octavo mes del embarazo, ya que la eritroblastosis actúa sobre el feto después del octavo mes de la vida intrauterina.

2) Toxemias: Es bien sabido actualmente que el tratamiento ideal de la Pre-eclampsia y Enclampsia es la inducción del parto aún que el embarazo no esté a término.

3) Diabetes y Embarazo.

4) Amnionitis: La infección o contaminación del líquido amniótico por la ruptura prematura de las membranas es resuelta también induciendo el parto prematuramente.

Además de estas cuatro causas enumeradas, podemos citar otras que son relativas y son: Hipertensión Arterial Crónica y el Cáncer de la mama.

CAUSAS Y PORCENTAJE DE PARTO PREMATURO EN GUATEMALA RESUMEN DE LOS CASOS ESTUDIADOS

Después de haber estudiado minuciosamente 100 casos de los partos prematuros que hubo en el Hospital Roosevelt en los últimos seis meses de 1962 obtuvimos los datos siguientes:

1) Porcentaje: En el tiempo comprendido del 1º de Julio al 31 de Diciembre de 1962 hubo un total de 5,733 partos; de éstos. 4,917 fueron partos a término y 836 prematuros, lo cual hace un total de 14.6% de partos prematuros en 6 meses.

De los partos a término, 92.4% fueron eutócicos y 7.6% fueron distócicos. De los partos prematuros 96.4% fueron eutócicos y 3.6% distócicos. (Cuadro 1).

De los partos a término, 92.4% fueron eutócicos y 7.6% fueron eutócicos y 3.6% distócicos. (Cuadro 1).

2) Datos Generales: Los datos generales principales que tomamos en cuenta al revisar los 100 casos fueron: edad, raza, estado civil, procedencia, vivienda, estado nutricional enfermedades concomitantes con el embarazo, control prenatal, paridad, motivos de ingreso, tipo de parto u operación y las condiciones del feto al nacer.

a) Edad: dividimos a las pacientes en tres grupos: Juveniles, que comprende a todas las pacientes menores de 15 años. De edad promedio, al cual corresponden las pacientes de 16 hasta 35 años.

Y por último pacientes Añosas al cual corresponden las pacientes de 36 años o más. Según esta división encontramos:

Juveniles	35 pacientes	10 pacientes
Edad promedio	82 pacientes	= 82%
Añosas	18 pacientes	= 18%

Total 100

b) Raza: Se tomaron 2 clases de raza a saber: Mestiza e Indígena:

Raza mestiza	96 pacientes	= 96%
Raza Indígena	4 pacientes	= 4%

Total 100

c) Estado Civil:

Solteras	11 pacientes	= 11%
Unidas	65 pacientes	= 65%
Casadas	24 pacientes	= 24%

Total 100

d) Procedencia:

Ciudad Guatemala	60 pacientes	= 60%
Departamentos	40 pacientes	= 40%

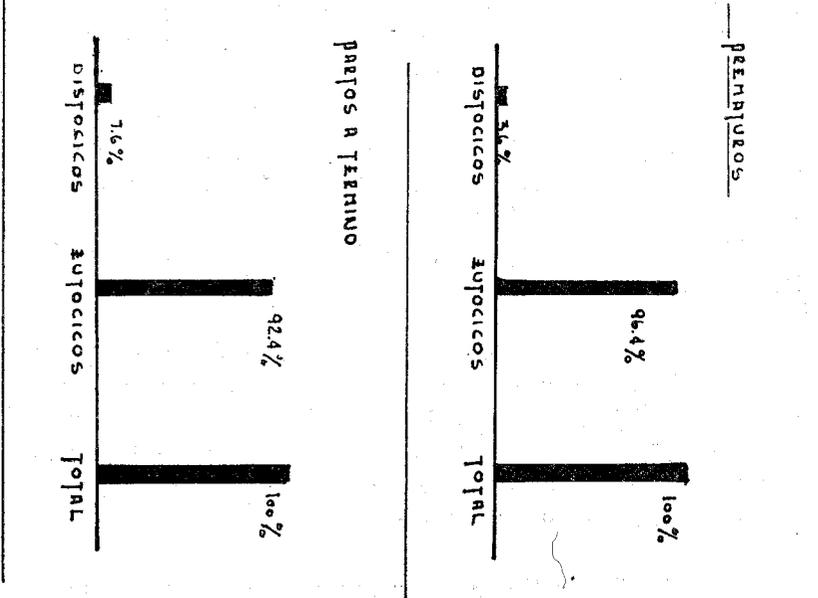
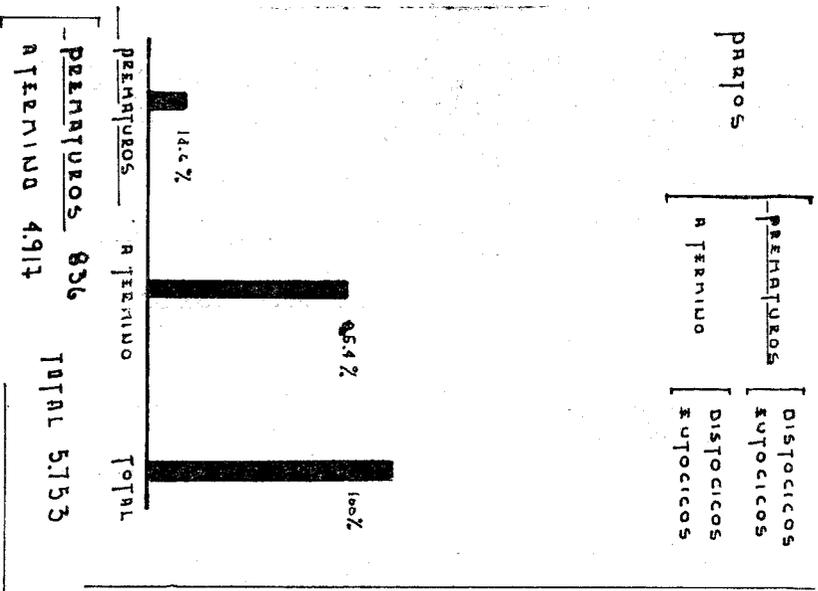
Total 100

