



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL PARA LA OBTENCIÓN DEL
GRADO DE MAGISTER EN EMERGENCIAS MÉDICAS

TEMA

FACTORES ASOCIADOS A AMENAZA DE PARTO EN
EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE PELILEO.

AUTOR:

MD. DARWIN SARANGO RAMOS

TUTOR:

DR. ERNESTO CARTAGENA

AÑO 2016

GUAYAQUIL – ECUADOR



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia y Tecnología



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO : FACTORES ASOCIADOS A AMENAZA DE PARTO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE PELILEO

AUTOR: Dr. Darwin Sarango Ramos.

TUTOR: Dr. Ernesto Cartagena Cardenas

REVISOR: Dr. Luis Chantong Villacres

INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD: Medicina Humana

MAESTRIA: Emergencias Médicas

FECHA DE PUBLICACIÓN:

No. DE PÁGS: 36

ÁREAS TEMÁTICAS: Ginecología

PALABRAS CLAVE: Parto pretermino, factores asociados a amenaza, parto prematuro

La amenaza de parto pretérmino y sus consecuencias, son consideradas un problema de salud pública, por efectos sobre el binomio madre-hijo y los costos sanitarios que genera, siendo causa principal de la prematuridad. El objetivo general fue determinar los factores asociados a amenaza de parto pretermino en pacientes que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital de Pelileo durante el 2014. La investigación fue observacional, de enfoque cuantitativa, de tipo analítica, transversal y retrospectiva, en el periodo enero a diciembre del 2014. En la recopilación de información, se usó hoja de recolección de datos, que se obtuvieron de la hoja 008; y tras la utilización de programas, se realizó el análisis estadístico, cuyos resultados se representaron en forma de tablas y gráficos. Resultados. El 36 % de las pacientes embarazadas fue 15-20 años de edad, relacionado a la instrucción el 56% presento un nivel de estudios secundarios; en la ocupación fue el trabajo textil en un 40%; en la etiología el 42% fue esfuerzo laboral, e infecciones urinarias en un 24%, relacionado a edad gestacional fue de 28 a 32 semanas en un 62%. Conclusiones. Los principales factores asociados presentes tenemos extremos de edad materna, también la presencia del estado civil de unión familiar; en causas se presenta el esfuerzo laboral, seguida de infecciones urinarias y vaginales; todo esto relacionado al tipo de actividad laboral textil que realizan las embarazadas; por lo tanto es necesario realizar un plan de capacitación a mujeres embarazadas para mejorar sus conocimientos.

No. DE REGISTRO (en base de datos):

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

☐ SI

☐ NO

CONTACTO CON AUTOR/ES:

Teléfono: 0985366873

E-mail: kevins138@hotmail.com

CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:

Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS

Teléfono: 2288086

E-mail: egraduadosug@hotmail.com

: Av. Whymper E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Promete, teléfonos 2569898/9. Fax: (593 2) 2509054

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del estudiante Darwin Sarango Ramos del Programa de Maestría de Emergencias Médicas, nombrado por el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas CERTIFICO: que el trabajo de titulación especial titulado **Factores asociados a amenaza de parto en emergencia del Hospital de Pelileo**, en opción al grado académico de Magister en Emergencias Médicas, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

Atentamente

DR. SUMNER ERNESTO CARTAGENA C.
GINECO - OBSTETRA
DR. REC. PROF. 1873-265
REC. EST. 1873-265 REC. 1873-265
TUTOR

Guayaquil, 15 de diciembre del 2016

AGRADECIMIENTO

Hoy agradezco a Dios por la vida que me regala día a día y darme la oportunidad de estar aquí y haberme dado una familia maravillosa. Hoy agradezco a mis padres por su enorme esfuerzo puesto en mí, a mi hermana y demás familiares que me brindaron todo lo permitido y estuvieron conmigo apoyándome para seguir avanzando y me brindaron su ayuda e incentivaron a continuar este trabajo y verlo realizado. Agradezco a mis profesores y doctores que han contribuido en mis conocimientos y actitudes, finalmente agradezco a la Universidad de Guayaquil que me acogió para continuar mi formación profesional.

DEDICATORIA

Dedico este nuevo logro a Dios por regalarme vida, salud y trabajo; a mis padres, Dionicio Y María que apoyaron mis decisiones en la vida para que yo pudiera lograr mis metas, a mi hermana Elizabeth que forman mis pilares para seguir cada día salir adelante.

DECLARACIÓN EXPRESA

“La responsabilidad del contenido de este trabajo de titulación especial, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL”

FIRMA

DARWIN SARANGO RAMOS

ABREVIATURAS

MSP: Ministerio de Salud Pública.

RPM: Ruptura prematura de membranas.

PP: Parto pretérmino.

APP: amenaza de parto pretérmino.

TPP: Trabajo de parto pretérmino.

FUM: Fecha de última menstruación.

NP: Nacimiento pretérmino.

APGO: Antecedentes patológicos Gineco-obstétricos.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	1
Introducción	2
Delimitación del problema:.....	2
Formulación del problema:	2
Justificación:	3
Objeto de estudio:	3
Campo de acción o de investigación:.....	3
Objetivo general:.....	3
Objetivos específicos:	3
La novedad científica:.....	4
Capítulo 1 MARCO TEÓRICO	5
1.1 Teorías generales	5
1.2 Teorías sustantivas	13
1.3 Referentes empíricos.....	15
Capítulo 2 MARCO METODOLÓGICO.....	24
2.1 Metodología:	24
2.2 Métodos:	24
2.3 Premisas o Hipótesis	25
2.4 Universo y muestra	25
2.5 CDIU – Operacionalización de variables.....	26
2.6 Gestión de datos	27
2.7 Criterios éticos de la investigación	27
Capítulo 3 RESULTADOS.....	28
3.1 Antecedentes de la unidad de análisis o población	28
3.2 Diagnostico o estudio de campo:	22
Capítulo 4 DISCUSIÓN	28
4.1 Contrastación empírica:	28
4.2 Limitaciones:.....	36

4.3	Líneas de investigación:.....	36
4.4	Aspectos relevantes.....	36
Capítulo 5 PROPUESTA		37
Conclusiones y recomendaciones		38
Bibliografía		40
Anexos		42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de la paciente.	28
Tabla 2. Estado Civil de los pacientes.	29
Tabla 3 Etnia del paciente	29
Tabla 4. Nivel de instrucción	29
Tabla 5 Tipo de ocupación	30
Tabla 6. Etiologías de la amenaza de Parto pretérmino.	30
Tabla 7. Edad gestacional que se presentan las amenazas de parto pretermino.....	30
Tabla 8. Análisis de asociación entre la etiología y el grado de instrucción.....	31
Tabla 9. Análisis de asociación entre la etiología y la ocupación.....	32
Tabla 10. Análisis de asociación entre la etiología y la raza.	32

RESUMEN

La amenaza de parto pretérmino y sus consecuencias, son consideradas un problema de salud pública, por efectos sobre el binomio madre-hijo y los costos sanitarios que genera, siendo causa principal de la prematurez. El objetivo general fue determinar los factores asociados a amenaza de parto pretermino en pacientes que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital de Peliléo durante el 2014. La investigación fue observacional, de enfoque cuantitativa, de tipo analítica, transversal y retrospectiva, en el periodo enero a diciembre del 2014. En la recopilación de información, se usó hoja de recolección de datos, que se obtuvieron de la hoja 008; y tras la utilización de programas, se realizó el análisis estadístico, cuyos resultados se representaron en forma de tablas y gráficos. Resultados. El 36 % de las pacientes embarazadas fue 15-20 años de edad, relacionado a la instrucción el 56% presento un nivel de estudios secundarios; en la ocupación fue el trabajo textil en un 40%; en la etiología el 42% fue esfuerzo laboral, e infecciones urinarias en un 24%, relacionado a edad gestacional fue de 28 a 32 semanas en un 62%. Conclusiones. Los principales factores asociados presentes tenemos extremos de edad materna, también la presencia del estado civil de unión familiar; en causas se presenta el esfuerzo laboral, seguida de infecciones urinarias y vaginales; todo esto relacionado al tipo de actividad laboral textil que realizan las embarazadas; por lo tanto es necesario realizar un plan de capacitación a mujeres embarazadas para mejorar sus conocimientos.

Palabras clave: parto pretermino, factores asociados a amenaza, parto prematuro

SUMMARY

The threat of preterm birth and its consequences are considered a public health problem, due to effects on the mother-child binomial and the health costs it generates, being the main cause of prematurity. The general objective was to determine the factors associated with the threat of preterm birth in patients attending the Emergency Service of Peliléo Hospital during 2014. The research was observational, quantitative, analytical, cross-sectional and retrospective, in the January period To December 2014. In the collection of information, a data collection sheet was used, which was obtained from sheet 008; And after the use of the program the statistical analysis was performed, the results of which were represented in the form of tables and graphs. Results. 36% of the pregnant patients were 15-20 years of age, in relation to the instruction 56% had a level of secondary education, related to the occupation was the textile work in 40%; 42% as etiology was work effort, and urinary infections in 24%., Related to gestational age was 28 to 32 weeks in 62%. Conclusions. The main associated factors present we have extremes of maternal age, also the presence of the civil status of family union; In cases the labor effort is presented, followed by urinary and vaginal infections, all related to the type of textile labor activity performed by pregnant women, therefore it is necessary to put a training plan for pregnant women to improve their knowledge

Key words: Preterm labor, factors associated with threat, labor threat..

INTRODUCCION

El embarazo constituye un estado fisiológico, donde la persona se vuelve vulnerable a los múltiples factores presentes en nuestro medio; así la mujer tiene que resistir 9 meses, tiempo en el cual transcurre su desarrollo, presentando mayor vulnerabilidad tanto al inicio como al final del embarazo. Así estos factores pueden determinar la presencia de morbilidades que no se presentarían en una persona normal, afectando en este caso a dos entes biológicos, así entre esas morbilidades, tenemos presencia de enfermedades metabólicas, como infecciosas que al final terminan presentando cuadros de pérdida del producto, y claro sin olvidar la presencia de los accidentes, así de esta forma tenemos morbilidades como son; la amenaza de parto pretermino (APP), mmotivo por el cual se ha desarrollado la presente investigación donde constan la descripción de las etiologías, y factores de riesgo de la amenaza de parto pretérmino y realizar un plan de capacitación para las mujeres embarazadas que son controladas en el Hospital de Peliléo

La **delimitación del problema** se basa en los factores asociados a la amenaza de parto pretérmino, los referentes bibliográficos, establecen que el 20% de los partos pretérmino son causados por razones maternas o fetales (En estas se incluye ; RCIU, preeclampsia o alguna enfermedad hipertensiva, placenta previa, registros cardiotocográficos anormales, otras etc.), mientras que el resto de causas se las asociadas al 30% son el resultado de la ruptura prematura de membranas (RPM), tanto el 20-25% responden a resultados de infecciones intraamnióticas y finalmente el 25-30% son las causadas de formas espontáneas o sin presencia de causa aparente; para el diagnóstico se toma en cuenta la presentación clínica, la realización de exámenes de laboratorio.

La categoría de factores gineco-obstétricos abordó temas referentes a los antecedentes de abortos previos, embarazo múltiple, ruptura prematura de membranas (RPM) y enfermedades del embarazo, que son condiciones que pueden aumentar el riesgo de amenaza de parto pretérmino. La categoría de factores infecciosos, profundiza temas sobre la infección de tracto urinario y vaginal, que son patologías que predisponen a contracciones uterinas debido a la producción de prostaglandinas.

La categoría de antecedentes personales de la gestante, abarca temas respecto al estado de; edad, etnia, escolaridad y enfermedades previas que aumenten el riesgo de amenaza de parto pretérmino. La categoría ocupacional, intervienen aquellos factores que favorezcan la aparición de amenaza de parto pretérmino, como el tipo de trabajo que desempeña la gestante o los antecedentes de traumatismo o esfuerzos.

La **formulación del problema**, al cual se lo plantea de la siguiente manera, ¿Cómo influye los factores asociados a la Amenaza de Parto Pretermino en los pacientes que son atendidos en el Hospital de Pelileo?

La **justificación** del presente estudio está dirigido a desarrollar planes de capacitación relacionados a cuidados del embarazo; para disminuir la frecuencia de amenaza de parto pretérmino en pacientes embarazadas que acuden al Hospital de Pelileo, a través de esta iniciativa se espera reducir la frecuencia de parto pretérmino, complicaciones y el índice de mortalidad materno-infantil, enfocándose en el diagnóstico precoz, identificación de los factores de riesgo asociados y proporcionar un tratamiento adecuado y oportuno de la amenaza de parto, ofreciendo un mejor pronóstico. Incluye la necesidad de obtención de información previa actual del problema, para así apoyados con programas del Ministerio de Salud Pública

(MSP) ayudar a la prevención de los partos pre términos, para evitar las consecuencias fetales, las cuales se espera poder lograr mediante la promoción y prevención primaria de esta patología; ya que una de las principales causas es el desconocimiento de información previa al embarazo o durante el mismo, esperando que con ello se pueda obtener una conciencia adecuada para el control y cuidado que un embarazo necesita.

Ante esto se puede resumir nuestro trabajo investigativo de la siguiente manera.

Objeto de estudio es la Amenaza de parto pretermino, y el **campo de acción** corresponde los *factores asociados* a la amenaza de parto pretermino.

Tras la delimitación del trabajo de investigación se plantea cada una los objetivos a estudiar.

El **objetivo general** es “Determinar los factores asociados a amenaza de parto pretermino en pacientes que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital de Peliléo durante el periodo 2014”.

Entre los **objetivos específicos**, de la investigación tenemos:

1. Analizar los fundamentos teóricos de la amenaza de parto pretermino y factores asociados.
2. Identificar los principales factores sociales asociados a amenaza de parto pretérmino, en pacientes que acuden al Hospital de Peliléo.
3. Elaboración de un plan de capacitación para las mujeres embarazadas del centro Hospitalario de Peliléo.

La **novedad científica** está basada en los hallazgos relacionados con los factores infecciosos, gineco-obstétricos, ocupacionales y en los antecedentes patológicos personales, que fundamentado en la bibliografía internacional existente sobre el tema, permitió el diseño de un modelo de atención de emergencia de la amenaza de parto pretérmino en pacientes del Hospital de Pelileo, el cual permitirá disminuir la morbi-mortalidad de esta complicación obstétrica, además ayudar en el fortalecimiento de la promoción de salud en el ámbito materno/infantil, específicamente los cuidados y controles necesarios para el desarrollo fetal.

Capítulo 1

MARCO TEÓRICO

1.1. Teorías generales

Amenaza de parto pretérmino, el cual se lo define como aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. Otros autores lo conceptualizan como aquel nacimiento ocurrido entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación (Balaña S, 2015). La amenaza de parto pretérmino (APP) es la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 25-30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos, con borramiento del cuello uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm, entre las 22 y 36,6 semanas de gestación. A los fines de posibilidad de manejo clínico neonatal, se considera después de las 23 a 24 semanas en centros perinatales de alta complejidad (Cunningham G et al, 2014).

El trabajo de parto pretérmino (TPP), se denomina a la presencia de dinámica o actividad uterina igual o mayor a la descrita, pero con presencia de modificaciones cervicales tales como borramiento mayor al 50% y dilatación cervical de 4 cm o más. La presencia de la amenaza de Parto pretermino se estimó que el 9,6% de todos los nacimientos presentes fueron pretérmino, así se determinó que más del 90% ocurrieron en el continente Africano, Asiático, y así como en América Latina y el Caribe (Gori J, 2012).

Causas de parto pretermino:

Tradicionalmente, las causas de parto prematuro se han agrupado en tres grandes grupos: 1. Iatrogénico (por indicación médica, el parto debe ocurrir antes del término del embarazo, por ejemplo: patología materna); 2. Secundario a Rotura Prematura de Membranas (RPM) e; Idiopático (sin causa aparente). Respecto del parto prematuro idiopático

y secundario a RPM, en forma reciente se ha modificado el concepto del parto prematuro hacia un síndrome, que obedece a diferentes causas que determinan una respuesta con liberación de mediadores bioquímicos y el desencadenamiento de las contracciones uterinas con modificaciones del cérvix uterino y/o RPM (Roberts J, 2016)

Factores de riesgo (asociados)

En lo referente a Factores de riesgo, tenemos que entre las evidencias clínicas y anatomopatológicas, así como microbiológicas, experimentales y bioquímicas han identificado los siguientes factores de riesgo: antecedente (s) de parto(s) pretérmino anterior(es), antecedente(s) de feto(s) muerto(s), antecedente(s) de rotura prematura de membranas pretérmino, antecedente de aborto en segundo trimestre (> 17 semanas), embarazo doble o múltiple, polihidramnios, infecciones urinarias: bacteriuria asintomática - pielonefritis – infecciones bajas, vaginosis bacteriana, factores uterinos: malformaciones, miomatosis, incompetencia ístmico cervical, conización cervical, infecciones de transmisión sexual, edad materna < 18 o > 40 años, tabaquismo, alcoholismo y abuso de sustancias tóxicas, entre otros factores (Pellicer A, 2012).

Diagnostico

El diagnóstico se basa en la determinación de la edad gestacional, lo cual constituye un aspecto principal para la evaluación de la situación clínica en el momento de toma de decisiones, especialmente para la determinación de los límites de la viabilidad. La sobreestimación o subestimación de la edad gestacional pueden conllevar a la toma de decisiones totalmente equivocadas. La estimación de la edad gestacional se basa habitualmente mediante la determinación de la fecha de última menstruación. Sin embargo, ese parámetro puede estar sujeto a desviaciones significativas ya sea de manera consciente o inconsciente. La

certeza de la edad gestacional por ecografía es máxima en el primer trimestre y va disminuyendo a medida que sube la edad gestacional (Pellicer A, 2012).

Los siguientes parámetros integran información para estimar la edad gestacional: a) fecha de última menstruación (FUM), si coincide con primera ecografía realizada; b) primera ecografía. Idealmente debería ser durante el primer trimestre (longitud céfalo-caudal a las 10 - 13 semanas) o, en su defecto, en el segundo trimestre, pero antes de las 20 semanas y; c) examen físico del recién nacido (Cunningham G et al, 2014).

En la amenaza de parto pretérmino, el diagnóstico deberá basarse en una adecuada anamnesis, en el examen clínico-obstétrico y en el examen vaginal. Se evaluarán los antecedentes de prematurez o de nacidos de bajo peso, la confiabilidad de la fecha de la última menstruación (FUM) y la edad gestacional, el momento del inicio y las características de las contracciones uterinas y la presencia de sintomatología asociada (por ejemplo, las pérdidas de líquido amniótico o hemáticas por los genitales externos, disuria, polaquiuria, fiebre, escalofríos, dolor abdominal, etc.) (Cunningham G et al, 2014).

El diagnóstico clínico se basa en las siguientes condiciones: a) presencia de contracciones uterinas: con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 25-30 segundos de duración palpatoria que se mantengan durante un período de 60 minutos; b) modificaciones cervicales: borramiento del cuello uterino del 50% o menor, dilatación cervical igual o menor a 3 cm. Todo ello en una edad gestacional comprendida entre las 22 y 36,6 semanas. Es recomendable completar información para el diagnóstico mediante la valoración del cérvix uterino por medio de una ecografía transvaginal (Eco TV), especialmente cuando la presencia de contractilidad no es franca o los cambios cervicales no sean precisos (Berek J, 2013).

Si existen dudas, se reevalúa clínicamente a la paciente después de una o dos horas que el paciente se encuentre en reposo. Ante el cese de la sintomatología que motivó la consulta y en ausencia de modificaciones cervicales, la paciente podrá retornar a su domicilio con la recomendación explícita de la limitación de la actividad física y de consultar nuevamente ante el reinicio de la sintomatología o signos de alarma. Se citará dentro de los siguientes 7 días para control por consultorios externos. Si, por el contrario, en el caso que el cuadro persiste, se procederá a internarla para su observación y manejo directo (Bajo J, 2013).

Los marcadores de riesgo de parto prematuro más utilizados son, la medición ultrasonográfica de la longitud del cuello uterino y la determinación de fibronectina fetal en secreción vaginal. La medición de la longitud del cérvix uterino como predictor de parto prematuro, se basa en la premisa de que existe una relación entre el largo del cuello uterino y el desencadenamiento del trabajo de parto (Cunningham G et al, 2014).

La modificación cervical en una paciente sintomática comienza con un borramiento desde el orificio cervical interno hacia el externo. Una longitud cervical < 25 mm se asocia con un riesgo relativo de parto prematuro de 4,8. El mayor valor predictivo positivo se obtiene con una longitud cervical inferior a 18 mm y el mejor valor predictivo negativo con una longitud superior a 30 mm. Es discutido si el hallazgo de funneling o emudización es un predictor independiente de la longitud cervical total. De esta forma, un cérvix corto, es decir, menor de 15 mm, es un fuerte predictor de parto prematuro con un valor predictivo positivo de 50% en los siete días siguientes al examen. A su vez, un cérvix largo, definido como mayor de 30 mm de longitud, tiene un valor predictivo negativo de 95% en la semana siguiente (Bajo J, 2013).

La Fibronectina es una proteína extracelular que se encuentra en las membranas, decidua y líquido amniótico, con una función adhesiva entre el feto en desarrollo y la superficie interna del útero (interface coriodecidual) (Gibbs R, 2012). Tras la implantación del saco gestacional aparece Fibronectina en las secreciones cervico-vaginales puede encontrarse normalmente en ellas antes de la semana 20^a-22^a y al final del embarazo cuando se acerca el momento del parto. Sin embargo su presencia entre las semanas 24^a y 34^a es poco frecuente, y puede indicar separación de las membranas fetales de la decidua (Bourgeois F, 2014).

El valor de corte para medición de fibronectina es 50 mcg/dl. Si bien el valor predictivo positivo de fibronectina se lo considera menor que el descrito para la longitud cervical, mejora cuando el cérvix uterino mide entre 15 y 30 mm. Así el valor predictivo negativo de la fibronectina es > 95%, por lo que esta sería útil en la detección de un falso trabajo de parto prematuro de dicha paciente (Cunningham G et al, 2014).

Tratamiento

En el Manejo de pacientes con síntomas de parto pretérmino, todas los pacientes que se ingresan por el servicio de urgencia por contracciones uterinas y que se encuentran cursando embarazo de entre 22 y 36 semanas serán valoradas de la siguiente manera: a) monitoreo basal para constatar la presencia de contracciones uterinas y evaluación de la frecuencia cardíaca fetal (Bourgeois F, 2014). en pacientes con presencia de dinámica uterina mayor o igual a 1 en 10 minutos deberá continuar con valoración constante; b) tacto vaginal para evaluar las condición y estado cervical; c) ecografía transvaginal para la valoración de la longitud del cérvix. Además el uso de la determinación de fibronectina queda como

posibilidad para quienes se disponga del examen (actualmente no es utilizada); d) hospitalización (Cunningham G et al, 2014).

Una vez ingresada la paciente debería realizarán las siguientes acciones: a) Instalación de vía venosa y toma de los siguientes exámenes: Hemograma completo, PCR, VSG, Sedimento de orina y urocultivo; b) Imagenología; realización de Ecografía-Doppler; c) Hidratación endovenosa con suero ringer lactato o solución salina 1000 ml a pasar a gran velocidad.

Tocólisis, luego de finalizada la hidratación, se reevaluará a la paciente con APP para la toma de decisión. Si persiste con dinámica uterina mayor o igual a 1 en 10 minutos se procederá con la Tocólisis de la siguiente manera: Tocólisis de 1ª línea, con Nifedipino 10 mg, 2 cápsulas blandas v/o cada 20 minutos por 3 veces. A los 10 minutos de la administración del fármaco se controlará presencia de contracciones en 10 minutos, si persiste se administrará la siguiente cápsula hasta un máximo de 3. Si la actividad uterina cede, se continuará con Nifedipino 10 - 20 mg cada 6 horas. Si la dinámica uterina no cede, se continuará con Tocólisis de 2ª línea previo consideración de amniocentesis para descartar infección ovular (Bourgeois F, 2014).

Alternativa de Tocólisis 1ª línea: Atosiban, dosis de carga 6,75 mg e/v en bolo. Luego se administrará infusión continua a 300 ug/min durante las siguientes 3 horas y posteriormente a 100 ug/min por 45 horas más. Se completará un total de 48 horas previo a cambio a terapia de mantención (Pellicer A, 2012).

Tocólisis de 2ª línea: a) Fenoterol: Comenzar con una dosis de 1,5 ug/min y aumentar según respuesta clínica, dosis máxima 2,5 µg/min. Cuidados durante la colocación de esta medicación se debe: debe realizar un estricto control del balance hídrico, diuresis, vigilancia de signos vitales con saturación de O₂ cada 2 a 4 horas, realización de auscultación pulmonar cada 12 horas. La dosis de Fenoterol se mantendrá durante 12 horas sin actividad y luego se reducirá de manera paulatina 0,5 ug/min cada 6 horas. La Tocolisis de mantenimiento puede realizarse de manera continua con Nifedipino en dosis de 10-20 mg cada 6 horas y Progesterona micronizada en dosis de 200 g cada 8 horas (Gori J, 2012).

La maduración pulmonar, Una vez iniciada la medicación con uteroinhibidores se procederá a realizar la maduración pulmonar con Betametasona 12 mg I/M cada 24 hrs por 2 veces o dexametazona 6mg IM c/6h X 4 dosis (esta indicación se realizará de manera individual según el cuadro clínico que presente cada paciente). Las indicaciones antes propuestas han sido evaluado en su ejecución con revisiones periódicas las cuales han dado resultados adecuados (Puri R, 2013).

Entre las acciones de prevención y promoción del PP se deben realizarse varios niveles; así se puede describir tres niveles: Prevención primaria: aquellas acciones que se ejecuten a fin de eliminar o disminuir factores de riesgo en la población general pero sin que existan antecedentes de nacimiento pretérmino (NP). Las intervenciones se pueden desarrollar en la etapa pre-concepcional o en el embarazo. Prevención secundaria: Corresponden a gestiones tempranas de diagnóstico y prevención de enfermedades repetidas en personas con riesgo ya demostrado. Ósea, en aquellas pacientes que ya han presentado un embarazo con uno o más nacimientos prematuros, o que registran otros factores de riesgo. Prevención terciaria: Corresponden a las acciones destinadas a reducir la morbilidad y la mortalidad después de que

se ha producido en la enfermedad o daño. Es decir, una vez que se ha iniciado la actividad uterina y dado una amenaza de PP o un trabajo de PP inminente (Puri R, 2013).

La prevención primaria, son aquellas intervenciones realizadas para reducir la morbilidad y mortalidad del parto pretérmino y están dirigidas a todas las mujeres antes y durante el embarazo, para prevenir y reducir riesgo de la prematuridad. La prevención primaria durante el período preconcepcional, corresponde a la realización de las intervenciones en este período son muy importantes ya que varios factores de riesgo son difíciles de modificar una vez que la paciente presente un embarazo en curso.

En Educación pública, es conveniente ofrecer información a la población de mujeres y sus familias acerca de la prematuridad como una de las principales causas de mortalidad infantil. El objetivo es despejar la falsa creencia, instalada en buena parte de la población, en el sentido de que las mejoras y avances en el cuidado neonatal han resuelto los problemas de los niños nacidos prematuramente (Puri R, 2013).

El Asesoramiento individual sobre fertilización asistida, debe ser aplicado para toda mujer o que opte por régimen de fertilidad asistida debe recibir asesoramiento en cuanto a que estas técnicas ya constituyen un factor de riesgo para la presencia del parto pretérmino, especialmente en gestaciones múltiples, aunque en algunos casos en gestas únicas.

El Estilo de vida y hábitos, en lo que corresponde a hábitos patológicos se ha de indicar el abandono de aquellos tales como tabaco, alcohol y las drogas ilícitas, así como el uso de la automedicación. Los Suplementos nutricionales en mujeres en edad reproductiva,

especialmente aquellas que planean un embarazo es imprescindible, ya que deben consumir una dieta equilibrada desde el punto de vista calórico y proteico (Cunningham G et al, 2014).

Asimismo, aunque no impacte directamente sobre la prevención de la prematuridad, se debe indicar que este período es el momento adecuado para la suplementación vitamínica y sobre todo con ácido fólico a fin de reducir los defectos congénitos relacionados con el cierre del tubo neural (Gori J, 2012). Dicha suplementación debe continuar durante los primeros trimestres del embarazo (Pellicer A, 2012). En cuanto al Cuidado odontológico, no se debe olvidar que se recomienda desde el período preconcepcional el control odontológico y más enfáticamente durante el embarazo, ya que el riesgo de parto prematuro se asocia con la gravedad de patologías periodontales (Bourgeois F, 2014).

1.2. TEORIAS SUSTANTIVAS.

En las **teorías sustantivas**, se abarca el conocimiento sobre los factores de riesgo asociados a la amenaza y parto pretérmino. El mecanismo exacto es en gran parte desconocido, pero se cree que incluye hemorragia decidual, (por ejemplo, desprendimiento, factores mecánicos como la sobre distensión uterina de múltiples gestaciones o polihidramnios), incompetencia cervical (trauma, biopsia cónica), el factor uterino (P. Ej., Trastornos de la vaginosis bacteriana, tricomonas), inflamación materna/fiebre (por ejemplo, infección del tracto urinario), cambios hormonales (p. Ej., Mediados por la fecundación materna o fetal) Estrés) e insuficiencia útero-placentaria (por ejemplo, hipertensión, diabetes dependiente de insulina, abuso de drogas, consumo de tabaco, consumo de alcohol).

Aunque la predicción de parto pretérmino sigue siendo inexacta, se sabe que una variedad de características maternas y obstétricas aumentan el riesgo, presumiblemente a través de uno de estos mecanismos. Finalmente, el feto desempeña un papel en la iniciación del parto. En un sentido simplista, el feto reconoce un ambiente intrauterino hostil y precipita el trabajo mediante la activación prematura de una vía de parto fetal-placentaria.

Los factores de riesgo de parto prematuro incluyen características demográficas, factores de comportamiento y aspectos de la historia obstétrica, como parto pretérmino previo. Los factores demográficos para el trabajo de parto prematuro incluyen raza no blanca, extremos de la edad materna (<17 años o > 35 años), bajo nivel socioeconómico y bajo peso antes del embarazo. La amenaza y el parto pretérmino pueden estar asociados con situaciones estresantes de la vida (por ejemplo, violencia doméstica, muerte familiar cercana, inseguridad sobre la comida, el hogar o el compañero, el trabajo y el entorno familiar), ya sea indirectamente por conductas de riesgo asociadas o directamente por mecanismos no completamente comprendidos. Muchos factores de riesgo pueden manifestarse en la misma gestante.

Las etiologías más comunes para la lesión cervical son el aborto electivo, las cirugías para tratar la displasia cervical y la lesión que ocurre al momento del parto. Un solo aborto electivo sin complicaciones a menos de 10 semanas de gestación no aumenta el riesgo de pérdida del parto ni de parto prematuro a menos que el cuello del útero haya sido dilatado forzosamente a más de 10 mm en el momento del aborto. Sin embargo, los pacientes con un historial de múltiples terminaciones electivas del primer trimestre o uno o más abortos electivos del segundo trimestre pueden estar en mayor riesgo de parto prematuro. La dilatación cervical con laminaria o agentes de maduración cervical, como el misoprostol, parece ser menos traumatizante para el cuello uterino que la dilatación mecánica.

El trauma obstétrico puede ser subestimado como un riesgo para la pérdida del parto o el parto pretérmino. Mientras que las mujeres pueden relacionar una historia de laceración cervical, a menudo no son conscientes de la lesión y los registros obstétricos de la entrega anterior pueden ser engañosa en cuanto a la extensión de la lesión cervical. Por lo tanto, la inspección visual del cuello uterino es importante para evaluar el grado de lesión y riesgo. Los defectos que implican más del 50% de la longitud cervical pueden indicar un mayor riesgo de pérdida de medio trimestre. La exactitud de las mediciones ultrasonoras trans-vaginales para determinar el riesgo de incompetencia cervical, específicamente en presencia de una historia de trauma cervical, aún no se ha determinado.

1.3. REFERENTES EMPIRICOS

Sobre los **referentes empíricos**, tenemos varias investigaciones sobre el tema, a continuación se detallan los estudios de mayor relevancia:

B, Schücking B y Wenzlaff P, desarrollaron un estudio retrospectivo en el año 2013 en un hospital de la Baja Sajonia de Alemania. Los autores evaluaron 8.857 nacimientos, de los cuales 7.845 eran nulíparas, 801 tuvieron un parto anterior, y 211 tuvieron un aborto inducido previo. El análisis reveló que las adolescentes con un nacimiento anterior tenían mayores riesgos perinatales [OR = 2,08, IC = 1.11,3.89] y neonatales [OR = 4,31, IC = 1.77,10.52] y las adolescentes con una aborto anterior tenía un mayor riesgo de muerte fetal intrauterina [OR = 3,31, IC = 1.01,10.88] y de nacimientos prematuros y [OR = 2,21, IC = 1.07,4.58] (Reime B, 2013).

Narukhutrpichai P y col., evaluaron los resultados obstétricos y neonatales del

embarazo adolescente en el Hospital de la Universidad de Naresuan, de Phitsanulok, Tailandia. Se analizaron retrospectivamente 957 embarazadas entre octubre del 2006 hasta septiembre del 2013, compararon los resultados del embarazo de 268 adolescencia con 689 embarazos no adolescente (20-34 años). La incidencia de embarazos en adolescentes fue de 15,24% durante los siete años de estudio. Se encontró que la proporción de parto prematuro es mayor en los embarazos de adolescentes en comparación con el embarazo no adolescente (16,2% vs. 5,5%, $p < 0,001$). Al nacer, la mayor proporción de niños con puntuaciones de Apgar bajas (< 7) al minuto se encontró en el embarazo adolescente, con 7,1% frente a 3,1% ($p = 0,01$) (Narukhutrpicchai P, 2016).

Abu-Heija A1 et al, en su estudio desarrollado en Mascate, Omán, para comparar los resultados obstétricos y perinatales de los embarazos en la adolescencia temprana (14-19 años) de mujeres nulíparas de Omán con embarazos simples ($n = 20$) en el Hospital de la Universidad Sultan Qaboos, del 1 de julio 2006 y 30 de junio de 2013 y compararon sus resultados con los resultados de los embarazos adolescentes tardíos (17-19 años), ($n = 287$) durante el mismo período. Se encontró en ambos grupos alta prevalencia de parto prematuro con recién nacidos de bajo peso (23%), pero había mayor riesgo en el grupo de adolescentes tempranas ($p < 0,05$) (Abu-Heija A, 2016).

Un estudio realizado en Queretáro, México, por Ugalde D et al en el 2011, determinó las infecciones genitourinarias como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes, el estudio incluyó a 35 adolescentes con parto pretérmino y 148 con parto a término, los autores concluyeron que las infecciones vaginales y urinarias incrementan dos veces el riesgo de presentar parto pretérmino en adolescentes (OR: 2,311 IC: 1,233-3-44) (Ugalde D et al, 2012).

Se realizó estudio donde se determinó los factores de riesgo desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en embarazadas adolescentes primigestas en el Área de Embarazo de Alto Riesgo del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Con un diseño retrospectivo, no experimental y de tipo descriptivo. De 120 pacientes adolescentes con resultados; donde se observó: del 100 % (120) de los casos de trabajo de parto, pretérmino, el 6 % (7) tienen entre 14 y 15 años, el 21 % (25) 16 – 17 años, el 73% (88) 18 – 19 años. De los resultados obtenidos se concluyó que la mayor frecuencia del trabajo de parto pretérmino se da en edades de 18 a 19 años, (88) que corresponde al 73%. Relacionados a controles prenatales Pretérmino, un 6%(6) no presenta ningún control durante su embarazo, el 12 % (15) presentan 3 controles, el 17 % (21) presentan entre 4 y 5 controles prenatales y el 65 % (78) presentan más de 6 controles durante su embarazo. De los resultados obtenidos se concluyó que no todas las pacientes acuden a los controles prenatales durante su embarazo, relacionado a la instrucción el 2 % (2) es de instrucción primaria, el 93% (112) es de instrucción secundaria, el 5 % (6) es de instrucción superior. De los resultados obtenidos se concluyó que el 93% (112) de las pacientes cursaban estudios secundarios; así en estudios realizados se revisó la edad gestacional; cursaban entre las 28 – 32 semanas de gestación, el 62 % (74) cursaban entre las 33 – 34 semanas, el 26 % (31) cursaban entre las 35 – 36 semanas; De los resultados obtenidos se concluyó que el 62% (74) de las pacientes cursaban entre las semanas 33-34 en el momento del estudio; en relacionado a enfermedades materna asociada al embarazo, el 23 % (40) presentaron Anemia, el 61% (71) presentaron IVU, EL 3 % (4) presentaron Diabetes, el 2 % (3) presentaron Asma, el 1 % (2) presentaron otras enfermedades; de los resultados obtenidos dentro de las enfermedades maternas asociadas más frecuentes estuvieron la Infección de Vías Urinarias con el 61 % y la Anemia con el 23% de los caso. (Olaya R, 2013).

Un estudio realizado por Cruz M (15), en el Hospital María Lorena Serrano de Machala en el 2013 para determinar los factores asociados a la amenaza de parto prematuro en adolescentes gestantes de 87 adolescentes, encontró que los principales factores de riesgo fueron el bajo peso (51.72%), IVU (385) y vaginitis (28.74%) (Cruz M, 2014).

Un estudio realizado en Loja, en adolescentes embarazadas con amenaza de parto pretérmino, realizado por Recalde M, entre noviembre del 2012 hasta abril del 2013, que analizó retrospectivamente las historias clínicas de 130 pacientes, reveló una prevalencia de recién nacidos pretérmino del 10% (13 casos), de los cuales 3 RN presentaron complicaciones inmediatas del aparato respiratorio. Los factores de riesgo más frecuente que el autor reportó fueron: antecedente de aborto previo (18%), falta de controles médicos (42%), IVU (31%), vaginosis (17%) y preeclampsia (17%) (Recalde M, 2014).

La tesis de grado de Avilés J, en el año 2012, desarrollada en la ciudad de Cuenca que tomó en cuenta un universo de 21.270 personas y una muestra total de 2.478 adolescentes de 64 colegios, reportó una prevalencia de embarazo de 1,6% para embarazo actual y 3,6% para embarazos anteriores, de las cuales el 11% presentó parto pretérmino (Avilés J, 2012).

Un estudio desarrollado en la ciudad de Guayaquil en el 2013, por Rodríguez V reportó que el grupo etario de 15 a 17 años de edad (56%), presentó el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas. El 17% (11) de las gestantes tuvo parto pretérmino, de las cuales 3 recién nacidos presentaron complicaciones postnatales de importancia y puntuaciones bajas del test de Apgar (Rodríguez V, 2013).

En el año 2013 el porcentaje de mujeres adolescentes atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil fue del 21,4%. Bonilla L, en su tesis de grado sobre embarazo adolescente, reportó una prevalencia del 6,22% para embarazo actual, de las cuales el 27,82% tenían un embarazo anterior y existió asociación estadística al relacionar las complicaciones con los controles prenatales, abortos y embarazos previos ($p=0,0001$) (Bonilla L, 2014).

Se realizó un estudio de cohorte prospectivo siendo la población objeto de estudio a las mujeres embarazadas del departamento de Lempira cuyo parto ocurrió en el 2010. El universo estaba constituido por todas las embarazadas identificadas en los 87 centros de salud del departamento de Lempira, La recolección de datos se hizo a través de dos instrumentos: la historia clínica de la embarazada la cual se recoge en el formulario del Centro Latinoamericano de Perinatología/ Salud de la Mujer y Reproductiva. De las 358 que se analizaron 27 (8%) presentaron parto prematuro con una media de 34 semanas de gestación (rango 23-36), 285 (80%) tuvo su parto a nivel institucional y un 73 (20%) fueron extra hospitalarios, el porcentaje de partos prematuros según sitio fue de 8% a nivel institucional y 7% en los extra hospitalarios. La edad de las mujeres con parto prematuro fue una media de 26 años (rango de 15-46), 8/27 (30%) tenían edades extremas (<18 y > 35 años). El análisis descriptivo de los casos, en ocupación 312/358 (88%) eran amas de casa y solo el 10 % trabajaba fuera de casa, 1 320/ 358 (89%) su estado civil era casada o en unión libre, en relación a mujeres solteras en un 10 %; en las mujeres con parto prematuro la proporción fue de 23/27 (85%). Del total de mujeres con un bajo nivel de escolaridad (ninguno o primaria incompleta) con parto prematuro hubieron 18/27 (66%) mientras que el 10% presentaron una instrucción y con parto a término 186/331 (57%). Las mujeres que tuvieron parto prematuro 10/27 (37%) tenían una paridad de 4 y más hijos, en las mujeres con parto a término esta proporción fue de

61/331 (19%). En cuanto a los antecedentes de enfermedades crónicas y embarazo múltiple el dato reportado es de 5/358 (1%) y 6/358 (2%) respectivamente. De los partos prematuros en 8/27 (30%) el producto de la madre acabo en muerte perinatal y en los partos a término fue 7/331 (2%). (Fanny Patricia Garcia Coto, 2012)

Es un estudio en el cual se determinaron los factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el periodo enero -junio del 2015. Para este estudio de tipo casos y control, cuantitativo, transversal, retrospectivo, basado en la revisión de 150 historias clínicas de gestantes que presentaron un parto pretérmino, único y espontáneo, 300 historias clínicas de gestantes que presentaron parto a término, único y espontáneo, durante el periodo de enero a junio del 2015. Para ambos grupos de estudio se utilizaron historias clínicas de gestantes con datos completos, la información fue procesada y analizada en base al cálculo del Odds ratio y de los intervalos de confianza al 95%. *En resultados tenemos* del total de historias clínicas revisadas 150 provienen de partos pretérmino (33.3%); de los cuales 118 son prematuros tardíos a moderados (79%), 24 son muy prematuros (16%) y 8 son extremadamente prematuros (5%); se muestra que la infección de vías urinarias altamente significativo ($P < 0.0001$) con un OR: 6 e IC 95% (3.89 – 9.299). En el grupo de casos (150) 58% presentó infección de vías urinarias, con una notable diferencia en el grupo control (300) solo el 18.7% presentó infección de vías urinarias. De la tabla N° 6 se concluye que la edad materna no tuvo significancia estadística ($P = 0.4769$) con un OR: 1.25 e IC 95% (0.67 – 2.3218). Tanto en el grupo de casos como en el control el mayor porcentaje estuvo dentro del rango de 15 a 35 años, con 89.3% y 87% respectivamente. (Cabrera, 2015)

En un estudio de los factores de riesgo y la relación de cada uno de ellos cómo influyen en la prematurez de los nacidos en Hospital de Gineco-obstetricia 23 del IMSS, Monterrey. Se realizó un estudio de casos y controles efectuado con 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. En los resultados; la edad promedio de las madres fue de 26.7

años (casos) y 26.4 años para los controles. Como factores de riesgo, no hubo diferencia significativa entre adolescencia y edad materna avanzada (más de 35 años) pero sí fue mayor para el grupo de casos que para el de controles (44/300 vs 59/600; $p<0.03$) RM: 1.57 (IC 95%:1.03-2.39). El estado civil y lugar de origen fue similar en ambos grupos. En el grupo de casos 92% eran originarias del estado de Nuevo León y 80% del grupo control. En relación con la alimentación y hábitat fueron inadecuados en el grupo de casos vs el grupo control (269/31 vs 380/160; $p<0.0001$) RM: 3.65 (IC 95%: 2.41-5.53). La edad gestacional del grupo de casos fue de 28 a 36 semanas, con promedio de 32 vs 39 semanas del grupo control. El peso promedio de los recién nacidos prematuros fue de ,737 g *versus* los recién nacidos de término 3,259 g. La vía de terminación del embarazo fue similar en ambos grupos: 76% cesáreas en el grupo de casos y 75% en el control. En el grupo de casos 18 embarazos fueron múltiples (más de dos hijos) con una $p<0.0001$, *versus* ningún embarazo múltiple en el grupo control. El antecedente de tabaquismo fue más frecuente en el grupo de casos que en el de controles (80/300 vs 20/600; $p<0.0001$), RM:1054 (IC 95%: 6.30-17.63). Los embarazos con preeclampsia y prematuridad fueron más en los casos que en los controles (38/300 vs 45/600; $p<0.016$) con una RM de 1.78 (IC 95%: 1.13-2.82); La infección de vías urinarias fue más frecuente en el grupo de casos (138/300 vs 114/600; $p<0.0001$), RM:3.63 (IC 95%: 2.67-4.92), lo mismo que la cervicovaginitis (106/300 vs. 30/600; $p<0.0001$), RM:10.38 (IC 95%: 6.70-16.06). En cuanto a las anomalías ovulo-placentarias se encontró que la placenta previa, en el grupo de casos, fue más frecuente (28/300, $p<0.0001$). Por lo que hace al oligo-hidramnios y desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta no hubo diferencia significativa en ambos grupos. A diferencia de la ruptura prematura de membranas que se registró en el grupo de casos vs control (122/300 vs 174/600; $p<0.0005$) (RM:1.67; IC 95%: 1.25-2.24), la amenaza de parto prematuro, por sí sola, fue más frecuente en el Grupo de casos que en los controles (156/300 vs 170/600; $p<0.0001$) con una RM de 2.47 (IC 95%: 2.05-3.65). (Susana Isabel Rodríguez, 2013)

Estudio retrospectivo de los partos prematuros entre las 22 y 34 semanas de gestación con recién nacidos únicos, vivos o muertos, que tuvieron estudio Histopatológico placentario y atendidos en el Servicio de Obstetricia y ginecología del Hospital San Borja Arriarán, en el período entre el 1 de enero de 2007 y el 30 de junio de 2009. Entre las características de la población en el

período en estudio se atendieron 14.459 nacimientos únicos, vivos o muertos. Los partos prematuros entre 22,0 y 34,0 semanas de gestación fueron 642 (4,44%). Se incluyeron 407 partos prematuros (63,4%), con nacidos vivos 84,3% (343/407) y con muertes fetales 15,7% (64/407), que tuvieron estudio histológico placentario. Se excluyeron 235 casos sin biopsia placentaria. Según los precursores obstétricos de los nacimientos prematuros, éstos fueron espontáneos 68,8% (280/407) [con RPM 7,0% (110/407), con membranas intactas 41,8% (170/407)] e indicados médicamente 31,2% (127/407) (Figuras 1 y 2). Contribuyeron con el parto prematuro: 17,2% (70/407) las adolescentes (< 20 años), 60,2% (245/407) las mujeres entre 20 y 34 años, y 22,6% (92/407) las gestantes tardías (35 años y más). Los nacimientos menores de 30 semanas fueron 38,6% (157/407) y los mayores de 30 semanas 61,4% (250/407). Además se puede encontrar, factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital del factor asociado a la prematuridad fue mayor en los partos indicados 98,4% (125/127) que en los espontáneos 85% (238/280) $p < 0,001$. Las condiciones clínicas que más frecuentemente se presentaron en el parto prematuro por IBA (Tabla 6) fueron: a) infección genitourinaria (vaginal + urinaria) por SGB 19,4% (13/67) (en 7 casos ICV única patología, en 4 ICV asociada con una de las siguientes situaciones: sangrado vaginal-desprendimiento-amniocorial, ITU, DPPNI, DIU no extraído y en 2 asociada con diabetes; la edad gestacional por medio del parto prematuro asociada con infección genitourinaria por SGB fue 27 semanas); para el diagnóstico de SGB en muestra vaginal se usó cultivo en medio no selectivo; b) sangrado vaginal con desprendimiento amniocorial 19,4% (13/67) y c) ITU baja o bacteriuria asintomática 16,4% (11/67) (8) casos Por *Escherichia Coli* y un caso de cada uno por *Streptococcus faecalis*, *Klebsiella-pneumoniae* y SGB). (Fuentes, 2012)

En el año del 2013, se realizó un estudio es retrospectivo, descriptivo y analítico, cuyos objetivos trazados en este proyecto, obteniendo la información en la sala de Emergencia del Hospital “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”. Con un diseño de la investigación no experimental con un universo que se consideró fue de 1050 pacientes atendidas en el área de emergencia; Los resultados relacionados a la edad gestacional observamos que hubo un 55% entre las 33-36.6 semanas, un 45% entre las 27-32 semanas y el 0% de pacientes con menos de 27 semanas; relacionado a edad gestacional se observa

que de todas las pacientes el 46% tiene entre 18 y 25 años, el 29% tiene entre 26 y 40 años y un 25% tienen entre 14 y 17 años; en otros cuadros relacionados a la actividad tenemos, se observa que de todas las pacientes el 61% es ama de casa, el 25% es estudiante y un 14% trabaja; 34, en estudios relacionadas el diagnóstico presuntivo de la causa de ingreso fue: el 57% con infección de vías urinarias bajas, un 24% de pacientes con vaginosis, un 11% pacientes con Infección de vías urinarias altas, un 4% con oligoamnio moderado, un 2% por trauma por caída, un 1% en pacientes con preeclampsia leve, 1% de hipermadurez placentaria, 1% por placenta marginal; y en un estudio solo relacionado a infección local como, y con ayuda de exámenes de laboratorio se observa que de todas las pacientes el 67% presenta infección de vías urinarias, el 24% presenta vaginosis, un 9% no presenta I.V.U. (Carrillo, 2012)

En una investigación, reúne las características de un estudio analítico y descriptivo, en donde se incluyeron a pacientes que acudieron al servicio de emergencia del Hospital General Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán con embarazo de 28 a 36.6 semanas por amenorrea y ecografía; que cursaban con amenaza de parto pretérmino. Del mes de Septiembre a Febrero del 2012. La población motivo de la investigación está conformada por el total de 120 pacientes que acudieron al servicio de emergencia en el período de septiembre 2011 a febrero del 2012 entre las edades de 15 a 25 años; en resultados de un total de 120 pacientes que acudieron al servicio de emergencia un 71% presentaron amenaza de parto pretérmino y el 29% presentaron otro diagnóstico; De un total de 85 pacientes con amenaza de parto prematuro, las edades que más prevalecen son entre 19 a 22 años con un 41%, un 33% tienen edades entre 15 a 18 años, y un 26% tienen edades de 23 a 25 años. de un total de 85 pacientes en estudio la edad gestacional que más predominio tuvo fue de 34 a 36 semanas en un 61%, seguido de un 22%; en estudio encontramos que en un 66% predominan pacientes con un estado civil de unión libre, seguida de un 22%, que son solteras y solamente un 12% son casadas. En si en este presentaron amenaza de parto prematuro la instrucción fue 32% primaria completa, y el 2% tienen instrucción superior completa. Relacionado a las causas, entre las causas más frecuentes tenemos en primer lugar la infección de vías urinarias con un 35%, un 20% con las causas de pielonefritis y vaginosis (Qhuisphe Sulca Ana Lorena, 2012)

Capítulo 2

MARCO METODOLOGICO

2.1. **Metodología.** El marco metodológico tiene el presente estudio el cual se enmarca a una *investigación de tipo analítica*, donde se espera especificar cada una de las características de las personas que acude a este casa de salud, que presentan un tema común denominado amenaza de parto pretermino; Se trata de un *estudio de enfoque cuantitativo*, ya que se espera determinar cuáles son las características comunes que tras su presentación provocan un problema en común y que son específicas para estas personas, y que por medio de la determinación de estas se espera poder modificar el desarrollo del problema (Tenenbaum G, 2013).

El enfoque *constituye una investigación de campo* ya que por medio de la cual se obtendrán datos directos de las personas a investigar, y que son atendidas, cuyos datos serán plasmados en un hoja denominada , historia 008, este estudio corresponde a un corte transversal, ya que nuestra investigación será revisada como una visión en una determinada etapa, donde se espera observar los aspectos que afectan a este grupo de estudio y que no existe la necesidad de realizar un seguimiento posterior, de evaluación.

Así las variables a valorar corresponden, a factores sociales epidemiológicos, en los cuales se espera valorar la presencia de esta morbilidad, y a determinar cuáles son cada uno de los factores presentes en este medio, ya sean sociales, biológicos, o afectivos, lo cuales serán valorados de manera individual, para su determinación y posterior frecuencia, tratando de determinar cuáles son más agravantes para esta patología.

Para la dimensión de cada uno de los componentes, estos han sido separados de manera individual, en una tabla de operacionalización, y dependiendo de cada uno de estos serán valorados de manera física y lógica ya que los datos son medidos de manera directa y catalogados de manera

subjetiva. A su vez se medirán mediante escalas cuantitativas y cualitativas dependiendo de cada variable presente (Kothari C, 2013).

Al tratarse de una investigación de campo los datos serán obtenidos de las hojas de emergencia del Hospital Básico de Pelileo, los cuales serán pasados a una hoja de datos previamente elaborada en donde constan los ítems necesarios para la valoración de dicho problema, la selección de los datos será realizada, tras la realización de un adecuado marco teórico el cual se basa en estudios previos. Finalmente tras la obtención de los datos ya seleccionados estos serán analizados mediante la realización de cuadros, tablas e imágenes para obtener los cuales serán valorados mediante programa de ASIS el cual permitirá tomar en cuenta cada uno de las variables a valorar.

2.2. **Los métodos científicos** aplicados a este trabajo se lo realiza mediante el uso *de método inductivo* en donde se espera analizar sólo casos particulares, mediante el cual los resultados son tomados para extraer conclusiones de carácter general. De esta forma a partir de cada una de las observaciones sistemáticas obtenidas de la realidad se espera descubrir la generalización de un hecho consecuente.

El análisis se lo realizo mediante el uso de una hoja de recolección de datos para luego realizar tablas y gráficos para posterior valoración y sintetización de los mismos.

2.3. **La hipótesis**

Existe asociación entre los factores de riesgo de tipo social con el desarrollo de amenaza de parto en pacientes que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital de Pelileo durante el periodo 2014?

Para la verificación se empleó al análisis estadístico con cuadrado, considerando significativo valores de $p < 0,05$ con un intervalo de confianza del 95%, lo cual nos indica una afirmación correcta de la hipótesis descrita

2.4. **Universo y Muestras.** Para el trabajo investigativo, el universo correspondió a todos las paciente que acudieron con cuadro gestacional mayor a 20 semanas, que presentaron unas u otras

características de amenaza de parto pretermino y que acuden al servicio de emergencia del Hospital Básico de Peliléo durante el periodo de enero del 2014 a diciembre del 2014, debido a la presencia limitada de pacientes, no se estableció la toma de muestra. El total de Pacientes que se ingresaron al estudio tras los criterios de inclusión e exclusión fue de 50.

Los criterios de inclusión

1. Fueron todas las pacientes en edad fértil que va desde los 15 años a los 45 años que ingresaron al servicio de emergencia del Hospital básico de Peliléo.
2. Pacientes con expediente clínico completo.

Los criterios de exclusión

1. Las pacientes que no se incluyan para el diagnóstico de amenaza de parto pretermino (menor de 20 mes)
2. Pacientes que presenten fetos con anormalidades genéticas previas diagnosticadas
3. Pacientes que no contaron con datos suficientes en la hoja de emergencia 08 y aquellas pacientes gestantes con algún tipo de discapacidad intelectual.

Debido a tratarse de un trabajo de tipo analítico las variables a determinar fueron:

Variable independiente

- Los factores asociados

Variable dependiente

- La amenaza de parto pretermino

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador
VARIABLES INDEPENDIENTE			
FACTORES ASOCIADOS	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión	Edad	15-20 21-30 31-35 36-45
		Estado Civil	Casado Soltero Unión libre

		Raza	Blanca Mestiza Negra
		Instrucción	Analfabeto Primaria Secundaria Superior
		Ocupación	Ama de casa Trabajo Estudio
		Edad Gestacional	20-27 28- 32 33- 36
VARIABLE DE DEPENDIENTE			
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	La amenaza de parto pretérmino se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación	INCIDENCIA	Indefinido
		Etiología de la APP	ITU Infección Vaginal Trauma Esfuerzo

2.5. Gestión de datos

La gestión de datos, incluyó como todo proceso investigativo realizar un respaldo científico que pueda guiar a la presente investigación además de datos informáticos, donde se incluyen estudios realizados en los últimos años, así como guías ginecológicas actuales de países vecinos, que aportan con medicina de evidencia. En la parte investigativa esta fue obtenida de las hojas 008 del MSP donde se incluyen cada uno de los datos necesarios y que son recopilados en una hoja de recolección.

2.6. Criterios éticos

Dentro de los criterios éticos de la investigación como todo trabajo de campo se lo realizó mediante la obtención de datos de un archivo de una casa de salud del MSP, para la ejecución del presente estudio se realizó el trámite respectivo para la obtención de datos mediante petición de permiso de las autoridades respectivas. Además la investigación desarrollada conserva los criterios éticos según las Normas de Helsinki, los resultados obtenidos serán utilizados con fines académicos y serán difundidos por la Universidad de Guayaquil y la institución de salud que permitió el desarrollo del estudio. Se espera que los resultados de la investigación sean utilizados para obtener una observación actual de la presentación de esta patología y con el poder realizar una propuesta que mejore el problema existente en este medio.

Capítulo 3

RESULTADOS

La **unidad de análisis** fue el Hospital Básico Pelileo, está ubicado en la Avenida Antonio Clavijo y Juan Benigno Vela, Barrio Joaquín Arias del Cantón Pelileo, corresponde al área Distrito Pelileo/ Patate, localizado en la ciudad de Pelileo. El cantón San Pedro de Pelileo cuenta con 9 parroquias, representa el 6.0% del territorio de la provincia de Tungurahua (aproximadamente 0.2 mil km²). Tiene una población de 56.6 mil hab. (11.2% respecto a la provincia de Tungurahua), de la cual el 51.7% corresponde al sexo femenino y el 48.3% al sexo masculino. Se trata de una unidad de hospital básico donde se incluyen las 4 especialidades ; pediatría; ginecología/medicina interna/cirugía; consta de un servicio de 1 quirófano, y 1 sala de partos; las cuales atiende 8 horas diarias, además consta de un servicio de emergencia de 24h para la atención. En el área hospitalaria consta de 25 camas distribuida de manera equitativa.

El universo consta de todos los paciente que acuden al servicio de emergencia del Hospital Básico de Pelileo durante el periodo 2014, y que presentan cuadro mórbido de trastorno del tercer trimestre del embarazo, específicamente de amenaza de parto pretérmino. Se obtuvo un total de 50 pacientes que se tenían criterios de inclusión para el estudio

El **diagnóstico de campo** detalla que durante el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del 2014 el Servicio de Emergencia del Hospital de Pelileo, ingresaron un total de 50 embarazadas con manifestaciones clínicas de amenaza de parto pretérmino, a continuación se exponen los datos más sobresalientes sobre la enfermedad, de cada una de las variables analizadas:

Tabla 1. Edad de las pacientes.

Edad de la paciente			
15-20	21- 30	31-35	36-45
36%	24%	14%	26%

Fuente: Hoja del Servicio de Emergencia 008 del HBP

Elaborado por: Darwin Sarango

Interpretación: La edad de las pacientes, se observó a pacientes de 15 a 20 años de edad en un 36%, seguido del otro extremo de edad que fue de 36-45 años con un 26 %.

Tabla 2. Estado Civil de las pacientes.

Estado civil		
Casada	Unida	soltera
32%	40%	28%

Fuente: Hoja del Servicio de Emergencia 008 del HBP
Elaborado por: Darwin Sarango

Interpretación: Relacionado al estado civil, en este estudio presentó un 40 % como parejas unidas, además de un 32 % con estado civil casadas.

Tabla 3 Etnia de los Pacientes.

Raza		
Negra	Mestiza	Indígena
6%	62%	32%

Fuente: Hoja del Servicio de Emergencia 008 del HBP
Elaborado por: Darwin Sarango

Interpretación: En el cuadro del grupo étnico, se observa que se presenta más en mujeres mestizas con un 62 %; seguida de pacientes de etnia indígena con un 32%.

Tabla 4. Nivel de Instrucción

Instrucción			
analfabeta	primaria	secundaria	Superior
0%	32%	56%	12%

Fuente: Hoja del Servicio de Emergencia 008 del HBP

Elaborado por: Darwin Sarango

Interpretación: En este cuadro relacionado a la instrucción se observa un 56% con nivel de instrucción secundaria, y seguido de pacientes con nivel primario en un 32%.

Tabla 5: Tipo de Ocupación (Actividad diaria)

Ocupación			
Ama de casa	Estudiante	Trabajo (textil)	Total
32%	28%	40%	100%

Fuente: Hoja del Servicio de Emergencia 008 del HBP
Elaborado por: Darwin Sarango

Interpretación. Relacionado a la ocupación se presenta en un 40 % en las pacientes con trabajo de Manufactura; seguida actividades en casa con un 32 % y con mínima o poca actividad como es estudiantes en un 28 %.

Tabla 6. Etiologías de la amenaza de Parto pretérmino.

Etiologías de la amenaza de Parto Pretermino			
ITU	Infección vaginal	Traumas	Sobre-esfuerzo
24%	20%	14%	42%

Fuente: Hoja del Servicio de Emergencia 008 del HBP
Elaborado por: Darwin Sarango

Interpretación: Las Principales causas de APP, fue el sobre- esfuerzo en un 42%; seguida de infecciones urinarias en un 24%; e infecciones vaginales con un 20%.

Tabla 7. Edad gestacional de los embarazos atendidos.

Edad gestacional		
20-27 sem	28-32 sem	33-36 sem
8%	62%	30%

Fuente: Hoja del Servicio de Emergencia 008 del HBP
Elaborado por: Darwin Sarango

Interpretación: En relación a la edad gestacional, se presentó en mayor frecuencia durante 28 a 32 semanas con un 62%, seguida de un 30 % con gestas de 33 a 36 semanas.

Tabla 8. Análisis de asociación entre la etiología y el grado de instrucción.

Variables		Etiología				Total
		Esfuerzo	ITU	Infección vaginal	Trauma	
Grado de instrucción	Primaria	6 28,60%	4 33,30%	3 30,00%	3 42,90%	16 32,00%
	Secundaria	13 61,90%	5 41,70%	7 70,00%	3 42,90%	28 56,00%
	Superior	2 9,50%	3 25,00%	0 0,00%	1 14,30%	6 12,00%
	Total	21 100,00%	12 100,00%	10 100,00%	7 100,00%	50 100,00%
Chi cuadrado		Gl:57,409		p 0,02		

Fuente: Hoja del Servicio de Emergencia 008 del HBP
Elaborado por: Darwin Sarango

Interpretación: De las 50 pacientes de esta investigación, los grupos de pacientes con etiología por esfuerzo, por ITU, por infección vaginal y por traumatismo predominó la instrucción de secundaria con el 61,90% (13), 41,70% (5), 70% (7) y el 42,90% (3) respectivamente.

Se obtuvo el Chi-cuadrado con un valor 57,409 y un valor para p de 0,02 que nos indica que si existe asociación estadísticamente significativa entre la etiología de la amenaza de parto y el grado de instrucción.

Tabla 9. Análisis de asociación entre la etiología y la ocupación.

Variables	Etiología				Total
	Esfuerzo	ITU	Infección vaginal	Trauma	
Trabajadora	10 47,60%	2 16,70%	4 40,00%	4 57,10%	20 40,00%
Ocupación Ama de casa	6 28,60%	6 50,00%	3 30,00%	1 14,30%	16 32,00%
Estudiante	5 23,80%	4 33,30%	3 30,00%	2 28,60%	14 28,00%
Total	21 100,00%	12 100,00%	10 100,00%	7 100,00%	50 100,00%
Chi cuadrado	Gl: 44,712/1			p 0,04	

Fuente: Hoja del Servicio de Emergencia 008 del HBP

Elaborado por: Darwin Sarango

Interpretación: De las 50 pacientes de esta investigación, los grupos de pacientes con etiología por esfuerzo, por infección vaginal y por traumatismo predominó la ocupación de trabajadora con el 47,60% (10), 40% (4) y el 57,10% (4) respectivamente, mientras que en el grupo por ITU, predomino el grupo de amas de casa como ocupación principal con el 50%.

Se obtuvo el Chi-cuadrado con un valor 44,712 y un valor para p de 0,04 que nos indica que si existe asociación estadísticamente significativa entre la etiología de la amenaza de parto y la ocupación.

Tabla 10. Análisis de asociación entre la etiología y la raza.

Variables	Etiología				Total
	Esfuerzo	ITU	Infección vaginal	Trauma	
Mestiza	14 66,70%	9 75,00%	5 50,00%	3 42,90%	31 62,00%
Raza Indígena	5 23,80%	3 25,00%	5 50,00%	3 42,90%	16 32,00%
Negra	2 9,50%	0 0,00%	0 0,00%	1 14,30%	3 6,00%
Total	21 100,00%	12 100,00%	10 100,00%	7 100,00%	50 100,00%
Chi cuadrado	Gl: 5,497			p 0,482	

Fuente: Hoja del Servicio de Emergencia 008 del HBP

Elaborado por: Darwin Sarango

Interpretación: De las 50 pacientes de esta investigación, los grupos de pacientes con etiología por esfuerzo, por ITU, por infección vaginal y por traumatismo predominó la raza mestiza con el 66,70% (14), 75% (9), 50% (5) y el 42,90% respectivamente.

Se obtuvo el Chi-cuadrado con un valor 5,497 y un valor para p de 0,482 que nos indica que no existe asociación estadísticamente significativa entre la etiología de la amenaza de parto y la raza.

Capítulo 4

DISCUSION

La edad de las pacientes, en las que tuvieron amenaza, se presentó más entre edades 15 a 20 años en 36%, seguido del otro extremo que es de 36-45 años con 26 %. Así relacionando a otros estudios en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Con un diseño retrospectivo, no experimental en el 2013 datos como el 6 % (7) tienen entre 14 y 15 años, el 21 % (25) 16 – 17 años, el 73% (88) 18 – 19 años, lo cual nos indica estudios similares donde se observa que la presencia de un embarazo a edad joven presentan como características de las amenaza de Parto pretermino como lo da nuestro estudio, debido a falta de madurez intelectual y física que complica dicho estado gestacional.

Como otra característica es el estado civil, el presente estudio reveló que la gran mayoría de las embarazadas presentó dificultades en relaciones familiares conyugales así el 40% eran de unión libre y el 28% unidas. Similares resultados los obtuvo Bonilla L en el hospital de Enrique Sotomayor de la Ciudad de Guayaquil en el 2013, donde su estudio reportó al estado civil de unión libre como el principal con el 59%, le siguió en orden de frecuencia el estado civil soltera con el 27%. Otro autor que coincide con este análisis fue Recalde M, en la ciudad de Loja en el 2013 también indica que el estado civil de unión libre (47%) fue el más representativo. De esta forma se puede observar que ante la presencia de una irregularidad de unión conyugal como lo es unión libre o presencia de estado soltero, forma una característica más ya que estas personas tienen problemas emocionales y económicos que en sí aumentan el estrés personal.

En relación al nivel de instrucción este estudio presentó un 56% en el nivel secundario, y seguido de un nivel de pacientes con instrucción primaria, y contrastando con un estudio de factores de riesgo desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el año 2013, que estuvo conformado por un total de 390 pacientes adolescentes embarazadas primigestas entre 14 a 19 años, donde el 73 % de las pacientes corresponden a las edades entre 18 y 19 años; el 2 % (2) es de instrucción primaria, el 93% (112) es de instrucción secundaria, el

5 % (6) es de instrucción superior, En lo relacionado a la instrucción se la ha considerado como factor social asociado a amenaza de parto, a pesar que los pacientes valorados presentan una escolaridad media, esta parece no presentar sobre conocimientos básicos necesarios relacionados a hábitos saludables, y la necesidad básica cuidados preventivos

Narukhutrchai P, reportó como factor de riesgo el tipo de ocupación o profesión de la gestante, encontrando relación estadísticamente significativa ($p=0,01$) con el parto pretérmino, siendo la ocupación obrera (39%) y amas de casa (26%) las más comunes. En otro estudio desarrollado por Rodríguez V, reportó el grupo de amas de casa (69%) como el principal. En los resultados del presente estudio el grupo de mujeres obreras fue el más frecuente con el 40% y en los reportes bibliográficos se menciona la relación entre la ocupación. Así se puede relacionar que la presencia de un trabajo aumenta la posibilidad de la presencia de amenaza de parto pretermino es justificado ya que en esta actividad existe la presencia de esfuerzo o sobre esfuerzo físico, que además puede acompañarse de mayor probabilidad de accidentes, que pueden ser laborales, y que en si como resultado final terminan desencadenado un estrés que provoca la APP

En relación a la edad gestacional se determinó que la edad gestacional más afectada es 28 a 32 semanas en un 62%, de 33 a 36 semanas en un 30 %, así estudios similares como el del Hospital Enrique C. Sotomayor por Oyala en el 2013, relacionado a la edad gestacional; el 13% cursaban entre las 28 – 32 semanas de gestación, el 62 % (74) cursaban entre las 33 – 34 semanas, el 26 % (31) cursaban entre las 35 – 36 semanas; de esta forma se puede indicar que la edad gestacional de parto pretermino moderado < 32 semanas se presenta en mayor frecuencia ya que en este momento el feto inicia a alcanzar medidas mayores, lo cual dificulta la autonomía de las pacientes, y mucho menos si no han presentado un embarazo previos.

Relacionado a la etiología de la amenaza de parto pretermino en el presente estudio el sobre-esfuerzo laboral se presentó en un 42%; seguida de infecciones urinarias en un 24%; e infecciones

vaginales con un 20%, esto se puede contrastar con un estudio realizado por Cruz M en el Hospital María Lorena Serrano de Machala en el 2013 donde encontró la presencia de IVU (385) y vaginitis (28.74%), lo cual se puede indicar que si presentan alto porcentaje en pacientes con APP.

Dentro de las **limitaciones** de la presente investigación se encontró que a pesar de tener un guía científica para la valoración y obtención de datos, que básicamente son descritos en la 008, en esta existe dificultad para poderla catalogar debido a deficiencias en el llenado o llenado incorrecto de las mismas, las que si fueran realizada de manera adecuada se obtendría una mayor afluencia de información, además el posible desconocimiento y falta de elementos diagnósticos adecuados permitiría obtener mayor precisión de datos y así poder determinar el diagnóstico correcto de esta patología, lo cual sería una línea adecuada de investigación posterior ya que así se iría controlando cada uno de los posibles riesgos de manejo de pacientes embarazadas.

En las líneas de investigación, el manejo de la embarazada, es un manejo multipersonal y que debe ser revisado desde muchos ángulos del entorno social, así el manejo de las morbilidades va desde la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías, así que quedarían muchas líneas de investigación como la determinación del diagnóstico preciso y manejo adecuado de estas pacientes para futuros estudios.

Dentro de los **aspectos relevantes**, tras la preparación, planificación y desarrollo del presente trabajo investigativo, se pudo observar que en nuestro medio la presencia de desinformación sobre las actividades que puede hacer una persona embarazada se presentó en mayor medida que los otros factores, existiendo una posibilidad de mejoría tras la capacitación adecuada a cada una de las personas embarazadas y en edad fértil. La presencia de factores gineco-obstétricos, ocupacionales, infecciosos y los antecedentes personales favorecen la amenaza de parto pretérmino. Además el desarrollo de un modelo de capacitación de mujeres embarazadas del Hospital Básico Pelileo sobre la amenaza de parto ayudará a reducir la morbimortalidad en este grupo vulnerable de pacientes.

Capítulo 5

PROPUESTA

PLAN DE CAPACITACION DE MUJERES EMBARAZADAS DEL CENTRO HOSPITALARIO PELILEO

Tras determinar la valoración, y decisión de realizar el trabajo investigativo sobre patología de morbilidad del embarazo, se realizó y procedió a realizar el trabajo donde se obtuvo los principales factores de riesgo asociadas a la amenaza de parto, lo cuales tras el análisis de datos obtenido y como conclusiones que los principales factores de riesgo presentes, son el desconocimiento real de los riesgo del embarazo así, como el exceso de actividad física, las cuales activan mecanismo del parto, de esta forma se espera realizar una propuesta de capacitación de los riesgo del embarazo y poder promocionar la realización de controles adecuado del mismo

Ante todo esto se necesario recalcar que el embarazo es una estado bilógico vulnerable a ciertas patologías, como estado emocionales con afectación al binomio madre-hijo. Como la mayor parte de los factores de riesgo alguna de estas pueden ser prevenida de manera temprana donde es necesario el conocimiento previo de la fisiología del embarazo, así principal objetivo es la capacitación de estado biológico que representa un embarazo así como el cuidado individual que representa el mismo y alentar al control periódico del embarazo, realizando énfasis en LOS SIGNOS DE ALRMA

Así como objetivo general, se espera disminuir la incidencia de la amenaza de parto pretermino en las pacientes que acuden al hospital de Peliléo; todo esto se espera cumplir mediante los objetivos específicos que son; indicar cuales son los cuidados básicos obstétricos; identificación de los principales signos de alarma; determinar las actividades prioritarias a seguir en caso de presentar amenaza de parto

Se considera que es un plan de gran importancia donde la ejecución de este proyecto para poder mejorar el bienestar durante el embarazo, la ejecución del proyecto se hace factible gracias al apoyo interinstitucional en el cual se realizara charlas educativas en donde se priorice estado actual, la necesidad del cuidado, durante el embarazo y la importancia de los controles, se espera desarrollar la propuesta mediante el seguimiento cada uno de las actividades indicadas y planificadas previamente.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- En el estudio teórico de la amenaza de parto tenemos se pudo determinar que se presenta en mujeres de jóvenes, con morbilidades preexistentes como diabetes e HTA, así mismo como pacientes con Antecedentes de abortos o partos previos y que tienen como complicación final el parto inminente con neonatos pretermino.
- En el estudio las principales factores asociados presentes son extremos de edad materna como 15 años o 45 años, además de la presencia mujeres con estado civil de unión libre; de las cuales presentaban como principal patología la presencia de esfuerzo seguida de Infecciones urinarias e infecciones vaginales; todo esto provocado y relacionado al tipo de actividad textil que realizan las embarazadas; y siendo la edad de gestación más afectada entre 28 y 32 semanas.
- Se programará la elaboración de un plan de capacitación para las mujeres embarazadas del centro hospitalario de Pelileo, debido a la falta de conocimientos básicos adecuado sobre los cuidados obstétricos necesarios durante su estado gestacional

RECOMENDACIONES

- Valorar de manera sigilosa las pacientes embarazadas atendidas en esta casa de salud, para poder catalogar cada uno de los riesgos existentes, y determinar cuáles son las pacientes con la necesidad de cuidados especiales, mediante la realización mapa situacional obstétrico para el manejo adecuado de las gestantes
- Se recomienda realizar estudios analíticos sobre el manejo medico de las amenazas de parto pretérmino, en el servicio de emergencia e investigar las falencias presentes en dichas áreas para el manejo adecuado de esta patología
- Fomentar la realización de valoraciones medicas continuas, con la ayuda de médicos ocupacionales los cuales permitan determinar la presencia de riesgos existentes que cursan mujeres embarazadas en cada uno de sus trabajos
- La Aplicación de un plan de capacitación para las mujeres embarazadas del centro hospitalario de Peliléo, enfocada a los cuidados básicos obstétricos, determinación de signos de alarma y las actividades prioritarias seguir en caso de presentar amenaza de parto

BIBLIOGRAFÍA

- Abu-Heija A, A. H.-M. (Apr de 2016). Early Teenage Pregnancy: Is it Safe? *J Obstet Gynaecol India*, 66(2), 88-92.
- Avilés J. (2012). *Prevalencia de Embarazo precoz y factores asociados en adolescentes de los colegios de Cuenca, 2012*. Tesis doctoral, Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina, Cuenca.
- Bajo J, M. J. (2013). *Fundamentos de Ginecología. Capítulo 30: Patología tumoral benigna del cérvix y lesiones cervicales intraepiteliales* (2ª edición ed.). Panamericana.
- Balaña S. (2015). Diagnóstico y tratamiento de la amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas. *Manual materno infantil de Argentina*, 4.
- Berek J. (2013). *Ginecología de Novak* (14ª edición ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Bonilla L. (2014). *Factores de riesgo en embarazo adolescente. Estudio retrospectivo en el Hospital Universitario de enero 2013 -agosto 2014*. Tesis de grado, Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina, Guayaquil, Ecuador.
- Bourgeois F, B. M. (2014). *Obstetrics and Gynecology Recall* (3ª edition ed.). Baltimore, EE.UU: Lippincott Williams & Wilkins.
- Cruz M. (2014). *Factores asociados a la amenaza de parto prematuro en adolescentes gestantes que acudieron al área Gineco-Obstetricia del Hospital María Lorena serrano de enero - abril 2013*. Tesis de grado, Universidad Técnica de Machala, Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud. Escuela de Enfermería, Machala, Ecuador.
- Cunningham G et al. (2014). *Williams Obstetric. Chapter 42* (24ª edition ed.). McGraw Hill.
- Gibbs R, K. B. (2012). *Obstetricia y Ginecología de Danforth. Capítulo 11: Displasia cervical* (10ª edición ed.). Lippincott Williams & Wilkins .
- Gori J, L. A. (2012). *Ginecología de Gori. Capítulo 11: Infecciones Vaginales* (3ª edición ed.). Buenos Aires, Argentina: El Ateneo.
- Kothari C. (2013). *Research Methodology. Methods and Techniques. Cap. 3: Measures of Population and Vital Statistics* (2ª edition ed.). New Age International Publishers.
- Narukhutrachai P, D. K. (Apr de 2016). The Obstetrics and Neonatal Outcomes of Teenage Pregnancy in Naresuan University Hospital. *J Med Assoc Thai*, 99(4), 361-7.
- Olaya R. (2013). *Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas en el Hospital Gineco- Obstétrico "Enrique C. Sotomayor" en el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013*. Tesis de grado,

Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Obstetricia, Guayaquil, Ecuador.

- Pellicer A, H. J. (2012). *Obstetricia y Ginecología. Guía de actuación. Capítulo 13: Patologías del cérvix premalignas* (2ª edición ed., Vol. 2). Panamericana.
- Puri R, M. N. (2013). *Obstetricia y Ginecología quirúrgica. Capítulo 9: Lesiones premalignas de cuello uterino* (2ª edición ed., Vol. 3). Jaypee Highlights Medical Publishers.
- Recalde M. (2014). *Factores maternos que inciden en la amenaza de parto pretérmino en pacientes adolescentes que ingresan al Centro de Maternidad del Servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Provincial General Latacunga en el mes de noviembre 2012-abril del 2013*. Tesis de grado, Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Medicina, Ambato, Ecuador.
- Reime B, S. B. (2013). Reproductive outcomes in adolescents who had a previous birth or an induced abortion compared to adolescents' first pregnancies. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(4), 11-23.
- Roberts J. (2016). Características de las pacientes con amenaza de parto prematuro en clínica Condes. *Unidad de medicina Materno-Fetal. Departamento de Ginecología y Obstetricia*, 3.
- Rodríguez V. (2013). *Incidencia del Embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en la Maternidad "Mariana de Jesús" de septiembre del 2012 a febrero del 2013*. Tesis, Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Obstetricia, Guayaquil.
- Simhan HN, I. J. (05 de mayo de 2016). *medicine plus*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000486.htm>
- Tenenbaum G. (2013). *Research in sport sciences. Quantitative and qualitative approaches*. Budapest: Meyer & Meyer sport.
- Ugalde D et al. (2012). Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes mexicanas. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 77(5), 338-341.

ANEXOS

ANEXO 1.

ARBÓL DE PROBLEMAS

[illegible]

Result of analysis

File: DOCUMENTO DE ANTIPLAGIO DR DARWIN SARANGO.docx

Statistics

Suspicious expressions on the Internet: 2.67%

Percentage of expressions found on the internet

Suspicious validated: 0%

Confirmed the existence of the sentences in the urls

Analysis success: 99.62%

Percentage of successful searches, indicates the quality of the analysis, bigger is better.

Urls most relevant

URL	Occurrences	Similarity
http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom139b.pdf	7	11.14 %
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000100003	6	-
http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706431	5	4.34 %
https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imágenes/PDF revista médica/2014/6 Nov/15-robert.pdf	4	-
http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1863/1/TESIS FACTORES DE RIESGO QUE DESENCADENAN EL TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO EN LAS ADOLESCENTES EMBA.pdf	4	-
http://www.slideshare.net/nataly-96/tesis-factores-de-riesgo-que-desencadenan-el-trabajo-de-parto-pretrmino-en-las-adolescentes-emba	4	0 %

Analysed text

TESIS DE GRADO PARA MAESTRIA DEL DR DARWIN SARANGO RAMOS

RESUMEN

La amenaza de parto pretérmino y sus consecuencias, son consideradas un problema de salud pública, por efectos sobre el binomio madre-hijo y los costos sanitarios que genera, siendo causa principal de la prematuridad. El objetivo general fue determinar los factores asociados a amenaza de parto pretermino en pacientes que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital de Pelileo durante el 2014. La investigación fue observacional, de enfoque cuantitativa, de tipo analítica, transversal y retrospectiva, en el periodo enero a diciembre del 2014. En la recopilación de información, se usó hoja de recolección de datos, que se obtuvieron de la hoja 008; y tras la utilización de programas, se realizó el análisis estadístico, cuyos resultados se representaron en forma de tablas y gráficos. Resultados. El 36 % de las pacientes embarazadas fue 15-20 años de edad, relacionado a la instrucción el 56% presento un nivel de estudios secundarios; en la ocupación fue el trabajo textil en un 40%; en la etiología el 42% fue esfuerzo laboral, e infecciones urinarias en un 24%, relacionado a edad gestacional fue de 28 a 32 semanas en un 62%. Conclusiones. Los principales factores asociados presentes tenemos extremos de edad materna, también la presencia del estado civil de unión familiar; en causas se presenta el esfuerzo laboral, seguida de infecciones urinarias y vaginales; todo esto relacionado al tipo de actividad laboral textil que realizan las embarazadas; por lo tanto es necesario realizar un plan de capacitación a mujeres embarazadas para mejorar sus conocimientos.

Palabras clave: parto pretermino, factores asociados a amenaza, parto prematuro

DR. SUMMER ERNESTO CARTAGENA C.
GINECO - OBSTETRA
REG. PROF. 1893-265
REG. ESP. LIBRO VI FOLIO 872 NUMERO 2557

ANEXO 3.

HOJA DE RECOPIACIÓN DE DATOS H. CLÍNICA:

ANAMNESIS

1. **HC:**

2. **Edad:**

3. **E. Civil:**

Casada -Unida -Soltera

4. **Instrucción:**

Analfabeta -Primaria/ Secundaria - Superior

5. **Ocupación:**

Ama De Casa -Estudiante -Trabaja

6. **Raza:**

Blanca -Negra -Mestiza

7. **AGO:**

Número de hijos

PRIMIGESTA -MULTIPARA

8. **Controles prenatales:**

Controles > 3 Controles <3

9. **Causa aparente:**

- ITU -INFECCION-VAGINAL -caida /trauma - esfuerzo

10. **EDAD GESTACIONAL**

EXAMEN FISICO

OBSTETRICO

11. **Dilatación cervical:**

Cerrado -Entreabierto: -1-3cm

12. **Actividad Uterina:**

NO - Menor a 3 -Mayor a 3

ANEXO 4.

PROPUESTA PARA LA PREVENCIÓN DE LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

TÍTULO

PLAN DE CAPACITACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS DEL CENTRO HOSPITALARIO PELILEO

INTRODUCCIÓN

Como se conoce, la entidad del embarazo es un estado biológico en el cual se vuelve vulnerable el cuerpo a la presencia de ciertas patologías, como estados emocionales que en sí se derivan a la fragilidad de la presencia de enfermedades, que afectan a la madre y el producto que ella lleva. No es excepción a presencia de amenaza de parto pretermino en donde la existencia de algunos factores pueden terminar provocando consecuencias al binomio Madre-hijo. Como la mayor parte de los factores de riesgo alguna de estas pueden ser prevenida de manera temprana, pero casi siempre el desconocimiento de los cuidados o estado del embarazo provoca la presencia y facilidad para llegar a estados mórbidos, así ante la presencia de desconocimiento previo como lo que sucede en nuestro estudio de campo, se ha decidido realizar un plan donde nuestro principal objetivo es la capacitación de estado biológico que representa un embarazo así como el cuidado individual que representa el mismo y alentar al control periódico del embarazo.

ANTCEDENTES

Ante la presencia de la problemática de salud presente en nuestro medio el cual no se queda en el centro de esto, sin olvidar que el estado tiene la obligación de cuidar del bienestar de sus habitantes, en cuyos cuidados se incluye la salud. Así en el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años, Los/as adolescentes representan el 20% del total de la población ecuatoriana; La tendencia de la fecundidad adolescente en el país en la última década es al incremento, siendo la más alta de la sub.-región andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres. Así en Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez.

Así en nuestro medio el ministerio de salud pública, ante la presencia de morbi/ mortalidad materno infantil a manejado políticas de estado en las cuales incluye la presencia de la LEY DE MATERNIDAD GRATUITA, con la existencia de múltiples programas para el control adecuado, ya

sea con capacitación al personal de manera periódica, la facilitación de material de apoyo tanto a personal médico , como familiar, con el fin de mejorar estándares y no olvidar el acceso gratuito de la entrega de medicación , han facilitado el mejor manejo. A pesar de todo lo indicado, todavía existe un alto porcentaje de morbi- mortalidad materno infantil , por lo que se realiza constantes revisiones bibliográficas y de campo donde se espera obtener información directa de cada sector, ya que muchas de las veces el protocolo previo, hecho a nivel general del estado no se encuadra en con las descripciones locales.

OBJETIVO GENERAL

- Disminuir la incidencia de la Amenaza de Parto Pretermino en las pacientes que acuden al Hospital de Pelileo

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Indicar cuales son los cuidados básicos obstétricos,
- Identificación de los principales signos de alarma
- Determinar las actividades prioritarias a seguir en caso de presentar amenaza de parto

MEDICION DE LA FACTIBILIDAD O IMPACTO

La presencia del problema socia/medico denominado AMENAZA DE PARTO PRETERMINO, con presencia de riesgo materno / infantil y los múltiples consecuencias, se ha decidido que presenta una gran importancia la ejecución de un proyecto de acción en la cual se pueda mejorar el bienestar durante el embarazo, la ejecución del proyecto se hace factible gracias al apoyo interinstitucional en el cual se realizara charlas educativas en donde se priorice estado actual, la necesidad del cuidado, durante el embarazo y la importancia de los controles, sin olvidar las complicaciones en el caso del incumplimiento de las mismas y de esta forma llegar de manera directa, iniciando la formación de conciencia en la necesidad de un cuidado del feto.

DESARROLLO DE LA PROPUESTA

Para el desarrollo de la propuesta se espera poder seguir cada uno de las actividades indicadas y planificadas previamente.

PLANIFICACION;

Con los datos obtenidos por el trabajo de campo, se decidió realizar una propuesta educativa

- Se realizara la determinación de un objetivo principal y completarlos con los objetivos específicos.
- Determinar los pacientes embarazos y con riesgo a quienes debe ir dirigida.
- Se planificar el lugar y fecha a donde se realizara la capacitación así mismo la realización de una convocatoria para asistencia de las mujeres embarazos junto a sus familiares
- Reunir cada uno de los materiales audiovisuales necesarios. Televisores/ computadoras y retroproyectores a utilizar, así como de fichas nemotécnicas para la capacitación
- Se coordinar todos los detalles, en relación a los permisos y ayudas que pueda dar el hospital, mediante la coordinación compartida con el personal del hospital

EJECUCION

Para la ejecución se espera poder seguir cada uno de los pasos ya planificados, siguiendo cada uno de los detalles

Temas indicados capacitación:

- Embarazo. Normal
 - Cambios maternos durante el embarazo
 - Controles adecuados del embarazo
 - Actividades permitidas durante el embarazo
- Signos de alarma del embarazo
 - Sangrado vaginal
 - Contracciones con lumbago o presión en la ingle o los muslos.
 - Eliminación de líquidos vaginales
 - Presencia de infecciones vaginales.
- Presencia de amenaza de parto pretermino
 - Conceptos básicos y gravedad de la patología
 - Actividades inmediatas a la presencia de sintomatología
 - Actividades innecesarias y perjudiciales que complican la patología
 - Actividades de emergencia ante la dificultad de atención medica

CRONOGRAMA

Esta propuesta de capacitación fue planificada de la siguiente manera

CRONOGRAMA PARA EL DESARROLLO DE LA PROPUESTA							
ACTIVIDADES / DIAS	1	2	3	4	5	6	7
REALIZACION DE ANTEPROYECTO- PLANIFICACION	X						
COORDINACIÓN CON LA INSTITUCION		X					
EJECUCION DE LA PROPUESTA			X	X	X	X	
VALORACION DEL DESARROLLO						X	
ELABORACION DE INFORME FINAL							X

PRESUPUESTO

Para la realización de esta propuesta se planifico el siguiente presupuesto

- MATERIAL DE OFICINA; PAPELERIA 20
- MATERIAL DE OFICINA: USO DE IMPRESORA 10
- MATERIAL DE OFICINA: USO DE INTERNET 10
- MATERIAL DE PRESENTACION 30
- MATERIAL DE OFICINA: PLUMAS / CARPETAS / FOLLETOS 20
- TRASLADO : MOVILIZACION 100
- IMPREVISTOS EN PROCESAMIENTO: 50

BIBLIOGRAFIA DE PROPUESTA

- <http://www.frontera.info/EdicionEnLinea/Notas/Noticias/12072013/726903-Promueven-Plan-de-seguridad-para-mujeres-embarazadas.html>
- <http://www.lacasadelavida.org/embarazadas.html>
- <http://bolivia.unfpa.org/content/el-embarazo-en-adolescentes-limita-tu-proyecto-de-vida>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000486.htm>

URKUND

Documento MdJ. Darwin I Sarango Ramos.docx (D23114033)

Presentado 2016-11-07 18:15 (-05:00)

Presentado por jacqueline.velastegui (jacqueline_velastegui@hotmail.com)

Recibido jacqueline_velastegui.ug@analysis.urkund.com

Mensaje Mostrar el mensaje completo

2% de esta aprox. 17 paginas de documentos largos se componen de texto presente en 1 fuentes.









INTRODUCCION

El embarazo constituye un estado de fisiológico, donde la persona se vuelve vulnerable a los múltiples factores presentes en nuestro medio; así la mujer tiene que resistir 9 meses, tiempo en el cual transcurre su desarrollo, presentando mayor vulnerabilidad tanto al inicio como al final del embarazo. Así estos factores pueden determinar la presencia de morbilidades que no se presentarían en una persona normal, afectando en este caso a dos entes biológicos, así entre esas morbilidades, tenemos presencia de enfermedades metabólicas, como infecciosas que al final terminan presentando cuadros de pérdida del producto, y claro sin olvidar la presencia de los accidentes, así de esta forma tenemos morbilidades como son es la amenaza de parto pretermino (APP). En la cual incluye la presencia inicial de un parto pero antes de 37 semanas. Siendo esta una patología muy presente en nuestro medio y se lo considera un reto terapéutico ya que su tratamiento adecuado disminuye la morbilidad y mortalidad neonatal. Así en la DELIMITACION DEL PROBLEMA tenemos que considerar como amenaza de parto pretermino aquel que aparece entre las semanas 20ª y 37ª de la edad de gestación, y se acompaña de contracciones uterinas de 4 en 20 minutos, o 8 en 60 minutos, además acompañada de sensación de dolor en hipogastrio irradiado hacia



TUTOR RESPONSABLE

In Ennio Cortagosa
Dep. Prof. # 1893

Pelileo 29 de Diciembre del 2014.

Dra. Silvia López.
DIRECTORA DEL HOSPITAL BÁSICO PELILEO.

Yo **DARWIN ISIDRO SARANGO RAMOS** con CI 1104090251 Médico General, por medio de la presente me dirijo hacia usted con un cordial y atento saludo a la vez deseándole éxitos en sus funciones encomendadas.

En motivo de la presente es para solicitarle de la manera más comedida autorice a quien corresponda se me permita el acceso a la información de las Hojas 08 del año 2014, y su uso para mi trabajo de Investigación denominado **FACTORES ASOCIADOS A AMENAZA DE PARTO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE PELILEO**, para la obtención de Título en Magister en Emergencias Médicas.

Por la favorable acogida que tenga la presente desde la ya le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

ATENTAMENTE.


Md. Darwin Sarango Ramos.
CI 1104090251

