



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**“FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO, EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
VICENTE CORRAL MOSCOSO, EN EL AÑO 2017”**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: BONILLA BORJA EDISON LEONEL**

**DIRECTORA: MGT. TAPIA CÁRDENAS JEANNETH PATRICIA**

**ASESORA: MGT. TAPIA CÁRDENAS JEANNETH PATRICIA**

**CUENCA - ECUADOR**

**2019**

**DEDICATORIA**

*A la gracia que circunda la vida.*

*Y a las manos divinas del ser supremo.*

## AGRADECIMIENTO

*Es para mí, una obligación en agradecer el apoyo infinito con algo más que un gesto convencional. Pero dadas las circunstancias, solo me queda como recurso afectivo la palabra y es empleándola, que quiero agradecer a todas y cada una de las personas que confiaron en mí y me enseñaron que ¡lo imposible!, lo imposible cuesta un poco más y ¡derrotados!, derrotados son solo aquellos que bajan los brazos y se entregan.*



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

**PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITORIO  
INSTITUCIONAL**

Yo EDISON LEONEL BONILLA BORJA portadora de la cedula de ciudadanía No 0106576374. En calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO, EN PACIENTES ATENDIDAS EN OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, EN EL AÑO 2017", de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos; Así mismo, autorizo a la Universidad para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, a 11 de febrero de 2019

F: \_\_\_\_\_

  
Manuel Vega y Pio Bravo  
Teléfonos: 830752 – 4123175  
[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

#### CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Edison Leonel Bonilla Borja, con cédula de ciudadanía 0106576374, autor del trabajo de investigación previo a la obtención del título de Médico, con el tema "FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO, EN PACIENTES ATENDIDAS EN OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, EN EL AÑO 2017", certifico que todas la ideas y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 13 de Febrero de 2019



Edison Leonel Bonilla Borja

CI: 0106576374

## RESUMEN

**ANTECEDENTES:** el parto pretérmino representa un problema frecuente durante la gestación. Según la Organización Mundial de la Salud ocurre entre el 5 y 18% de embarazos y que además implica altos índices en morbi-mortalidad materno fetal.

**OBJETIVO:** determinar los factores maternos asociados al desarrollo de parto pre término en las pacientes con atención del parto en el Área de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante enero – diciembre de 2017.

**METODOLOGÍA:** se realizó un estudio cuantitativo, observacional, retrospectivo, transversal y analítico, de 173 pacientes seleccionadas a través de muestreo aleatorio. Los datos se tabularon en el programa SPSS versión 20.0. Se empleó la estadística descriptiva para la caracterización de la población. El estadígrafo fue el odds ratio (OR), considerándose asociación estadística a un valor  $p < 0.05$  con un intervalo de confianza del 95%. Se siguieron los procedimientos bioéticos para investigaciones en seres humanos.

**RESULTADOS:** La prevalencia de parto pretérmino fue del 19.1%. Antecedente de parto pretérmino (OR: 11.73,  $p < 0.00$ ), control prenatal inadecuado (OR: 3.10,  $p < 0.00$ ), infección de vías urinarias (OR: 6.28,  $p < 0.00$ ), vaginosis bacteriana (OR: 4.05,  $p < 0.00$ ), anemia (OR: 3.73,  $p < 0.00$ ) y rotura prematura de membranas (OR: 6.55,  $p < 0.00$ ) se determinaron como factores de riesgo significativos para el parto pretérmino.

**CONCLUSIÓN:** se estableció que el antecedente de parto pretérmino, control prenatal inadecuado, infección de vías urinarias, vaginosis bacteriana, anemia y rotura prematura de membranas son factores de riesgo asociados a parto pretérmino.

**PALABRAS CLAVE:** PARTO PRETÉRMINO, FACTORES DE RIESGO, ASOCIACIÓN.

## **SUMMARY**

**BACKGROUND:** Preterm birth represents a frequent problem during pregnancy. According to the World Health Organization occurs between 5 and 18% of pregnancies and also involves high rates of maternal-fetal morbidity and mortality.

**OBJECTIVE:** To determine the maternal factors associated with the development of preterm birth in the patients with delivery care in the obstetrics area of the Hospital Vicente Corral Moscoso, from January to December 2017.

**METHODOLOGY:** A quantitative, observational, retrospective, cross-sectional and analytical study was conducted on 173 patients selected through random sampling. The data was tabulated in the SPSS program version 20.0. Descriptive statistics was used for the characterization of the population. The statistician was the odds ratio (OR), considering statistical association to a value  $p < 0.05$  with a confidence interval of 95%. Bioethical procedures were followed for research in humans.

**RESULTS:** The prevalence of preterm birth was 19.1%. Antecedents of preterm birth (OR: 11.73,  $p < 0.00$ ), inadequate prenatal control (OR: 3.10,  $p < 0.00$ ), urinary tract infection (OR: 6.28,  $p < 0.00$ ), bacterial vaginosis (OR: 4.05,  $p < 0.00$ ), anemia (OR: 3.73,  $p < 0.00$ ) and premature rupture of membranes (OR: 6.55,  $p < 0.00$ ) were determined as significant risk factors for preterm birth.

**CONCLUSION:** It was established that the antecedent of preterm birth, inadequate prenatal control, urinary tract infection, bacterial vaginosis, anemia and premature rupture of membranes are risk factors associated with preterm birth.

**KEY WORDS:** PRETERM BIRTH, RISK FACTORS, ASSOCIATION

## ÍNDICE

### CONTENIDO

RESUMEN .....	6
SUMMARY .....	7
CAPÍTULO I.....	10
1. INTRODUCCIÓN .....	10
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	11
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	13
CAPÍTULO II.....	14
2. FUNDAMENTO TEÓRICO .....	14
2.1. ANTECEDENTES.....	14
2.2. BASES TEÓRICAS.....	16
3. HIPÓTESIS .....	27
CAPÍTULO III .....	29
4. OBJETIVOS .....	29
4.1. OBJETIVO GENERAL .....	29
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	29
CAPÍTULO IV.....	30
5. DISEÑO METODOLÓGICO .....	30
5.1. Diseño general del estudio.....	30
5.2. Criterios de inclusión y exclusión .....	31
5.3. Descripción de variables .....	31
5.4. Métodos e instrumentos para obtener la información.....	32

5.5. Aspectos éticos.....	33
CAPÍTULO V.....	34
6. RESULTADOS.....	34
6.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO.....	34
6.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	34
CAPÍTULO VI.....	40
7. DISCUSIÓN.....	40
CAPÍTULO VII.....	44
8. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA.....	44
8.1. CONCLUSIONES.....	44
8.2. RECOMENDACIONES.....	44
8.3. BIBLIOGRAFIA.....	46
ANEXOS.....	50

## CAPÍTULO I

### 1. INTRODUCCIÓN

La Organización mundial de la salud (OMS), define como parto pretérmino, aquel que se da entre las semanas 20 y 37 de gestación, clasificándoles en: extremos (antes de la semana 28), muy prematuros (entre las semanas 28 a 32) y moderados a tardíos (entre la semana 32 a 37) (1).

A nivel mundial la prematuridad representa uno de los principales problemas en salud pública (2), ocasionando aproximadamente el 75 a 80 % de mortalidad perinatal no relacionada con malformaciones congénitas (3–7), relacionándose directamente con el nivel de avance socioeconómico de cada región, es así que en Latinoamérica y el Caribe la mortalidad por prematuridad alcanza el 24% (7).

La incidencia global es de 9,6%, cifra que depende del nivel de desarrollo de cada país, es así que en aquellos con bajo nivel tecnológico y económico es de 40% (8). A nivel europeo de 5 y 7%, en Estados Unidos representa el 12%, mientras que en América Latina y el Caribe el 9% (7).

Esta entidad patológica es de carácter multifactorial y se ha reportado asociación con diversos factores de riesgo como: antecedente de parto pretérmino, anemia, consumo de tabaco, ruptura prematura de membranas (RPM), hipertensión arterial, infección del tracto urinario (ITU), control prenatal ausente o deficiente, madre adolescente, edad materna mayor a 35 años, oligohidramnios, abortos previos, preeclampsia, embarazo múltiple, vaginosis bacteriana, placenta previa y las condiciones socioeconómicas (7).

## 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Mundialmente cada año nacen 15 millones de niños antes de las 37 semanas de gestación, representado el 11% de la totalidad de nacidos vivos. El nacimiento prematuro tiene un alto índice de mortalidad neonatal; los que sobreviven, generalmente desarrollan problemas, no solo en el periodo perinatal, sino también en la niñez, adolescencia e incluso en la edad adulta (9).

En el mundo aproximadamente el 75 a 80 % de mortalidad perinatal no relacionada con malformaciones congénitas es producto del nacimiento prematuro, en Latinoamérica y el Caribe estas cifras alcanzan el 24% (7).

La incidencia global de parto prematuro es de 9,6%; sin embargo en países poco desarrollados alcanza hasta el 40% (8). A nivel europeo la tasa oscila entre 5 y 7%; en Estados Unidos representa el 12%, mientras que en América Latina y el Caribe el 9% (7).

En Latinoamérica cada año nacen alrededor de 12 millones de niños, de estos 400 000 fallecen antes de los 5 años; 180 000 durante el primer mes de vida y 135 000 por prematuridad. Es alarmante la situación en el grupo de prematuros extremos, pues la quinta parte de ellos no logra sobrevivir el primer año y hasta el 60% de supervivientes lo hacen con discapacidades neurológicas (2).

Actualmente en el Ecuador la morbilidad y mortalidad neonatal ligada a parto pretérmino, es responsable del 60% del total de defunciones en menores de un año (10). Datos de la Organización Panamericana de Salud (OPS), nos posicionan dentro de los 11 países con tasas más bajas prematuridad, sin embargo a pesar de este dato alentador, cifras oficiales del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), determinan al parto pretérmino como la primera causa de mortalidad infantil (10).

Esta entidad patológica involucra grandes costos socioeconómicos y emocionales que afectan a familias y comunidades, transformándose así en una problemática aún por resolver en el materia de la salud pública (11).

La etiología no está totalmente establecida y continúa siendo motivo de gran controversia; estudios en torno al tema le adjudican un carácter multifactorial, asociándola con múltiples factores de riesgo como: antecedente de parto pretérmino (12), anemia (4,13), consumo de tabaco (8), ruptura prematura de membranas (RPM) (4,7,14), hipertensión arterial (2), infección del tracto urinario (ITU)(4), ausencia de control prenatal (13), control prenatal deficiente (4,13,14), madre adolescente(13), edad materna mayor a 35 años (3,7), oligohidramnios (4), antecedentes de abortos previos (8), preeclampsia (12,13), embarazo múltiple (4), vaginosis bacteriana (8), placenta previa (7), condiciones socioeconómicas (8).

Si bien hay factores de riesgo en común, mencionados en muchos estudios, existe gran variación entre países e incluso regiones de un mismo país, es por eso que surge la necesidad de estudios, adaptándose a las condiciones sociales, demográficas, culturales y económicas de cada población.

Por los argumentos expuestos, nos hemos planteado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino, en pacientes con atención de parto en obstetricia del Hospital regional Vicente Corral Moscoso, durante el periodo de enero - diciembre de 2017?

## 1.2. JUSTIFICACIÓN

Por la relevancia que tiene este problema en materia de salud pública, se pretende realizar la investigación en torno a los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en pacientes atendidas en el Área de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca y poder ofrecer una perspectiva actual y fidedigna sobre este tema.

Por el alto índice de morbilidad y mortalidad que la patología representa alrededor del todo el mundo y en especial en países en vías de desarrollo, es de gran vitalidad una adecuada identificación y análisis de los factores de riesgo, de esta manera los resultados que arroje la investigación permitirá tomar medidas correctoras.

