

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZU
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA



FACTORES DE RIESGO PARA PARTO DE PRE TÉRMINO.
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
REGIONAL DE CORONEL OVIEDO DE JULIO A OCTUBRE DE
2017

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Liz Gabriela Figueredo Sosa

Coronel Oviedo - Paraguay

2017



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

FACTORES DE RIESGO PARA PARTO DE PRE TÉRMINO SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CORONEL OVIEDO DE JULIO A OCTUBRE DE 2017

LIZ GABRIELA FIGUEREDO SOSA

TUTOR: DR. ANÍBAL KAWABATA

Trabajo de Fin de Grado presentado a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú para la obtención del título de grado de Médico-Cirujano.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**FACTORES DE RIESGO PARA PARTO DE PRE TÉRMINO.
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
REGIONAL DE CORONEL OVIEDO DE JULIO A OCTUBRE DE
2017**

LIZ GABRIELA FIGUEREDO SOSA

Trabajo de Fin de Grado presentado para obtener el título de grado
de Médico Cirujano

Coronel Oviedo - Paraguay

Miembros del Tribunal Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

CALIFICACIÓN FINAL.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

DEDICATORIA

A Dios, Por darme la posibilidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón y por sobre todo iluminar mi mente, por permitirme llegar hasta lo que soy hoy día, haberme dado salud para lograr mis objetivos, 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 madre, María Liz: Por ser más que una madre, una compañera de lucha, por su dedicación, paciencia, y sobre todo por su amor, por sus noches de desvelo acompañándome, por su esfuerzo para que yo pudiera lograr cada una de mis metas, por fomentar en mi principios e ideales, sin ti esto no hubiera sido posible.

A mi padre, Adalberto: Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi formación , tanto académica , como de la vida .Por su incondicional apoyo en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi hermano y novio: Quienes me han brindado su apoyo y su ayuda desinteresada. Por su cariño y por estar en los momentos más importantes de mi vida.

A mis amigos y compañeros de estudio: Personas con las que he sobrellevado las más grandes adversidades de la vida, pasamos varios tropiezos durante estos largos años, pero gracias a la perseverancia y al apoyo mutuo nos hemos levantado con muchas más fuerzas y hoy día estamos llegando a la meta propuesta.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

AGRADECIMIENTOS

A mi Universidad: Mi querida Universidad Nacional de Caaguazú, gracias por permitirme formarme en ella, las oportunidades que me ha brindado son incomparables.

Profesores: Personas de gran sabiduría, quienes se han esforzado por ayudarme a llegar al punto en el que me encuentro. No ha sido fácil el proceso, pero gracias a las ganas de trasmitirme sus conocimientos y dedicación que los ha regido, he logrado importantes objetivos.

Compañeros y amigos: A mis compañeros y amigos, con los que he compartido grandes momentos. Por su apoyo y sus palabras de aliento para la culminación de este objetivo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

INDICE

RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	3
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
4. JUSTIFICACIÓN	8
5. OBJETIVOS	9
6. MARCO TEÓRICO.....	10
7. MARCO METODOLÓGICO	17
8. RESULTADOS	24
9. DISCUSION	44
10. CONCLUSIÓN	47
11. RECOMENDACIONES	48
13. ANEXOS	53



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de gestantes según edad. (n=150).....	24
Tabla 2. Distribución de Gestantes según patologías predisponentes. (n= 150)	29



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de gestantes según estado civil. (n=150)	25
Gráfico 2. Distribución de gestantes según procedencia. (n= 150).....	26
Gráfico 3. Distribución de gestantes según paridad. (n= 150)	27
Gráfico 4. Distribución de gestantes según controles prenatales realizados. (n= 150).....	28
Gráfico 5. Distribución de gestantes según presentación del feto. (n= 150).....	30
Gráfico 6. Frecuencia de parto pre termino. (n= 150)	31
Gráfico 7. Distribución de gestantes con parto pre termino según grupo de edades. (n= 29).....	32
Gráfico 8. Distribución de gestantes con parto pre termino según procedencia. (n= 29)	33
Gráfico 9. Distribución de gestantes con parto pre termino según estado civil. (n= 29)	34
Gráfico 10. Distribución de gestantes según tipo de parto pre termino. (n= 29).....	35
Gráfico 11. Distribución de gestantes con parto pre termino según controles prenatales. (n= 29).....	36
Gráfico 12. Distribución de gestantes con parto de pre termino según paridad. (n= 29)	37
Gráfico 13. Embarazo Múltiple en gestantes con parto pre termino. (n= 29) ...	38
Gráfico 14. Enfermedad hipertensiva del embarazo en gestante con parto pre termino. (n= 29)	39
Gráfico 15. Infección de vías urinarias en gestantes con parto pre término. (n= 29).....	40
Gráfico 16. Desprendimiento prematuro de placenta en gestantes con parto pre término. (n= 29)	41
Gráfico 17. Rotura prematura de membranas en gestantes con parto pre término. (n= 29)	42



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 18. Hipertensión arterial crónica en gestantes con parto pre termino. (n= 29).....43



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

RESUMEN

Introducción: La prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años con una incidencia del 75 - 80% de mortalidad y 50% de los daños neurológicos. Existen factores de riesgo prevenibles para parto prematuro que contribuye notablemente al descenso de la incidencia y la disminución de la mortalidad neonatal.

Objetivo: Describir la frecuencia de factores de riesgo para parto de pre término en gestantes que acuden al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017.

Sujetos y Métodos: Estudio observacional, descriptivo de corte transversal. Se incluyeron a 150 gestantes atendidas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017.

Resultados: La edad media fue de $26,36 \pm 6,84$. La frecuencia de parto pre término fue de 19,3%, de tipo prematuro tardío en un 89,65%. Los factores de riesgo fueron la edad menor de 20 años en un 34,49%, procedencia rural 65,52%, estado civil unión libre 48,27%, nulíparas 79,32%, control prenatal insuficiente 68,96%. Las patologías predisponentes fueron: infección de vías urinarias 27,59%; desprendimiento prematuro de membranas 20,69% y enfermedad hipertensiva del embarazo 6,90%.

Conclusión: Los factores de riesgo implicados en su mayoría demostraron ser modificables.

Palabras claves: Prematuridad, recién nacido pre término. (Bireme)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

ABSTRACT

Introduction: Prematurity is the leading cause of mortality in children under five years of age with an incidence of 75-80% mortality and 50% of neurological damage. There are preventable risk factors for preterm delivery that contributes significantly to the decrease in incidence and the reduction of neonatal mortality.

Objective: To describe the frequency of risk factors for preterm delivery in pregnant women who go to the Obstetrics and Gynecology Department of the Regional Hospital of Coronel Oviedo from July to October 2017.

Subjects and Methods: Observational study, descriptive of cross section. We included 150 pregnant women treated at the Regional Hospital of Coronel Oviedo from July to October 2017.

Results: The mean age was 26.36 ± 6.84 . The frequency of preterm labor was 19.3%, of late premature type in 89.65%. The risk factors were age under 20 years in 34.49%, rural origin 65.52%, civil union free 48.27%, nulliparous 79.32%, insufficient prenatal control 68.96%. The predisposing pathologies were: urinary tract infection 27.59%; premature detachment of membranes 20.69% and hypertensive disease of pregnancy 6.90%.

Conclusion: The risk factors involved mostly proved to be modifiable.

Keywords: Prematurity, preterm newborn. (Bireme)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el parto de pre término (PP) como el nacimiento antes de las 37 semanas y después de completadas las 20 semanas de edad gestacional, se relaciona con la morbilidad neonatal y presenta consecuencias adversas para la salud a corto y largo plazo, el conjunto de complicaciones en los recién nacidos pre término ocasiona altas tasas de mortalidad neonatal^{1, 2, 3}.

El PP es un problema para la Salud Pública en todo el mundo. Se calcula que nacen en el mundo 13.000.000 por año antes del término. Las cifras de prematuridad varían en los distintos continentes siendo América del Norte el que tiene mayor frecuencia 10,6% y el continente europeo el de menor frecuencia 6,2%^{4, 5}.

El embarazo de pre término presenta diversas causas que pueden desencadenar este evento. Alrededor del 40% de los casos no se logra identificar el factor desencadenante^{6, 7}.

Todos los años nacen a nivel mundial aproximadamente 15 millones de recién nacidos antes de llegar a término. La frecuencia de parto pre término oscila entre el 5 y 11% en países desarrollados mientras que se observa hasta 40% en países en vías de desarrollo⁸.

Paraguay, según la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), registra en promedio 112.000 nacimientos al año. El 7% de estos, son prematuros, donde un importante porcentaje de estos casos se da en madres adolescentes cerca del 18%⁹.

Se observa en el 5 - 10% de embarazos, en la que sólo el 20% de las gestantes con diagnóstico de trabajo de parto pre término culminan en un PP;



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

al cual se le atribuye entre 75 - 80% de mortalidad del recién nacido y del 50% de los daños neurológicos¹⁰.

Investigaciones describen diversos factores epidemiológicos en la producción del PP, así como características demográficas (edad), los antecedentes obstétricos y determinadas complicaciones, tales como: preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta y rotura prematura de membranas^{11, 12}.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Rodriguez S. y col. en su estudio titulado “Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles”, efectuado con 300 mujeres que finalizaron el embarazo entre las semanas 28 a 36 en el grupo de casos y 600 pacientes que lo hicieron entre las semanas 37 a 41 en el grupo de controles, en el periodo de abril a septiembre de 2011. Determinaron que los factores de riesgo para nacimiento prematuro en el grupo de casos fueron: edad materna mayor de 35 años (14.6%), placenta previa (9.3%) e infecciones urinarias (46%). La asociación de factores como la ruptura prematura de membranas y procesos infecciosos fue más significativa con cervicovaginitis (76%)².

Morgan F. y col., en su investigación denominada “Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pre término”, analizaron los registros clínicos de 748 nacimientos pre término atendidos del 2001 al 2006 en el Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa, México; concluyeron que el nacimiento pre término se asocia, significativamente, con el nivel socioeconómico bajo, sangrado transvaginal en la primera mitad del embarazo, nacimiento pre término previo, rotura prematura de membranas e infección urinaria³.

En la investigación “Factores maternos relacionados con el parto pre término y su repercusión en el neonato. Hospital Nacional Hipólito Unanue: 2002 -2006” realizada por Meza J., se estudiaron 285 casos de gestantes con diagnóstico de parto pre término y sus respectivos neonatos. Los resultados obtenidos fueron: los factores maternos como multiparidad, parto abdominal, ruptura prematura de membranas y edad gestacional de 24 a 30 semanas, se asocian con un incremento en la probabilidad de presentar morbilidad neonatal. Asimismo, la edad gestacional de 24 a 30 semanas se asocia con un incremento en la probabilidad de presentar depresión neonatal. También la



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

obesidad, la gran multiparidad, la edad gestacional de 24 a 30 semanas se asocian al incremento en la probabilidad de presentar asfixia neonatal. Finalmente, los factores maternos como control prenatal inadecuado, edad gestacional de 24 a 30 semanas, se asocian al incremento en la probabilidad de presentar mortalidad neonatal⁴.

Rodrigo E y col., en su estudio “Factores asociados al parto pre término en adolescentes atendidas en la maternidad del Hospital Ángela Iglesia de Llano de Corrientes, entre 2009 y 2011”, mostraron que las madres en adolescencia temprana tuvieron 5,4 veces más probabilidades de culminar el parto antes de las 37 semanas. El hábito tabáquico incrementó 5,5 veces más las probabilidades de desencadenar parto pre término en relación con aquellas que no presentaban dicho hábito. Por último, el no convivir con la pareja aumentó en 1,1 veces las probabilidades de presentar parto pre término en relación con aquellas que estaban acompañadas. Además, éstas madres adolescentes concurren a la institución sin los controles prenatales necesarios, siendo la atención prenatal, adecuada y precoz, fundamental para que el embarazo y el parto se desarrollen sin complicaciones y lleguen a término⁶.

