

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CAAGUAZÚ
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA



**CARACTERIZACIÓN DE PARTO PREMATURO EN EL SERVICIO
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL
DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, ENERO A JUNIO DE
2017**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

María Mercedes Riveros Espínola

Coronel Oviedo – Paraguay

2018

**CARACTERIZACIÓN DE PARTO PREMATURO EN EL SERVICIO
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL
DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, 2017**

María Mercedes Riveros Espínola.

Tutor: Prof. Dr. Marcial Carlos César González Galeano.

**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

CARACTERIZACIÓN DE PARTO PREMATURO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, 2017

María Mercedes Riveros Espínola

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, pues es Él quien me ha dado la fortaleza y sabiduría para afrontar cualquier dificultad presentada a lo largo de mi carrera.

A la memoria de mi padre Mateo Elpidio, quien con su ejemplo de esfuerzo, perseverancia y amor me ha guiado por los caminos de la honradez y la dedicación; a mi madre Estela por ser la principal motivación para cumplir mis metas.

A mi familia y amigos que estuvieron presentes en todo momento e hicieron suyos mis sueños.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Agradecimientos

A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú y a mis docentes por las enseñanzas a lo largo de mi carrera.

Al Hospital Central del Instituto de Previsión Social, al Departamento de Educación Médica, Docencia e Investigación; y al Departamento de Archivos por autorizar y permitir realizar este trabajo en dicha institución.

A mi Tutor de Trabajo de Fin de Grado Prof. Dr. Marcial Carlos César González Galeano, quien me brindó su apoyo, experiencia y orientación para realizar este trabajo y sobre todo por haber contribuido en mi formación profesional.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Biografía

María Mercedes Riveros, nació el 03 de setiembre del año 1993, en la ciudad de Coronel Oviedo, departamento de Caaguazú. Hija de Mateo Elpidio Riveros Fleitas y María Estela Espínola Espínola.

Comenzó sus estudios en el Centro Educacional Betel, luego en el Centro Cultural Gymmart de la ciudad de Coronel Oviedo, donde finalizó sus estudios como Mejor Egresada de la promoción 2011.

En el año 2013, ingresó a la carrera de Medicina, iniciando como estudiante universitario de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad Nacional de Caaguazú.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Índice

| | |
|----------------------------------|------|
| Dedicatoria..... | iii |
| Agradecimientos | iv |
| Biografía | v |
| Lista de Tablas..... | viii |
| Lista de Gráficos | ix |
| Lista de Figuras | xi |
| Resumen | xii |
| Ñemombyky | xiii |
| Resumo | xiv |
| Abstract..... | xv |
| Introducción | 1 |
| Antecedentes | 3 |
| Planteamiento del problema | 6 |
| Justificación | 8 |
| Marco Teórico..... | 9 |
| Parto Prematuro | 9 |
| Concepto | 9 |
| Trabajo de parto prematuro | 9 |
| Epidemiología..... | 10 |
| Etiología | 11 |
| Factores de riesgo..... | 12 |
| Diagnóstico..... | 14 |
| Manejo | 16 |
| Complicaciones | 17 |
| Objetivos..... | 18 |
| Objetivo General. | 18 |
| Objetivos Específicos. | 18 |
| Marco Metodológico..... | 19 |
| Diseño General | 19 |



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

| | |
|--|----|
| Tipo de diseño..... | 19 |
| Muestreo | 19 |
| Universo de estudio..... | 19 |
| Selección y tamaño de muestra | 19 |
| Unidad de análisis y observación | 19 |
| Criterios de inclusión | 19 |
| Variables de Estudio | 20 |
| Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos. | 23 |
| Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos. | 23 |
| Plan de análisis | 24 |
| Resultados | 25 |
| Discusión | 44 |
| Conclusión | 47 |
| Recomendaciones y perspectivas para el futuro | 49 |
| Bibliografía:..... | 50 |
| Anexos..... | |



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Lista de Tablas

| | | |
|-----------------|---|----|
| Tabla 1: | Factores asociados a parto prematuro..... | 13 |
| Tabla 2: | Protocolo de manejo de amenaza y trabajo de parto..... | 16 |
| Tabla 3: | Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según antecedentes patológicos personales, 2017. n:128..... | 30 |
| Tabla 4 | Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según antecedentes obstétricos, 2017. n:490..... | 40 |



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Lista de Gráficos

| | | |
|-------------------|---|----|
| Gráfico 1: | Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según estado civil, 2017. n: 490..... | 26 |
| Gráfico 2: | Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según procedencia, 2017. n: 490 | 27 |
| Gráfico 3: | Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según nivel educativo, 2017. n: 490..... | 28 |
| Gráfico 4: | Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social de acuerdo a la presencia de antecedentes patológicos personales, 2017. n: 490..... | 29 |
| Gráfico 5: | Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según motivo de consulta, 2017. n: 490.... | 31 |
| Gráfico 6: | Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según control prenatal, 2017. n: 490..... | 32 |
| Gráfico 7: | Distribución del número de control prenatal según el nivel educativo de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social, 2017. n: 490..... | 33 |
| Gráfico 8: | Distribución del número de control prenatal según la procedencia de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social, 2017. n: 490..... | 34 |



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

| | | |
|--------------------|--|----|
| Gráfico 9: | Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social de acuerdo a edad gestacional, 2017. n: 490..... | 35 |
| Gráfico 10: | Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social de acuerdo a las condiciones clínicas obstétricas, 2017. n: 490..... | 36 |
| Gráfico 11 | Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según embarazo gemelar, 2017. n: 490.... | 37 |
| Gráfico 12 | Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social de acuerdo al periodo intergenesico, 2017. n: 490..... | 38 |
| Gráfico 13: | Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según antecedente gestacional, 2017. n: 490..... | 39 |
| Gráfico 14: | Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según vía del parto, 2017. n: 490..... | 41 |
| Gráfico 15: | Distribución de los recién nacidos prematuros del Instituto de Previsión Social, de acuerdo a la presencia de complicación neonatal, de enero a junio 2017. n:541..... | 42 |
| Gráfico 16 | Distribución de los recién nacidos prematuros del Instituto de Previsión Social según complicaciones neonatales, 2017. n:218..... | 43 |



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Lista de Figuras

| | | |
|------------------|--|----|
| Figura 1: | Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según edad, 2017. n:490..... | 25 |
|------------------|--|----|



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Resumen

Introducción: El parto prematuro es un grave de problema de salud pública mundial por la gran morbilidad y mortalidad que generan. Se define el parto prematuro como el nacimiento que se produce entre las 22 y las 36 semanas de gestación, independientemente del peso del recién nacido. En el 2015, el 9,6% de todos los nacimientos en el mundo fueron de pretérmino representando aproximadamente 13 millones de partos prematuros.

Objetivo: Caracterizar el parto prematuro en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, en el periodo comprendido entre los meses de enero a junio del año 2017.

Materiales y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de corte transversal, con muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Fueron incluidas todas las embarazadas con parto prematuro que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central de Instituto de Previsión Social en el periodo comprendido entre los meses de enero a junio del año 2017.

Resultados: Fueron 490 embarazadas con parto prematuro. Con rango etario de 18 a 45 años, una mediana de 29 años, el 47,95% de estado civil casada, el 91,43% de procedencia urbana, y el 54,29% terminó la secundaria. El motivo de consulta más frecuente fue molestia en bajo vientre; el 63,06% hicieron menos de 3 controles prenatales. La condición clínica obstétrica más frecuente fue pre eclampsia en el 83,88%. La mitad eran multigestas; el tipo de parto más frecuente fue vía cesárea en una relación 2/1 con la vía vaginal. El 40,29% de los recién nacidos presentó complicaciones, siendo el síndrome de distrés respiratorio el más frecuente.

Conclusión: Los resultados de este estudio realizado en un centro de referencia nacional y alta complejidad coinciden con los estudios previos, determina datos importantes acerca de las características del parto prematuro.

Palabras claves: Embarazo; parto prematuro.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Nemombyky

Ñepyrumby: Membyrã hi'arape'ỹ oikóva ogueru mba'e vai tesãime guarã upéva ha'e avaita ogueruva. Membyrã hi'araje'ỹ oiko 22 téra 36 arapokõintýpe ha avei oñeñangarekova'erã mitãra'y. Ary 2015-pe, ñande arapýpe oiko haimete 13 papapy sua membyrã hi'arapegua'ỹva.

Mbã'era: Ñemboheko guasu oñeme'ětava pytuvě Ginecología ha Obstetricia-pegua Tasyo guasu Instituto de Previsión Social jasyteĩ ha jasyoteĩ ary 2017-pe.

Mbã'e ome'ěva: Oĩ Kuri 490 hyeguasúva ha imembýva hi'arape'ỹ, ko'ãva apytépe oĩ oguerékóva 18 ha 45 ary, 47,95% omendáva, 91,43% tavaygua ha 54,29% omohu'ãva imbo'ehao kuaapy. Hetave ohova'ekue tasyópe ojehechauka haḡua hasýre hambeypýpe oĩ kuri 63,06%. Marandu tasyo oñeme'éva ha'epre-eclampsia 83.88%. Mbytépe opyta umi imebmby hetavemava, py'ỹive ojejapóva heñoi haḡua mitãra'y ha'e ñekytĩ rupive; ha. 40,29% heñoiramóva apyte oguereko mba'e ivaiva ha ohechaukava'ekue mba'asy ojehero síndrome de distrés respiratorio.

Paha: Mba'e ohechaukáva jehechaporavo rupive ojejapóva ndojuavyi ambue aranduekágui ha ome'ě jehekoete membyrã hi'arapegua'ỹvape.

Ñe'endyte: tyeguasú: membyrã hi'arapegua'ỹva



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Resumo

Introdução: A prematuridade é um grave problema de saúde pública devido à grande morbidade e mortalidade que geram. Nascimento prematuro é definido como o nascimento que ocorre entre 22 e 36 semanas após a gravidez, independentemente do peso do crescimento nascido. Em 2015, no mundo, 9,6% de todos os nascimentos pré-termo representaram aproximadamente 13 milhões de nascimentos prematuros.

Objetivos: Caracterizar o parto prematuro no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Central do Instituto da Previdência Social de janeiro a junho do ano de 2017.

Materiais e métodos: Estudo observacional descritivo transversal. Amostragem não probabilística de casos consecutivos. Foram incluídas no estudo todas as gestantes com parto prematuro que compareceram ao Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Central do Instituto da Previdência Social de janeiro a junho do ano de 2017.

Resultados: Havia 490 gestantes com parto prematuro. A faixa etária é de 18 a 45 anos, com mediana de 29 anos, 47,95% são casados; e 91,43% de origem urbana, 54,29% terminaram o ensino médio. O motivo mais frequente de consulta foi desconforto no baixo-ventre; 63,06% dos casos tiveram menos de 3 controles pré-natais. A clínica obstétrica mais frequente foi a pré-eclâmpsia em 83,88%. Metade eram multigestas; o tipo de parto mais frequente foi por cesariana. O 40,29% dos recém-nascidos apresentaram complicações. De essa população que apresentou complicações a Síndrome do Desconforto Respiratório foi a mais freqüente.

Conclusão: Os resultados deste estudo realizado em um centro altamente complexo coincidem com estudos anteriores, que determinam dados importantes sobre as características do nascimento prematuro.

Palavras-chave: gestação, parto prematuro.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Abstract

Introduction: Premature birth is a serious problem for the Public Health for the great morbidity and mortality rate. Premature birth is defined as one that occurs between the 22nd and 36th full weeks of gestation, regardless of the weight of the newborn child. In 2015, worldwide, 9,6% of all births were before term; which translates to nearly 13 million premature births.

Objective: Characterize the premature birth in the Gynecology and Obstetrics Services in the Institute of Social Prevision's Central Hospital from January to June in 2017.

Materials and Methods: Observational descriptive study of transversal cut. Of non-probabilistic sampling of consecutive cases. All pregnant with premature birth that attended to the Gynecology and Obstetrics Services in the Institute of Social Prevision's Central Hospital in the January to June time frame of 2017 were included.

Results: There were 490 pregnant with premature birth. The age range were from 18 to 45, on mediums of 29 years of age, 47.95 were married, 91.43 of urban precedence, 54.29 finish high school level. The most common reason for consulting was pain in the low belly; 63.03% made at least 3 prenatal controls. The most frequent obstetric condition was pre eclampsia, which was 83.88%. Half of the patients were multigesta; the most common way of delivery was cesarean section. 40,29% of newborns present complications, the population that presented complication, the Respiratory distress syndrome was the most frequent.

Conclusions: The results of this study, worked in a great complexity center, match previous studies, in which important data regarding premature birth characteristics are determined.

