



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**Prevalencia de parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital
General Monte Sinaí periodo enero 2021 a enero 2023.**

AUTOR:

Hidalgo Sánchez, Jean Carlos Rodrigo

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dra. Montalván Suarez, Martha Elena

Guayaquil, Ecuador

7 de octubre de 2024



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Hidalgo Sánchez, Jean Carlos Rodrigo** como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR

f. _____

Dra. Montalván Suarez, Martha Elena

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez

Guayaquil, a los 7 días del mes de octubre del año 2024



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Hidalgo Sánchez, Jean Carlos Rodrigo

DECLARO QUE

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital General Monte Sinaí periodo enero 2021 a enero 2023**, previo a la obtención del título de **Médico** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 7 días del mes de octubre del año 2023

AUTOR:



Firmado electrónicamente por:
**JEAN CARLOS RODRIGO
HIDALGO SANCHEZ**

f. _____

Hidalgo Sánchez, Jean Carlos Rodrigo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, Hidalgo Sánchez, Jean Carlos Rodrigo

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital General Monte Sinaí periodo enero 2021 a enero 2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 7 días del mes de octubre del año 2023

AUTOR:



Firmado electrónicamente por:
**JEAN CARLOS
RODRIGO HIDALGO
SANCHEZ**

f. _____

Hidalgo Sánchez, Jean Carlos Rodrigo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

REPORTE DE ANTIPLAGIO

 CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

JEAN HIDALGO SANCHEZ

3%
Textos sospechosos

3% Similitudes
< 1% similitudes entre comillas
< 1% entre las fuentes mencionadas

0% Idiomas no reconocidos

7% Textos potencialmente generados por IA (ignorado)

Nombre del documento: JEAN HIDALGO SANCHEZ.docx	Depositante: Julio Adrian León Solorzano	Número de palabras: 11.954
ID del documento: 668c336efc0fd1eed8d57ca541788e87fc5fe443	Fecha de depósito: 19/9/2024	Número de caracteres: 79.543
Tamaño del documento original: 13,62 MB	Tipo de carga: interface	
Autores: []	fecha de fin de análisis: 19/9/2024	

Ubicación de las similitudes en el documento:



TUTOR

f.
f. _____

Dra. Montalván Suarez, Martha Elena

Agradecimientos

Le agradezco a Dios por haberme dado salud y fuerza para haber seguido en los momentos más desafiantes de la carrera.

A mi mamá, por todas sus llamadas para saber cómo estaba y darme apoyo a la distancia. A mi papá, que siempre estuvo pendiente de que no me haga falta nada. A Francheska, por animarme cuando más lo necesitaba. Les agradezco a ustedes, por el apoyo y esfuerzo que me dieron para que yo pudiera alcanzar mi objetivo.

A Pierina, porque desde que estudié en Guayaquil siempre me escuchaste y aconsejaste en los días en los que quería tirar la toalla, porque siempre que necesité algo nunca me negaste tu ayuda.

A mi persona especial, que se ha convertido en mi mejor amiga, gracias por su apoyo y compañía en cada paso que he dado, que siempre estuvo presta para escucharme y nunca estuvo de más un abrazo suyo. Además, gracias por haberme dado el regalo más valioso de mi vida.

A los amigos que he hecho a lo largo de la carrera y en especial a Chelsea Fajardo por haberme hecho disfrutar la etapa universitaria, donde aprendimos que no solo se viven momentos de estudios, sino también momentos de compañerismo y diversión fuera de las aulas.

Por último, pero no menos importante, a mi angelito en el cielo, Sol. Ella fue más que una mascota, fue mi familia en Guayaquil en estos años de carrera. A ti, que te acurrucaste conmigo en mis momentos más difíciles donde no quería nada, ni hablar con alguien. Tu que supiste secar mis lágrimas con tu cariño, eres parte importante de este sueño, espero que hayas sido feliz, como yo lo fui contigo. Gracias por todo mi Sol Solecito.

Dedicatoria

Este trabajo se lo dedico a mis padres por los esfuerzos que realizaron para que yo esté logrando este objetivo, sin ellos, llegar hasta aquí hubiese sido imposible. A mis hermanas porque siempre estuvieron apoyando a que logre este sueño con buenos deseos.

A mis abuelitos, que no olvido las veces que los visitaba y me decían que ya querían que fuese doctor para curarlos.

Se lo dedico a mi princesa, el amor de mi vida, Marina Isabella, espero esté orgulloso de su padre, que de ahora en adelante todo lo que haga será por y para ella.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

**Dr. Aguirre, Juan Luis
DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. _____

**Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio
COORDINADOR DEL AREA**

f. _____

Oponente

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL.....	IX
RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	2
1. CAPÍTULO I.....	4
1.1. Planteamiento del problema	4
CAPÍTULO II.....	7
MARCO TEÓRICO	7
2.1. 1 Antecedentes	7
CAPITULO III.....	17
MARCO METODOLÓGICO.....	17
3.1. Diseño de la investigación.....	17
4.1. Capítulo IV	26
5.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN	26
4.1.2 Distribución de casos de parto prematuro de acuerdo con la edad materna	27
CAPÍTULO V	41
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
5.1. Conclusiones	41
5.2 Recomendaciones	42
REFERENCIAS.....	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Tabla de contingencia entre el estado civil de la gestante y la presencia de embarazo prematuro.	33
Tabla 2 Tabla de contingencia entre la instrucción de la gestante y la presencia de embarazo prematuro.	34
Tabla 3 Prevalencia de partos prematuros atendido en el Hospital Monte Sinaí.	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Población de parturientas atendidas en el Hospital General Monte Sinaí periodo enero 2021 a enero 2023.	26
Figura 2 Rango de edad de las gestantes que presentaron partos prematuros en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.	27
Figura 3 Edad media de las gestantes que presentaron partos prematuros en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.	27
Figura 4 Estado civil de las gestantes que tuvieron partos prematuros en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.	28
Figura 5 Nivel de instrucción de las gestantes que tuvieron partos prematuros en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.	28
Figura 6 Paridad de las gestantes que presentaron partos prematuros en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.	29
Figura 7 Rangos de la edad gestacional de los neonatos prematuros atendidos en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.	29
Figura 8 Edad gestacional media de los neonatos prematuros atendidos en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.	30
Figura 9 Distribución de los pesos de los neonatos prematuros atendidos en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.	30
Figura 10 Rangos de la estancia hospitalaria de los neonatos prematuros atendidos en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.	31
Figura 11 Estancia hospitalaria media de los neonatos prematuros atendidos en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.	32
Figura 12 Anomalías asociadas de los neonatos prematuros en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.	32
Figura 13 Causas desencadenantes del parto prematuros de las gestantes en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.	33

RESUMEN

El parto prematuro, definido como el alumbramiento que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, impacta significativamente en la salud y la supervivencia neonatal, siendo un desafío crítico en la atención materna. El objetivo de este estudio fue investigar la prevalencia y características de los partos prematuros en el Hospital General Monte Sinaí desde enero de 2021 hasta enero de 2023. Mediante un análisis descriptivo de historias clínicas, esta investigación buscó proporcionar información sobre los factores asociados con el parto prematuro y los resultados tanto para las madres como para los neonatos.

El estudio analizó registros de 24,073 nacimientos, identificando 2,595 casos de partos prematuros, lo que resultó en una tasa de prevalencia del 10.78%. Esta tasa es comparable con los promedios globales, sugiriendo que los resultados de los pacientes del hospital están alineados con los estándares internacionales. Los datos revelaron que la edad media de las madres era de 26.42 años, siendo más prevalentes los partos prematuros entre mujeres de 18 a 25 años. Los datos neonatales mostraron una edad gestacional promedio de 32.20 semanas, con la mayoría de los neonatos pesando entre 1500 y 2500 gramos. La mayoría de estos infantes requirieron estancias hospitalarias de entre 15 y 30 días, reflejando la necesidad de atención médica significativa. Las complicaciones de la placenta y las anomalías uterinas fueron las causas más comunes, mientras que el síndrome de distrés respiratorio y la ictericia fueron las patologías asociadas más frecuentes. Este estudio subraya los desafíos continuos que representan los partos prematuros en el Hospital General Monte Sinaí y destaca la necesidad de intervenciones dirigidas para reducir estas ocurrencias y mejorar los resultados tanto maternos como neonatales.

Palabras clave: neonatos, parto, prematuros, gestantes, Guayaquil.

ABSTRACT

Preterm birth, defined as childbirth occurring before 37 weeks of gestation, significantly impacts neonatal health and survival, posing a critical challenge in maternal care. The aim of this study was to investigate the prevalence and characteristics of preterm births at Hospital General Monte Sinaí from January 2021 to January 2023. Employing a descriptive analysis of medical records, this research sought to provide insights into the factors associated with preterm delivery and the outcomes for both mothers and neonates. The study examined records from 24,073 births, identifying 2,595 cases of preterm births, resulting in a prevalence rate of 10.78%. This rate is comparable to global averages, suggesting that the patient outcomes at the hospital align with international standards. Data revealed that the average age of mothers was 26.42 years, with the highest prevalence of preterm births among women aged 18 to 25. Neonatal data indicated an average gestational age at birth of 32.20 weeks, with most neonates weighing between 1500 and 2500 grams. The majority of these infants required hospital stays between 15 and 30 days, reflecting the need for significant medical care. Placental complications and uterine anomalies were the most common causes, while respiratory distress syndrome and jaundice were the most common associated pathologies. This study underscores the ongoing challenges posed by preterm births at Hospital General Monte Sinaí and highlights the necessity for targeted interventions to reduce these occurrences and improve both maternal and neonatal outcomes.

Keywords: neonates, childbirth, premature babies, pregnant women, Guayaquil.

INTRODUCCIÓN

El nacimiento prematuro, que se define como un parto que ocurre antes de las 37 semanas completas de gestación, sigue siendo un importante problema de salud mundial para las madres y los recién nacidos, aumentando considerablemente la morbilidad y la mortalidad infantil (1). La prevalencia de partos prematuros no ha disminuido significativamente a pesar de las mejoras en la atención prenatal y la tecnología médica, lo que enfatiza la necesidad de realizar estudios continuos sobre las causas, tratamientos y resultados de esta afección. Dada la población diversificada a la que atiende, el Hospital General Monte Sinaí sirve como un centro clave para la investigación sobre la epidemiología del parto prematuro en este entorno particular.

El propósito de esta tesis es investigar la tasa de parto prematuro entre pacientes embarazadas que visitaron el Hospital General Monte Sinaí entre enero de 2021 y enero de 2023. Este estudio tiene como objetivo dar una visión exhaustiva de los patrones y consecuencias relacionados con los partos prematuros en este contexto hospitalario analizando una variedad de características, como la edad materna, la edad gestacional al nacer, el peso neonatal y la duración de las estancias hospitalarias. Comprender estas variables es esencial para crear intervenciones enfocadas y mejorar los métodos de atención prenatal y neonatal.

Desde un punto de vista metodológico, el estudio utiliza un examen retrospectivo de datos médicos para clasificar e identificar los nacimientos prematuros ocurridos en el transcurso de estos años. Este método permite examinar una variedad de variables médicas y demográficas, como la paridad, las causas de los nacimientos prematuros y los resultados de salud neonatal, que pueden tener un impacto en las tasas de nacimientos prematuros. Los datos recopilados harán posible un examen exhaustivo de los patrones y factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en el área de servicio del hospital.

Al final, este estudio pretende avanzar en la salud materno infantil en general, así como brindar información sobre la frecuencia y las causas del parto prematuro en el Hospital General Monte Sinaí. Los resultados pueden ayudar a informar las políticas hospitalarias y las iniciativas de salud pública destinadas a reducir la incidencia de partos prematuros y

mejorar la salud de las madres y sus recién nacidos al resaltar patrones y resultados locales particulares. Se anticipa que este estudio arrojará conocimientos importantes que podrían mejorar los protocolos de atención, asignar mejor los recursos y crear iniciativas educativas más efectivas para las futuras mamás en el área.

1. CAPÍTULO I

1.1. Planteamiento del problema

El parto prematuro es un término médico, ha sido definido por la OMS como “aquel que ocurre antes de las 37 semanas completas del embarazo, mientras que el feto expulsado toma el nombre de recién nacido pretérmino”, por lo tanto, no se completa la maduración fetal normal, siendo una fuente importante mortalidad y morbilidad (1).

Esta misma institución, en su último reporte, indica que el porcentaje de nacimientos prematuros en todo el mundo en 2020 se sitúa entre el 4% y el 16% con 13,4 millones de partos pretérmino. Así mismo, indica que las complicaciones del parto prematuro son la principal causa de muerte de niños menores de cinco años y representaron alrededor de 900.000 muertes en 2019 (1).

En el Ecuador, 5,1 niños por cada 1.000 nacidos vienen al mundo antes de haber cumplido las 37 semanas de gestación. Por otra parte, el Observatorio Social del Ecuador, adjunto a UNICEF, señala que es un problema poco atendido en el país y que pueden mejorárselos servicios de salud (2). En ese contexto, la OMS, informa que el 75% de estas muertes puede prevenirse si se toman las medidas médicas adecuadas (1).