En el estudio realizado por Pérez M, denominado “Factores de riesgo asociados a prematuridad en pacientes del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García” enero a diciembre 2014, en el que se incluyeron 200 prematuros (casos) y 400 recién nacido a términos sanos (controles) , concluyó que las madres de los recién nacidos prematuros tenían entre 20 a 34 años de edad (72.5%), eran primíparas (30.5%) con < 6 controles prenatales (59%); y que las madres que procedían de la zona rural, sin ningún nivel de instrucción y con nivel de instrucción primaria , con antecedente de prematuridad se asociaron a parto pre término¹³.

Jaramillo J y col, en su investigación titulado " Factores asociados con parto pre término en el tercer nivel de Atención en Salud Manizales julio 2004 a junio 2005", concluyeron que la no realización de control prenatal, la preeclampsia



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

durante el embarazo actual, la ruptura prematura de membranas, el embarazo múltiple y el antecedente de parto prematuro, se asociaron significativamente con la presentación de parto prematuro. No habiendo diferencias en las variables de edad, estado civil, procedencia, estado socio-económico, gravidez, paridad, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y hábitos nocivos entre los grupos de casos y controles¹⁴.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El PP constituye un problema de salud pública a nivel mundial. Su frecuencia oscila entre 10 al 15 % de todos los partos, cifras que varían según el nivel de desarrollo de cada país. No obstante, las innovaciones tecnológicas y el cuidado neonatal, no han logrado disminuir la prevalencia en las últimas décadas^{4, 13}.

En países de Europa se observa que la incidencia de parto pre término es de entre 5 y 7% de los nacidos vivos, mientras que en Estados Unidos alcanza 12%².

En Latinoamérica la incidencia global es de 9%. Cada año nacen cerca de 12 millones de niños de los cuales 400.000 mueren antes de cumplir cinco años de edad, siendo 135.000 por prematuridad^{2, 5}.

El PP es considerado un problema de suma importancia en obstetricia, presenta una incidencia aproximada de 10-11% que varía entre las diferentes poblaciones según los factores de riesgo presentes, constituye la principal causa de morbi-mortalidad neonatal en el mundo, causante del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las complicaciones neurológicas no reversibles de los niños prematuros¹⁴.

En un informe realizado por el Hospital Central del Instituto de Previsión Social (IPS), refiere que de 8.000 nacimientos registrados en forma anual; el 13 % se dan de forma prematura¹⁵.

Este evento está asociado a variables demográficas, antecedentes obstétricos y complicaciones del embarazo actual. Se han relacionado al PP factores demográficos entre los que se destacan: la edad materna (mujeres menores de 15 y mayores de 35 años), así como la falta de atención prenatal. Algunas patologías maternas y fetales finalizan en PP; las principales son:



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, hipertensión arterial e infección de vías urinarias¹⁶.

Debido a que los factores relacionados al parto prematuro en su mayoría son de causas prevenibles, en este trabajo se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgo para parto de pre término. Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017?



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

4. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación busca describir la frecuencia de factores de riesgo para parto de pre término en gestantes que acuden al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017, ya que es considerado un centro de referencia importante donde acuden mujeres de diferentes distritos del departamento de Caaguazú, a fin de proporcionar evidencia acerca del parto prematuro y sus diversos factores de riesgos y las consecuencias que implica para el neonato.

Los datos estadísticos obtenidos a través de este estudio facilitarían la realización de investigaciones futuras de mayor envergadura.

La importancia del presente estudio radica en la identificación de los factores de riesgo para parto pre término, contribuyendo al mejor conocimiento del comportamiento de estos factores, lo que servirá al diseño de estrategias para la reducción de la morbilidad materna y morbimortalidad neonatal.

Los resultados proporcionados con dicha investigación serán elevados a las autoridades pertinentes capaces de realizar intervenciones a fin de reducir la morbi-mortalidad neonatal y optimizar la salud materna de todas las pacientes que acuden al mencionado Hospital.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

5.1.1 Describir la frecuencia de factores de riesgo para parto de pre término en gestantes que acuden al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017.

5.2 Objetivos Específicos

5.2.1 Conocer los factores sociodemográficos predisponentes para parto de pre término en gestantes que acuden al Servicio de Gineco-Obstetricia.

5.2.2 Identificar los antecedentes obstétricos predisponentes a parto de pre término en las gestantes atendidas.

5.2.3 Establecer la frecuencia de las patologías predisponentes a parto de pre término.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6. MARCO TEÓRICO

6.1. Epidemiología

Aproximadamente 15 millones de niños nacen anualmente de forma prematura, cada año mueren más de 1 millón de prematuros en el mundo. La tasa mundial de nacimientos prematuros ha aumentado un 14%; de ellos cerca de 11 millones (85%) se concentran en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excepto México) se registraron 0,5 millones respectivamente, y en América Latina y el Caribe 0,9 millones⁸.

La tasa de nacimientos prematuros oscila desde el 8% ó 9% en los países ricos hasta el 12% en los pobres. En España, la tasa de prematuridad que se reporta es de 9,5-10% del total de nacimientos prematuros. En Chile, la tasa de partos prematuros se encuentra entre el 5-6%, en México su incidencia es de 5 a 10% de todos los embarazos; en Uruguay las cifras de prematuridad oscilan entre el 6 y el 15%. El PP en Colombia tiene una incidencia del 11,4%. En Yucatán, México, la frecuencia de neonatos prematuros fue de 12,4%; la incidencia de PP en Cuba se encontraba entre un 8,0 y 9,0%; gracias a los eficientes servicios de salud, actualmente la tasa se encuentra por debajo del 5,0% como media nacional, pero constituye la principal causa de mortalidad perinatal. En el municipio Ciego de Ávila, según un estudio realizado en el período 2009 al 2012, el PP se manifestó entre el 5,6% y 7,1% de los partos, lo que es de importancia relativa para los indicadores de mortalidad infantil dada las complicaciones neonatales como resultado del parto antes de las 37 semanas de gestación⁸.

En el Paraguay según la OMS/OPS se registra en promedio 112.000 nacimientos al año. El 7% de estos, son prematuros. En un informe realizado por el Hospital Central del IPS, refiere que de 8.000 nacimientos registrados en forma anual; el 13 % se dan de forma prematura^{9, 15}.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6.2. Definición de Parto Pre Término.

Según la OMS se considera prematuro a un recién nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación¹.

En el Perú la guía del MINSA 2010 refiere que es el nacimiento de un recién nacido que se produce después de las 22 semanas de gestación y antes de completar las 37 semanas, con independencia del peso al nacer¹⁷.

Según la Guía de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas del Hospital María Auxiliadora es la culminación de la gestación entre las 20 semanas y menor a las 37 semanas con amenorrea confiable y calculadas a partir del primer día de la fecha de la última menstruación y cuyos recién nacidos tienen entre 500 y 2499 gr de peso al nacer¹⁸.

6.3. Clasificación

Según la edad gestacional¹⁹:

Prematuro tardío: aquellos nacidos mayores a 32 hasta las 37 semanas, representan el 84 % del total de nacimientos prematuros. La mayoría sobrevive con atención de apoyo.

Muy prematuros: aquellos nacidos mayores de 28 hasta las 32 semanas. Estos neonatos requieren atención de apoyo adicional. Un alto porcentaje sobrevive.

Extremadamente prematuros: aquellos nacidos entre las 22 hasta las 28 semanas. Estos recién nacidos requieren la atención más intensiva y costosa para sobrevivir. En los países desarrollados, estos neonatos tienen un 90% de posibilidades de supervivencia, aunque pueden sufrir discapacidades



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

física, neurológicas y de aprendizaje. En países de bajos ingresos, sólo el 10% sobrevive.

6.4. Factores de riesgo

Generalidades.

Un factor de riesgo se define como cualquier evento (orgánico, psíquico, social o ambiental) cuya presencia aumenta la aparición del daño ²⁰.

El cuidado materno es considerado pilar fundamental, debido a que se puede inferir en éste a través de la información sobre el auto cuidado previo a la concepción y durante el embarazo. El PP es un fenómeno global y multicausal, en la que en muchos casos no se pueden determinar el factor desencadenante del trabajo de parto de manera anticipada, algunos estudios refieren que en un 40% esto no es posible, lo que impide la efectividad de las intervenciones en la mejora de la salud materna y fetal, siendo el PP el responsable principal de las muertes perinatales ^{7, 20}.

En forma general se suelen agrupar a los factores de riesgo para parto pre término en factores socio demográficos, factores asociados a antecedentes obstétricos y a patologías maternas.

6.4.1 Factores Socio demográficos:

Edad Materna

Sin duda alguna los extremos de edad para la maternidad no son los estados más idóneos para el desarrollo saludable de esta etapa; la edad inferior a los 17 y superior a 35 es factor de riesgo en un 7% para presentar PP. El embarazo adolescente es considerado de alto riesgo para la salud tanto de la madre como del recién nacido, que incluso podría llevarlos hasta la muerte. Los riesgos provienen por la falta de madurez de las estructuras pélvicas y del



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

sistema reproductor en general. En las pacientes de edad avanzada, la misma influye en las estructuras anatómicas vasculares como mayor riesgo de aterosclerosis, un probable inicio de la disminución hormonal y otros factores propios de la edad^{20, 21}.

Estado civil

Investigaciones afirman que existe diferencia significativa entre ser soltera o tener algún otro tipo de relación, y por ello es considerado como un factor de riesgo para presentar PP. La estabilidad de la pareja, no influye en la presencia de la prematuridad sino que influye en los estados de estabilidad emocional y socioeconómica de la madre lo cual la predispone a presentar PP²¹.

Procedencia

Según algunos estudios en cuanto a la procedencia, el hecho de provenir de una zona rural se asocia en forma significativa con el PP, en cambio otras literaturas mencionan que la misma no se asocia con la ocurrencia de recién nacidos prematuros^{20, 22}.

6.4.2 Antecedentes Obstétricos:

Control Prenatal

Se entiende por control prenatal a la serie de visitas programadas o entrevistas de la gestante con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar el desarrollo del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. La cantidad mínima de controles prenatales es de 5. Las madres sin control prenatal o con control insuficiente tienen niños más gravemente prematuros que aquellos con control mínimo eficiente. Esto se debe a que el control prenatal, permite detectar factores de



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

riesgos, lo que permite realizar intervenciones preventivas y terapéuticas oportunas durante la gestación reduciendo la morbilidad y mortalidad materna y perinatal^{23, 24}.

Número de Paridad

En cuanto a la variable paridad la literatura afirma que la multiparidad está asociada a la ocurrencia de morbilidad neonatal, aumentando 1,74 veces la probabilidad de que se presente el PP^{4, 21}.

Embarazo múltiple

Los embarazos múltiples, casi 50% de los embarazos dobles y prácticamente todos los embarazos múltiples con tres o más fetos, culminan antes de las 37 semanas, con duración promedio menor en relación al número de fetos (36 semanas para los gemelares, 33 para los triples y 31 para los cuádruples)².