Datos del Ministerio de Salud, posicionan a la prematuridad como la principal causa de mortalidad neonatal, motivo por el cual la información será de mucha utilidad para la promulgación de un carácter de concientización por parte de las autoridades de turno, profesionales del área de salud y público en general para que adopten un carácter de promoción, prevención en torno a este problema de salud.

El tema planteado se encuentra enmarcado dentro de las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública 2013-2017, en el área de neonatología, línea de parto pretérmino.

El beneficio esperado será para las gestantes de las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago, dado que el Hospital Vicente Corral Moscoso es el principal hospital de referencia de la Zona 6. Los resultados obtenidos estarán en manos de las autoridades competentes con la finalidad de que, usando medios de difusión oportunos, la información sea de dominio público y por ende se puedan iniciar medidas de promoción y prevención en torno al parto pretérmino.

## CAPÍTULO II

### 2. FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES

El parto prematuro es aquel que sucede entre las semanas 22 y 37 de gestación. Su etiología no se encuentra totalmente establecida, orientándose hacia un origen multicausal resultante de la interacción de factores socio ambientales, genéticos y biológicos, basados en eventos fisiopatológicos comunes, tales como: infección-inflamación, distensión uterina y trastornos vasculares (8) (1).

El parto pretérmino es una de las mayores complicaciones en obstetricia. Tiene una incidencia aproximada de 10-12%, con comportamiento diferente en cada país, en dependencia directa del nivel de desarrollo, en países pobres se estima que la incidencia alcanza hasta el 40% (15).

Bekele., (2017), se plantea determinar la prevalencia del parto prematuro y sus factores asociados, en gestantes atendidas en el Hospital Universitario de Jimma sudoeste de Etiopía. Como resultado obtuvieron que: “la tasa de prevalencia del parto prematuro fue del 25,9%. Además expusieron que el lugar de residencia rural (OR = 2.281, IC: (1.22-4.263), P = 0.010), la ingesta de sustancias durante el embarazo (OR = 0.530, IC: (0.281-0.998), P = 0.049), historia de aborto (OR = 0.282, IC: (0.14-0.565), P = 0.001), historia de la muerte fetal (OR = 0.213, IC: (0.103-0.441), P = <0.001), historia del parto prematuro (OR = 0.206, IC: (0.108-0.393), P = <0.001), rotura prematura de la membrana (OR = 0.255, IC: (0.134-0.483), P = <0.001), historia de sangrado durante el embarazo (OR = 0.216 , IC: (0.11-0.423), P = <0.001), UTI durante el embarazo (OR = 0.488, IC: (0.243-0.981), P = 0.044), hipertensión durante el embarazo (P = 0.003), anormalidad congénita de la nueva nacido (OR = 0.195, IC: (0.45-0.84), P = 0.029), historial de parto de gemelos (OR = 0.239, IC: (0.085-0.677), P = 0.007), historial de anormalidad congénita (OR = 0.159, IC: (0.038-0.66), P = 0.011), historial de bajo peso al nacer (OR = 0.085, IC: (0.04-0.18), P = <0.001), historial de nacimientos prematuros incluyendo el actual (OR =

0.005, IC : (0.002-0.018),  $P = <0.001$ ) se determinaron como factores de riesgo significativos para el parto prematuro.

En 2015, Escobar y colaboradores realizaron un estudio de tipo caso – control, conformado por 688 pacientes, con un control por cada caso y cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Como resultados obtuvieron que la placenta previa (OR = 10.2, IC: (1.3-80.6),  $P = 0.005$ ); el antecedente de parto pretérmino (OR = 10.2, IC: (1.3-80.6),  $P = 0.005$ ); la preeclampsia (OR = 6,38, IC: (2.6-15.3),  $P = 0.00$ ); el embarazo gemelar (OR = 5.8, IC : (1.9-17.0),  $P = 0.000$ ); el oligohidramnios (OR = 5.8, IC: (2.2-11.7),  $P = 0.000$ ); el tabaquismo (OR = 4.6, IC: (1.5-14.0),  $P = 0.002$ ); la ruptura prematura de membranas (OR = 4.1, IC: (2.2-7.7),  $P = 0.000$ ); la cervicovaginitis (OR = 3.0, IC: (1.7-5.1),  $P = 0.000$ ); la infección del tracto urinario (OR = 1.5, IC : (1.1-2.1),  $P = 0.010$ ), fueron los factores de riesgo con mayor significancia estadística. Además reportaron que durante el periodo del estudio, ocurrieron un total de 6639 nacimientos, de los cuales 485 niños fueron prematuros, dando un porcentaje de prematurez de 7.3% (15).

En Perú, Rodríguez y col. (2014) “Realizan un estudio retrospectivo tipo caso – control, para determinar los factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino en gestantes cuyos partos a término fueron atendidos en el Centro de Salud Materno Infantil El Milagro (MINSA) y en el caso de los partos pretérmino referidas para su atención en los Servicios de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo (MINSA) y del Hospital Belén de Trujillo (MINSA) durante el periodo 1° de Enero del 2011 al 31 de diciembre del 2013. Los resultados arrojaron que el antecedente de parto pretérmino (OR = 7,0345, IC: (1.512-32.7284),  $P = 0.0048$ ), inadecuado control prenatal (OR = 4.889, IC: (1.5431-15.4894),  $P = 0.0038$ ), desprendimiento prematuro de placenta (OR = 8.5, IC: (1.853-38.9905),  $P = 0.0014$ ), vaginosis bacteriana (OR = 4.0702, IC: (1.8669-8.8739),  $P = 0.003$ ) e infección de vías urinarias (OR = 2.9688, IC: (1.4742-5.9786),  $P = 0.0020$ ) fueron los factores de riesgos asociados” (16).

A nivel local, Balladares y colaboradores realizaron un estudio para determinar la prevalencia y factores de riesgo del parto pretérmino en las pacientes atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo comprendido entre 2010 y 2014. El universo lo constituyeron 301 casos de parto pretérmino registrados en el Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el período enero del 2010 a diciembre del 2014. Obtuvieron como resultados que los partos prematuros moderados a tardíos fueron los más frecuentes 67.4%. En cuanto a los factores de riesgo estudiados, un 33,2% de pacientes presentaron anemia, 39,5 % presentaron infección del tracto urinario y un 12,6 % presentaron vaginosis bacteriana durante la gestación (17).

## **2.2. BASES TEÓRICAS.**

### **2.2.1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN**

La Organización Mundial de la Salud, define al parto prematuro como aquel que acontece antes de la semana 37 o antes de 259 días de gestación, a partir del primer día del último periodo menstrual, independientemente del peso del recién nacido (15).

Se clasifica por su origen en idiopático y iatrogénico; a su vez los niños nacidos de manera prematura se los agrupa de acuerdo a su edad gestacional en:

- Prematuros extremos: nacidos antes de la semana 28 de gestación.
- Muy prematuros: nacidos entre las semanas 28 a 32.
- Prematuros moderados a tardíos: nacidos entre las semanas 32 a 37 de gestación (1).

### **2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA**

Se estima que la incidencia global de parto prematuro es de 9,6%; sin embargo esto depende del grado de desarrollo de cada región, es así que en países poco desarrollados, esta cifra alcanza hasta el 40% (8). Estudios afirman que a nivel europeo la tasa oscila entre 5 y 7%; en Estados Unidos representa el 12%, mientras que en América Latina y el Caribe el 9% (7).

La Organización Mundial de Salud (OMS), estimó que el porcentaje de nacimientos prematuros en los 184 países estudiados, osciló entre el 5 y 18%. Además citó que anualmente en el mundo 15 millones de niños son prematuros, representando el 11% de todos los nacimientos (1).

En América Latina, cada año nacen alrededor de 12 millones de niños, de estos 400 000 fallecen antes de los 5 años; 180 000 durante el primer mes de vida y 135 000 por prematuridad (2).

En Ecuador la morbilidad y mortalidad neonatal por parto pretérmino, es responsable del 60% del total de defunciones en menores a un año. Cifras oficiales del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), determinan a la prematuridad como primera causa de mortalidad infantil (10).

### **2.2.3. ETIOLOGÍA**

El parto prematuro de acuerdo a su origen se clasifica en:

#### **2.2.3.1. Idiopático o Espontáneo**

Su origen multifactorial y es producto del inicio espontáneo del trabajo de parto, responsable de 27.9 – 65.4% o de la rotura prematura de membranas, que representa el 8.5 - 51.2% de los casos (18).

Se habla de origen idiopático, pues resulta de la interacción de diversos factores de riesgo tanto maternos, fetales, placentarios e incluso de índole social. Entre ellos se encuentran el antecedente de parto prematuro, edades maternas extremas, el periodo intergenésico corto, el embarazo múltiple, este último aumenta el riesgo de prematuridad hasta 10 veces en comparación de embarazos simples (21).

Entre los procesos infecciosos maternos implicados con la prematuridad están: infección de las vías urinarias, vaginosis bacteriana, sífilis, VIH, entre otras. Factores socioeconómicos y hábitos como tabaquismo o consumo de alcohol también incrementan el riesgo (18).

### **2.2.3.2. Por indicación médica**

Representan el 20 a 38.3 % de casos. El personal médico realiza inducción del trabajo de parto o en su defecto terminación por cesárea, debido a alguna patología materna o fetal que la sugiera. Las mayormente implicadas son: preeclampsia, el embarazo múltiple, infección extrauterina, hemorragia de segundo y tercer trimestre, restricción de crecimiento intrauterino, sepsis perinatal, muerte fetal anteparto, sufrimiento fetal (18).

### **2.2.4. PATOGENIA**

#### **2.2.4.1. Infecciones**

Se estima que la infección e inflamación están implicadas en el 25 – 40 % de partos prematuros. En circunstancias normales la cavidad amniótica es estéril, sin embargo los microorganismos puede acceder a esta cavidad por las siguientes vías: 1) ascendente; 2) diseminación hematogena; 3) retrógrada e 4) introducción casual tras procesos invasivos, siendo la más frecuente la vía ascendente (19).

Los microorganismos que invaden la cavidad amniótica desencadenan un proceso inflamatorio con abundante liberación de citoquinas y del Factor de necrosis tumoral, que a su vez elevan las concentraciones de prostaglandinas y de enzimas degradadoras de la matriz. Por un lado las prostaglandinas estimulan las contracciones uterinas, mientras que las enzimas provocan rotura prematura de membranas (19).

#### **2.2.4.2. Enfermedad vascular útero – placentaria y hemorragia decidual**

La isquemia uteroplacentaria o hemorragia decidual puede activar la vía común del parto, teniendo como base común la producción de trombina. Estudios histológicos de la placenta demuestran la relación entre estas patologías e inflamación. La presencia de neutrófilos y fibrina en la decidua se liga con la inflamación y la producción de trombina. Los neutrófilos producen sustancias como especies reactivas de oxígeno y elastasas, que contribuyen a la rotura de la membrana. Por otra parte, la trombina conlleva a la liberación de citoquinas que a si vez estimula la

producción de prostaglandinas contribuyendo a la activación de la vía común del parto (19).

#### **2.2.4.3. Sobredistención uterina**

La presión en la cavidad amniótica en general se mantiene constante durante todo el embarazo debido a la relajación miometrial progresiva que produce la progesterona y el óxido nítrico. En el caso de polihidramnios y embarazo múltiple en donde la distensión miometrial es excesiva, se produce aumento de la contractibilidad, liberación de prostaglandinas y aumento de receptores de oxitocina. Algunos estudios citan que el aumento de las fuerzas mecánicas ligadas a la sobredistención del músculo uterino puede activar mecanismos que originan rotura de membranas (19).

#### **2.2.4.4. Alteraciones hormonales**

El rol de la progesterona en el mantenimiento del embarazo es vital, pues provoca relajación miometrial, inhibe la maduración cervical y disminuye la producción de citoquinas, que participan en la activación decidual y de las membranas. Por esta razón, el cese de su acción daría paso al inicio de trabajo de parto (19).