Además, en el mundo utilizan diferentes enfoques para evaluar la edad gestacional, y es difícil comparar con precisión las tasas de notificación de nacimientos prematuros entre y dentro de los países debido a las variaciones en las tasas de notificación y los sistemas de salud, por lo tanto, este estudio pretender arrojar luz a los índices locales de prevalencia de esta problemática (3).

Bajo estos antecedentes, reconociendo que es necesario establecer las circunstancias biológicas y sociales que durante el embarazo pueden afectar el bienestar fetal durante la gestación, se planteó como objetivo de la investigación, identificar la prevalencia y los riesgos y características que influyen en el parto pretérmino.

1.1. Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de parto prematuro en las gestantes atendidas en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo enero del 2021 hasta enero del 2023?

1.2. Justificación

El parto prematuro sigue siendo un importante problema de salud pública y mundial y

juega un papel vital en la determinación de la supervivencia de los recién nacidos en condición vulnerable. (8) Alrededor del 6 al 10% de bebés tienen riesgo a nacimientos prematuros para la población general. Según la OPS, Ecuador se encuentra entre los 11 países con tasas bajas de nacimientos prematuros, sin embargo, según datos de la INEC la prematuridad es considerada como una de las causas principales de mortalidad en el país.

Comprender la complejidad involucrada en el parto prematuro en Ecuador, concretamente en el Hospital General Monte Sinaí, no es sólo una búsqueda académica importante sino también una medida adecuada para comprender la realidad de este problema en el Hospital General Monte Sinaí para preservar la salud pública y el derecho a la vida de los neonatos. Este estudio enfatiza lo importante que es realizar investigaciones localizadas para comprender completamente la compleja dinámica de los partos prematuros, que puede variar mucho según el nivel socioeconómico, las prácticas de atención médica y las predisposiciones genéticas. Finalmente, investigar los factores biológicos y sociales que contribuyen al parto prematuro en el Hospital General Monte Sinaí cierra una importante brecha de conocimiento. Avanza en un conocimiento integral de las formas en que los factores internos y externos interactúan para afectar la salud de las madres y los recién nacidos. Para abordar las dificultades relacionadas con los nacimientos prematuros.

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la prevalencia de parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital General Monte Sinaí periodo enero 2021 a enero 2023.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar los casos de parturientas atendidas en el Hospital General Monte Sinaí en los años 2021-2023
2. Caracterizar las gestantes atendidas en el Hospital General Monte Sinaí periodo enero 2021 a enero 2023
3. Determinar la frecuencia de aparición de parto prematuro en las parturientas atendidas en el Hospital General Monte Sinaí.

1.4. Aplicabilidad y utilidad de los resultados de estudio

Los hallazgos del estudio tienen un gran potencial para su uso en contextos sanitarios

locales y más amplios. Al definir la frecuencia y descubrir las principales causas de los nacimientos prematuros en el Hospital General Monte Sinaí, los resultados pueden ayudar a mejorar las prácticas de atención prenatal y guiar intervenciones específicas. Al utilizar estos datos, los proveedores de atención médica pueden mejorar los modelos de evaluación de riesgos e identificar y gestionar los embarazos de alto riesgo desde el principio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. 1 Antecedentes

Cao G., Liu J. y Liu M., con sede en Beijing, China, en su estudio de 2022 titulado "Global, Regional, and National Incidence and Mortality of Neonatal Preterm Birth, 1990- 2019", tuvo como objetivo determinar las tendencias en incidencia y mortalidad de nacimiento neonatal prematuro a nivel mundial, regional y nacional, cuantificando su carga utilizando los datos del estudio Carga Global de Enfermedades de 2019. Este estudio transversal analizó los casos incidentes, las muertes y las tasas estandarizadas por edad, y encontró una disminución global en los incidentes de nacimientos prematuros neonatales del 5,26 % entre 1990 y 2019 y una disminución de las muertes del 47,71 %. Sin embargo, las tasas de incidencia estandarizadas por edad aumentaron en las regiones socioeconómicas altas, mientras que las tasas de mortalidad aumentaron en el África subsahariana meridional, lo que indica la necesidad de realizar esfuerzos específicos para reducir la incidencia y la mortalidad de los nacimientos prematuros (4).

Delnord, M. y Zeitlin, J., con sede en París, Francia, en su estudio de 2018 titulado "Epidemiology of late preterm and early term births – An international perspective", tuvo como objetivo proporcionar una descripción epidemiológica de los nacimientos prematuros tardíos y tempranos a término. a escala internacional. Utilizando datos de literatura científica, informes de salud nacionales, la red europea de vigilancia de la salud perinatal Euro-Peristat y otras iniciativas internacionales, el estudio exploró la prevalencia, los factores de riesgo y la mortalidad neonatal e infantil. Encontraron variaciones en las tasas entre países, lo que sugiere que tanto los nacimientos prematuros tardíos como los tempranos comparten muchos factores de riesgo, incluidas complicaciones del embarazo, prácticas médicas y factores ambientales, destacando el potencial de prevención a través de políticas de salud pública y directrices de mejores prácticas en obstetricia (5).

Dueñas Matute, S.E., Salvador Pinos, C.A., Michelena Tupiza, S., Brunherotti, M.A.A. y Martinez, E.Z., en su estudio "Maternal and neonatal variables associated with premature birth and low birth weight in a tertiary hospital in Ecuador" realizado en el Hospital

General Docente Calderón en Ecuador, tuvieron como objetivo explorar los factores maternos y neonatales asociados con el parto prematuro y bajo peso al nacer. El estudio transversal, que abarcó los nacimientos vivos desde abril de 2017 hasta octubre de 2020, incluyó 13.407 nacimientos notificados. Identificó proporciones más altas de bajo peso al nacer entre los recién nacidos de madres analfabetas, madres más jóvenes y aquellos con hipertensión gestacional. En particular, la obesidad materna y la diabetes gestacional se vincularon con un aumento de los nacimientos grandes para la edad gestacional. El estudio subraya la necesidad de intervenciones específicas en Ecuador, considerando la mayor proporción de nacimientos con bajo peso y tasas de nacimientos prematuros cercanas a las de los países menos desarrollados (6).

Alvarado Espinoza, P.B., y González Rocafuerte, J.M., en su tesis “Factores predisponentes asociados a Partos Prematuros” realizada en el Hospital Universitario Gineco-Obstétrico Pediátrico de Guayaquil, Ecuador, tuvo como objetivo identificar factores predisponentes asociados a partos prematuros durante enero a marzo de 2022. Utilizando un método cuantitativo-observacional y analítico con una muestra de 250 pacientes, el estudio encontró que la atención prenatal insuficiente, las infecciones urogenitales y las complicaciones obstétricas se asociaron significativamente con los partos prematuros, enfatizando la necesidad de medidas preventivas para reducir la morbilidad materno-neonatal en sistemas de salud pública (7).

2.2 Parto prematuro

La definición de parto prematuro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sigue siendo la más utilizada y aceptada. La prematuridad está definida por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10 = O60) como menos de 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación. El primer día del último periodo menstrual se considera el inicio de la gestación. La edad gestacional se muestra en semanas completas o días completos por ejemplo, los eventos que suceden entre 280 y 286 días completos después de la iniciación del último periodo menstrual se consideran registrados a las 40 semanas de gestación (8).

Los nacimientos prematuros representan el 75% de las muertes perinatales y más de la mitad de la morbilidad a largo plazo. Aunque los recién nacidos prematuros suelen

sobrevivir, tienen más probabilidades de experimentar problemas respiratorios, gastrointestinales y cognitivos (9).

2.3 Clasificación

El parto prematuro, que se define como un embarazo que termina antes de las 37 semanas completas, puede ocurrir en cualquier edad gestacional y la prevalencia varía según el país. Se recomienda utilizar las subcategorías de la OMS de "muy prematuro", "extremadamente prematuro" y "prematuro moderado o tardío"(1).

Una deficiencia de esa definición es que no distingue entre un aborto espontáneo y un parto viable, lo que hace más difícil evaluar el parto prematuro en el grupo de recién nacidos que son gravemente prematuros. Dado que un límite inferior es arbitrario y está vagamente definido, determinarlo es difícil. Sin embargo, el Ecuador se acoge a la clasificación propuesta por la OMS y que se encuentra en la tabla a continuación (10):

CATEGORÍAS	SEMANAS GESTACIONALES
Extremadamente prematuro	<28
Muy prematuro	28-32
prematuro moderado	32-37
Prematuro moderado temprano	32-34

2.4 Epidemiología

La incidencia de nacimientos prematuros varía significativamente en todo el mundo. En 2017, había 184 países con tasas de nacimientos prematuros que oscilaban entre el 5% en algunos países del norte de Europa y el 18% en Malawi. Las tasas promedio son más bajas en los países de clase media alta y de ingresos altos con 9,4% y 9,3% , respectivamente, y más alto en los países de bajos ingresos y de clase media baja con 11,8% y 11,3%, respectivamente. En África subsahariana y el sur de Asia son áreas de alta fertilidad y bajos recursos que representan más del 60% de todos los nacimientos prematuros a nivel

mundial (11). Estados Unidos tiene la mayor tasa de nacimientos prematuros entre los países de altos recursos, representando el 42% de todos los nacimientos prematuros en entornos de primer mundo (12).

La escasez de datos poblacionales de países de ingresos bajos y medianos la capacidad de comprender las causas globales del nacimiento prematuro, en particular la proporción entre nacimientos prematuros espontáneos y iatrogénicos. Generalmente se cree que los nacimientos prematuros con diagnóstico médico representan un porcentaje menor si los comparamos con nacimientos prematuros en países de bajos recursos con acceso restringido a equipos de diagnóstico (13).

Por ejemplo, en una situación de altos recursos, condiciones como la restricción del crecimiento pueden provocar un parto prematuro iatrogénico; en uno de bajos recursos, el mismo embarazo puede desarrollarse sin control y resultar en muerte fetal. Además, los bebés prematuros que nacen en entornos de altos y bajos recursos tienen diferentes tasas de supervivencia. Alrededor del 50% de los bebés nacidos a las 24 semanas sobreviven en entornos de altos recursos, mientras que la mayoría de los supervivientes tienen graves discapacidades a largo plazo. En comparación, sólo la mitad de los niños nacidos a las 32 semanas sobrevivirán la primera semana de vida en entornos de bajos recursos, mientras que más del 90% de los recién nacidos nacidos con menos de 28 semanas no sobrevivirían. Información adicional sobre la epidemiología internacional de los embarazos prematuros puede encontrarse en la sección de antecedentes (14).

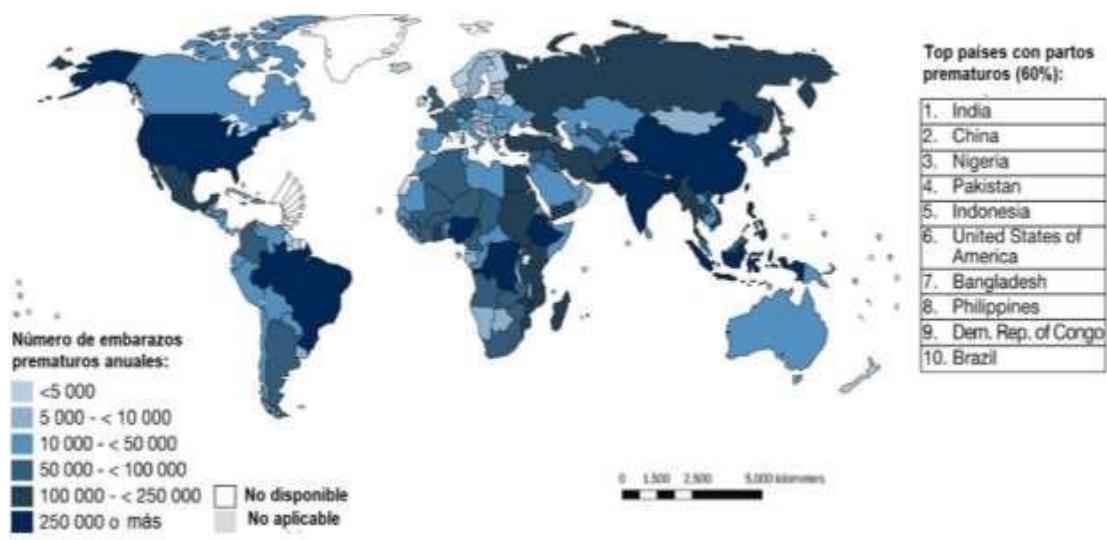


Imagen traducida y adaptada de (12).

2.4.1 Incidencia en la reproducción asistida

Durante las últimas dos décadas, la disponibilidad de tecnología de reproducción asistida en numerosos países ricos ha desempeñado un papel en el aumento de los nacimientos múltiples y el aumento general de las tasas de partos prematuros. Los embarazos múltiples aumentan el riesgo de parto prematuro en los bebés debido a la posibilidad de parto espontáneo, rotura prematura de membranas y anomalías fetales o preeclampsia en la madre. La incidencia de recién nacidos prematuros atribuibles a la reproducción asistida ha disminuido como resultado de cambios en las regulaciones que restringen el número de embriones implantados en estas terapias (15).

