



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**Prevalencia de parto pretérmino en madres atendidas en el
hospital Universitario de Guayaquil. Año 2020.**

AUTORA:

Soria Daza, Bella Daniela

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

Lcda. Rivera Salazar, Geny Margoth Mgs.

Guayaquil, Ecuador

2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Soria Daza, Bella Daniela**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en enfermería**.

TUTORA

f. _____
Lcda. Rivera Salazar, Geny Margoth Mgs.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Lcda. Mendoza Vincés Ángela Ovilla. Mgs

Guayaquil, 30 de abril del 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Soria Daza, Bella Daniela**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de parto pretérmino en madres atendidas en el hospital universitario de Guayaquil. Año 2020**, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería**, 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, 30 de abril del 2021

LA AUTORA

f. _____

Soria Daza, Bella Daniela



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Soria Daza, Bella Daniela**

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 pretérmino en madres atendidas en el hospital universitario de Guayaquil. Año 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 30 de abril del 2021

LA AUTORA:

f. _____
Soria Daza, Bella Daniela

Urkund Analysis Result

Analysed Document:	BELLA SORIA ULTIMA REVISIÒN (1) (2).docx (D105046806)
Submitted:	5/15/2021 6:06:00 PM
Submitted By:	dsoria8527@gmail.com
Significance:	0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a mi Padre Celestial por su bendición, de haberme permitido llegar hasta este día tan especial. A mí amada madre por su sacrificio constante en cada día de su vida para hacerme la mujer que soy a través de sus enseñanzas. A mí querido hermano por sus palabras de apoyo. A toda mi familia. A todos mis docentes quienes me formaron, de los cuales he aprendido no solo a una excelente profesional, sino un ser humano con principios, valores, ética e integra, gracias infinitas.

Bella Daniela, Soria Daza

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación primeramente dedicado a mi Amado Dios que ha sabido guiarme con sus bendiciones de vida por darme la fuerza a no desmayar antes momentos difíciles y permitirme tener vida, salud, fe y esperanzas.

A mi madre, Bella Daza Bonilla pilar de mi vida por brindarme todo su amor y apoyo, por confiar en mí, porque nunca dejo de luchar por mí. ejemplo de mujer la cual me llevo a seguir y a luchar por mi profesión. Te amo mama.

A mi querido hermano quien con sus palabras de aliento me daba fuerzas día a día, para no decaer y seguir perseverante en mis metas y logros de vida.

A mi tutora Lic. Geny Rivera Salazar Mgs; quien ha tenido la paciencia y el amor de una madre con cada uno de nosotros impartiéndonos sus conocimientos con distintas metodologías en cada uno de los ciclos del trayecto universitario.

Bella Daniela, Soria Daza



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. MENDOZA VINCES ANGELA OVILDA. MGS
DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

LCDA. HOLGUIN JIMENEZ MARTHA LORENA. MGS
COORDINADORA DEL ÁREA DE TITULACIÓN ESPECIAL

f. _____

LCDA. RIVERA SALAZAR GENY MARGOTH. MGS
TUTORA

f. _____

LCDA. CEPEDA LOPEZ SILVIA MARIA MS.
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO.....	VII
DEDICATORIA.....	VIII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	IX
ÍNDICE GENERAL.....	X
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XI
RESUMEN.....	XII
ABSTRACT.....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I.....	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	6
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	7
1.3. OBJETIVOS.....	8
1.3.1. Objetivo General.....	8
1.3.2. Objetivos Específicos.....	8
CAPITULO II.....	9
2. FUNDAMENTACION TEÓRICA DE LA INVESTIGACION.....	9
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
2.2. MARCO TEÓRICO.....	11
2.3. MARCO LEGAL.....	31
CAPITULO III.....	34
3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	34
3.1. Tipo de estudio.....	34
3.2. Población y muestra.....	34
3.2.1. Criterios de inclusión.....	34
3.2.2. Criterios de exclusión.....	34
3.3. Técnicas e instrumento para la recolección de datos.....	34
3.6. Operacionalización de variables.....	36
3.7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	39
DISCUSIÓN.....	45
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Comportamiento de parto pre término, según las edades.....	40
Gráfico 2. Antecedentes Patológicos personales.....	41
Gráfico 3. Hábitos y Estilo de vida	42
Gráfico 4. Complicaciones de las madres con parto pre termino.....	43
Gráfico 5. Causas Maternas	44

RESUMEN

El parto prematuro se define como el nacimiento que se produce antes de las 37 semanas de gestación, el cual tiene una incidencia entre el 7-10%, lo cual es considerado como una de las principales causas de morbilidad perinatal. **Objetivo:** Determinar la prevalencia del parto pre término en madres atendidas en el Hospital General Universitario de Guayaquil. Año 2020. **Metodología:** Descriptivo, Cuantitativo, Retrospectivo, de diseño transversal. **Población:** 80 madres con parto pre termino. **Técnica:** Observación Indirecta. **Instrumento:** Matriz de Observación indirecta. **Resultados:** De acuerdo con las **características** de las pacientes se identificó que la edad de predominio fue 27 a 33 años 54%, de estado civil Unión libre 48%, de nacionalidad ecuatorianas 94%, con un nivel de instrucción educativo-secundaria 74%, de acuerdo al número de partos son multíparas 54%, con tipo de parto cesárea 64%, con más de 6 controles durante el embarazo 60%. En base a los antecedentes previos al embarazo el 18% presentaron hipertensión arterial y el 53% algún tipo de hábitos entre los que se destacan al 24% consumo de cafeína. Las complicaciones indican que el 30% presentaron preclamsia siendo la principal causa que desencadenaron parto pre término embarazos múltiples 11%. **Conclusión:** La prevalencia de parto prematuro durante julio a diciembre 2020 fue del 2,29%.

Palabras Claves: Prevalencia, Parto pre término, Mujeres

ABSTRACT

Preterm labor is defined as the birth that occurs before 37 weeks of gestation, which has an incidence between 7-10%, which is considered one of the main causes of perinatal morbidity and mortality. **Objective:** To determine the prevalence of pre-term delivery in mothers attended at the General University Hospital of Guayaquil. Year 2020. **Methodology:** Descriptive, Quantitative, Retrospective, cross-sectional design. **Population:** 80 mothers with premature delivery. **Technique:** Indirect Observation. **Instrument:** Indirect Observation Matrix. **Results:** According to the characteristics of the patients, it was identified that the prevailing age was 27 to 33 years, 54%, of marital status Free union 48%, of Ecuadorian nationality 94%, with a level of secondary educational instruction 74%, of According to the number of deliveries, 54% are multiparous, 64% with a cesarean section, with more than 6 controls during pregnancy, 60%. Based on the antecedents prior to pregnancy, 18% had high blood pressure and 53% had some type of habits, among which 24% had caffeine consumption. Complications indicate that 30% had preeclampsia being the main cause that triggered preterm delivery multiple pregnancies 11%. **Conclusion:** The prevalence of preterm birth during July to December 2020 was 2.29%.

Key Words: Prevalence, Preterm delivery, Women

INTRODUCCIÓN

El parto pre término es un evento que se presenta en nuestro medio con mucha frecuencia, en la actualidad los hospitales que reciben neonatos sus áreas críticas intensivas y de hospitalización tienen alta demanda de pacientes, además se observa un número importante de niños que nacieron antes de completar las 37 semanas de gestación constituyéndose en neonatos prematuros(1). Mucho antes, el nacimiento prematuro era visto como negligencia médica que lo relacionaban al desconocimiento en el manejo de la mujer gestante con parto antes del tiempo previsto y en la actualidad se le atribuye a múltiples factores maternos socio-económicos culturales y biológicos que comprometen la salud del niño a partir del tercer trimestre del embarazo, a esto se suma la falta de control prenatal conforme lo manifiesta la OMS que la prevención es la mejor estrategia para evitar el parto prematuro, la desinformación es otra causal ante estos eventos lo que conlleva a la ocurrencia de estos sucesos(2).

Dado esto, la prevalencia de embarazos a nivel mundial ha enfrentado a un problema silencioso y desatendido que en los últimos años va en aumento en los últimos años, en el cual el campo de la medicina ginecobstétrica, neonatal y de enfermería enfrentan desafíos día tras día, es así que la Organización Mundial de la Salud, OMS estima que cada año ocurren unos 15 millones de niños prematuros antes de las 37 semanas de gestación y a eso agregamos el parto pre termino, aumentando las posibilidades del óbito del neonato convirtiéndose en un problema de salud pública y económicos(2). En varias regiones de América Latina y el Caribe, la tasa promedio de nacimientos prematuros es cercana al 9%, Colombia es el único país que está significativamente por encima del promedio, con una tasa de nacimientos prematuros cercana al 15%, seguido de Brasil con 11%, mientras que en Cuba y México tienen las tasas más bajas de 6% y 7% respectivamente, si bien es cierto existen diferencias muy significativas entre estos países, que van desde cifras bajas en Cuba del 5% y 6% Chile, a diferencia de Haití que tiene un 23%(3).

En Ecuador según el INEC, se considera una de las principales causas de mortalidad infantil en el país debido a la duración corta de la gestación, razón por la cual se estima una prevalencia del 5,1% de partos son prematuros ubicándolo entre los 11 países con las tasas más bajas en este tipo de nacimientos en el mundo, a lo que se le atribuye a la poca vigilancia o control de los embarazos para detectar afecciones embrionarias o maternas que pueden provocar a largo plazo complicaciones(4).

Considerando los datos de prevalencia publicados por la OMS, Ecuador estima que 5/100 nacimiento suceden antes de las 40 semanas, el 60% corresponde a un grupo de prematuros leves y 30% considerados prematuros moderados produciendo complicaciones como embarazos previos, infecciones de vías urinarias, placenta previa, desprendimiento de placenta y por último otras complicaciones como preeclampsia, hipotonía uterina, amenaza de parto prematuro, trabajo de parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterino y cesárea intraparto. La elaboración de este trabajo investigativo, seguirá una metodología descriptiva, prospectiva de corte transversal, de método cuantitativo que mediante la técnica de la encuesta se obtendrán los datos de interés para cumplir objetivos planteados.

Este trabajo está dividido en los siguientes capítulos:

CAPÍTULO I: Planteamiento del problema, justificación, preguntas de investigación u objetivos.

CAPITULO II: Fundamentación Conceptual: Antecedentes Marco Conceptual, Marco Legal.

CAPITULO III: Diseño de la investigación, materiales y métodos Operacionalización de variables, Análisis e Interpretación de Resultados, Discusión, Conclusión, Recomendación, bibliográficas.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS cada año nacen unos 15 millones de bebés nacidos de forma prematura es decir, más que sucede 1/10 nacimientos no llegan a término, representando la primera causa de mortalidad en menores de 5 años, es así que en casi todos los países que disponen de datos fiables de tasas de nacimientos prematuros consideran que se están aumentando a casi la mitad de bebés nacidos a las 32 semanas y que mueren por no haber recibido cuidados, así como por no haber administrado atención básica para combatir infecciones y/o problemas respiratorios(2).

Por otra parte, en España cada año nacen aproximadamente 28.000 bebés, lo que supone uno de cada trece alumbramientos, según datos de la Asociación de Padres de niños prematuros, tasa que constituye una de las más altas de la Unión Europea, ya que dentro de los 65 países que disponen de registros fiables sobre tendencias, se ha registrado un aumento en las tasas de nacimientos prematuros en los últimos 20 años, sin embargo, existen en Comunidades Autónomas y en diferentes Hospitales que superan el 10 % del total de nacimientos, superando a Estados Unidos con 12,5%, de los cuales el 8,8%, corresponde a nacidos entre la 34 y las 36 semanas(5).

Un estudio realizado por la UNICEF menciona que en Latinoamérica las tasas de mortalidad infantil en menores de cinco años por complicaciones del nacimiento prematuro son: Costa Rica y Chile, 27%, Argentina, 26%, Venezuela 24%, Honduras y Paraguay, 24%, Colombia, 23% Brasil, 22%, Nicaragua 20%, Perú, 19%, México 18%, Uruguay y El Salvador 17%, Panamá y Bolivia 15%; y Guatemala 13%(6).

Ecuador actualmente tiene una población estimada de alrededor de 16 millones de habitantes y el número de nacidos vivos cada año es de 300.000,

desde la década de los noventa, la mortalidad infantil se ha ido reduciendo progresivamente; sin embargo, el segmento correspondiente a la mortalidad neonatal aporta cerca del 60% en muertes de menores de un año, dando como consecuencia, un desafío para los servicios públicos de salud del país ya que cada año se estima que se producen alrededor de 15 millones de partos pretérminos, y estas cifras están incrementando a nivel mundial, siendo estos el 70 a 80% a consecuencias de partos prematuros espontáneos y el 20 a 30% restante a causas iatrogénicas, incluyendo problemas materno fetales(7).

Para el año 2019 en el Hospital Universitario guineo-obstétrico de Guayaquil, se registró 15.1813 atenciones en consulta externa, 15.369 hospitalizaciones, 72.096 atenciones de emergencia, su cartera de servicios apunta a reducir los casos de muerte materno-infantil. Siendo los partos prematuros una de las patologías más frecuentes debido que los niños que nacen prematuramente tienen mayores complicaciones a corto, mediano y largo plazo y que se extienden a través de los años de vida, afectando la niñez y la etapa adulta, resultando en enormes costos físicos, psicológicos y económicos.

