

LIBRO DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS EN SALUD

EDICIÓN 2023
RECOPILADO 2022

Libro de artículos científicos en salud / Gerardo Omar Larroza ... [et al.]. - 1a ed revisada. - Corrientes : Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Medicina, 2024.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-3619-99-1



1. Salud. 2. Medicina. 3. Proyectos de Investigación. I. Larroza, Gerardo Omar.
CDD 613.071

Editorial

Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Facultad de Medicina
Universidad Nacional del Nordeste
Diseño del Libro: Viviana Navarro.
Impreso en Argentina. Abril 2023
Hecho el depósito que establece la ley 11.723
Contacto: secretariacyt@med.unne.edu.ar

Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste - UNNE

Sede Centro:

Mariano Moreno 1240 - C.P 3400 – Ciudad de Corrientes – Corrientes – Argentina
Teléfonos: +54 379 442 2290 / 442 3155

Sede Campus Sargento Cabral:

Sargento Cabral 2001 - C.P 3400 – Ciudad de Corrientes – Corrientes – Argentina
Teléfonos: +54 379 443 9624 int. 34 - +54 379 442 5508

Web: <http://www.med.unne.edu.ar>

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopia u otros métodos, sin el permiso previo del editor.

PROLOGO

La investigación en Ciencias de la Salud es un compromiso con la comprensión de aquello que afecta al ser humano en relación a su salud. Este libro recopila los esfuerzos realizados por investigadores, docentes y estudiantes, de la Facultad de Medicina de la UNNE.

En sus páginas se ha volcado el nuevo conocimiento generado en Medicina, Kinesiología y Enfermería como una travesía que inició en la pregunta de investigación, la búsqueda de los antecedentes, el diseño del estudio, su puesta en marcha para luego transformar datos crudos en descubrimientos significativos.

Cada trabajo representa una puerta abierta al conocimiento, innovación y progreso, mostrando simultáneamente la pasión y el interés científico de aquellos que comparten sus resultados.

Por ello invito a todos los profesionales de la salud, investigadores, docentes y estudiantes a recorrer sus páginas donde hallaran información relevante y probablemente nuevos interrogantes que ayuden a iniciar otros caminos de investigación.

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a los investigadores que desinteresadamente decidieron compartir sus trabajos, seguramente inspirarán a otros.

Dra. Viviana Navarro:

COMITÉ EVALUADOR	AUTORIDADES
Lila Almirón	Decano
Monica Auchter	Prof. German Pagno
Jorge Cialzetta	Vice Decano
Rosana Gerometta	Prof. Daniel Scheikman
Fernando Gomez	Secretario Académico
Arturo Gorodner	Med. Diana Inés Cabral
Isabel Hartman	Secretaria de Ciencia y Tecnología
Laura Leyes	Prof. Viviana Navarro
Angelica Meza	Secretaria de Posgrado
Mirta Mierez	Prof. Mónica Auchter
Daniel Morales	Secretaria de Extensión Universitaria
Mabel Rivero	Prof.. Miguel Eduardo Cibils
María Teresa Rocha	Carrera de Licenciatura en Enfermería
Patricia Said Rucker	Director: Prof. Fernando Gómez
Elva María Sendra	Secretario Académica: Prof. Lic. Oscar Medina
Roxana Servin	Carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría
Tania Stoyanoff	Directora Prof. Laura Elizabeth Leyes
Juan Santiago Todaro	Secretaria Académica: Prof. Lic. María Marcela Barrios
Carla Zimmermann	

ESTADO EPIDEMIOLOGICO EN PARTOS PRETERMINOS EN EMBARAZADAS CON ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Juan Manuel Romero Benítez¹, Alejandra Elizalde Cremonte²,
Verónica Ayelén Romero Benítez³, Santiago Elizalde Cremonte⁴

RESUMEN

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como prematuridad a aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos de 37 semanas. La tasa de prematuridad oscila entre el 5% a 11% en distintas regiones del mundo. La rotura prematura de membranas es definida como el fenómeno de efracción de las membranas ovulares antes del inicio de trabajo de parto.