2.5 Etiología

El estrés, infecciones, desprendimiento de placenta, placenta previa, abuso de sustancias, antecedentes de parto prematuro o aborto, atención prenatal deficiente, tabaquismo, edad materna <18 o >40, índice de masa corporal bajo, nutrición deficiente, anomalía fetal, restricción del crecimiento fetal, oligohidramnios, polihidramnios, sangrado vaginal, rotura prematura de membranas y factores ambientales son algunas de las etiologías que pueden conducir al parto prematuro. El trabajo de parto prematuro es causado por una serie de causas adicionales, que no están incluidas en esta lista debido a la complejidad de este fenómeno. Sin embargo, esta cubre la mayoría de las razones por las que los pacientes acuden a entornos clínicos (16).

Geográficamente y entre orígenes étnicos, las tasas de nacimientos prematuros varían, pero suelen ser mayores en los países de ingresos bajos y medianos. Los nacimientos prematuros previos, el tabaquismo y el estrés físico y psicológico se han relacionado con un mayor riesgo de parto prematuro (17).

2.5.1 Rotura prematura de membrana

La rotura prematura de membranas, también conocida como RPM, es una rotura espontánea que ocurre al menos una hora antes de que comience el trabajo de parto y menos de 37 semanas de embarazo. La rotura de membranas suele ocurrir antes de una infección intrauterina asintomática, aunque generalmente se desconoce la causa exacta. Los factores de riesgo de RPM son generalmente los mismos que los del parto

prematureo espontáneo con membranas intactas; sin embargo, el tabaquismo y las infecciones tienen un impacto importante. La mayoría de las pacientes con RPM experimentan un parto espontáneo a los pocos días. Sin embargo, muchas pacientes tienen que esperar varias semanas o incluso meses antes de dar a luz. El parto prematuro y la infección intrauterina son efectos secundarios comunes de la RPM, ya que las membranas normalmente actúan como una barrera contra la infección ascendente (18).

Adquirir conocimientos sobre RPM es crucial ya que afecta aproximadamente al 3% de los embarazos en el mundo. Es posible la rotura patológica o fisiológica de la membrana. La RPM se ha relacionado con mayor frecuencia con infecciones intraamnióticas, particularmente en las primeras etapas del embarazo. La longitud cervical corta, el sangrado durante el segundo y tercer trimestre, el bajo índice de masa corporal, el bajo nivel socioeconómico, el tabaquismo y el uso de drogas ilícitas son otros factores que contribuyen a la RPM. Alrededor del 50 % de las madres que tienen RPM suelen dar a luz una semana después (19).

2.6 Patofisiología

Tres componentes principales contribuyen al parto: cambios cervicales, contracciones uterinas persistentes y activación de la decidua y las membranas. La diferencia entre el trabajo de parto a término y el prematuro es que el primero ocurre mediante un proceso fisiológico normal y el segundo es patológico (20).

Algunos procesos son agudos y otros pueden tardar varias semanas antes del parto prematuro. El síndrome de respuesta inflamatoria fetal, es uno de los principales eventos patológicos del parto prematuro. Se caracteriza por inflamación sistémica y elevación de la interleucina-6 en plasma fetal, generalmente en respuesta a un desencadenante como la corioamnionitis. El hipotálamo fetal envía una señal que conduce a la secreción de CRH, estimulando la liberación de ACTH y, por lo tanto, la producción de cortisol por las glándulas suprarrenales fetales, lo que desencadena la activación de la vía del parto. Una afluencia de células inflamatorias hacia el estroma cervical conduce a la liberación de citocinas y prostaglandinas que estimulan la maduración cervical. Estos cambios influyen en las estructuras del colágeno y los glucosaminoglicanos que forman el tejido cervical. Los estrógenos estimulan la degradación del colágeno mientras que la progesterona la inhibe. Por tanto, la progesterona se utiliza para prevenir o retrasar la maduración. Ambas hormonas están

implicadas en la regulación de la formación de uniones hendidas y la regulación positiva de las proteínas conexina 43 que contribuyen al parto (20).

Además, las contracciones contribuyen integralmente al parto. El cambio de contracciones miométriales descoordinadas a contracciones uterinas coordinadas se atribuye al control neural. La oxitocina juega un papel esencial en el ritmo circadiano de estas contracciones. La degradación de la matriz extracelular se evalúa mediante la detección de fibronectina fetal en las secreciones cervicovaginales y también forma parte del proceso del parto. Cuando se detecta entre las 22 y 37 semanas de edad gestacional, indica la alteración de la interfaz decidua-coriónica y un mayor riesgo de parto prematuro (21).

2.7 Consecuencias y complicaciones

El trabajo de parto y el parto prematuro se asocian con un resultado deteriorado del desarrollo neurológico que incluye deterioro de las capacidades cognitivas, déficits motores, parálisis cerebral y pérdidas de visión y audición. Estos riesgos aumentan al disminuir la edad gestacional. Los problemas de conducta como la ansiedad, la depresión, los trastornos del espectro autista y el TDAH también se asocian con el parto prematuro. La dificultad respiratoria después del parto prematuro es una de las consecuencias más frecuentes. No obstante, es necesario tener en cuenta la sepsis, la hemorragia intraventricular y la enterocolitis necrotizante. Un mayor riesgo de lesión de la sustancia blanca neonatal está relacionado con la edad gestacional temprana en el momento de la ruptura de membranas con inflamación intrauterina, y ambas condiciones pueden afectar el desarrollo neurológico. Además, existen otros riesgos como, displasia broncopulmonar, retinopatía de la inmadurez, crecimiento débil y presencia de anomalías congénitas. Después de una RPM prematura, existe una probabilidad del 1 al 2 % de muerte fetal prenatal debido a infección y problemas del cordón umbilical (22).

2.8 Diagnóstico

Se requiere un examen con espéculo para el diagnóstico si se sospecha RPM, para ver el líquido amniótico que sale del canal cervical y se acumula en la vagina. La rotura de membranas se puede detectar mediante pruebas de Fern y pH de las secreciones vaginales combinadas. El líquido amniótico tiene un pH de 7,1 a 7,3 (23).

Aunque es una prueba específica pero poco sensible, la liberación de fibronectina fetal debido a la rotura de la matriz extracelular cervical también es un signo de parto prematuro. Un resultado positivo no siempre significa que las membranas se hayan roto prematuramente; por otro lado, un resultado negativo sugiere fuertemente una membrana intacta (23).

Por último, los análisis de laboratorio pueden ayudar a descubrir la causa del trabajo de parto prematuro y proporcionar orientación para el manejo. Entre ellos se encuentra un cultivo rectovaginal de estreptococos del grupo B. En el caso de que no se hubiera realizado durante las cinco semanas anteriores, sería necesaria la profilaxis antibiótica, un urocultivo, dado que la bacteriuria asintomática está relacionada con una mayor probabilidad de parto y parto prematuros.

Dada la correlación entre el consumo de cocaína y el desprendimiento de placenta, una prueba de detección de drogas en orina sería útil en pacientes que abusan de sustancias. Para las mujeres que tienen menos de 34 semanas de embarazo, tienen una dilatación cervical de menos de 3 cm y una longitud cervical de 20 a 30 mm en la ecografía transvaginal, se requiere una prueba de fibronectina fetal y pruebas de ETS porque el trabajo de parto prematuro puede verse influenciada por ellas (24).

2.9 Prevención y tratamiento

Se recomienda consumir ácido fólico antes de la concepción para prevenir alteraciones congénitas. Además, los partos prematuros pueden ser menos comunes si se toman suplementos de ácido fólico antes de la concepción, es decir, antes de quedar embarazada. Es bueno que las mujeres embarazadas dejen de fumar. Las prácticas de autocuidado que reducen el riesgo de parto prematuro incluyen controlar los factores de riesgo como trabajar muchas horas de pie, estar expuesto al monóxido de carbono, sufrir abuso doméstico y otros factores, además de obtener una atención médica adecuada y mantener una dieta saludable. No parece haber evidencia de que disminuir la actividad física durante el embarazo reduzca el riesgo de parto prematuro. En las mujeres que no consumen suficiente calcio en su dieta, la suplementación puede prevenir resultados desfavorables, incluidos el parto prematuro, la preeclampsia y la mortalidad materna (25).

Las gestantes deben asegurarse de recibir la terapia adecuada y controlar la bacteriuria asintomática puede reducir el riesgo de desarrollar pielonefritis y embarazo prematuro. Además, la investigación preliminar sugiere que medir la

longitud del cuello uterino en pacientes con trabajo de parto prematuro puede ayudar con los ajustes de la terapia farmacológica y dar como resultado una extensión del embarazo. Las mujeres embarazadas que corren riesgo de parto prematuro pueden identificarse mediante controles ultrasonográficos cervicales de rutina. Cuando una mujer tiene un riesgo bajo de dar a luz, no se recomienda realizar la prueba de fibronectina en sus secreciones vaginales demasiado pronto (26).

Los antecedentes obstétricos de una mujer o la presencia de cualquier factor de riesgo conocido se pueden utilizar para determinar si tiene más probabilidades de dar a luz prematuramente. Los pacientes con ciertos trastornos médicos, como diabetes, hipertensión, asma y otros, pueden beneficiarse de la optimización del tratamiento farmacológico antes de la concepción. Ciertas malformaciones uterinas pueden requerir cirugía para tratarse (p. ej., extirpación del tabique uterino). Los embarazos múltiples tienen muchas más probabilidades de provocar un parto prematuro

Los progestágenos comúnmente se suministran como progesterona vaginal o caproato de hidroxiprogesterona. También tienen propiedades antiinflamatorias y calman el músculo uterino. Se cree que estos efectos conducen a cambios anatómicos y fisiológicos que son beneficiosos para reducir el parto prematuro. Se pueden usar antibióticos para tratar la vaginosis bacteriana durante el embarazo, pero esto no parece reducir la posibilidad de un parto prematuro. Dado que los antibióticos son insuficientes para tratar la corioamnionitis crónica, es posible que no puedan reducir la probabilidad de un parto prematuro (27).

A medida que la mujer se acerca al parto, su cuello uterino se acorta. El acortamiento cervical prematuro, que está relacionado con el parto prematuro, puede detectarse mediante ecografía. Para evitar que el cuello uterino se acorte y agrande, se envuelve una sutura alrededor de él durante la cirugía de cerclaje cervical. Las mujeres que están al borde de un parto prematuro, de membranas rotas o que experimentan un sangrado prematuro son el foco de las intervenciones terciarias. La prueba de fibronectina y la ecografía juntas mejoran la precisión del diagnóstico y reducen los resultados falsos positivos. En casos de dilatación y borrado cervical progresivo, las intervenciones tempranas en el parto pueden no darle al feto suficiente tiempo para continuar creciendo y madurando, pero pueden retrasar el parto lo suficiente como para que la madre sea trasladada a una instalación equipada con el herramientas y capacitación en el manejo de partos prematuros (28).

Los hospitales deben emplear infusiones intravenosas para mantener a las pacientes

hidratadas, ya que la deshidratación puede provocar contracciones uterinas prematuras. No se recomiendan los intentos de reanimación si un recién nacido sufre un paro cardíaco durante el parto y pesa menos de 400 g, nace antes de las 23 semanas, o ambas cosas. Todas las mujeres embarazadas con riesgo de parto prematuro que reciben terapia antibiótica regular, reducen tanto la posibilidad de que el bebé contraiga estreptococos del grupo B como la tasa de mortalidad relacionada con la afección

Es posible que los bebés que nacen muy prematuros no hayan desarrollado pulmones porque aún no han creado surfactante. Esto puede provocar una enfermedad de la membrana hialina en los neonatos, a menudo conocida como síndrome de dificultad respiratoria neonatal. Las mujeres embarazadas que corren riesgo de parto prematuro antes de las 34 semanas a menudo reciben glucocorticoides, un esteroide prenatal que cruza la barrera placentaria y aumenta la producción de surfactante en los pulmones del bebé, para disminuir la probabilidad de que esto suceda. En este caso, los glucocorticoides habituales son la betametasona o la dexametasona, que suelen administrarse cuando el embarazo alcanza la viabilidad a las 23 semanas (26).

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Diseño de la investigación

El diseño del presente estudio es de tipo observacional ya que no se manipularon las variables propuestas. Nivel descriptivo, cuantitativo no experimental. Según el número de mediciones es corte transversal puesto que se realizó una sola medición, y en virtud de la fuente de recolección de datos se cataloga como retrospectiva

3.1 Delimitación de la investigación

3.1.1 Objeto de estudio

Parto prematuro

3.1.2 Enfoque

Cuantitativo

3.1.3 Localización

El estudio se llevó a cabo en el Hospital General Monte Sinaí, el cual se encuentra ubicado en la parroquia Tarqui, Av. Casuarina en la Cooperativa “Las Marías”, al noroeste de Guayaquil. dentro del distrito 09D01, en la Provincia del Guayas, cantón Guayaquil, y pertenece a la Dirección Zonal 8.