#### **2.2.4.5. Estrés materno – fetal**

Cuadros de estrés pueden verse asociados a parto prematuro. Se plantea la posibilidad de que el estrés conlleva a la producción del factor liberador de la ACTH (CRF). Este factor se encuentra en el hipotálamo y la placenta y se cree que podría activar la vía común del parto estimulando la ACTH fetal, inhibiendo la producción de progesterona por la placenta y aumentando la síntesis de las prostaglandinas (19).

#### **2.2.4.6. Alteración del cérvix uterino**

La incompetencia cervical se relaciona con el parto pretérmino, esta alteración que puede ser el resultado de una malformación congénita, un traumatismo quirúrgico o circunstancias que origine pérdida de la integridad del cérvix. También se ha reportado relación entre infección intrauterina y casos de incompetencia cervical (19).

## 2.2.5. FACTORES DE RIESGO

### 2.2.5.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

#### Edad materna

En edades extremas de la vida reproductiva (menores de 20 años o mayores de 35), se incrementa el riesgo de prematuridad. Cortés y colaboradores, demostraron que la madre adolescente presenta mayor riesgo, en comparación con maternas de edades superiores, tanto en prematuros grandes (OR= 2.41, IC: 1.51-3.24,  $p < 0.001$ ), como en prematuros (OR= 1.71, IC: 1.32 - 2.19,  $p < 0.001$ ). Este patrón también se presentó en madres con edades mayores de 40 años, pues obtuvieron un valor OR de 1,86 (1.39 – 2.48,  $p < 0.001$ ) y de 1.66 (1.44 – 1.91,  $p < 0.001$ ) para recién nacidos grandes prematuros y prematuros, respectivamente (20).

Leonard y colaboradores en 2015 en su estudio reportaron como factor de riesgo, la edad materna  $\geq 35$  años (OR = 2.00, IC 95%: 1.04 - 3.84,  $p 0.03$ ) en comparación edades de 18-24 años (21).

En 2018, Fuchs et al., mediante su estudio titulado: efecto de la edad materna sobre el riesgo de parto prematuro. Concluyeron que en las gestantes de 40 años o más, fue mayor el riesgo de prematuridad (OR = 1.20. IC del 95%; 1.06-1.36,  $p 0.00$ ) (22).

#### Estado civil, nivel de instrucción y residencia

En 2015, Shessira G., publicó que gestantes solteras, tienen mayor riesgo de parto prematuro (OR= 2.60, IC: 1.69 – 4.11,  $p < 0.000$ ) (23). Por su parte Chiabi y colaboradores, determinaron que en las gestantes registradas como casadas en su estudio, el riesgo de presentar el suceso fue menor (OR= 0.40, IC: 0.19 – 0.84,  $p < 0.01$ ) (24).

El estudio de Sukatendel y cols., determina que el nivel de escolaridad bajo aumenta el riesgo de parto pretérmino (OR= 2.51, IC: 1.45 – 4.34,  $p < 0.001$ ) (25). Bekele I, y colaboradores también abordaron este tema, y tras el análisis de sus resultados,

determinaron que en gestantes con nivel de instrucción alto, el riesgo de prematuridad fue menor (OR= 0.169, IC: 0.054 – 0.525, p 0.002) (26).

Algunos autores como Bekele, señalan que madres residentes en zonas rurales son más propensas a presentar parto pretérmino (OR= 2.281, IC: 1.22 – 4.263, p 0.01), sin embargo, Wang reportó esta variable como factor protector (OR= 0.60, IC: 0.37 – 0.99, p 0.047) (26,27).

### **2.2.5.2. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**

#### **Antecedente de parto pretérmino**

El antecedente de parto pretérmino previo se considera como factor de riesgo para padecer nuevamente la patología. Ahumada y colaboradores así lo sustentan en su estudio (OR= 3.7; IC: 2.3 – 5.8, p <0,001). Esta tesis también la sostienen autores como: Retureta (OR= 6.57; IC: 4.603 – 9.377, p 0,00), Alijahan (OR = 12.7, IC: 3.9-40.4, p <0.001) y Sukatendel (OR = 5.81, IC: 2.16 – 15.6, p <0.001) (8,25,28,29).

#### **Control prenatal**

La OMS recomienda como mínimo 5 controles prenatales para prevención de complicaciones obstétricas (1). Ahumada et al., obtuvieron como resultado que el control prenatal insuficiente (menos de 6 controles) (OR= 3.2, IC: 2.1 – 4.7 ,p <0,001) y/o control prenatal nulo (OR = 3.0, IC: 1.7 – 5.4, p <0,001), incrementaron el riesgo de prematuridad (13).

En esta línea de investigación Manrique et al., realizó un estudio para identificar los principales factores de riesgo que inducen un parto pretérmino en pacientes adolescentes, y reportaron que la falta de control prenatal adecuado (OR=10.1, IC: 3.2 – 32.3, p 0.00) fue una de las principales variables asociadas (30).

#### **Número de paridad**

Se refiere al número de partos que una mujer ha tenido ya sea por vía vaginal o cesárea y que pesaron 500 gramos o más, o que poseen más de 20 semanas de edad gestacional. A su vez se subdivide en Nulípara: no tuvo ningún parto,

Primípara: Solo tuvo 1 parto, Multíparas: mujer que ha presentado 2 o más partos y Gran Multípara: mujer con 5 partos a más. En el estudio de Manrique et al., demuestra que el riesgo de prematuridad se incrementa en pacientes multíparas (OR=3.6, IC: 1.3 – 10.3, p 0.001), estos hallazgos son similares a los reportados por Shessira G.,(OR= 2.667, IC: 1.780 – 3.995, p 0.00) (23,30).

### **Embarazo múltiple**

El embarazo múltiple produce una sobredistensión uterina, lo que excede su capacidad de compensación. El estiramiento de las miofibrillas uterinas y de los puentes de unión entre ellas, activaría los receptores de la oxitocina y la síntesis de prostaglandinas de origen amniótico, decidual y cervical (19). Escobar et al., realizaron un estudio de casos y controles para determinar factores de riesgo de prematuridad. Los resultados obtenidos, mostraron que el embarazo gemelar (OR =5.8, IC: 1.9 – 17.0, p: 0.000) incrementó el riesgo de padecer la patología (31). En 2016 Ahumada y cols., identificaron al embarazo gemelar como uno de los principales factores de riesgo de parto pretérmino (OR =2.4, IC: 1.1 – 5.1, p: 0.02) (28).

### **2.2.5.3. FACTORES PATOLÓGICOS**

#### **Preeclampsia**

Es un trastorno hipertensivo del embarazo, es leve cuando TAS oscila entre 140 y 160 mm Hg y TAD entre 90 y 110 mmHg, más proteinuria y sin criterios de gravedad ni afectación de órgano blanco. Cuando la TAS y TAD superan los límites superiores 160 y 110 mmHg respectivamente e incluyen criterios de gravedad o afecta a órganos diana, se habla de gravedad (32).

Existe evidencia bien documentada, de la asociación entre preeclampsia y parto pretérmino. Desde el punto de vista fisiopatológico, el espasmo vascular continuo que provoca la preeclampsia, da lugar a isquemia útero-placentaria. Los mecanismos precisos atribuibles al inicio del parto pretérmino en gestantes con isquemia uteroplacentaria no están plenamente determinados, sin embargo, se sustenta el rol

del sistema renina-angiotensina, debido a que las membranas fetales cuentan con un sistema renina-angiotensina funcional y dado que la isquemia uterina aumenta la producción de renina. La angiotensina II puede inducir la contractibilidad uterina de manera directa o por la liberación de prostaglandinas. En ocasiones la isquemia uterina es muy marcada y conduce a necrosis decidual y hemorragia, como resultado la trombina generada puede activar la vía común del parto (33).

Las publicaciones en 2016 de Alijahan (OR =3.6, IC: 1.3 – 10.3, p: 0.014), y de Ahumada (OR =1.9, IC: 1.2 – 3.1, p: 0.006), demuestran el riesgo mayor de prematuridad en pacientes con antecedentes de preeclampsia (13,29).

### **Infección de vías urinarias**

La infección de vías urinarias es una de las patologías médicas más frecuentes en el embarazo; los cambios fisiológicos asociados al embarazo predisponen al desarrollo de complicaciones que pueden afectar significativamente a la madre y al feto. Estas incluyen la Bacteriuria Asintomática, Cistitis Aguda y la Pielonefritis Aguda. A pesar del desarrollo de nuevos antibióticos la infección de vías urinarias continúa asociándose a morbi-mortalidad elevada a nivel materno y fetal (34).

La literatura médica plantea la hipótesis de que las infecciones intrauterinas desencadenan el trabajo de parto pretérmino mediante la activación del sistema inmunitario innato. La invasión uterina por microorganismos patógenos, libera citosinas inflamatorias como las interleucinas y el factor de necrosis tumoral, que, a su vez, estimula la producción de prostaglandinas y sustancias degradantes de la matriz. Por un lado las prostaglandinas estimularían las contracciones uterinas, mientras que la degradación de la matriz extracelular en las membranas fetales provocaría la rotura prematura de membranas, dando lugar al trabajo de parto (33).

En 2015 Retureta et al., (OR =3.526, IC: 2.64 – 4.70, p: 0.000) publicó que en las pacientes que presentaron ITU durante el embarazo el riesgo de prematuridad se incrementó 3.5 veces (35). Los estudios de Escobar et al., (OR =1.5, IC: 1.1 – 2.1, p: 0.010) y Díaz y cols (OR = 1.78, IC: 1.03 – 3.06, p: 0.05) también evidenciaron esta asociación (31,36).

## **Vaginosis Bacteriana**

En este cuadro infeccioso, la microflora vaginal con predominio de lactobacilos productores de peróxido de hidrógeno es reemplazada por anaerobios que incluyen la *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma genital*, *Prevotella spp.*, *Peptostreptocci*, *Mobiluncus spp.* Se asocia a parto pretérmino, pues los microorganismos pueden llegar a la cavidad amniótica y provocar liberación de sustancias propias del sistema inmune innato, lo que produciría prostaglandinas y sustancias degradantes de la matriz dando inicio al trabajo de parto (33,37).

Estudios afines al tema, como el de Rodríguez (OR: 4.07, IC: 1.86 – 8.87,  $p < 0.00$ ) y Escobar (OR =3.0, IC: 1.7 – 5.1,  $p: 0.000$ ) demuestran que mujeres con vaginosis bacteriana presentan mayor riesgo de prematuridad (16).

## **Anemia**

Se entiende por anemia cuando los valores de hemoglobina son inferiores a 11 g/dL, según la definición de la OMS. Su prevalencia en el embarazo es muy variable, debido a diferencias socioeconómicas y culturales. Se estima que en países desarrollados es del 23 %, mientras que en países en vías de desarrollo esta cifra alcanza el 52% (38). Desde el punto de vista fisiopatológico, la anemia durante la gestación da lugar a una disminución del volumen plasmático materno, lo que provoca una reducción del riego sanguíneo y a su vez produce una función placentaria inadecuada, incrementando el riesgo de parto prematuro (17).

La anemia ferropénica es la más frecuente durante el embarazo y entre los principales factores de riesgo para desarrollarla se encuentran: el bajo aporte de hierro, pérdidas sanguíneas crónicas, síndrome de mala absorción y, períodos de vida en que las necesidades de hierro son especialmente altas (38).

De acuerdo a la información publicada por Díaz y colaboradores (OR =1.96, IC: 1.07 – 3.57,  $p 0,039$ ) y por Lozada (OR =2.459, IC: 1.0 – 5.9,  $p 0,045$ ), la anemia durante el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro (36,39).

## **Rotura prematura de membranas**

Se define como la solución de continuidad espontánea de las membranas corioamnióticas producida desde las semanas 20 de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto. Se asocia a complicaciones como: infección postarto, corioamnionitis, desprendimiento prematuro de placenta, sepsis materna y neonatal, membrana hialina, enterocolitis necrotizante, etc. (40).