6.4.3 Factores patológicos:

Enfermedad Hipertensiva Inducida por el embarazo (EHE)

El 10 a 15 % de la EHE , ocurren antes de las 34 semanas de edad gestacional, causando PP y es responsable del 25 % de todos los casos de retraso de crecimiento intrauterino, siendo la EHE una enfermedad específica de la placenta que tiene como única terapéutica definitiva la interrupción del embarazo; por tal motivo es considerada como un síndrome multisistémico idiopático, caracterizado por la hipoperfusión tisular generalizada y que está relacionada con una respuesta placentaria anormal^{21, 25}.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Infección de Vías Urinarias (IVU)

La IVU es la presencia de microorganismos patogénicos en el tracto urinario. Se diagnostica mediante el urocultivo con una cuenta $\geq 10^5$ unidades formadoras de colonias (UFC). El 30,2% a 52,8% de los PP son debido a infecciones urinarias. Así mismo, la infección urinaria incrementa el riesgo de PP 2,32 veces¹.

Las causas más frecuentes de infecciones durante el embarazo son las del tracto urinario, el aumento de esta patología se debe a la presencia de cambios fisiológicos que predisponen a la estasis urinaria y la infección. La causa más frecuente de infección es Escherichia Coli, la cual coloniza el periné, asciende por la uretra para multiplicarse e infectar la vejiga, el riñón y las zonas adyacentes²⁰.

La vía más frecuente de infección es la ascendente, que se produce desde la vagina y cuello uterino. La incidencia de esta patología se calcula entre 10-15% de los embarazos. Dentro de las infecciones del aparato genitourinario se incluyen la bacteriuria asintomática (2-11%), pielonefritis aguda (1-2%), cistitis aguda (1,5%)²⁵.

Desprendimiento prematuro de placenta (DPP)

La metrorragia del embarazo por desprendimiento de placenta prematura es un factor de riesgo tan importante como el embarazo múltiple. El desprendimiento prematuro de placenta (DPP) pertenece al grupo de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo²³.

El DPP es un factor de riesgo para el PP y aumenta 5,7 veces más la aparición de este evento²³.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Rotura prematura de membranas (RPM)

La rotura prematura de membranas (RPM) se define como la solución de continuidad espontánea de las membranas ovulares antes de haber iniciado el trabajo de parto. La RPM es de etiología multifactorial, y cuando sucede pre término, en muchos casos no se puede detectar la causa; no obstante, la infección intraamniótica está presente en el 30 a 60% de las pacientes con edades gestacionales tempranas. En el 3 a 18% de los casos de RPM se produce en edades gestacionales menores a 37 semanas, siendo una importante causa de prematuridad. En países latinoamericanos 1 de cada 7 nacimientos es prematuro y una de las principales causa es RPM²⁵.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7. MARCO METODOLÓGICO

7.1. Tipo de estudio y diseño general

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal.

7.2. Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación. Criterios de inclusión y exclusión

7.2.1. Universo

Pacientes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017.

7.2.2. Selección y tamaño de la muestra

La muestra fue recolectada por muestreo no probabilístico de casos consecutivos y se incluyeron a todas las pacientes gestantes atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó una prevalencia de 11,3% de un estudio denominado Epidemiología y factores de riesgo para el parto pre término realizado en la Universidad Militar de Nueva Granada, Colombia de enero de 2006 a junio de 2008.

Utilizando el programa estadístico SPSS 2.0[®], con una prevalencia de 11,3% y un error estimado del 5% con un tamaño muestral de 145 pacientes.

Tamaño de la población: 2476



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Proporción esperada: 11,30%

Amplitud del intervalo de confianza: 95,0%

Precisión: 5%

Muestra: 145

7.2.3. Unidad de análisis

Paciente gestante que acudió en el Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017.

7.2.4. Criterios de inclusión

Gestantes de 14 a 50 años

7.2.5. Criterios de exclusión

Pacientes con cesárea programada.

7.3 Variables de Estudio

7.3.1 Operacionalización de las variables.

VARIABLES DE ESTUDIO				
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				
Variable	Definición conceptual	Tipo	Indicador	Definición operacional
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Cuantitativa Discreta	Numérica	Años cumplidos.
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función	Cualitativa nominal	1.Soltera 2.Casada 3.Unión Libre 4.Viuda	Registro Cívico referido en la Historia



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

	de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.		5.Separada	Clínica.
Procedencia del paciente	Lugar de residencia	Cualitativa nominal	1.Rural 2.Urbana	Se tomará en cuenta el distrito

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS				
Variable	Definición conceptual	Tipo	Indicador	Definición operacional
Control prenatal	Número de controles prenatales documentados	Cualitativa nominal	1.No adecuado: Ningún control prenatal o 2. < 6 controles prenatales 3. Adecuado: Control prenatal > o = a 6.	Registro de la Historia Clínica.
Edad Gestacional	Edad Gestacional medido en semanas cumplidas.	Cuantitativa discreta	Número de semanas	Edad Gestacional al momento de la gestación y/o interrupción del parto como pre término
Número paridad	Número de partos documentados	Cualitativa nominal	1. Nulípara: No tuvo ningún parto. 2. Primípara: 1 parto.	Registro de la Historia Clínica.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

			3. Multíparas: 3 o más partos. 4. Gran Multípara: con 5 partos	
Embarazo múltiple	Presencia de más de un feto en la gestación previa al estudio.	Cualitativa nominal	1.Si 2.No	Se definirá por la presencia de más de 1 producto en el embarazo durante el periodo de estudio

VARIABLES DE ESTUDIO				
FACTORES PATOLÓGICOS				
Variable	Definición conceptual	Tipo	Indicador	Definición operacional
Pre eclampsia	Es una complicación exclusiva del embarazo, definido por hipertensión arterial después de las 20 semanas.	Cualitativa nominal	1.Si 2.No	Se tendrá en cuenta según el registro en la historia perinatal.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Infección urinaria	Presencia de infección urinaria durante el embarazo, con síntomas o diagnosticados laboratorialmente	Cualitativa nominal	1.Si 2.No	Se tendrá en cuenta según el registro en la Historia Clínica.
Hipertensión arterial	Cifras tensionales elevadas durante el embarazo.	Cualitativa nominal	1.Si 2.No	Hipertensión arterial documentada o de reciente diagnóstico
Desprendimiento prematuro de la placenta	Desprendimiento de la placenta antes de las 37 semanas durante el 3er. Trimestre.	Cualitativa nominal	1.Si 2.No	Antecedente de desprendimiento de la placenta en el tercer trimestre documentado en la historia clínica.
Rotura prematura de membranas	Diagnóstico de rotura prematura de membrana considerado después de las 20 y antes de las 37 semanas.	Cualitativa nominal	1.Si 2.No	Antecedente de rotura prematura de membranas constatada en la ficha clínica



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7.4 Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos, métodos de control de calidad de datos

Se empleó un cuestionario sobre los factores de riesgo para parto de pre término en pacientes gestantes, documentados en las historias clínicas de pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017. La misma consta con 3 (tres) secciones:

I- Variables Socio demográficas

II- Antecedentes Obstétricos.

III- Factores Patológicos.

La elaboración de la base de datos se llevó a cabo en una planilla de Microsoft Excel 2010©. Dicha recolección fue realizada por el mismo autor.

7.5 Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación

7.3.1 Consentimiento informado y Confidencialidad

Para el acceso a las historias clínicas del Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo se realizó una solicitud de ingreso, la cual fue dirigida a las autoridades correspondientes. En todo momento se mantuvo la Confidencialidad, Justicia, e Igualdad con el actuar antes, durante y después del trabajo con los expedientes de las pacientes incluidas en el estudio.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7.6 Plan de análisis

La información recabada se registró en una base de datos confeccionada mediante la planilla electrónica de Microsoft Excel 2010[®] y analizada con el paquete estadístico SPSS 2.0[®].

Las variables cualitativas fueron descritas en valores de frecuencia absoluta y de porcentaje que luego fueron representadas en gráficos y tablas para su mejor presentación. Las variables cuantitativas descritas por medidas de tendencia central y de dispersión.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

8. RESULTADOS

Ingresaron al estudio 150 embarazadas que consultaron en el Hospital Regional de Coronel Oviedo.

Tabla 1. Distribución de gestantes según edad. (n=150)

EDAD - AÑOS	FRECUENCIA	%
< 20 años	33	22.0
20 – 24	36	24.0
25 – 29	33	22.0
30 – 34	23	15.3
> 35 años	25	16.7
Total	150	100

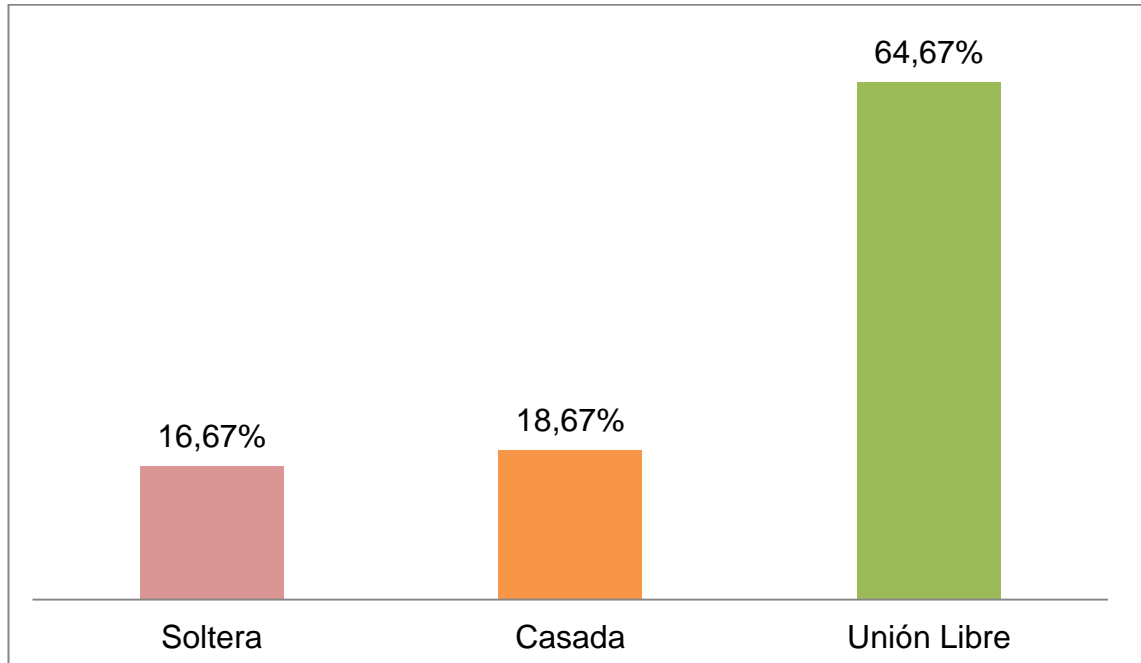
Fuente: Factores de riesgo para parto de pre término. Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017

La edad promedio de las mujeres embarazadas fue de $26,36 \pm 6,84$ años. De ellas el 24,00% (36/150) se encuentran entre 20 -24 años.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 1. Distribucion de gestantes según estado civil. (n=150)