3.1.4 Recursos

3.1.4.1 Recursos humanos

- Investigador tesista
- Tutor
- Médico especialista en Neonatología
- Funcionario de estadística del Hospital General Monte Sinaí

3.1.4.2 Recursos materiales

- Computadoras con acceso a internet y software requerido
- Computadoras con acceso a la red de historias clínicas del Hospital General Monte Sinaí

3.1.4.3 Softwares

- SPSS 24
- Microsoft Word
- Microsoft Excel
- Microsoft PowerPoint

3.1.5 Universo

Todos los pacientes pediátricos que nacieron en el Hospital General Monte Sinaí, Distrito Guayaquil 09D01.

3.1.6 Muestra y población de estudio

Se analizó un total de 24073 partos atendidos en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo enero 2021 a enero 2023, de los cuales se identificó un total de 2595 como población de estudio con diagnóstico de parto prematuro. Además, se tomó 363 casos de partos a término para realizar los análisis de chi cuadrado.

3.1.7 Criterios de inclusión y exclusión

3.1.7.1 Criterios de inclusión

- Gestantes con neonatos prematuros.
- Parturientas atendidas en el Hospital General Monte Sinaí.
- Periodo enero de 2021 a 2023

3.1.7.2 Criterios de exclusión

- Partos a término, postérmino o de edad gestacional no documentada.
- Neonatos prematuros con historias clínicas incompletas.

3.2 Nivel de investigación

Nivel descriptivo.

3.3 Variabilidad y factibilidad de investigación

Al ser un estudio retrospectivo basado en la recolección de las historias clínicas de los pacientes y de sus madres, la factibilidad de realización de la investigación fue muy alta. De igual manera, se estima que no exista mucha variabilidad al momento de recoger los datos ya que el hospital sigue un sistema estandarizado de documentación de las características clínicas y evolución de los pacientes.

3.4 Operacionalización de variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
Parto Prematuro	Se define como aquel nacimiento de un niño nacido vivo, ocurrido entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación. (3)	Edad Gestacional	Prematuro extremo (< 27.6 semanas) Muy prematuro (28 – 31.6 semanas) Prematuro moderado (32 – 33.6 semanas) Prematuro tardío (34 – 36.6 semanas)
Edad Materna	Edad de la madre durante el embarazo	Años	18-20 21-25 26-30 31- 45 >35
Residencia	Donde vive la persona, haciendo referencia al ámbito urbano y rural	Demográfico	Urbano Urbano marginal Rural

Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.	Demográfico	Soltera Casada Unión de hecho Divorciada Viuda
Nivel de instrucción	Años terminados de estudio	Escolaridad	Analfabeta Educación inicial Básica elemental Básica media Básica superior Bachillerato general unificado Tercer nivel Cuarto nivel
Situación laboral	Situación de una persona económicamente activa en relación a su empleo actual	Demográfico	Ama de casa Empleador Trabajadora independiente Empleado
Etnia de la paciente	Valores y prácticas culturales que distinguen a los grupos humanos	Etnia	Mestizo Indígena Afro-ecuatoriano Blanco Montubio
Número de hijos (fecundidad)	Número de hijo que tiene una mujer	Cantidad de hijos	Nulípara Multípara

Variables de riesgo de la gestación actual

Variable	Indicador	Definición operacional	Escala de medición
Comorbilidades ginecológicas	Enfermedad de transmisión sexual	Infección que se transmiten principalmente a través de las relaciones sexuales (orales, anales, y vaginales) desprotegidas (sin condón) con una persona infectada.	Sí No
	Embarazo ectópico	Cuando el óvulo anida en un lugar distinto del útero	Sí No
	Hiperémesis gravídica	presencia de náuseas y vómitos intensos y persistentes durante el embarazo.	Sí No
	Hipertensión crónica	presión arterial sistólica igual o superior a 140 mmHg o presión arterial diastólica igual o superior a 90 mmHg antes de las 20 semanas de gestación	Sí No
	Preeclampsia	presión arterial sistólica igual o superior a 140 mmHg o presión arterial diastólica igual o superior a 90 mmHg a partir de las 20 semanas de gestación hasta 7 semanas post parto con proteinuria	Sí No
	Eclampsia	presión arterial sistólica igual o superior a 140 mmHg o	Sí No

		presión arterial diastólica igual o superior a 90 mmHg a partir de las 20 semanas de gestación hasta 7 semanas post parto con proteinuria más daño de órgano diana	
	INFECCIONES URINARIAS	Una infección de las vías urinarias es una infección que se puede presentar en cualquier parte del sistema urinario. El sistema urinario comprende los riñones, los uréteres, la vejiga y la uretra. La mayoría de las infecciones afectan las vías urinarias inferiores (la vejiga y la uretra).	Sí No
	Placenta previa	es la implantación de la placenta sobre o cerca del orificio cervical interno.	Sí No
	Ruptura prematura de membranas	es la pérdida de líquido amniótico antes del inicio del trabajo de parto	Sí No
Antecedentes gineco-obstétricos	Gestas	es el número total de embarazos que ha tenido una mujer, sin importar el resultado.	Nulípara Primigesta Multípara
	Aborto	Obtención de un feto de menos de 500 gramos de peso, o perteneciente a una gestación de menos de 20	Sí No

		semanas	
	Cesárea	es un tipo de cirugía que se utiliza para dar a luz a un bebé vía abdominal, sin pasar por el canal del parto vía vaginal.	Sí No
	Partos	una serie de contracciones uterinas rítmicas y progresivas que gradualmente hacen descender al feto por la cérvix y la vagina hacia el exterior.	Sí No
Antecedentes patológicos infecciosos	Pielonefritis	infección urinaria se define como la presencia de gérmenes en la orina.	Sí No
	Infección urinaria de sitio no especificado	Afección que se presenta cuando las bacterias entran y se multiplican en el aparato urinario (riñones, uréteres, vejiga y uretra).	Sí No
Variables del neonato	Edad gestacional	La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual.	Extremadamente prematuro: 24 - 27.6 semanas de gestación Muy pretérmino: 28 - 31.6 semanas de gestación Moderadamente

			pretérmino: 32 - 33.6 semanas de gestación Pretérmino tardío: 34 – 36.6 semanas de gestación
	Peso al nacer	El peso al nacer es el primer peso del bebé, tomado justo después de nacer.	Peso adecuado: 2500-4499 gr Bajo peso: 1500-2499 gr Muy bajo peso: 1000-1499 gr Extremadamente bajo peso: 500-999 gr Macrosómico: >4500
	Estancia hospitalaria de los neonatos	Es el tiempo en el que un paciente utilizo un servicio ya sea de urgencias, hospitalización, UCE o UCI, los recursos que consumió	0-10 días 11-20 días 21-30 días 31-40 días 41-50 días 51-60 días 61-70 días 71-80 días 81-90 días 91-100 días 101-110 días 111-120 días

3.5 Procedimientos de recolección de datos

3.5.1 Fuentes de información

La recolección de información relevante para desarrollar el marco conceptual del estudio se realizó a través de fuentes secundarias como artículos de revistas médicas de alto impacto y libros de medicina. Por otro lado, las fuentes utilizadas para recolectar los datos son secundarias porque la información fueron las historias clínicas del hospital.

3.5.2 Técnica de procesamiento de datos

El presente estudio utilizó la base de datos proporcionada por el Hospital General Monte Sinaí para identificar a los recién nacidos durante el periodo propuesto. Utilizando esta información se revisaron las historias clínicas correspondientes para recopilar las variables clínicas necesarias para la realización de este trabajo.

La tabulación de dichos datos se realizó mediante el programa Microsoft Excel, 2016. Una vez tabulados, los datos fueron migrados al programa estadístico IBM SPSS V23.0 para su posterior análisis.

3.5.3 Estrategia de análisis de estadístico

Se determinaron las prevalencias, medias e intervalos de confianza (95% o $p < 0.05$) de las variables mediante el programa SPSS 24. Así mismo, este se usó para los análisis de chi cuadrado.

3.5.4 Aspectos éticos

La base de datos se obtuvo previo a la aprobación al acceso a la información por parte del Hospital General Monte Sinaí. Los nombres de los neonatos prematuros y las gestantes, así como cualquier variable que refiera información personal, no serán usados en esta investigación, manteniendo el principio de privacidad y confidencialidad

4.1. Capítulo IV

5.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Esta investigación fue realizada en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo enero 2021 a enero 2023, en el cual se incluyó a la población de parturientas que fueron atendidas en esta casa de salud, siendo el número total de casos 24073 (n=24073) de los cuales se registraron 2595 casos con diagnóstica de parto prematuro. La población se caracterizó de la siguiente manera.

4.1.1 Distribución de la población de estudio

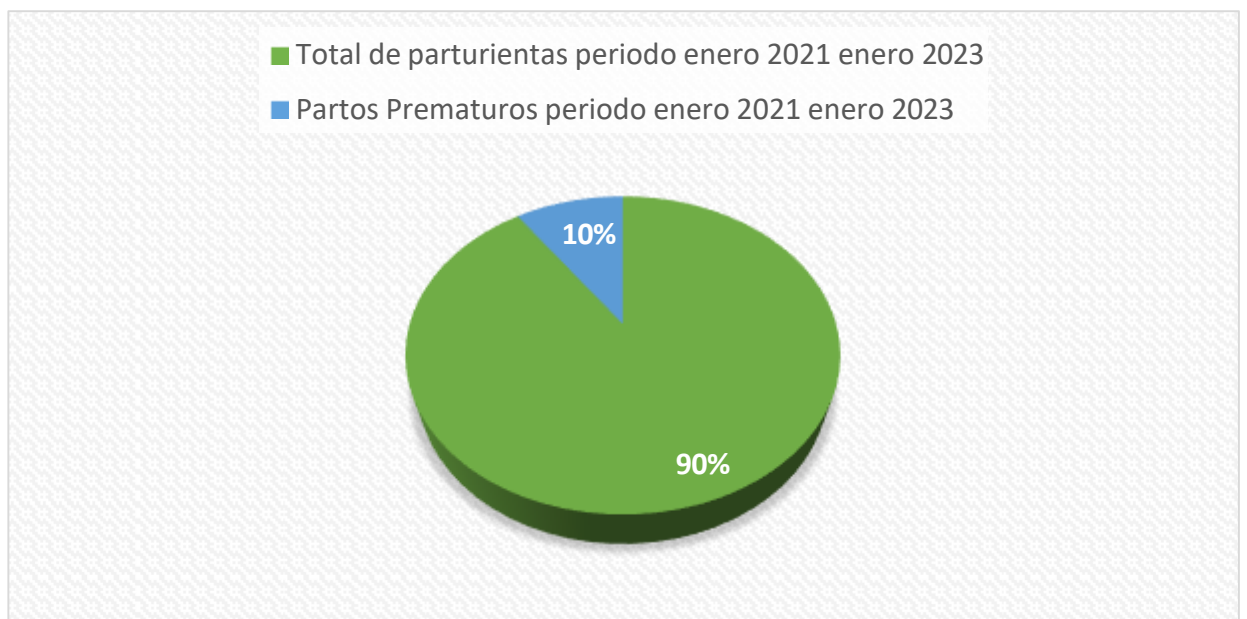


Figura 1

Población de parturientas atendidas en el Hospital General Monte Sinaí periodo enero 2021 a enero 2023.

La población de parturientas fue de 24073 de los cuales 2595 fueron diagnosticados con parto prematuro lo que corresponde al 10% de toda la población de estudio.

4.1.2 Distribución de casos de parto prematuro de acuerdo con la edad materna

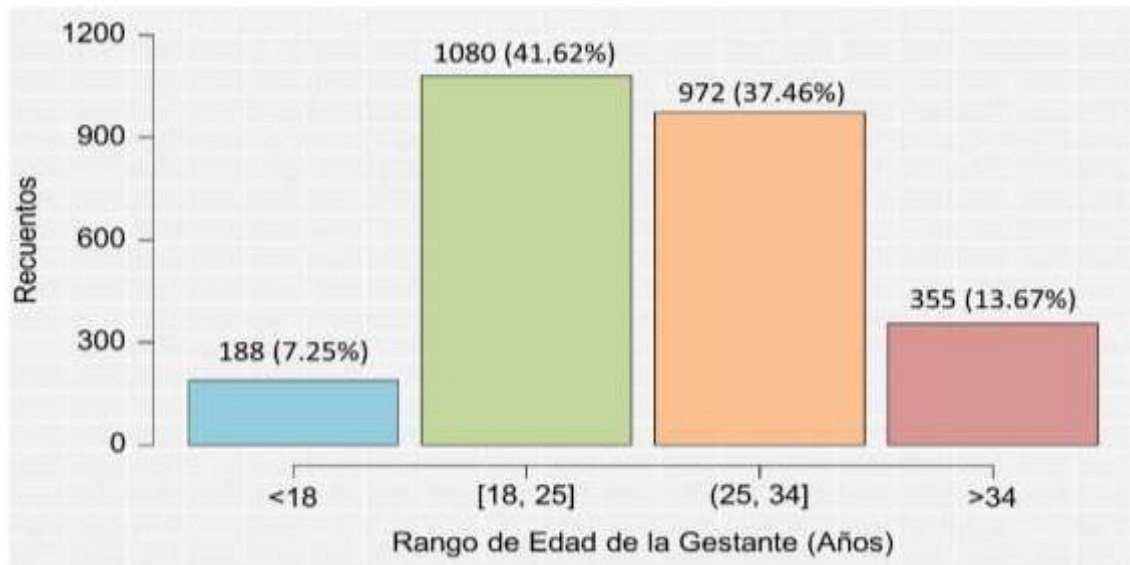


Figura 2

Rango de edad de las gestantes que presentaron partos prematuros en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.