Alijahan en el 2014, en su estudio encontró que la ruptura prematura de la membrana (OR = 3.1, CI: 1.9-4.9, p = 0.000) representó un factor de riesgo de prematuridad (29). Esto también lo sustentaron Escobar y colaboradores (OR = 34.1, CI: 2.2 – 7.7, p: 0.000) (15).

### **2.2.6. CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO**

#### **2.2.6.1. MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Las contracciones uterinas son la principal manifestación clínica, se las debe diferenciar de las de Braxton Hicks, descritas como irregulares, no rítmicas y dolorosas o indoloras. Además de las contracciones uterinas, también se han reportado síntomas como presión pélvica, cólicos similares a los menstruales, secreción vaginal líquida y lumbalgia (21).

#### **2.2.6.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRABAJO DE PARTO**

##### **PRETÉRMINO**

Se toma en cuenta tres elementos, los cuales nos ayudaran y guiaran a establecer un diagnóstico:

##### **Edad gestacional**

Entre las 22 semanas y las 36 semanas con 6 días de amenorrea. Si la madre no recuerda la fecha de la última menstruación, el tamaño y la madurez fetal son signos importantes para llegar a un correcto diagnóstico de edad gestacional (33).

## **Características de las contracciones uterinas**

Se considera un parámetro de trabajo de parto: cuatro contracciones en 20 minutos, u ocho en 60 minutos (33).

## **Estado del cuello uterino**

Se evalúan las características del cérvix: borramiento mayor a 80%, dilatación mayor a 1 cm (33,41).

### **2.2.6.3. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**

#### **Ecografía transvaginal y longitud cervical**

Se recomienda realizarla entre las semanas 20 y 34. La longitud cervical menor a 25 mm se asocia con un riesgo relativo de prematuridad de 4.8. Si la longitud es menor a 18 mm es un valor predictivo positivo, mientras que si la longitud es mayor a 30 mm se obtiene un valor predictivo negativo. Si la longitud cervical es mayor a 25 mm, acompañado de contracciones uterinas típicas se establece el diagnóstico (41).

#### **Prueba de fibronectina**

La fibronectina es una proteína presente en las membranas, decidua y líquido amniótico, permite la adhesión entre el feto y la superficie interna del útero. Concentraciones elevadas entre las semanas 24 y 34 de gestación, pueden sugerir la separación de las membranas fetales de la decidua. Cifras superiores a 50 ng/ml representa un riesgo elevado de amenaza de parto pretérmino (33,41).

### **2.2.7. MANEJO**

#### **2.2.7.1. Medidas generales**

Está demostrado que el reposo en cama y la hidratación no disminuyen la frecuencia de nacimientos pretermo, por lo cual no es adecuado recomendarlo de manera rutinaria (41).

### **2.2.7.2. Progesterona**

Está indicada cuando existe antecedente de parto pretérmino. Su función es mantener la quiescencia uterina mediante la supresión de los efectos proinflamatorios de los estrógenos. Se prefiere utilizar vía vaginal, iniciándose entre la 16-24 semana de gestación. El uso de la progesterona ha evidenciado la disminución en las tasas de parto pre término de aproximadamente el 45% en pacientes con cuello corto (41).

### **2.2.7.3. Tocolíticos**

Están indicados en mujeres con amenaza de parto pretérmino; prolongan el nacimiento por lo menos 48 horas, permitiendo que los glucocorticoides antenatales actúen de manera óptima. Aunque los calcio antagonistas son los de primera elección, también pertenecen a este grupo los AINES, antagonistas de los receptores beta adrenérgicos, sulfato de magnesio y los inhibidores de receptores de oxitocina (41).

### **2.2.7.4. Corticoides**

Estimulan el desarrollo pulmonar mediante la síntesis de surfactante, aumentan la compliance pulmonar y disminuyen la permeabilidad vascular. Se emplea en embarazadas con alto riesgo de parto prematuro entre las semanas 24 y 34 de gestación. El esquema recomendado es: betametasona 12 mg IM separadas por 24 horas o dexametasona. 6 mg cada 12 horas cuatro dosis(41).

### **2.2.7.5. Antibioticoterapia**

No se recomiendan de manera rutinaria, pues no prolongan la edad gestacional ni mejoran el pronóstico en gestantes con riesgo de amenaza de parto pretérmino. Se emplean como profilaxis en infecciones por estreptococo del grupo B intraparto y corioamnionitis (41).

## **2.3. HIPÓTESIS**

Los factores de riesgo sociodemográficos (edad reproductiva extrema, gestantes solteras, nivel de instrucción bajo y residencia rural) y obstétricos – patológicos

(antecedente de parto pre término, multiparidad, control prenatal inadecuado, infección de tracto urinario, vaginosis bacteriana, anemia y ruptura prematura de membranas) se asocian estadísticamente con parto pretérmino, en las pacientes atendidas en el Área de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el periodo enero - diciembre de 2017.

## **CAPÍTULO III**

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto pre término en pacientes atendidas en el área de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el periodo de enero- diciembre de 2017.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Caracterizar a la población estudiada de acuerdo a variables sociodemográficas: edad, instrucción, estado civil y residencia.
2. Determinar la prevalencia de Parto Prematuro en la población de estudio.
3. Establecer relación entre parto pretérmino y factores de riesgo sociodemográficos como la edad reproductiva extrema, madres solteras, nivel de instrucción bajo y residencia rural. Y factores de riesgo obstétricos – patológicos como antecedente de parto pretérmino, multiparidad, control prenatal inadecuado, infección de tracto urinario, vaginosis bacteriana, anemia y ruptura prematura de membranas.

## CAPÍTULO IV

### 4. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 4.1. Diseño general del estudio

##### 4.1.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, analítico, de corte transversal.

##### 4.1.2. Área de estudio

Este estudio se efectuó en el área de Ginecología y Obstetricia de Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, establecimiento que actualmente es sede de referencia de la zona de salud número 6, conformado por las provincias de Cañar, Morona Santiago y Azuay.

##### 4.1.3. Universo de estudio

El universo fue finito y está constituido por historias clínicas de gestantes que acudieron para la atención de parto en el área de obstetricia del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, de la ciudad de Cuenca, durante el periodo Enero - Diciembre de 2017.

##### 4.1.4. Selección y tamaño de muestra

El tamaño de la muestra se calculó a base de un universo finito de 5351 historias clínicas de pacientes que registraron atención de parto durante el periodo de estudio, con una probabilidad de ocurrencia de parto pretérmino de 12% (OMS), con un nivel de confianza del 95% y un error de inferencia del 5%, con estos valores se obtuvo una muestra de 173 pacientes. Además, se corroboró la cantidad de participantes mediante los programas EPIDAT Y EPI INFO.

##### 4.1.5. Muestreo

Formaron parte del estudio gestantes que recibieron atención del parto en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el 2017 y que

cumplan criterios de inclusión. Con la finalidad de dar representatividad a la muestra se aplicó muestreo aleatorio, ya que luego de definir el número de participantes se enumeró las historias clínicas y utilizando el programa Epidat se procedió a aleatorizar las participantes en el estudio, de esta manera quedaron definidas las unidades muestrales.

#### **4.1.6. Unidad de Análisis y Observación**

Gestantes que recibieron atención de parto en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca durante el periodo enero - diciembre de 2017.

### **4.2. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **4.2.1. Criterios de inclusión**

- Historias clínicas de gestantes que acudieron para la atención del parto en el Área de Obstetricia del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, de la ciudad de Cuenca, durante el periodo enero- diciembre de 2017.

#### **4.2.2. Criterios de exclusión**

- Historias clínicas incompletas o con datos de difícil comprensión con relación a las variables de estudio.
- Pacientes transferidas a otros centros médicos para tratamiento definitivo.

### **4.3. Descripción de variables**

#### **4.3.1. Variable Dependiente**

- Parto pretérmino

#### **4.3.2. Variable Independiente**

Edad reproductiva extrema, gestantes solteras, residencia rural, bajo nivel de escolaridad, antecedente de parto pretérmino, control prenatal inadecuado,

multiparidad, embarazo gemelar, infección de vías urinarias, vaginosis bacteriana, anemia y rotura prematura de membranas.

#### **4.3.3. Operacionalización de variables (Anexo 1)**

#### **4.4. Métodos e instrumentos para obtener la información.**

##### **4.4.1. Técnica**

En este estudio se empleó la técnica de revisión y análisis de historias clínicas de pacientes seleccionadas.

##### **4.4.2. Procedimiento para la recolección de información y descripción de instrumentos a utilizar**

Tras la aprobación del protocolo de investigación por parte de la Unidad de Titulación y Bioética de la Universidad Católica de Cuenca, se solicitó el permiso respectivo para el acceso a la información, al departamento de docencia e investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso, representado por la Dra. Viviana Barros Angulo, así como también a la gerencia de dicha institución, cuyo titular es el Dr. Oscar Chango Sigüenza.

La autorización obtenida fue presentada en el área de estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso, posteriormente se nos facilitó la base de datos del año 2017 procediéndose a la identificación del número de pacientes que recibieron atención del parto durante el periodo establecido y se determinó universo y muestra.

Para la recolección de la información, se empleó un formulario preestablecido, estructurado con las variables de estudio.

##### **4.4.3. Métodos de procesamiento de la información**

La información de las historias clínicas fue registrada en el formulario respectivo, constituido por datos de filiación: edad, residencia, instrucción y estado civil, además de los factores de riesgo asociados: antecedente del parto pretérmino, control prenatal, infección de vías urinarias, anemia y rotura prematura de membranas.

#### **4.4.4. Métodos de análisis de la información**

La información obtenida tras la aplicación de los formularios, fue tabulada en el programa SPSS versión 20.0 y se presentó en tablas de asociación. Se empleó la estadística descriptiva para caracterizar a la población expresado mediante frecuencias y porcentajes. La asociación entre parto pretérmino y sus factores de riesgo se determinó mediante el análisis bivariado empleando tablas de contingencia de 2 X 2, Odds ratio (OR), con un nivel de confianza (IC) del 95%, chi Cuadrado de Pearson (p), con significancia estadística < 0.05.

#### **4.5. Aspectos éticos**

En la presente investigación el análisis se lo realizó mediante la revisión retrospectiva de historias clínicas, razón por la que no se requirió de consentimiento informado específico. Sin embargo, en calidad de autor me comprometí a: codificar los formularios para mantener la confidencialidad de datos de las participantes del estudio, recolectar solo la información necesaria para la investigación, no difundir dicha información con otros fines que no sean educativos y a no conservar los datos de las historias clínicas de los pacientes, ni hacer copiosos de los mismos una vez terminado el trabajo investigativo. Respetando así los valores éticos y morales de las participantes. Finalmente, como autor de esta investigación, declaro la inexistencia de conflictos de interés con las participantes del estudio.

## CAPÍTULO V

### 5. RESULTADOS

#### 5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

La investigación se cumplió de acuerdo al cronograma establecido en el protocolo de investigación propuesto.

#### 5.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla N° 1

**Prevalencia de Parto pretérmino en 173 gestantes que recibieron atención de parto en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el año 2017**

Parto pretérmino					
Si		No		Total	
N	%	N	%	N	%
33	19.1	140	80.9	173	100

Fuente: base de datos

Elaboración: Edison Bonilla

#### Interpretación

La prevalencia de pacientes con parto pretérmino en la muestra conformada por 173 pacientes que recibieron atención de parto, fue de 33 pacientes correspondiente al 19.1% (**tabla 1**).