Objetivos: a) Conocer la prevalencia de partos pretérmino (PP) en nuestra maternidad. b) Hallar la prevalencia de PP en embarazadas con antecedentes de rotura prematura de membrana (RPM). c) Determinar el estado epidemiológico de los PP con RPM.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, basado sobre 1753 nacimientos producidos en la maternidad María de la Dulce Espera del Hospital Ángela Iglesia de Llano de Corrientes Capital y registrados en historias clínicas perinatales. EL período de estudio abarca desde el 01/01/2021 al 31/10/2021. Población de estudio todas las embarazadas con PP y muestra de análisis las embarazadas con antecedentes de RPM. Criterios de inclusión: los partos PP con antecedente de RPM. Criterios de exclusión: los PP con antecedentes de otras patologías obstétricas. Variables de estudio: edad materna, nivel de instrucción, número de gestas (primípara y multipara), período intergenésico considerado del último parto al actual embarazo, índice de masa corporal (IMC) al comienzo del embarazo, número de controles prenatales registrado en el carnet perinatal, vía de culminación del embarazo por parto vaginal o cesárea. Análisis estadístico utilizado: variables categóricas expresadas en porcentajes, medida de tendencia central (promedio), medidas de dispersión (rango y desvío estándar). Programa estadístico utilizado para análisis de datos: Epi Info versión 7.

Resultados: La prevalencia de PP sobre el total de la población de estudio (1753 nacimientos) es de 10.09% (n=177), de los cuales presentaron RPM 32,76% (n=58) que reunieron los criterios de inclusión y el 67,24% (n=119) presentaron los criterios de exclusión. La edad materna promedio de 25,47 D/S \pm 6,62, rango de edad 15-38 años. Nivel de instrucción primario 41,37% (n=24), secundario 58,62% (n=34). Primíparas 36,20% (n=21) y multiparas 63,79% (n=37). Período intergenésico < a 1 año 16,21% (n=9) \geq a 1 año 83,78% (n=49). IMC con bajo peso 12,06% (n=7) e IMC no bajo peso 87,93% (n=51). Número de controles prenatales < 5 controles 67,24% (n=39), \geq 5 controles 32,75% (n=19). Parto vaginal 74,13% (n=43) y cesárea 25,86% (n=15).

Conclusiones: La prevalencia de embarazadas con PP con antecedente de RPM se encuentra dentro de los valores de los informes de las literaturas consultadas. El bajo nivel de instrucción, el período intergenésico corto y el bajo IMC no fueron variables epidemiológicas importantes en contraposición a los datos existentes en las diferentes bibliografías. En cambio el embarazo no controlado y la multiparidad presentaron mayor prevalencia.

Palabras claves: Parto pretérmino, rotura prematura de membrana, morbilidad materno fetal.

SUMMARY

Introduction: The WHO defines prematurity as that birth of more than 20 weeks and less than 37 weeks. The prematurity rate ranges from 5% to 11% in different regions of the world. Premature rupture of membranes is defined as the phenomenon of rupture of the ovular membranes before the onset of labor.

Objectives: a) To know the prevalence of preterm births (PP) in our maternity hospital. b) Find the prevalence of preterm birth in pregnant women with a history of premature rupture of the membrane (RPM). c) To determine the epidemiological status of preterm births with premature rupture of membranes.