e) Vivienda: Se tomaron tres clases de vivienda: buena, regular y mala. Buena, la vivienda de madera, adobe o cemento, con ventanas, sanitario y más de dos habitaciones. Regular, vivienda que carece de buen piso, sin ventanas, sin sanitario y solamente 2 habitaciones. Mala la vivienda consistente únicamente en una cobacha sin ventanas ni sanitario y en la cual vive toda una familia.

Vivienda buena	60 casos	= 60%
Vivienda regular	20 casos	= 20%
Vivienda mala	20 casos	= 20%

Total 100

DE JULIO A DICIEMBRE DE 1962



CUADRO NUMERO 1

f) Estado Nutricional: Bueno, regular y malo.

Estado nutricional bueno	38 pacientes	= 38%
Estado nutricional regular	7 pacientes	= 7%
Estado nutricional malo	55 pacientes	= 55%

Total 100

g) Enfermedades concomitantes con el embarazo: En este grupo en el cual se encuentra la anemia, fueron estudiadas las pacientes según la hemoglobina y hematocrito, tomando como límite normal 12 grs. de hemoglobina para una mujer embarazada. Además se encontraron otras enfermedades asociadas con el embarazo como son:

Anemia	38 pacientes	= 38%
Pre-eclampsia	8 pacientes	= 8%
Eclampsia	5 pacientes	= 5%
Lues	6 pacientes	= 6%
Polihidramnios	2 pacientes	= 2%
Hipertensión Arterial	2 pacientes	= 2%
Infección Urinaria	1 paciente	= 1%

Es bastante asombroso comparar la Sífilis como causa de parto prematuro en nuestro país, con los Estados Unidos de Norte América, pues en ese país la sífilis constituye un 40% de partos prematuros (según estadísticas) mientras que en Guatemala constituye un 6%, ya que los que se anotaron fueron los únicos con V. D. R. L. que se pudo comprobar posteriormente con Campo Oscuro.

h) Prenatal: En este grupo de prenatal se incluyen no solamente a las pacientes que tuvieron su control en el Hospital Roosevelt sino también a las que tuvieron en otros centros como lo son los Centros de Salud de Sanidad Pública. Encontrando:

Con Control Prenatal	38 pacientes	= 38%
Sin Control Prenatal	62 pacientes	= 62%

i) Paridad: Según el número de embarazos y partos que hubiesen tenido las pacientes, este grupo se dividió en

cuatro: Pacientes Primíparas, las que tenían su primer embarazo. Secundíparas, segundo embarazo. Pacientes Multíparas, las que habían tenido de 3 hasta diez embarazos y partos. Grandes Multíparas de 10 para arriba. Encontramos:

Primíparas	30 pacientes	= 30%
Secundíparas	13 pacientes	= 13%
Multíparas	52 pacientes	= 52%
Grandes multíparas	5 pacientes	= 5%

Total 100

j) Motivo de Ingreso: Este dato fue uno de los más importantes en la revisión de los casos que se presentan, pues nos sirvió de mucha ayuda para la determinación de la causa aparente del parto prematuro en Guatemala que más adelante se detalla. Las causas de ingreso principales fueron en orden de frecuencia:

Dolores de parto	70 pacientes	= 70%
Ruptura prematura de membranas	17 pacientes	= 17%
Convulsiones	5 pacientes	= 5%
Hemorragia Vaginal	3 pacientes	= 3%
Edema de Miembros Inferiores	3 pacientes	= 3%
Polihidramnios (Referidas)	2 pacientes	= 2%

Total 100

Parto: Como dijimos anteriormente el parto según las condiciones en que se lleve a cabo puede ser Eutócico y Distócico. Atendiendo a esto tenemos:

Partos Eutócicos	96.4%
Partos Distócicos	3.6%

Total 100

Feto: Consideramos de suma importancia consignar las condiciones del niño al nacer y las dividimos en cuatro grupos:



pos: 1) Nacieron muertos. 2) En malas condiciones y murieron inmediatamente o varias horas después de nacidos. 3) En malas condiciones y vivieron. 4) Nacieron en buenas condiciones. Así:

Nacieron muertos	11 niños	= 11%
Nacieron en malas condiciones y murieron posteriormente	30 niños	= 30%
Nacieron en malas condiciones y vivieron	12 niños	= 12%
En buenas condiciones	47 niños	= 47%

Como podemos ver en este grupo, la premadurez es una causa muy importante de la muerte del recién nacido y por consiguiente de la mortalidad infantil en Guatemala y en todos los países del mundo.