**Tabla N° 2**

**VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA POBLACIÓN DE GESTANTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN DE PARTO EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, DURANTE EL AÑO 2017**

Variables		Parto pretérmino						P valor
		Sí		No		Total		
		F	%	F	%	F	%	
Grupos de edad (años)	< 20 años	9	5.2	30	17.4	39	22.6	0.096
	20 - 25 años	12	6.9	42	24.3	54	31.2	
	25 - 30 años	5	2.9	35	20.2	40	23.1	
	30 - 35 años	5	2.9	16	9.2	21	12.1	
	> 35 años	2	1.2	17	9.8	19	11.0	
Instrucción	Analfabeta	0	0	3	1.7	3	1.7	0.047
	Primaria	8	4.6	46	26.5	54	31.1	
	Secundaria	21	12.1	77	44.5	98	56.6	
	Superior	4	2.3	14	8.1	18	10.4	
Estado Civil	Soltera	8	4.6	28	16.2	36	20.8	0.086
	Casada	13	7.5	68	39.3	81	46.8	
	Divorciada	1	0.6	1	0.6	2	1.2	
	Unión Libre	11	6.4	42	24.3	53	30.6	
	Viuda	1	0.6	0	0	1	0.6	
Residencia	Urbano	21	12.1	86	49.7	107	61.8	0.037
	Rural	12	6.9	54	31.2	66	38.2	

\*Media edad: 25.17 años ( $DS \pm 6.43$ ).

Fuente: base de datos

Elaboración: Edison Bonilla

### Interpretación:

Según la edad, la muestra demostró ser homogénea (valor p: 0.096). La media de edad fue 25.17 años (DS± 6.43). El grupo más prevalente fue el de 20 – 25 años con 54 (31.2%), 12(6.9%) de quienes presentaron parto pretérmino.

De acuerdo al nivel de instrucción los grupos de estudio mostraron diferencias, con un valor p de 0.047. De las 173 participantes, 116 (67%) contaban con nivel de instrucción alto, de quienes 25 (14.4%) presentaron parto prematuro.

En relación al estado civil la muestra fue homogénea (valor p: 0.086); 81 (46.8%) mujeres eran casadas, seguidas de 52 (30.6%) en unión libre; el parto pretérmino estuvo presente en 13(7.5%) y 11(6.4%) pacientes respectivamente. Los grupos para la variable residencia se consideraron heterogéneos (valor p: 0.037); 107(61.8%) gestantes residían en zonas urbanas, frente a 66 (38.2%) que lo hacían en áreas rurales. El parto pretérmino estuvo presente en 21 (12.1%) gestantes del primer grupo, y en 12 (6.9%) del segundo grupo (**Tabla N° 2**).

**Tabla N° 3**

**Distribución de 33 pacientes con Parto Pretérmino, según clasificación de parto pretérmino. Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el año 2017**

Clasificación	N°	Porcentaje
Prematuros extremos < 28 semanas	3	9.1
Muy prematuros (28 a < 32 semanas)	6	18.2
Prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas)	24	72.7
Total	33	100.0

Fuente: base de datos

Elaboración: Edison Bonilla

Interpretación:

En relación a la clasificación de parto pretérmino, prevaleció el grupo de prematuros moderados a tardíos con 24 casos (72.7%), seguidos del grupo de muy prematuros con 6 casos (18.29%). En cuanto a los prematuros extremos se registró 3 casos (9.1%) **(Tabla 3)**.

**Tabla N<sup>o</sup> 4**

**Factores asociados a parto pretérmino en gestantes que, atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el año 2017.**

		Parto pretérmino								
		Sí		No		OR	IC		Valor p	
		F	%	F	%		LI	LS		
Edad reproductiva extrema	Si	11	33.33	47	33.57	0.98	0.44	2.21	0.97	
	No	22	66.67	93	66.43					
Solteras	Si	8	24.24	28	20	1.28	0.52	3.14	0.59	
	No	25	75.76	112	80					
Residencia rural	Si	12	36.36	54	38.57	0.91	0.41	1.99	0.81	
	No	21	63.64	86	61.43					
Bajo nivel de escolaridad	Sí	8	24.24	49	35.00	0.5	0.24	1.41	0.23	
	No	25	75.76	91	65.00					
Antecedente de parto pretérmino	Sí	10	30.3	5	3.57	11.73	3.67	37.48	0.00	
	No	23	69.7	135	96.43					
Multiparidad	Si	19	57.58	98	70	0.58	0.27	1.27	0.17	
	No	14	42.42	42	30					
Control prenatal	Inadecuado	18	54.55	39	27.86	3.10	1.42	6.76	0.00	
	Adecuado	15	45.45	101	72.14					
Infección de vías urinarias	Sí	26	78.79	52	37.14	6.28	2.54	15.49	0.00	
	No	7	21.21	88	62.86					
Vaginosis Bacteriana	Sí	18	54.55	32	22.86	4.05	1.83	8.92	0.00	
	No	15	45.45	108	77.14					
Anemia	Sí	17	51.52	31	22.14	3.73	1.69	8.23	0.00	
	No	16	48.48	109	77.86					

Rotura	Sí	19	57.58	24	17.14	6.55	2.89	14.86	0.00
prematura de membranas	No	14	42.42	116	82.86				

Fuente: base de datos

Elaboración: Edison Bonilla

### Interpretación:

Los variables sociodemográficas: edad reproductiva extrema (OR: 0.98, IC: 0.44 – 2.21, p 0.97); solteras (OR: 1.26, IC: 0.52 – 3.14, p 0.59); residencia rural (OR: 0.91, IC: 0.41 – 1.99, p 0.81) y el bajo nivel de escolaridad (OR: 0.5, IC: 0.24 – 1.41, p 0.23). No son están asociados a parto pretérmino.

Las variables obstétricas y patológicas: antecedente de parto pretérmino (OR: 11.73, IC: 3.67 – 37.48, p 0.00); control prenatal inadecuado (OR: 3.10, IC: 1.42 – 6.76, p <0.00); infección de vías urinarias (OR: 6.28, IC: 2.54 – 15.49, p 0.00); vaginosis bacteriana (OR: 4.05, IC: 1.83 – 8.92, p 0.00); anemia (OR: 3.73, IC: 1.69 – 8.23, p 0.00) y rotura prematura de membranas (OR: 6.55, IC: 2.89 – 14.86, p <0.00). Están relacionadas con el parto pretérmino en la población de estudio. La multiparidad (OR: 0.58, IC: 0.27 – 1.27, p 0.17) no fue factor de riesgo para el parto prematuro (**Tabla Nº 4**).

## CAPÍTULO VI

### 6. DISCUSIÓN

La prevalencia de parto pretérmino en este estudio fue de 19.1%, cifra menor al reporte de Bekele (25.5%) (26), sin embargo es mayor a lo estimado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (5 – 18%) (1), y a los estudios de Escobar (7.3%)(15), Alijahan (5.1%) (29) y Ahumado (7.4%) (28); por lo que constituye un reto en la prevención y atención para los médicos y personal de salud en general.

La mayoría de partos pretérminos, corresponde al grupo de prematuros moderados a tardíos; así lo señala Escobar en su publicación, en donde el 76% de partos pretérminos pertenecen a este grupo; a nivel local en el estudio de Balladares esta cifra bordea el 67.4%. Tasas similares a la nuestra, ya que el 72.7% de partos pretérminos estudiados, se produjeron entre las semanas 32 y 37 de gestación (15,17).

De acuerdo a la edad materna, el grupo de 21 a 25 años fue el más prevalente 54 (31.2%), de ellos 12 (6.9%) presentó parto pretérmino. Cabrera D., en 2013 también reportó mayor prevalencia del suceso, en edades comprendidas entre 20 y 30 años (11). De manera similar Escobar et al., entre sus resultados obtuvo mayor frecuencia de partos pretérmino en la edad de 20 a 29 años, al encontrar 171 de 344 casos (49.70%) (15).

La edad materna se considera uno de los factores determinantes de riesgo gestacional. Por lo tanto, las madres con edades extremas de vida reproductiva tienen mayor riesgo de desarrollar parto prematuro. Cortés y colaboradores en su estudio encontraron que en mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años el riesgo de prematuridad se incrementó en 2.41 (OR: 2.41, IC: 1.51 – 3.24,  $p < 0.00$ ) y 1.86 (OR: 1.86, IC: 1.39 – 2.48,  $p < 0.00$ ) veces, respectivamente (42). Estos hallazgos están en discordancia con los nuestros (OR: 0.98, IC: 0.44 – 2.21,  $p < 0.95$ ) y con el reporte de Rivas et al., (OR: 0.94, IC: 0.42 – 2.05,  $p < 0.00$ ) en donde no se encontró relación estadísticamente significativa (43).

Los datos arrojan que 134 (77.4%) mujeres se registraron como casadas y/o unión libre durante el estudio, de ellas 13 (7.5%) presentaron parto pretérmino. En este contexto Cabrera et al., y Chiabi et al., obtuvieron resultados similares, cuya frecuencia fue de 62% y 52.9% respectivamente (24,44).

Shessira G., publicó que gestantes solteras, tienen mayor riesgo de parto prematuro (OR= 2.60, IC: 1.69 – 4.11,  $p < 0.000$ ) (23); en este sentido Chiabi et al., determinaron que en las gestantes casadas, el riesgo de presentar el suceso fue menor (OR= 0.40, IC: 0.19 – 0.84,  $p < 0.01$ ) (24), en nuestro estudio esta variable no fue factor de riesgo (OR= 1.26, IC: 0.52 – 3.14,  $p > 0.59$ ).

De las gestantes estudiadas por Chiabi et al., el 95.9% contaba con estudios de secundaria o superiores, en nuestro estudio esta cifra representó el 76 % (24). El estudio de Sukatendel et al., reportó que el nivel de escolaridad bajo es factor de riesgo para el parto pretérmino (OR: 2.51, IC: 1.45 – 4.34,  $p < 0.001$ ). En 2013 Chiabi y colaboradores, en su artículo publicaron que el riesgo de prematuridad fue menor en gestantes que se encontraban cursando sus estudios durante el suceso (OR: 0.44, IC: 0.20 – 0.98,  $p < 0.047$ ). En nuestro caso, no encontramos relación entre estas variables (OR: 0.59, IC: 0.24 – 1.41,  $p > 0.23$ ) (24,25).

Se evidenció que el 63.64 % de participantes residían en zonas urbanas, cifra superior al reporte de Bekele et al., (55.45%), e inferior a datos de Wang et al., (88.5%) (26,27). La literatura médica plantea que la residencia rural está en relación con una mala situación económica, que además por la distancia de las instalaciones de salud colocan a las gestantes bajo estrés social y económico contribuyendo al parto prematuro, así lo señala Bekele et al., (OR: 2.28, IC: 1.22 – 4.26,  $p < 0.01$ ), sin embargo, la publicación de Wang y colaboradores lo reportan como factor protector (OR: 0.60, IC: 0.37 – 0.99,  $p < 0.047$ ); en nuestro estudio, esta variable no tuvo significancia estadística (OR: 0.91, IC: 0.41 – 1.99,  $p > 0.81$ ) (26,27).

Identificamos el antecedente de parto pretérmino, como factor de riesgo significativo OR 11.73 (IC 95% 3.67 - 37.48  $p < 0.00$ ), estos hallazgos son congruentes con los

reportados por Rodríguez D, et al. (OR: 7.03, IC: 1.51-32.72,  $p < 0.004$ ) y Escobar et al., (OR: 10.72, IC: 1.3 - 80.6,  $p < 0.005$ ) que estudiaron la relación entre estas variables y demostraron que las mujeres con parto prematuro previo, presentaban mayor riesgo de recurrencia (15,16).