Key Words: pregnancy, premature birth.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Introducción

La gestación es un fenómeno fisiológico que debe ocurrir sin interferencia. Sin embargo, existen ciertas características clínicas que pueden llevar a la aparición de complicaciones durante el proceso de gestación, entre ellos, el parto prematuro, que sigue siendo la mayor causa de morbimortalidad en los primeros días de vida del recién nacido⁽¹⁾. Además, de los elevados costos económicos y sociales que ocasiona su atención⁽²⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera nacido pretérmino a aquel nacido con menos de 37 semanas cumplidas de gestación (menos de 259 días), independiente del peso al nacer. Con un interés pronóstico se clasifica a los pretérmino, según las semanas de gestación, en: moderado (33 – 36 semanas), muy pretérmino (28 – 32 semanas) y extremadamente pretérmino (< 28 semanas)⁽³⁾.

Al año, en el mundo, ocurren cerca de 13 millones de partos prematuros. Su frecuencia varía de 5 a 11% en las regiones desarrolladas y hasta 40% en algunas regiones muy 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 parto prematuro en Colombia tiene una incidencia del 11,4%⁽⁴⁾. En el año 2015, el 9,6% de todos los nacimientos fueron de pretérmino⁽⁵⁾.

La epidemiología clínica demuestra que el parto pretérmino es más común en las poblaciones de mujeres con privación psicosocial, tales como, la mujer de pobre recursos económicos, la madre soltera, fumadora, desnutrida, con ausencia o deficiente controles prenatales, la mujeres multíparas, con mala historia reproductiva (tales como historia previa de muertes fetales, muerte



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

neonatal y/o muerte infantil), embarazo pretérmino anteriores e intervalo intergenesico corto⁽⁶⁾.

A pesar del progreso de las tecnologías para su detección y de los tratamientos establecidos, el parto prematuro aumenta sobre todo por infecciones durante el embarazo que pueden identificarse y tratarse oportunamente en los cuidados prenatales⁽⁷⁾.

Durante el periodo prenatal es posible diagnosticar problemas de la gestante y el feto, determinar los cuidados que deben ser prestados, pues la asistencia prenatal tiene instrumentos que posibilitan evaluaciones del proceso por lo que es imprescindible que la gestación sea acompañada desde la concepción hasta el puerperio⁽¹⁾.

El síndrome de distrés respiratorio, hemorragia intraventricular, sepsis neonatal, enterocolitis necrotizante son eventos agudos asociados al parto prematuro incluso capaces de desencadenar óbito⁽⁸⁾. Los niños que nacen prematuramente tienen mayores complicaciones a corto, mediano y largo plazo. Estos se ven afectados por diferentes complicaciones y morbilidades asociadas al parto prematuro y que se extienden a través de los años de la vida, afectando la niñez y la etapa adulta.

El Hospital Central del Instituto de Previsión Social es uno de los centros de alta complejidad de referencia a nivel nacional, con pacientes de diferentes puntos del país, por lo que este estudio se torna importante pues permite determinar características maternas y neonatales; además de otros factores relacionados al parto prematuro.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Antecedentes

Calderon J, Vega G, Velazquez J, Morales R, Vega A.; en su trabajo titulado “Perfil epidemiológico y factores asociados del prematuro en el Hospital Regional de Queretaro, 2008” determinó que la frecuencia de partos prematuros fue de 7,73%(n:600) y se identificó a la rotura prematura de membranas como el estado más común relacionado, con frecuencia de 41,3% (n:240); seguido por la infección de vías urinarias, con frecuencia de 52,8%(n:318), y la anemia materna, en 29,7%(n:178) de los partos⁽⁹⁾.

Lucín C et al, en el estudio titulado “Parto pretérmino: aspectos socio-demográficos en gestantes del Hospital gineco-obstétrico “Enrique C. Sotomayor”, Guayaquil, Ecuador, 2010” se observó que el grupo de edad en el que se presenta mayor cantidad de casos de prematurez corresponde a 20 a 30 años en un 54%(n:160), la escolaridad mostró que el 81% (n:243) presentaban nivel primario, En cuanto a controles prenatales realizados en su último embarazo, el 49% (n:148) se efectuó menos de 5; mientras el 57% (n:172) presentó anemia; de ellas 48, presentaron antecedentes de parto prematuro⁽¹⁰⁾.

Mayorga D, Rodríguez E, Ortiz J, Rivera W en el año 2012 en su trabajo titulado “Perfil epidemiológico en recién nacidos prematuros, Hospital Regional, Gracias, Lempira” se encontró que el 10%(n:3) de los recién nacidos presentó malformaciones congénitas, mientras el 100%(n:29) presentó bajo peso al nacer. El 10%(n:3) de los recién nacidos prematuros fueron producto de parto múltiple. En tanto las características de las madres de los recién nacidos prematuros el 24% (n:7) procedían de zona urbana, con edad menor o igual a 18 años en un 39%(n:11), en unión estable en un 62%(n:18), analfabetas 69% (n:20), multigestas 52%(n:15), con menor o igual a 4 controles prenatales 76%(n:22)⁽¹¹⁾.

Ugalde D, Hernández M, Ruíz M, Villarreal E, en el año 2012, en un trabajo titulado “Infecciones genitourinarias como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes”, donde los resultados demuestran que el



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

54,3%(n:19) presentaron infección de vías urinarias mientras el 57,1%(n:20) de las adolescentes con parto pretérmino presentaron infección vaginal⁽¹²⁾.

Huaroto K, Paucca M, Polo M, Meza J, en un estudio realizado en el año 2013 titulado “Características maternas, obstétricas y fetales del parto pretérmino, en pacientes de un Hospital público de Ica, Perú”. De un total de 31 partos prematuros el 23% (n:7) de los partos pretérminos fueron madres adolescentes, la edad materna extrema en el estudio <19 años fue el 76,7%(n:23), el estado civil casada tuvo el 20,5% (n:6), mientras el 84,1%(n:26) tuvieron un nivel de instrucción baja, infecciones urinarias, vaginosis bacteriana y nuliparidad⁽³⁾.

Saavedra H, realizó un estudio titulado “Caracterización de la prematuridad en el Hospital II – 1 de Yurimaguas - Loreto, entre julio a diciembre 2014”. El resultado fueron los siguientes las madres con recién nacidos prematuros presentaron entre 20 a 34 años el 74,5%(n:73), proceden de la zona urbano marginal 43,6%(n:43) y urbana 40%(n:39), son convivientes 76,4%(n:75) y de nivel de instrucción de secundaria 78,2%(n:77); el 7,3%(n:7) tienen antecedente de prematuridad, el 61,8%(n:60) tienen menos de 6 controles pre natales. El 61,8%(n:60) han presentado morbilidad durante el embarazo; las principales registradas fueron anemia 38,2%(n:37), infección urinaria 21,8%(n:21), hipertensión inducida en el embarazo 14,5%(n:14) y pre eclampsia 9,1%(n:9)⁽¹³⁾.

Acosta J, Ramos M, Zamora L, Murillo J, en el año 2014 en el trabajo “Prevalencia de infección de vías urinarias en pacientes hospitalizadas con parto pretérmino” encontraron que el 35,6%(n:97) de las pacientes con parto pretérmino tenían infección de vías urinarias, que fue más frecuente en las menores de 17 años 20,95%(n:57), el 42,56%(n:116) de las pacientes eran primigestas, en cuanto a la semana de gestación el 54,58%(n:149) eran de 33 a 37 semanas de gestación⁽¹⁴⁾.

Chira J, Sosa J., en su estudio del año 2015, “Parto Pretérmino en Gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque”. En cuanto a la frecuencia el 8,4%(n:170) fueron partos pretérminos, dentro de las características



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

sociodemográficas determinadas fueron la edad estuvo entre 20 a 35 años lo que correspondió al 63,8%(n:51), el 73,8%(n:59) fueron de unión libre, el nivel de instrucción el 33,8%(n:27) completaron la secundaria, y la procedencia rural en un 67,5%(n:54), y el parto por vía vaginal el 75%(n:60) ⁽⁶⁾.

Escalante G et al, en el año 2017, en el estudio “Caracterización del nacimiento pretérmino en Embarazada Atendidas en el Hospital materno infantil de Tegucigalpa, Honduras de junio a setiembre del 2016”. Reportan que 6,2%(n:26) de las pacientes presentó nacimiento pretérmino, siendo el 77,3%(n:17) mediante parto vaginal, a su vez el 30,7%(n:129) de las pacientes se encontraban en edades de riesgo reproductivo, de estas el grupo de embarazo en la adolescente represento 19,2%(n:81), se observó que el 46,2%(n:195) eran primigestas, en cuanto a los nacimientos antes de las 27,6 semanas 100%(n:10) tuvo complicaciones y el 26%(n:3) de los casos no sobrevivieron; sin embargo, es evidente que esta frecuencia muestra un comportamiento descendente a medida que el feto se acerca al término reduciéndose hasta 29%(n:5) de complicaciones entre las 34-36.6 semanas ⁽¹⁵⁾.

Machado S et al, en el año 2017, cuyo trabajo titulado “Perfil de gestantes con parto prematuro en un Hospital materno infantil del estado de Piauí, Brasil” hallaron el 26,38%(n:81) de las pacientes tenían entre 20 a 25 años, en cuanto a la escolaridad el 56,68%(n:174) culminó sus estudios secundarios. El 35,28%(108) estaban en estado civil soltera, mientras la ocupación 48,21%(148) eran amas de casa⁽¹⁾



Planteamiento del problema

El parto prematuro, según la OMS es un problema de salud pública por el hecho de que la prematurez es la causa principal de morbi-mortalidad perinatal en recién nacidos sin malformaciones congénitas⁽⁵⁾. En el año 2015, en una revisión sistemática se estimó que el 9,6% de todos los nacimientos en el mundo fueron pretérmino, de los cuales más del 90% ocurrieron en África, Asia, América Latina y el Caribe⁽¹⁶⁾. Según datos la incidencia en América Latina es del 9%⁽⁴⁾.

La incidencia del parto pretérmino en un país como los Estados Unidos, es del 11%, mientras que en continente europeo varía entre el 5 y el 7%. Datos a nivel regional latinoamericanos como Colombia según diferentes autores varía entre el 8 y el 12%⁽⁵⁾ y a pesar de los avances en el cuidado obstétrico esta incidencia no ha disminuido en los últimos años, y al contrario en algunos países de medianos y bajos ingresos la tendencia va en aumento.

La prematurez continúa siendo la mayor causa de morbimortalidad neonatal y la responsable del 7% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido. Las complicaciones de los prematuros aumentan mientras menor sea su edad gestacional o peso de nacimiento; presentan desde complicaciones leves hasta enfermedades graves⁽¹⁷⁾.

En el año 2017, la Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay informó que en el país se registra un promedio 111.000 nacimientos al año, de los cuales el 7,6% son prematuros, con un índice de mortalidad de 5,4% como consecuencia de la prematurez⁽¹⁸⁾.

En cuanto a las complicaciones en el recién nacido, se puede apreciar el síndrome de distrés respiratorio, hemorragia intraventricular severa y enterocolitis necrotizante, entre otras, suelen ser graves y en muchos casos invalidantes, con repercusiones tanto a nivel individual como familiar ⁽¹⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

El parto prematuro espontáneo y la rotura prematura de membranas son los responsables de aproximadamente el 80% de los nacimientos pre término; el 20% restante se debe a causas maternas o fetales⁽¹⁹⁾.

Actualmente, el parto pretérmino es un problema de gran trascendencia, ya que según cifras de la OMS las estimaciones indican que en 2005 los costos solo para los Estados Unidos de América en términos de gasto médico y educativo; y pérdida de productividad asociada con el nacimiento prematuro fueron de más de 26.200 millones de dólares. La cuestión no solo se ve reflejado en lo sanitario, ya que sobre todas las cosas la presencia de un parto prematuro tiene un gran impacto social y económico⁽⁵⁾.

Existen factores maternos y obstétricas , asociadas al parto prematuro como una enfermedad sistémica grave, pre eclampsia, causas uterinas, placenta previa, corioamnionitis⁽²⁰⁾.

La Organización Panamericana de Salud (OPS) evaluó el efecto de programas de educación para prevenir el parto pretérmino como una estrategia preventiva que permitió incrementar el diagnóstico ⁽¹⁴⁾.

Tras los antecedentes y el planteamiento del problema surge la siguiente interrogante del trabajo: ¿Cuáles son las características del parto prematuro en el Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Central del Instituto de Previsión Social de enero a junio del año 2017?; por ser un centro de referencia nacional y de cuarto nivel.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Justificación

El parto pretérmino es un problema de salud pública en todo el mundo, puesto que no solo causa repercusión financiera y emocional en la gestante y el entorno familiar, sino que también puede causar graves complicaciones en el recién nacido a corto, mediano y largo plazo ⁽⁵⁾.

El presente estudio determinó las características del parto prematuro con un método observacional haciendo referencia a condiciones clínicas maternas, obstétricas y neonatales

La tasa de nacimientos prematuros es un indicador de las condiciones de salud de una población, y se relaciona con el nivel socioeconómico, la salud materna, el acceso oportuno a los servicios de salud adecuados, la calidad en la atención y las políticas públicas en materia de salud materna y perinatal. Además, es un reflejo claro de las circunstancias de vida, el estatus social y la importancia que para el estado tiene la salud de sus ciudadanos ⁽⁷⁾.