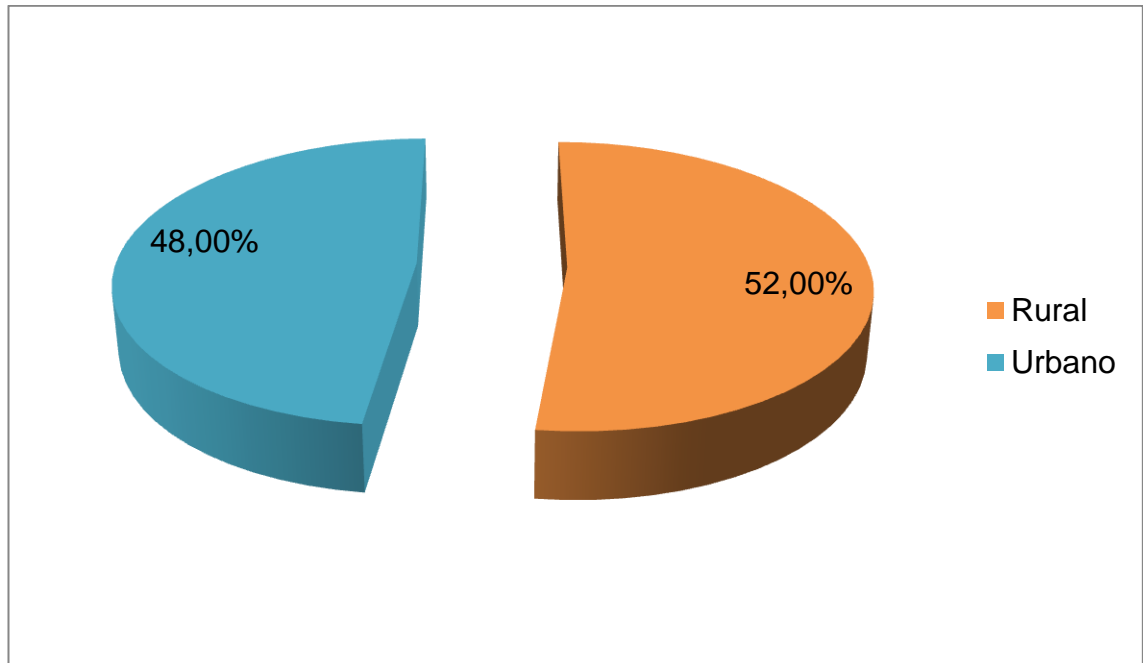
Fuente: Factores de riesgo para parto de pre término. Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017

De las gestantes el 64,67% (97/150) corresponde a unión libre, 18,67% (28/150) fueron casadas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 2. Distribucion de gestantes según procedencia. (n= 150)



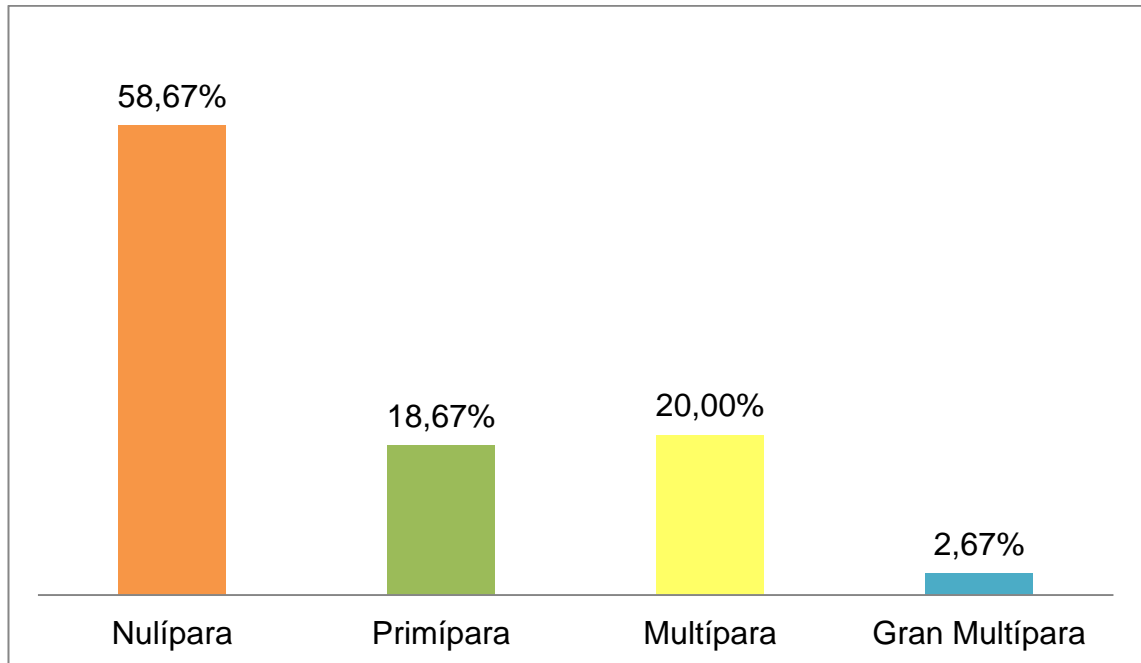
Fuente: Factores de riesgo para parto de pre término. Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017

El 52,00% (78/150) de las pacientes fueron de procedencia rural.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 3. Distribución de gestantes según paridad. (n= 150)



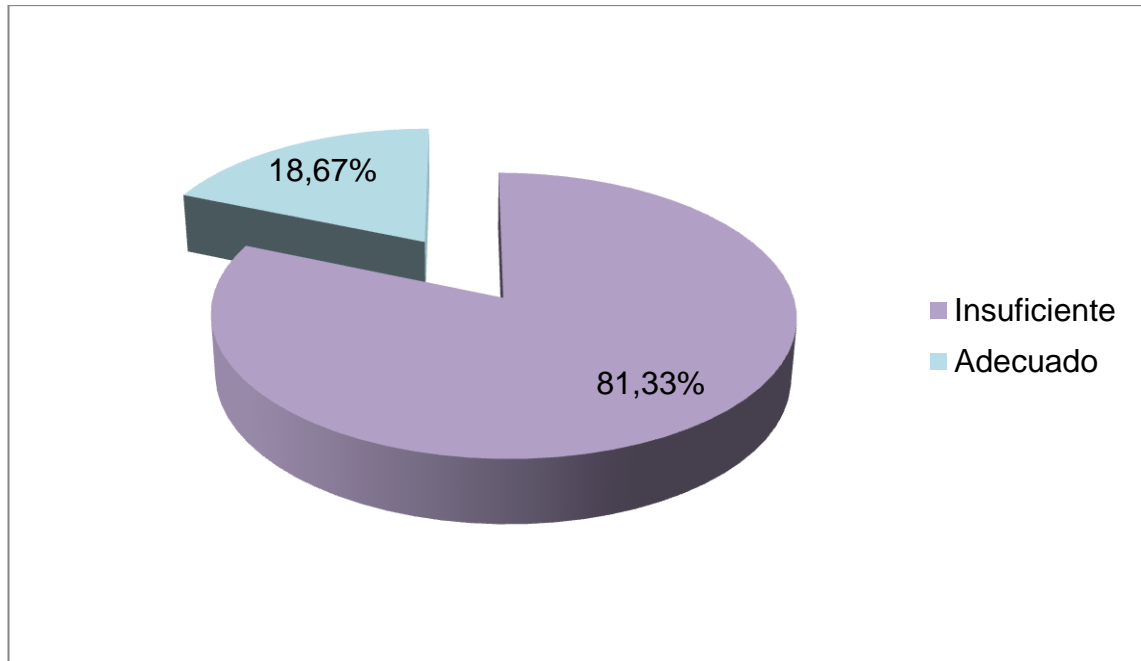
Fuente: Factores de riesgo para parto de pre término. Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017

En cuanto a los antecedentes obstétricos el 58,67% (88/150) de las gestantes fueron nulíparas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 4. Distribución de gestantes según controles prenatales realizados. (n= 150)



Fuente: Factores de riesgo para parto de pre término. Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017

En cuanto a los controles prenatales realizados por las gestantes, el 81,33% (122/150) presentaron un número insuficiente de controles.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Tabla 2. Distribución de Gestantes según patologías predisponentes. (n= 150)

Patologías Predisponentes	SI		NO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad Hipertensiva del Embarazo	4	2,67%	146	97,33%
Infección de vías Urinarias	15	10,00%	135	90,0%
Desprendimiento Prematuro de Placenta	7	4,67	143	95,33%

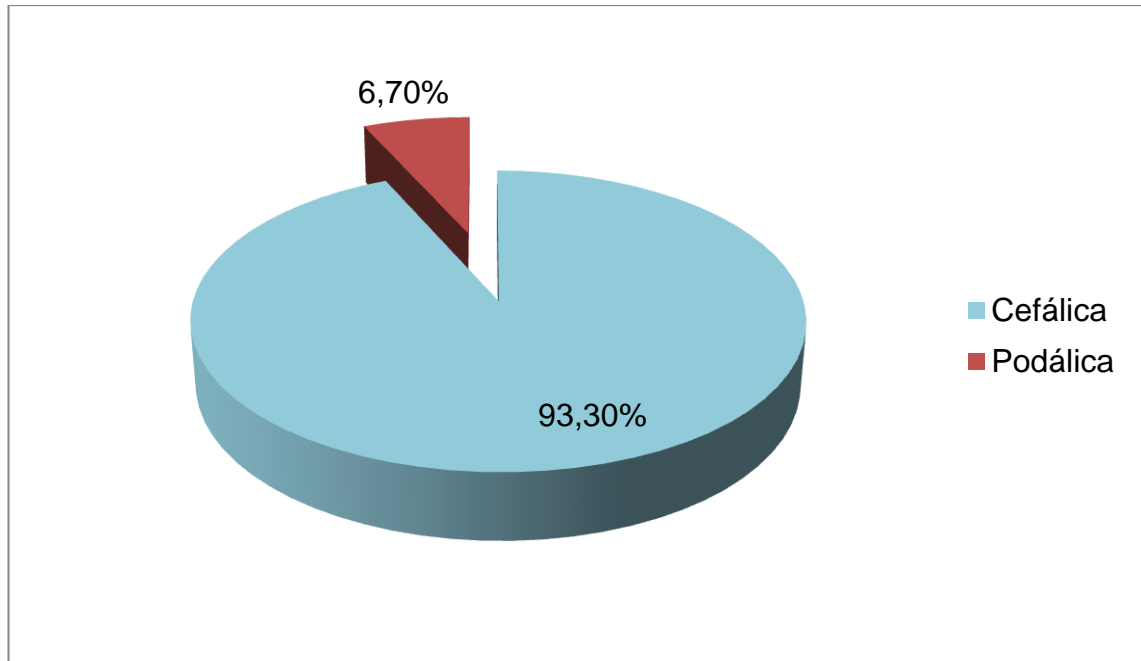
Fuente: Factores de riesgo para parto de pre término. Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017

De las gestantes la patología más frecuente fue la infección de vías urinarias en un 10,00% (15/150), y el desprendimiento prematuro de membrana en un 4,67% (7/150).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**Gráfico 5. Distribucion de gestantes según presentación del feto.
(n= 150)**



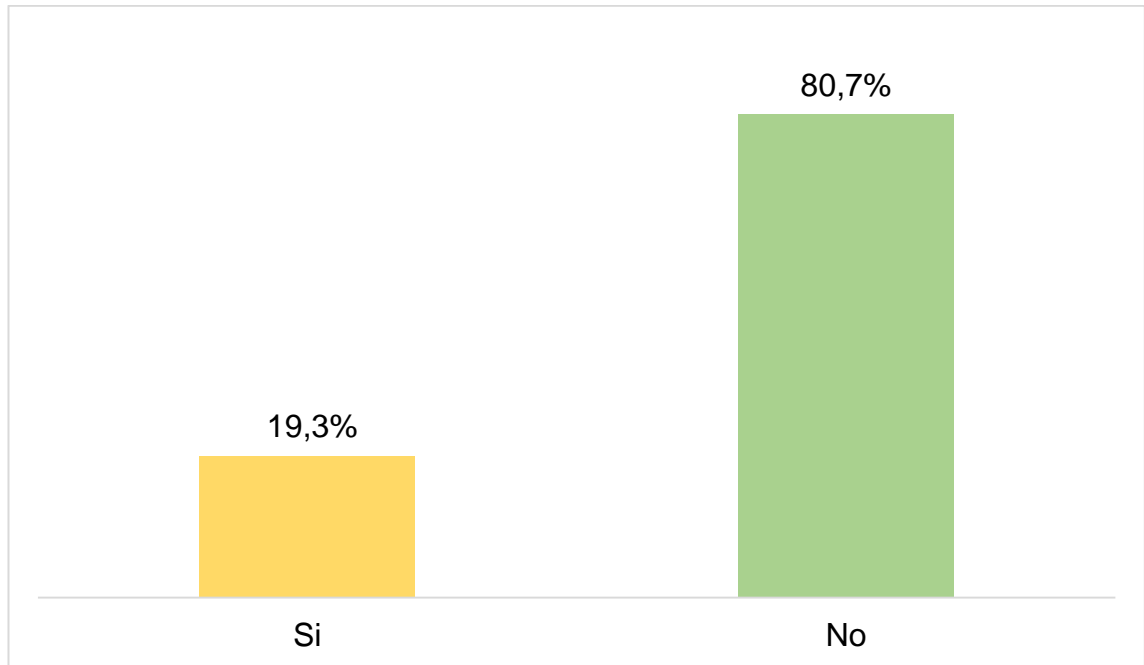
Fuente: Factores de riesgo para parto de pre término. Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017