Esta problemática se ubica en el Hospital Universitario gin eco-obstétrico y pediátrico de la ciudad de Guayaquil que atiende un promedio mensual de 300 a 500 mujeres en estado de gestación representando un gran número de atención en la cobertura de esta institución de salud y en donde se realizó las practicas pre profesionales y se observó un número significativo de casos existentes de la población sujeta a estudios en un periodo de tiempo de 6 meses, la alta prevalencia de neonatos que nacieron antes de las 37 semanas de gestación llama la atención de la autora motivo relevante de gran interés para investigar la problemática planteada.

Por todos estos antecedentes plateados, es importante conocer la prevalencia del parto pretérmino, así como las complicaciones y causas maternas que ocasionaron la interrupción del embarazo, considerando un importante problema de la salud pública que la mayoría de las complicaciones pudieron evitarse con el control prenatal para enfermería es todo un desafío contribuir

fomentando la promoción y prevención disminuyendo los índices de morbimortalidad

1.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es la prevalencia del parto pre término en madres atendidas en el hospital universitario de Guayaquil?
- ¿Cuáles son las características de las madres que tuvieron un parto pre término?
- ¿Cuáles son los antecedentes previos al embarazo que tuvieron las madres con parto pre término?
- ¿Cuáles fueron las complicaciones que tuvieron las madres durante el embarazo?
- ¿Cuáles son las causas maternas desencadenantes del parto pre término?

1.2. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo de investigación considerado de gran trascendencia en los últimos años el parto pre término en el mundo; es una preocupación para instancias como la OMS quienes promulgan su preocupación, así mismo para los profesionales como: obstetras neonatólogos e investigadores de la salud, debido que cuando se produce el nacimiento de un niño con menos de 37 semanas de gestación y un peso inferior a los 2500 gr, existe hasta 20 veces más posibilidad de que ocurra una mortalidad neonatal en relación al nacimiento de un niño con peso normal, ya que la identificación de factores que influyan en la morbilidad del recién nacido es una de las preocupaciones fundamentales de la perinatología.

Se considera un trascendental problema de la Salud Pública el parto pre término y además se realiza la importancia de conocer aquellos antecedentes maternos que conllevaron a la ocurrencia, así mismo las complicaciones y causas maternas que ocasionaron el parto antes de tiempo, lo que precisa la investigación que se torna de gran interés para la institución y los profesionales que colaboran en esta institución, con estos es necesario conocer la prevalencia de parto pre término en madres atendidas del Hospital gineco-obstétrico y pediátrico de la ciudad de Guayaquil donde se realizó esta investigación dado que las salas de neonatología la ocupación de camas es del 100% en comparación con las áreas pediátricas.

Para el personal de enfermería es relevante porque a partir de los resultados, se puede considerar algún tipo de intervención dentro del ámbito de atención primaria que permita a mediano plazo establecer estrategias de prevención y detección temprana de factores de riesgos. Por todo lo planteado este estudio se considera para la institución pertinente, relevante, viable y de gran interés para los profesionales de la salud, los principales beneficiados serán las usuarias y los futuros niños de nuestro país.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

- Determinar la prevalencia del parto pre término en madres atendidas en el Hospital General Universitario de Guayaquil. Año 2020

1.3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar a las madres que tuvieron un parto pre término atendidas en el Hospital General Universitario de Guayaquil.
- Mencionar los antecedentes previos al embarazo de las madres atendidas.
- Describir las complicaciones que presentaron las madres durante el embarazo.
- Identificar las causas maternas desencadenantes del parto pre termino.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTACION TEÓRICA DE LA INVESTIGACION

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio de Allison Ayala(4) realizado a 153 mujeres se determinó una edad promedio de 25,4 años, en el rango de 14 y 45 años, con una desviación estándar de 6,3. En cuanto al estado civil se encontró que 3/4 de ellas eran casadas, la gran mayoría eran de ascendencia ecuatoriana y alrededor del 6-8% eran extranjeros, el nivel educativo de la madre, se encontró que la mayoría de los participantes 62% eran estudiantes de secundaria como mayor grado de educación, los antecedentes obstétricos, el 16% tenía antecedentes de parto prematuro, en cuanto el control prenatal era insuficiente del con mayor frecuencia, menos de 4 controles obstétricos, en las infecciones del tracto urinario, la incidencia de cistitis fue del 13% y bacteriuria asintomática 9%, además de presentar ruptura prematura de membranas 16%, desprendimiento prematuro de placenta 10%, preeclampsia 7% y anemia 4% de la población estudiada.

El estudio de Alarcón y Ruiloba(10) en una población de 300 pacientes analizados en nuestro estudio, el grupo de edad donde se observaron más partos prematuros corresponde a los de 20 a 30 años, en cuanto a la raza, observamos que los mestizos superaron el 87%, en cuanto a los ingresos económicos, se observa que el 79% de las personas tiene un ingreso mensual menor a \$200 y con un nivel educativo del 81%, además del total de controles prenatales realizados en el último embarazo el 49% de los controles tuvieron menos de 5 controles, mientras que el 57% de las pacientes presentaron niveles bajos de hemoglobina, igual a 12, además cabe añadir que el IMC observado corresponde al 38% de los pacientes con menos de 18,5kg/m².

El autor Añazco y Lucas(11) en sus estudio sobre los factores de riesgos demostraron según los datos disponibles, los partos prematuros representan el porcentaje más alto de mujeres embarazadas, y ocurre en el 58% de las personas entre 25 y 30 años, la etnia afro ecuatoriana representa el 68% de

acuerdo al número de controles tuvieron 5 o más controles durante el embarazo 49% y el tienen de 3 a 4 controles 36% y de 1 a 2 controles 15%, la infección del tracto urinario es equivalente al 76%, rotura prematura de membranas fetales 12%, hipertensión 7% y la diabetes 5%, lo que indica que la mayoría de las mujeres que terminan el embarazo prematuramente son causadas por infecciones del tracto urinario.

El estudio de Valencia(12) sobre factores asociados al parto prematuro a través de un método es cuantitativo, descriptivo y transversal, en una población de 60 embarazadas adolescentes, el grupo de edad con mayor incidencia es 16-19 años, el 75% con controles prenatales 38% de 2 a 4 controles y poca comprensión de los signos y síntomas del parto prematuro 78% mientras que el 60% de las personas sabe poco sobre el cuidado y los factores de riesgo del parto prematuro, el 55% de las personas come de manera inapropiada, el 68% de las personas sabe sobre el uso de condones durante el embarazo, el 48% presentaron infecciones vaginales, por otra parte el 47% presentaron infecciones del tracto urinario, en cuanto a su relación con la pareja, pareja o familiares el 57% mantienen una relación inestables y el 78% de las personas no consumen drogas.

El trabajo investigativo de Ayol y Pilco(13) en cual aplicaron una metodología de campo cuantitativo descriptivo no experimental de corte transversal en el cual se atendieron 206 adolescentes de 10 a 19 años de edad que presentaron complicaciones patológicas y ginecoobstétricas causando una amenaza de parto pre término se utiliza una matriz de observación directa para evaluar diferentes factores sociodemográficos, la edad predominante fue de 14 a 16 años 76%, de etnia mestiza 77%, de área urbana 34%, estado civil unión libre 73%, con educación primaria 63% dedicadas a las tareas del hogar, 10% consumieron alcohol durante el embarazo, 1% fuman, 50% consumieron drogas y 16% presentaron violencia doméstica, dentro de los factores de obstetricia y ginecología el 26% no planificó quedar embarazada, durante la semana 32 a 36 el riesgo de parto prematuro fue en el 65% mientras que el 63% tuvieron tres controles prenatales, antecedentes de aborto espontáneo 34%, infecciones vaginales 48%, anemia 13% y el padece obesidad de 1%.

El autor Lima(14) en un estudio descriptivo, observacional y transversal, en la historia clínica de 50 gestantes diagnosticadas de parto prematuro, se determinó que el 56% de las gestantes presentaban más de un tipo de complicaciones obstétricas, como anemia, infección urémica y antecedentes de parto prematuro, preeclampsia, etc., el 12% de las mujeres embarazadas tiene infecciones del tracto urinario durante el embarazo, el 10% tiene antecedentes de rotura prematura de membranas y anemia, el 54% son de áreas rurales y el 46% son de áreas urbanas; el 13% están casadas, el 4% son inestables, el 100% de los nacimientos prematuros, el 92% de los recién nacidos tienen APGAR en el minuto normal, el 8% tienen depresión moderada en un minuto y APGAR a los 5. Todos los recién nacidos tienen APGAR normal.

2.2. MARCO TEÓRICO

Generalidades

El parto pretérminos según la Organización Mundial de la Salud, OMS se denomina al proceso de dilatación expulsión y alumbramiento del feto, placenta y membranas del útero antes de las 37 semanas de gestación, también definido por la OMS como el nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas o los 259 días de embarazo desde el primer día del último periodo menstrual(15).

Clasificación del parto pre término

EL MSP en la guía menciona que el parto prematuro se puede dividir en dos subgrupos:

Parto prematuro espontáneo: Inicio espontáneo del trabajo de parto o después de la ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO), se produce en el 10% de las gestaciones, y la ruptura prematura de membranas pre término (RPMP) ocurre en el 3% y se asocian a un 30-40% de los casos de prematuridad(16).

Parto pre término indicado por un proveedor de salud: Inducción del trabajo de parto o parto por cesárea antes de las 37 semanas de gestación completas por indicaciones maternas, obstétricas o fetales, los partos indicados representan 20%-38,3% de todos los nacimientos, entre los embarazos simples en EUA, 31% de los nacimientos prematuros son el resultado de una indicación o decisión médica(16).

El parto prematuro se produce cuando las contracciones regulares provocan la apertura del cuello del útero después de la semana 20 y antes de la semana 37 del embarazo, la causa específica del parto prematuro a menudo no está clara, ciertos factores de riesgo pueden aumentar la probabilidad de un parto prematuro, pero el parto prematuro también puede ocurrir en mujeres embarazadas sin factores de riesgo conocidos(16).

Los signos y síntomas del parto prematuro comprenden los siguientes:

Sensaciones regulares o frecuentes de endurecimiento del abdomen (contracciones), Dolor sordo, leve y constante en la espalda, Sensación de presión en la pelvis o en la región inferior del abdomen, Cólicos leves, Manchado o sangrado vaginal leve, Rotura prematura de las membranas: pérdida continua de líquido, en forma de chorro o goteo, después de que se rompa o se desgarre la membrana alrededor del bebé, Cambio en el tipo de flujo vaginal (acuoso, con aspecto de mucosidad o sanguinolento) (16).

El parto pre término espontáneo representa las 2/3 partes de PPT. Su prevención puede ser primaria o secundaria, y se centra básicamente en la predicción. No existe consenso acerca de las causas que puedan originar un parto pre términos. Algunos autores subdividen al parto pre términos en 2 grandes grupos(17):

Parto pre término iatrogénico: aquel que se produce por indicación médica ante la aparición de una complicación del embarazo que impide continuar con la gestación al poner en grave riesgo la vida de la madre, el feto o ambos.(17)

Millian Espinoza en su investigación Epidemiología del parto pre término espontáneo se basa en las variables relacionadas con el parto pre término en el período de enero de 2015 a diciembre de 2017 sucedieron un total de 15731 partos, 1057 (6,7%) ocurrieron antes de las 37 semanas, de los que 423 (2,7%) fueron partos pre términos espontáneos que constituyen el 40% de todos los partos pre términos. Al describir las características epidemiológicas de las pacientes con parto pre término se observa que el 59,5% tenía entre 20 y 34 años de edad, es decir, las edades de reproducción óptima. Con relación a la paridad el 64,5% con parto pre término eran nulíparas (no tenían historia de un parto anterior que las pudiera considerar como un grupo de riesgo). En cuanto a la existencia de alguna enfermedad concomitante o asociada al embarazo la hipertensión arterial crónica (7,6%) y el asma bronquial (6,4%) fueron las enfermedades más frecuentes(18)

Causas

Ruptura prematura de membrana

La Guía de práctica clínica del MSP: Ruptura Prematura de Membranas Pre término dice: es la solución de continuidad o pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas que se producen desde las 20 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto. se produce en el 10% de las gestaciones, y la ruptura prematura de membranas pre término (RPMP) ocurre en el 3% y se asocian a un 30-40% de los casos de prematuridad. Esta patología obstétrica puede afectar a todos los embarazos y complicar los mismos con mayor riesgo de morbilidad materno perinatal, entre las principales complicaciones tenemos: corioamnionitis, infección posparto, desprendimiento prematuro de placenta, sepsis materna, membrana hialina, sepsis neonatal, hemorragia interventricular, enterocolitis necrotizante, mayor compromiso neurológico y mayor riesgo de compresión de cordón umbilical, etc. (19)

La RPMP que ocurre antes de las 26 semanas complica del 0.6-0.7% de los embarazos. El pronóstico neonatal es muy malo, ya que el nacimiento inmediato es letal. Es una causa importante de morbilidad materna y se le ha relacionado hasta con un 10% de la mortalidad perinatal. La frecuencia

y severidad de las complicaciones neonatales después de la RPMP varían de acuerdo a la edad gestacional. Existe, además, riesgo de corioamnioitis, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) (4-12%), y compresión del cordón umbilical debido al oligohidramnios. Los riesgos más importantes para el feto con RPMP son las complicaciones de la prematurez. El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es la complicación más seria en todas las edades gestacionales antes del término. La enterocolitis necrotizante(ENC), hemorragia intraventricular y sepsis son poco comunes en la RPMP cerca de término(19).