Material and methods: Descriptive, retrospective and cross-sectional study, based on 1753 births produced in our maternity hospital and registered in perinatal medical records. The study period covers from 01/01/2021 to 10/31/2021. Study population all pregnancies with preterm births and analysis sample pregnant women with a history of premature rupture of membranes. Inclusion criteria: preterm deliveries with a history of premature rupture of membranes. Exclusion criteria: premature births with a history of other obstetric pathologies. Study variables: maternal age, educational level, number of pregnancies (primiparous and multiparous), intergenic period considered from the last delivery to the current pregnancy, body mass index (BMI) at the beginning of the pregnancy, number of prenatal check-ups registered in the card perinatal, route of termination of pregnancy by vaginal delivery or cesarean section. Statistical analysis used: categorical variables expressed in percentages, measure of central tendency (average), measures of dispersion (range and standard deviation). Statistical program used for data analysis: Epi Info version 7.

Results: The prevalence of premature labor over the total study population (1753 births) is 10.09% (n=177), of which 32.76% (n=58) who met the criteria presented premature rupture of membranes. inclusion criteria and 67.24% (n=119) presented the exclusion criteria. The average maternal age of 25.47 D/S \pm 6.62, age range 15-

38 years. Primary education level 41.37% (n=24), secondary 58.62% (n=34). Primiparous 36.20% (n=21) and multiparous 63.79% (n=37). Intergravidic period < 1 year 16.21% (n=9) \geq 1 year 83.78% (n=49). Underweight according to body mass index 12.06% (n=7) and not underweight 87.93% (n=51). Number of prenatal controls < 5 controls 67.24% (n=39), \geq 5 controls 32.75% (n=19). Vaginal delivery 74.13% (n=43) and cesarean section 25.86% (n=15).

Conclusions: The prevalence of pregnant women with PP with a history of PROM is within the values of the reports in the literature consulted. The low level of education, the short intergravidic period and the low index of body mass were not important epidemiological variables in contrast to the existing data in the different bibliographies.

Keywords: Preterm labor, premature rupture of the membrane, fetal-maternal morbidity.

INTRODUCCIÓN

La OMS define como prematuridad a aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos de 37 semanas. La tasa de prematuridad oscila entre el 5% a 11% en distintas regiones del mundo. La patogénesis del PP es aún discutida. Clínicamente se lo asocia a múltiples factores de riesgo. La edad extrema; el bajo nivel socioeconómico y cultural, el índice de masa corporal materno menor a 18,5 kg/m² pueden aumentar el riesgo de un PP. Especial importancia se ha dado al factor de riesgo infeccioso, cada vez más relacionado a la patogénesis del PP. Entre los antecedentes ginecoobstétricos podemos mencionar embarazo insuficientemente controlado; el antecedente de prematuridad, la gestación múltiple, el corto período intergravidico y la primiparidad también se relacionan con el PP. Un papel importante en el desencadenamiento del PP lo juega la RPM.^{1,2}

La RPM es definida como el fenómeno de efracción de las membranas ovulares antes del inicio de trabajo de parto (para algunos por lo menos una hora antes). Es una complicación obstétrica frecuente en el 10% de todos los embarazos y que es el antecedente previo de partos pretérmino, así mismo, una de cada cinco ocurre antes de las 37 semanas de gestación. La RPM es responsable de aproximadamente el 30-40% de todos los PP y origina una importante morbilidad materna y fetal, dando lugar al 2,6 % de las muertes perinatales.³

La evidencia actual sugiere que la RPM es un proceso multifactorial que puede ser afectado por factores bioquímicos, fisiológicos, patológicos y ambientales. Distintos factores han sido asociados con la RPM, siendo, hasta ahora, la infección intraamniótica la única causa reconocida de prematuridad y de posible causa de RPM. Factores de riesgo adicionales implicados en la rotura prematura de membranas, como: edad materna de 20 a 34 años, medio socioeconómico bajo, IMC disminuido, multiparidad, infección cérvico vaginales, etc. El antecedente de dos o más cesáreas fue factor protector para la RPM, característica que no ha sido reportada en investigaciones previas y que necesita confirmarse mediante estudios prospectivos.^{4,5}

OBJETIVOS.