De acuerdo con el reporte de Manrique et al., en las gestantes multíparas, fue mucho más frecuente el parto prematuro (OR=3.6, IC: 1.3 – 10.3,  $p 0.001$ ) (30), así también, en el estudio de Shessira y colaboradores se reporta que las mujeres multíparas tienen un riesgo de prematuridad ente el 1.7 y el 3.9 (OR= 2.667, IC: 1.780 – 3.995,  $p 0.00$ ) (23); sin embargo, de los factores investigados en este estudio, la multiparidad no fue un factor de riesgo para el parto pretérmino (OR: 0.58, IC: 0.27 – 1.27,  $p 0.17$ ).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el adecuado control prenatal debe estar constituido por un mínimo de cinco controles (1). De acuerdo con el reporte de Ahumada M et al., en las gestantes con menos de cinco controles prenatales, fue más frecuente el parto prematuro (OR: 3.0, IC: 1.7 – 5.4,  $p < 0.001$ ) (28), así también, el estudio de Manrique y colaboradores reporta que las mujeres con control prenatal inadecuado tienen mayor riesgo de prematuridad (OR: 10.1, IC: 3.2 – 32.3,  $p < 0.001$ ) (30). Estos resultados, de manera similar a nuestros hallazgos (OR: 3.10, IC: 1.42 – 6.76,  $p < 0.003$ ), determinan que el riesgo de parto pretérmino aumentaría en mujeres con deficiente control prenatal, por la dificultad de diagnóstico de complicaciones y aplicación de tratamiento oportuno.

La infección de tracto urinario es la infección bacteriana más frecuente durante el embarazo y en este estudio resultó ser un factor de riesgo para presentar parto pretérmino (OR: 6.28, IC: 2.54 – 15.49,  $p 0.00$ ), siendo corroborado por una publicación mexicana, que refiere que un embarazo que cursa con ITU tiene 1.5 veces más riesgo de ser prematuro (OR: 1.5, IC: 1.1 – 2.1,  $p 0.010$ ) (15), estudio muy similar a lo reportado Alijaham et al., (OR: 1.8, IC: 1.0 – 3.2,  $p < 0.04$ ) (29), al igual que lo expuesto por Retureta y colaboradores (OR: 3.52, IC: 2.64 – 4.70,  $p < 0.00$ ) (8) quien también señala este cuadro infeccioso como factor significativamente asociado para presentar un recién nacido prematuro.

Otro proceso infeccioso importante en nuestro estudio fue la vaginosis bacteriana, que incrementó el riesgo de prematuridad en 4.05 veces (OR: 4.05, IC: 1.83 – 8.92, p 0.00), similar a lo publicado por Rodriguez et al., (OR: 4.07, IC: 1.86 – 8.87, p <0.00) (16) y Escobar et al., (OR: 3.0, IC: 1.7-5.1, P 0.00) (15). Es importante considerar que la falta o el inadecuado control prenatal, la recurrencia de la infección o la no limitación del cuadro representan un riesgo acumulado para la presentación de parto pretérmino (8).

La anemia durante el embarazo constituye un factor de riesgo para el desarrollo del parto antes de las 37 semanas de gestación; esta asociación fue expuesta por Díaz (OR: 1.96, IC 1.07 – 3.57, p<0.03) (36) y Lozada (OR: 2.459, IC: 1.0 – 5.9, p 0,045) (39), lo cual está en línea con los hallazgos de este estudio (OR: 1.96, IC 1.07 – 3.57, p<0.03).

Por último reportamos como factor de riesgo significativo la rotura prematura de membranas (OR: 6.55, IC 2.89 – 14.86, p<0.00), coincidiendo con la argumentación de Martinez et al., (OR: 3.54, IC 1.80 – 6.97, p 0.0001) (45) y Alijahan et al., (OR:3.1, CI:1.9-4.9, p 0.000) (29), en donde el riesgo de prematuridad aumentaría aproximadamente 3 veces en las mujeres que sufría rotura prematura de membranas (29,45).

## CAPÍTULO VII

### 7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA

#### 7.1. CONCLUSIONES

De acuerdo con los datos obtenidos en el presente estudio, podemos concluir que:

- La prevalencia de parto pretérmino en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el 2017 es del 19.1%, cifra superior a otros estudios a nivel internacional.
- El parto pretérmino es más frecuente en gestantes cuya edad oscila entre 20 – 25 años, con nivel de instrucción alto, casadas y que residen en el área urbana.
- De acuerdo a la edad gestacional en la que se produjo el parto pretérmino, el mayor porcentaje corresponde a las semanas 32 y 37 es decir el grupo de prematuros moderados a tardíos.
- Las variables sociodemográficas: edad reproductiva extrema; estado civil soltera; residencia rural y bajo nivel de escolaridad no fueron factores del riesgo de parto pretérmino.
- Las variables obstétricas y patológicas: antecedentes de parto pretérmino, control prenatal inadecuado; infección de vías urinarias; vaginosis bacteriana; anemia y la rotura prematura de membranas se asociaron a parto pretérmino.

#### 7.2. RECOMENDACIONES

- Realizar la atención prenatal rutinaria de manera integral y multidisciplinaria, para una correcta y oportuna identificación de factores de riesgo modificables y no modificables, que permitan tomar acciones efectivas basadas en calidad y calidez cuyo fin es la obtención de un impacto positivo en los resultados maternos perinatales.
- Continuar con investigaciones en torno al tema, para contribuir con datos de carácter sociodemográficos y epidemiológicos adecuados y actualizados

acordes a cada región de nuestro país, que permitan implementar programas de salud para mejorar las condiciones de salud materno - fetales.

### 7.3. BIBLIOGRAFIA

1. OMS | Nacimientos prematuros [Internet]. [Citado el 23 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
2. Couto D, Nápoles D, Montes P. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. Medisan [Internet]. 2014 [citado el 15 de octubre de 2016]; 18(6):841–847. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014000600014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000600014)
3. Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A, del Río MJ, Morong C, et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Rev Médica Chile [Internet]. 2012 [citado el 15 de octubre de 2016]; 140(1):19–29. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000100003&script=sci_arttext)
4. Sosa J, Flores E. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Rev Científica Salud Vida Sipanense [Internet]. 2015 [citado el 15 de octubre de 2016]; 2(2):7–18. Disponible en: <http://servicios.uss.edu.pe/ojs/index.php/SVS/article/view/201>
5. Iniarte C, Martínez G, Urrutia A, García G. Parto pretérmino en pacientes del “Hospital San Juan de Dios”-Oruro 2006. 2013 [Internet]. [Citado el 15 de octubre de 2016]; 3(5):19–24. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=47084&id\\_seccion=2493&id\\_ejemplar=4769&id\\_revista=130](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=47084&id_seccion=2493&id_ejemplar=4769&id_revista=130)
6. Acosta J, Ramos M, Zamora L, Murillo J. 10 Prevalencia de infección de vías urinarias en pacientes hospitalizadas con amenaza de parto pretérmino. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2014 [citado el 15 de octubre de 2016]; 82:737–743. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2014/gom1411d.pdf>
7. Rodríguez S, Ramos R. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2013 [citado el 15 de octubre de 2016]; 81(9):499–503. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2013/gom139b.pdf>
8. Retureta S, Rojas L, Retureta M. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. Medisur [Internet]. 2015 [citado el 24 de octubre de 2018]; 13(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2015000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400008)
9. Castellanos R, Rogelio G. Nacimiento prematuro en el nuevo milenio: ¿qué hacemos y hacia dónde vamos? Rev Médica Electrónica [Internet]. Octubre de 2017 [citado el 22 de febrero de 2018]; 39(5):1017–21. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1684-18242017000500001&lng=es&nrm=iso&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242017000500001&lng=es&nrm=iso&lng=es)
10. Instituto Nacional de Estadística y Censos – Ecuador [Internet]. [Citado el 21 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/home/>
11. Cabrera D, Espinoza C. Amenaza de Parto Pretérmino en la Fundación Humanitaria “Pablo Jaramillo” (Cuenca, Ecuador) y el Hospital “San Juan de Dios” (Cauquenes, Chile). Rev Med HJCA [Internet]. 2014 [citado el 16 de octubre de 2016]; 6(2):149–51. Disponible en: <http://www.revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/126>
12. Genes V. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Rev Nac (Itauguá) [Internet]. 2013 [citado el 15 de octubre

- de 2016]; 4(2):8–14. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v4n2/v4n2a02.pdf>
13. Ahumada M, Alvarado G. Factores de riesgo de parto pretérmino en un hospital. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado el 15 de octubre de 2016];24(2750):1–7. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100350&lng=en&nrm=iso&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100350&lng=en&nrm=iso&lng=en)
  14. Diaz D, Castañeda V, Farro R, García D, Rojas L. Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino: un estudio multicéntrico. Trujillo metropolitano, 2011–2013. *UCV-Sci* [Internet]. 2015 [citado el 15 de octubre de 2016]; 6(2):143–147. Disponible en: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/UCV-SCIENTIA/article/view/134>
  15. Escobar B, Gordillo L, Martínez H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2017 [citado el 23 de octubre de 2018];55(4):424–8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im174d.pdf>
  16. Rodríguez D, Morales V, Escudero R, Arévalo D, Cabrera L. Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino: un estudio multicéntrico. Trujillo metropolitano, 2011 – 2013. *UCV-Sci* [Internet]. 2014 [citado el 23 de octubre de 2018];6(2):143–7. Disponible en: <https://www.google.com.ec/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6181446.pdf&ved=2ahUKEwiNu8qqkJ3eAhWQjlkKHcEcC-gQFjABegQICBAB&usg=AOvVaw0SUjJdKc3nAvwMLwUIRmVx>
  17. Balladares F, Chacón V. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE ENERO DEL 2010 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014. [Internet]. [CUENCA]: UNIVERSIDAD DE CUENCA; 2016 [citado el 28 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://docplayer.es/56208098-Universidad-de-cuenca-facultad-de-ciencias-medicas-escuela-de-medicina.html>
  18. Tascón M, Alfonso L, Benítez C, Isabel D, Tascón M, Isabel L, et al. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. Agosto de 2016 [citado el 22 de febrero de 2018];81(4):330–42. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-75262016000400012&lng=es&nrm=iso&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262016000400012&lng=es&nrm=iso&lng=es)
  19. Iglesias E, López F. Etiopatogenia y Fisiopatogenia Parto Pretérmino. En: *Amenaza de parto pretérmino y complicaciones derivadas de la prematuridad*. 1a ed. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2013. p. 26–32.
  20. Cortés Castell E, Rizo-Baeza MM, Cordero A, J M, Rizo-Baeza J, Gil Guillén V. Edad materna como factor de riesgo de prematuridad en España: área mediterránea. *Nutr Hosp* [Internet]. octubre de 2013 [citado el 23 de febrero de 2018];28(5):1536–40. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0212-16112013000500025&lng=es&nrm=iso&lng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112013000500025&lng=es&nrm=iso&lng=en)
  21. Leonard S, Crespi C, Gee D, Zhu Y, Whaley. Prepregnancy Risk Factors for Preterm Birth and the Role of Maternal Nativity in a Low-Income, Hispanic Population. *Matern Child Health J* [Internet]. octubre de 2015 [citado el 1 de noviembre de 2018];19(10):2295–302. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s10995-015-1748-4>
  22. Fuchs F, Monet B, Ducruet T, Chaillet N, Audibert. Effect of maternal age on the