Dentro de los factores de riesgo para RPM se encuentran infecciones de transmisión sexual, infecciones urinarias, índice de masa corporal bajo, tabaquismo, parto pre término previo, distensión uterina por polihidramnios o embarazo múltiple, nivel socioeconómico bajo, conización cervical, cerclaje cervical, amniocentesis, deficiencias nutricionales, y sangrado vaginal del segundo o tercer trimestre del embarazo. El riesgo de recurrencia de la RPMP es del 16 al 32%. El riesgo de RPM en pacientes a las que se les realiza amniocentesis en el segundo trimestre es del 1.2% y el riesgo atribuible de pérdida del embarazo es del 0.6%.(19)

Placenta previa

El manual de Anomalías de Inserción placentaria y vasos sanguíneos detalla que la sospecha clínica de placenta previa debe darse cuando clásicamente se presenta un sangrado indoloro generalmente rojo. Se piensa que el sangrado se produce en asociación con el desarrollo del segmento uterino inferior en el tercer trimestre, es una de las principales causas de hemorragia en el tercer trimestre. Esa fijación anormalmente firme de la placenta podría deberse a una disminución del grosor de la capa basal del endometrio que generarían deciduas están poco desarrolladas, condición que puede ocurrir por lesiones secundarias a legrados y cirugías previas con la cesárea por tanto es más frecuente que se presente en el segmento uterino inferior(20).

La placenta previa incrementa en 8 veces el riesgo de sufrir un parto prematuro. Estos partos pueden tener graves complicaciones tanto para la madre como para el feto y tienen una tasa de mortalidad materna del 2-3%. No se debe confundir la placenta baja con la placenta previa. La SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) distingue entre(21):

- ✓ Tipo I. Placenta baja. El borde placentario se implanta en el segmento uterino inferior, no llegando hasta el orificio cervical interno.
- ✓ Tipo II. Placenta marginal. La placenta llega justamente al borde del orificio cervical interno, pero no lo sobrepasa.
- ✓ Tipo III. Placenta oclusiva parcial. El orificio cervical interno está cubierto de manera parcial por la placenta.
- ✓ Tipo IV. Placenta oclusiva total. El orificio cervical interno está totalmente cubierto por la placenta. (21)

Desprendimiento de placenta

Según la literatura médica el desprendimiento de la placenta o abrupcio placentae es la separación prematura de una placenta normalmente implantada en el útero, en general después de las 20 semanas de gestación. En la mayoría de los embarazos, la placenta permanece unida a la parte superior de la pared uterina. En una pequeña cantidad de embarazos, la placenta se desprende (se cae de la pared del útero) demasiado pronto. La mayoría de las veces, solo una parte de ella se separa. Otras veces, se separa por completo. Si esto sucede, se da con más frecuencia en el 3er. trimestre. La placenta es la línea de la vida de un feto. Se presentan problemas graves si esta se desprende(22)

Incompetencia cervical

Parodi en su revisión bibliográfica dice que el acortamiento cervical y su relación con parto pre término cuello uterino o cérvix uterino es la porción fibromuscular del útero, constituye una estructura biomecánica importante para mantener el equilibrio con el cuerpo uterino y dar término cronológico a la gestación. La medida normal promedio del cérvix es de 3 a 4cm de longitud. Tiene la tarea de retener el embarazo hasta que se activa el trabajo de parto,

dilatarse para el momento del parto y luego volver a su estado original para realizar su papel en embarazos posteriores. El cuello está compuesto de una matriz, predominantemente por colágeno, elastina, proteinglicano, así como de una porción de epitelio celular y músculo liso, acompañados de células estromales y vasos sanguíneos (23).

El colágeno es el elemento que le proporciona la fuerza tensil, está dispuesto en capas entrelazadas que se remodelan de forma progresiva durante todo el embarazo. A través de técnicas de imagen como la ecografía se ha observado los cambios cervicales a través de todo el embarazo, su longitud se reduce progresivamente a medida avanza la gestación. A partir del tercer mes (12 semanas) la elongación que comienza a experimentar el istmo ayuda a diferenciar estructuras, de manera que ya en el quinto mes (20 semanas), pueden delimitarse de forma evidente el segmento inferior y el cuello; este conocimiento es de suma importancia para interpretar adecuadamente las imágenes ecográficas, ya que también se ha demostrado que el cérvix sigue un acortamiento progresivo unas 4 semanas antes del parto (23)

El acortamiento del cuello uterino antes del término, representa un marcador cuantificable de parto pre término espontáneo. Se han identificado varias causas o vías de este acortamiento cervical, que incluyen: alteraciones congénitas, iatrogénicas (cerclajes previos, conización, u otros procedimientos) y causas patológicas, como por ejemplo el inicio prematuro de trabajo de parto. El colágeno tiene un papel muy importante, ya que mujeres con trastornos genéticos que alteran la síntesis y estructura de las fibras de colágeno(23)

Atonia uterina

La atonía uterina consiste en la contracción ineficaz del músculo uterino en el puerperio y constituye la causa más frecuente e importante de la Hemorragia post parto (50-70% de los casos). Los factores de riesgo son: trabajo de parto prolongado, sobredistensión uterina (polihidramnios, macrosomía o embarazo múltiple), infecciones, gran multiparidad, y la administración de fármacos que relajan el músculo uterino (anestésicos halogenados, B-simpaticomiméticos y

sulfato de magnesio). El sangrado puede pasar desapercibido ya que la sangre puede quedar retenida en el útero y no exteriorizarse hasta la compresión del fondo uterino o manifestarse con inestabilidad hemodinámica materna e hipovolemia (24).

Polidramnios

El protocolo de polidramnios en gestación única define El polihidramnios, definido como una acumulación excesiva de líquido amniótico, afecta del 1 al 2% de todas las gestaciones. Los riesgos tienden a ser proporcionales al grado de acumulación de líquido y varían con la causa. Pueden ocurrir otros problemas (p. ej., la puntuación de APGAR baja, sufrimiento fetal, circular de cordón, presentación anómala que requiera parto por cesárea) suele ser asintomático. Sin embargo, algunas mujeres, especialmente cuando el polihidramnios es grave, tienen dificultad para respirar, y/o contracciones pretérmino dolorosas. A veces el tamaño uterino es mayor que el esperado para las fechas(24).

Generalmente se sospecha en base a hallazgos ecográficos o el tamaño del útero que es más grande de lo esperado para las fechas. Sin embargo, las estimaciones cualitativas del volumen de líquido amniótico tienden a ser subjetivas. Así que, si se sospecha polihidramnios, el líquido amniótico debe evaluarse cuantitativamente utilizando el ILA. El volumen de líquido amniótico no se puede medir directamente de forma segura, excepto tal vez durante el parto por cesárea. Por lo tanto, el exceso de líquido se define indirectamente utilizando criterios ecográficos, por lo general el ILA que es la suma de la profundidad vertical del líquido medida en cada cuadrante del útero. Los rangos normales del ILA son de > 5 a < 24 cm; valores ≥ 24 cm indican polihidramnios.(22)

Miomatosis uterina

Eleva el riesgo de parto de pre término. La miomatosis múltiple, así como la existencia de un fibroma único mayor de 5 cm, parecen ser los factores de riesgo más importantes asociados a la ocurrencia de esta complicación. La miomectomía puede estar indicada en mujeres con pérdida recurrente de

embarazos o las que tienen antecedentes de pretérminos. No se encuentra beneficio de dicha intervención en pacientes sin estos antecedentes. (25)

Embarazos múltiples

Fernández indica que La incidencia del embarazo gemelar ha aumentado en todo el mundo de manera significativa en los últimos años. Se observa un incremento del 11% en los últimos 9 años, esto probablemente explicado por el aumento del uso de técnicas de reproducción asistida y un desplazamiento de la maternidad hacia edades mayores de la mujer. Lo anterior, cobra gran relevancia al recordar que el embarazo múltiple es de alto riesgo obstétrico, concentrando el 15% de la morbilidad perinatal total(26).

El parto prematuro es la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Excluidas las malformaciones congénitas, el 75% de las muertes perinatales son atribuibles a prematuridad, siendo en globo el riesgo de muerte de un prematuro 20 veces mayor que el de un RN de término. Por otra parte, la edad gestacional al parto juega también un rol esencial en el pronóstico perinatal, así la prematuridad menor de 32 semanas, conlleva la mayor morbimortalidad neonatal y la mayor tasa de secuelas. En Estados Unidos los embarazos gemelares a pesar de corresponder solo al 3% del total de nacimientos, explican el 23% de los partos antes de las 32 semanas de embarazo (26)

Malformaciones congénitas

Las anomalías congénitas se denominan también defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas. Se trata de anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida. Aunque los ingresos bajos pueden ser un determinante indirecto, las anomalías congénitas son más frecuentes en las familias y países de ingresos bajos. Se calcula que aproximadamente un 94% de las anomalías congénitas graves se producen en países de ingresos bajos y medios, en los que las mujeres a menudo carecen de acceso suficiente a alimentos nutritivos y pueden tener mayor exposición a agentes o factores que

inducen o aumentan la incidencia de un desarrollo prenatal anormal, en especial el alcohol y las infecciones. La edad materna avanzada también incrementa el riesgo de algunas alteraciones cromosómicas, como el síndrome de Down, mientras que el riesgo de determinadas anomalías congénitas del feto aumenta en las madres jóvenes(27).

Retraso del crecimiento intrauterino

Pimiento Infante define la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) como una patología de causas multifactoriales y manejo complejo para el obstetra. Para un feto el no alcanzar su potencial de crecimiento representa un aumento significativo del riesgo de morbilidad perinatal. La RCIU está asociada de forma indirecta con complicaciones perinatales a corto plazo como son la asfixia intraparto (explicada por la hipoxia crónica a la que son sometidos estos fetos sumado a la disminución transitoria del flujo sanguíneo placentario durante el parto) hipoglucemia, hipotermia, policitemia, convulsiones, coagulopatías, sepsis, hiperbilirrubinemia y prematurez(28).

La deficiencia en el crecimiento fetal implica una falla en el feto para alcanzar todo su potencial de crecimiento establecido genéticamente. Este potencial de crecimiento varía fisiológicamente de acuerdo a las características maternas como peso, talla, origen étnico, paridad, condición nutricional, además se ve afectado por otro tipo de factores como consumo de cigarrillo, trastornos hipertensivos, diabetes, y otras patologías maternas, como también la prematuridad(28)

Longitud cervical en el embarazo

El cuello uterino o cérvix uterino es la porción fibromuscular del útero, constituye una estructura biomecánica importante para mantener el equilibrio con el cuerpo uterino y dar término cronológico a la gestación. La medida normal promedio del cérvix es de 3 a 4cm de longitud. Tiene la tarea de retener el embarazo hasta que se activa el trabajo de parto, dilatarse para el momento del parto y luego volver a su estado original para realizar su papel en embarazos posteriores. El acortamiento del cuello uterino antes del término, representa un marcador cuantificable de parto pretérmino espontáneo. Se han

identificado varias causas o vías de este acortamiento cervical, que incluyen: alteraciones congénitas, iatrogénicas (cerclajes previos, conización u otros procedimientos) y causas patológicas, como por ejemplo el inicio prematuro de trabajo de parto (23).

Hipertensión arterial – preeclampsia

La preeclampsia (PE) es una enfermedad multisistémica de causa desconocida que afecta únicamente al embarazo humano. Es una complicación grave que puede manifestarse en la segunda mitad del embarazo, en el parto o en el puerperio inmediato, siendo una importante causa de mortalidad materna y de morbimortalidad perinatal. La misma se caracteriza por una respuesta inmunológica anormal materna como resultado de la implantación del producto de la concepción, que se manifiesta a través de una función endotelial alterada, representada por la activación de la cascada de la coagulación, y un aumento de la resistencia vascular periférica y de la agregación plaquetaria (23).

Este síndrome tiene un periodo de evolución preclínico, antes de las 20 semanas de gestación, y un periodo clínico, el cual se presenta en la segunda mitad del embarazo con hipertensión asociado a proteinuria y alteraciones sistémicas. Cuanto más grave sea la PE más temprano comenzará la etapa clínica, siendo ésta el estadio final de una cadena de eventos que comienzan incluso antes de la concepción. Se asocia a factores de riesgo como: historia de preeclampsia familiar o PE en un embarazo previo, primiparidad, embarazo múltiple, obesidad, trombofilias y enfermedades crónicas preexistentes tales como hipertensión, resistencia a la insulina o diabetes (23).