A su vez, tiene como finalidad, representar un acceso fácil y sencillo con resultados y evidencias, que ayuden a conocer los comportamientos clínico y epidemiológico de la población enfocada con parto prematuro.

Los resultados serán presentados a autoridades del Servicio de Ginecología y Obstetricia, al Comité de educación médica, docencia e investigación del Instituto de Previsión Social y si ameritase tomar medidas, a las autoridades universitarias de la Universidad Nacional de Caaguazú de la Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Medicina como aporte académico. Desarrollado para que sean beneficiados las embarazadas y el producto de la concepción que acuden a dicho centro de referencia y no represento riesgo alguno.



Marco Teórico

Parto Prematuro

Concepto

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el parto prematuro como el nacimiento que se produce entre las 22 y las 36 semanas completada la gestación, independientemente del peso del recién nacido. Aunque todos los partos que se producen antes de las 37 semanas se consideran prematuros, los que se producen antes de las 34 semanas son los máximos responsables del incremento en los daños y muertes por el bajo peso neonatal⁽⁴⁾.

En función de la edad gestacional en la que ocurre definimos:

- Prematuridad extrema: cuando el parto se produce antes de las 28.0 semanas de gestación. Representa el 5% de los partos pretérmino.
- Prematuridad severa: entre 28.1 y 31.6 semanas. Representa el 15% de los partos pretérmino.
- Prematuridad moderada: entre 32.0 y 33.6 semanas. Representa el 20% de los partos pretérmino.
- Prematuridad leve: entre les 34.0-36.6 semanas. Representa el 60% de los partos pretérmino⁽²¹⁾.

Trabajo de parto prematuro

El Trabajo de Parto Pretérmino (TPP) es definido por la OMS como la actividad uterina regular que ocurre entre las semanas 20 y 37 de gestación, que provoca cambios a nivel del cuello del útero que culmina con el nacimiento de un recién nacido prematuro ⁽²²⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Epidemiología

En el año 2015, en el mundo, ocurren cerca de 13 millones de partos prematuros. Su frecuencia varía de 5 a 11% en las regiones desarrolladas y hasta 40% en algunas regiones muy pobres⁽⁷⁾.

En los Estados Unidos, el 12,5% de los partos corresponde a partos prematuros. La tendencia en los últimos años ha sido al aumento. Algunos grupos étnicos, como los afrodescendientes, los grupos hispánicos y las mujeres de raza blanca no hispanica han mostrado un incremento mayor que el promedio⁽²⁰⁾.

Dentro de la distribución de la prematurez en los Estados Unidos, en el 2006, se encontró que el 71,4% correspondió a prematuros de 34 semanas a 36; el 12,6%, de 32 a 33 semanas; el 10%, de 28 a 31 semanas, y el 5,9%, < 28 semanas⁽²³⁾.

Según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el 11,4% de los nacimientos en Colombia son de niños prematuros, (corresponde a un poco más de 100.000 niños anualmente), en el que el Eje Cafetero es la región que presenta las tasas más altas⁽¹⁾.

Además, en la incidencia de parto prematuro influyen factores socioeconómicos, entre los que destaca la frecuencia significativamente mayor en embarazadas jóvenes (sobre todo menores de 17 años de edad), de bajo nivel socioeconómico, solteras o sin apoyo social y fumadoras ⁽⁷⁾.

India, China y Nigeria ocupan los tres primeros lugares dentro de los 10 países con mayor número de nacimientos prematuros. Más del 60% de los nacimientos prematuros se presentan en África y Asia meridional, significando un problema mundial. La incidencia en América Latina es del 9%, E.E.U.U. 7,4% Japón. 4% y Bangladesh 50%⁽⁴⁾.

Excluidas las malformaciones congénitas, el 75% de las muertes perinatales son atribuibles a la prematurez. Un recién nacido que pesa menos de 1500 g tiene un riesgo de morir en su primer año de vida 180 veces superior al de un recién



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

nacido mayor de 2500 g. El riesgo de muerte de un prematuro es 20 veces mayor que en el de término ⁽¹⁷⁾.

Etiología

La etiología de la prematurez rara vez está asociada con una sola condición. Se considera multifactorial y varía de acuerdo con la edad gestacional.

Es importante comprender los mecanismos que se suceden en el parto normal para compararlos con el pretérmino⁽⁸⁾.

Un parto pretérmino puede ocurrir de diferentes maneras:

- Trabajo de parto pretérmino con membranas intactas (espontáneo).
- Trabajo de parto pretérmino con ruptura prematura de membranas.
- Parto pretérmino iatrogénico por causas maternas o fetales⁽⁸⁾.

Se han descrito diferentes mecanismos y causas de parto prematuro, pero aisladamente ninguno se asocia fuertemente al mismo cómo para utilizarlo como un marcador seguro predictor de riesgo. Así que de esta forma podemos decir que se habla de una etiopatogenia multifactorial.

El estrés psicosocial materno puede producir estrés fetal con una reducción del flujo uteroplacentario y puede activar prematuramente el mecanismo fetal del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Parecería que el principal mediador inductor de prematurez por estrés es el factor liberador de la corticotrofina⁽¹⁾.

Las infecciones ascendentes del tracto genitourinario se encuentran entre las causas del parto prematuro. Estas infecciones junto con las amnióticas contribuyen a la activación de interleuquinas que estimulan la síntesis de prostaglandinas a nivel de la decidua y de las membranas ovulares⁽²⁾.

En el embarazo múltiple y en el hidramnios se produce una sobre distensión del útero que puede exceder su capacidad de compensación y ser causa de parto prematuro⁽²⁴⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Cuanto menor es el intervalo Intergenesico {período comprendido entre la finalización del último embarazo, haya terminado en parto o aborto y el inicio del actual) mayor es la incidencia de niños de bajo peso, con exámenes neurológicos anormales al año de vida y de mortalidad perinatal(4).

Factores de riesgo

Conocer los factores de riesgo para recién nacidos de parto pretérmino, antes de quedar embarazada o a inicios del embarazo, ayudaría a actuar para prevenir un nacimiento por parto pretérmino. En forma general se suelen agrupar a los factores de riesgo para parto pretérmino en factores sociodemográficos, factores asociados a antecedentes obstétricos y a patologías maternas.

Están fuertemente ligados a tres grandes problemas de fondo, ambientales, socioeconómicos y educacionales⁽²⁰⁾. El ideal es poder controlarlos en la etapa preconcepcional, pero en nuestra región de América Latina una gran proporción de mujeres se embarazan sin cuidados previos⁽⁵⁾.

Existen ciertos factores asociados de los cuales lo más importantes son el bajo nivel socioeconómico, en donde en un estudio se encontró que aquellas madres pertenecientes a los estratos socioeconómicos inferiores tuvieron una incidencia de 10,9 % de partos pretérmino⁽⁶⁾.

Existe cada vez más evidencia, que la infección de la decidua, de las membranas ovulares y del líquido amniótico, se asocia con el parto pretérmino. Ya que la corioamnionitis clínica complica el 1 al 5% de los embarazos de término y casi el 25% de los embarazos pretérmino⁽²⁰⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Tabla 1: Factores asociados con el parto prematuro.

| Factores asociados | |
|--------------------------------|---|
| Maternos | |
| Enfermedades maternas | Hipertensión arterial HTA crónica Pre eclampsia Otras enfermedades: Diabetes Mellitus Trombofilia CIE Consumo de Drogas Otras |
| Infección transplacentaria | Sífilis <i>Lysteria monocytogenes</i> Enfermedad periodontal Enfermedades virales |
| Parto inducido o provocado | |
| Fetales | |
| Anomalías congénitas | Cromosómicas No cromosómicas |
| Ovulares | |
| Patologías placentarias | DPPNI idiopático Patología vascular placentaria Placenta previa |
| Patologías del cordón-membrana | |
| Uterinos | |
| Malformaciones | |

Fuente: Adaptado del estudio de Ovalle et al "Factores asociados con el parto prematuro en un Hospital Público de Santiago"⁽²⁵⁾



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Diagnóstico

El trabajo de parto prematuro puede ser clasificado como amenaza de parto prematuro o trabajo de parto prematuro. Esta clasificación es importante para el pronóstico. Aproximadamente el 85% de todos las pacientes con amenaza de parto prematuro llegarán a término⁽⁵⁾.

Algunos factores médicos pueden elevar el riesgo de parto prematuro, por ejemplo: parto prematuro previo, sangrado vaginal persistente, embarazo múltiple, rotura prematura de membranas, polihidramnios, incompetencia cervical, enfermedad cardíaca y anemia maternas. La rotura prematura de membranas es quizá la enfermedad que más se asocia con el parto prematuro⁽⁷⁾.

Criterios de Diagnostico

El trabajo de parto prematuro puede ser clasificado como amenaza de labor prematura o trabajo de parto prematuro efectivo.

La base para tal clasificación es importante para el pronóstico. Aproximadamente el 85% de las pacientes con amenaza de parto prematuro llegarán a término, mientras que 40-50% de todas las pacientes en trabajo de parto prematuro reales darán a luz a término⁽²⁰⁾.

-Criterios diagnósticos de Ingemarsson

1. Gestación de 28—36 semanas.
2. Contracciones uterinas regulares y dolorosas que ocurren a intervalos de 10min por al menos.
30 minutos medidos con tocografía externa.
3. Cérvix con borramiento y dilatación entre 1 a 4cm.
4. Membranas integra⁽²³⁾.

-Criterios diagnósticos de Creasy

1. Gestación de 20—37 semanas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

2. Contracciones uterinas documentadas (4 en 20 minutos u 8 en 60min).
3. Cambios cervicales documentados o borramiento de 80% o dilatación mayor o igual a 2cm.
4. Membranas integras⁽²³⁾.

Exámenes Auxiliares

Patología Clínica

1. Hemograma completo
2. Examen de orina completo, Urocultivo
3. Amniocentesis puede ser útil para evaluación de la madurez fetal cuando exista duda, la evaluación del líquido amniótico se realizara según los recursos disponibles en el Laboratorio de HNCH (Medida en el Líquido amniótico de la razón de lecitina/esfingomielina, presencia de fosfatidilglicerol o cuerpos lamelares) y cuando se sospeche corioamnionitis como causa de la labor de parto prematura para estudiar la coloración gram, el cultivo, niveles de glucosa y proteínas y presencia de leucocitos ⁽⁵⁾.
4. Cultivos de secreción cervical

Fibronectina fetal: La identificación de fibronectina fetal entre las 21 y 37 semanas en las secreciones cervicovaginales se ha asociado con un incremento del riesgo de parto prematuro⁽²³⁾.

De Imágenes

1. Ecografía obstétrica para evaluación de tamaño y posición fetal y localización de la placenta
2. Morfología fetal y bienestar fetal⁽²³⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Manejo

Tabla 2: Protocolo de manejo de amenaza y trabajo de parto pretérmino.

Manejo Tocolítico:

SI EL EMBARAZO ESTA ENTRE LA SEMANA 22 Y 34

A- Nifedipina: 10 mg cápsulas VO cada 20 minutos por 3 dosis, luego 20 mg cada 4-8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal (por 48 horas).

No usar en caso de cardiopatía (incluso estable), situaciones de alto gasto (hipertiroidismo), hipertensión arterial, PA sistólica < 90 mm Hg. (EN EMBARAZOS MENORES A 37 SEMANAS)

En caso de contraindicación o falta de disponibilidad de la nifedipina utilizar:

B- Indometacina: 100 mg vía rectal o vía oral cada 8 horas hasta completar dosis para maduración pulmonar fetal (máximo por 48 horas). (SÓLO EN EMBARAZOS MENORES A 32 SEMANAS).

En caso de no producirse la uteroinhibición a la 1 hora de la administración oral de cualquiera de las 2 anteriores, o no disponer de ninguno de ellos:

Iniciar vía parenteral con:

C- Atosiban: Régimen de administración (En embarazos menores a 34 semanas):

Carga: 0,9 ml inyección intravenosa en bolo administrada durante 1 minuto (6,75 mg).

Luego preparar una mezcla para goteo de 90 ml de suero fisiológico o suero glucosado al 5% y dos ampollas de Atosiban 37,5 mg ampolla de 5 mL en volutrol e infundir por vía endovenosa:

Goteo rápido a 24 ml/h o 24 microgotas /minuto por 3 horas, y luego

Goteo Lento a 8 ml/hora o 8 microgotas / minuto hasta completar 45 horas.

Obs: cuando se acaba cada goteo volver a preparar la misma mezcla.

D- Betamiméticos: Utilizar como alternativa

Maduración Pulmonar Fetal:

SI EL EMBARAZO > 24 y < 35 SEMANAS:

A-Betametasona: 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis) (de primera elección)

B-Dexametasona: 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis)

Neuroprotección Fetal:

SI EMBARAZO < 32 y >24 SEMANAS más dilatación > 4 cm o posibilidad de parto en las siguientes 24 horas iniciar

Sulfato de Mg:

Carga: 8cc (4 gr) diluido en 12 cc. de suero fisiológico, en jeringa de 20 cc. administrado en 20 minutos, EV

Mantenimiento: Mantener la perfusión de mantenimiento hasta el parto o hasta 12 horas desde el inicio de la medicación.