- risk of preterm birth: A large cohort study. *PloS One*. 2018;13(1):e0191002.
23. Shessira G. Factores de riesgo asociado a parto Pre término en gestantes del servicio de Gineco - obstetricia del hospital maría auxiliadora durante el año 2015. [Internet]. [LIMA]: UNIVERSIDAD RICARDO PALMA; 2017 [citado el 28 de noviembre de 2018]. Disponible en: [https://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/937/1/Guadalupe%20Huam%C3%A1n%20Shessira%20Miluzka\\_2017.pdf](https://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/937/1/Guadalupe%20Huam%C3%A1n%20Shessira%20Miluzka_2017.pdf).
  24. Chiabi A, Mah E, Mvondo N, Nguetack S, Lawrance M, Kamga K, et al. Risk Factors for Premature Births: A Cross-Sectional Analysis of Hospital Records in a Cameroonian Health Facility. *African Journal of Reproductive Health* [Internet]. El 17 de diciembre de 2013 [citado el 27 de octubre de 2018]; 17(4):77. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf?rh13058>
  25. Sukatendel K, Hasibuan CL, Pasaribu HP, Sihite H, Ardyansah E, Situmorang MF. Risk factor for preterm labor in Haji Adam Malik General Hospital, Pirngadi General hospital and satellite hospitals in Medan from January 2014 to December 2016. *IOP Conf Ser Earth Environ Sci* [Internet]. marzo de 2018 [citado el 27 de octubre de 2018];125:12192. Disponible en: <http://stacks.iop.org/1755-1315/125/i=1/a=012192?key=crossref.bb1631999c249d79ff7171898c8b34dc>
  26. Bekele I, Demeke T, Dugna K. Prevalence of Preterm Birth and its Associated Factors among Mothers Delivered in Jimma University Specialized Teaching and Referral Hospital, Jimma Zone, Oromia Regional State, South West Ethiopia. *J Womens Health Care* [Internet]. 2017 [citado el 25 de octubre de 2018];6(1). Disponible en: <https://www.omicsgroup.org/journals/prevalence-of-preterm-birth-and-its-associated-factors-among-mothers-delivered-in-jimma-university-specialized-teaching-and-referral-2167-0420-1000356.php?aid=86087>
  27. Wang J, Zeng Y, Ni Z, Wang G, Liu S, Li C, et al. Risk factors for low birth weight and preterm birth: A population-based case-control study in Wuhan, China. *J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci* [Internet]. el 1 de abril de 2017;37(2):286–92. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11596-017-1729-5>
  28. Ahumada M, Alvarado G. Risk Factors for premature birth in a hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado el 23 de octubre de 2018]; 24(2750). Disponible en: <https://docplayer.es/29089621-Factores-de-riesgo-de-parto-pretermino-en-un-hospital-1.html>
  29. Alijahan R, Hazrati S, Mirazarahimi M, Pourfarzi F, Ahmadi P. Prevalence and risk factors associated with preterm birth in Ardabil, Iran. *Iran J Reprod Med* [Internet]. [citado el 24 de octubre de 2018];12(1):47–56. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4009588/#B5>
  30. Manrique L, Loretta C. Predictores de parto pretérmino en la población adolescente. *Acta méd costarric* [Internet]. 2015 [citado el 23 de octubre de 2018];57(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/434/43433759005.pdf>
  31. Escobar B, Gordillo-Lara LD, Martínez-Puon H. Risk factors associated with preterm birth in a second level hospital. *Rev Medica Inst Mex Seguro Soc*. 2017;55(4):424.
  32. Ministerio de Salud Pública. Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica (GPC). Segunda edición; Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2016. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.
  33. Williams JW, Leveno KJ, Cunningham FG, Bloom SL. *Williams obstetricia*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2011. 812-813 p.
  34. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Infección de vías urinarias en el embarazo, guía de práctica clínica. Ecuador: MSP; 2013. Esta guía puede

- ser descargada de internet en: [www.msp.gob.ec](http://www.msp.gob.ec).
35. Retureta S, Rojas L, Retureta S. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. *Med Sur* [Internet]. 2015 [citado el 15 de octubre de 2016];13(4):517–25. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medisu/rmsu-2015/msu154h.pdf>
  36. Diaz D, Retureta S, Vega Y, Martinez L, Ávila M, Hernandez I. Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el Policlínico Norte de Ciego de Ávila. 2011-2012. *MEDICIEGO* [Internet]. 2015 [citado el 24 de octubre de 2018];2(3). Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/458>
  37. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de la infección vaginal en obstetricia. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2014. Disponible en: <http://somossalud.msp.gob.ec/>.
  38. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica (GPC). Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. 1ª Edición, Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.
  39. Lozada H. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paíta-2017. [PIURA - PERÚ]: UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA; 2018.
  40. Ministerio de Salud Pública. Ruptura prematura de membranas pretérmino, Guía de Práctica Clínica (GPC). , 1ª Edición, Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.
  41. Quirós G, Alfaro R, Bolívar M. Amenaza de Parto Pretérmino. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD* [Internet]. 2016 [citado el 5 de noviembre de 2018];1(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revclies/cmmed/ucr-2016/ucr161h.pdf>
  42. Cortes E, Rizo M, Aguilar M, Rizo J, Gil V. Maternal age as risk factor of prematurity in Spain; Mediterranean area. *Nutr Hosp* [Internet]. 2013 [citado el 26 de octubre de 2018]; 28(5):1536–40. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112013000500025](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000500025)
  43. Rivas-Perdomo EE. Asociación entre edad materna avanzada y los resultados perinatales en una clínica universitaria de Cartagena (Colombia), 2012: estudio de cohorte retrospectiva. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. el 30 de septiembre de 2015 [citado el 26 de octubre de 2018];66(3):179. Disponible en: <http://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/22>
  44. Cabrera D, Espinoza C. Factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Cuenca, Ecuador; y Hospital San Juan de Dios, Cauquenes, Chile. *Universidad del Azuay*. [Internet]; Año 2013. [Citado 2015 mayo 22]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/2766/1/09835.pdf>.
  45. Martinez G, Díaz J, Romero A. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. *Salud en Tabasco* [Internet]. 2017 [citado el 24 de octubre de 2018]; 23(1–2):13–8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48754566003.pdf>

## ANEXOS

### Anexo 1: Formulario de recolección de datos

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
**UNIDAD ACADÉMICA DE BIENESTAR Y CIENCIAS DE LA SALUD**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

“FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO, EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, DURANTE EL PERIODO DE ENERO-DICIEMBRE DE 2017”

FORMULARIO Nº \_\_\_\_\_

HISTORIA CLÍNICA Nº \_\_\_\_\_

1. NACIMIENTO PRETÉRMINO	
1.1. SI	
1.2. NO	

2. CLASIFICACIÓN	
2.1. Prematuros extremos (<28 semanas)	
2.2. Muy prematuros (28 a <32 semanas)	
2.3. Prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas)	
2.4. A término ( > 37 semanas)	

#### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

3. EDAD	
3.1. < 19 AÑOS	
3.2. 20 – 24 AÑOS	
3.3. 25 – 29 AÑOS	
3.4. 30 – 34 AÑOS	
3.5. > 35 AÑOS	

4. INSTRUCCIÓN	
4.1.	NINGUNA
4.2.	PRIMARIA
4.3.	SECUNDARIA
4.4.	SUPERIOR

5. ESTADO CIVIL	
5.1.	SOLTERA
5.2.	CASADO
5.3.	DIVORCIADA
5.4.	UNION LIBRE
5.5.	VIUDA

6. RESIDENCIA	
6.1.	URBANA
6.2.	RURAL

### FACTORES GINECO - OBSTÉTRICOS

7. ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO	
7.1.	SI
7.2.	NO

8. CONTROL PRENATAL	
8.1.	NULO
8.2.	< 4 CONTROLES
8.3.	> 5 CONTROLES

9. PARIDAD	
9.1. NULIPARA	
9.2. PRIMÍPARA	
9.3. MULTÍPARA	

10. INFECCIONES DE TRACTO URINARIO	
10.1. SI	
10.2. NO	

11. VAGINOSIS BACTERIANA	
11.1. SI	
11.2. NO	

12. ANEMIA		
12.1. SI		Hb
12.2. NO		

13. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA	
13.1. SI	
13.2. NO	

### Anexo 3: Carta de compromiso ético



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

#### CARTA COMPROMISO ÉTICO

Yo, Edison Leonel Bonilla Borja, con cédula de ciudadanía 0106576374, autor del trabajo de investigación previo a la obtención del título de Médico, con el tema "FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO, EN PACIENTES ATENDIDAS EN OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, EN EL AÑO 2017", mediante la suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizará estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelará a personas ajenas a éste proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza tiene fines académicos, los datos que se recolectarán permitirá conocer los factores maternos asociados a parto pretérmino, en pacientes atendidas en obstetricia del hospital Vicente Corral Moscoso, en el año 2017; las personas que no participen en éste proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.

Cuenca, 13 de Febrero de 2019



Edison Leonel Bonilla Borja

CI: 0106576374

### Anexo 3: Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA Y CODIFICACIÓN
<b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>				
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la fecha de estudio.	Tiempo transcurrido	Número de años cumplidos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt; 20 años</li> <li>2. 20 - 25 años</li> <li>3. 25 – 30 años</li> <li>4. 30 - 35 años</li> <li>5. &gt; 35 años</li> </ol>
Instrucción educativa	Grado más elevado de estudios realizados por una persona.	Asistencia a un sistema de educación formal.	Años de estudio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analfabeta</li> <li>2. Primaria</li> <li>3. Secundaria</li> <li>4. Superior</li> </ol>
Estado Civil	Condición que tiene cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Legal	Tipo de estado civil/cédula de identidad	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soltera</li> <li>2. Casada</li> <li>3. Unión libre</li> <li>4. Viuda</li> <li>5. Divorciada</li> </ol>
Residencia	Lugar donde	Ubicación	Geográfica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Urbana</li> <li>2. Rural</li> </ol>

	vive la paciente	geográfica de la vivienda		
Parto pretérmino	Aquel que ocurre entre las semanas 28 y 37 de gestación.	Parto pretérmino	Historias clínicas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentó</li> <li>2. No presentó</li> </ol>
<b>VARIABLES OBSTÉTRICAS Y PATOLÓGICAS</b>				
Antecedente de parto pretérmino	Número de partos pretérmino anteriores	Número	Historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>
Control prenatal	Evaluación médica durante la gestación, para preservar la salud de la gestante y del producto de la concepción.	Visitas a facultativo o para control de bienestar materno-fetal	Historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adecuado (<math>\geq 5</math> controles)</li> <li>2. Inadecuado (<math>&lt; 5</math> controles)</li> </ol>
Multiparidad	Mujer que ha presentado 2 o	Biológico	Historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>

	más partos.			
Embarazo gemelar	Es el desarrollo simultáneo en el útero de dos fetos.	Biológico	Historia clínica	1. Si 2. No
Infección de vías urinarias	Alteración morfológica o funcional del tracto urinario, causado por gérmenes patógenos, corroborada con urocultivo positivo	Clínica	Presencia de infección.	1. Si 2. No
Vaginosis Bacteriana	Síndrome clínico de origen poli microbiano que resulta de la sustitución de la flora vaginal saprofita normal de Lactobacillus productora de H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> por bacterias	Biológica	Historia clínica	1. Si 2. No

	anaerobias (Prevotella sp y Mobiluncus sp), Gardnerella Vaginalis y Mycoplasma hominis.			
Anemia	Alteración sanguínea caracterizada por la disminución en la concentración de hemoglobina (menor a 11.0 g/dl en el primer y tercer trimestre, y menor a 10.5 g/dl en el segundo trimestre), hematocrito y el número total de eritrocitos.	Biológica	Historia clínica	1. Si 2. No
Ruptura prematura de membranas	Es la solución de continuidad de la	Ecográfica y clínica.	Historia clínica	1. Presentó 2. No presentó

	Membrana corioamniótica después de la semana 20 de gestación y al menos una hora antes del inicio del trabajo de parto.			
--	---	--	--	--

**Anexo 4: Oficio de aprobación por departamento de Bioética**



Cuenca, 10 de septiembre 2018

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Vivos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

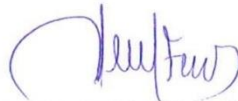
**CERTIFICA**

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado "Factores maternos asociados a parto pretérmino, en pacientes atendidos en obstetricia del hospital Vicente Corral Moscoso, en el año 2017".

Trabajo de titulación realizado por el Sr. Edison Leonel Bonilla Borja

Código: Lu0EdBo74137

Es todo cuanto se puede decir en honor a la verdad.



**DR. CARLOS FLORES MONTESINOS**

**RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA**

## Anexo 5: Oficio de coordinación de Investigación



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Cuenca, 10 de septiembre de 2018.