La forma de presentación más frecuente fue cefálica en 93,30% (140/150), y de forma pelviana en un 6,70% (10/150).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 6. Frecuencia de parto pre termino. (n= 150)



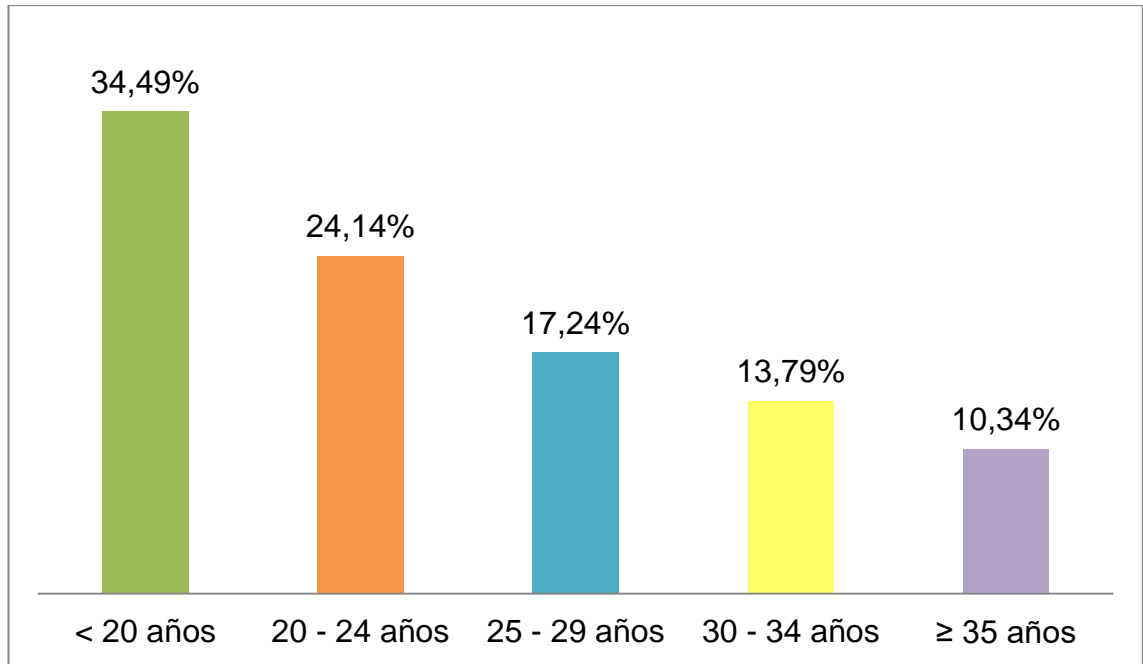
Fuente: Factores de riesgo para parto de pre término. Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017

Del total de las gestantes atendidas el 19,3% (29/150), presentó parto de pre término.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 7. Distribución de gestantes con parto pre término según grupo de edades. (n= 29)



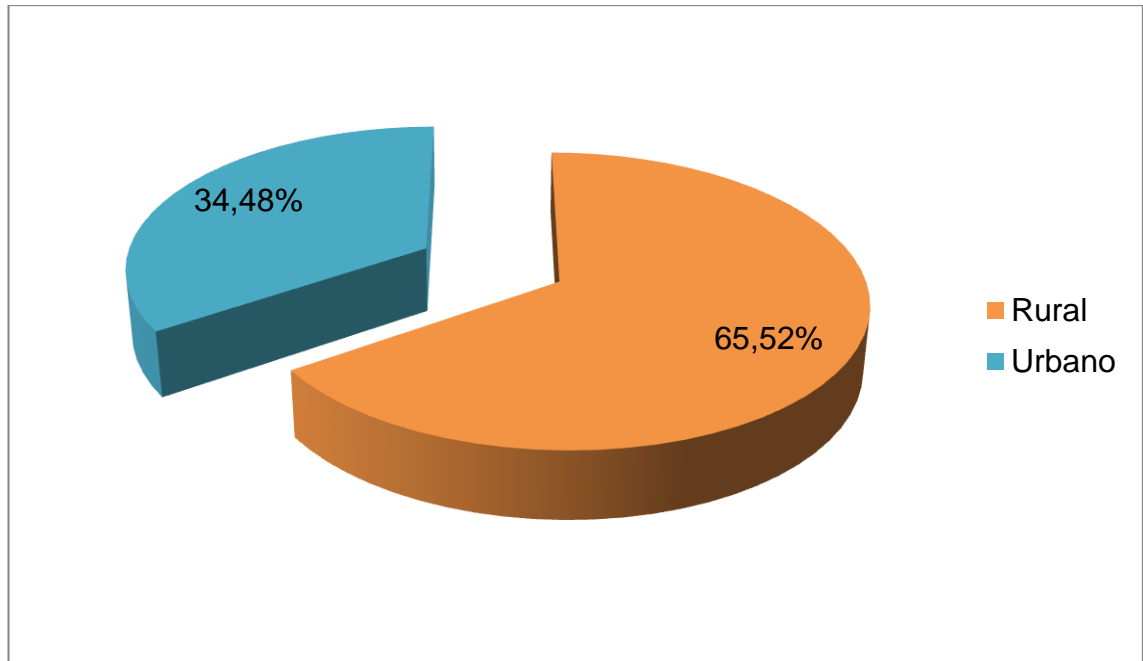
Fuente: Factores de riesgo para parto de pre término. Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017

Con mayor frecuencia en un 34,49% (10/29), las gestantes con parto de pre término fueron menores de 20 años, en un 24,14% (7/29) con edades comprendidas entre 20 – 24 años.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 8. Distribución de gestantes con parto pre termino según procedencia. (n= 29)



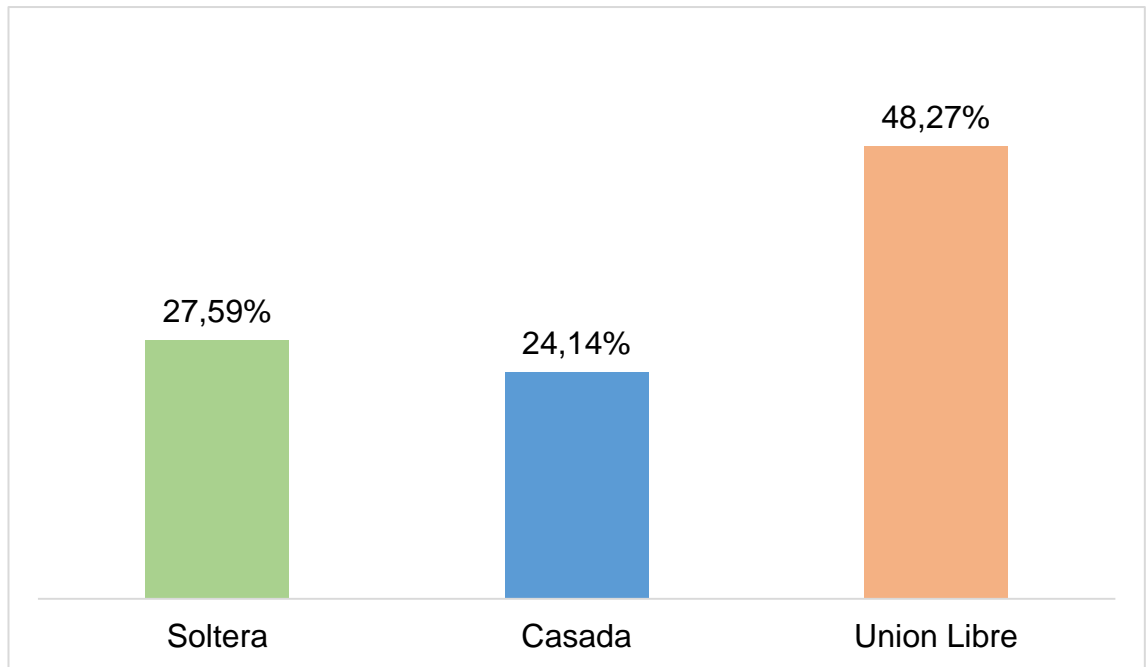
Fuente: Factores de riesgo para parto de pre término. Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017

El 65,52%(19/29) de las gestantes eran de procedencia rural.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 9. Distribución de gestantes con parto pre termino según estado civil. (n= 29)



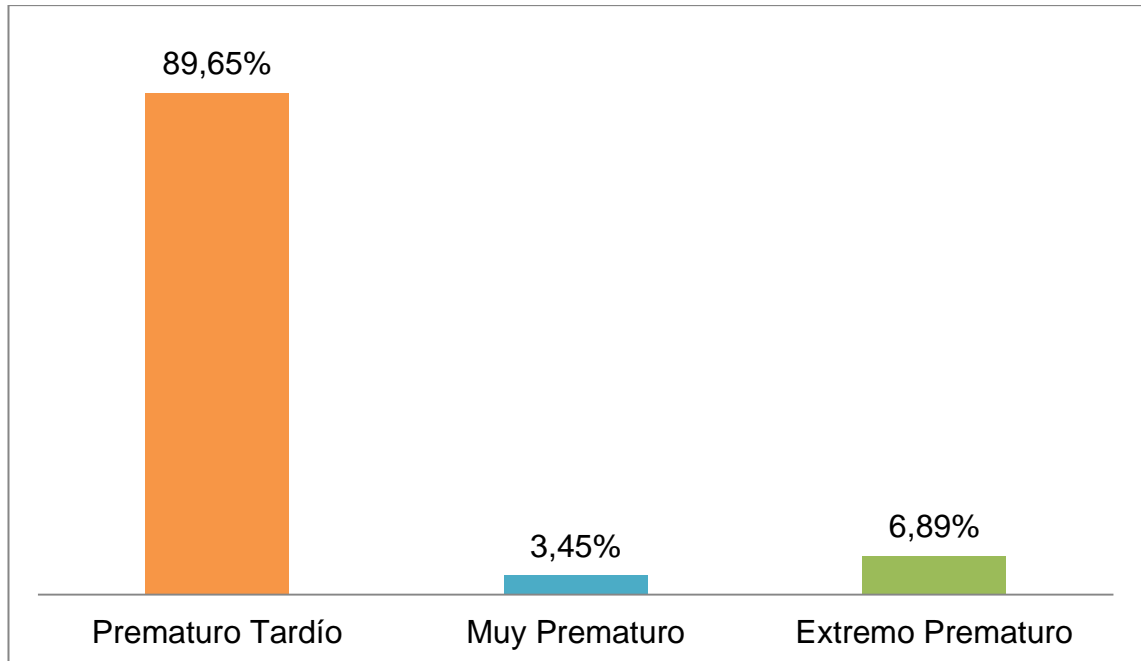
Fuente: Factores de riesgo para parto de pre término. Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017