92 cc de Solución fisiológica + 8 cc de SMg al 50%, en goteo macro de 9 gotas por minuto (1g/h)

Fuente: Adaptado de Ministerio de Saud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas. 2018⁽²⁶⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Complicaciones

A nivel mundial la prematurez y sus complicaciones se sitúan en el segundo lugar dentro de las principales causas de muerte en menores de cinco años con un 14%, superado por la neumonía que ocupa un primer lugar con 18%, de continuar esta tendencia la prematurez siendo así la principal causa de muerte para el año 2015 ⁽¹¹⁾.

Teniendo en cuenta los factores desencadenantes del parto prematuro y las características de inmadurez, se pueden deducir sus secuelas. Como eventos agudos asociados están los descritos Síndrome de distrés Respiratorio, Hemorragia intraventricular, Sepsis neonatal, Shock con vasodilatación y cardiogénico, Enterocolitis necrotizante⁽²³⁾.

Pero en los últimos se ha dado relevancia a los eventos a largo plazo que se pueden producir en los prematuros o niños de bajo peso. Se ha descrito una relación entre bajo peso al nacimiento seguido por una ganancia de peso excesiva temprana en los primeros años y enfermedades del adulto ⁽⁵⁾. La prematurez se asoció con más posibilidades de presiones arteriales altas en la adolescencia y alteración del metabolismo de los carbohidratos si el prematuro tenía una ganancia excesiva de peso en el primer mes de vida⁽⁷⁾.

Por otra parte, también se ha descrito una mayor posibilidad de alteración en el neurodesarrollo cuando el prematuro no gana peso adecuadamente como las patologías que alteran la adecuada ganancia de peso, como la displasia broncopulmonar y la enterocolitis necrotizante, ponen en riesgo el futuro neurológico del paciente⁽¹⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Objetivos

Objetivo General.

Caracterizar el parto prematuro en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de enero a junio del año 2017.

Objetivos Específicos.

Determinar las características demográficas de las embarazadas con parto prematuro en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de enero a junio del año 2017.

Describir los antecedentes ginecológicos y obstétricos de las embarazadas con parto prematuro en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de enero a junio del año 2017.

Señalar el tipo de parto de las embarazadas con parto prematuro en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de enero a junio del año 2017.

Describir las complicaciones neonatales de los recién nacidos de parto prematuro en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de enero a junio del año 2017.



Marco Metodológico

Diseño General

Tipo de diseño

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

Muestreo

Muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

Universo de estudio

Embarazadas con parto prematuro que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio del año 2017.

Selección y tamaño de muestra

Se incluyeron la totalidad de embarazadas con parto prematuro que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio del año 2017.

Unidad de análisis y observación

Fichas clínicas de todas las embarazadas con parto prematuro que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio del año 2017.

Criterios de inclusión

Fichas clínicas completas de las embarazadas con parto prematuro que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio del año 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

VARIABLES DE ESTUDIO

| VARIABLE | TIPO DE VARIABLE | DEFINICION OPERATIVA | INDICADOR |
|-------------------------------------|--------------------------------|---|---|
| CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS | | | |
| Edad | Cuantitativa discreta | Edad de la paciente al momento del parto | Numérica en años |
| Estado civil | Cualitativa nominal | Condición de la paciente según el registro civil | <ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera 2. Casada 3. Divorciada 4. Viuda 5. Unión Libre |
| Procedencia | Cualitativa nominal dicotómica | Área de donde procede la paciente | <ol style="list-style-type: none"> 1. Urbana 2. Rural |
| Escolaridad | Cualitativa ordinal | Grado de educación de la paciente impartido por una institución educativa | <ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Secundaria 3. Universitario |
| ENFERMEDADES CRÓNICAS | | | |
| Antecedentes patológicos personales | Cualitativa nominal | Enfermedades presentes antes del embarazo | <ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes Mellitus 2. Hipertensión Arterial 3. Asma Bronquial 4. Cardiopatías 5. Patologías Tiroideas 6. Alergia a medicamentos 7. Madre Rh (-) Sensib 8. Madre Rh (-) NS 9. Toxoplasmosis 10. PVVS 11. Dermatitis 12. Hernia de disco 13. Hepatitis B 14. Trombofilia |



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

| CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL EMBARAZO | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|--|--|
| Motivo de consulta | Cualitativa nominal | Razón por la cual acude al servicio la paciente. | 1. Molestia en bajo vientre 2. Pérdida de líquido por vagina 3. Pérdida roja por vagina 4. Otros 5. Remisión facultativa |
| Control prenatal | Cuantitativa discreta | Número de visitas médicas durante el embarazo | 1. Menor a 3 2. 3 a 5 3. Mayor a 5 |
| Edad gestacional | Cuantitativa continua | Edad del recién nacido, se puede medir por ecografía o por la fecha última de menstruación. | Numérica en semanas |
| Pre eclampsia | Cualitativa nominal dicotómica | Presencia de diagnóstico de Preeclampsia registrados en las fichas clínicas. | 1. Sí 2. No |
| Infección vaginal | Cualitativa nominal dicotómica | Presencia de diagnóstico previo de Infección Vaginal en las fichas clínicas. | 1. Sí 2. No |
| Infección del tracto urinario | Cualitativa nominal dicotómica | Presencia de diagnóstico previo de Infección del tracto urinario registrados en las fichas clínicas. | 1. Sí 2. No |
| Rotura prematura de membrana | Cualitativa nominal dicotómica | Presencia de diagnóstico de Rotura prematura de membrana registrados en las fichas clínicas. | 1. Sí 2. No |
| Embarazo múltiple | Cualitativa nominal dicotómica | Gestación con la presencia de más de un feto | 1. Sí 2. No |
| Parto pretérmino previo | Cualitativa nominal dicotómica | Antecedente de partos prematuros | 1. Sí 2. No |
| Periodo Intergenesico | Cuantitativa continua | Período de tiempo comprendido entre dos nacidos vivos consecutivos | Número |
| ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS | | | |
| Gesta | Cuantitativa discreta | Número de embarazos previos registrados en las fichas clínicas | Número |



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

| Paridad | Cuantitativa discreta | Número de partos vaginales previos registrados en las fichas clínicas | Número |
|-----------------------|--------------------------------|---|--|
| Cesárea | Cuantitativa discreta | Número de cesáreas previos registrados en las fichas clínicas | Número |
| Aborto | Cuantitativa discreta | Número de abortos previos registrados en las fichas clínicas | Número |
| TIPO DE PARTO | | | |
| Vía del parto | Cualitativa nominal dicotómica | Vía de terminación del parto registrado en las fichas clínicas | 1. Vaginal 2. Cesárea |
| RECIÉN NACIDO | | | |
| Complicación Neonatal | Cualitativa nominal | Diagnósticos confirmados por clínica y laboratorio de las complicaciones del recién nacido registrados en las fichas clínicas | 1. Enterocolitis Necrotizante 2. Síndrome de distrés respiratorio 3. Sepsis 4. Hemorragia Intraventricular 5. Conducto Arterioso persistente 6. Otros |



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos.

La técnica se basó en la observación y revisión de la información de las fichas clínicas (fuente secundaria), y el traspaso de la información al instrumento de recolección de datos que consta de tres dimensiones que son: características demográficas, clínicas y complicaciones neonatales.

Los datos fueron recogidos por la autora en el Departamento de Estadísticas y Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, tras la autorización pertinente en las instancias correspondientes siguiendo el flujograma establecido por la institución para la realización de un trabajo de investigación.

La carga de la base de datos se realizó en una planilla electrónica de Microsoft Excel® 2016 con la codificación correspondiente.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.

El presente trabajo de investigación observó las características de las embarazadas con parto prematuro y las complicaciones neonatales en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social de enero a junio del año 2017. El protocolo de esta investigación fue aprobado por instancias correspondientes académicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú Sede de Coronel Oviedo, tras lo cual se siguió el flujograma institucional del Departamento de Enseñanza médica, docencia e Investigación, Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social con la revisión y autorización para la ejecución del trabajo con fines absolutamente académicos. Se utilizaron fuentes secundarias.

Y en el manejo de los mismos se respetaron los principios de justicia e igualdad, confidencialidad, beneficencia, y no maleficencia, sin intervención en ningún



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

momento por lo que no requirió de consentimiento informado no representando ningún riesgo. Aportará datos estrictamente estadísticos.

Plan de análisis

Para el análisis de la información se utilizó una planilla del programa Microsoft Excel® 2016 para la carga de datos, de esa manera luego ser procesado a través del programa estadístico EPI-INFO® 7.0 para el análisis de los resultados.

Las variables cualitativas se presentan en tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas.

En cuanto a las variables cuantitativas se realizó el cálculo de medidas de tendencia central y de dispersión.



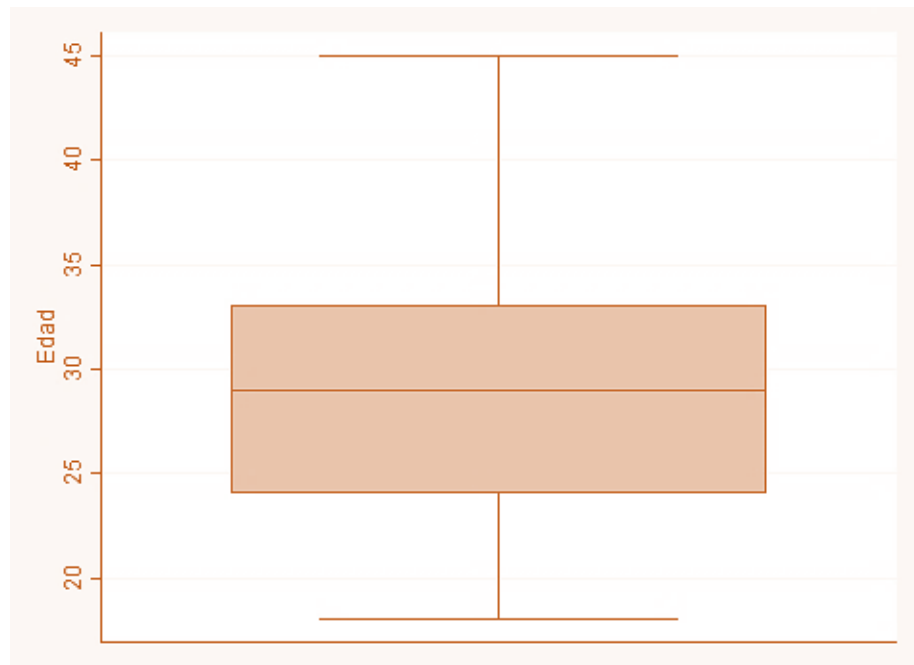
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Resultados

El total de embarazadas con parto prematuro que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio del año 2017 fue de 490.

Con un rango de edad de 18 a 45 años. La mediana de edad de 29; y la mitad de la población está distribuida entre los 24 a 33 años, tal como se muestra en la figura 1

Figura 1: Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Gineco- Obstetricia del Instituto de Previsión Social según edad, 2017. n: 490

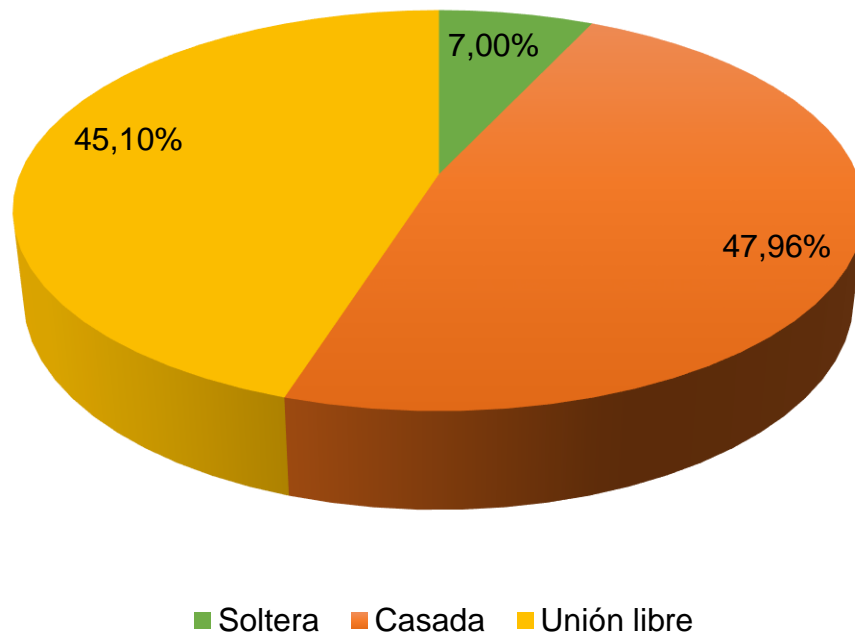


Fuente: Departamento de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 1: Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según estado civil, 2017. n: 490



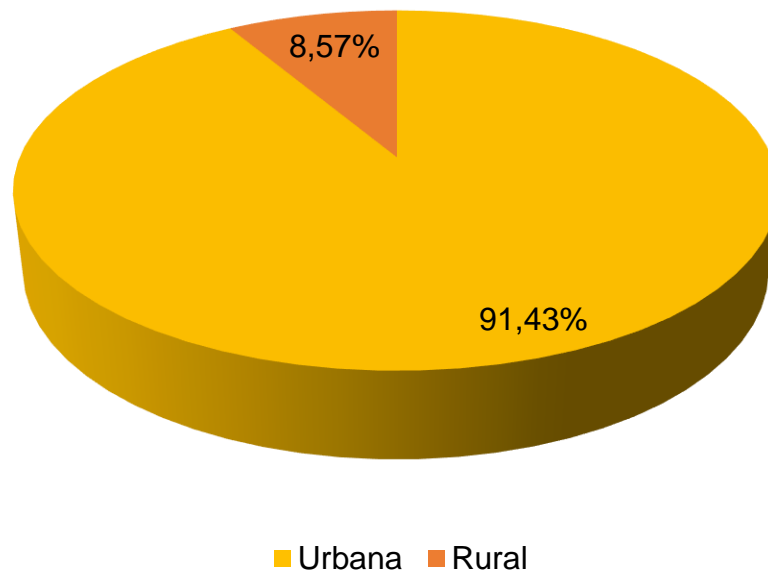
Fuente: Departamento de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio 2017.