Vaginitis

La vaginosis bacteriana es una alteración masiva de la flora vaginal que provoca que aumenten las bacterias y se destruyan los lactobacilos, microorganismos beneficiosos que forman la flora vaginal. Esta afección suele estar presente en el 30 por ciento de las mujeres en edad reproductiva y en entre el 10 y el 20 por ciento de las embarazadas, mujeres en las que la aparición de la vaginosis bacteriana puede tener consecuencias como el parto

prematureo. Durante la gestación, la vaginosis bacteriana se asocia estadísticamente a un aumento del riesgo de prematuridad, ruptura precoz de membranas, recién nacido de bajo peso, corioamnionitis y endometritis posparto(29)

Características

Características sociodemográficas

Durante el embarazo se han descrito varios determinantes que pueden alterar el curso normal del mismo como: la pobreza, el difícil acceso a la salud y a una alimentación saludable, baja escolaridad, falta de apoyo social, las enfermedades, la falta de acceso a entornos saludables, los hábitos, entre otros. El resultado de la exposición a estos determinantes durante la etapa gestacional aumenta el riesgo de parto prematuro, el mismo que a su vez influye sobre la morbilidad infantil y secuelas a largo plazo(1)

Edad materna

Se ha observado un aumento de la edad materna en todo el mundo desde hace algunos años. Las mujeres embarazadas en edades extremas de fertilidad, menores de 20 años o mayores de 35 años, muestran un mayor riesgo de parto pretérmino. Este aspecto ha sido motivo de preocupación, no solo por su alta frecuencia en tiempos recientes, sino también por las complicaciones que se producen para estos grupos de edades y el gran impacto que el embarazo tiene para la sociedad y familia (30)

Estado civil

Es la situación en que se encuentra una persona física en relación a otra en la sociedad. Se divide en cinco grupos principalmente: soltera, casada, unión estable, divorciada y viuda. El estado civil es considerado como un marcador demográfico que ha sido vinculado en el embarazo con los resultados perinatales. La condición que la mujer embarazada sea casada o viva en unión estable son consideradas situaciones con bajo riesgo potencial debido a la presencia del apoyo de la pareja. Es posible pensar que el estado marital; y más específicamente el hecho de tener un sustento emocional-familiar, en este caso la pareja, conlleve a una mejora de la salud de los componentes

familiares debido a cambios de hábitos, una buena situación económica, adecuado control prenatal, apoyo emocional, etc. (30)

Nacionalidad

Si bien más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, se trata de un verdadero problema mundial. En los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos. Dentro de un mismo país, las familias más pobres corren un mayor riesgo de parto prematuro(27). En Ecuador el 5,1% de los bebés viene al mundo a antes de lo previsto Este último grupo se considera de alto riesgo y constituye el 10% del total de prematuros (31).

Lugar de residencia

Se puede describir que las embarazadas son de áreas urbanas y rurales, por lo cual es común encontrar gestantes provenientes de diversos sectores de la provincia debido a que el Hospital Universitario Guayaquil tiene cobertura para todo tipo de gestantes (32).

Nivel educativo

De acuerdo con la Encuesta Demográfica Reproductiva del total de madres adolescentes en condición de pobreza, 95% había dejado la escuela un año antes de su embarazo; al comparar esta situación con la de madres de mejor nivel socioeconómico, se encuentra que esto ocurre en 77%. La evidencia muestra que el embarazo temprano incrementa las dificultades para manejar situaciones tanto cotidianas como eventuales, como aquéllas vinculadas con el desarrollo escolar y futuro laboral(33).

De las adolescentes sin experiencia de embarazo, 52.3% son estudiantes, en tanto que aquéllas que tuvieron al menos un embarazo se dedican principalmente a las labores del hogar (76.7%). El máximo grado escolar alcanzado por las adolescentes sin antecedente de embarazo es de preparatoria o bachillerato (41.4%), mientras que gran parte de las adolescentes con antecedente de embarazo sólo cursó hasta secundaria

(58.9%) De las adolescentes con inicio de vida sexual y sin experiencia de embarazo, 36.1% tiene rezago educativo, y el porcentaje aumenta a 74.9% en el caso de las que alguna vez tuvieron un embarazo. Poco más de la mitad de las mujeres sin antecedente de embarazo asiste a la escuela al momento de la encuesta (54.1%), porcentaje que se reduce a 21.1% entre las que experimentan su primer embarazo y a 12.9% en adolescentes con antecedente de embarazo(33).

Paridad

Es el número de partos que una mujer tuvo, sea por parto eutócico o distócico y que peso \geq a 500gr, o que presento una gestación de más de 20 semanas. Y es subdividido en Nulíparas: cuando no tuvo ni un parto, Primíparas: cuando tuvo solo un parto, Multípara: Es aquella que presentó \geq a 2 partos y Gran Multípara: cando tuvo \geq a 5 partos (34)

Nivel socioeconomico

Está demostrado que el nivel de pobreza influye en la presencia de un parto pre término. El carecer de medios económicos impide que una persona pueda tener educación y control prenatal adecuados, que permitan detectar los riesgos antes de que estos puedan generar el daño correspondiente. Las personas que viven en lugares considerados socioeconómicamente bajos presentan niños antes de las 37 semanas 2,5 veces más que aquellas que provienen de lugares considerados altos. De igual forma las personas provenientes de las regiones considera-das geográficamente pobres son las que con mayor frecuencia presentan este tipo de problema; por ejemplo, las mujeres que nacieron en la selva tienen: 3.3 veces el riesgo de tener un niño pre término en comparación a aquellas nacidas en la Costa. (34)

Etnia

El manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro indica En los Esta dos Unidos, % de las mujeres de 35 años y más se embarazan, fenómeno los afroamericanos experimentan una incidencia de prematurez 1,5 veces mayor que la población de caucásicos, más allá de su nivel socioeconómico. Esta característica en la población de afroamericanos puede

deberse a una serie de factores subyacentes, incluida una mayor activación de las vías inflamatorias, la exposición al estrés, el estado nutricional deficiente y una mayor tasa de infecciones del tracto genital. También pueden experimentar desproporcionadamente problemas relacionados con la salud en respuesta a eventos vitales estresantes, como lo ilustra el estudio del huracán Andrew en el que solo las mujeres afroamericanas tenían tasas más altas de partos prematuros (35)

Antecedentes maternos

Estilo de vida

Durante el embarazo se han descrito varios determinantes que pueden alterar el curso normal del mismo como: la pobreza, el difícil acceso a la salud y a una alimentación saludable, baja escolaridad, falta de apoyo social, las enfermedades, la falta de acceso a entornos saludables, los hábitos, entre otros. El resultado de la exposición a estos determinantes durante la etapa gestacional aumenta el riesgo de parto prematuro, el mismo que a su vez influye sobre la morbimortalidad infantil y secuelas a largo plazo (36)

Diabetes

La diabetes mellitus es una de las complicaciones más comunes del embarazo. En los Estados Unidos, la diabetes mellitus gestacional afecta a ~7% de los embarazos y complica la diabetes preexistente en ~1,3% de los embarazos. Los embarazos diabéticos, en particular aquellos con un mal control glucémico y diabetes más avanzada, presentan un alto riesgo de parto prematuro espontáneo o indicado. Pocos estudios han examinado las complicaciones resultantes y los resultados del desarrollo neurológico entre los lactantes extremadamente prematuros nacidos de madres diabéticas y, ninguno ha examinado el impacto del modo de control de la glucemia en los resultados. Con la creciente incidencia de la diabetes gestacional y pre-gestacional y la alta incidencia de parto prematuro asociado a la diabetes(36)

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) durante el embarazo, que afecta al 10% de las mujeres y es la primera causa de muerte materna y de morbilidad perinatal en

Argentina y en el mundo, puede causar problemas como preeclampsia y nacimiento prematuro, por lo que los especialistas recomiendan la consulta cardiológica durante la gestación(36).

Anemia

El diagnóstico de anemia durante el embarazo se establece con base en las concentraciones de hemoglobina y hematocrito. La importancia de la detección y tratamiento oportuno radica en las consecuencias a lo largo de la evolución del embarazo, y en su asociación con la morbilidad y mortalidad materna-fetal. Entre las complicaciones perinatales descritas están: amenaza de aborto, rotura prematura de membranas, trabajo de parto prematuro y pielonefritis. Son frecuentes en quienes tienen anemia que en las embarazadas con concentraciones normales de hemoglobina(37).

Estado nutricional materno

Los trastornos alimentarios maternos, tales como la sobrealimentación y la desnutrición, pueden tener un impacto significativo en el resultado del embarazo, tanto para la madre como el feto. El resultado materno primario asociado con bajo índice de masa corporal (IMC) menor de 19 kg/mt² fue el parto prematuro. El riesgo de parto prematuro se asoció con el grado de desnutrición materna, pero esta asociación podría mitigarse mediante un aumento de peso adecuado durante la gestación(37).

Las mujeres con una nutrición adecuada y un índice de masa corporal entre 19 y 30 kg/mts² tienen mejores resultados de embarazo que las otras mujeres, lo que sugiere que las intervenciones nutricionales pueden tener un papel en la prevención de la prematurez. La desnutrición materna se vincula a esta complicación. Por lo tanto, llegar con una buena dieta e índice de masa corporal (normo peso) al momento de la concepción, podría ser importante en la prevención de algunos casos de prematurez(37).

Enfermedades de transmisión sexual

Si una madre tiene una ETS, es posible que el feto o el recién nacido adquieran la infección, algunas de estas enfermedades: la clamidia, la gonorrea, el herpes genital y el citomegalovirus, pueden transmitirse de la madre al bebé durante el parto. Otras enfermedades: la sífilis, el sida y el citomegalovirus, pueden infectar al feto antes de nacer, durante el embarazo. Un tratamiento temprano disminuye las probabilidades de que el bebé contraiga la enfermedad(38).

No todas las ETS tienen cura, la mujer embarazada y su profesional de la salud pueden tomar medidas para proteger a la madre y a su bebé. Las enfermedades de transmisión sexual durante el embarazo también pueden causar: aborto natural, embarazo ectópico, trabajo de parto y parto prematuros, bajo peso al nacer, defectos de nacimiento, nacimiento de un niño muerto, enfermedad del recién nacido (primer mes de vida) y muerte del recién nacido(38).

Tricomoniasis

La infección por tricomas en las embarazadas puede causar resultados adversos en el embarazo, en especial la ruptura de aguas prematura, el parto prematuro y el peso bajo al nacer(39).

Candidiasis

Es producida por la *Cándida* spp siendo más común la *Cándida albicans* en un 90%, otras especies menos frecuentes, también denominadas no *albicans*, como *C. glabrata*, *C.tropicalis* y *C. krusei*, representan el 10% de las candidiasis. Se la puede identificar por cultivo en el 25% de mujeres embarazadas. Suele ser asintomática, pero el microorganismo 61 a veces produce una secreción muy abundante blanquecina como un yogurt cortado e irritante en la vulva pruriginosa, hipersensible y edematosa(39).

Obesidad

El incremento en las tasas de obesidad representa uno de los mayores cambios a los que se enfrenta la salud pública en el presente siglo. Según la

Organización Mundial de la Salud (OMS) en algunos países europeos su prevalencia se ha triplicado desde 1980 y continúa aumentando de manera alarmante. Hoy en día, la obesidad es la segunda causa de muerte susceptible de prevención en América y Europa, con una cifra anual cercana a 400.000 muertes atribuibles al binomio obesidad-sedentarismo(40).

Ejercicios

No se ha establecido claramente una relación entre la actividad física materna relacionada con el trabajo durante el embarazo y el parto prematuro. Un metaanálisis de 21 estudios que incluyó a 146.457 mujeres, identificó un alto puntaje acumulativo de fatiga laboral como el factor de riesgo más importante para el parto de pre término (35)

Alcoholismo

El manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro asocia el consumo materno de alcohol con el síndrome fetal de abuso de alcohol (anomalías cráneo faciales, retraso de crecimiento prenatal y post natal y defectos del sistema nervioso) malformaciones fetales y un amplio espectro de alteraciones de la conducta del niño (35)

Tabaquismo

El hábito de fumar influye tanto en el parto pre término como en el crecimiento intrauterino retardado. Las madres fumadoras tienen dos veces más probabilidades de tener un recién nacido pre término y bajo peso. Los productos tóxicos del cigarrillo acarrear deterioro del lecho vascular y alteración circulatoria, lo que atenta contra la oxigenación y nutrición fetal. Por ello, debemos promover que se abandone este mal hábito, al menos, durante el embarazo y la lactancia (35).

El tabaquismo también se asocia con mayor frecuencia a ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de la placenta, placenta previa y muerte fetal, los cuales pueden ser causa de parto pre término. De cualquier manera, una reducción de este hábito tóxico podría tener efectos beneficiosos más allá de la reducción del índice de prematuridad(35).

Cafeina

La cafeina es un estimulante presente en el te, el café, los refrescos, el chocolate, la nuez de cola, las bebidas energeticas y algunos medicamentos de venta sin receta, la eliminacion de la cafeina presente en la sangre se retrasa considerablemente durante el embarazo. Los resultados de algunos estudios observacionales indican que una ingesta excesiva de cafeina puede asociarse a restricciones del crecimiento, reduccion del peso al nacer, parto prematuro o muerte intrauterina (32).

Drogas

Las drogas no representan una realidad única, sino que se caracterizan por una gran diversidad. Cuando hablamos de una droga de abuso, hacemos referencia a una sustancia psicoactiva, es decir aquella sustancia que actúa predominantemente sobre el sistema nervioso central (SNC) ocasionando cambios en el estado de ánimo y en el estado de conciencia de la persona. El consumo de sustancias durante la gestación se ha relacionado con consecuencias negativas para la salud del binomio materno-fetal, poniendo en riesgo la vida de la madre y su hijo(41).

También se ha asociado con trastornos neurológicos en el recién nacido y niño en su primera infancia, catalogados muchos de éstos como irreversibles, a punto de partida de una situación que, en efecto, es 100% prevenible. Históricamente en el conocimiento popular el uso de drogas ha estado fuertemente ligado al consumo de drogas ilegales, dejando de lado el uso de las drogas legales, socialmente aceptadas, como el tabaco y el alcohol, de las cuales existe una fuerte evidencia de sus efectos tóxicos si se consumen durante la gravidez(41).