De las gestantes con parto de pre termino el 48,27% (14/29) corresponde a unión libre, 27,59% (8/29) fueron solteras.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 10. Distribución de gestantes según tipo de parto pre termino. (n= 29)



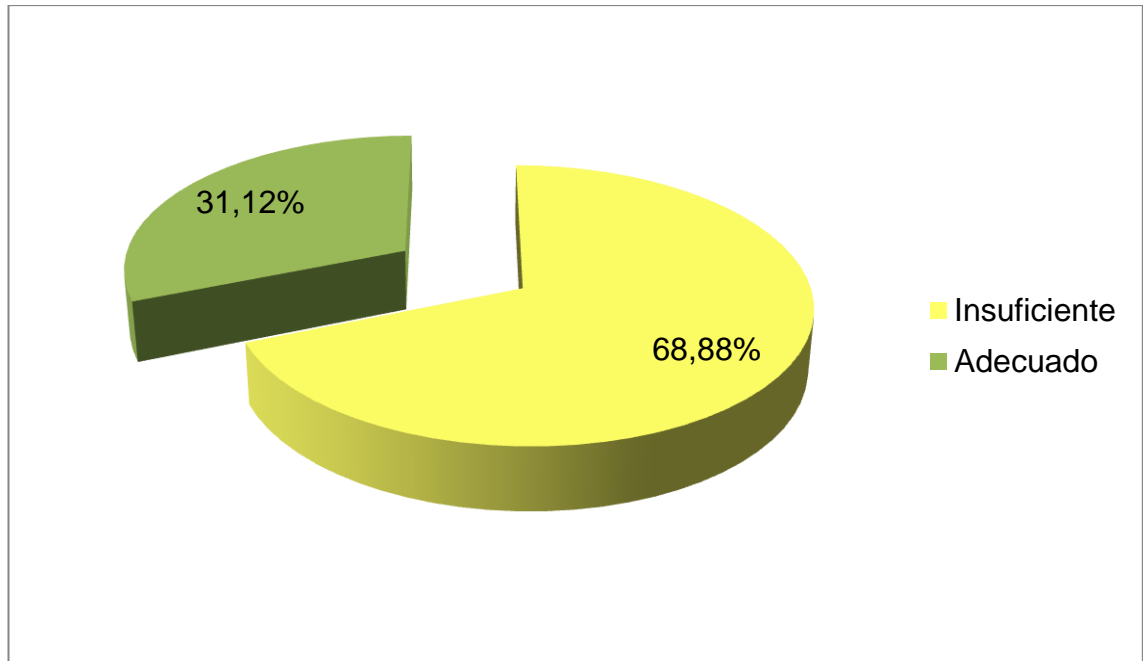
Fuente: Factores de riesgo para parto de pre término. Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017

De los nacimientos prematuros el 89,65% (26/29) fue de tipo prematuro tardío.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 11. Distribución de gestantes con parto pre termino según controles prenatales. (n= 29)



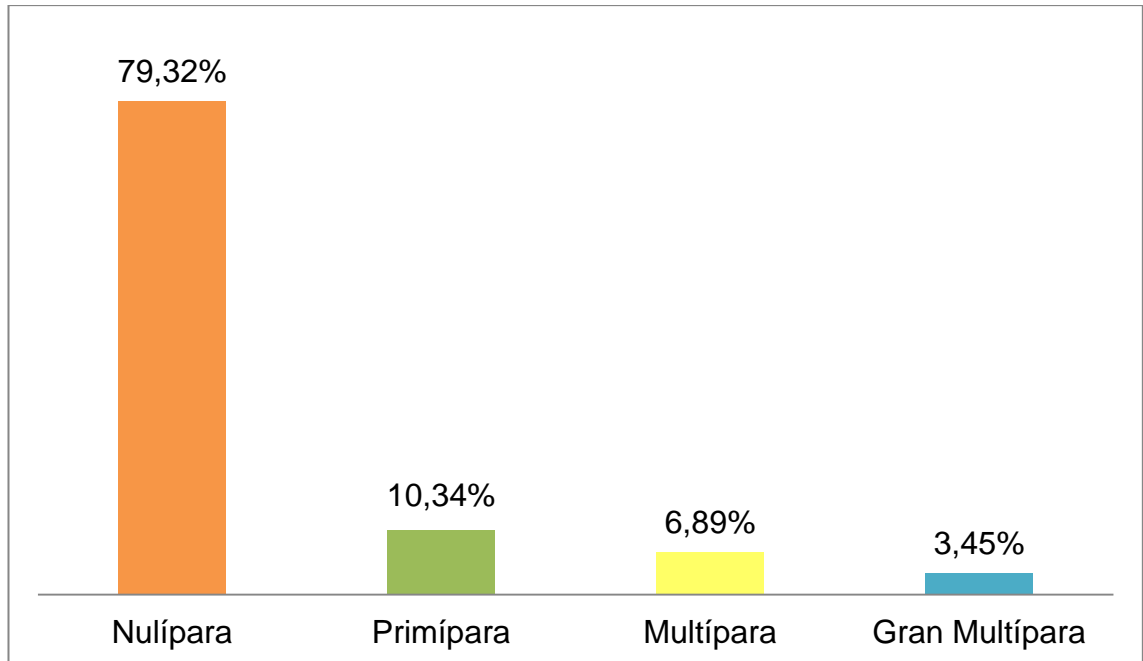
Fuente: Factores de riesgo para parto de pre término. Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017

Se observó que 68,88% (20/29) de las pacientes con parto de pre término, presentaron controles prenatales insuficientes.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 12. Distribución de gestantes con parto de pre termino según paridad. (n= 29)



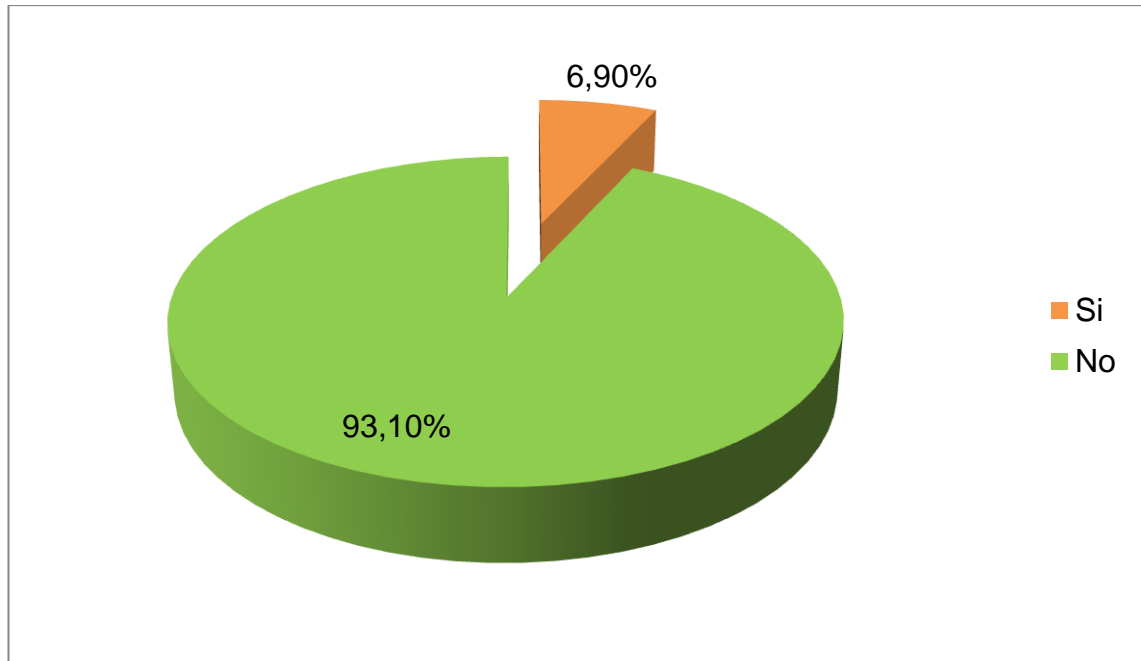
Fuente: Factores de riesgo para parto de pre término. Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017

En un 79,32% (23/29) de las pacientes con parto de pre termino se documentó que fueron nulíparas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 13. Embarazo Múltiple en gestantes con parto pre termino. (n= 29)



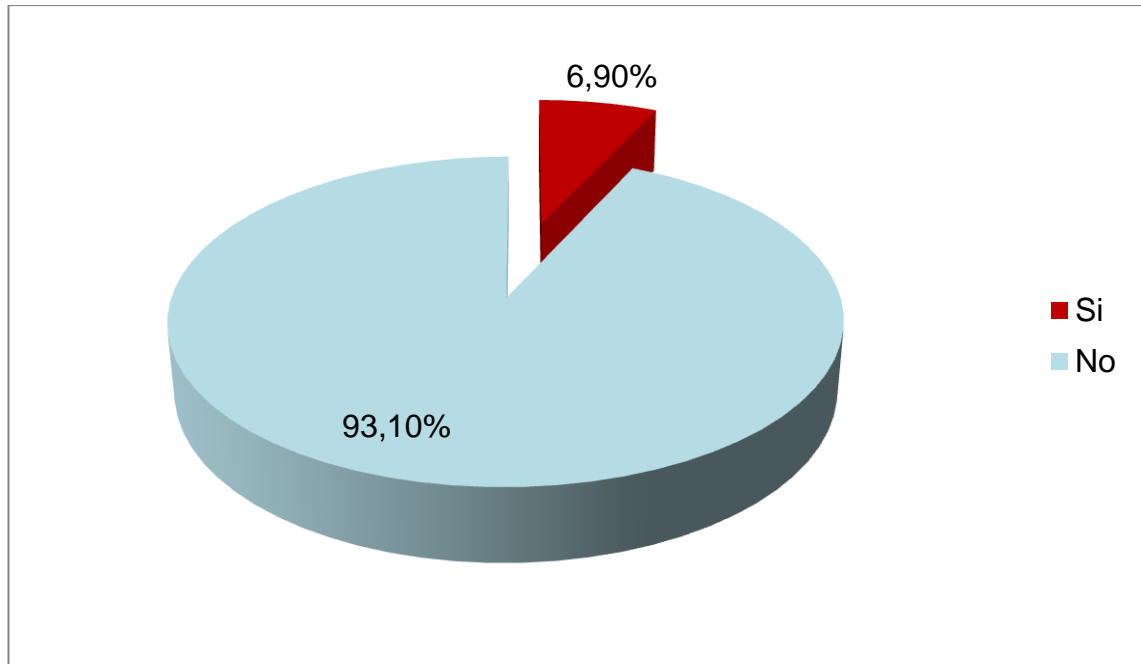
Fuente: Factores de riesgo para parto de pre término. Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017

El 6,90%(2/29) de las pacientes con parto de pre termino presentaron embarazo múltiple.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 14. Enfermedad hipertensiva del embarazo en gestante con parto pre termino. (n= 29)