El 47,96%(235) de las embarazadas de estado civil casada; siendo levemente superior a las embarazadas que están en unión libre.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 2: Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según procedencia, 2017. n: 490



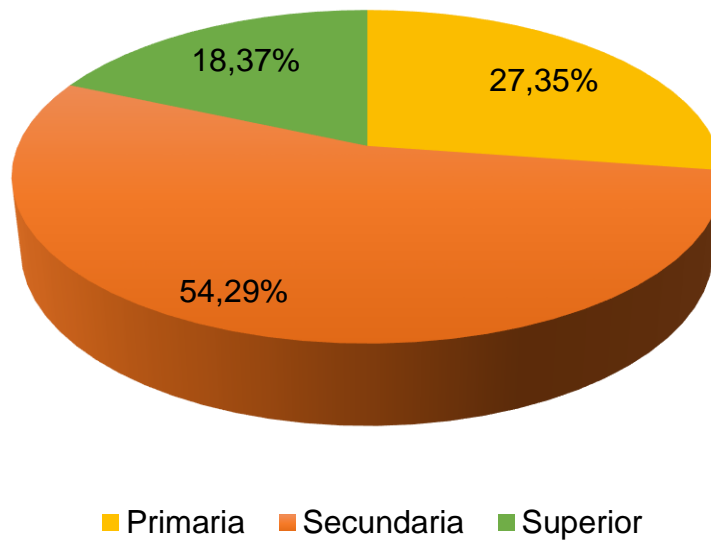
Fuente: Departamento de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio 2017.

En porcentaje altamente superior las embarazadas proceden del área urbana, pues representa el 91,43%(448) de la población estudiada.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 3: Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según nivel educativo, 2017. n: 490



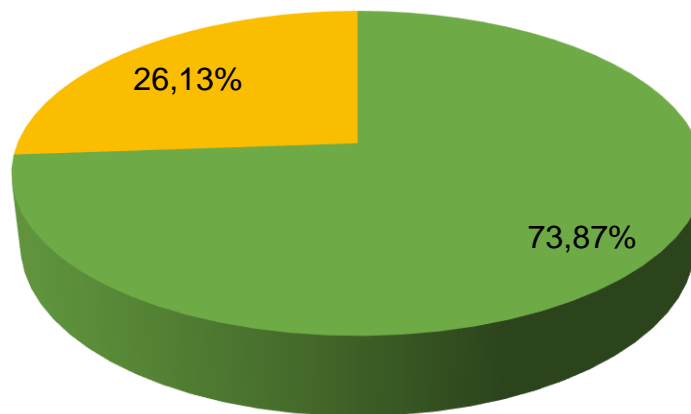
Fuente: Departamento de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio 2017.

Se determinó que el 54,9%(266) de las embarazadas con parto prematuro finalizó la secundaria, el 27,35%(134) cursó estudios primarios, y el 18,37%(90) posee educación superior.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 4: Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social de acuerdo a la presencia de antecedentes patológicos personales, 2017. n: 490



- Embarazadas sin antecedentes patológicos personales
- Embarazadas con antecedentes patológicos personales

Fuente: Departamento de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio 2017.

Un cuarto (128) de la población estudiada presenta antecedentes patológicos personales.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Tabla 3: Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según antecedentes patológicos personales, 2017. n: 128

| Antecedentes Patológicos Personales | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------------|------------|-------------|
| Hipertensión arterial | 55 | 42,97% |
| Patologías tiroideas | 24 | 18,75% |
| Diabetes mellitus | 17 | 13,28% |
| Madre Rh (-) sensibilizada | 12 | 9,38% |
| PVVS | 5 | 3,91% |
| Alergia a medicamentos | 4 | 3,13% |
| Dermatosis | 3 | 2,34% |
| Insuficiencia cardíaca | 2 | 1,56% |
| Hepatitis B | 2 | 1,56% |
| Madre Rh(-) no sensibilizada | 1 | 0,78% |
| Hernia de disco | 1 | 0,78% |
| Asma | 1 | 0,78% |
| Trombofilia | 1 | 0,78% |
| TOTAL | 128 | 100% |

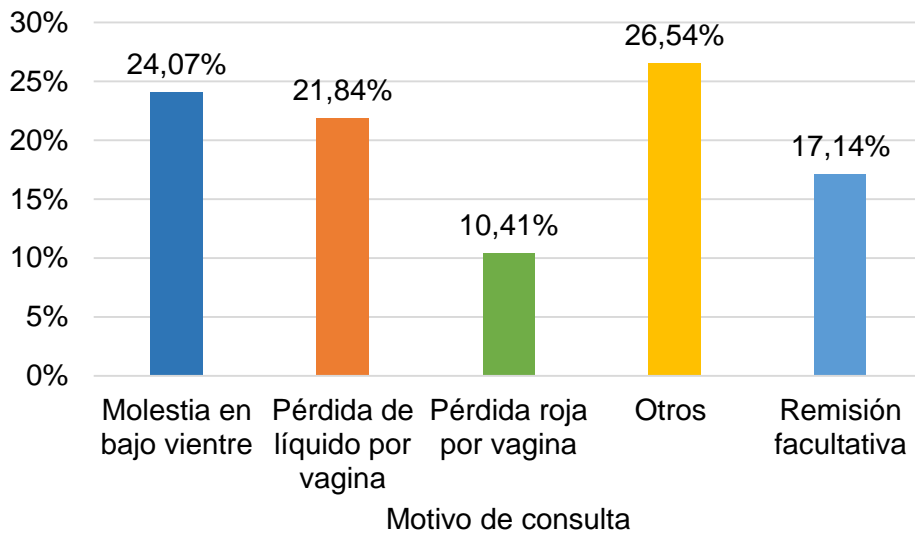
Fuente: Departamento de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio 2017.

De las 490 embarazadas con parto prematuro, 26,13%(128) presentan antecedentes patológicos personales de los cuales el 42,97%(55) padece Hipertensión arterial.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 5: Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según motivo de consulta, 2017. n: 490



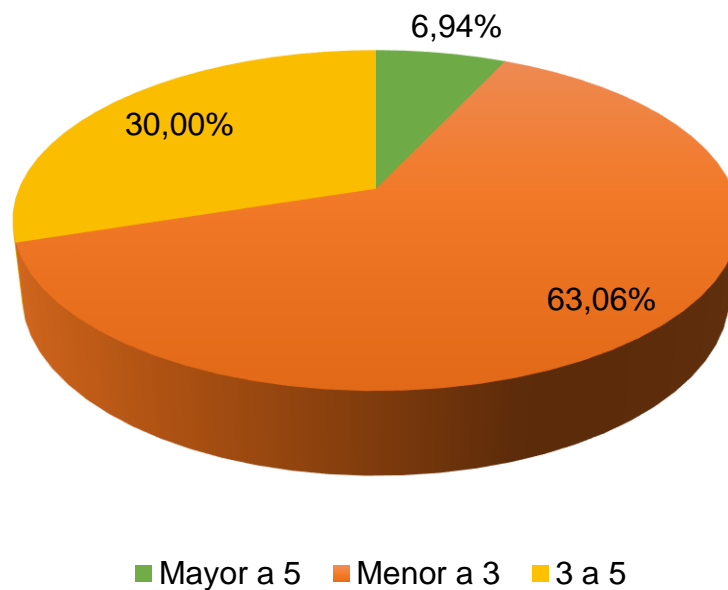
Fuente: Departamento de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio 2017.

Hubo una distribución regular entre los motivos de consulta de las embarazadas que acudieron al Servicio con leve predominio de molestia en bajo vientre y otro dato determinado fueron las pacientes remitidas por facultativo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 6: Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según control prenatal, 2017. n: 490



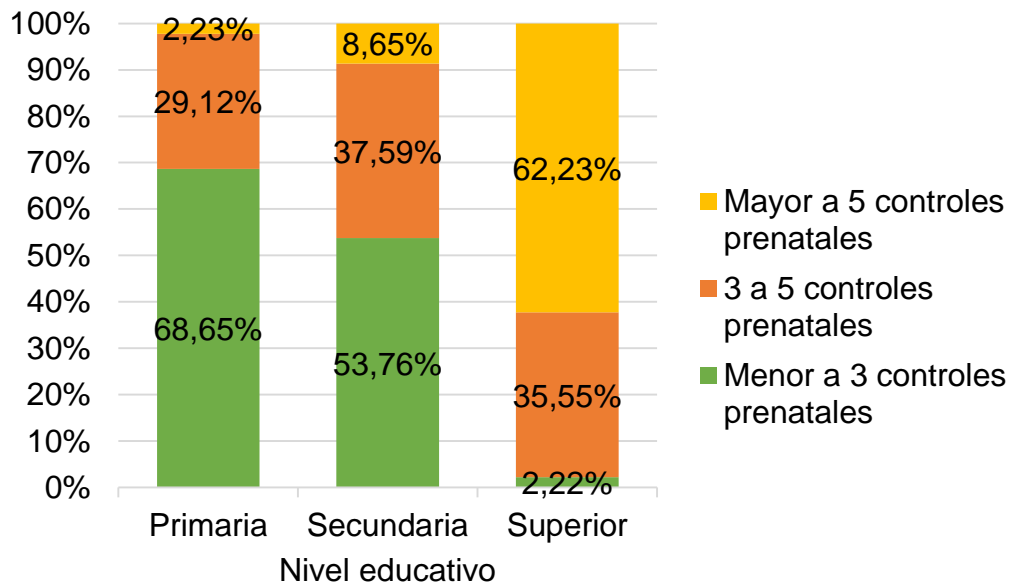
Fuente: Departamento de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio 2017

La mayoría de las que presentaron parto prematuro el 63,06%(309) tuvieron menos de 3 controles prenatales, seguido del 30%(147) que tuvieron 3 a 5 controles prenatales, y solamente el 6,94% (34) acudió a más de 5 controles prenatales.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 7: Distribución del número de control prenatal según el nivel educativo de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social, 2017. n: 490



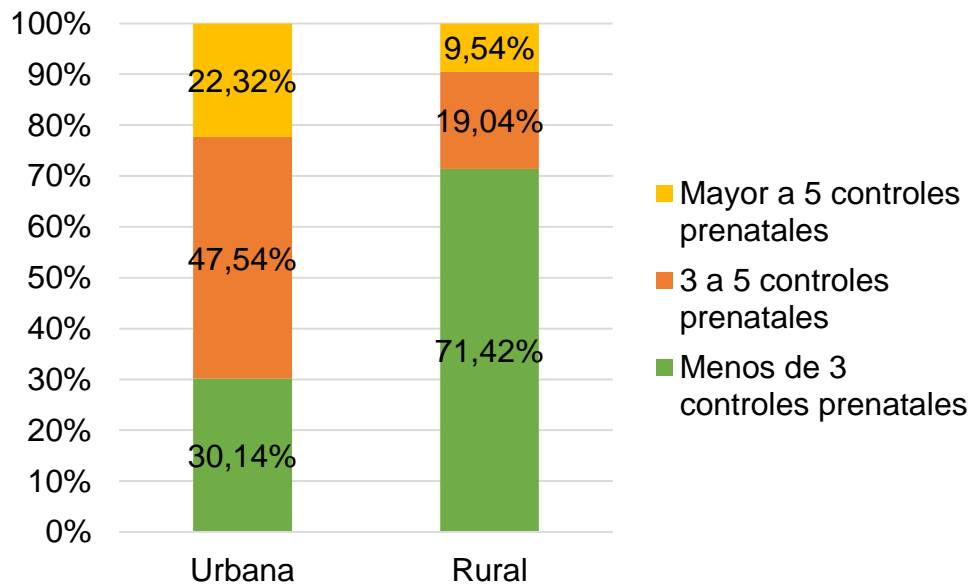
Fuente: Departamento de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio 2017.