Preeclamsia

El manual de Trastornos Hipertensivos del MSP dice En todo el mundo, los trastornos hipertensivos constituyen una de las complicaciones más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbimortalidad tanto materna como perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos. La tasa de preeclampsia varía entre 5 % y 10 % en los

países desarrollados, pero esta cifra puede alcanzar un 18 % en algunos países en vías de desarrollo. La preeclampsia persiste como una causa principal de morbimortalidad materna y perinatal en todo el mundo(41).

Aproximadamente la mitad de las que se presentan antes de las 34 semanas de gestación requieren que se determine la finalización de su embarazo por razones fetales o maternas dentro de las 24 horas del ingreso al hospital. La mitad restante contará con un promedio de nueve días más antes de que reciban indicación de nacimiento. Las mujeres con preeclampsia tienen un mayor riesgo de eventos potencialmente mortales, como desprendimiento de la placenta, la lesión renal aguda, hemorragia cerebral, insuficiencia hepática o ruptura hepática, edema pulmonar, coagulación intravascular diseminada, y progresión a la eclampsia(42).

Sufrimiento fetal

El sufrimiento fetal es una perturbación metabólica compleja de evolución relativamente rápida debida a disminución de los intercambios feto maternos, que desarrolla alteración del homeostasis y puede conducir a trastornos tisulares irreparables y a la muerte intrauterina. La incidencia de la hipoxia fetal intraparto que genera acidosis metabólica significativa al momento del nacimiento es de 25 por 1.000 nacidos vivos, que corresponde a 2% de los neonatos a nivel global. En muchos de estos embarazos, el feto presentó solo hipoxia leve sin disfunción o daño cerebral, mientras que 4 de 1.000 recién nacidos soportaron incidentes de hipoxia moderada o severa, conllevando a encefalopatía neonatal y daño a otros órganos(43).

Infección del tracto urinario

Las infecciones de las vías urinarias (IVU), que son un conjunto de procesos patológicos asociados a una respuesta inflamatoria de las células que revisten el tracto urinario, como resultado de la presencia y crecimiento de gérmenes o microorganismos, generalmente por bacterias que afectan la uretra y a la vejiga, llegando a extenderse a los uréteres y riñones, sobrepasando la capacidad de defensa del individuo afectado (43).

En mujeres embarazadas, el tratamiento de la IVU merece especial atención por los riesgos perinatales que conlleva, y representan la primera causa de consulta médica en mujeres en edad reproductiva. Durante el embarazo es la causa más frecuente de complicaciones perinatales serias y es la tercera causa de sepsis neonatal(43).

Sarampion

El sarampión es causado por un virus de la familia de los paramixovirus y normalmente se suele transmitir a través del contacto directo y del aire, el virus infecta el tracto respiratorio y se extiende al resto del organismo, las mujeres embarazadas sin vacunar constituyen un importante grupo de riesgo(44).

El sarampión sigue siendo frecuente en muchos países en desarrollo, sobre todo en algunas zonas de África, Asia. La abrumadora mayoría (más del 95%) de las muertes se registran en países con bajos ingresos e infraestructura sanitaria deficiente. Los brotes de sarampión pueden ser especialmente mortales en países que estén sufriendo desastres naturales o conflictos, o recuperándose de ellos. Los daños a la infraestructura sanitaria y a los servicios de salud interrumpen la inmunización sistemática, y el hacinamiento en los campamentos de refugiados y desplazados internos aumenta mucho el riesgo de infección(44).

Diabetes gestacional

Las pacientes que han desarrollado diabetes gestacional son aquellas que no son diabéticas pero que durante este, producen niveles de azúcar en sangre elevados. Estas pacientes tienen menos riesgo que las que presentan diabetes previa al embarazo pero también debe controlarse y tratarse. La diabetes gestacional aumenta el riesgo de sufrimiento fetal, macrosomía, muerte intrauterina, partos por cesárea y problemas neonatales (45).

Convulsiones

Durante la gestación la frecuencia de las convulsiones permanece sin cambios en el 60% de las pacientes epilépticas, aumenta en el 20% y disminuye en el 20%. El agravamiento de las crisis epilépticas se ha

relacionado con la presencia de una elevada frecuencia de convulsiones previamente a la concepción, al aumento de las concentraciones de hormonas esteroideas, al estrés psíquico y físico, a la privación de sueño y, sobre todo, a la falta de cumplimiento terapéutico y a la disminución de las concentraciones plasmáticas de fármacos antiepilépticos(45).

Estrés y ansiedad y depresión

Factores psicosociales definen al estrés como la relación entre la persona y el entorno, el cual es percibido por el individuo como algo impuesto que excede sus recursos, poniendo en peligro su bienestar, mientras que la ansiedad es un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez(46).

2.3. MARCO LEGAL

Constitución de la República del Ecuador

De acuerdo a Ley de derechos y amparo del paciente se mencionan los siguientes apartados

Derechos del paciente

Art. 2.- Derecho a una atención digna. - Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- Derecho a no ser discriminado. - Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Salud

Sección séptima

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Mujeres embarazadas

Sección cuarta

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia

Niñas, niños y adolescentes

Sección quinta

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.

Art. 361 de la constitución del Ecuador ordena: El estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional será la responsable de formular la política nacional de salud y se normará regulará y controlarán todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
2. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
3. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses
4. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

Art. 365.- Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.

CAPITULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio

Nivel: Descriptivo: permite describir la prevalencia del parto pre término en madres.

Método: Cuantitativo: estructura de recopilación para cuantificar, analizar datos y entender su comportamiento

Según el tiempo: Prospectivo: se expone el problema, causa o razón dentro del periodo de julio a diciembre 2020.

Diseño: Estudio de prevalencia: nos permite describir las características seleccionadas en un grupo de madres que tuvieron un parto pre término.

3.2. Población y muestra

La población está constituida 80 madres que tuvieron un parto pre termino en el Hospital Ginecobstetricia y pediátrico Universitario de Guayaquil en un periodo de tiempo comprendido de 6 meses.

3.2.1. Criterios de inclusión

Madres que tuvieron parto pre término

3.2.2 Criterios de exclusión

Madres que tuvieron un parto a termino

3.3. Técnicas e instrumento para la recolección de datos

Técnica: Observación Indirecta mediante la revisión de historias clínicas y base de datos de casos de madres que tuvieron un parto pre término.

Instrumento: Guía de observación indirecta.

3.4. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento, tabulación y consolidación de la información obtenida se diseñará una base de datos en el Microsoft Excel.

3.5. Tabulación, análisis y presentación de resultado

Para la tabulación de los datos, una vez registrados en el programa Excel, se procederá a realizar los gráficos correspondientes para su presentación, expresada de manera porcentual y para el análisis se tomará de referencia el marco conceptual y realizar la respectiva discusión.

3.6. Operacionalización de variables

Variable general: Prevalencia de parto pre término

Dimensiones	Indicadores	Escala	Técnica
Características de la madre	Edad Materna	< 20 21 a 25 años 26 a 35 años +36	Matriz de observación indirecta.
	Estado Civil	Soltera Casada Unión libre	
	Nacionalidad	Ecuatoriana Venezolana Peruana Otros	
	Residencia	Guayaquil Duran Daule Salitre Nobol El Triunfo Playas Otras provincias	
	Instrucción	Primaria Secundaria Superior	
	Paridad	Primípara Multípara	
	Actividad Laboral	Si No	
	Tipo de parto	Eutócico Cesárea Instrumentado	
	Control prenatal	< 2 controles 3 a 5 5 a 7 + 8 controles	

Dimensiones	Indicadores	Escala	Técnica
Antecedentes previos al embarazo	Antecedentes patológicos personales	Diabetes HTA Anemia Desnutrición ETS Obesidad	Matriz de observación indirecta.
	Hábitos y estilos de vida	Ejercicio Alcohol Tabaco Cafeína Drogas	
Complicaciones Maternas	Preclamsia	Si No	
	Sufrimiento fetal	Si No	
	Depresión y ansiedad	Si No	
	IVU	Si No	
	Sarampión	Si No	
	Diabetes gestacional	Si No	
	Convulsiones	Si No	

Dimensiones	Indicadores	Escala	Técnica
Causas maternas	Placenta previa	Si No	Matriz de observación indirecta.
	RPM	Si No	
	Desprendimiento de placenta	Si No	
	Incompetencia cervical	Si No	
	Atonía uterina	Si No	
	Polidramnios	Si No	
	Miomatosis uterina	Si No	
	Embarazo múltiple	Si No	
Malformaciones congénitas	Si No		

Elaborado por: Soria Daza, Bella Daniela

3.7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

De acuerdo al estudio, se presentaron 3.493 partos durante el tiempo de estudio julio a diciembre 2020, de las cuales 80 de ellas presentaron parto pre término, siendo las pacientes objetos de estudio. De acuerdo a las características de las pacientes se identificó que la edad de predominio fue 27 a 33 años 54% (n=43), seguido menor a 20 años 26% (n=21), siendo de estado civil Unión libre 48% (n=38) y solteras 30% (n=24), de nacionalidad ecuatorianas 94% (75) que residen en la ciudad de Guayaquil 50% (n=40) y de Nobol 18% (n=14), con un nivel de instrucción educativa secundaria 74% (n=59), que actualmente no cuentan con un trabajo 60% (n=48). En base al número de partos son multíparas 54% (n=43) y primíparas 46% (n=37), con procedimiento aplicado para el parto tipo cesárea 64% (n=51) y eutócico 28% (n=22), que recibieron más de 6 controles durante el embarazo 60% (n=48). A continuación, se muestra el cálculo de la prevalencia y comportamiento mensual de partos pre términos (*ver gráfico 1.*)

Calculo de prevalencia

Medición de enfermedad: Cálculo de prevalencia (3)

Datos

El objetivo es calcular la prevalencia de una enfermedad en una población:

Tamaño de población :	3493
Enfermos en la población :	80

Resultados

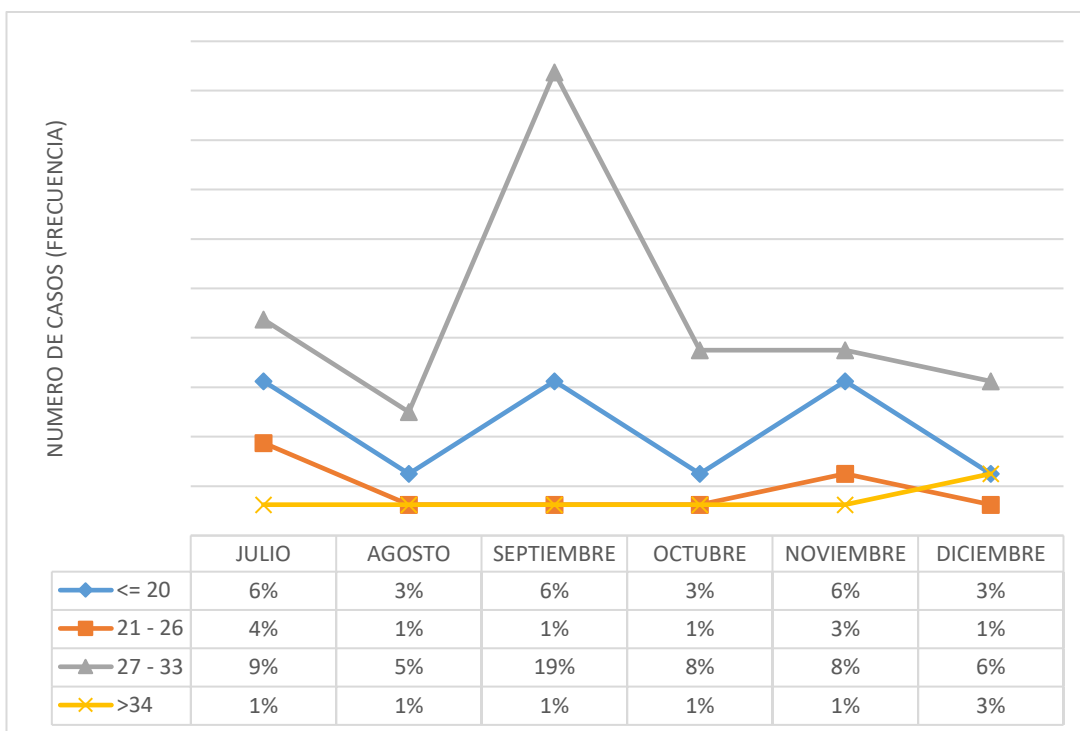
La prevalencia real en la población es 2.29%.

Prevalencia real :	2.29%
---------------------------	--------------

Determinación del cálculo de la prevalencia a través de la herramienta digital WinEpi: Working IN EPIdemiology(47).

Gráfico 1.