a) Conocer la prevalencia de partos pretérmino (PP) en nuestra maternidad, b) Hallar la prevalencia de PP en embarazadas con antecedentes de rotura prematura de membrana (RPM); y c) Determinar el estado epidemiológico de los PP con RPM.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, basado sobre 1753 nacimientos producidos en la Maternidad María Dulce Espera del Hospital Ángela Iglesia de Llano de Corrientes Capital y registrado en historias clínicas perinatales. EL período de estudio abarca desde el 01/01/2021 al 31/10/2021. Población de estudio las embarazadas con PP y muestra de análisis las embarazadas con antecedentes de RPM. Criterios de inclusión: los PP con antecedente de RPM. Criterios de exclusión: los PP con antecedentes de otras patologías obstétricas. Variables de estudio: edad materna, nivel de instrucción, números de gestas (primipara y multipara), período intergravidico considerado del último parto al actual embarazo, índice de masa corporal (IMC) al comienzo del embarazo, número de controles prenatales registrado en el carnet perinatal, vía de culminación del embarazo por parto vaginal o cesárea.

Análisis estadístico utilizado: variables categóricas expresadas en porcentajes, medida de tendencia central (promedio), medidas de dispersión (rango y desvío estándar). Programa estadístico utilizado para análisis de datos: Epi Info versión 7.

RESULTADOS

La prevalencia de PP es de 10,09% (n=177) de los cuales presentaron RPM el 32,76% (n=58). (Ver gráfico N° 1 y 2).

Grafico N°1: PREVALENCIA DE PP EN LA MATERNIDAD. PERIODO DEL 01/01/2021 AL 31/10/2021

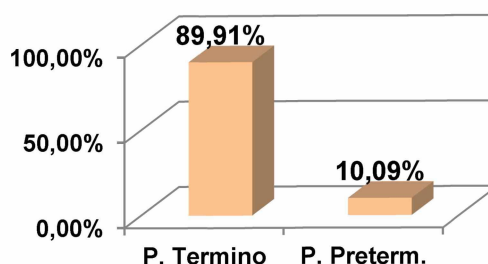
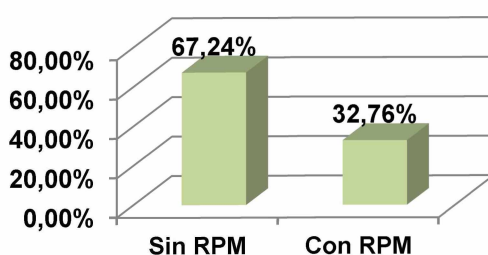


Grafico N°2: PREVALENCIA DE PP CON RPM EN LA MATERNIDAD. PERIODO DEL 01/01/2023 AL 31/10/2021



La edad materna promedio fue de 25,47 años D/S \pm 6,62, rango 15-38 años. El nivel de instrucción secundario fue más representativo en estas embarazadas. Ver gráfico N° 3. En cuanto al número de gestas, las gestantes multiparas presentaron mayor prevalencia de RPM. Ver gráfico N° 4.

Grafico N°3: NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN LA MATERNIDAD. PERIODO DEL 01/01/2021 AL 31/10/2021

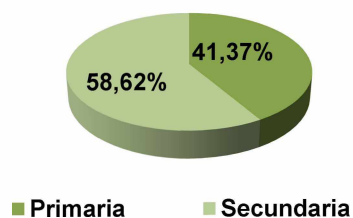
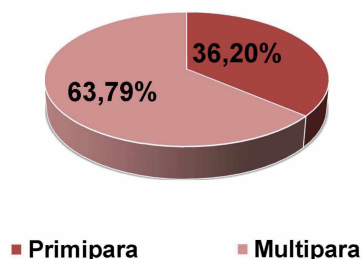
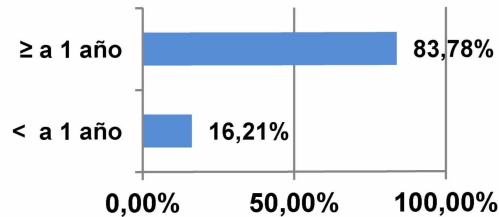
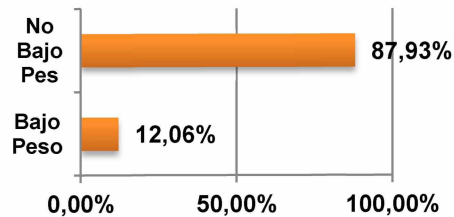