De las embarazadas que sólo terminaron la primaria en su mayoría tuvieron menos de 3 controles prenatales lo que corresponde al 68,65%(92) de la población; en cuanto a las de estudio superior el 62,23%(56) asistieron a más de 5 controles prenatales.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 8: Distribución del número de control prenatal según la procedencia de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social, 2017. n: 490



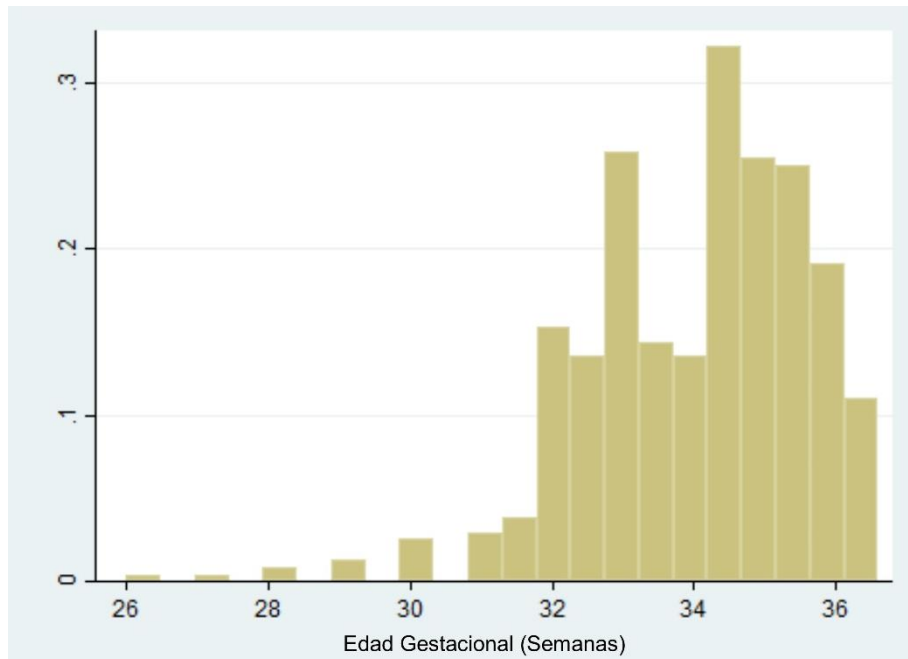
Fuente: Departamento de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio 2017.

De las embarazadas que proceden del área urbana en su mayoría tuvieron entre 3 a 5 controles prenatales lo que corresponde al 47,54%(213); en cuanto a las de procedencia rural el 71,42%(30) asistieron a menos de 3 controles prenatales.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 9: Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social de acuerdo a edad gestacional, 2017. n: 490



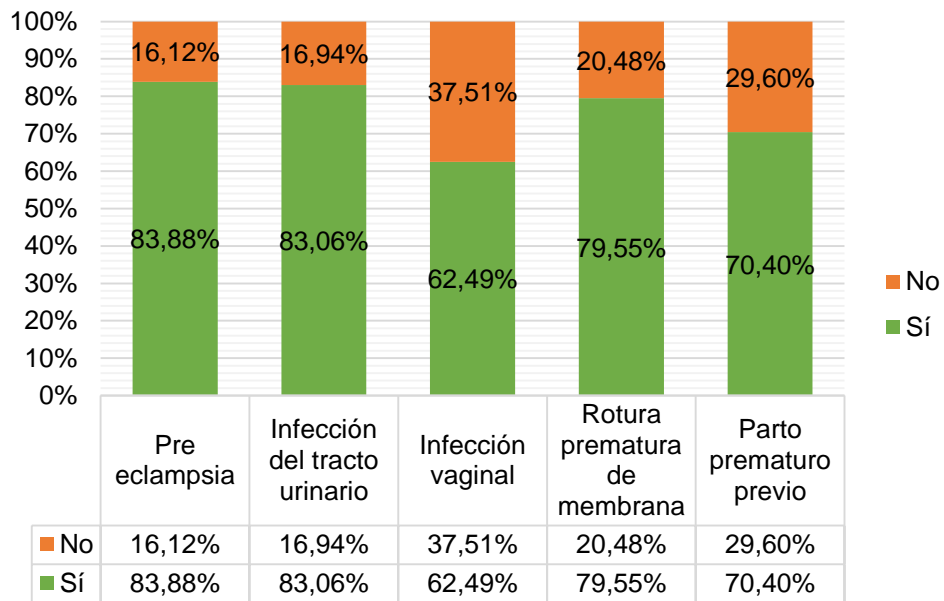
Fuente: Departamento de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio 2017.

El rango de edad gestacional es de 26 a 36.6 semanas. Con una mediana de 34.2 semanas. Y la mitad de la población entre 33 a 35.2 semanas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 10: Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social de acuerdo a las condiciones clínicas obstétricas, 2017. n: 490



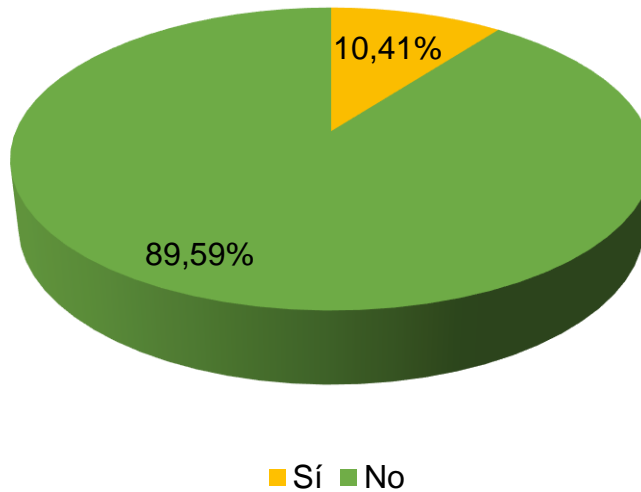
Fuente: Departamento de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio 2017.

Entre las principales condiciones clínicas obstétricas de las embarazadas el 83,88%(411) presentó durante su embarazo pre eclampsia, el 83,06%(407) infección del tracto urinario, el 79,55%(390) tuvo rotura prematura de membranas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 11: Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según embarazo gemelar, 2017. n: 490



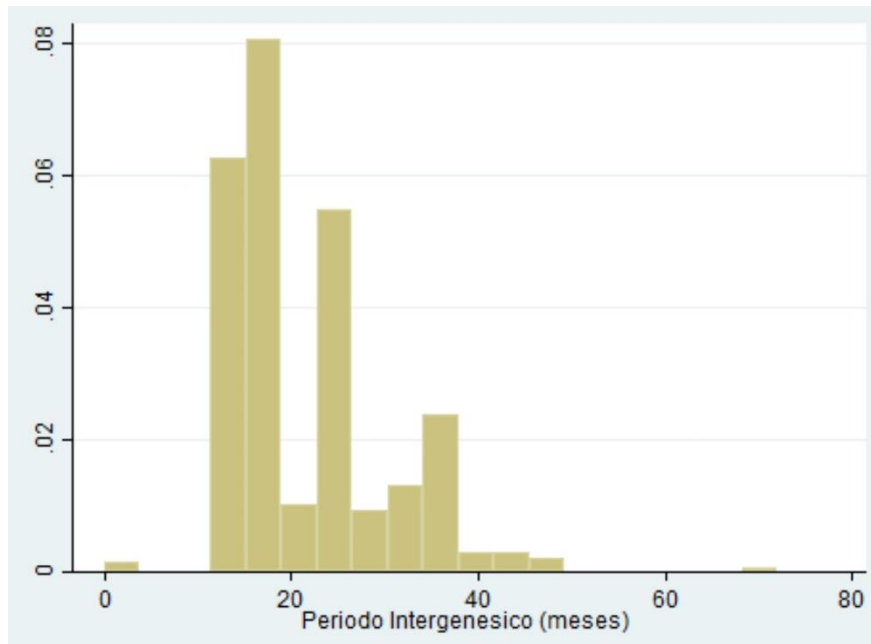
Fuente: Departamento de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio 2017.

En su mayoría la gestación fue única, sólo el 10,41%(51) de los embarazos con parto prematuro fueron gemelares.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 12: Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social de acuerdo al periodo intergenesico, 2017. n: 490



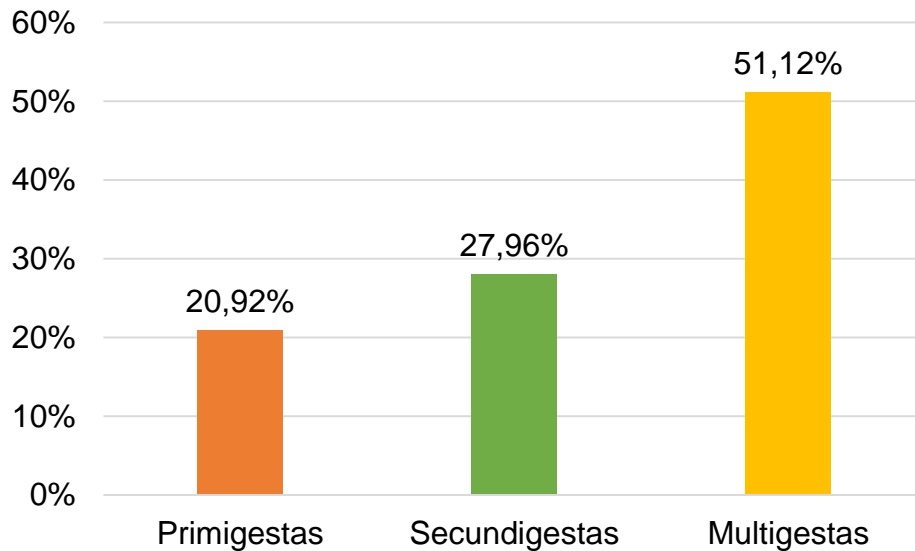
Fuente: Departamento de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio 2017.

El rango de periodo intergenesico estuvo comprendido desde los 2 a 72 meses. La mediana del periodo intergenesico fue de 18; y la mitad de la población estuvo entre los 16 a 24 meses.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 13: Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según antecedente gestacional, 2017. n: 490



Fuente: Departamento de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio 2017

En cuanto a las gestaciones previas el mayor porcentaje las embarazadas con parto prematuro fueron multigestas 51,12%(250).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Tabla 4: Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social de acuerdo a antecedentes obstétricos, 2017. n: 490

| Antecedentes obstétricos | | | |
|--------------------------|---------|---------|--------|
| | Paridad | Cesárea | Aborto |
| Valor mínimo | 0 | 0 | 0 |
| Valor máximo | 5 | 3 | 2 |
| Mediana | 0 | 1 | 0 |
| P25 | 0 | 1 | 0 |
| P75 | 1 | 1 | 0 |

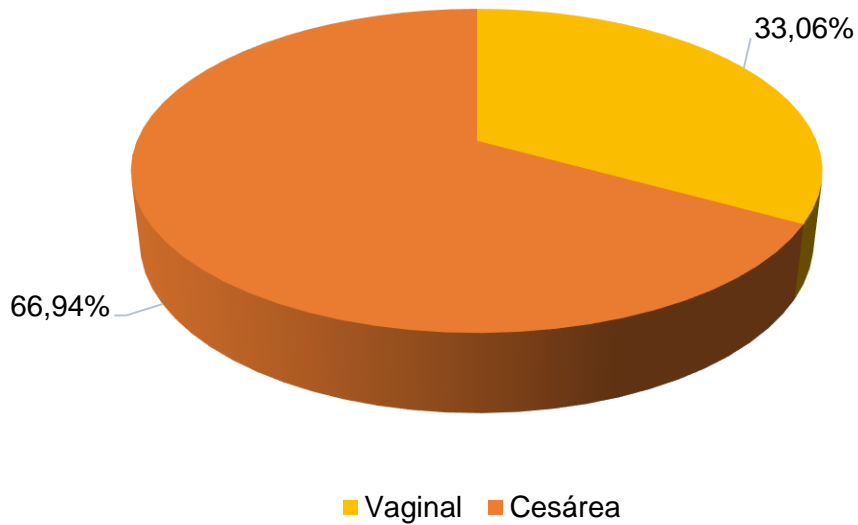
Fuente: Departamento de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio 2017.