El rango de entre 18 y 25 años es el más prevalente con 1080 casos que representan el 41.62%, seguido del rango.

4.1.3 Media de casos de parto prematuro de acuerdo con la edad materna

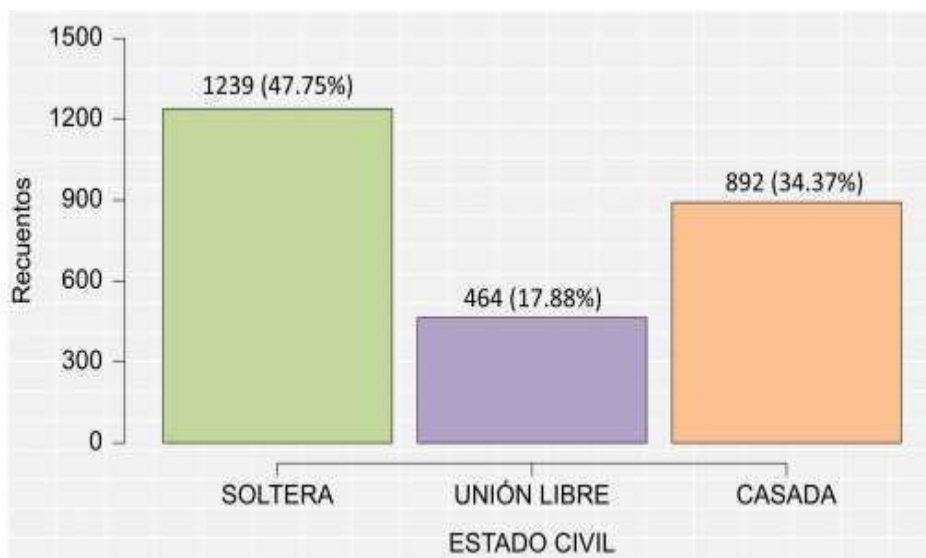


Figura 3

Edad media de las gestantes que presentaron partos prematuros en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.

La media de la edad fue de 26.42 ± 6.81 años.

4.1.4 Estado civil de las parturientas atendidas en el Hospital General Monte Sinaí

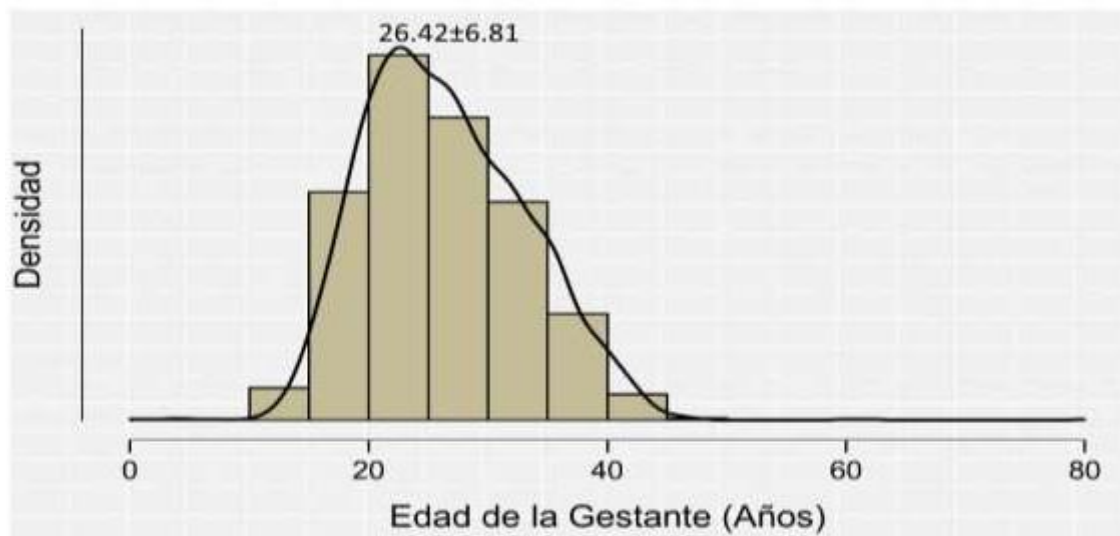


Figura 4

Estado civil de las gestantes que tuvieron partos prematuros en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.

El estado civil Soltera representó 1239 casos (47.75%), seguida de la Unión Libre con 464 casos (17.88% y el casado con 892 casos (34.37%).

4.1.5 Nivel de instrucción de las gestantes que tuvieron parto prematuro en el Hospital General Monte Sinaí

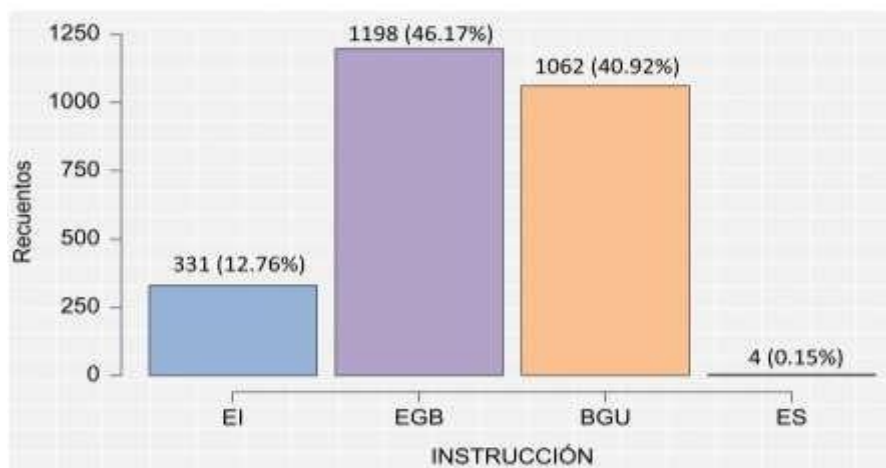


Figura 5

Nivel de instrucción de las gestantes que tuvieron partos prematuros en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.

La educación inicial (EI) representó el 12.76% de los pacientes con 331 incidencias, la educación general básica (EGB) representó el 46.17% (1198 pacientes), el bachillerato general unificado o el técnico representó el 40.92% (1062 pacientes) mientras que la educación superior representó el 0.15% (4 pacientes).

4.1.6 Paridad de las gestantes con diagnóstico de parto prematuro en el Hospital General Monte Sinaí

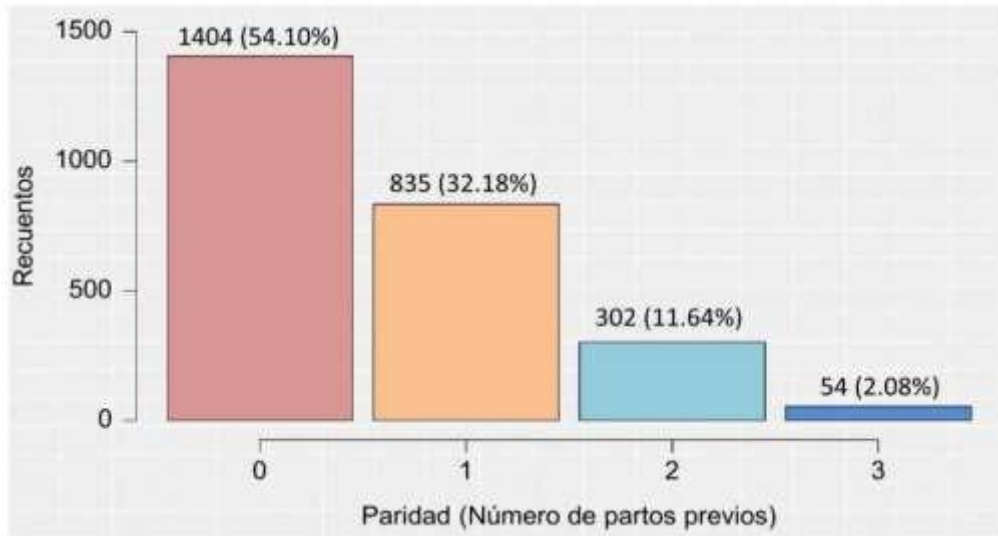


Figura 6

Paridad de las gestantes que presentaron partos prematuros en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.

La ausencia de partos previos fue la característica más común de las pacientes estudiadas, con 1404 casos (54.10%). La paridad que corresponden a 1, 2, 3 partos previos, siguen una tendencia descendente con 835 (32.18%), 302 (11.64%) y 54 (2.08%) pacientes respectivamente.

4.1.7 Rango de edad gestacional de neonatos del Hospital General Monte Sinaí

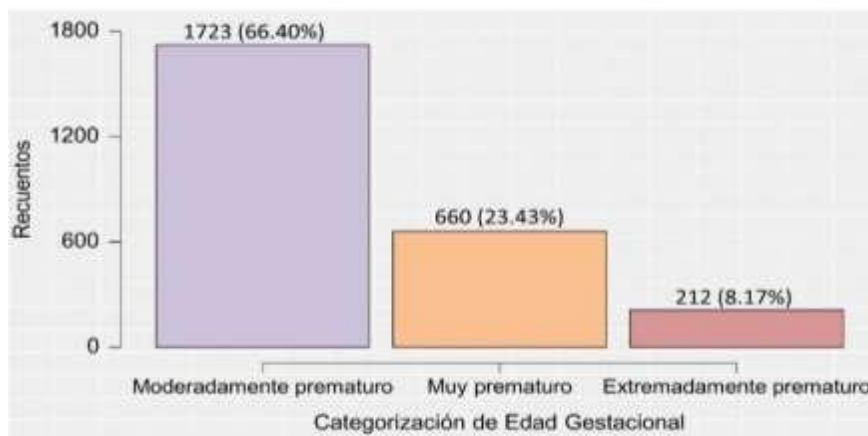


Figura 7

Rangos de la edad gestacional de los neonatos prematuros atendidos en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.

Los neonatos moderadamente prematuros, que tienen 32 a menos de 37 semanas de gestación, fueron los más prevalentes con 1723 nacidos (66.40%). Los muy prematuros, que tienen de 28 a menos de 32 semanas de gestación, fueron los segundos más frecuentes con 660 nacidos (23.43%). Finalmente, los extremadamente prematuros, es decir, los que tienen menos de 28 semanas de gestación. Representan 212 nacidos (8.17%).

4.1.8 Media de los neonatos prematuros atendidos en el Hospital General Monte Sinaí

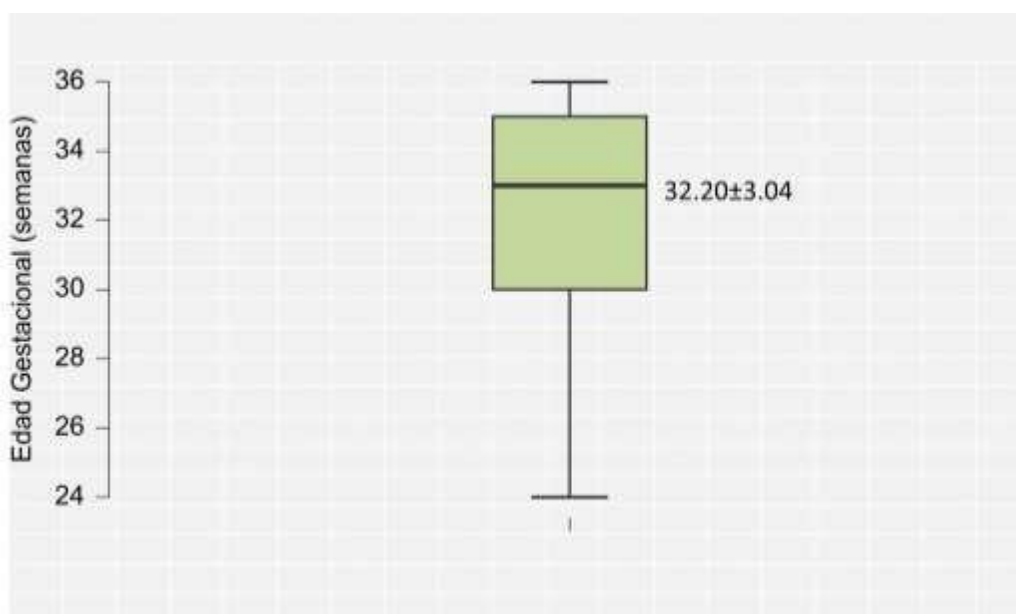


Figura 8

Edad gestacional media de los neonatos prematuros atendidos en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.

La media de edad gestacional fue de 32.20 ± 3.04 semanas.

4.1.9 Rango de peso al nacer de neonatos atendidos en el Hospital General Monte Sinaí

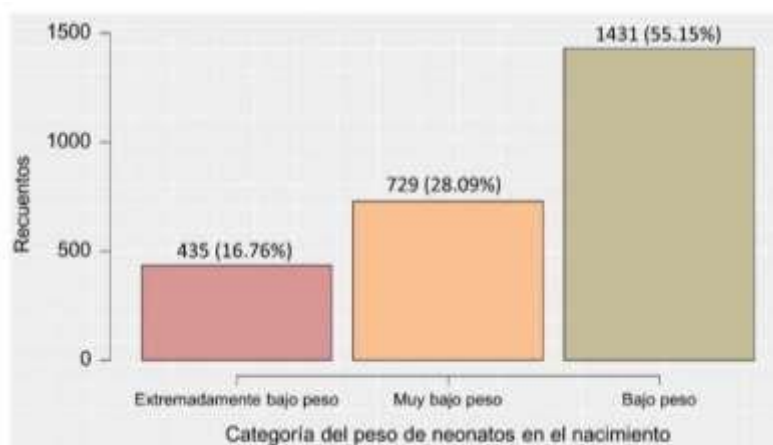


Figura 9

Distribución de los pesos de los neonatos prematuros atendidos en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.

Los neonatos con bajo peso, cuya masa es de menos de 2500 gramos hasta 1500 gramos, fueron los más prevalentes con 1431 nacidos (55.15%). Los que poseen muy bajo peso, cuya masa es de menos de 1500 gramos hasta 1000 gramos, fueron los segundos más frecuentes con 729 nacidos (28.09%). Finalmente, los que poseen extremadamente bajo peso, es decir, aquellos cuya masa es de menos de

1000 gramos representan 435 nacidos (16.76%).

4.1.10 Media de peso de los neonatos prematuros

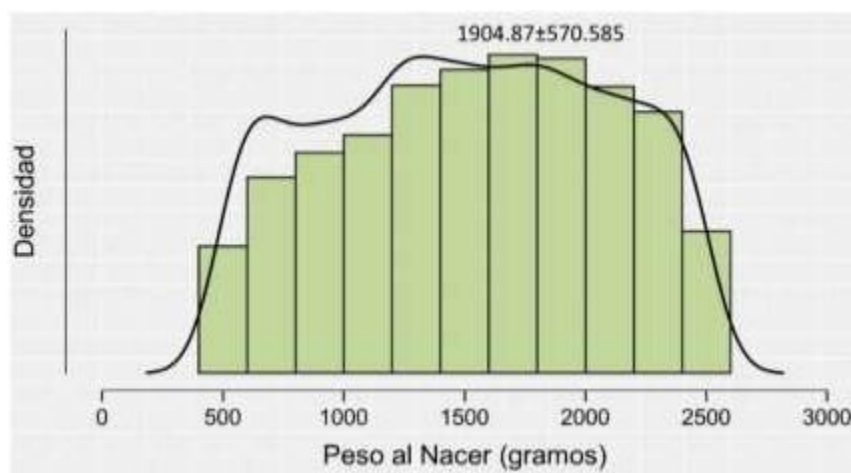


Figura 10. Peso medio de los neonatos prematuros atendidos en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023. El peso medio al nacer fue de 1904.87 ±570.585 gramos.

4.1.11 Rango de estancia hospitalaria neonatal

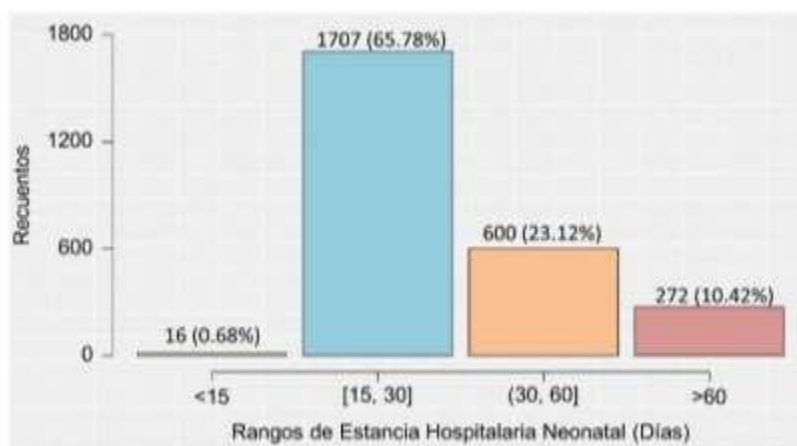


Figura 10

Rangos de la estancia hospitalaria de los neonatos prematuros atendidos en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.

La estancia hospitalaria más frecuente fue la de 15 a 30 días, con 1707 neonatos (65.78%), seguida la de 30 a 60 días con 600 pacientes (23.12%). Finalmente, los neonatos que pasaron más de 60 días en hospitalización, y los que pasaron menos de 15 días, son los menos prevalentes con 272 (10.42%) y 16 (0.68%) pacientes respectivamente.¹¹

4.1.12 Media de estancia hospitalaria neonatal

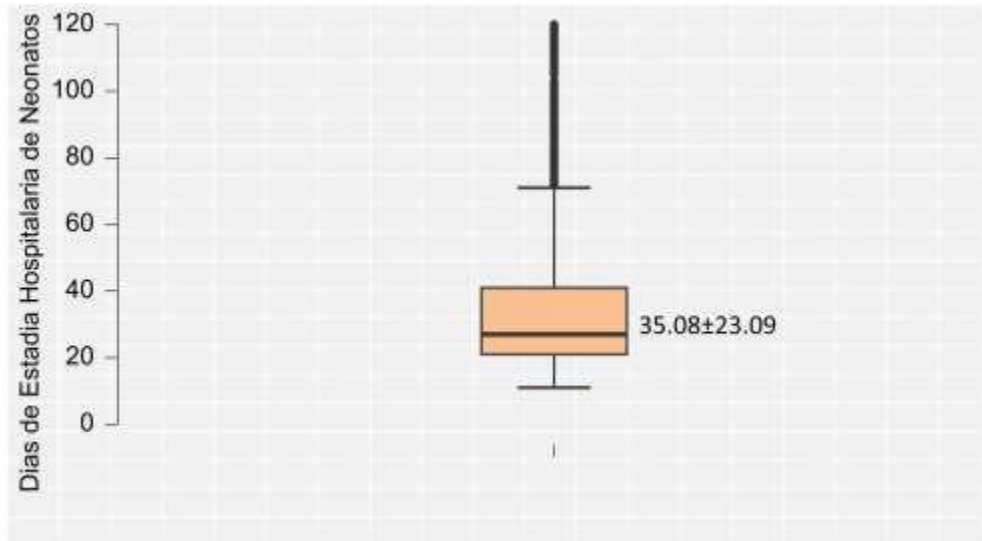


Figura 11

Estancia hospitalaria media de los neonatos prematuros atendidos en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.

La hospitalización media fue de 35.08±23.09 días.

4.1.13. Rango de patologías asociadas de los neonatos prematuros en el Hospital General Monte Sinaí

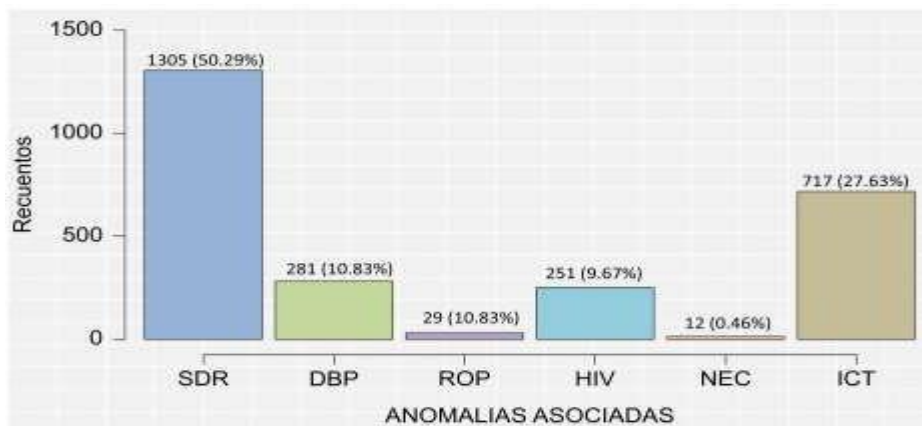


Figura 12

Anomalías asociadas de los neonatos prematuros en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.

El síndrome de distrés respiratorio (SDR) representó el 50.29% con 1305 casos, la displasia broncopulmonar (DBP) representó el 10.83% con 281 casos, la retinopatía del prematuro representó el 10.83% con 29 casos, la hemorragia intraventricular (HIV) representó el 9.67% con 251 casos, la enterocolitis necrotizante (NEC) representó el 0.46% con 12 casos y la ictericia representó el 27.63% con 717 casos.

4.1.13 Etiología de parto prematuro

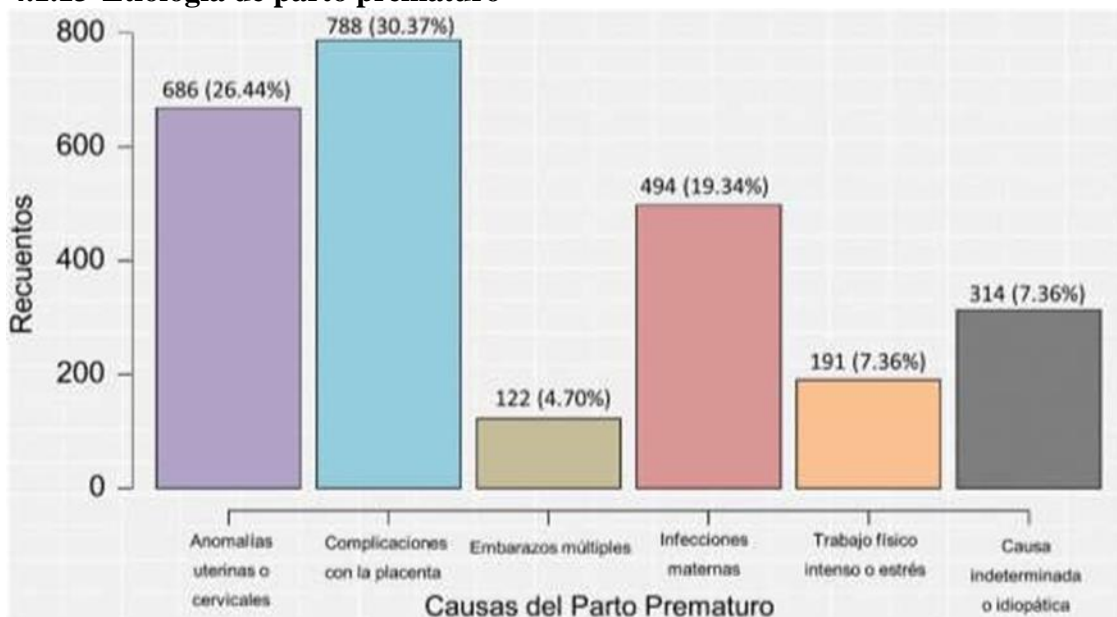


Figura 13

Causas desencadenantes del parto prematuros de las gestantes en el Hospital Monte Sinaí durante los periodos 2021-2023.

Las complicaciones de la placenta que pueden ser placenta previa o desprendimiento de esta, es la más frecuente con 788 pacientes (30.37%), seguida de la anomalía uterina como el cérvix incompetente con 686 pacientes (26.44%). Las infecciones maternas y las causas indeterminadas e idiopáticas también representan una cantidad importante de la población con 494 (19.34%) y 314 (7.36%) pacientes respectivamente. Finalmente, el trabajo físico o estrés extremo, así como los embarazos múltiples son menos prevalentes, con 191 (7.36%) y 122 (4.70%) pacientes respectivamente.

Tablas de Chi Cuadrado

Tabla 1

Tabla de contingencia entre el estado civil de la gestante y la presencia de embarazo prematuro.

Dado que el p obtenido ($< .001$) es menor a $p < 0.05$ de la significancia estadística, existe una diferencia significativa entre variables, por lo tanto y según los índices de la tabla, las mujeres solteras tienen mayor riesgo de padecer embarazos prematuros.

ESTADO CIVIL		EMBARAZO PREMATURO		Total
		SI	NO	
Soltera	Recuento	1239	35	1274
	%	47.95 %	9.65 %	100.00 %
Unión Libre	Recuento	464	130	594
	%	17.88 %	35.81 %	100.00 %
Casada	Recuento	892	198	1090

	%	34.37 %	54.54%	100.00 %
Total	Recuento	2595	363	2958
	%	100.00 %	100.00 %	100.00 %
Contrastes Chi-cuadrado	Value	df	p	
X ²	28.42	1	< .001	
N	2958			

Tabla 2

Tabla de contingencia entre la instrucción de la gestante y la presencia de embarazo prematuro.

Dado que el p obtenido (< .001) es menor a $p < 0.05$ de la significancia estadística, existe una diferencia significativa entre variables, por lo tanto y según los índices de la tabla, las mujeres con niveles de instrucciones más bajos, como educación inicial y básica tienen mayor riesgo de padecer embarazos prematuros que las de mayor instrucción, como la del Bachillerato y Educación Superior.

INSTRUCCIÓN		EMBARAZO PREMATURO		Total
		SI	NO	
Educación Inicial	Recuento	331	27	358
	%	12.76 %	7.44 %	100.00 %
Educación Básica	Recuento	1198	62	1260
	%	46.17 %	17.08 %	100.00 %
Bachillerato	Recuento	1062	262	1324
	%	40.92 %	72.18 %	100.00 %
Educación Superior	Recuento	4	12	16
	%	0.15 %	3.30 %	100.00 %
Total	Recuento	2595	363	292
	%	100 %	100.00 %	100.00 %

Contrastes Chi-cuadrado	Value	df	p
X ²	36.17	1	< .001
N	2958		

Tabla 3

Prevalencia de partos prematuros atendido en el Hospital Monte Sinai.

La prevalencia fue del 10.78%.

FRECUENCIA	
PARTOS TOTALES	24073
PARTOS PREMATUROS	2595
PREVALENCIA (%)	10.78%

4.2 Discusión

Se identificó a la población de parturientas con partos prematuros atendidas en el Hospital General Monte Sinaí en el periodo enero 2021 a enero 2023 en un 10%. Existió una asociación entre la edad de 18 a 25 años y parto prematuro con una representación del 41.6%. Además, se estableció que a la edad media de las parturientas fue de 26 años según el Gráfico 3.

El análisis del estado civil de las gestantes que tuvieron partos prematuros en el Hospital Monte Sinaí entre 2021 y 2023 revela asociaciones significativas entre el estado civil y la probabilidad de parto prematuro. Según el Gráfico 4, las mujeres solteras (47,75%) y las que están en unión libre (17,88%) representan una gran proporción de los nacimientos prematuros, mientras que las mujeres casadas representan el 34,37% de los casos. La tabla de contingencia respalda aún más esta asociación, con un valor de p estadísticamente significativo ($< 0,001$), que indica que las mujeres solteras tienen un riesgo notablemente mayor de parto prematuro en comparación con sus contrapartes casadas. Este resultado es consistente con la literatura existente, que identifica el estado civil como un determinante social clave de la salud, donde las madres solteras a menudo corren un mayor riesgo debido al menor apoyo social, el aumento del estrés y la inestabilidad financiera. Los hallazgos sugieren que estar soltero o en una unión de hecho se correlaciona con una mayor incidencia de nacimientos prematuros, lo que refleja desafíos socioeconómicos más amplios que enfrentan estas mujeres (39).

El análisis de los partos prematuros en el Hospital Monte Sinaí de 2021 a 2023 revela una relación significativa entre el nivel educativo de las gestantes y la probabilidad de sufrir un parto prematuro. En concreto, los datos de la figura 5 y tabla 2 muestran que el 46,17% de los nacimientos prematuros se produjeron entre mujeres con educación general básica (EGB), el 40,92% entre las que tenían bachillerato, el 12,76% entre las que sólo tenían educación inicial y apenas el 0,15% entre las mujeres con estudios superiores. educación. El análisis estadístico adjunto subraya la importancia de estos hallazgos, demostrando una asociación clara y sólida ($p < 0,001$) entre un menor nivel educativo y un mayor riesgo de nacimiento prematuro. Este patrón se alinea con estudios recientes que han encontrado que los niveles educativos más bajos se correlacionan con una mayor exposición a factores de riesgo como atención prenatal

inadecuada, nutrición deficiente y niveles más altos de estrés psicosocial, todo lo cual contribuye a resultados adversos del embarazo, incluido el parto prematuro (38)

La paridad, es decir, el número de partos previos que una mujer ha tenido muestra un patrón interesante entre las gestantes que presentaron partos prematuros en el Hospital General Monte Sinaí. La mayoría de las pacientes con partos prematuros eran primíparas, sin partos previos, representando el 54.10% de los casos. Este dato es relevante ya que subraya una asociación potencial entre la primera gestación y el riesgo aumentado de parto prematuro, un fenómeno que ha sido observado en diversos estudios. La primiparidad ha sido asociada con un riesgo elevado de complicaciones obstétricas incluyendo parto prematuro, posiblemente debido a factores fisiológicos y biológicos que aún están siendo investigados (32). La disminución progresiva de la prevalencia de parto prematuro con el aumento de la paridad, como se observa en los datos —32.18% para mujeres con un parto previo, 11.64% para dos partos previos, y 2.08% para tres partos previos— podría indicar que la "experiencia" reproductiva anterior podría conferir algún grado de protección contra el parto prematuro. Sin embargo, también es plausible que esta tendencia refleje una selección natural donde mujeres con predisposición a partos prematuros tienen menos embarazos subsecuentes (32).

Es notable también que una proporción considerable de partos prematuros, un 7.36%, se atribuyó a causas indeterminadas o idiopáticas, lo que refleja la complejidad y la naturaleza multifactorial del parto prematuro, así como los límites de nuestro entendimiento actual o la falta de herramientas diagnósticas en los hospitales públicos. Finalmente, factores como el trabajo físico o estrés extremo, y los embarazos múltiples mostraron ser menos prevalentes como causas de parto prematuro, pero su inclusión en esta estadística destaca la necesidad de abordar estos factores en las intervenciones preventivas y en la educación prenatal (35). La edad gestacional media de los neonatos prematuros atendidos en el Hospital General Monte Sinaí fue de 32.20 semanas, con una desviación estándar de 3.04 semanas, indicando una predominancia de nacimientos en el límite superior del rango prematuro. Esta media sugiere que, aunque la mayoría de los prematuros atendidos son moderadamente prematuros, el hospital debe estar preparado para manejar neonatos con una amplia gama de necesidades médicas derivadas de la prematuridad. El predominio de neonatos moderadamente prematuros (32 a menos de 37 semanas de

gestación), que constituyen el 66.40% de los nacidos prematuros, es consistente con la tendencia global y refleja el rango donde los riesgos para problemas de salud a largo plazo comienzan a disminuir significativamente en comparación con los bebés nacidos a una menor edad gestacional. Sin embargo, estos neonatos todavía pueden enfrentar desafíos, incluyendo problemas respiratorios, de alimentación y de regulación térmica, y a menudo requieren cuidados neonatales especializados (6). Los muy prematuros (28 a menos de 32 semanas de gestación) y los extremadamente prematuros (menos de 28 semanas de gestación), aunque menos frecuentes, representan juntos el 31.60% de los casos. Estos grupos son particularmente vulnerables, con un alto riesgo de complicaciones graves, incluyendo problemas respiratorios, digestivos, y neurológicos, y una mayor probabilidad de discapacidades a largo plazo (22).

El peso medio al nacer de los neonatos prematuros en el Hospital General Monte Sinaí fue de 1904.87 gramos, lo que indica que la mayoría de los bebés nacidos prematuramente en este centro caen dentro del rango de bajo peso. Esto es coherente con la naturaleza de la prematuridad, ya que los bebés prematuros a menudo tienen pesos más bajos debido a su menor tiempo de gestación. El rango de los pesos revela que el grupo más numeroso de neonatos prematuros tenía un peso bajo, de menos de 2500 gramos, pero más de 1500 gramos, representando el 55.15% de los casos. Este grupo está en el límite superior del espectro de bajo peso y, aunque estos bebés enfrentan desafíos significativos, su pronóstico a largo plazo tiende a ser más favorable en comparación con los grupos de menor peso. El 28.09% de los neonatos prematuros pesaron entre 1000 y 1500 gramos, categoría conocida como muy bajo peso. Este grupo enfrenta riesgos aumentados de complicaciones y requiere cuidados neonatales intensivos, así como vigilancia y soporte extendidos para mitigar problemas de salud a corto y largo plazo (36). Finalmente, los neonatos con extremadamente bajo peso, que pesan menos de 1000 gramos, constituyeron el 16.76% de los nacimientos prematuros. Estos bebés están en el grupo de mayor riesgo, con altas tasas de morbilidad y mortalidad, y necesitan el nivel más intenso de atención médica disponible (36).

La estancia hospitalaria media de los neonatos prematuros en el Hospital General Monte Sinaí fue de 35.08 días, con una desviación estándar de 23.09 días. Esta duración considerable refleja la gravedad y la complejidad de los cuidados que

requieren estos neonatos, destacando la necesidad de recursos intensivos de atención neonatal y un equipo médico especializado. La distribución de las estancias hospitalarias revela que la mayoría de los neonatos prematuros (65.78%) permanecieron en el hospital entre 15 y 30 días. Esta duración puede estar asociada con la gestión de complicaciones comunes de la prematuridad que requieren tiempo para estabilizarse pero que no siempre necesitan las intervenciones más extensas de las unidades de cuidados intensivos (37). El segundo grupo más grande, que comprende el 23.12% de los neonatos, tuvo estancias de 30 a 60 días. Estos periodos más largos pueden indicar complicaciones más serias o la necesidad de cuidados continuos que no pueden ser administrados en un entorno menos controlado. Las estancias prolongadas están a menudo relacionadas con muy bajo peso al nacer o con condiciones médicas graves que surgen o se exacerban por la prematuridad. El hecho de que un 10.42% de los neonatos estuviera hospitalizado por más de 60 días subraya la existencia de casos extremadamente complejos que requieren una atención prolongada y especializada. Estos casos pueden incluir neonatos con múltiples complicaciones médicas que necesitan tiempo adicional para alcanzar la estabilidad antes del alta. Por otro lado, el pequeño porcentaje (0.68%) de neonatos que permanecieron menos de 15 días en el hospital podría reflejar casos de bajo riesgo, quienes, a pesar de nacer prematuramente, pueden no enfrentar desafíos tan severos como los neonatos nacidos a menor edad gestacional (37).

Los datos del Hospital Monte Sinaí sobre las anomalías asociadas en recién nacidos prematuros de 2021 a 2023 resaltan la importante carga de complicaciones respiratorias y neurológicas entre esta población vulnerable. Según la figura 13, el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es la afección más prevalente y afecta al 50,29% de los recién nacidos prematuros, lo que concuerda con los datos globales que identifican consistentemente al SDR como la complicación más común en los bebés prematuros debido a sus pulmones subdesarrollados (Stoll et al., 2010). La aparición de displasia broncopulmonar (DBP) y retinopatía del prematuro (ROP) con un 10,83% cada una, y hemorragia intraventricular (HIV) con un 9,67%, refleja las complicaciones graves y a menudo a largo plazo asociadas con la prematuridad. Estas condiciones son indicativas de los cuidados críticos e intensivos necesarios para apoyar la supervivencia y el desarrollo de estos bebés. La incidencia relativamente baja de enterocolitis necrotizante (ECN) del 0,46% es digna de mención, pero no

disminuye su gravedad, ya que la ECN sigue siendo una de las emergencias gastrointestinales con mayor riesgo para la vida de los recién nacidos. La distribución de estas anomalías resalta la importancia de estrategias de atención neonatal multidisciplinarias destinadas a mitigar estos riesgos y mejorar los resultados de los bebés prematuros(40).

La identificación de las causas desencadenantes del parto prematuro en el Hospital General Monte Sinaí revela que las complicaciones relacionadas con la placenta, incluyendo la placenta previa y el desprendimiento placentario, fueron las más frecuentes, afectando al 30.37% de las gestantes con partos prematuros. Estas complicaciones son conocidas por su capacidad para inducir partos prematuros debido a la interferencia con el suministro normal de nutrientes y oxígeno al feto, así como por provocar hemorragias y otras condiciones críticas que requieren un parto anticipado por razones de seguridad materna y fetal.

Las anomalías uterinas, como el cérvix incompetente, fueron la segunda causa más común, con un 26.44%. Esta condición, que implica una debilidad del cuello uterino que lleva a una dilatación prematura sin contracciones dolorosas, subraya la importancia de intervenciones como los cerclajes cervicales, que pueden ser preventivos en mujeres con historial de parto prematuro o problemas cervicales conocidos (33). Las infecciones maternas también representaron una parte significativa de los casos, con un 19.34%. Este dato es consistente con la literatura global, que identifica a las infecciones como un importante factor de riesgo para el parto prematuro, destacando la importancia de la detección y tratamiento tempranos de las infecciones durante el embarazo para prevenir desenlaces prematuros (34). Es notable también que una proporción considerable de partos prematuros, un 7.36%, se atribuyó a causas indeterminadas o idiopáticas, lo que refleja la complejidad y la naturaleza multifactorial del parto prematuro, así como los límites de nuestro entendimiento actual o la falta de herramientas diagnósticas en los hospitales públicos. Finalmente, factores como el trabajo físico o estrés extremo, y los embarazos múltiples mostraron ser menos prevalentes como causas de parto prematuro, pero su inclusión en esta estadística destaca la necesidad de abordar estos factores en las intervenciones preventivas y en la educación prenatal (35).

La prevalencia de este trabajo investigativo sugiere que el Hospital General Monte Sinaí está manejando sus tasas de parto prematuro en línea con los estándares

globales, lo cual es indicativo tanto de la calidad de la atención prenatal proporcionada como de la eficacia de las estrategias de intervención temprana y de manejo de riesgos en embarazos que se implementan en el hospital. Sin embargo, a pesar de estar alineado con las cifras globales, el impacto del parto prematuro en términos de resultados de salud neonatal y carga para el sistema de salud sigue siendo considerable, enfatizando la necesidad de continuar mejorando la atención y las estrategias preventivas.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Durante el periodo de estudio en el Hospital General Monte Sinaí, se registraron 2595 casos de parto prematuro, lo cual subraya la relevancia clínica y epidemiológica de esta condición dentro de la población estudiada.
- La edad media de las gestantes con partos prematuros fue de 26.42 años, indicando una mayor prevalencia de parto prematuro entre mujeres jóvenes, con un pico significativo en el grupo de 18 a 25 años.
- La estancia hospitalaria promedio fue de 2.59 días, mostrando una eficiencia en el manejo postparto, pero también resaltando la necesidad de asegurar un seguimiento adecuado tras el alta hospitalaria.
- La mayoría de las gestantes con partos prematuros eran primíparas, lo que podría indicar un mayor riesgo asociado con el primer embarazo.
- Las complicaciones de la placenta y las anomalías uterinas fueron las causas más comunes, resaltando la importancia de la vigilancia prenatal para detectar y manejar estas condiciones.
- La edad gestacional media fue de 32.20 semanas, con una predominancia de neonatos moderadamente prematuros, lo que tiene implicaciones importantes para la planificación de cuidados neonatales y la asignación de recursos.
- El peso medio al nacer fue de 1904.87 gramos, con la mayoría de los neonatos clasificados como de bajo peso, destacando la vulnerabilidad de esta población y la necesidad de intervenciones nutricionales y médicas especializadas.
- Los neonatos prematuros tuvieron una estancia hospitalaria promedio de 35.08 días, reflejando la gravedad de sus condiciones médicas y la intensidad de los cuidados requeridos.
- La mayor parte de los neonatos prematuros estuvo hospitalizada entre 15 y 30 días, con una proporción significativa requiriendo estancias más prolongadas, indicativo de la necesidad de cuidados especializados extendidos para optimizar resultados neonatales.

5.2 Recomendaciones

- Mejorar este estudio, mediante análisis longitudinales y de más centros de salud de la ciudad y del país para detectar patrones clínicos más precisos.
- Intensificar la atención prenatal especialmente en jóvenes y primíparas, con un enfoque en la educación sobre los riesgos y la prevención del parto prematuro.
- Desarrollar y estandarizar protocolos para la detección temprana de complicaciones placentarias y anomalías uterinas, dos de las principales causas de partos prematuros en el estudio.
- Implementar programas educativos dirigidos a la población reproductiva sobre la importancia de evitar factores de riesgo modificables, como el estrés extremo y la actividad física intensa durante el embarazo.
- Aumentar la capacidad y recursos de las unidades de cuidados intensivos neonatales para manejar la alta demanda de servicios para neonatos prematuros, especialmente aquellos con muy bajo y extremadamente bajo peso al nacer.

REFERENCIAS

1. Locatelli A, Consonni S, Ghidini A. Preterm Labor. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2015 Jun;42(2):255–74.
2. OMS. Centro de Prensa. 2023. Nacimientos prematuros. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
3. ODS. Situación de la niñez y adolescencia en Ecuador. UNICEF. 2019;
4. Sosa Olavarría A, Álvarez Moya E. Índice Biométrico Integral Para Evaluar El Crecimiento Fetal. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.* 2021;67(2):1–7.
5. Cao G, Liu J, Liu M. Global, Regional, and National Incidence and Mortality of Neonatal Preterm Birth, 1990-2019. *JAMA Pediatr.* 2022;176(8):787–96.
6. Delnord M, Zeitlin J. Epidemiology of late preterm and early term births – An international perspective. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2019 Feb;24(1):3–10.
7. Matute SED, Pinos CAS, Tupiza SM, Brunherotti MAA, Martinez EZ. Maternal and neonatal variables associated with premature birth and low birth weight in a tertiary hospital in Ecuador. *Midwifery.* 2022 Jun;109:103332.
8. Alvarado Espinoza PB, González Rocafuerte JM. Factores predisponentes asociados a Partos Prematuros. Universidad de Guayaquil; 2022.
9. C AP. Parto prematuro. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 1982;47(3):191–209.
10. MSP. Recién nacido prematuro:Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito; 2015.
11. Walani SR. Global burden of preterm birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2020 Jul 10;150(1):31–3.

12. Purisch SE, Gyamfi-Bannerman C. Epidemiology of preterm birth. *Semin Perinatol.* 2017;41(7):387–91.
13. Vogel JP, Chawanpaiboon S, Moller AB, Watananirun K, Bonet M, Lumbiganon P. The global epidemiology of preterm birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018 Oct;52:3–12.
14. Mihaylova A, Parahuleva N, Petkova-Gueorguieva E, Gueorguiev S. EPIDEMIOLOGY AND RISK FACTORS FOR PREMATURE BIRTH. *Knowledge International Journal.* 2018 Dec 10;28(2):629–36.
15. Bu Z, Zhang J, Hu L, Sun Y. Preterm Birth in Assisted Reproductive Technology: An Analysis of More Than 20,000 Singleton Newborns. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2020 Oct 7;11.
16. Frey HA, Klebanoff MA. The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2016 Apr;21(2):68–73.
17. Wallace ME, Mendola P, Kim SS, Epps N, Chen Z, Smarr M, et al. Racial/ethnic differences in preterm perinatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2017 Mar;216(3):306.e1-306.e12.
18. Meller CH, Carducci ME, Ceriani Cernadas JM OL. Preterm premature rupture of membranes. *Arch Argent Pediatr.* 2018 Aug 1;116(4).
19. Swiatkowska-Freund M, Traczyk-Łos A, Partyka A, Obara K, Damdinsuren A, Preis K. Perinatal outcome in preterm premature rupture of membranes before 37 weeks of gestation. *Ginekol Pol.* 2019 Nov 28;90(11):645–50.
20. Di Renzo GC, Tosto V, Giardina I. The biological basis and prevention of preterm birth.

Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2018 Oct;52:13–22.

21. Green ES, Arck PC. Pathogenesis of preterm birth: bidirectional inflammation in mother and fetus. *Semin Immunopathol.* 2020 Aug 7;42(4):413–29.
22. Barfield WD. Public Health Implications of Very Preterm Birth. *Clin Perinatol.* 2018 Sep;45(3):565–77.
23. Ville Y, Rozenberg P. Predictors of preterm birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018 Oct;52:23–32.
24. Lockwood CJ. Risk factors for preterm birth and new approaches to its early diagnosis. *J Perinat Med.* 2015 Jan 1;43(5).
25. da Fonseca EB, Damião R, Moreira DA. Preterm birth prevention. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020 Nov;69:40–9.
26. Vogel JP, Oladapo OT, Manu A, Gülmezoglu AM, Bahl R. New WHO recommendations to improve the outcomes of preterm birth. *Lancet Glob Health.* 2015 Oct;3(10):e589–90.
27. Boyle AK, Rinaldi SF, Norman JE, Stock SJ. Preterm birth: Inflammation, fetal injury and treatment strategies. *J Reprod Immunol.* 2017 Feb;119:62–6.
28. Keelan JA, Newnham JP. Recent advances in the prevention of preterm birth. *F1000Res.* 2017 Jul 18;6:1139.
29. Fuchs F, Monet B, Ducruet T, Chaillet N, Audibert F. Effect of maternal age on the risk of preterm birth: A large cohort study. Gutman J, editor. *PLoS One.* 2018 Jan 31;13(1):e0191002.

30. Stylianou-Riga P, Kouis P, Kinni P, Rigas A, Papadouri T, Yiallourous PK, et al. Maternal socioeconomic factors and the risk of premature birth and low birth weight in Cyprus: a case–control study. *Reprod Health*. 2018 Dec 19;15(1):157.
31. Kvalvik LG, Wilcox AJ, Skjærven R, Østbye T, Harmon QE. Term complications and subsequent risk of preterm birth: registry based study. *BMJ*. 2020 Apr 29;m1007.
32. Wheeler S, Maxson P, Truong T, Swamy G. Psychosocial Stress and Preterm Birth: The Impact of Parity and Race. *Matern Child Health J*. 2018 Oct 29;22(10):1430–5.
33. Elshenawy S, Pinney SE, Stuart T, Doulias PT, Zura G, Parry S, et al. The Metabolomic Signature of the Placenta in Spontaneous Preterm Birth. *Int J Mol Sci*. 2020 Feb 4;21(3):1043.
34. Helmo FR, Alves EAR, Moreira RA de A, Severino VO, Rocha LP, Monteiro MLG dos R, et al. Intrauterine infection, immune system and premature birth. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2018 May 3;31(9):1227–33.
35. Tanpradit K, Kaewkiattikun K. The Effect of Perceived Stress During Pregnancy on Preterm Birth. *Int J Womens Health*. 2020 Apr;Volume 12:287–93.
36. DeMarco N, Twynstra J, Ospina MB, Darrington M, Whippey C, Seabrook JA. Prevalence of Low Birth Weight, Premature Birth, and Stillbirth Among Pregnant Adolescents in Canada: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2021 Aug;34(4):530–7.
37. Silva RMM da, Zilly A, Ferreira H, Pancieri L, Pina JC, Mello DF de. Factors related to duration of hospitalization and death in premature newborns.

Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2021;55.

38. Granés L, Torà-Rocamora I, Palacio M, De la Torre L, Llupià A. Maternal educational level and preterm birth: Exploring inequalities in a hospital-based cohort study. *PLoS One*. 2023 Apr 5;18(4):e0283901.
39. Hidalgo-Lopezosa P, Jiménez-Ruz A, Carmona-Torres JM, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA, López-Soto PJ. Sociodemographic factors associated with preterm birth and low birth weight: A cross-sectional study. *Women and Birth*. 2019 Dec;32(6):e538–43.
40. Balla G, Szabó M. Chronic morbidities of premature newborns. *Orv Hetil*. 2013 Sep;154(38):1498–511.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia y Tecnología



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Hidalgo Sánchez, Jean Carlos Rodrigo con C.C: #1310424765 y autor del trabajo de titulación: **Prevalencia de parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital General Monte Sinaí periodo enero 2021 a enero 2023** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 7 de octubre del 2024.

f.



Firmado electrónicamente por:
JEAN CARLOS RODRIGO
HIDALGO SANCHEZ

Hidalgo Sánchez, Jean Carlos Rodrigo

C.C 1310424765



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital General Monte Sinaí periodo enero 2021 a enero 2023.		
AUTOR(ES)	Hidalgo Sánchez, Jean Carlos Rodrigo		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Montalván Suarez, Martha Elena		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	07 de octubre del 2024	No. DE PÁGINAS:	46 de páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología, Pediatría, Trabajo de Parto Prematuro, Cuidado del Lactante.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	neonatos, parto, prematuros, gestantes, Guayaquil.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>El parto prematuro, definido como el alumbramiento que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, impacta significativamente en la salud y la supervivencia neonatal, siendo un desafío crítico en la atención materna. El objetivo de este estudio fue investigar la prevalencia y características de los partos prematuros en el Hospital General Monte Sinaí desde enero de 2021 hasta enero de 2023. Mediante un análisis descriptivo de historias clínicas, esta investigación buscó proporcionar información sobre los factores asociados con el parto prematuro y los resultados tanto para las madres como para los neonatos.</p> <p>El estudio analizó registros de 24,073 nacimientos, identificando 2,595 casos de partos prematuros, lo que resultó en una tasa de prevalencia del 10.78%. Esta tasa es comparable con los promedios globales, sugiriendo que los resultados de los pacientes del hospital están alineados con los estándares internacionales. Los datos revelaron que la edad media de las madres era de 26.42 años, siendo más prevalentes los partos prematuros entre mujeres de 18 a 25 años. Los datos neonatales mostraron una edad gestacional promedio de 32.20 semanas, con la mayoría de los neonatos pesando entre 1500 y 2500 gramos. La mayoría de estos infantes requirieron estancias hospitalarias de entre 15 y 30 días, reflejando la necesidad de atención médica significativa. Las complicaciones de la placenta y las anomalías uterinas fueron las causas más comunes, mientras que el síndrome de distrés respiratorio y la ictericia fueron las patologías asociadas más frecuentes. Este estudio subraya los desafíos continuos que representan los partos prematuros en el Hospital General Monte Sinaí y destaca la necesidad de intervenciones dirigidas para reducir estas ocurrencias y mejorar los resultados tanto maternos como neonatales.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 968988303	E-mail: jeancarlosrodrigo98@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	Teléfono: +593 982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			