Prevalencia del parto pre término, según las edades

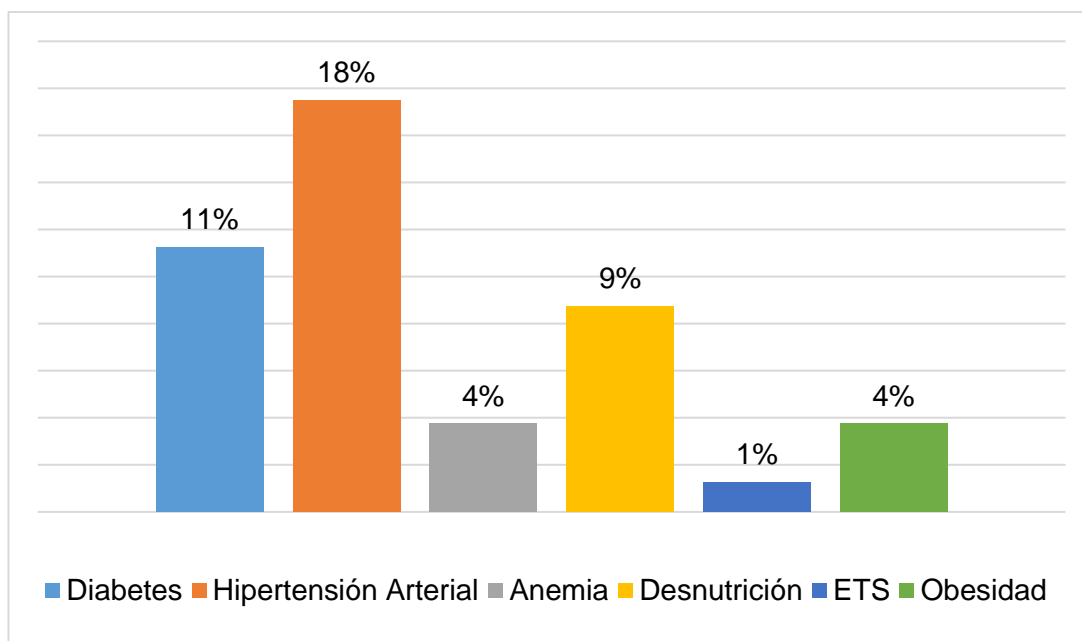


Fuente: Matriz de observación indirecta
Elaborado por: Soria Daza, Bella Daniela

Análisis e interpretación de los resultados

Los datos recopilados en las historias clínicas de las pacientes que tuvieron un parto pre término muestra la prevalencia estadística de casos de parto pre término, demostrándose que existieron en julio 20%, agosto 10%, septiembre 28%, octubre 13%, noviembre 18%, diciembre 13% reflejando que durante el mes de septiembre hubo un alza de partos pre términos en mujeres la cual conlleva a asumir con responsabilidad los cuidados del proceso de gestación.

Gráfico 2.
Antecedentes Patológicos personales

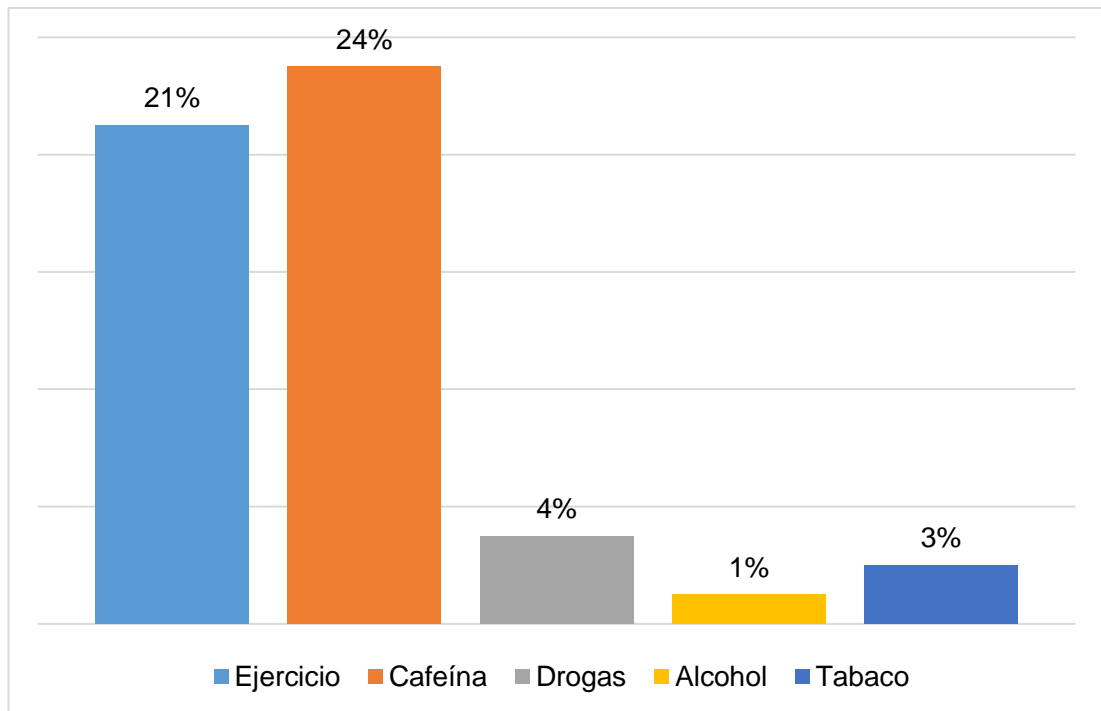


Fuente: Matriz de observación indirecta
Elaborado por: Soria Daza, Bella Daniela

Análisis e interpretación de los resultados

Los datos tabulados en la presente tabla, permiten identificar sobre los antecedentes previos al embarazo que 18% de las gestantes presentaron hipertensión arterial, seguido del 11% que tuvieron diabetes, el 9% de las madres estaba desnutridas, en 4% fueron anémicas y el 1% con tuvieron algún tipo de enfermedades de transmisión sexual, esta información evidencia la importancia de las estrategias de promoción de la salud.

Gráfico 3.
Hábitos y Estilos de vida

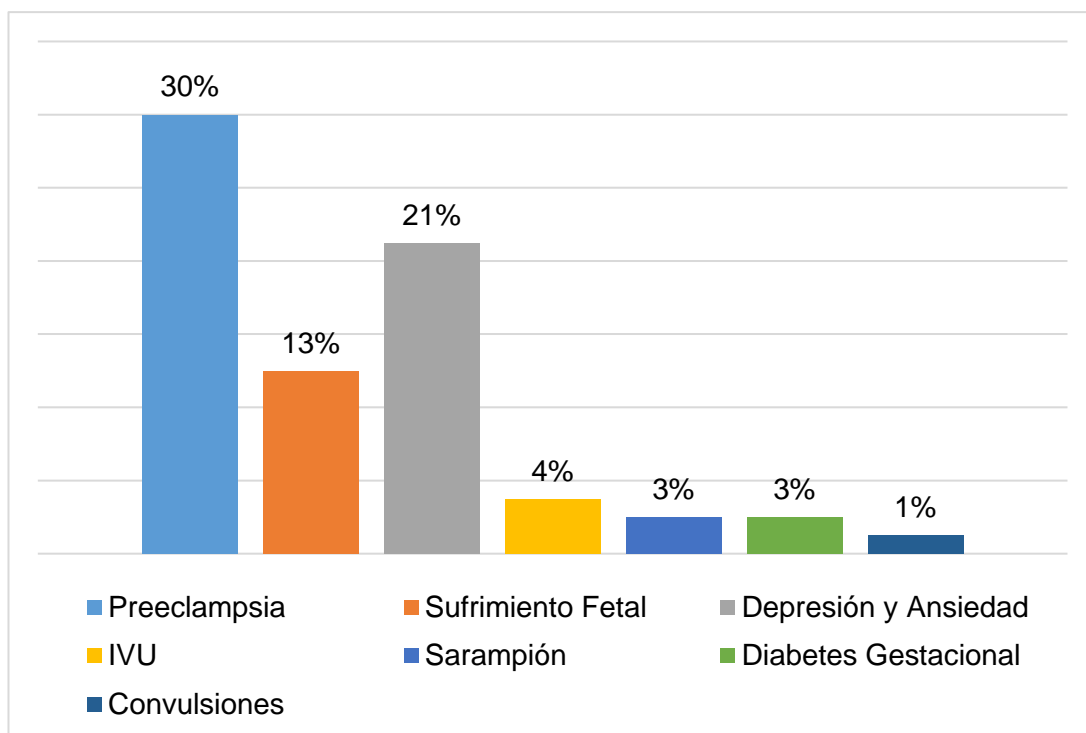


Fuente: Matriz de observación indirecta
Elaborado por: Soria Daza, Bella Daniela

Análisis e interpretación de los resultados

Los datos representados a través del presente estadístico, permite evidenciar sobre los hábitos y estilos de vida que el 24% de las madres usaban cafeína, el 21% realizaban algún tipo de actividad física, mientras que el 7 % de las madres tenían adicciones como consumos de drogas, alcohol y tabaco. Por lo que los hábitos pudieron ser causal de un parto pre término.

Gráfico 4.
Complicaciones de las madres

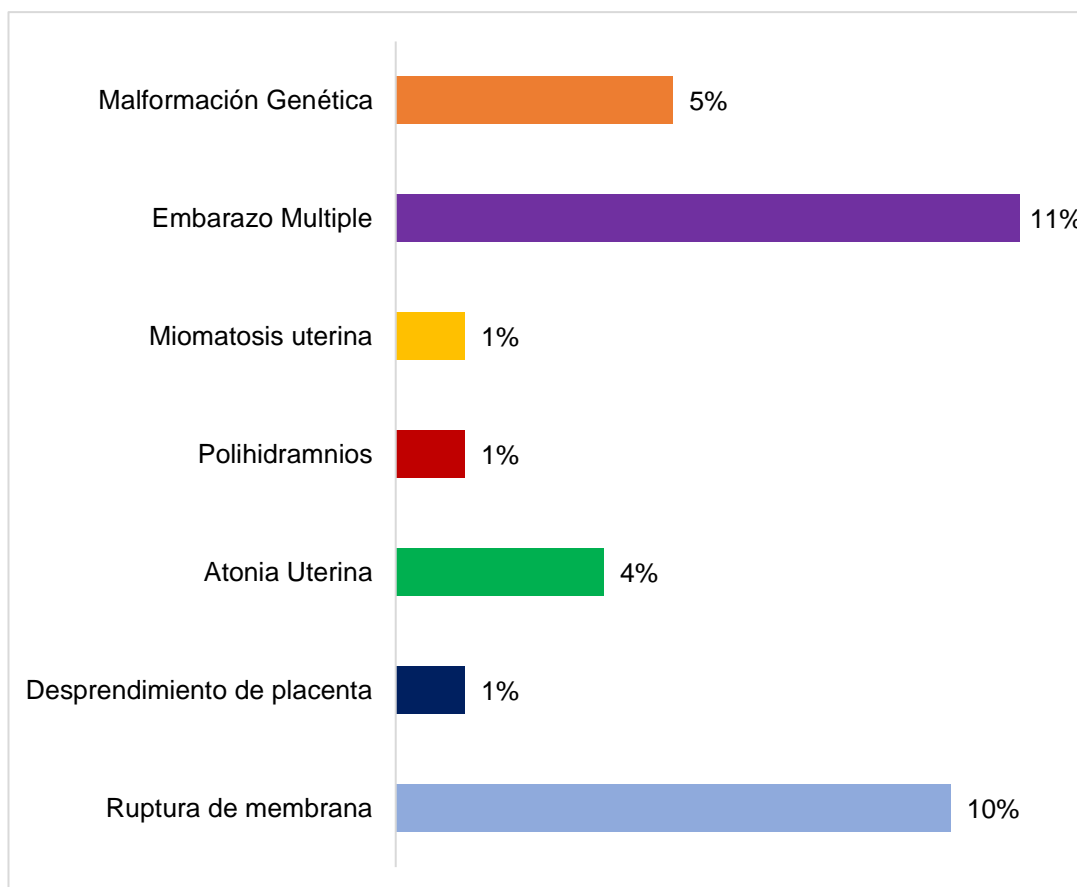


Fuente: Matriz de observación indirecta
Elaborado por: Soria Daza, Bella Daniela

Análisis e interpretación de los resultados

Los datos recopilados las historias clínicas en referencia a las complicaciones de las madres que tuvieron un parto pre término muestran que el 30% de las madres tuvieron preeclampsia, el 21% presentaron trastornos de ansiedad y depresión, el 13% de los casos tuvieron sufrimiento fetal y el 11% tuvieron otros tipos de complicaciones, es preciso ahondar en temas por todo lo anterior es necesario continuar con las estrategias de promoción del control prenatal, cuyas bases científicas divulgan la prevención de muchas complicaciones durante el embarazo y parto pre término.

Gráfico 5.
Causas Maternas



Fuente: Matriz de observación indirecta
Elaborado por: Soria Daza, Bella Daniela

Análisis e interpretación de los resultados

A través de los datos expresados en el presente cuadro estadístico, se puede determinar que dentro de las causas maternas que desencadenaron un parto pre término son los embarazos múltiples que en la revisión de las historias clínicas se reportaron un 11% de los casos, seguido de la ruptura prematura de membrana con el 10%, las malformaciones congénitas con un 5%, la atonía uterina con un 4% y de la misma forma presentaron las madres desprendimiento de placenta, polihidramnios y la miomatosis uterina con el 1% las cuales pueden poner en riesgo la vida tanto de la madre como del producto, es preciso tener mayor alcance con las actividades de promoción de la salud a la mujer gestante.

DISCUSIÓN

De acuerdo al autor Balladares(48) donde hace énfasis a la Organización Mundial de la Salud, OMS menciona que en el Ecuador existe una prevalencia de partos pre término de 5,1% es decir que 5 por cada 100 niños nacen antes de los nueve meses de gestación. En este estudio se determinó una prevalencia general durante julio a diciembre 2020 del 2,29%, presentada en hospital universitario de Guayaquil, demostrándose que existieron en julio 20%, agosto 10%, septiembre 28%, octubre 13%, noviembre 18%, diciembre 13% reflejando que durante el mes de septiembre hubo un alza de partos pre términos en mujeres la cual conlleva a asumir con responsabilidad los cuidados del proceso de gestación.