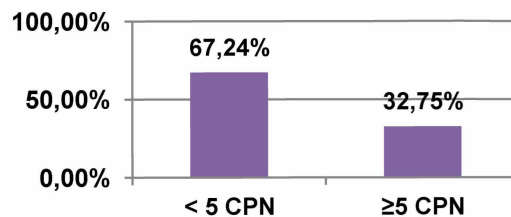
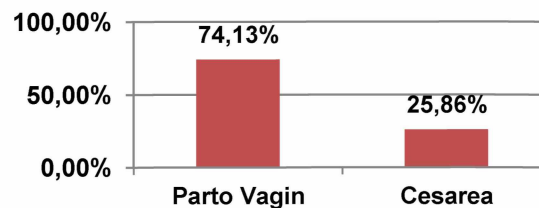
Gráfico N°4: NÚMERO DE GESTAS EN LA MATERNIDAD. PERIODO DEL 01/01/2021 AL 31/10/2021.



El análisis del período intergenésico de estas gestantes se destaca al \geq de 1 año. Ver gráfico N°5. Al evaluar el estado nutricional de las gestantes a través del IMC al inicio del embarazo, notamos mayor porcentajes en el grupo de no bajo peso. Ver gráfico N°6.

Grafico N°5: PERÍODO INTERGENÉSICO EN LA MATERNIDAD. PERIODO DEL 01/01/2021 AL 31/10/2021.**Grafico N°6: ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN IMC EN LA MATERNIDAD. PERIODO DEL 01/01/2021 AL 31/10/2021.**

El presente estudio demuestra que estas embarazadas presentaban embarazo insuficientemente controlado. Ver gráfico N°7. Destacamos al parto vaginal como la vía de culminación de los recién nacidos en estas gestantes con RPM. Ver gráfico N° 8.

Gráfico N° 7: N° DE CONTROL PRENATAL EN LA MATERNIDAD. PERIODO DEL 01/01/2021 AL 31/10/2021.**Gráfico N°8: VÍA DE CULMINACIÓN DE LA GESTACIÓN EN LA MATERNIDAD. PERIODO DEL 01/01/2021 AL 31/10/2021.**

DISCUSIÓN

La prevalencia de PP permanece estable en diversas regiones del mundo entre el 5 y 12%, en nuestra población de estudio alcanza el 10,09% en concordancia con lo antedicho. La RPM fue responsable del 32,76% de los PP de las pacientes en estudio, coincidiendo con la bibliografía consultada.^{6,7} Con respecto a uno de los factores de riesgo asociados en las pacientes estudiadas se pudo observar en este trabajo que la edad promedio materna fue de 25,47 años, encontrándose dentro del promedio de edades de la bibliografía revisadas. El bajo nivel cultural así como también el bajo nivel socioeconómico son factores de riesgo citados en los distintos estudios, datos que no fueron relevantes en nuestra población de análisis. La ganancia de peso escaso aumenta el riesgo de PP, solamente el 12,06% de nuestras pacientes presentaron bajo IMC.⁸ Los periodos intergenésicos cortos se han relacionado con resultados desfavorables en el embarazo; las mujeres con intervalos de menos de doce meses tienen mayor riesgo de RPM, en el presente trabajo, dicha

variable no fue relevante en nuestra población de estudio, prevaleciendo el período intergenésico mayor a doce meses en el 83,78%.⁹