Con respecto a los antecedentes obstétricos de las embarazadas, la mediana del número de partos vaginales previos fue de 0, y la mitad de la población tuvo entre 0 y 1 parto vaginal como antecedente. El 50% de las embarazadas cuenta con una 1 cesárea como antecedente obstétrico. Y la mitad de las embarazadas no tiene antecedentes de abortos previos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 14: Distribución de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según vía del parto, 2017. n: 490



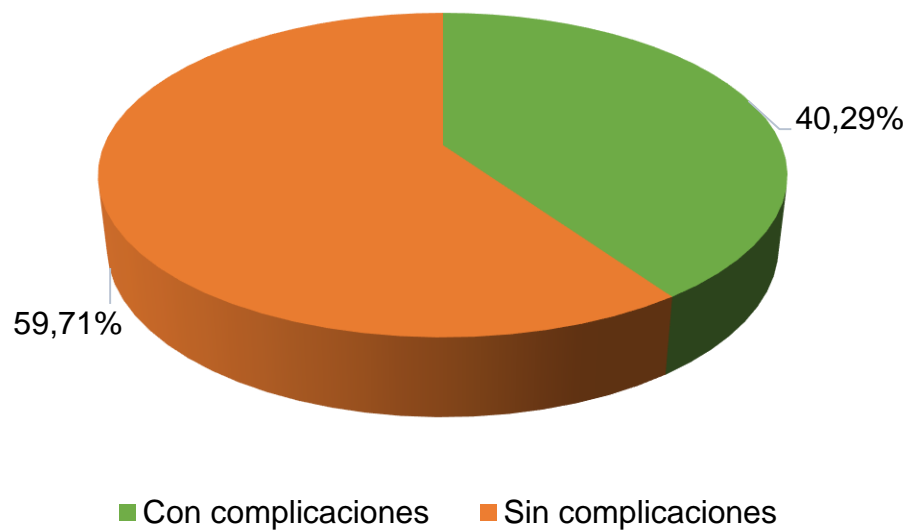
Fuente: Departamento de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio 2017.

La mayoría de los embarazos el 66,94%(238) finalizaron por parto vía cesárea; mientras el 33,06%(162) fueron por parto vía vaginal.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 15: Distribución de los recién nacidos prematuros del Instituto de Previsión Social, de acuerdo a la presencia de complicación neonatal, de enero a junio 2017. n:541



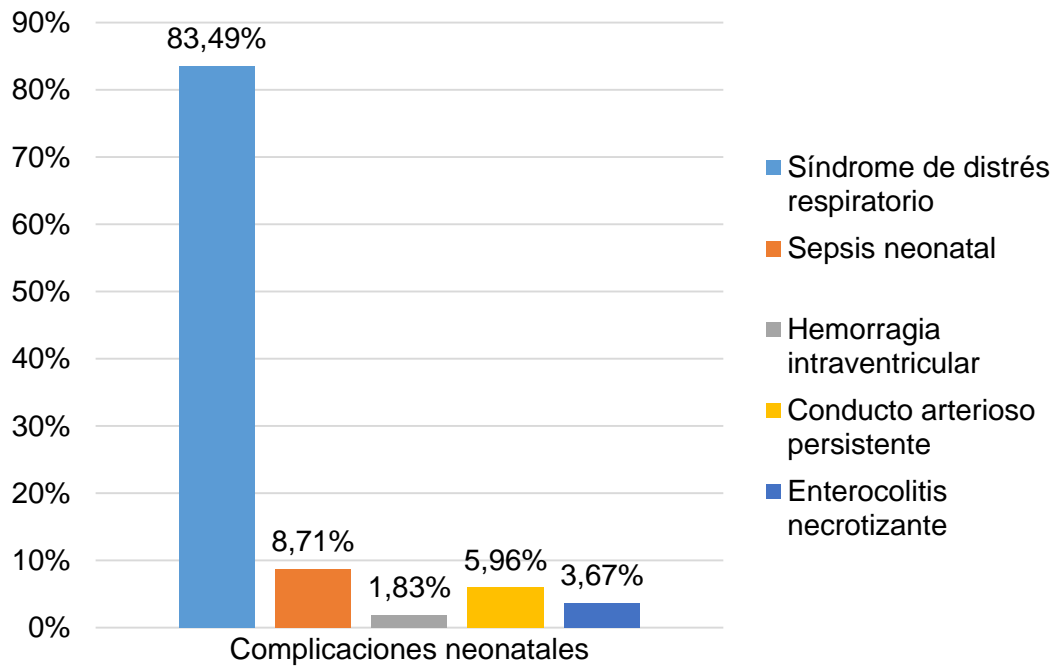
Fuente: Departamento de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio 2017.

El 40,29%(218) presentó alguna complicación neonatal.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 16: Distribución de los recién nacidos prematuros del Instituto de Previsión Social según complicaciones neonatales, 2017. n:218



Fuente: Departamento de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a junio 2017.

La principal complicación neonatal el 83,49%(182) de los recién nacidos prematuros presentó síndrome de distrés respiratorio.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Discusión

El parto prematuro sigue siendo un desafío para la salud pública de Paraguay, debido a las probables complicaciones del recién nacido exigiendo el abordaje y manejo adecuado y capacitado en los diferentes servicios de salud, incluyendo a las familias por la morbimortalidad que representa, por los daños y secuelas que podrían presentarse en el futuro, además conlleva una mayor inversión para el sector sanitario.

En el presente estudio se encontró que la mitad de las embarazadas tenía entre 24 a 33 años, lo que resulta similar a los resultados hallados en el estudio Lucín C et al donde se observó que en la mitad de las embarazadas la edad que corresponde a 20 a 30 años⁽¹⁰⁾. En cuanto al rango etario se encontró que la edad estaba entre 18 a 45 años, la mediana de la edad se encontró que era de 29, esto difiere del estudio del estudio de Calderon J, Vega G, Velazquez J, Morales R, Vega A donde el rango etario estaba comprendido entre 16 a 49 años, la mediana de edad fue 25⁽¹¹⁾.

Con respecto al estado civil, casi la mitad de las embarazadas de este estudio son casadas, lo cual difiere en gran porcentaje con el estudio de Huaroto K, Pauca M, Polo M, Meza J donde según el estado civil de las embarazadas en su mayoría eran madres solteras; y sólo una cuarta parte eran casadas⁽³⁾. La distribución de las embarazadas según su procedencia se encontró que la mayoría de ellas provenía del área urbana, lo que difiere en gran parte del estudio de Chira J, Sosa J. donde según los resultados del estudio eran de procedencia rural en más de la mitad de la población de estudio⁽⁶⁾.

El nivel educativo más frecuente fue el de estudios secundarios, similares resultados fueron encontrados en los estudios de Chira J, Sosa J. donde según el nivel de instrucción los dos tercios de las embarazadas completaron la secundaria⁽⁶⁾. Y variando en gran porcentaje con el estudio de Calderon J, Vega



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

G, Velazquez J, Morales R, Vega A donde en su mayoría las embarazadas eran de nivel educativo bajo, analfabetas⁽⁹⁾.

De manera similar al estudio de Saavedra H, las principales afecciones maternas fueron Hipertensión arterial, Diabetes mellitus y patologías tiroideas.

Los resultados fueron similares al estudio de Escalante G et al donde los motivos más frecuentes por los cuales las embarazadas acudieron al servicio fueron molestia en bajo vientre y pérdida de líquido por vagina⁽¹⁵⁾.

Los controles prenatales menor a 3 resultaron ser los más frecuentes, coincidiendo estos resultados con la gran mayoría de los estudios revisados previos; según Sánchez H, Pérez G, Vázquez F. en su estudio sobre el "Impacto del control prenatal en el parto pretérmino y morbi-mortalidad neonatal" se observó que la gran mayoría tenía menos de 3 consultas prenatales⁽²⁷⁾

Al igual que el estudio de Pérez J et al, la edad gestacional en este estudio se encontró que la mediana era 34,2 semanas, y la mitad se encontraba entre 33 a 35,2 semanas⁽²⁸⁾. Por el contrario, en el estudio de Saavedra H los resultados variaron ya que más de la mitad la edad gestacional estaba comprendida entre 27,6 a 31,2 semanas⁽¹³⁾.

En cuanto a las condiciones clínicas obstétricas de las embarazadas las más frecuentes fueron pre eclampsia, seguido de la infección del tracto urinario en un cuarto de las embarazadas y las infecciones vaginales que estaban presentes en más de las tres cuartas partes de las embarazadas. Que difieren de gran manera a los hallazgos de los resultados del estudio de Saavedra H donde ni la cuarta parte de las embarazadas con parto prematuro presentaron entre sus condiciones clínicas la presencia de infección de vías urinarias, y las pacientes que presentaron entre sus diagnósticos pre eclampsia era mucho menor en frecuencia⁽¹³⁾.

El antecedente gestacional, la mitad eran multigestas; lo que es similar a los hallazgos del estudio de Calderon J, Vega G, Velazquez J, Morales R, Vega A⁽⁹⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Los resultados de paridad de este estudio, variaron en gran medida a los hallados en los estudios previos revisados donde en la gran mayoría según la paridad el parto prematuro era más frecuente en las multíparas.

Con respecto a la vía del parto, en este estudio fue mayoritariamente por vía cesárea en más de la mitad de los partos prematuros, siendo altamente variado de los estudios anteriores revisados donde la mayoría era en mayor porcentaje por vía vaginal.

En cuanto a las complicaciones neonatales, en este estudio menos de la mitad de las recién nacidos presentó alguna complicación; siendo la más frecuente fue el Síndrome de distrés respiratorio del recién nacido en casi la mayoría de los recién nacidos teniendo resultados similares a estudios previos, donde según el estudio de Rellan S, Garcia C, Aragón M.⁽²⁹⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Conclusión

Al determinar las características demográficas de las embarazadas con parto prematuro del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, se encontró que la mediana de edad fue 29 años; y el grupo de edad más frecuente fue de 24 a 33 años.

Predominaron las pacientes con estado civil casada, la gran mayoría en cuanto a su procedencia eran de zona urbana. Al describir el nivel educativo, la mayoría habían terminado la secundaria.

Entre las principales afecciones maternas, predominó la hipertensión arterial, seguida de las patologías tiroideas, y diabetes mellitus.

En cuanto a la presentación clínica del parto prematuro, los motivos de consulta que se vieron en un cuarto de las pacientes fue molestia en bajo vientre, seguida de pérdida de líquido por vagina y remisión facultativa.

En el caso de los controles prenatales, más de la mitad acudió a menos de 3 controles prenatales; y la distribución de los controles prenatales según el nivel educativo, las pacientes que sólo terminaron la primaria en más de la mitad presentaron menos de 3 controles prenatales, y aquellas de estudios superiores tuvieron más de 5 controles prenatales en el periodo de gestación. Teniendo en cuenta la procedencia, la mayoría de las embarazadas con menos de 3 controles prenatales eran de procedencia rural.

La edad gestacional, con un rango entre 26 a 36,6 semanas, con una mediana de 34,2, y la mitad correspondía entre 33 a 35,2 semanas. Con respecto al periodo intergenesico la mitad de las pacientes tuvieron periodo intergenésico corto.

A su vez, las condiciones clínicas obstétricas presentes en las pacientes con parto prematuro, predominó la pre eclampsia, seguida de las infecciones genitourinarias.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

La mitad eran multigestas, nulíparas, y tenían una cesárea anterior como antecedente, y ningún aborto previo.

Con respecto a la terminación del parto, la vía más frecuente de terminación fue la cesárea.

Menos de la mitad de los recién nacidos presentó alguna complicación neonatal, y la complicación más frecuente fue el síndrome de distrés respiratorio en casi la mayoría de estos recién nacidos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Recomendaciones y perspectivas para el futuro

Socializar los resultados con las autoridades del Hospital donde se realizó el estudio.

Concientizar a las embarazadas sobre la importancia de los controles prenatales durante el embarazo, para que pueda llegar a final de la gestación de forma saludable y sin riesgo.

Fomentar y brindar la suficiente información acerca del parto pretérmino, con el objetivo de que las gestantes sepan identificar.

Realizar estudios de intervención a fin que sirva para determinar los factores de riesgos asociados al parto prematuro en las embarazadas que acuden en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Referencia Bibliográfica:

1. Machado S, Oliveira M, Rodrigues J, Amorim F, Pires I, Dalva A. Perfil de Gestantes Acometidas de Parto Prematuro em uma Maternidade Pública no estado do Piauí, Brasil. *Rev Online Pesqui.* 2018;10(3):758–63.
2. Alfonso L, Tascón M, Isabel D, Benítez C, Mendoza LI, Deyfilia M, et al. Epidemiología de la prematuridad , sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2016;81(4):330–42.
3. Huaroto K, Paucca M, Polo M, Meza J. Características maternas , obstétricas y fetales asociados al parto pretérmino , en pacientes de un Hospital Público de Ica, Perú. *Rev médica panacea.* 2013;3(2):27–31.
4. Díaz D, Milán S, Vega Y, Martínez F, Avila M, Hernández I. Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el Policlínico Norte de Ciego. *Rev Cuba Mediciego.* 2015;21(3):34–43.
5. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran A, Merialidi M. La incidencia mundial de parto prematuro: Una revisión sistemática de la mortalidad y la morbilidad maternas. *Boletín la Organ Mund la Salud.* 2010;88:31–8.
6. Chira J, Sosa J. Parto Pretermino En Gestantes Del Hospital Provincial Docente Belen De Lambayeque. *Rev Salud Vida Sipanense.* 2015;2:7–18.
7. Villanueva L, Contreras A, Cuevas M, Lucio J. Revisión Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Rev Ginecol Obstet Mex.* 2008;76(9):542–8.
8. Palencia A. Parto prematuro. *Rev Ginecol y Obstet Mex.* 2012;1(2):10–9.
9. Calderon J, Vega G, Velazquez J, Morales R, Vega A. Perfil epidemiológico y factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. *Rev medica IMMS.* 2008;43(4):339–42.
10. Lucín C, Robles A, Terán E, Chedraui P, López F, Vallejo M. Parto pretérmino: aspectos socio-demográficos en gestantes del Hospital Gineco-obstétrico “Enrique C. Sotomayor”, Guayaquil, Ecuador. *Rev Med FCM-UCSG.* 2012;16(4):266–72.
11. Mayorga D, Rodríguez E, Ortiz J, Rivera W, Hernández N. Perfil



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- epidemiológico en recién nacidos prematuros del Hospital Regional Gracias, Lempira. *Rev Med Hondur.* 2012;80(4):145–52.
12. Ugalde D, Hernández M, Ruíz M, Villarreal E. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012;77(5):338–41.
 13. Saavedra H. Caracterización de la prematuridad en el HOSPITAL II-1 DE YURIMAGUAS, Julio a Diciembre del 2014. *Rev Obstet Peru.* 2014;2(1):48–53.
 14. Acosta J, Ramos M, Zamora L, Murillo J. Prevalencia de infección de vías urinarias en pacientes hospitalizadas con parto pretermino. *Rev Ginecol y Obstet Mex.* 2014;82(11):737–43.
 15. Escalante G, Delcid A, Barcan M, González C, Guevara I, Lagos S, et al. Caracterización del Nacimiento Pretérmino en Embarazadas Atendidas en el Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa, Honduras. *Arch Med.* 2017;13(1):1–6.
 16. Di Marco I, Asprea I. Parto pretérmino, atención de parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas. *Dir Nac Matern e Infanc.* 2015;21–7.
 17. Quirós G, Piedra R, Bolívar M, Solano N. Parto Pretérmino. *Rev Clínica la Esc Med UCR-HSJD.* 2016;1(I):76–8.
 18. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Parto prematuro [Internet]. 13 de Noviembre. 2017 [cited 2018 Sep 2]. Available from: <https://www.mspbs.gov.py/portal/13652/el-76-de-los-nacimientos-se-da-de-forma-prematura.html>
 19. Ibarra H, Aparicio C, Acosta M. Resultados Perinatales en la Amenaza de Parto Prematuro. Experiencia del Hospital San Pablo, Asunción. 2007;2:32–5.
 20. Ochoa A, Pérez J. Parto pretérmino. *An Sist Sanit Navar.* 2009;32(1):105–19.
 21. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Parto Prematuro. In: Editorial El



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Ateneo, editor. *Obstetricia Schwarcz*. 6ta. 2005. p. 752.
22. Cambranes E, Alvarado J, Campos E. Manejo del Trabajo de Parto Pretérmino. *Guías Práctica Clínica Basadas en Evidencias*. 2013;(48):106.
 23. Mejía M, González C. Guía Técnica de práctica clínica de Parto Pretermino. *Rev Obstet Peru*. 2013;4:21–5.
 24. Fernández C, Poblete JA. Prevención de Parto Prematuro en Gemelar. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2017;82(1):70–6.
 25. Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A, Del Rio M, Morong C, et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un Hospital público de Santiago. *Rev Medica Chil*. 2012;140:19–29.
 26. Ministerio De Salud Pública y Bienestar Social. Amenaza de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino. In: *Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas*. 1st ed. 2018. p. 21–6.
 27. Sánchez H, Pérez G, Vázquez F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. *Rev medica Inst México*. 2013;43(5):377–80.
 28. Pérez J, Panduro G, Quezada C. Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo. 2011;79(10):607–12.
 29. Rellan S, Garcia C, Aragón M. El recién nacido prematuro. *Asoc Española Neonatol*. 2008;2(8):69–79.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Anexos:

Anexo 1:



Instrumento de recolección de datos



La siguiente ficha técnica será utilizada para el trabajo de investigación cuyo título es “CARACTERIZACIÓN DEL PARTO PREMATURO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, 2017”, en el marco del Trabajo de Fin de Grado dentro del programa de formación en Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú, Paraguay. El llenado se realizará a cargo del autor; Universitaria María Mercedes Riveros Espínola en el departamento de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social con las fichas clínicas de las pacientes con parto prematuro del Servicio de Ginecología y Obstetricia en el periodo comprendido entre los meses de enero a junio 2017; con fines absolutamente estadísticos y académicos, donde se respetará los criterios de confidencialidad; justicia e igualdad y no maleficencia. Quedaran asentados únicamente los datos de interés según las variables a ser investigadas.

Identificación: Ficha nro.:

| A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS | | | | | | |
|----------------------------|--------------|---------------|-----------------|-----------------|------------|------------------|
| A.1. | Edad: | años | | | | |
| A.2. | Estado Civil | 2.1. Soltera | 2.2. Casada | 2.3. Divorciada | 2.4. Viuda | 2.5. Unión libre |
| A.4. | Procedencia | 4.1. Urbana | 4.2. Rural | | | |
| A.5. | Escolaridad | 5.1. Primaria | 5.2. Secundaria | 5.3. Superior | | |



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

| B. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS | | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------|--------------------|-------------------------------------|
| B.1. | Antecedente patológico personal | 1.1. Diabetes Mellitus | 1.2. Hipertensión Arterial | 1.3. Asma | 1.4. Cardiopatías | 1.5. Patologías Tiroideas |
| | | 1.6. Alergia a medicamentos | 1.7. RH(-) Sens | 1.8. RH(-) NS | 1.9. Toxoplasmosis | 1.10. PVVS |
| | | 1.11. Dermatitis | 1.12. Hernia de Disco | 1.13. Hepatitis B | 1.14. Trombofilia | 1.15. Otros |
| C. DATOS CLÍNICOS | | | | | | |
| C.1. | Motivo de Consulta: | | | | | |
| C.2. | Control prenatal | 2.1. Menor a 3 | 2.2. 3 a 5 | 2.3. Mayor a 5 | | |
| C.3. | Edad Gestacional: | semanas | | | | |
| C.4. | Pre eclampsia | 4.1. Sí | 4.2. No | | | |
| C.5. | Infección de las vías urinarias | 5.1. Sí | 5.2. No | | | |
| C.6. | Infección vaginal | 6.1. Sí | 6.2. No | | | |
| C.7. | Rotura prematura de membrana | 7.1. Sí | 7.2. No | | | |
| C.8. | Parto prematuro previo | 8.1. Sí | 8.2. No | | | |
| C.9. | Embarazo Múltiple | 9.1. Sí | 9.2. No | | | |
| C.10. | Periodo Intergenesico | meses | | | | |
| E. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS | | | | | | |
| E.1. | Gesta: | | | | | |
| E.2. | Paridad: | | | | | |
| E.3. | Cesárea: | | | | | |
| E.4. | Aborto: | | | | | |
| F. MANEJO | | | | | | |
| F.6. | Vía de terminación del parto | 6.1. Vaginal | 6.2. Cesárea | | | |
| G. DATOS DEL RECIÉN NACIDO | | | | | | |
| G.1. | Complicaciones neonatales | 1.1. Enterocolitis Necrotizante | 1.2. Síndrome de Distrés respiratorio | 1.3. Sepsis | 1.4. Anemia | 1.5. Conducto arterioso persistente |
| | | 1.6. Hemorragia intraventricular | 1.7. Óbito | 1.8. Otros | | |



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Anexo 2: Aprobación por Tutoría del Protocolo de Investigación.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
Coordinación de Trabajos de Fin de Grado



Coronel Oviedo, 19 de setiembre de 2018

Por la presente se deja Constancia que el Protocolo de Investigación cuyo título es **Características clínicas y epidemiológicas del Parto Prematuro en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017**; cuya autora es la Universitaria María Mercedes Riveros Espínola ha sido revisado in extenso siendo aprobado de forma y fondo por esta Tutoría, siguiendo las pautas de rigor científico según el modelo de la Organización Panamericana de la Salud y los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Caaguazú y la Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Medicina.

Esta aprobación se realiza tras la revisión global del Protocolo de Investigación y en consecuencia seguir con el flujograma institucional correspondiente a fin de la elaboración del Trabajo de Fin de Grado.

Prof. Marcial González Galeano



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Anexo 3: Autorización del Servicio de Gineco- Obstetricia para la realización del trabajo

Asunción, 03 de setiembre de 2018

Señora:

Dra. Laura Maria Da Silva Iramfan

Presidenta del Comité de Ética

Hospital Central del Instituto de Previsión Social

PRESENTE.

Por medio del presente reciba mis cordiales saludos y a la vez comunico que el trabajo de fin de grado titulado "Características clínicas y epidemiológicas del parto prematuro en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017", de la Univ. María Mercedes Riveros Espínola, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Caaguazú, tiene el visto bueno y la autorización correspondiente para la ejecución de su investigación en el servicio.

Atentamente.

Rogelio Sosa Espínola
Jefe del Servicio Obstetricia
Reg.º Prof. Nº 4049 H.C.I.P.S.

Dr. Rogelio Sosa Espínola
Jefe del Servicio de Obstetricia



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Anexo 4: Aprobación por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Central del Instituto de Previsión Social para la recolección de datos.

Asunción, 20 de setiembre del 2018

Dra. Gladys Sandoval

Jefa del Departamento de Educación Médica,
Docente e Investigación del Hospital Central del IPS

PRESENTE

Me dirijo a usted y por su intermedio a donde corresponda a los efectos de solicitar autorización para el ingreso a la Dirección de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social con la finalidad de recolectar datos para el Trabajo de Fin de Grado "**Características clínicas y epidemiológicas del Parto Prematuro en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017**". El mismo será presentado a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú para la obtención del título de grado.

Esperando una respuesta favorable, me despido de usted deseándole éxitos en sus funciones.

ATENTAMENTE

Univ. María Mercedes Riveros Espínola

CIN° 3.768.726

FCM- UNCA

A Dirección de Apoyo y Servicios

As/20/09/18

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| DIRECCION DE APOYO Y SERVICIOS | |
| Nº | 1246 |
| FECHA | 20 SET. 2018 |
| HORA | 12:40 |
| RECIBIDO POR | María Mercedes Riveros Espínola |

A su conocimiento, con el visto bueno y autorización de esta Jefatura, atendiendo al convenio vigente entre el IPS y la UNC, a los efectos de facilitar los datos solicitados por la interesada para la elaboración de su trabajo de investigación.

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Dra. Gladys Sandoval
572282
Jefe del Dpto. de Educación Médica
Docencia e Investigación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

A: Dpto. de Apoyo Administrativo H.C.
A su conocimiento y trámites correspondientes

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Dra. María Asunción Vallejos O.
Directora
Dirección de Apoyo y Servicios

20 SET. 2018

A: Secc. Documentación y Archivo:

Favor remitir el parecer lo solicitado.

Atte

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Lic. José Santacruz Frutos
JEFE
Dpto. Apoyo Administrativo H.C.

24/9/18

A: Dpto. de Apoyo Administrativo

Cuentan con el V° B° por esta jefatura para realizar lo solicitado.

De vuelta a Dirección de Apoyo y Servicios
18-9/18
Fecha: 25 SET. 2018

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Ana Liz Coberes
Jefe de Sección
Documentación y Archiv
25 SEP 2018

A: Dirección de Apoyo y Servicios

Se remite Informe con visto bueno solicitado.

Polivisión Médica H.C.
A su conocimiento y trámites correspondientes

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Lic. Juan Manuel Scavone Avalos
Coordinador
Coordinación de Dirección de Apoyo y Servicios

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Lic. José Santacruz Frutos
JEFE
Dpto. Apoyo Administrativo H.C.
25/9/18

25 SET. 2018



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Anexo 5: Aprobación final de Trabajo de fin de grado por tutoría.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
Coordinación de Trabajos de Fin de Grado



Coronel Oviedo, 05 de diciembre de 2018

Por la presente dejo constancia que el Trabajo de Fin de Grado cuyo título es **CARACTERIZACIÓN DE PARTO PREMATURO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, 2017** cuyo autora es María Mercedes Riveros Espinola, ha sido revisado in extenso siendo aprobado de forma y fondo por esta Tutoría, siguiendo las pautas de rigor científico y los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Caaguazú y la Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Medicina.

Esta aprobación final se realiza tras la revisión global realizada tras la entrega del borrador, asumiendo la verificación de que las orientaciones remitidas fueron efectuadas.

Tras esta corrección final dicho trabajo reúne las condiciones para ser evaluado por las instancias pertinentes para su presentación y defensa.

ATTE.

Prof. Marcial González Galeano

Tutor