Es así que, el estudio de Allison Ayala(4) realizado a 153 mujeres se determinó una edad promedio de 25,4 años, en el rango de 14 y 45 años, en cuanto al estado civil se encontró que 3/4 de ellas eran casadas, de ascendencia ecuatoriana, el nivel educativo de la madre, se encontró que la mayoría de los participantes 62% eran estudiantes de secundaria. A diferencia del estudio de Alarcón y Ruiloba(10) en una población de 300 pacientes, el grupo de edad con más partos prematuros corresponde a las de 20 a 30 años, de etnia mestizas 87%, con ingresos económicos mensual del 79% menor a \$200 y con un nivel educativo secundaria 81%, con controles prenatales realizados del 49% menos de 5 controles.

Referente a este estudio se puede mencionar que las características se identificaron que la edad de predominio fue 27 a 33 años 54%, seguido menor a 20 años 26%, siendo de estado civil unión libre 48% y solteras 30%, nacionalidad ecuatoriana 94% residentes de la ciudad de Guayaquil 50% y Nobol 18%, con un nivel de instrucción educativo secundaria 74%, que actualmente no cuentan con un trabajo 60%. En base al número de partos son multíparas 54% y primíparas 46%, con procedimiento aplicado para el parto tipo cesárea 64% y eutócico 28%, que recibieron más de 6 controles durante el embarazo 60%.

El estudio de Valencia(12) sobre factores asociados al parto prematuro el 60% de las personas sabe poco sobre el cuidado y los factores de riesgo del parto prematuro, el 55% de las personas come de manera inapropiada, el 48% presentaron infecciones vaginales, el 47% presentaron infecciones del tracto urinario, en cuanto a su relación con la pareja, pareja o familiares el 57% mantienen una relación inestables y el 78% de las personas no consumen drogas. A diferencia de Ayol y Pilco(13) el 10% consumieron alcohol durante el embarazo, 1% fuman, 50% consumieron drogas y 16% presentaron violencia doméstica, el 63% tuvieron antecedentes de aborto espontáneo 34%, infecciones vaginales 48%, anemia 13% y el padece obesidad de 1%.

Este estudio en base a los antecedentes previos al embarazo concluye que el 18% de las gestantes presenta algún tipo de hipertensión en el embarazo seguido del 11% con diabetes, el 9% desnutrición, 4% anemia y obesidad y solo el 1% con ETS, además el 53% tienen algún tipo de hábitos entre los que se destacan al 24% consumo de cafeína y 21% realiza algún tipo de ejercicio, seguido de 4% alcohol, 3% tabaco y 1% alcohol.

El autor Lima(14) en un estudio de 50 gestantes diagnosticadas de parto prematuro, se determinó que el 56% de las gestantes presentaban más de un tipo de complicaciones obstétricas, como anemia, infección urémica y antecedentes de parto prematuro, preeclampsia, etc., el 12% de las mujeres embarazadas tiene infecciones del tracto urinario durante el embarazo, el 10% tiene antecedentes de rotura prematura de membranas y anemia.

En este estudio en base a las complicaciones el 30% de partos pre términos son de madres con preclamsia, 21% ansiedad y depresión y 13% Sufrimiento fetal y entre las causas maternas que desencadenan el parto pre término son los embarazos múltiples con un 11% seguido de la ruptura prematura de membrana con el 10%, las malformaciones congénitas con un 5% la atonía uterina con un 4% seguido del desprendimiento de placenta, polihidramnios y la miomatosis uterina con el 1%.

CONCLUSIONES

Una vez realizado el análisis de los resultados se puede concluir que la prevalencia determinada del parto pre término durante el periodo de estudio fue del 2,29%. Por lo que el mes donde la prevalencia fue más alta en el mes de reflejando que durante el mes de septiembre hubo un alza del 28% de partos pre términos.

De acuerdo a las características de las pacientes se identificó que la edad de predominio fue 27 a 33 años, con un estado civil unión libre, siendo estas de nacionalidad ecuatorianas que residen en la ciudad de Guayaquil, en base a su nivel educativo el más alto fue secundaria, sin actividad laboral, de acuerdo a los partos son multíparas llevadas a cabo con procedimiento distócico (cesárea) que recibieron más de 6 controles durante el embarazo.

Por otra parte, los antecedentes previos al embarazo mostraron dentro de los antecedentes personal a la hipertensión seguido diabetes y desnutrición, y de acuerdo al tipo de hábitos se destaca que aproximadamente la mitad de las madres con parto pre término tienen algún tipo de hábitos entre los que se menciona al consumo de cafeína como el más frecuente, por otra parte, la realización de ejercicio por parte de un grupo pequeño muestra interés por mejorar hábitos.

Así mismo se mencionan que entre las complicaciones más frecuentes se dio a la preclamsia, ansiedad y depresión en aquellas mujeres que presentaron partos pre términos, cabe destacar que es necesario actuar desde la prevención primaria, ya que una parte de estas complicaciones son evitables cuando se trabaja sobre los factores de riesgo durante el control prenatal.

Y finalmente las causas maternas que desencadenan el parto pre término fueron los embarazos múltiples, seguido de la ruptura prematura de membrana, malformaciones congénitas y atonía uterina que estas deben ser tratadas a través de los lineamientos del Ministerio de Salud Pública.

RECOMENDACIONES

Mejorar la detección y abordaje de los factores de riesgo, brindando a través de una atención integral y de alta calidad a las mujeres en riesgo de parto prematuro, para poder evaluarlas en cada control prenatal y lo más importante, brindar información sobre la atención que necesitan los recién nacidos pre término.

Realizar charlas informativas y educacionales sobre factores de riesgo y estrategias para reducir y prevenir el parto prematuro, con el fin de sensibilizar a la población y al personal médico a evaluar los riesgos y complicaciones que pueden con llevar a problemas maternos y neonatales como consecuencia de un parto realizado antes de las 37 semanas de gestación.

Fomentar el desarrollo de estrategias para educar a los profesionales de la salud y a la población para que comprendan plenamente en la importancia de una atención de alta calidad para las mujeres embarazadas, y medidas preventivas oportunas basadas en la edad gestacional de las mujeres embarazadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendoza L, Claros D, Mendoza L, Arias M, Peñaranda C. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2018;81(4):330-42.
2. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. 2018 [citado 23 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
3. OECD iLibrary. Nacimiento prematuro y bajo peso al nacer: Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 [Internet]. 2018 [citado 23 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/682391cc-es/index.html?itemId=/content/component/682391cc-es>
4. Ayala A. Prevalencia del parto pretérmino y factores maternos del mismo en el Hospital Pablo Arturo Suárez de mayo del 2017 - abril 2018. 2019 [citado 24 de marzo de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/16479>
5. Rodríguez S. El recién nacido prematuro. 2018;10.
6. UNICEF. El Nacimiento Prematuro es Ahora la Principal Causa de Muerte en Niños Pequeños. 2018; Disponible en: https://www.unicef.org/Dia_Mundial_del_Nacimiento_Prematuro_CdP_Conjunto.pdf
7. Cruz P. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes que acuden al hospital general Ambato periodo Enero - Diciembre 2019. 2020 [citado 24 de marzo de 2021]; Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/11711>
8. Granda R, Granda L. Factores asociados a bajo peso al nacer en neonatos en el hospital Vicente Corral. Revista Médica del Hospital José Carrasco Arteaga. 2018;8:53-9.
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Recién nacido prematuro. Guía de Práctica Clínica. 2016; Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>
10. Alarcón J, Ruilova A. Parto pretérmino: aspectos socio-demográficos en las mujeres gestantes del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor. 2019;18.
11. Añazco J, Lucas K. Factores maternos asociados al parto prematuro en el área de ginecología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. 2019 [citado 24 de marzo de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/13265>

12. Valencia N. Factores que predisponen el índice de parto prematuro en gestantes adolescentes que acuden al Centro de Salud Tipo C, San Rafael de la Ciudad de Esmeraldas [Internet] [Thesis]. Ecuador - PUCESE - Escuela de Enfermería; 2018 [citado 24 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://localhost/xmlui/handle/123456789/1345>
13. Ayol L, Pilco S. Factores de riesgo en la amenaza del Parto Pretérmino en adolescentes, Hospital Básico Naranjal, 2017. Repositorio de la Universidad Estatal de Milagro [Internet]. 2019 [citado 24 de marzo de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec//handle/123456789/4659>
14. Lima N. Factores de riesgo desencadenantes del parto pretermino en gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto Andahuaylas 2016. Repositorio Institucional - UNH [Internet]. 2018 [citado 24 de marzo de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1701>
15. Andrés J, Leiva J. Protocolo de manejo en pacientes con amenaza de parto prematuro en clínica los condes. Rev Med Clin Condes. 2018;25(6):953-7.
16. Gutiérrez M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2018;64(3):405-14.
17. Huertas E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2018;64(3):399-404.
18. Espinosa I, Negrín S. Epidemiología del parto pretérmino espontáneo. 2019;13(3):13.
19. Gutiérrez M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2018;64(3):405-14.
20. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Anomalías de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. 2018;
21. Ministerio de Salud. El Parto es Nuestro | Infórmate y decide [Internet]. 2018 [citado 26 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/>
22. Dulay A. Desprendimiento de placenta (abruptio placentae) - Ginecología y obstetricia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2020 [citado 26 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/desprendimiento-de-placenta-abruptio-placentae>
23. Parodi K, José S. Acortamiento cervical y su relacion con el parto pretermino. 2018;10.

24. Bertucci S. Manejo anestésico de la hemorragia obstétrica postparto. *Anestesia Analgesia Reanimación*. 2019;27(1):5-5.
25. Hernández M, Valerio E, Valdez C, Barrón J, Luna R, Hernández M, et al. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. *Ginecología y obstetricia de México*. 2019;85(9):611-33.
26. Fernández C, Poblete J. Prevención de Parto Prematuro en Gemelar: ¿Qué hay de nuevo? *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2020;82(1):70-6.
27. Organización Mundial de la Salud. Anomalías congénitas [Internet]. 2020 [citado 26 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>
28. Pimiento L, Beltrán M. Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. diciembre de 2015;80(6):493-502.
29. Sevilla M. Vaginosis bacteriana durante el embarazo [Internet]. *CuidatePlus*. 2018 [citado 26 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/reproduccion/embarazo/2017/03/19/vaginosis-bacteriana-durante-embarazo-141891.html>
30. Coba A, Ariel A. Prevalencia del parto pretérmino y factores maternos del mismo en el Hospital Pablo Arturo Suárez de mayo del 2017 - abril 2018. 2019 [citado 26 de marzo de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/16479>
31. Organización Mundial de la Salud. 5.1% de los bebés es prematuro en el país [Internet]. *El Telégrafo*. 2012 [citado 26 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/51-de-los-bebes-es-prematuro-en-el-pais>
32. Organización Mundial de la Salud. OMS | Restricción de la ingesta de cafeína durante el embarazo [Internet]. WHO. World Health Organization; 2019 [citado 26 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/elena/titles/caffeine-pregnancy/es/>
33. Villalobos A, Campero L, Suárez L, Atienzo E, Estrada F, De la Vara E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública de México*. 2019;57(2):135-43.
34. Ministerio de Salud Pública. Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. 2019; Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf
35. Organización Panamericana de la Salud. Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro. 2019; Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download

ad&slug=manual-de-recomendaciones-en-el-embarazo-y-parto-prematuro-web&Itemid=307

36. Martínez E, Vasco D. Factores clínicos, sociodemográficos y culturales asociados al desarrollo de parto prematuro en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia en el Hospital San Vicente de Paúl durante el año 2017. 2018 [citado 26 de marzo de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/15549>
37. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo: Guía de práctica clínica. Quito: Ministerio de salud pública; 2019.
38. Ministerio de Salud Pública. Enfermedades de transmisión sexual y embarazo: conoce la verdad [Internet]. Mayo Clinic. [citado 26 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/in-depth/stds-and-pregnancy/art-20115106>
39. Sociedad Americana de Salud Sexual (ASHA). Tricomoniasis - Enfermedades de transmisión sexual [Internet]. 2019 [citado 26 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/spanish/tricomoniasis/stdfact-trichomoniasis-s.htm>
40. Fernández J, Paublete M, González M, Carral F, Carnicer C, Vilar Á, et al. Sobrepeso y obesidad maternos como factores de riesgo independientes para que el parto finalice en cesárea. *Nutrición Hospitalaria*. 2019;33(6):1324-9.
41. Pascale A. Consumo de drogas durante el embarazo. 2020; Disponible en: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-de-drogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf>
42. Ministerio de Salud Pública. Trastornos hipertensivos del embarazo: guía de práctica clínica. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2013.
43. Kizer A. Estado actual en el diagnostico ecografico y cardiotocografico del sufrimiento fetal agudo. 2018; Disponible en: http://www.revperinatologia.com/images/8_Estado_actual_en_diagnostico_ecografico.pdf
44. Organización Mundial de la Salud. Sarampión [Internet]. 2019 [citado 26 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/measles>
45. Organización Mundial de la Salud. Sarampión [Internet]. [citado 26 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/measles>

46. Aguilera N, Vega G, Montañez A, Montesinos L. Riesgo de Trabajo de parto pretérmino espontáneo y su relación con estrés y ansiedad. *Index de Enfermería*. junio de 2014;23(1-2):21-5.
47. WinEpi. WinEpi: Working IN EPIdemiology [Internet]. 2020 [citado 26 de marzo de 2021]. Disponible en:
<http://www.winepi.net/sp/disease/cprev3.asp>
48. Balladares F. Prevalencia y factores de riesgo del parto pre término en pacientes atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. 2018;56.