Oscar Chango Sigüenza  
GERENTE DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO  
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que el estudiante de la Carrera de Medicina EDISON LEONEL BONILLA BORJA con CI: 0106576374, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguido hospital, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A PARTO PRETERMINO, EN PACIENTES ATENDIDAS EN OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL AÑO 2017". La Investigación será dirigida por el Dra. Jeanneth Patricia Tapia Cárdenas, especialista en Ginecología y Obstetricia y docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO  
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y  
BIENESTAR  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN  
Dra. Karla Aspiázu H.  
Responsable del Criterio de Investigación  
Facultad de Medicina  
UCACUE

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

Manual Vega y Pio Bravo  
Teléfonos: 830752 – 4123175  
[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

## Anexo 6: Informe de sistema antiplagio

### PARTO

#### INFORME DE ORIGINALIDAD



#### ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

10%

★ [cybertesis.urp.edu.pe](http://cybertesis.urp.edu.pe)

Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 100 words

Excluir bibliografía

Activo

## **Anexo 7: Rúbricas de pares revisores**



Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: *Factores netos asociados a patógenos en parientes atendidos en el Hospital Viceroy Carl Manríquez, en el año 2017*

Nombre del estudiante: *Edison Leonel Bonilla Borja*

Director: *HGT Tapso Ca*

Nombre de par revisor:

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumplió	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	/			1 /1
Redacción Científica	/			1 /1
Pensamiento crítico	/			1 /1
Marco teórico	/			1 /1
Anexos	/			1 /1
Total	5			5 /5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

\* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

*Ninguna*

---



---



---



---

*[Firma]*  
 Jefe del HGS "José Carrasco A."  
 Dr. José P. Carrasco A.  
 Dr. José Carrasco A. - CARRERA DE MEDICINA  
 C/29/F 87 Teléfono 256

Firma y sello de responsable

*[Firma]*

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo  
Teléfonos: 830752 – 4123175

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA MEDICINA  
DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: *Factores maternos asociados a parto pretérmino en paciente atendida en obstetricia del Hospital Víctor Raúl Hualde en el año 2017*

Nombre del estudiante: *EDISON LEONEL BONILLA BORJA*

Director: \_\_\_\_\_

Nombre de par revisor: *Dr. Lvaro Mejía*

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis				1 / 1
Redacción Científica				1 / 1
Pensamiento crítico				1 / 1
Marco teórico				1 / 1
Anexos				1 / 1
Total				5 / 5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

\* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

*no*

---



---



---



---

*Dr. Lvaro Mejía*  
COD. # 1318  
Firma y sello de responsable

*[Firma]*  
Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo  
Teléfonos: 830752 – 4123175

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA MEDICINA  
DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN



**Anexo 8: Revisión de dirección de carrera**



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

**Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina**

<b>Tema:</b> FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A PARTO PRETERMINO, EN PACIENTES ATENDIDAS EN OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, EN EL AÑO 2017	
<b>Nombre del estudiante:</b> BONILLA BORJA EDISON LEONEL	
<b>Nombre del responsable de la calificación</b>	
<b>Director:</b>	Dra. Jeanneth Tapia
<b>Asesor:</b>	Dra. Jeanneth Tapia

PROCESO	EVALUACIÓN				
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación	
				Aprobado	reprobado
Estructura de tesis	/			/	
Redacción Científica	/			/	
Pensamiento crítico	/			/	
Marco teórico	/			/	
Anexos	/			/	

\* Marcar con una x lo que corresponda

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	/
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

\* Marcar con una x lo que corresponda

**Observaciones y recomendaciones:**

---



---



---

  
**Firma y sello del Director o Representante de  
Dirección de la Carrera de Medicina**

  
**Firma de aceptación del estudiante**

Manuel Vega y Pío Bravo  
 Teléfonos: 830752 – 4123175  
[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

## Anexo 9: Autorización de la Unidad de Salud

 **Ministerio  
de Salud Pública**  
Coordinación Zonal 6 - SALUD  
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

 **GOBIERNO  
DE LA REPÚBLICA  
DEL ECUADOR**

Oficio No. 0975-GHR-2018  
Cuenca, 26 de septiembre de 2018

Doctora  
Karla Alexandra Aspiazu  
RESPONSABLE DEL CRITERIO DE INVESTIGACIÓN  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA  
Presente

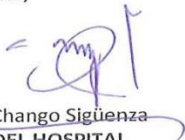
**Asunto:** Carta de interés institucional con protocolo de investigación "FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A PARTO PRETERMINO EN PACIETES ATENDIDAS EN OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO"

De mi consideración

Yo **OSCAR MIGUEL CHANGO SIGUENZA** con CI 0102631652, en calidad de autoridad del HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, manifiesto que conozco y estoy de acuerdo con la propuesta del protocolo de investigación titulado "FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A PARTO PRETERMINO EN PACIETNSE ATENDIDAS EN OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO". Cuyo investigador es Edison Leonel Bonilla Borja.

Certifico también que se han establecido acuerdos con el investigador para garantizar la confidencialidad de los datos de los individuos, en relación con los registros médicos fuentes de información a los que se autorice su acceso.

Atentamente,



**Dr. Oscar Chango Siguenza**  
GERENTE DEL HOSPITAL  
VICENTE CORRAL MOSCOSO

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO  
GERENCIA  
  
Ministerio de Salud Pública  
Av. 12 de Abril y Los Arupos  
Cuenca - Ecuador

Av. Los Arupos y Av 12 de Abril  
Teléfonos: 593 (7) 4096600 / 4096601 / 4096602  
Email: [dpsazuay@misp.gob.ec](mailto:dpsazuay@misp.gob.ec)  
[www.hvcm.gob.ec](http://www.hvcm.gob.ec)

## Anexo 10: Informe final



### UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA  
UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE MEDICINA

#### INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACION "TESIS"

**Antecedentes:** para el internado septiembre 2017 – agosto 2018, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación tesis, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rubricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rubricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director de tesis.

**Informe:** la alumno/a BONILLA BORJA EDISON LEONEL ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación de la tesis titulada: FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A PARTO PRETERMINO, EN PACIENTES ATENDIDAS EN OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, EN EL AÑO 2017

obteniendo las siguientes notas:

1. Rubricas de director y asesor: 40/40
2. Rubrica de pares revisores: 10/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 50/100

**Revisores:** DR. LAURO MEJIA/ DR. JUAN MUÑOZ

**Conclusiones:** de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

5. La alumna ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su tema de tesis y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su tesis.

**Recomendaciones:** de acuerdo a todo lo expuesto en este presente informe se recomienda lo siguiente:

- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación de tema de tesis del alumno antes mencionado.

Atentamente,  
  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA  
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA MEDICINA  
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE MEDICINA  
Lcda. Carem Prieto M. Sc.  
Responsable (S) de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE



## Anexo 11: Solicitud para sustentación de tesis



Cuenca, 08 de febrero de 2019

A Unidad de Titulación

### CERTIFICO

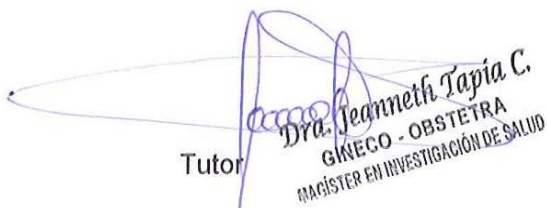
Yo MGT Tapia Cárdenas Jeanneth Patricia,

Directora del trabajo de investigación con tema “FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL AÑO 2017”, que constituye el trabajo de titulación de la alumna Edison Leonel Bonilla Borja con CI: 0106576374.

Por este medio damos el consentimiento para que la misma pueda ser sustentada por el Autor, luego de haber sido revisada por el Departamento de Investigación de la Facultad de Medicina.

Para ello además entregamos el trabajo adaptado a las normas de presentación que han sido enviadas por la Unidad de Titulación de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la UCACUE.

Atentamente nos suscribimos de ustedes.



Tutor  
Dra. Jeanneth Tapia C.  
GINECO - OBSTETRA  
MAGISTER EN INVESTIGACIÓN DE SALUD

MGT. Tapia Cárdenas Jeanneth



Estudiante

Edison Bonilla B.

## Anexo 12: Abstract – Centro de Idiomas



### CENTRO DE IDIOMAS

#### SUMMARY

**BACKGROUND:** Preterm birth represents a frequent problem during pregnancy. According to the World Health Organization occurs between 5 and 18% of pregnancies and also involves high rates of maternal-fetal morbidity and mortality.

**OBJECTIVE:** To determine the maternal factors associated with the development of preterm birth in the patients with delivery care in the obstetrics area of the Hospital Vicente Corral Moscoso, from January to December 2017.

**METHODOLOGY:** A quantitative, observational, retrospective, cross-sectional and analytical study was conducted on 173 patients selected through random sampling. The data was tabulated in the SPSS program version 20.0. Descriptive statistics was used for the characterization of the population. The statistician was the odds ratio (OR), considering statistical association to a value  $p < 0.05$  with a confidence interval of 95%. Bioethical procedures were followed for research in humans.

**RESULTS:** The prevalence of preterm birth was 19.1%. Antecedents of preterm birth (OR: 11.73,  $p < 0.00$ ), inadequate prenatal control (OR: 3.10,  $p < 0.00$ ), urinary tract infection (OR: 6.28,  $p < 0.00$ ), bacterial vaginosis (OR: 4.05,  $p < 0.00$ ), anemia (OR: 3.73,  $p < 0.00$ ) and premature rupture of membranes (OR: 6.55,  $p < 0.00$ ) were determined as significant risk factors for preterm birth.

**CONCLUSION:** It was established that the antecedent of preterm birth, inadequate prenatal control, urinary tract infection, bacterial vaginosis, anemia and premature rupture of membranes are risk factors associated with preterm birth.

**KEY WORDS:** PRETERM BIRTH, RISK FACTORS, ASSOCIATION.

Cuenca, 12 de febrero del 2019

EL CENTRO DE IDIOMAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, CERTIFICA QUE EL DOCUMENTO QUE ANTECEDE FUE TRADUCIDO POR PERSONAL DEL CENTRO PARA LO CUAL DOY FE Y SUSCRIBO



DR. JOHN CARVAJAL GONZALEZ  
SECRETARIO



## Anexo 13: Rubrica de sustentación



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

### Rubrica de sustentación de tesis

Para completar el dictamen sírvase asignar un puntaje máximo de acuerdo a cada parametro y un mínimo de 0 (cero) a cada parte del trabajo.

Tema: _____ _____
Nombre del estudiante: Director
Título a obtener:
Fecha de sustentación: ____ / ____ / ____

Presidente del Tribunal:
Vocal 1 del Tribunal:
Vocal 2 del Tribunal:
Fecha de sustentación: ____ / ____ / ____

Presentación del Título del Trabajo	PUNTAJE	
	Posible	Asignado
Refleja el contenido del trabajo	2.5	
Es concreto y preciso definiendo el tema de investigación	2.5	
La primera frase es significativa, explicando el tema de la tesis y la categoría del tratamiento (estudio de caso, resumen histórico, análisis de la situación, etc).	5	
Expresión oral en la defensa de su trabajo investigativo	5	
Presenta la problemática, Apuntando el problema central	5	
Resalta el objetivo general	5	
Presenta la metodología	2.5	
Presenta de forma clara y lógica las principales ideas y conceptos de los autores discutidos	5	
Expresa los resultados más significativos	5	
Permite el correcto tratamiento y análisis de los datos	5	
Presenta la discusión final o respuesta a la pregunta principal	5	
Conclusiones	2.5	
<b>TOTAL</b>	<b>50/50</b>	

Observaciones y recomendaciones:

---



---



---



---

Manuel Vega y Pio Bravo

Teléfonos: 830752 – 4123175

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Para constancia de lo realizado firman a continuación:

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del presidente del Tribunal

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Vocal 1 del Tribunal

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Vocal 1 del Tribunal

\_\_\_\_\_  
Firma de del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo  
Teléfonos: 830752 – 4123175

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

 UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA  
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA MEDICINA  
DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN



