

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

FACULTAD DE MEDICINA



**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCION DEL
TÍTULO DE MÉDICO/A**

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL PARTO
PRETERMINO EN EL HOSPITAL GENERAL DE MACAS, PERIODO
OCTUBRE 2015 – OCTUBRE 2016.**

AUTOR(A):

MARIA ISABEL PINTADO VILLA

DIRECTOR:

DR. ESTEBAN PADRON M.

CUENCA, ECUADOR, 2017

Contenido

RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
CAPITULO I.....	9
1.1 INTRODUCCIÓN.....	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	11
1.2.1 Situación problemática.	11
1.2.2 Formulación del problema.	12
1.2 JUSTIFICACIÓN.	12
CAPITULO II.....	13
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	13
2.1 Antecedentes.....	13
2.2 Bases teórico-científicas.	15
2.2.1 Epidemiología.....	15
2.2.2 Definición.	15
2.2.3 Clasificación.	16
2.2.4 Etiología.....	16
2.2.5 Prevalencia.....	16
2.2.6 Factores de riesgo sociodemograficos	17
2.2.6.1 Edad materna.	17
2.2.6.2 Procedencia.....	17
2.2.6.3 Nivel de instrucción.....	18
2.2.7 Factores de riesgo materno.....	18
2.2.7.1 Antecedente de parto pretérmino.	18
2.2.7.2 Infección de vías urinarias.....	18
2.2.7.3 Anemia.....	19
2.2.7.4 Vaginosis bacteriana.....	19
2.2.7.5 Control Prenatal.....	20
2.2.8 Factores de riesgo obstétrico.	20
2.2.8.1 Numero de Paridad.....	20
2.2.9 Factores de riesgo neonatales.....	20
2.2.9.1 Bajo peso al nacer.	20
2.2.10 Fisiología de las contracciones uterinas.....	21
2.2.11 Evaluación Clínica.....	21
2.2.12 Exámenes Complementarios.....	22

2.2.12.1 Cervicometría.....	22
2.2.12.2 Fibronectina Fetal.....	23
2.2.12.3 Exploración Obstétrica.....	24
2.2.12.4 Considerar Riesgo.....	24
2.2.13 Tratamiento.....	25
2.2.13.1 Bloqueantes Cálculos.....	25
2.2.13.2 Corticoides.....	25
2.3 Definición de Términos Básicos.....	26
2.4 Hipótesis.....	27
CAPITULO III.....	28
3. OBJETIVOS.....	28
3.1 Objetivo General.....	28
3.2 Objetivos Específicos.....	28
CAPITULO IV.....	29
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	29
4.1 Diseño general del estudio.....	29
4.1.1 Tipo de estudio.....	29
4.1.2 Área de investigación.....	29
4.1.3 Universo de estudio.....	29
4.1.4 Población y muestra.....	29
4.1.5 Unidad de análisis y de observación.....	29
4.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	29
4.2.1 Criterios de inclusión.....	29
4.2.2 Criterios de exclusión.....	30
4.3 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	30
4.3.1 Métodos de procesamiento de la información.....	30
4.3.2 Técnica.....	30
4.3.3 Instrumento.....	30
4.3.4 Procedimiento para la recolección de la información y descripción de instrumentos a utilizar.....	30
4.4 Plan de procesamiento y análisis de datos.....	30
4.5 Aspectos éticos y legales.....	31
4.6 Descripción de variables.....	31
4.6.1 Operacionalización de las variables.....	31
CAPÍTULO V.....	34
5. RESULTADOS.....	34

5.1 Cumplimiento del estudio.....	34
5.2 Características de la población de estudio.....	34
5.3 Análisis de resultados.....	34
CAPITULO VI	39
6. DISCUSIÓN.....	39
CAPITULO VII	42
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	42
7.1 Conclusiones.....	42
7.2 Recomendaciones.....	43
BIBLIOGRAFÍA.....	44
ANEXOS.	53

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a mi madre que estuvo conmigo compartiendo las noches largas, ya que sin ella no estaría donde estoy ahora, sus consejos, lo que tengo y lo que hago es por ella, lo más valioso que tengo en mi vida. A mi hermana Gabriela con la que compartí noches de estudio, un apoyo incondicional. A mi sobrina Aly el ángel que llegó para cambiar mi vida, espero ser un buen ejemplo para ella, su sonrisa cambia mis días malos por buenos.

Las tres mujeres más importantes en mi vida ya que sin ellas este trabajo no se darían. Esto es para ustedes.

Mis abuelos con sus consejos, enseñándome el verdadero fruto del esfuerzo y el trabajo se ven reflejados consejo que lo tendré presente para toda mi vida.

Para mi ángel Gustavo que desde el cielo me guía, tu partida fue inesperada, pero sé que desde ahí te sentirás orgulloso de mí. Tú eres y serás parte de este gran paso en mi vida.

A usted John Fabricio Medina que llegó a mi vida, para cambiar la forma de ver las cosas de forma más audaz, por estar presente en las adversidades que se presentaron en el camino, quiero compartir el logro de este gran esfuerzo; mi compañero de largas noches y desvelos interminables, gracias por estar ahí.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme salud y sabiduría, por cumplir otra etapa de mi vida, con esfuerzo y sacrificio. A mi madre que fue el pilar fundamental en mi vida, a mi familia que ha estado apoyándome en mis años de estudio por tener paciencia y saber perdonarme al no estar presente en fechas importantes.

No me queda más que agradecer a las personas que me brindaron su apoyo en la elaboración de esta investigación, por la constante paciencia y ayuda incondicional. A mi tutor por guiarme con sus conocimientos y experiencias para poder elaborar este proyecto.

RESUMEN

Introducción: La incidencia de parto pretérmino se presenta en un 10 a 11%, la cual representa la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal, sin que esto se haya modificado durante las últimas décadas.

Objetivos: Determinar la prevalencia y los factores asociados a parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital General de Macas, periodo octubre 2015 - octubre 2016.

Materiales y métodos: Diseño de tipo descriptivo, analítico y transversal, la muestra fue de 152 gestantes con parto pretérmino, se revisó historias clínicas de las maternas atendidas en el Hospital General Macas. Los datos recolectados fueron tabulados y procesados en la base de datos de Microsoft Excel, se adiciono al programa estadístico SPSS 15. Para determinar el grado de asociación se realizó sobre la base del cálculo del Odds Ratio, intervalos de confianza del 95%, valor de p, chi cuadrado.

Resultados: El parto pretérmino presenta una prevalencia del 3.9%, madre añosa: (OR 0,7; IC 0,1-4,1; p 0,72); antecedente de parto pretérmino: (OR 1,0; IC 1,0-1,0; p 0,3); infección de vías urinarias: (OR 1,2; IC 0,1-11,3; p 0,8); anemia: (OR 1,0; IC 1,0-1,0; p 0,4); vaginosis bacteriana: (OR 0,9; IC 0,1-8,6; p 0,9) y control prenatal inadecuado: (OR 0,9; IC 0,9-0,9; p 0,4). Multiparidad: (OR 1,2; IC 0,2-6,8; p 0,8) y nuliparidad: (OR 0,8; IC 0,1-4,6; p 0,8).

Conclusiones: La prevalencia del parto pretérmino es del 3,9 en las usuarias del hospital general de Macas, los factores sociodemográficos, maternos y obstétricos tienen riesgo significativo.

Palabras claves: Parto pretérmino, prevalencia.

ABSTRACT

Introduction: The incidence of preterm delivery occurs in 10 to 11%, which represents the main cause of morbidity and perinatal mortality, without this being modified during the last decades.

Objectives: To determine the prevalence and factors associated with preterm delivery in pregnant women served at the General Hospital of Macas, period october 2015-october2016.

Materials and methods: Descriptive design, analytical and transversal, the sample was 152 pregnant with preterm delivery, it was reviewed clinical histories of the maternal attended at the General Hospital Macas. The data collected were tabulated and processed in the Microsoft Excel database, added to the SPSS 15 statistical program. To determine the degree of association was carried out on the basis of the calculation of the Odds Ratio, intervals of confidence of 95%, value of p, chi squared.

Results: Preterm delivery presents a prevalence of 3.9%, Mother years: (OR 0.7;) IC 0.1-4.1; P 0.72); Preterm delivery History: (OR 1.0;) IC 1.0-1.0; P 0.3); Urinary tract Infection: (OR 1.2;) IC 0.1-11.3; P 0.8); Anemia: (OR 1.0;) IC 1.0-1.0; P 0.4); Bacterial vaginosis: (OR 0.9;) IC 0.1-8.6; (P 0.9) and inadequate prenatal control: (OR 0.9;) IC 0.9-0.9; P 0.4). Multiparity: (OR 1.2;) IC 0.2-6.8; (P 0.8) and Nuliparidad: (OR 0.8;) IC 0.1-4.6; P 0.8).

Conclusions: The prevalence of preterm labor is 3.9 in the users of the general Hospital of Macas, the factors demographic, maternal and obstetrics have significant risk.

Key words: Preterm delivery, prevalence.

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Parto pretérmino según la OMS considera a un bebe nacido antes de las 37 semanas de gestación, en el mundo nacen alrededor de 15 millones de bebés, de los cuales un millón de niños prematuros fallecen debido a falta de desarrollo o presentar discapacidad ya sea esta de aprendizaje, visual o auditiva (1) (2).

Informes de la OMS manifiestan que el parto pretérmino es un problema de salud perinatal a nivel mundial, de ahí la importancia de conocer cuáles son las causas o la predisposición que se tiene para que una madre lo presente, el objetivo que se debe realizar seria en mejorar las atenciones obstétricas y neonatales (1).

Por lo que la prematuridad constituye uno de los más importantes desafíos de la medicina moderna, debido a que cada año se eleva su incidencia (2).

Born Too Soon The Global Action Report on Preterm Birth de La Organización Mundial de la Salud indica que el 9.6% de todos los nacimientos en el mundo fueron pretérminos de los cuales más del 90% ocurrieron en África, Asia, América Latina y el Caribe. En Argentina en el año 2013 nacieron 754603 niños de los cuales 64540 lo hicieron antes de las 37 semanas de gestación, de lo que resulta una tasa de prematurez en argentina del 8.5% (3).

Existen diversos factores de riesgo asociados a parto pretérmino por lo que es indispensable conocer cuales con las más recuentes para de esta manera prevenir o disminuir, y de este modo evitar la prematuridad. La edad materna es uno de los factores asociados a la prematuridad entre menores de 20 años y mayores de 34 años; algunas enfermedades maternas y fetales pueden indicar un parto prematuro, las principales causas son preeclampsia, retraso del crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal, gestaciones gemelares han experimentado un crecimiento del 168.4% (4).

La frecuencia de infección ascendente es muy alta entre las 20 y 32 semanas de gestación según algunos autores, es un factor de riesgo espontaneo, 90% a las 24 semanas y 60% a las 32 semanas (5).

El estrés psicosocial materno puede producir estrés fetal como una reducción del flujo uteroplacentario y puede activar prematuramente el mecanismo fetal del eje

hipotálamo hipófisis suprarrenal, donde parece que el principal inductor de prematuridad por estrés es el actor liberador de la corticotropina; este actor proviene principalmente del hipotálamo, aunque también está localizado en las células de la placenta, amnios, corion y decidua uterina. Estimula las células del amnios, corion y decidua produciéndose prostaglandinas. Lo que a su vez producen contracciones uterinas y maduran el cuello, donde las prostaglandinas estimulan el factor liberador de hormona corticotropina de la placenta, membranas ovulares y decidua, iniciándose un círculo de retroalimentación que desencadenaría el parto prematuro(6).

La infección de las membranas ovulares y del líquido amniótico por diversos microorganismos ha surgido como una posible explicación de algunos casos de rotura de membranas, trabajo de parto pretérmino o ambos (7).

Estudios más recientes y gracias al aporte de la ultrasonografía transvaginal, sugiere que se trata de una patología multifactorial ya que solo se repite en un 40% de los embarazos subsecuentes de pacientes con clara historia de incompetencia cervical. Grados menores de incompetencia cervical pueden manifestarse como parto prematuro fortaleciendo el rol de la incompetencia cervical en el síndrome de parto prematuro (8) (9).

Los posibles fundamentos para que se origine un nacimiento pretérmino, se piensa que la función del cuello uterino es ayudar a mantener la gestación y los partos normales, debido a que está conformado y cerrado hasta que culmine el embarazo, esto llegara a modificarse en el período final del embarazo y culmine con el trabajo de parto, las alteraciones cervicales presentadas antes de cumplir la gestación manifiestan un parto pretérmino (10).

La dilatación del cuello uterino después de la mitad del embarazo ha ganado atención como factor de riesgo para parto pretérmino, aunque algunos médicos la consideran una variedad anatómica normal, en especial en mujeres que ya han tenido partos (6). Estudios recientes han sugerido que la paridad sola no basta para explicar la dilatación del cuello uterino que se descubre en etapas tempranas del tercer trimestre (5). Las mujeres con borramiento y dilatación durante el tercer trimestre aumenta el riesgo de parto pretérmino, no se ha establecido que la detección mejore el resultado del embarazo (6). Al parecer el uso de mediciones

ultrasonografías del cuello uterino puede aumentar la capacidad para predecir el parto espontáneo antes de las 35 semanas de gestación en mujeres de riesgo alto(5).

El sangrado vaginal a repetición durante el embarazo es un factor de riesgo para parto pretérmino cuando no es causado por placenta previa o desprendimiento. La relación entre hemorragia decidual y parto pretérmino puede ser el resultado del efecto uterotónico de la actividad de la trombina (11).

El sangrado vaginal causado por la placenta previa o por separación de la placenta marginal es asociado con el riesgo de parto pretérmino así como con la gestación múltiple (12).

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.2.1 Situación problemática.

Parto prematuro es aquel que se produce antes de las 37 semanas y después de las 22 semanas de gestación según la Organización Mundial de la Salud, el parto pretérmino es un desafío para la salud pública debido a que es la principal causa de mortalidad infantil al no llegar a término, es decir no cumplen más de 34 semanas de gestación, cifras refieren que alrededor de 15 millones de bebés que nacen, 1 de cada 10 nacimientos son partos pretérmino, que en algunas ocasiones llevan incluso a la muerte debido a las dificultades respiratorias que pueden llegar a presentar, por eso que las gestantes se realicen los controles prenatales (3).

Cuando una gestante presenta parto prematuro, según las guías del MSP indican la administración de corticoides para acelerar la maduración pulmonar del producto, para que de esta manera al momento que nazca él bebé tenga una excelente ventilación e intercambio gaseoso con el medio al que se va a encontrar expuesto y así prevenir complicaciones (1) (13).

Las tasas de supervivencia de los prematuros muestran notables diferencias entre los países del mundo dependiendo de los recursos económicos, más de un millón de niños prematuros fallecen cada año debido a complicaciones en el parto como síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante (1).

Existen diversos factores de riesgo asociado a parto pretérmino por lo que es importante saber cuáles son los más frecuentes para poder prevenir y así lograr evitar la prematuridad; es necesario conocer las causas y las posibles consecuencias que esto trae como la morbilidad y mortalidad perinatal, problemas familiares tanto emocionales como sociales además de los gastos económicos que esto involucra el cuidado de un recién nacido prematuro, así como de mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz (14).

1.2.2 Formulación del problema.

¿Cuál es la prevalencia y factores asociados al parto pretérmino en el hospital General Macas, periodo octubre 2015 – octubre 2016?

1.2 JUSTIFICACIÓN.

La prematuridad es la principal causa de mortalidad perinatal en todo el mundo, su naturaleza multifactorial limita las intervenciones preventivas y la identificación oportuna de las gestantes en riesgo (1).

La importancia de esta investigación radica en la gran problemática que representa el parto pretérmino para la Salud Pública, hay que tener en cuenta que es responsable del 75% de la mortalidad neonatal y los que sobreviven en su mayoría presentan múltiples secuelas no solo en el periodo perinatal sino también en la niñez (3).

Se ha demostrado en estudios que la edad es un factor de riesgo donde indica que las mujeres menores de 17 años y mayores de 35 años tienen mayor riesgo de presentar parto pretérmino además del control prenatal inadecuado y el bajo nivel de escolaridad (3).

La elaboración de este trabajo de investigación tiene como finalidad conocer los factores de riesgo asociado a parto pretérmino lo que nos ayudara a conocer el comportamiento de estos factores, nos permitirá brindar una mejor atención a la gestante que esté en riesgo en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital General de Macas.

Hay que tener en cuenta que la prevención de las complicaciones y las muertes relacionadas al parto pretérmino comienzan con un embarazo saludable, por lo que es importante determinar los factores que lo ocasionan (5).

CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO.

2.1 Antecedentes.

Vílchez A., (2016) “Realizo un estudio para determinar cuáles son los principales factores de riesgo de parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense, entre el 1ro de julio del 2014 y el 30 de junio del 2015. El estudio fue caso-control investigando 80 mujeres con parto pretérmino y 80 mujeres por parto a término. Encontrándose un incremento significativo del riesgo de parto pretérmino en las mujeres que trabajan en comparación con las que no trabajan. La edad, estado civil y procedencia no se asociaron con la ocurrencia de parto pretérmino; sin embargo, las edades extremas se observa un incremento en el riesgo no significativo. Entre los antecedentes ginecoobstétricos no patológicos, ninguno se asoció de forma significativa a un incremento en el riesgo de parto pretérmino; la multiparidad se asoció a un incremento no significativo” (15).

Ovalle y col. (2012) “Con el objetivo de conocer la mortalidad perinatal del parto prematuro y los factores de riesgo asociados, evaluaron a 407 nacimientos prematuros únicos, entre 22 y 34 semanas de gestación. Se estudiaron las muertes fetales y neonatales hasta los 7 días de vida. Fallecieron 122 niños (64 muertes fetales y 58 neonatales), 78 tuvieron autopsia. La mortalidad perinatal fue de 30% (122/407). El 71% (87/122) de las muertes ocurrieron antes de las 30 semanas y el 81% (99/122) en nacidos con peso menor de 1500 gramos. Las principales causas de muerte perinatal según el factor asociado con el parto prematuro fueron: infección bacteriana ascendente (IBA) 41% (50/122), anomalía congénita 20% (24/122) e hipertensión arterial 12% (15/122). Los factores de riesgo de muerte perinatal, identificados mediante análisis de regresión logística, fueron: edad gestacional al parto ($p<0,001$), anomalía congénita ($p<0,001$), IBA ($p=0,02$) e hipertensión arterial ($p=0,03$). Las principales causas de muerte perinatal fueron: hipoxia (aguda o crónica) 28%, infección congénita 23% (preferentemente neumonía 18%), desprendimiento prematuro de placenta con hipoxia y shock hipovolémico 18%, anomalía congénita 18% y síndrome hipertensivo con hipoxia aguda o crónica 7%. Conclusiones: Entre las 22 y 34 semanas de gestación, el parto prematuro por IBA fue la causa más frecuente de muerte perinatal, la edad

gestacional al parto fue el principal factor de riesgo de mortalidad y la hipoxia fue la causa más frecuente de muerte” (16).

Balladares F., Chacón V., (2016) “Realizan 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 estudio fue de tipo transversal, retrospectivo. El universo que se estudia fue de 301 casos de parto pretérmino en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el período comprendido entre el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014. Se obtuvieron 301 casos, el 38,5 % de casos las pacientes entre los 21 a 28 años. 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 su gestación” (17).

Rodríguez y col. (2013) “Determinaron los factores de riesgo y la relación de cada uno de ellos y cómo influyen en la prematurez de los nacidos en Hospital de Ginecoobstetricia 23 del IMSS, Monterrey NL. Evaluaron a 300 mujeres que finalizaron el embarazo entre las semanas 28 a 36 en el grupo de casos y 600 pacientes que lo hicieron entre las semanas 37 a 41, en el periodo de abril a septiembre de 2011. Los factores de riesgo para nacimiento prematuro en el grupo de casos fueron: edad materna mayor de 35 años (14.6%), placenta previa (9.3%) e infecciones urinarias (46%). La asociación de factores como la ruptura prematura de membranas y procesos infecciosos fue más significativa con cervicovaginitis (76%). Los factores de riesgo asociados con recién nacido prematuro resaltaron la atención prenatal deficiente y la coexistencia de dos o más factores de riesgo. Es indiscutible que debe mejorarse la atención y el seguimiento de pacientes con factores de riesgo susceptibles de prevención” (18).

Rivera J., (2016) “Realiza un estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, en el cual se estudiaron a 64 pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Vicente de Paul, durante el periodo diciembre 2015 – Agosto 2016. Con el objetivo determinar los principales factores maternos y fetales en el parto pretérmino. Se determinó que la causas más frecuente de parto

pretérmino con un 64.1% fueron la falta de controles prenatales, el periodo intergenésico también cumple un papel importantísimo con el 37.5%, así mismo se encontró que el 76.6% de las pacientes tuvieron menos de tres factores asociados al parto pretérmino, en lo concerniente a los factores fetales tenemos a la ruptura prematura de membranas la cual significo un 26.6%. Concluyendo que el factor materno más importante que interviene en el parto pretérmino es la falta de controles prenatales” (19).

2.2 Bases teórico-científicas.

2.2.1 Epidemiología.

Cada año, 15 millones de bebés en el mundo, más de uno en 10 nacimientos nacen demasiado pronto según el informe de Born too soon, the global action report on preterm birth, más de un millón de neonatos mueren poco después de su nacimiento, algunos presentan discapacidad física, neurológica (3).

Las nuevas cifras del informe reportan la magnitud del problema así como las discrepancias entre países, de los 11 países con índices de nacimientos prematuros mayores al 15%, todos menos dos están en África subsahariana, los nacimientos prematuros representan el 11.1% de nacimientos vivos del mundo, 60% en Asia meridional y África subsahariana. En los países más pobres el 12% de los neonatos nacen demasiado pronto, en comparación con el 9% en los países de mayores ingresos (14).

2.2.2 Definición.

Según la Organización Mundial de la Salud el nacimiento pretérmino es el que ocurre a partir de la semana 22 hasta la semana 36.6 días (1).

El Componente Normativo Materno Neonatal del Ministerio de Salud Pública nos indica que el parto pretérmino es el nacimiento de un infante antes de las 37 semanas cumplidas de gestación (259 días desde la fecha de última menstruación)(13).

Los cambios continuos que presenta el cuello uterino permiten el descendimiento y el posterior nacimiento del recién nacido entre las 20 a 37 semanas de gestación. Tenemos entonces que el parto pretérmino es un problema obstétrico muy peligroso, cabe mencionar que dentro de los factores de riesgo se incluye la ruptura prematura de membranas que se presentan en el 30 a 50% de las maternas (10).

2.2.3 Clasificación.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2):

- Prematuros extremos (menor 28 semanas)
- Muy prematuros (28 a menos 32 semanas)
- Prematuros moderados a tardíos (32 a 37 semanas)

Según el componente normativo neonatal (20):

- Recién nacido prematuro menor de 37 semanas.
- Recién nacido prematuro leve (35-36 semanas, 6 días)
- Recién nacido prematuro moderado (32-34 semanas, 6 días)
- Recién prematuro grave (menor a 32 semanas)

2.2.4 Etiología.

No está del todo claro el mecanismo del parto pretérmino, se piensa que podría estar relacionado con un trastorno multifactorial en donde están involucrados factores fisiológicos, genéticos, ambientales, en algunos casos causado por una infección, inflamación, distensión uterina o trastornos vasculares. Se desconoce si el parto pretérmino es el resultado de un proceso fisiológico similar a la del parto a término, o si es un proceso patológico como consecuencia de diversas señales anormales (21).

2.2.5 Prevalencia.

La situación global descrita por el asesor de la Organización Panamericana de la Salud indica que cada año nacen 15 millones de niños prematuros, además la cifra va en aumento. Cada año mueren más de un millón de bebés prematuros por las complicaciones que se producen durante el parto (22).

La Organización Mundial de la Salud estima que en el año 2005 se han registrado 12.9 millones de partos prematuro, lo que representa el 9.6% de los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del norte se registraron 0.5 millones, en América Latina y el Caribe 0.9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11.9% y 10.6% de todos los nacimientos), y las más bajas en Europa (6.2%) (23).

El riesgo de nacimientos prematuros para la población general se estimula entre el 6% y 10%. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, el Ecuador se encuentra entre los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros del mundo con 5.1% (20). La primera causa de mortalidad infantil en el país según datos del INEC, es la duración corta de la gestación (21) (22).

2.2.6 Factores de riesgo sociodemograficos

2.2.6.1 Edad materna.

Es importante indicar que las gestantes en edad extrema de la vida reproductiva (menores de 20 años o mayores a 35 años) indican un mayor riesgo de parto prematuro; por lo que es de gran preocupación por parte de la comunidad científica, no solo por su alta frecuencia en los últimos años, sino por los daños específico de cada época y por el impacto que genera el embarazo para la familia y la sociedad (24) (25).

La edad materna es una variable importante dentro del análisis epidemiológico, estudios demuestran que en edades extremas de la vida reproductiva existe riesgo de parto prematuro definido como ocurrido antes de las 37 semanas de gestación según la Organización Mundial de la Salud, generando una elevada tasa de morbilidad (1).

Las tasas de parto pretérmino aumentan en las mujeres muy jóvenes, sobre todo por debajo de los 17 años, lo cual puede estar relacionado con el hecho de ser su primer embarazo o de la existencia de un desarrollo inadecuado del útero, que ocasionaría trastornos en la circulación feto placentaria que puede estar más en relación con la edad que con alteraciones físicas (26).

La falta de atención prenatal ha sido sistemáticamente identificada como un factor de riesgo para parto pretérmino pero no está tan claro si esta asociación contribuye al nacimiento prematuro, la atención prenatal intensiva no se ha demostrado que reduce el riesgo de parto prematuro (27).

2.2.6.2 Procedencia.

Un estudio realizado en el Hospital II-2 de Tarapoto indica que las gestantes que proceden de la zona rural tienen (OR 2.01) y la zona urbana (OR 2.46) tuvieron mayor riesgo, no fue significativa ($p=0.386$); las que proceden de la zona urbana tienen un OR protector (0.32) (28).

2.2.6.3 Nivel de instrucción.

Un estudio realizado por Valencia U. en la ciudad de Querétaro encontró que un 65.7% cursaban en educación secundaria el cual concordó con los resultados obtenidos por Vargas J. y Tijerino E. donde representa un 65.2% cabe mencionar que la literatura menciona que en las paciente de baja escolaridad (analfabeta y primaria) es más frecuente el parto pretérmino (29).

2.2.7 Factores de riesgo materno.

2.2.7.1 Antecedente de parto pretérmino.

Se correlaciona significativamente con un trabajo de parto pretérmino, el riesgo es tres veces mayor en aquellas maternas cuyo primer parto fue pretérmino (6).

2.2.7.2 Infección de vías urinarias.

La influencia como actor de riesgo aislado sobre el desencadenamiento de parto pretérmino se encuentra aún en discusión, durante el embarazo existe un riesgo aumentado de infección del tracto urinario que se detecta en un 2-8% de las gestantes, los factores que favorecen son dilatación uretral, cambios vesicales, cambios en la composición de la orina y factores hormonales. El diagnóstico de infección del tracto urinario puede ser difícil durante el embarazo ya que suelen ser asintomáticas, un porcentaje alto de bacteriurias producirán un grave riesgo para la madre y el feto como pielonefritis, fallo renal o complicaciones derivadas de la prematuridad del recién nacido (30).

Lizbeth Rafael obstetra del Sisol Ate indica que cerca del 10% de las gestantes sufren infecciones urinarias lo que provocaría riesgo para su salud y la del neonato. Además indica que casi un 85% de los casos es por la bacteria *Escherichia Coli* lo que requiere tratamiento antibiótico que no atravesase la barrera placentaria para no afectar al feto (31).

Un estudio realizado en el Hospital Universitario Central de Asturias indican que el 50% de las gestantes del grupo de estudio presentaron infección del tracto urinario frente al 18.9% del grupo control ($p=0.002$), por lo que indican que la infección de vías urinarias es un factor de riesgo para parto pretérmino donde manifiestan que sería fácil su detección y prevención con un protocolo homogéneo de análisis urinarias acorde a la cronología del embarazo y estas a su vez se complementarias con otras pruebas según la clínica que presente la materna (32).

2.2.7.3 Anemia.

La anemia ha sido uno de los factores que más controversia ha causado, a pesar de la evidencia mostrada desde hace varios años, algunos autores dudan sobre la relación directa entre esta y el parto prematuro por lo que el Doctor Rafael Ángel Calderón realizó un estudio en el servicio de Obstetricia en donde indica que mediante su investigación se demostró una asociación entre la anemia en el tercer trimestre y parto pretérmino (33).

La anemia ferropénica en las gestantes es frecuente, autores como Viteri y McFe observaron que la anemia aumenta el riesgo para bajo peso en el recién nacido y la morbilidad fetomaterna (34).

Estudios realizados en el Servicio de Obstetricia del Hospital Calderón Guardia de Costa Rica durante el 2006 indica que el porcentaje de pacientes con anemia en el grupo de casos fue del 10.9% (n=12) y el grupo control del 4.1% (n=9); (p=0.016). La razón de probabilidades indica asociación positiva entre la presencia de anemia y un parto pretérmino de 2.87 (IC 95% 1.08-7.69) (35).

2.2.7.4 Vaginosis bacteriana.

Infección polimicrobiana causada por la pérdida del peróxido de hidrógeno producido normalmente por los lactobacilos lo cual estimula el crecimiento de otros agentes principalmente anaerobios. Es diagnosticada por encontrar 3 de 4 criterios de Amsel, los cuales son: flujo vaginal, blanco grisáceo, pH>4.5, test de aminas positivo y más del 20% de células epiteliales. Aumenta en 1.5 a 3 veces el riesgo, encontrándose más frecuentemente en mujeres de raza negra lo cual podría explicar parcialmente su mayor incidencia (34).

Es un desbalance de la flora comensal, el cual se caracteriza por la ausencia de la flora lactobacilar, el mismo que es reemplazado por otros microorganismos entre los que están *G. vaginalis*, algunos anaerobios: *Peptostreptococcus*, *Prevotella* spp, *Mobiluncus* spp y aumento de la colonización por *Mycoplasma hominis*. Su prevalencia es variable, en la embarazada es de 10 a 30%, presenta además estrecha asociación con prematuridad, donde desencadenara colonización bacteriana cervico - vaginal conduce a vaginosis bacteriana del líquido amniótico con un riesgo relativo para parto pretérmino de 3,8. Por lo que las gestantes

constituyen un grupo de alto riesgo, al recibir tratamiento sistémico adecuado reduce la frecuencia de prematurez (36).

Los factores ambientales tienen importancia en la aparición de vaginosis bacteriana, la exposición a estrés crónico, diferencias étnicas, la práctica frecuente de duchas vaginales, se relacionan con tasas aumentadas. No parece haber duda que la flora vaginal adversa como en la vaginosis bacteriana se relaciona con parto pretérmino espontáneo (6).

2.2.7.5 Control Prenatal.

Tiene influencia en la evolución perinatal del producto, gestantes sin control prenatal o con control insuficiente tienen niños gravemente prematuros que aquellos con controles mínimos (27).

Estudios realizados en Honduras indica que tener menos de tres controles prenatales ($RR=2.59$; $IC95\%=1.20-5.60$, $p < 0.02$), indican asociación significativa con parto pretermino (37).

2.2.8 Factores de riesgo obstétrico.

2.2.8.1 Numero de Paridad.

Refiere al número de partos que ha tenido una mujer ya sea por vía vaginal o cesárea, a su vez se divide en nulípara no tuvo ningún parto, primípara solo tuvo un parto, multípara ha presentado dos o más partos y gran multípara más de cinco gestas. Un estudio realizado en el Hospital de segundo nivel en España indica que entre las madres nulíparas y con paridad de uno a 2 partos y sin riesgo etario se encontró el mayor porcentaje de 16-46% (38).

2.2.9 Factores de riesgo neonatales.

2.2.9.1 Bajo peso al nacer.

Todo aquel que pesa menos de 2500 gramos al nacer independientemente de la edad gestacional, en los países desarrollados la mayor parte de los recién nacidos de bajo peso son prematuros, en los países menos desarrollados la proporción de bebés de bajo peso nacido a término es superior debido al mayor índice de desnutrición. El cual se divide a su vez en subcategorías: bajo peso al nacer, muy bajo peso al nacer y bajo peso extremo al nacer (39).

- Bajo peso al nacer menos de 2500 gramos.
- Muy bajo peso al nacer menos de 1500 gramos.
- Bajo peso extremo al nacer menos de 1000 gramos.

La reducción del bajo peso al nacer constituye una importante contribución en las metas de desarrollo del milenio para disminuir la morbilidad infantil. La Unicef indica que la incidencia mundial de bajo peso al nacer fue de 14%, en América Latina y el Caribe 5.3% a 15%, diversos estudios indican que la asociación del bajo peso al nacer (40).

Un estudio realizado en el Policlínico Docente José Manuel Seguí Jiménez en la Habana Cuba reporta que el porcentaje total de bajo peso al nacer en el quinquenio 2004-2008 fue de 5.9% y el año más relevante fue el 2004 con el 8.6%. Indica que el parto pretérmino fue el componente del bajo peso al nacer el cual estuvo mediado por la prematuridad y en pacientes con factores de riesgo durante la gestación. La sociedad española de neonatología ha alertado sobre el importante aumento del número de recién nacido de alto riesgo en España el cual se incrementó en el 13%(41).

2.2.10 Fisiología de las contracciones uterinas.

El miometrio es un musculo liso, formado por fibras de actina y miosina las mismas que se encuentran distribuidas de manera difusa en el espacio citoplasmático. Las células miometriales se comunican entre sí a través de uniones estrechas lo que permite conducir el estímulo electrofisiológico para de esta manera regularizar la función contráctil. Las fibras lisas del musculo uterino, así como las del musculo estriado favorecen las modificaciones del segmento uterino, la dilatación cervical y el descenso de la presentación. La fuerza contráctil se presentará en cualquier dirección y esta puede o no seguir la dirección del eje muscular, la disposición de los filamentos gruesos y finos es a lo largo lo que otorga un mayor acortamiento y la capacidad para generar fuerza contráctil (42) (43) (44).

2.2.11 Evaluación Clínica.

Contracciones uterinas con frecuencia de 2 en 10 minutos, 4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos, pueden estar precedidas por rotura de membranas, dilatación cervical de menos de 3 centímetros, borramiento de menos del 50% (45).

Pueden presentar diferentes situaciones (46):

- Gestante entre 22 y 37 semanas con dinámica uterina regular (2 a 3 contracciones cada 10 minutos, buena intensidad), dilatación de 2 cm, en estos el diagnóstico de trabajo de parto prematuro es más seguro (sensibilidad 50 a 65%, especificidad 91 a 94%).
- Dinámica uterina regular, cérvix cerrado o es permeable a menos de 2 cm, el diagnóstico no es definitivo y tendrá aplicación la cardiotocografía y la cervicometría por ecografía transvaginal, considerando que si la distancia del orificio interno al externo es menor de 20 mm, el riesgo del parto prematuro es alto (S: 75 a 100%, E: 50%), por lo que el ultrasonido tiene alto valor predictivo pero no diagnóstico y solo el examen físico dará el diagnóstico definitivo.
- Dinámica uterina irregular, contracciones espaciadas, de intensidad baja, cérvix dilatación menor de 2 cm. El diagnóstico con frecuencia retrospectivo.
- Cambios cervicales como acortamiento, reblandecimiento, centralización, permeabilización, sin dinámica uterina demostrable clínica o tocográficamente; se realizara cervicometría vaginal, buscando parámetros de riesgo, como longitud cervical menor de 20 mm, el sangrado vaginal es 3 veces más frecuente en el parto pretérmino que en el de término, y puede ser considerado como predictor clínico en cualquiera de los escenarios.

2.2.12 Exámenes Complementarios.

2.2.12.1 Cervicometría.

Técnica bien tolerada por las pacientes, las modificaciones cervicales que se presentan durante el trabajo de parto normal y en el pretérmino se inician por lo general a nivel del orificio cervical interno, haciendo de esta manera dificultosa la evaluación digital, debido a que no solo con el examen físico se podría valorar el orificio interno si el externo está cerrado (47) (48) (49).

El uso de este método reduce la valoración mediante el tacto vaginal, ya que se incrementa la sensibilidad del diagnóstico de amenaza de parto pretérmino y así de esta manera reducir el uso de tratamientos tocolíticos. El cérvix uterino normal tiene una longitud en el segundo trimestre de 3.5 centímetros y este se reduce conforme

siga avanzando la gestación, se incrementa en pacientes multigestas de aquellas que son primigestas (47) (49) (50).

Las modificaciones cervicales comienzan con el borramiento desde el orificio cervical interno hasta el externo; la longitud cervical de menos de 25 milímetros se relaciona con riesgo relativo de amenaza de parto pretérmino, maternas que demuestren hiperactividad uterina 4 en 20 minutos, u 8 en 60 minutos antes de las 37 semanas, el cual se acompaña de opresión en hipogastrio, aumento del flujo vaginal y dolor lumbar. Estas manifestaciones son inespecíficas, debido a que las contracciones del parto pretérmino pueden ser indoloras incluso llegando a confundirse con las de Braxton-Hicks de las que se diferencian por su persistencia(48) (51) (52) (53).

2.2.12.2 Fibronectina Fetal.

La fibronectina es una proteína de la matriz extracelular involucrada en la adhesión celular, opsonización y trombosis, la fibronectina fetal es la proteína más grande de la matriz extracelular de las membranas amnióticas, este se sintetiza en el trofoblasto extravelloso, permitiendo de esta manea la adherencia del huevo fertilizado al útero (54).

La presencia de fibronectina fetal en las secreciones cervicovaginales entre la semana 24 y 34 tiene un gran valor predictivo en el parto prematuro lo cual aumenta la incidencia. Se considera ser una prueba clínicamente útil para que de esta manera excluir el parto en los 7 a 10 días posteriores, lo que nos llevaría a utilizar tratamiento tocolítico y la administración de corticoides (55) (56).

El uso de esta prueba nos puede dar falsos positivos si en el momento de recoger la muestra existe la presencia de sangre, líquido amniótico, relaciones sexuales, tacto vaginal dentro de las 24 a 48 horas previa a la obtención de la muestra (53) (55).

Fibronectina menos de 50ng/ml en la eliminación cervicovaginal representa un riesgo aumentado para partos pretérmino, su excelente valor predictivo negativo es bastante indispensable para poder llegar a descartar amenaza de parto pretérmino en pacientes que presentes sintomatología (55).

2.2.12.3 Exploración Obstétrica.

1. Monitorización de la frecuencia cardiaca fetal.
2. Valorar altura uterina, movimientos fetales y actividad uterina.
3. Especuloscopia: visualización del cérvix.
4. Tacto vaginal que nos permitirán calcular el índice de Bishop mediante la valoración cervical (57).

Test de Bishop				
	0	1	2	3
Dilatación	0	1-2CM	3-4CM	5-6CM
Borramiento	0-30%	40-50%	60-70%	MAS 80%
Posición	POSTERIOR	MEDIA	ANTERIIOR	
Consistencia	DURA	MEDIA	BLANDA	
Altura de la presentación	-3	-2	1/10	½

5. Muestra de cultivo, se lo realiza antes del tacto vaginal.
 - Frotis rectal y vaginal tercio externo de la vagina para estreptococo del grupo B
 - Frotis endocervical.
 - Distensión de frotis vaginal en porta para Gram esta muestra no debe fijarse.
 - Sedimento y urocultivo.

2.2.12.4 Considerar Riesgo.

Gestantes que presentes uno o más de los siguientes criterios:

Criterios clínicos (52) (57):

- Índice de Bishop
- Parto pretérmino anterior antes de las 34 semanas
- Gestación múltiple
- Portadora de cerclaje cervical en gestación actual

Criterios ecográficos (52) (57):

- Longitud cervical menos de 25 mm antes de las 28 semanas.
- Longitud cervical menos de 20 mm entre las 28 y 31.6 semanas.
- Longitud cervical menos de 15 mm a las 32 semanas o más.

2.2.13 Tratamiento.

Según la sociedad española de ginecología y obstétrica refiere que el tratamiento consiste en el uso farmacológico con la finalidad de detener la dinámica uterina, ya que el objetivo de esto es de por lo menos alargar la gestación al menos 48 horas hasta que el efecto de los corticoides facilite la maduración pulmonar (58).

En el estudio que efectuó Liggins aleatorizo a 282 gestantes de alto riesgo de parto pretérmino por debajo de la semana 37 al recibir 12 miligramos de betametasona intramuscular cada 24 horas o placebo, los resultados que obtuvo demostraron una disminución de la incidencia del síndrome de Distrés respiratorio a un 3.6% con relación a los controles que fueron 33.3% (45) (59).

El uso de corticoides se enfocó en dos tipos de terapia útiles para la reducción del síndrome de Distrés respiratorio. Betametasona 12 miligramos administrados intramuscular cada 24 horas, dos dosis. Dexametasona 6 miligramos administrados intramuscular cada 12 horas, 4 dosis, la concentración de esta dosis es capaz de disminuir la incidencia de síndrome de Distrés respiratorio, si se utilizan dosis mayores o más frecuentes no aumentan los beneficios, pudiendo incluso llegar a incrementar los efectos adversos (60).

2.2.13.1 Bloqueantes Cálculos.

Nifedipina:

El mecanismo de acción está proporcionado por un bloqueo del ingreso de calcio a nivel de la membrana celular en la decidua y el miometrio produciendo de esta manera la disminución del calcio libre intracelular, dificultando la contractilidad de la fibra miometrial. Dosis 10 – 20 miligramos vía oral, rápida absorción por vía gastrointestinal, vida media de 80 minutos, duración de acción de 6 horas(61)(62).

2.2.13.2 Corticoides.

Gestantes entre las 24-34 semanas de embarazo se indica tratamiento con corticoides para la maduración pulmonar, los cuales actuarían uniéndose a

receptores específicos en las células del pulmón fetal, aparentemente existe un efecto sobre proteínas estructurales del pulmón como el colágeno al igual que proteínas asociadas al surfactante (63).

Los glucocorticoides administrados a gestantes con probabilidad de tener el parto antes de las 34 semanas de gestación reducen los resultados neonatales desfavorables entre ellos la muerte, el síndrome de dificultad respiratoria (64).

La revista del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto consideraron 30 ensayos en donde se administraron corticoides a pacientes con riesgo de parto pretérmino, en donde hace mención que las madres al recibir corticosteroides mejoran la probabilidad de que el neonato prematuro sobreviva y de esa manera evitar posibles complicaciones (65).

2.3 Definición de Términos Básicos.

Anemia: Cuadro caracterizado por disminución de masa eritrocitaria.

- Anemia leve: concentración de hemoglobina entre 9 y 11gr/dl.
- Anemia moderada: concentración de hemoglobina entre 7 y 9 gr/dl.
- Anemia severa: concentración de hemoglobina inferior a 7 gr/dl.

Factor de riesgo: característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Feto: Período embrionaria antes que se origine el nacimiento.

Fibronectina fetal: Proteína que contribuye a que el saco amniótico permanezca conectado a la parte interior del útero.

Gestación: Proceso de desarrollo y crecimiento fetal intrauterino.

Neonato: Recién nacido que tiene 27 días o menos desde su nacimiento.

Óbito fetal: Muerte fetal intrauterina, diagnosticado por ecografía o hallazgo clínico.

Parto pretérmino: Aquel que tiene lugar desde las 22 hasta las 36 semanas de gestación.

Tocolíticos: Medicamentos que se utilizan para desacelerar las contracciones uterinas.

2.4 Hipótesis.

Los factores de riesgo sociodemográficos (edad, procedencia y nivel de instrucción), materno (antecedente de parto pretérmino, infección de vías urinarias, anemia, vaginosis bacteriana y control prenatal) y obstétricos (nuliparidad y multiparidad) se asocian estadísticamente con el parto pretérmino en el Hospital General Macas en el periodo octubre 2015-octubre 2016.

CAPITULO III

3. OBJETIVOS.

3.1 Objetivo General.

Determinar la prevalencia y los factores asociados a parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital General de Macas, periodo octubre 2015 - octubre 2016.

3.2 Objetivos Específicos.

1. Describir las características de los factores sociodemográficos de la población en estudio como la edad, nivel de instrucción y procedencia en gestantes con parto pretérmino.
2. Determinar la prevalencia de parto prematuro en gestante atendidas en el hospital general de macas.
3. Identificar los factores asociados al parto pretérmino, sociodemográfico como la edad, procedencia y nivel de instrucción, materno como antecedente de parto pretérmino, infección de vías urinarias, anemia, vaginosis bacteriana y control prenatal, obstétricos como: nuliparidad y multiparidad.

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 Diseño general del estudio.

4.1.1 Tipo de estudio.

El estudio es de tipo descriptivo, analítico y transversal.

Descriptivo: determinar las características de las variables.

Analítico: establecer asociación entre variables.

Transversal: la información se obtiene en un solo momento en un periodo de tiempo determinado.

4.1.2 Área de investigación.

Este se efectuó en el Hospital General Macas, en la ciudad de Macas, provincia de Morona Santiago, el cual es un Hospital General.

4.1.3 Universo de estudio.

El universo de la presente investigación fue constituida por las gestantes que acudieron para la atención de parto pretérmino en el Hospital General de Macas, periodo octubre 2015-octubre 2016, en la cual se obtuvo un total de 152 gestantes con parto pretérmino.

4.1.4 Población y muestra.

Población: estuvo constituida por las gestantes que acudieron para la atención de parto pretérmino en el Hospital General de Macas, periodo octubre 2015-octubre 2016.

Muestra: Se trabajó con toda la población, constituida por 152 madres con parto pretérmino

4.1.5 Unidad de análisis y de observación.

Mujeres atendidas con parto pretérmino.

4.2. Criterios de inclusión y exclusión.

4.2.1 Criterios de inclusión.

- Gestantes con embarazo igual o inferior a 36.6 semanas de gestación.
- Gestantes que presentaron parto pretérmino, único y espontáneo.

- Historias clínicas de gestantes con datos completos.

4.2.2 Criterios de exclusión.

- Historia clínica de gestantes con parto pretérmino con historia de embarazo múltiple.
- Historia clínica de gestantes con parto pretérmino con historia de óbitos fetales.

4.3 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

4.3.1 Métodos de procesamiento de la información.

El presente estudio se realizó con aquellas pacientes que presentaron parto pretérmino en el área de ginecoobstetricia en el Hospital General Macas durante el año 2015-2016, de donde se obtendrá toda la información necesaria para la ejecución del presente trabajo de investigación.

4.3.2 Técnica.

Para la realización del presente trabajo de estudio se tuvo acceso a las historias clínicas de las pacientes del servicio de Ginecoobstetricia que presentaron parto pretérmino, las cuales fueron facilitadas por el área de estadística del Hospital General Macas. Para la obtención de la información se consultaron libros de salud, libros virtuales, revistas científicas, guías de práctica clínica del ministerio de salud.

4.3.3 Instrumento.

Se utilizó el formulario para la recolección de datos adjunto como anexo.

4.3.4 Procedimiento para la recolección de la información y descripción de instrumentos a utilizar.

Los datos recolectados fueron introducidos en la base de datos de Excel 2010 y SPSS 15, para su análisis la información fue resumida y presentada en tablas, para realizar las tablas se manejó el programa SPSS 15 y Microsoft Excel 2010, los mismos que fueron analizados, utilizando estadísticas de frecuencia y porcentajes acompañados de su adecuada interpretación.

4.4 Plan de procesamiento y análisis de datos.

Para llevar a cabo el proceso de los datos recolectados de estadística, se utilizó Microsoft Excel, luego se los adiciono al programa estadístico SPSS para elaborar tablas, analizar variables con medidas estadísticas para las cualitativas (frecuencia

y porcentaje), para determinar el grado de asociación se realizó sobre la base del cálculo del Odds Ratio, intervalos de confianza del 95%, valor de p, chi cuadrado.

4.5 Aspectos éticos y legales.

Se consideró que es una investigación sin riesgo, donde se revisaron historias clínicas en el servicio de ginecoobstetricia, de las cuales se obtuvo la información deseada para el presente trabajo, por lo cual no se presentó relación directa con la paciente. Esta investigación se desarrolló de acuerdo con los principios de bioética, por lo tanto, los datos adquiridos son netamente reales y privadas; además se solicitó a las autoridades del Hospital General Macas otorgue el permiso correspondiente para la revisión de las historias clínicas.

4.6 Descripción de variables.

Dentro de las variables tenemos: edad (madre adolescente – madre añosa), procedencia, nivel de instrucción, antecedente de parto pretérmino, infección de vías urinarias, anemia, vaginosis bacteriana, control prenatal, nulípara, multípara, bajo peso al nacer.

4.6.1 Operacionalización de las variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Parto pretérmino	El que ocurre desde las 22 hasta las 36.6 semanas de gestación.	Biológico	Reporte de la historia clínica	1. SI 2. NO
Factores sociodemográficos				
Madre adolescente	Embarazo que se produce en una mujer adolescente, se establece en aquella que presenta menor o igual a 19 años.	Cronológica	Reporte de la historia clínica	1. SI 2. NO
Madre añosa	Se considera embarazada añosa a aquella que supera los 35 años de edad.	Cronológica	Reporte de la historia clínica	1. SI 2. NO
Procedencia	Lugar donde vive la gestante. Urbano: la gestante reside en la zona	Social	Reporte de la historia clínica	1. SI. 2. NO.

	céntrica o dentro de la ciudad. Rural: la gestante reside en la parroquia, pueblos fuera de la ciudad.			
Nivel de Instrucción	Grado de estudio aprobado a lo largo de la vida. Tendrá 2 índices: Alto o bajo. Considerando Bajo: Analfabeto: no curso estudios en un centro educativo. Primaria: solo tuvo estudios en un centro educativo primario, pudiendo ser completa o incompleta. Alto: Secundaria: solo tuvo estudios en centro educativo secundario, el cual pudo ser completa o incompleta. Superior: tiene estudios en centro educativo superior, pudiendo ser completa o incompleta.	Social.	Reporte de la historia clínica	1. SI. 2. NO.
Factores maternos				
Antecedente de parto pretérmino	Antecedente de tener un hijo con menos de 36.6 semanas de gestación.	Biológica.	Reporte de la historia clínica	1. SI. 2. NO.
Infección de vías urinarias	Consiste en la colonización microbiana, habitualmente bacteriana a lo largo del trayecto del tracto urinario.	Biológica.	Reporte de la historia clínica	1. SI. 2. NO.
Anemia	Alteración en la sangre que se caracteriza por	Biológica.	Reporte de la historia clínica	1. SI. 2. NO.

	la disminución en la concentración de la hemoglobina, el hematocrito o el número total de eritrocitos.			
Vaginosis bacteriana	Infección vaginal común.	Biológica	Reporte de la historia clínica	1. SI. 2.NO.
Control prenatal	Es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación, se considera adecuado al que tiene más de 7 controles, inadecuado al que tiene menos de 6 controles.	Biológica.	Reporte de la historia clínica	1. SI. 2. NO.
Factores obstétricos				
Paridad	Número de hijos que una mujer ha tenido por parto o cesárea. Nulípara: no tuvo ningún parto. Multípara: mujer que ha presentado 2 o más partos.	Biológica.	Reporte de la historia clínica	1. SI. 2. NO.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS.

5.1 Cumplimiento del estudio.

5.2 Características de la población de estudio.

Población de estudio: Se trabajó con una muestra de 152 pacientes que asistieron al Hospital General Macas, que presentaron parto pretérmino. Los datos obtenidos fueron procesados primeros por Microsoft Excel, luego se los adiciono al programa estadístico SPSS para Windows, donde se obtuvo los siguientes resultados.

5.3 Análisis de resultados.

1. Características sociodemográficas.

Tabla N°1. Factores sociodemográficos asociado al parto prematuro en las usuarias del hospital General de Macas periodo 2015-2016.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje (%)
Menores de 15 años	7	4,6
15 - 19 años	27	17,8
20 - 24 años	35	23,0
25 - 29 años	38	25,0
30 - 34 años	27	17,8
Más de 35 años	18	11,8
Total	152	100,0
ESTADO CIVIL		
Soltera	12	7,9
Casada	31	20,4
Divorciada	1	,7
Unión libre	108	71,1
Total	152	100,0
INSTRUCCIÓN		
Ninguno	7	4,6
Primaria	99	65,1
Secundaria	38	25,0
Superior	8	5,3
Total	152	100,0
RESIDENCIA		
Urbano	46	30,3
Rural	106	69,7
Total	152	100,0
OCUPACIÓN		
Quehaceres domésticos	107	70,4
Estudiante	13	8,6
Empleado	13	8,6
Agricultor	9	5,9
Otro	10	6,6
Total	152	100,0

Fuente: Historias clínicas del servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General Macas.

Elaborado: Isabel Pintado.

Interpretación:

Se puede apreciar que el mayor número de pacientes se encontraban entre 25 a 29 años de edad con un 25% seguido de 20 a 24 años de edad con un 23%. Además, se puede observar que la mayoría de pacientes se encontraban en unión libre (71.7%). El 65.1% en estudio, con un nivel de instrucción primario de educación. La gran parte de las pacientes provienen de áreas rurales con el 69.7% en comparación con 30.3% procedentes de áreas urbanas. En cuanto a la situación laboral la gran mayoría 70.4% se dedica a labores domésticos.

2. Prevalencia del parto pretérmino.

Tabla N°2. Prevalencia del parto pretérmino en las usuarias del hospital general de Macas periodo 2015-2016.

PARTO PRETERMINO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	3,9
NO	146	96,1
Total	152	100,0

Fuente: Historias clínicas del servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General Macas.

Elaborado: Isabel Pintado.

Interpretación:

Se aprecia una prevalencia del 3.9% de todo el universo el mismo que corresponde a 6 gestantes con parto pretérmino, a diferencia de las 146 que no presentaron.

3. Factores asociados al parto pretérmino.

Tabla N°3. Factores sociodemográficos asociado al parto prematuro en las usuarias del hospital General de Macas periodo 2015-2016.

Variables	Parto pretérmino		OR	IC 95% LI LS	Valor de p
	Si N 6 % 3,9	No N 146 % 96,1			
Madre Adolescente					
Si	2	39	1,4	0,2 – 7,8	0,72
No	4	107			
Madre añosa					
Si	4	107	0,7	0,1 – 4,1	0,72
No	2	39			
Procedencia urbano					
Si	3	90	0,6	0,1 – 3.1	0.56
No	3	56			
Procedencia rural					
Si	3	56	1,6	0,3 – 8,2	0,56
No	3	90			
Nivel de instrucción alta					
Si	3	87	0,6	0.1 – 3,4	0,6
No	3	59			
Nivel de instrucción baja					
Si	3	59	1,4	0,2 – 7,5	0,6
No	3	87			

Fuente: Historias clínicas del servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General Macas.

Elaborado: Isabel Pintado.

Interpretación:

Madre adolescente: (OR 1,4; IC 0,2 – 7,8; p 0,72); madre añosa: (OR 0,7; IC 0,1-4,1; p 0,72); procedencia urbano: (OR 0,6; IC 0,1-3,1; p 0,56); procedencia rural: (OR 1,6; IC 0,3-8,2; p 0,56); nivel de instrucción alta (OR 0,6; IC 0,1-3,4; p 0,5) y nivel de instrucción baja (OR 1,4; IC 0,2-7,5; p 0,6). No son factores asociados al parto pretérmino.

Tabla N°4. Factores maternos asociados al parto prematuro en las usuarias del hospital General de Macas periodo 2015-2016.

Variables	Parto pretérmino		OR	IC 95% LI LS	Valor de p
	Si N 6 % 3,9	No N 146 % 96,1			
Antecedente de parto pretérmino					
Si	0	21	1,0	1,0 – 1,0	0,3
No	6	125			
Infección de vías urinarias					
Si	1	20	1,2	0,1 – 11,3	0,8
No	5	126			
Anemia					
Si	0	12	1,0	1,0 – 1,0	0,4
No	6	134			
Vaginosis bacteriana					
Si	1	25	0,9	0,1 – 8,6	0,9
No	5	121			
Control prenatal adecuado					
Si	0	13	1,0	1,0 – 1,0	0,4
No	6	133			
Control prenatal inadecuado					
Si	6	133	0,9	0,9 – 0,9	0,4
No	0	13			

Fuente: Historias clínicas del servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General Macas.

Elaborado: Isabel Pintado.

Interpretación:

Antecedente de parto pretérmino: (OR 1,0; IC 1,0-1,0; p 0,3); infección de vías urinarias: (OR 1,2; IC 0,1-11,3; p 0,8); anemia: (OR 1,0; IC 1,0-1,0; p 0,4); vaginosis bacteriana: (OR 0,9; IC 0,1-8,6; p 0,9) y control prenatal inadecuado: (OR 0,9; IC 0,9-0,9; p 0,4). No son factores asociados al parto pretérmino.

Tabla N°5. Factores obstétricos asociados al parto prematuro en las usuarias del hospital General de Macas periodo 2015-2016.

Variables	Parto pretérmino		OR	IC 95% LI LS	Valor de p
	Si N 6 % 3,9	No N 146 % 96,1			
Nuliparidad					
Si	2	55	0,8	0,1 – 4,6	0,8
No	4	91			
Multiparidad					
Si	4	91	1,2	0,2 – 6,8	0,8
No	2	55			

Fuente: Historias clínicas del servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General Macas.

Elaborado: Isabel Pintado.

Interpretación:

Multiparidad: (OR 1,2; IC 0,2-6,8; p 0,8) y nuliparidad: (OR 0,8; IC 0,1-4,6; p 0,8).

No son factores asociados al parto pretérmino.

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN.

El parto pretérmino es el que ocurre a partir de la semana 22 hasta la semana 36.6 días. Cada año nacen alrededor del mundo 15 millones de niños prematuros, la frecuencia de parto pretérmino se encuentra entre el 5 y 10% responsable de la mortalidad neonatal, tanto en nuestro medio como en los países desarrollados (5). Según datos de la Organización Mundial de la Salud, el Ecuador se encuentra entre los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros del mundo con 5.1%. La primera causa de mortalidad infantil en el país según datos del INEC, es la duración corta de la gestación (14).

En nuestro estudio se observó que la prevalencia de parto pretérmino en el hospital general de Macas es del 3,9%, una investigación realizada por Barrera L., (2016) en un estudio de corte transversal, observacional analítico, en una población de 30 pacientes se encontró una prevalencia del 6,1% (66).

En relación a las características sociodemográficas estudiadas en la presente investigación se observa: las madres añosas tienen mayor frecuencia de presentar parto pretérmino lo cual concuerda con estudios realizados por Guillen J. (2014), donde realizo un estudio retrospectivo de tipo descriptivo de corte transversal en 127 pacientes que representan el 26% en el hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren(67) (67). Igualmente indica Balladares F. y Chacón V. (2016), realizaron un estudio de tipo transversal, retrospectivo con un universo de 301 las mismas que representa el 58,4% en el hospital Vicente Corral Moscoso. En pacientes añosas, la edad influye en las estructuras anatómicas vasculares como mayor riesgo de aterosclerosis y otros factores propios de la edad (17).

El nivel de instrucción alto y bajo se presentó en las gestantes con parto pretérmino lo cual concuerda con el estudio realizado por Vílchez A. (2016), realizo un estudio retrospectivo transversal en 80 mujeres donde indica que el presentar instrucción alta y baja presenta riesgo significativo, lo cual dependerá para que la gestante tenga conocimiento de los signos de alarma a presentarse en el parto pretérmino(15).

El estado civil en el que se encuentra la mayoría de las gestantes son casadas o en unión libre lo cual concuerda con el estudio realizado por Vílchez A. (2016), en

su estudio retrospectivo transversal en 80 mujeres donde indica que ser casada o estar en unión libre presenta riesgo significativo (15), además Balladares F. Tapia y Chacón V. (2016), realizaron un estudio de tipo transversal, retrospectivo con un universo de 301 donde reportan que ser casadas o en unión libre representa riesgo significativo; al contar con su pareja no influye en la presencia de prematuridad sino más bien esto interviene en la estabilidad emocional y socioeconómica de la gestante lo cual predispone a presentar parto prematuro (17).

Factores maternos: el antecedente de parto pretérmino de las gestantes en nuestra investigación nos indica que hay asociación estadísticamente significativa (OR 1,0; IC 1,0-1,0; p 0,3), lo cual concuerda con estudios realizados por Genes V., (2012) en un estudio de casos y control con 346 gestantes donde reportan (OR 3,43; IC 95% 1,02-12,76) (68).

La presencia de infección de vías urinarias indica riesgo significativo (OR 1,2; IC 0,1-11,3; p 0,8) al igual que lo reporta Acosta J., (2014) en un estudio prospectivo, observacional, descriptivo efectuado en una muestra de 272 pacientes atendidas en el hospital de la mujer de Culiacán, (OR 2,66; IC 1,55-4,55; p 0,0003)(69).

La anemia presenta riesgo significativo que predispone al parto pretérmino (OR 1,0; IC 1,0-1,0; p 0,4) al igual que lo indica Giacomini L., (2012) en un estudio retrospectivo de casos y control con 320 pacientes (OR 2,87; IC 1,08-7,69) (33). La anemia ferropénica provoca disminución de la capacidad inmunológica del organismo (por las propiedades antimicrobianas de la ferritina), haciendo que a menores concentraciones hemoglobínicas aumente la predisposición a contraer infecciones (4).

En nuestro estudio se observó que la vaginosis bacteriana presenta riesgo significativo (OR 0,9; IC 0,1-8,6; p 0,9), indica Torres L., Chiappe M., (2016) en un estudio transversal con 6322 personas (OR 1,20; IC 1,09-1,33; p 0,0001) (70).

En relación al control prenatal se encontró que las gestantes presentan controles inadecuados (OR 0,9; IC 0,9-0,9; p 0,4), lo cual concuerda con Balladares F. y Chacón V., (2016) en un estudio de tipo transversal, retrospectivo con un universo de 301 personas donde indica que el tener controles inadecuados presentan parto pretérmino (17).

Tener un control prenatal inadecuado es estadísticamente significativo además de ser un factor de riesgo para presentar parto pretérmino lo cual concuerda con el estudio realizado por Carpio F., (2013) en un estudio retrospectivo, transversal, casos y controles con 35 pacientes (OR 4,89) (71). El control prenatal permite reconocer los signos de alarma que se presentan durante el embarazo y estos a su vez afectan la morbilidad materna y perinatal lo cual nos ayudaría a prevenir la presencia de parto pretérmino con el debido seguimiento de las patologías encontradas.

Factores obstétricos: de acuerdo al número de paridad en nuestro estudio se observó que las gestantes que presentaron parto pretérmino son multíparas (OR 1,2; IC 0,2-6,8; p 0,8) y nulíparas (OR 0,8; IC 0,1-4,6; p 0,8). Investigación realizada por Rivera J., (2016) en un estudio observacional, analítico, retrospectivo, casos y controles en una población de 400 gestantes (OR 2,64; IC 1,78-3,9; p 0,000) (19).

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

7.1 Conclusiones.

- Nuestra investigación realizada en el periodo 2015-2016 fue de 152 gestantes, con una prevalencia del 3,9 de presentar parto pretérmino.
- En cuanto a los factores sociodemográficos se puede observar que madres añosas, procedentes de áreas urbana y rural, y el nivel de instrucción tiene riesgo significativo de presentar parto pretérmino.
- Los factores maternos como el antecedente de parto pretérmino, infección de vías urinarias, anemia, vaginosis bacteriana y controles prenatales inadecuados están relacionados con parto pretérmino.

7.2 Recomendaciones.

- Pacientes con antecedente de parto pretérmino deber recibir planificación familiar o especial atención temprana durante su gestación.
- Ejecutar más proyectos investigativos, de índole descriptiva o analítica, acerca del tema para de esta manera poder recolectar la mayor información y poder aportar a la comunidad médica.
- Implementar charlas de los principales síntomas y signos que presentan las pacientes diagnosticadas de parto pretérmino para que de esta forma acuden de inmediato al centro hospitalario.
- Fortalecer nuestro sistema de salud en la zona rural para implementar medidas de prevención, especialmente destinadas a las madres con ocupaciones agrícolas, debido que por su trabajo.

BIBLIOGRAFÍA.

1. OMS | Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad materna [Internet]. WHO. [citado 13 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/>
2. OMS | Nacimientos prematuros [Internet]. WHO. [citado 13 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
3. World Health Organization ECH MV Kinney. Born Too Soon The Global Action Report on Preterm Birth. 2012. :13-126.
4. Calderón Guillén J, Vega Malagón G, Velásquez Tlapanco J, Morales Carrera R, Vega Malagón A J. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. 2013;43(5):339-42.
5. 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. 2012;140:19-29.
6. Viviana Beatriz Genes Barrios. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. 2012. 4(2):8-14.
7. Seedat F, Stinton C, Patterson J, Geppert J, Tan B, Robinson ER, et al. Adverse events in women and children who have received intrapartum antibiotic prophylaxis treatment: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 26 de julio de 2017 [citado 22 de septiembre de 2017];17. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5530570/>
8. Althuisius S, Dekker G, Hummel P, Bekedam D, Kuik D, van Geijn H. Cervical Incompetence Prevention Randomized Cerclage Trial (CIPRACT): effect of therapeutic cerclage with bed rest vs. bed rest only on cervical length. Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol. agosto de 2002;20(2):163-7.

9. Song RK, Cha H-H, Shin M-Y, Choi S-J, Oh S, Kim J-H, et al. Post-cerclage ultrasonographic cervical length can predict preterm delivery in elective cervical cerclage patients. *Obstet Gynecol Sci.* enero de 2016;59(1):17-23.
10. Nápoles Méndez D. La cervicometría en la valoración del parto pretérmino. *MEDISAN.* 2012;16:81-96.
11. FERNANDO ARIAS. GUIA PRACTICA DEL EMBARAZO Y PARTO DE ALTO RIESGO | [Internet]. [citado 23 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-guia-practica-del-embarazo-y-parto-de-alto-riesgo/9788480860949/160900>
12. Robert Resnik, MD, Robert K. Creasy, MD, Jay D. Iams, MD, Charles J. Lockwood, MD, MHCN, Thomas Moore, MD and Michael F Greene, MD. Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice, 7th Edition [Internet]. [citado 23 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://www.elsevier.ca/ISBN/9781455711376/Creasy-and-Resniks-MaternalFetal-Medicine-Principles-and-Practice>
13. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DCNDS. COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL [Internet]. Disponible en: <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF>
14. OMS | Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros [Internet]. WHO. [citado 23 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html
15. Vílchez Torres, Ana Gabriela. Factores de riesgo de parto pretérmino: Un estudio caso-control con mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Alemán entre julio del 2014 y junio del 2015 [Internet]. Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/3143/>
16. Ovalle S A, Kakarieka W E, Díaz C M, García Huidobro M T, Acuña M MJ, Morong C C, et al. Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012;77:263-70.

17. FABIÁN PATRICIO BALLADARES TAPIA, VALERIA DE LOS ÁNGELES CHACÓN JARAMA. 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]. de Cuenca; 2016. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25572/1/PROYECTO%20ODE%20INVESTIGACION.pdf>
18. Susana Isabel Rodríguez Coutiño, René Ramos González,, Ricardo Jorge Hernández Herrera. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. 2013. 81(9):499-503.
19. Javier Alexander Rivera Salas. Factores maternos y fetales asociados al parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Pasaje. [Internet]. Nacional de Loja; 2016 [citado 24 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/16835?mode=full>
20. Ministerio de Salud Pública C. Componente Normativo Neonatal [Internet]. 2008. Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D64.pdf
21. Lopez Sastre J CCG. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. 2015. :285-305.
22. Antezana R, <https://www.facebook.com/pahowho>. Ministerio de Salud lanza estrategia de prevención y manejo del recién nacido prematuro. OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2015 [citado 21 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1817:notaprematuro&Itemid=481
23. OMS | Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas [Internet]. WHO. [citado 21 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/>

24. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2007. La mujer y la infancia, el doble dividendo de la igualdad de género. [Internet]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/sowc07/docs/sowc07_sp.pdf
25. Cortés Castell E, Rizo-Baeza MM, Aguilar Cordero MJ, Rizo-Baeza J, Gil Guillén V. Maternal age as risk factor of prematurity in Spain: Mediterranean area. *Nutr Hosp*. 2013;28:1536-40.
26. Ramírez ÓJP, Ulloa PG, López AV. Violencia emocional como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino. *Rev Espec Méd-Quirúrgicas*. 2012;17(1):39-43.
27. Reyes M, Khiara M. Control prenatal inadecuado como factor asociado a parto pretermino en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo. *Univ Priv Antenor Orrego* [Internet]. 25 de enero de 2017 [citado 23 de septiembre de 2017]; Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2249>
28. Abdiel Estanisló Arevalo Saavedra. Factores asociados a parto prematuro en el Hospital II-2 de Tarapoto julio 2014 a junio 2015. [Internet]. [Perú]: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; Disponible en: http://repositorio.unapikitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3938/Abdiel_Tesis_Titulo_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Jendry Sthephany Vargas Corrales, Eduardo Martín Tijerino Rodríguez. Factores asociados al parto pretermino en pacientes ingresadas en el servicio de gineo-obstetricia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes en el periodo de julio a diciembre 2013. [Internet]. [Managua]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2013. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/2015/1/63241.pdf>
30. Asociación entre las infecciones del tracto urinario y el parto pretérmino | *Progresos de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. [citado 23 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-asociacion-entre-las-infecciones-del-13078320>
31. Infecciones urinarias durante embarazo causan partos prematuros [Internet]. [citado 23 de septiembre de 2017]. Disponible en:

<http://vital.rpp.pe/salud/infecciones-urinarias-durante-embarazo-causan-partos-prematuros-noticia-700356>

32. Lucio LR, Escudero A, Rodríguez-Vega E, Vázquez-Caamaño MP, Vaquerizo O, Herrera FJ. Asociación entre las infecciones del tracto urinario y el parto pretérmino. Prog Obstet Ginecol. :373-8.
33. Giacomini-Carmioli L, Leal-Mateos M, Moya-Sibaja RÁ. Anemia materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo para parto pretérmino. Acta Médica Costarric. 2009;51:39-43.
34. Juvenal Calderón, Guillén, Genaro Vega, Malagón, Jorge Velásquez, Tlapanco, Régulo Morales, Carrera, Alfredo Jesús Vega, Malagón. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. Rev Med IMSS. 43(4):339-42.
35. Loretta Giacomini-Carmioli., Manrique Leal-Mateos, Rafael Ángel Moya-Sibaja. Anemia materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo para parto pretérmino. 2009. 51(1):39-43.
36. Jorge Hasbun H., Andrea Hasbun N. Infección y parto prematuro: Enlace epidemiológico y bioquímico. 2000. 17(1):7-17.
37. Fany Patricia García Coto, Fabian Pardo Cruz, Carlos Zuñiga Mazier. Factores asociados al parto prematuro en el departamento de Lempira, Honduras. Rev Med Hondur. 2012;80(4):153-7.
38. Karla Cornejo-García. Factores asociados con el parto prematuro en un hospital de segundo nivel. 2014. 19:308-15.
39. Andres Lopez Bernal. Nacimiento prematuro, retos y oportunidades de la predicción y la prevención. [Internet]. PerkinElmer; 2009. Disponible en: http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures_Reports_Factsheets_Position_Papers/Prevention_Perkin_Elmer/1244-9856_Perkin_Elmer_Spanish.pdf

40. Henry Lowell Allpas-Gomez, Jarvis Raraz-Vidal., Omar Raraz-Vidal. Factores asociados al bajo peso al nacer en un hospital de Huánuco. 2014. 2014;31(2):79-83.
41. García Baños LG. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. Rev Cuba Salud Pública. 2012;38:238-45.
42. A.VallsiSoler JL. Protocolos diagnosticos terapéuticos de la AEP: Neonatología. Síndrome de dificultad respiratoria. 2008. 2008;305-10.
43. Fisiología del trabajo de parto | Williams. Obstetricia, 24e | AccessMedicina | McGraw-Hill Medical [Internet]. [citado 28 de julio de 2017]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525§ionid=100458658&jumpsectionID=100458815>
44. Gustavo Pagés JA. CONTRACCIÓN UTERINA Y ABDOMINAL. :119-25.
45. Laterra CM, Susacasa S, Marco ID, Valenti E. Guía de práctica clínica: AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO 2011. Rev Hosp Materno Infant Ramón Sardá. 2012;31(1):25-40.
46. Moisés Huamán Guerreño. PARTO PRETÉRMINO: DIAGNÓSTICO. 2008. 54:22-3.
47. CONDE-AGUDELO A, ROMERO R, HASSAN SS, YEO L. TRANSVAGINAL SONOGRAPHIC CERVICAL LENGTH FOR THE PREDICTION OF SPONTANEOUS PRETERM BIRTH IN TWIN PREGNANCIES: A SYSTEMATIC REVIEW AND METAANALYSIS. Am J Obstet Gynecol. agosto de 2010;203(2):128.e1-128.12.
48. Simpson L. Best Practices in High-Risk Pregnancy, An Issue of Obstetrics and Gynecology Clinics, E-Book [Internet]. Elsevier Health Sciences; 2015. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=gp7uCQAAQBAJ>
49. Alejandro Rodríguez Donado VAI. Guía de manejo de trabajo de parto pretérmino [Internet]. Disponible en:

50. Trabajo de parto prematuro y parto prematuro - ACOG [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Trabajo-de-parto-prematuro-y-parto-prematuro>
51. Prediction of Preterm Birth: Cervical Sonography (PDF Download Available) [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2017]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/26863125_Prediction_of_Preterm_Birth_Cervical_Sonography
52. EDUARDO A. VALENTI LSV. Consenso Parto pretérmino. 2014. Mayo;13(1):5-9.
53. Raúl Alfaro Piedra GQG. Amenaza de Parto Pretérmino. 2016. 2016;1(1):75-80.
54. Ortiz MI, Trejo-Miranda A, García-Corrales J de J, Chavarría-Bautista LA. Fibronectina fetal como predictor del trabajo de parto en mujeres mexicanas. Medwave [Internet]. 1 de mayo de 2012 [citado 29 de marzo de 2017];12(04). Disponible en: [/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5347](http://link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5347)
55. Cristian de Guirior LS. Alternativas terapéuticas para la tocólisis en el manejo de la amenaza de parto pretérmino. 2016. 2016;59(2):112-8.
56. Julio García Baltazar PFC. Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino. 2009. :3-37.
57. M.Palacio. TC. AMENAZA DE PARTO PRETERMINO. PROTOCOLOS DE MEDICINA FETAL Y PERINATAL. 09/11/2016 [Internet]. Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_maternal_obstetrica/amenaza_de_parto_pretermino_hcp_hsjd.pdf
58. Eficacia de tratamiento con atosiban en mujeres con amenaza de parto prematuro [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2017]. Disponible en:

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/eficacia-atosiban-amenaza-parto-prematuro/>

59. Corticosteroids' Effect on Fetal Lung Maturation (1972), by Sir Graham Collingwood Liggins and Ross Howie | The Embryo Project Encyclopedia [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://embryo.asu.edu/pages/corticosteroids-effect-fetal-lung-maturation-1972-sir-graham-collingwood-liggins-and-ross>
60. Ballard PL, Ballard RA. Scientific basis and therapeutic regimens for use of antenatal glucocorticoids. Am J Obstet Gynecol 173: 254-262 [Internet]. ResearchGate. [citado 14 de septiembre de 2017]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/15566848_Ballard_PL_Ballard_RA_Scientific_basis_and_therapeutic_regimens_for_use_of_antenatal_glucocorticoids_Am_J_Obstet_Gynecol_173_254-262
61. Tratamiento de mantenimiento con bloqueadores de los canales de calcio para la prevención del parto prematuro después de una amenaza de trabajo de parto prematuro | Cochrane [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD004071/tratamiento-de-mantenimiento-con-bloqueadores-de-los-canales-de-calcio-para-la-prevencion-del-parto>
62. Arenas-Rojas AM. Beneficios y riesgos de la terapia antihipertensiva en el posparto. Medicas UIS. 2016;29:71-80.
63. Maduración Pulmonar Fetal. [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2017]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/263967080_Maduracion_Pulmonar_Fetal?enrichId=rgreq-9db113bcf1c381f940020a4cda68eebe-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI2Mzk2NzA4MDtBUzoxMTk3NzcXNzk3MzgXMTJAMTQwNTU2ODUxMzQ1MQ%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf

64. Betametasona prenatal para embarazadas en riesgo de parto prematuro tardío - Artículos - IntraMed [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=88902>
65. Corticosteroides prenatales para acelerar la maduración del pulmón fetal en pacientes con riesgo de parto prematuro | Cochrane [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD004454/corticosteroides-prenatales-para-acelerar-la-maduracion-del-pulmon-fetal-en-pacientes-con-riesgo-de>
66. Ospina J, Barrera Sánchez L, Manrique-Abril F. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá*. Rev Virtual Univ Catol Norte. 7 de octubre de 2016;48:215-27.
67. JUAN JOSÉ GUILLÉN GUEVARA. FACTORES MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2014 [Internet]. [PERU]: UNIVERSIDAD DE SAN MARTIN DE PORRES; 2014. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1291/3/Guillen_jj.pdf
68. Viviana Beatriz Genes Barrios. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v4n2/v4n2a02.pdf>
69. Acosta Terriquez JE, Ramos Martinez MA, Zamora Aguilar LM, Murillo Llanes J. Prevalencia de infección de vías urinarias en pacientes hospitalizadas con amenaza de parto pretermino. 2014. 82(11):737-43.
70. López-Torres L, Chiappe M, Cárcamo C, Garnett G, Holmes K, García P. Prevalencia de vaginosis bacteriana y factores asociados en veinte ciudades del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2016;33:448-54.
71. Carpio Panta, Fernando. Factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto Pretérmino. Hospital Regional de Lambayeque año 2013 [Internet]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2013. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/415>

ANEXOS.

Cuenca, 29 de mayo de 2017

El Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca **CERTIFICA** que ha conocido, analizado y aprobado el protocolo de estudio intitulado "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL GENERAL MACAS, PERIODO OCTUBRE 2015 - OCTUBRE 2016", cuyo investigador principal es la Srta. María Isabel Pintado Villa y que se encuentra siendo dirigida por el Dr. Esteban Padrón.

Código: PVM12

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

Atentamente,

 **UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

DR. WILSON CAMPOVERDE BARROS
COORDINADOR COMITÉ DE BIOÉTICA
Dr. Wilson Campo Verde Barros
COORDINADOR COMITÉ DE BIOÉTICA



OFICIO AMDD-01-033-2017
Macas, 18 de mayo de 2017

Doctor

Lorgio Aguilar A.

DIRECTOR DE INVESTIGACION

UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR – FACULTAD DE
MEDICINA

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA

En su despacho:

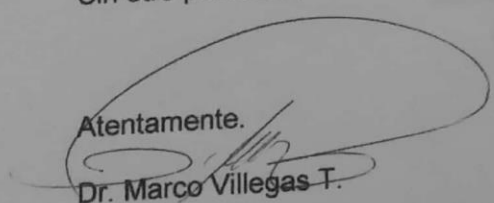
De mi consideración:

En atención a su oficio s/n de fecha 12 de mayo del 2017, en el cual solicita la autorización para que, como parte de las prácticas pre profesionales, la Interna Rotativa de Medicina María Isabel Pintado Villa con C.I. 0107123812, realice acciones investigativas que sirvan de base y tributen al trabajo de Titulación, cuyo tema es: "Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el Hospital General de Macas, periodo octubre 2015 – octubre 2016".

Me permito informar que se autoriza a la Interna Rotativa para que realice dicha investigación en el Hospital General de Macas.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente.


Dr. Marco Villegas T.

GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DE MACAS

Dirección: calle Eulalia Velín y Macas Fuente, sector el Zapatero, tlf: 3703800 / 3703801, mail:
marco.villegas @saludzona6.gob.ec



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

Macas, 18 de mayo de 2017

Dr. Marco Villegas T.

GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DE MACAS

De nuestras consideraciones

Yo, MARÍA ISABEL PINTADO VILLA, con CI.0107123812 interno rotativo de Medicina del Hospital General de Macas, ante usted comparezco y solicito de la manera más comedida se digne dar autorización respectiva para poder acceder a las historias clínicas de las pacientes del área de Ginecología y Obstetricia, con el objetivo de la realización del tema de investigación de tesis previa a la obtención del título de Médico General, mismo que lleva por título **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL GENERAL MACAS, PERIODO OCTUBRE 2015 – OCTUBRE 2016"**.

La información que se sirva dar a la presente anticipo mi más sincero agradecimiento.

María Isabel Pintado Villa
CI.0107123812

27-05-17
15:54



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACÁDEMICA DE SALUD Y BIENESTAR

Facultad de Medicina

Cuenca 22 de mayo del 2017

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

YO María Isabel Pintado Villa, suscriptor de la presente carta me comprometo a mantener la confidencialidad en relación a toda documentación e información obtenida en el proceso de investigación del tema: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL GENERAL DE MACAS, PERIODO OCTUBRE 2015 – OCTUBRE 2016" por lo que declaro estar de acuerdo con lo siguiente:

- a) No divulgar a terceras personas o instituciones el contenido de cualquier documentación o información, como parteo resultado del proceso de investigación.
- b) No permitir a terceros el manejo de documentación resultante del proceso de recolección de datos.
- c) No explotar ni sacar provecho en beneficio propio o permitir el uso externo de información obtenidas o conocimiento adquirido durante el proceso de investigación.
- d) No conservar documentación que sea de propiedad institucional, ni permitir que se realicen copias no autorizadas de la misma.

Si por Algún motivo falsea este compromiso, acepto la responsabilidad por mis actos.

María Isabel Pintado Villa

C.I. 010713812

Interna De Medicina De La Universidad Católica De Cuenca



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL GENERAL DE MACAS, PERIODO OCTUBRE 2015 – OCTUBRE 2016.”.

Numero de ficha

Historia

1. DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS

a) Edad: _____

1. < 19 años	
2. 20-24 años	
3. > 34 años	

1. Madre adolescente	
2. Madre añosa	

b) Estado civil:

1. Soltera	
2. Casada	
3. Union libre	
4. Divorciada	

c) Nivel de instrucción:

1. Ninguno	
2. Primaria	
3. Secundaria	
4. Superior	

d) Procedencia:

1. Urbano	
2. Rural	

2. FACTORES MATERNOS

a) Antecedente de parto pretérmino:

1. Si	
2. No	

b) Infección de vías urinarias:

1. Si	
2. No	

c) Anemia:

1. Si	
2. No	

d) Vaginosis bacteriana:

1. SI	
2. NO	

e) Control prenatal

1. Si	
2. No	

3. FACTORES OBSTETRICOS

a) Paridad:

1. Nulípara	
2. Multípara	

4. PARTO PRETÉRMINO

1. Si	
2. No	

FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL GENERAL MACAS, PERIODO OCTUBRE 2015 – OCTUBRE 2016

INFORME DE ORIGINALIDAD

0%

INDICE DE SIMILITUD

0%

FUENTES DE
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJO DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 501 words

Excluir bibliografía

Activo



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

**UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERIA**

Cuenca 29 de septiembre del 2017

Señor, Doctor.

Lorgio Aguilar

DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION

Señora, Doctora.

Patricia Vanegas

DIRECTORA DE UNIDAD DE TITULACION

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el Trabajo de Grado, de título:
Factores de Riesgo Asociado al Parto Pretérmino en el Hospital General Macas,
Periodo Octubre 2015- Octubre 2016, ha cumplido con las recomendaciones sugeridas
por los pares revisores asignados, motivo por el cual me permito sugerir se de paso a la
sustentación del mismo

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Esteban Padrón M.
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
L: 3 "B" F: 17 No 50

Dr. Esteban Padrón M.

Manuel Vega y Pio Bravo

Teléfono: 830752-413175

www.ucacue.edu.ec



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERIA

Yo, María Isabel Pintado Villa, autor del proyecto de investigación titulado: FACTORES DE RIESGO ASOCIADO AL PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL GENERAL MACAS, PERIODO OCTUBRE 2015 – OCTUBRE 2016; reconozco y acepto el derecho de la Universidad Católica de Cuenca, de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.;

Atentamente,

María Isabel Pintado Villa

Manuel Vega y Pio Bravo

Teléfono: 830752-413175

www.ucacue.edu.ec