La multiparidad fue un factor constante en nuestra población de estudio, hallándolo en el 63,79%, coincidiendo con artículos bibliográfico que la citan como factor de riesgo para RPM. El 67,24% de las pacientes en estudio tuvo un embarazo insuficientemente controlado (menos de 5 controles), predisponiendo a la RPM por la falta de detección temprana de factores desencadenantes. La vía de culminación prevalente fue la vaginal en 74,13% de los casos. En la bibliografía el antecedente de dos o más cesáreas se consideró factor protector para RPM, en concordancia con nuestra población donde la RPM prevaleció en aquellas pacientes con antecedentes de 3 o más partos por vía vaginal.¹⁰

CONCLUSIÓN

La prevalencia de embarazadas con PP con antecedente de RPM se encuentra dentro de los valores de los informes de las literaturas consultadas. El bajo nivel de instrucción, el período intergenésico corto y el bajo IMC no fueron variables epidemiológicas importantes en contraposición a los datos existentes en las diferentes bibliografías. En cambio el embarazo no controlado y la multiparidad presentaron mayor prevalencia.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Althabe F, Carroli G, Lede R, Belizán J, Althabe O. El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. *Rev Panam Salud Publica* .1999; 5: 373-385.
2. Faneite P, Alvarez N, Repilloza M. Factores epidemiológicos del parto prematuro. *Rev. Obstet. Ginecol Venez*. 1999; 55:71-76.
3. Ochoa-Matamoros A, Caballero-Leiva G. Frecuencia de rotura prematura de membranas en parto pretérmino y valoración de protocolos de manejo a corto y largo plazo en la sala de labor y parto del Instituto Hondureño de Seguridad Social. *Rev Med Post Unah*. 2001; 6 (2); 43-147.
4. Grandi C. El rol de la infección en la etiología del parto prematuro. Revisión de literatura. *Rev Hospital Materno infantil* 1996; 2(9):78- 86.
5. Calderón Guillén J, Vega Malagón G, Velásquez Tlapanco J, Morales Carrera R, Vega Malagón A. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. *Rev Med IMSS* 2007; 43 (4): 339-342.
6. Votta R, Parada O. *Obstetricia*. 5ª Ed. Buenos Aires: López libreros editores, 1992: 315- 319.
7. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. *Obstetricia*. 6ª Ed. Buenos Aires: El Ateneo, 2005: 240- 248.
8. Yáñez-Velasco L, Gatica-Marquina R, Salinas-Velásquez J, Costes-Pérez J, Figueroa-Redondo P y col. Infección durante el embarazo como factor causal de ruptura prematura de membranas y de parto pretérmino. *Salud Pública México* 2003; Vol. 31(3):288-297.
9. López-Osma F, Ordóñez-Sánchez S. Ruptura prematura de membranas: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. *Rev. Colomb Obstet Ginecol* 2013; 57(4):279-290.
10. Rivera R, Caba F, Smirnow M, Aguilera J, Larraín A. Fisiopatología de la rotura prematura de membranas ovulares en embarazos de pretérmino. *Rev Chilena obstet ginecol* 2014; 69 (3): 249-255.

Lugar de trabajo:

1. Médico Asistencial de la Maternidad del Hospital "Ángela I. de Llano". Jefe de Trabajo Practico Cátedra II. Clínica Obstétrica. Facultad de Medicina. UNNE.
2. Médica Asistencial de la Maternidad del Hospital "Ángela I. de Llano". Profesora Titular Cátedra II Clínica Obstétrica. Facultad de Medicina. UNNE
3. Verónica Ayelén Romero Benítez. Alumna de la Carrera de Medicina de la Facultad de Medicina de la Fundación "Héctor Alejandro Barceló".
4. Profesor Ajunto de la Cátedra II de Clínica Obstétrica. Facultad de Medicina. UNNE.

Correo electrónico: jromerobenitez@yahoo.com