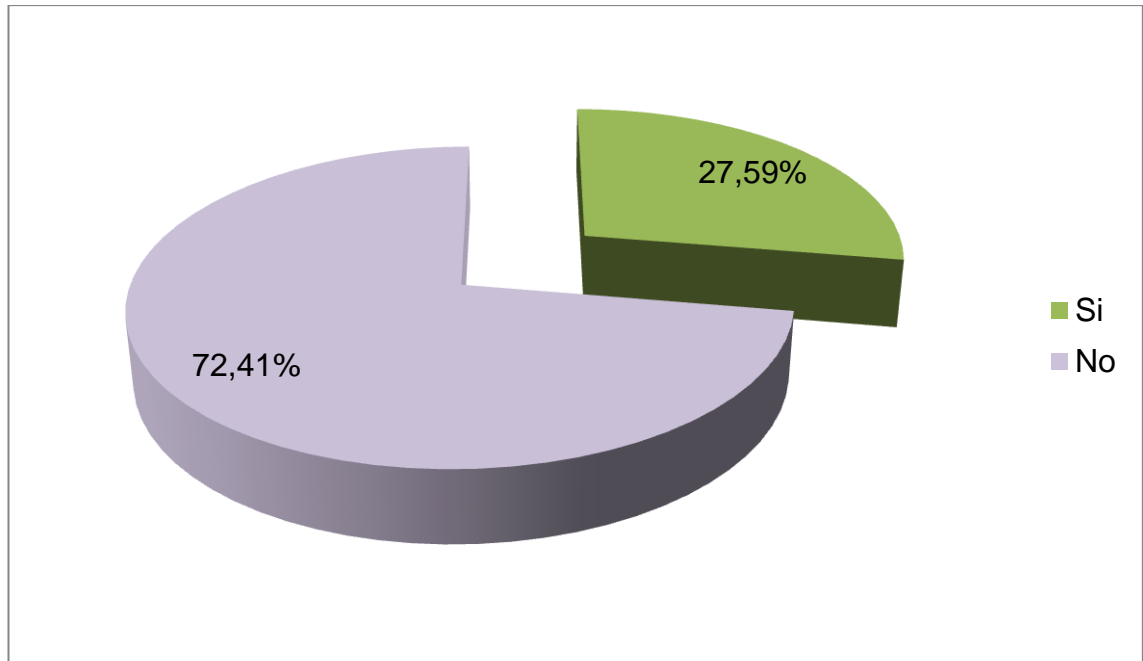
Fuente: Factores de riesgo para parto de pre término. Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017

El 6,90% (2/29) de las pacientes con parto de pre término fueron portadoras de enfermedad hipertensiva del embarazo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 15. Infección de vías urinarias en gestantes con parto pre término. (n= 29)



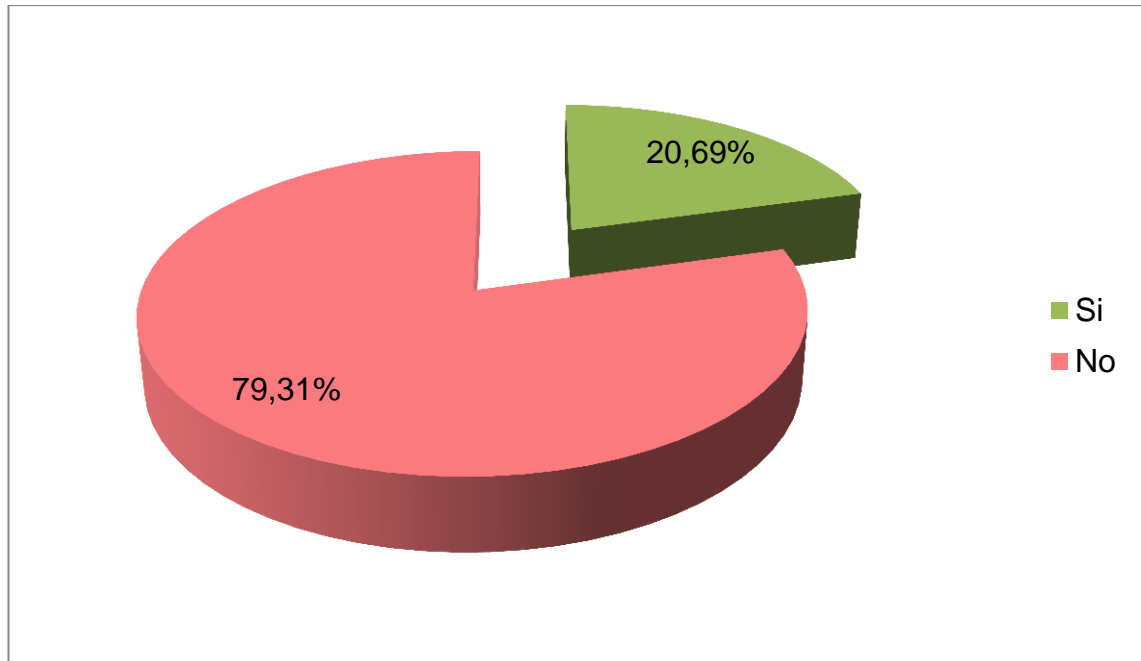
Fuente: Factores de riesgo para parto de pre término. Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017

De las pacientes con diagnóstico de pre término el 27,59% (8/29) presentó infección de las vías urinarias.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 16. Desprendimiento prematuro de placenta en gestantes con parto pre término. (n= 29)



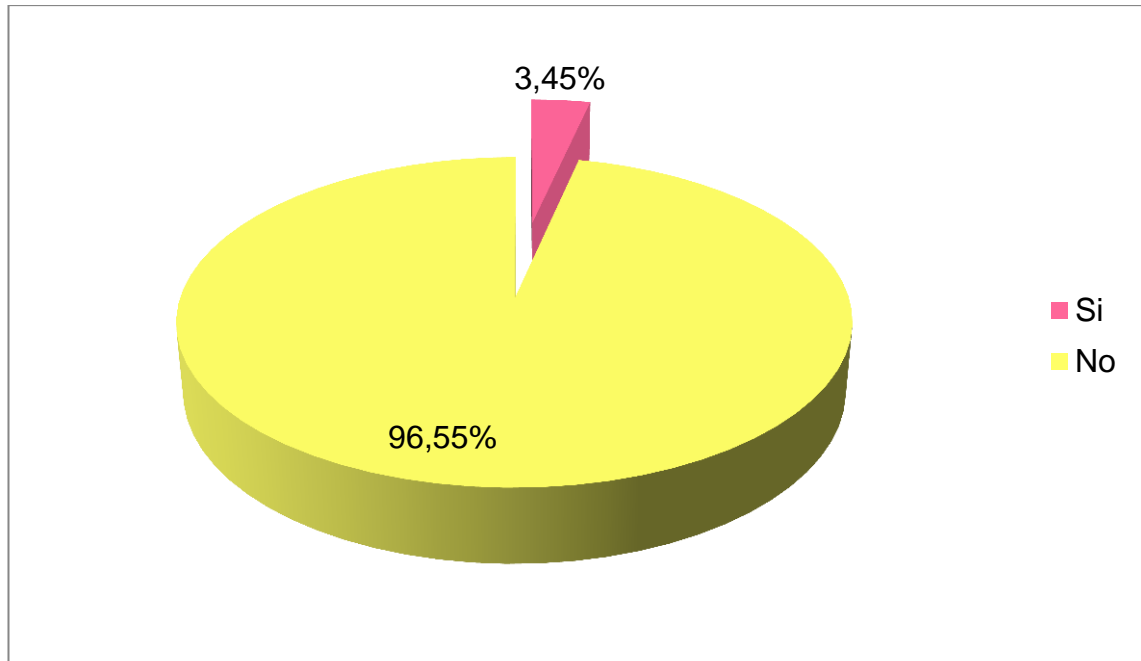
Fuente: Factores de riesgo para parto de pre término. Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017

De las pacientes con diagnóstico de pre término el 20,69% (6/29) presentó desprendimiento prematuro de membrana.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 17. Rotura prematura de membrana en gestantes con parto pre término. (n= 29)



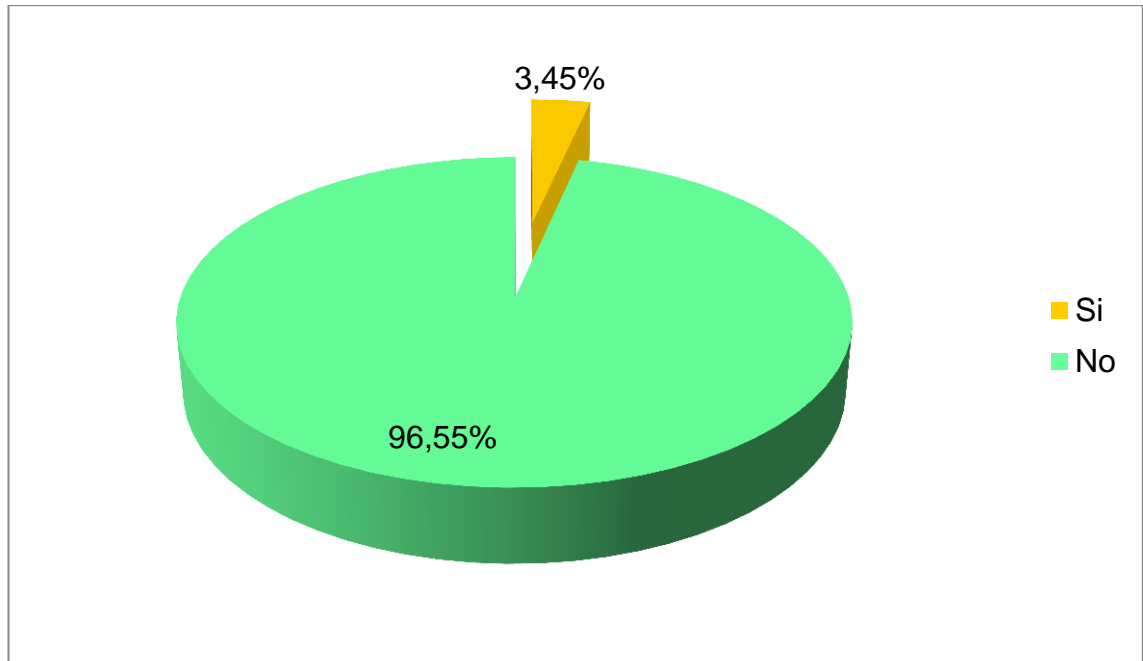
Fuente: Factores de riesgo para parto de pre término. Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017

De las pacientes con parto de pre término en un 3,45% (1/29) presentó rotura prematura de membrana.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 18. Hipertensión arterial crónica en gestantes con parto pre término. (n= 29)



Fuente: Factores de riesgo para parto de pre término. Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017

El 3,45% (1/29) de las pacientes con parto de pre término presentaron hipertensión arterial crónica.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

9. DISCUSION

Se incluyó en el estudio a un total de 150 gestantes atendidas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo durante el año 2017, la edad promedio de las mujeres embarazadas en general fue de $26,36 \pm 6,84$ años.

En este estudio se constató que la prevalencia de parto pre término es de 19,3% (29 pacientes), cifra que es superior a la prevalencia encontrada en la investigación de Rodríguez R y col, denominada “Epidemiología y factores de riesgo para parto pre termino en el Servicio de Maternidad del Hospital Militar Central”, donde obtuvieron una prevalencia de 11,3%²⁶.

Considerando la edad de las pacientes se constató que la mayor proporción de PP se observa en mujeres menores de 20 años en un 34,49%, cifra similar con la obtenida en el estudio de Vílchez, que fue de 31% (n=31)²⁰.

De los partos de pre término registrados el 89,65% fue parto prematuro tardío con nacimiento entre las 32 y menor a 37 semanas, 3,45% muy prematuro nacidos antes de las 32 semanas y 6,89% extremo prematuro los nacidos antes de las 28 semanas, resultado que se asemeja a los obtenidos por Díaz Ramírez donde el 77,67% de partos pre términos correspondieron a prematuro tardío, 18,75% a muy prematuro y 3,58% a prematuro extremo²³.