IV SUGERENCIAS PARA PROFILAXIS DEL PARTO PREMATURO EN GUATEMALA

Al haber revisado los registros de 100 pacientes que tuvieron su parto prematuramente y ver las principales causas, creemos que es obligación de todo médico que tenga a su cargo una paciente embarazada y que por lo tanto será una madre, explicarle lo que puede pasarle a ella y a su niño si durante el tiempo en que se encuentre embarazada no tiene una alimentación adecuada que llene las cantidades mínimas necesarias de calorías, hacerle por lo menos los exámenes de laboratorio indispensables como lo son la dosificación de Hemoglobina y hematocrito, ya que la anemia en nuestro medio según los casos estudiados fue la responsable de la mayoría de partos prematuros. No olvidar se también de hacer un examen completo de heces porque es conocido por todos nosotros lo frecuente que es la unicinariosis en Guatemala, enfermedad que trae como consecuencia la anemia secundaria de la paciente. Examen completo de orina, lo cual nos permitirá muchas veces descubrir una complicación del embarazo como lo son las toxemias: Preeclampsia y Eclampsia.

Otra recomendación muy importante que debe de hacerse a toda mujer casada o unida, es que debe de asistir a una clínica de prenatal desde que perciba los primeros síntomas del embarazo, y continuar sus controles periódicos mientras dure éste, recomendarle al principio con cualquier enfermedad que acuda inmediatamente a la clínica o al hospital para su control y tratamiento respectivo.

En vista de este trabajo preliminar creo o considero que debe hacerse un estudio más completo del parto prematuro, sus causas y consecuencias en vista de lo frecuente que es, ya que se obtuvo un 14.6%, y además hacer una investigación socio-económica de vivienda y costumbres de todos los hogares de pacientes que se presentan a control prenatal para bien, tanto de ellas como también de ayuda en la profilaxis de la premadurez en Guatemala.

CAUSA APARENTE DEL PARTO PREMATURO

Habiendo terminado de hacer este somero estudio, en el cual se revisaron 100 casos de partos prematuros en el hospital llegamos a la conclusión o determinación como causa aparente del parto prematuro que fue en orden de frecuencia:

- 1) Anemia y desnutrición.
- 2) Ruptura prematura de membranas.
- 3) Toxemias del embarazo.
- 4) Idiopática

V CONCLUSIONES

- 1) El índice de Premadurez fue de 14.6%.
- 2) Llama la atención que a pesar que la mayor parte de pacientes (62%) habitan una buena vivienda, su estado nutricional no guarda relación con sus aparentes condiciones de vida, ya que se reporta 55% de casos con mal estado nutricional.
- 3) La anemia resultó ser la enfermedad concomitante con el embarazo más frecuente, 38%.
- 4) Muy pocas pacientes acuden a la clínica prenatal (38%), lo cual constituye un inconveniente en la profilaxis del parto prematuro.
- 5) La mayor parte de casos ingresaron en franco trabajo de parto, (70%).
- 6) La mortalidad Neonatal del parto prematuro es muy alta (41%) lo cual indica la importancia que tiene en obstetricia dicho cuadro.
- 7) La causa más importante en nuestro medio en la etiología de la premadurez consideramos que fue la anemia y la ruptura prematura de membranas de acuerdo con los datos encontrados en los registros médicos revisados. (100).

Oscar Figueroa Zibara

Dr. César E. Monroy
Asesor.

Dr. Francisco Cerezo
Revisor.

Vo. Bo.
Dr. Carlos Armando Soto
Secretario.

Imprimase:
Dr. Carlos M. Monsón M.
Decano.



VI BIBLIOGRAFIA

- 1) Archivos del Departamento de Maternidad, Hospital Roosevelt.
- 2) Corzantes M. Mortalidad materna en el Hospital Roosevelt. Tesis de graduación.
- 3) Williams Obstetrics. Eastman, 12 Edición, 1961.
- 4) Dexeus Font. Tratado de Obstetricia, 1957.
- 5) Reid D. Text boock of Obstetrics, 1962.
- 6) J. Moraguez Bernat. Clínica Obstétrica. Octava Edición 1960.
- 7) American Journal of Obstetrics and Ginecology, May 1961, vol. 85.
- 8) American Journal of Obstetrics, And Ginecology Sep. 1961, vol. 82.
- 9) American Journal of Obstetrics and Ginecology, May 1962, vol. 83.
- 10) Obstetrics and Ginecology May. 1961, vol 17.
- 11) Obstetrics and Ginecology, June 1961, vol. 17.
- 12) Obstetrics and Ginecology Dec. 1962. vol. 20