ANEXOS

APROBACION DE TEMA



CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y Estética
Terapia Física



Telf: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 25 de enero del 2021

Señorita
Bella Daniela Soria Daza
Estudiante
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez comunico a usted que el tema presentado: "**Prevalencia de partos pretérminos en mujeres embarazadas atendidas en el centro de salud cisne II. Año 2020**" ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, la tutora asignada es la Lic. Geny Rivera Salazar.

Me despido deseándole éxito en su trabajo de titulación.

Atentamente,

Lcda. Ángela Mendoza Vincés
Directora de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Cc: Archivo

PERMISOS INSTITUCIONALES

CZ8S – Hospital Universitario de Guayaquil
Gestión de Docencia e Investigación

Memorando Nro. MSP-CZ8S-HUG-DOC-2020-0331-M

Guayaquil, 29 de septiembre de 2020

PARA: Bella Daniela Soria Daza

Sra. Ing. Verónica Noemi Suárez Velastegui
**Responsable de la Gestión de Admisiones y Estadística del Hospital
Universitario de Guayaquil**

Sra. Dra. Mariana de Jesús Murillo Paredes
**Responsable de Hospitalización Ginecológica del Hospital Universitario
de Guayaquil**

ASUNTO: SOLICITUD DEL INVESTIGADOR IE BELLA SORIA DAZA.

De mi consideración:

Se autoriza solicitud de investigación de la Interna de Enfermería, IRE BELLA SORIA DAZA, se solicita como responsables de áreas brinde facilidades para que se realice la investigación previamente aprobada.

Por tal se solicita al área de estadísticas se remitan los datos estadísticos de los siguientes CIE. O47.0 , O60, desde mayo del 2020 hasta septiembre 2020.

A su vez permita acceso al investigador para revisión de historia clínica de pacientes de parto prematuro de 15 a 40 años.

En respuesta al Documento No. MSP-CZ8S-HUG-GERENCIA-2020-0510-E

SOLICITUD DEL INVESTIGADOR IE BELLA SORIA DAZA.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente.


Mgs. Gisela Rebeca Viteri Gomez

**RESPONSABLE DE LA GESTIÓN DOCENCIA E INVESTIGACION DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL.**



Dirección: Km. 23 vía Perimetral, contiguo al Terminal de Transferencia de
Viveros Montebello – Código Postal: 090706 – Teléfono: 593 (04) 2594760
www.hug.gob.ec – Guayaquil – Ecuador



MATRIZ DE OBSERVACION INDIRECTA



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN INDIRECTA

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

INDICADORES	ITEMS	
Edad Materna	< 20	<input type="text"/>
	21 a 25 años	<input type="text"/>
	26 a 35 años	<input type="text"/>
	+36	<input type="text"/>
Estado Civil	Soltera	<input type="text"/>
	Casada	<input type="text"/>
	Unión libre	<input type="text"/>
Nacionalidad	Ecuatoriana	<input type="text"/>
	Venezolana	<input type="text"/>
	Peruana	<input type="text"/>
	Otros	<input type="text"/>
Residencia	Guayaquil	<input type="text"/>
	Duran	<input type="text"/>
	Daule	<input type="text"/>
	Salitre	<input type="text"/>
	Nobol	<input type="text"/>
	El Triunfo	<input type="text"/>
	Playas	<input type="text"/>
	Otras provincias	<input type="text"/>
Instrucción	Primaria	<input type="text"/>
	Secundaria	<input type="text"/>
	Superior	<input type="text"/>

Paridad	Primípara	<input type="text"/>
	Múltipara	<input type="text"/>
Actividad Laboral	Si	<input type="text"/>
	No	<input type="text"/>
Tipo de parto	Eutócico	<input type="text"/>
	Cesárea	<input type="text"/>
	Instrumentado	<input type="text"/>
Control prenatal	< 2 controles	<input type="text"/>
	3 a 5	<input type="text"/>
	5 a 7	<input type="text"/>
	+ 8 controles	<input type="text"/>

2. ANTECEDENTES Y HABITOS PREVIOS AL EMBARAZO

ANTECEDENTES	
Diabetes	<input type="text"/>
HTA	<input type="text"/>
Anemia	<input type="text"/>
Desnutrición	<input type="text"/>
ETS	<input type="text"/>
Obesidad	<input type="text"/>
HABITOS	
Ejercicio	<input type="text"/>
Alcohol	<input type="text"/>
Tabaco	<input type="text"/>
Cafeína	<input type="text"/>
Drogas	<input type="text"/>

3. COMPLICACIONES MATERNAS

INDICADORES	
Preclamsia	<input type="text"/>
Sufrimiento fetal	<input type="text"/>

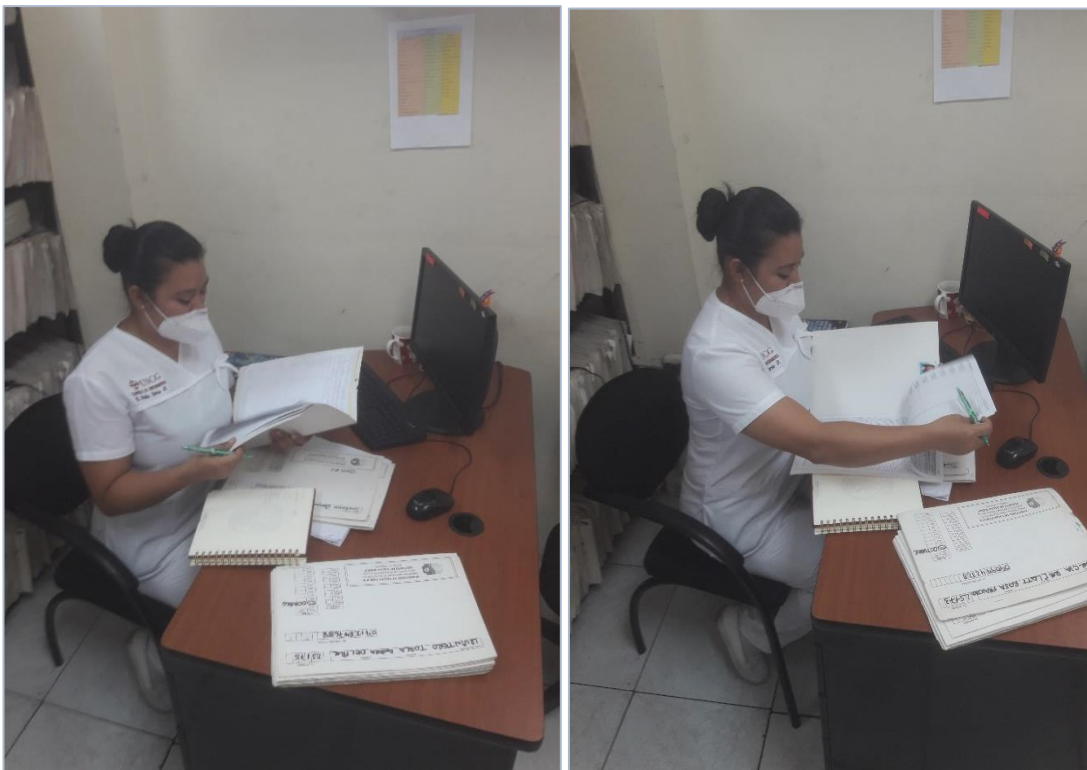
Depresión y ansiedad	
IVU	
Sarampión	
Diabetes gestacional	
Convulsiones	

4. CAUSAS MATERNAS

INDICADORES	
Placenta previa	
RPM	
Desprendimiento de placenta	
Incompetencia cervical	
Atonía uterina	
Polidramnios	
Miomatosis uterina	
Embarazo múltiple	
Malformaciones congénitas	

Elaborado por: Soria Daza, Bella Daniela

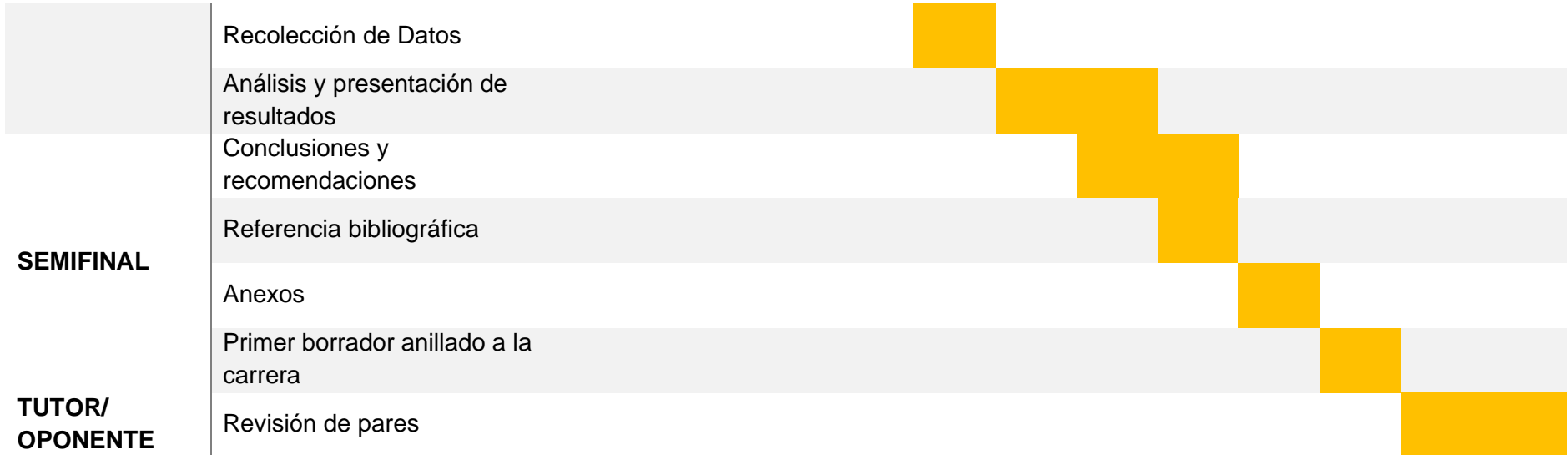
EVIDENCIA FOTOGRAFICA



Momento de recolección de datos

CRONOGRAMA

ETAPA	ACTIVIDADES	1ER TRIMESTRE		2DO TRIMESTRE			3ER TRIMESTRE			4TO TRIMESTRE		
		Meses		Meses			Meses			Meses		
		may	jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
INICIAL	Recepción del trabajo de titulación y asignación de estudiantes	■										
	Revisión y corrección del tema	■										
	Revisión del planteamiento del problema		■									
	Revisión de preguntas de investigación		■	■								
	Introducción			■								
	Justificación			■								
	Objetivos: General y Especifico			■								
	Fundamento conceptual			■	■							
INTERMEDIO	Metodología de Estudio: Operacionalización de Variables				■	■						



Elaborado por: Soria Daza, Bella Daniela



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Soria Daza, Bella Daniela** con C.C: # 0923951206 autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia de parto pretérmino en madres atendidas en el hospital universitario de Guayaquil. Año 2020**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** 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, **30 de abril de 2021**

f. _____

Nombre: **Soria Daza, Bella Daniela**

C.C: **0923951206**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de parto pretérmino en madres atendidas en el hospital universitario de Guayaquil. Año 2020		
AUTORA	Bella Daniela Soria Daza		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Rivera Salazar, Geny Margoth Mgs		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Enfermería		
TITULO OBTENIDO:	Licenciatura en enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	30 de abril de 2021	No. DE PÁGINAS:	53
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud materno infantil		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Prevalencia, Parto pre término, Mujeres		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>El parto prematuro se define como el nacimiento que se produce antes de las 37 semanas de gestación, el cual tiene una incidencia entre el 7-10%, lo cual es considerado como una de las principales causas de morbilidad perinatal. Objetivo: Determinar la prevalencia del parto pre término en madres atendidas en el Hospital General Universitario de Guayaquil. Año 2020. Metodología: Descriptivo, Cuantitativo, Retrospectivo, de diseño transversal. Población: 80 madres con parto pre termino. Técnica: Observación Indirecta. Instrumento: Matriz de Observación indirecta. Resultados: De acuerdo a las características de las pacientes se identificó que la edad de predominio fue 27 a 33 años 54%, de estado civil Unión libre 48%, de nacionalidad ecuatorianas 94%, con un nivel de instrucción educativo-secundaria 74%, de acuerdo al número de partos son múltiparas 54%, con tipo de parto cesárea 64%, con más de 6 controles durante el embarazo 60%. En base a los antecedentes previos al embarazo el 18% presentaron hipertensión arterial y el 53% algún tipo de hábitos entre los que se destacan al 24% consumo de cafeína. Las complicaciones indican que el 30% presentaron preclamsia siendo la principal causa que desencadenaron parto pre término embarazos múltiples 11%. Conclusión: La prevalencia de parto prematuro durante julio a diciembre 2020 fue del 2,29%.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4- 0979508304	E-mail: dsoria8527@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Holguin Jimenez Martha Lorena		
	Teléfono: +593-4- 993142597		
	E-mail: marthaholguin01@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):			