En referencia al estado civil de las embarazadas, de un total de 29 pacientes, 48,27% corresponde a unión libre, 27,59% solteras y 24,14% casadas. Cifras similares con los trabajos de Jaramillo y col “Factores asociados con parto pre término en el Tercer Nivel de Atención en Salud en Manizales. Julio 2004 - Junio 2005” encontrándose 45,3% de mujeres con unión libre y de Pérez., “Factores de riesgo asociados a prematuridad en pacientes del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García, enero a diciembre 2014” que observó 37,6% pacientes en unión libre. Este resultado difiere de lo



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

hallado en el estudio “Epidemiología y factores de riesgo para parto pre termino en el Servicio de Maternidad del Hospital Militar Central, realizada por Rodriguez y col, que fue 58,3% de casadas^{13, 14, 26}.

Teniendo en cuenta la procedencia, el estudio de Villamonte “Factores de riesgo del parto pre término. Instituto Materno Perinatal” refiere que la mayoría de las gestantes provenían de zonas rurales, al igual que esta investigación en cuyo análisis arrojó un 65,52% de procedencia rural²².

De los antecedentes obstétricos estudiados como factores de riesgo se constató en cuanto a la paridad que en un 79,32% de las pacientes con parto de pre termino fueron nulíparas, 10,34% primíparas, resultado que se asemeja a los obtenidos por Vílchez donde el 76,2% de la mujeres tenían menos de 3 partos, es decir se observa con menos frecuencia en las multíparas²⁰.

En cuanto a los controles prenatales realizados por las gestantes de este estudio, el 68,96% presentaron un número insuficiente de controles, mientras que solo el 31,04% fueron controles en número adecuado. El estudio Díaz Ramírez en el análisis bivariado se asociaron con parto de pre termino espontáneo el control prenatal deficiente en un 79,5%, cifras que superan a los datos hallados en este estudio²³.

La investigación “Factores de riesgo asociados a parto pre término en gestantes del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015”, que tiene como autores a Guadalupe y col., encontraron al embarazo múltiple como factor de riesgo en un 13,11%, valor que duplica a lo encontrado en esta investigación que fue de 6,90%²⁶.

Con respecto a las patologías predisponentes en las pacientes con parto de pre termino se documentó, infección de vías urinarias en un 27,59%, cifra que difiere de la investigación de Ugalde y col, donde esta patología se presentó en una cifra mucho mayor llegando al 54,3%¹.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

En referente al desprendimiento prematuro de membrana el valor obtenido tras el análisis fue bastante elevado siendo 20,69%, en comparación a 5,5% hallado en un estudio publicado por Guadalupe Huamán y col²¹.

En el estudio publicado por Pérez, la proporción de enfermedad hipertensiva del embarazo encontrada fue 7,8% cifra muy similar a este trabajo donde se observa 6,90% de esta patología¹³.

Al hablar de rotura prematura de membranas, la investigación de Sánchez halló un elevado porcentaje de rotura prematura de membranas con cifras de 34,4%, dato que no concuerda con el resultado descrito en este estudio²⁵.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

10. CONCLUSIÓN

La frecuencia de parto de pre término registrados en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo fue alta.

Dentro de los factores sociodemográficos de riesgo para parto prematuro se destacó la edad menor a 20 años con una elevada frecuencia.

En las mujeres con unión libre predominó el nacimiento prematuro.

De los antecedentes gineco-obstétricos se constató una alta incidencia de controles prenatales insuficientes en las gestantes con parto de pre término.

Predominó el parto prematuro tardío con nacimientos entre las 32 a 37 semanas de gestación.

Se observó mayor frecuencia de partos prematuros en las nulíparas.

De las patologías predisponentes a parto de pre término se constató por orden de frecuencia la presencia de infecciones urinarias, seguido de desprendimiento prematuro de membranas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

11. RECOMENDACIONES

Considerando el conjunto de evidencias y la información obtenida, es imprescindible que la prevención de parto pre término tenga un enfoque multidisciplinario.

Fortalecer el conocimiento sobre todo de la importancia de los controles prenatales, el embarazo precoz y sus complicaciones y su impacto sobre la morbilidad neonatal en el ámbito hospitalario como en los colegios, universidades y lugares de concurrencia de mujeres.

En base al presente estudio realizado se sugiere reconocer los factores de riesgo en las gestantes que acuden al control prenatal para tomar medidas preventivas y evitar el parto pre término, dando mayor énfasis a los encontrados en el estudio por la relevancia que presentan.

Los factores de riesgo documentados en este estudio son factores potencialmente modificables como la edad materna, la adhesión a controles prenatales, la nuliparidad que refleja la falta de conocimiento de la madre, por lo que se recomienda fehacientemente realizar estudios de tipo prospectivos y de intervención sobre programas que aumenten el conocimiento de las madres acerca de los factores de riesgo del parto prematuro y sus consecuencias.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Ugalde D, Hernández MG, Ruiz MA, Villarreal E. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pre término en adolescentes. Rev chil Obstet Ginecol 2012;77(5):338-34.
2. Rodríguez S, Ramos R, Hernández RJ. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex 2013;81:499-503.
3. Morgan F, Cinco A, Douriet FA, Báez J, Muñoz J, Osuna I. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pre término. Ginecol Obstet Mex 2010;78(2):103-109.
4. Meza J, Factores maternos relacionados con el parto pre término y su repercusión en el neonato. Hospital Nacional Hipólito Unanue:2002-2006. Rev Per Obst Enf 3(2) 2007.
5. Villanueva LA, Contreras AK, Pichardo M, Rosales J. Perfil epidemiológico del parto prematuro. Ginecol Obstet Mex 2008;76(9):542-8.
6. Rodrigo EI, Toñanes MN, Auchter M, Gómez F. Factores asociados al parto pre término en adolescentes atendidas en la maternidad del Hospital Ángela Iglesia de Llano de Corrientes, entre 2009 y 2011.
7. Calderón J, Vega G, Velásquez J, Morales R, Vega AJ. Factores de riesgo materno asociados al parto pre término. Rev Med IMSS 2005;43 (4):339-342.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

8. Díaz DM, Retureta SE, Vega Y, Martínez FY, Hidalgo M, Pulido I. Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el Policlínico Norte de Ciego de Ávila, 2011-2012. *Mediciego* 2015; Vol.21 no.3.
9. Organización Mundial de la Salud. En el Día Mundial del Prematuro promueven vínculo familiar para salvar vidas. Asunción: (OPS/OMS); 2017. Disponible en: <http://www.paho.org/par/index.php>
10. Orbegoso ZN. Infección del tracto urinario como factor de riesgo asociado al desarrollo de amenaza de parto pre término en gestantes que acuden al Hospital Nacional Hipólito Unanue, entre Julio y Setiembre del 2015. [tesis doctoral] Universidad Ricardo Palma. 2016.
11. Alemán KN, Dolmuz CI. Principales factores de riesgo asociados a parto pre término de 28 a 36 semanas, en pacientes atendidas en el Hospital Berta Calderón Roque, de Julio 2014 a Junio 2015. [tesis doctoral] Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2015.
12. Genes VB., Factores de riesgo asociados al parto pre término. *Rev.Nac (Itauguá)*. Vol.4 (2) Dic. 2012, Pág. 8-14.
13. Pérez MJ., Factores de riesgo asociados a prematuridad en pacientes del Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" Enero a diciembre 2014. [tesis doctoral] Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2015.
14. Jaramillo JJ, López IR, Arango F. Factores asociados con parto pre término en el tercer nivel de Atención en Salud en Manizales. Julio 2004 - Junio 2005. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol.57 No.2 • 2006 • (74-81).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

15. Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Alertan a futuros padres de aumento de partos prematuros en Paraguay. 2 de noviembre de 2017. Disponible en: <http://www.ultimahora.com/c1116576>
16. Escobar B, Gordillo LD, Martínez H. Factores de riesgo asociados a parto pre término en un Hospital de Segundo Nivel de Atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55(4):424-8.
17. Ministerio de Salud Subsecretaria de Salud Pública. Guía Clínica Prevención Parto Prematuro. Santiago de Chile. Ministerio de Salud Subsecretaria de Salud Pública; 2010. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wpcontent/uploads/2016/04/Prevenci%C3%B3n-Parto-Prematuro.pdf>
18. Ministerio de Salud. Dirección de salud II Lima Sur. Hospital Maria Auxiliadora. Guías de Práctica Clínica Para la Atención de Emergencias. Lima-Perú. Obstétricas. Ministerio de Salud. Dirección de salud II Lima Sur; 2012. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiaGinecologia.pdf>
19. Sánchez IV. Gestante adolescente como factor de riesgo para parto pre término en el Hospital Nacional Dos de Mayo periodo Junio – Octubre del 2015. [tesis doctoral] Universidad Ricardo Palma. 2016
20. Vílchez AG. Factores de riesgo de parto pre término: Un estudio caso-control con mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Alemán entre julio del 2014 y junio del 2015. [tesis doctoral] Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2016
21. Guadalupe HM, Oshiro S. Factores de riesgo asociados a parto pre término en gestantes del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- María Auxiliadora durante el año 2015. Rev. Fac. Med. Hum. 2017;17(1):32-42.
22. Díaz CM., Factores de riesgo obstétrico asociados al parto pre termino en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo enero a diciembre de 2007.[tesis doctoral]Universidad Nacional de Trujillo.2009
23. Aguilera JP., Control prenatal insuficiente y funcionalidad familiar en mujeres embarazadas que acuden al subcentro de salud de la parroquia cumbe en el año 2011.[tesis doctoral]Universidad del Azuay Ecuador.2011
24. Sánchez KN., Factores de riesgo asociado a parto pre termino. Hospital Belén de Trujillo 2012-2014.[tesis doctoral]Universidad Nacional de Trujillo.2016
25. Rodriguez RE, Rodriguez EC. Epidemiología y factores de riesgo para parto pre termino en el Servicio de Maternidad del Hospital Militar Central.[tesis doctoral] Universidad Militar Nueva Granada.2010
26. Villamonte W, Lam N, Ojeda E. Factores de riesgo del parto pre término. Ginecol. Obstet. 2001; 47 (2): 112-116.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

13. ANEXOS

ANEXO N° 1: Ficha de Recolección de Datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZU

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA DE MEDICINA

Factores de riesgo para parto de pre término. Servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de Julio a Octubre de 2017

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS		
El siguiente cuestionario consta de 3 categorías: antecedentes sociodemográficos, antecedentes obstétricos y factores patológicos, dentro de las cuales figuran cada una de las variables de estudio, se utilizarán las fichas clínicas para la recolección de datos. El cuestionario es totalmente confidencial.		
Marca con una		X
I. FACTORES DE RIESGO MATERNOS		
1. Edad (Númerico en años)		
2. Estado civil	1. Soltera	
	2. Casada	
	3. Unión Establecida	
	4. Viuda	
3. Procedencia	1 Rural	
	2 Urbana	



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

II. ANTECEDENTES OBSTETRICOS		
4. Paridad	1. Nulípara	
	2. Primípara	
	3. Multípara	
	4. Gran Multípara	
5. Atención Prenatal	1. < 6 APN	
	2. > 6 APN	
6. Embarazo Múltiple	1 Si	
	2 No	
7. Presentación	1 Cefálica	
	2 Podálica	
8. Edad Gestacional (Númerico en semanas)		
III. FACTORES PATOLÓGICOS		
9. Enfermedad Hipertensiva inducida por el embarazo	1. Si	
	2 No	
10. Infección de Vías Urinarias	1. Si	
	2 No	
11. Desprendimiento Prematuro de Placenta	1. Si	
	2 No	
12. Hipertensión Arterial Crónica	1. Si	
	2 No	
13. Rotura Prematura de Membranas	1. Si	
	2 No	