



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TEMA:**

**Incidencia de parto prematuro en mujeres atendidas en el  
area de ginecología del Hospital de especialidades Teodoro  
Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, año 2021.**

**AUTORA:**

**Caicedo Quintero, Betty Maria  
Reina Pincay, Narcisa Jacqueline**

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

**TUTORA:**

**Lcda. Muñoz Aucapiña, Mirian Jacqueline, Mgs.**

**Guayaquil, Ecuador**

**30 de agosto del 2021**

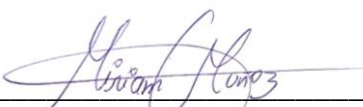


UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**CERTIFICACIÓN**

Certifico que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Caicedo Quintero Betty Maria** y **Reina Pincay Narcisa Jacqueline**, como requerimiento para la obtención del título de **licenciada en enfermería**.

**TUTORA**

f. 

**Lcda. Muñoz Aucapiña, Mirian Jacqueline, Mgs.**

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Lcda. Mendoza Vincés, Ángela Ovilda. MGS.**

**Guayaquil, a los 30 del mes de agosto del año 2021**



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

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Caicedo Quintero, Betty Maria**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Incidencia de parto prematuro en mujeres atendidas en el area de ginecología del Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, año 2021**, previo a la obtención del título de **licenciada en enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 30 días del mes de agosto del año 2021**

**AUTORA:**

f.           *Betty Caicedo*          

**Caicedo Quintero, Betty Maria**



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

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Reina Pincay, Narcisa Jacqueline**


**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Incidencia de parto prematuro en mujeres atendidas en el area de ginecología del Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, año 2021**, previo a la obtención del título de **licenciada en enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 30 días del mes de agosto del año 2021**

**AUTORA:**

f. 

**Reina Pincay, Narcisa Jacqueline**



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

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Caicedo Quintero, Betty Maria**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Incidencia de parto prematuro en mujeres atendidas en el area de ginecología del Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, año 2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 30 días del mes de agosto del año 2021**

**AUTORA:**

f. *Betty Maria Caicedo*

**Caicedo Quintero, Betty Maria**



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

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Reina Pincay, Narcisa Jacqueline**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Incidencia de parto prematuro en mujeres atendidas en el area de ginecología del Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, año 2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 30 días del mes de agosto del año 2021**

**AUTORA:**

f. 

**Reina Pincay, Narcisa Jacqueline**

+	Categoría
+	
+	>
+	
+	
+	
+	

**Documento** [TRABAJO DE TITULACION INCIDENCIA DE PARTO PREMATURO BETTY CAICEDO Y NARCISA REINA.docx](#)  
(D113016952)

**Presentado** 2021-09-20 09:55 (-05:00)

**Presentado por** betty.caicedo@cu.ucsg.edu.ec

**Recibido** miriam.munoz.ucsg@analysis.orkund.com

**0%** de estas 36 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

Incidencia de parto prematuro en mujeres atendidas en el area de ginecología del Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, año 2021.

AUTORA:

Caicedo Quintero, Betty Maria

Reina Pincay, Narcisa Jacqueline

Trabajo de titulación

previo a la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TUTORA:

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** TRABAJO DE TITULACION INCIDENCIA DE PARTO PREMATURO  
BETTY CAICEDO Y NARCISA REINA.docx (D113016952)  
**Submitted:** 9/20/2021 4:55:00 PM  
**Submitted By:** betty.caicedo@cu.ucsg.edu.ec  
**Significance:** 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Narcisa Reina". The signature is written in a cursive style with a long horizontal line extending to the right.



## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por habernos guiados y acompañado a lo largo de toda nuestra carrera, por haber sido nuestra fortaleza en los momentos de debilidad, y por habernos brindado una vida llena de largas trayectorias de felicidad, aprendizajes y experiencias. A nuestros padres por apoyarnos en todo momento y haber cultivado valores en nuestras vidas que hoy en día dicen con nuestra culminación que sus cosechas han dado frutos y sobre todo por ser nuestro ejemplo de vida a seguir. Pero, sobre todo, gracias a nuestros esposos y a nuestros hijos, ya que son ellos quienes han sido nuestro motor para llegar a esta gran meta, por su paciencia, comprensión y solidaridad con este proyecto, por el tiempo que me han concedido, un tiempo robado a la historia familiar. Sin su apoyo este trabajo nunca se habría escrito y, por eso, este trabajo es también el suyo.

### **Autoras**

Caicedo Quintero, Betty Maria  
Reina Pincay, Narcisa Jacqueline

## **DEDICATORIA**

Dedicamos esta tesis a nuestro Dios quien fue nuestra inspiración para la realización de este proyecto de titulación final en nuestra carrera, por darnos salud y su bendición en cada momento para poder alcanzar nuestras metas como persona y como profesional, a nuestro padres por ser nuestro apoyo emocional incondicional a lo largo de nuestra trayectoria, a nuestros hijos ya que son ellos el motor más fiel y confiable que puedes encontrar en toda tu vida, no habrá nada más en el mundo que te produzca la motivación, la pasión y la energía para trabajar por algo, de la manera en la que lo hace.

### **Autoras**

Caicedo Quintero, Betty Maria  
Reina Pincay, Narcisa Jacqueline



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

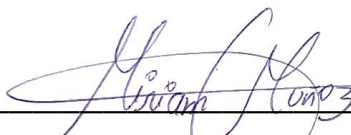
**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**LCDA. ÁNGELA OVILDA, MENDOZA VINCES. MGs**  
DIRECTORA DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**LCDA. MARTHA LORENA, HOLGUÍN JIMÉNEZ. MGs**  
COORDINADORA DEL AREA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f.  \_\_\_\_\_

**LCDA. MIRIAN JACQUELINE, MUÑOZ AUCAPIÑA, MGs.**  
TUTORA

  
\_\_\_\_\_

**LCDA. NORMA ESPERANZA, SILVA LIMA, MGs**

OPONENTE

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTO .....	IX
DEDICATORIA .....	X
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN .....	XI
ÍNDICE.....	XII
ÍNDICE DE GRÁFICO .....	XIV
RESUMEN .....	XV
ABSTRACT.....	XVI
INTRODUCCIÓN .....	2
CAPÍTULO I.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN .....	6
JUSTIFICACIÓN .....	7
OBJETIVOS .....	9
OBJETIVO GENERAL.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	9
CAPÍTULO II.....	10
FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	10
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	10
2.2. MARCO CONCEPTUAL .....	13
2.2.1 Parto prematuro:.....	13
2.2.2 Prematuridad: .....	13
2.2.2.1 Aspecto físico del prematuro .....	13
2.2.2.2 Postura de los bebés prematuros.....	14
2.2.2.3 Tono muscular de los bebés prematuros .....	14
2.2.3 Factores sociodemográficos maternos .....	14
2.2.4 Factores obstétricos .....	16
2.2.4.1 Estilo de vida .....	16
2.2.4.2 Embarazos gemelares.....	16
2.2.4.3 Infección de las vías urinarias .....	17
2.2.4.4 Anemia .....	17
2.2.4.5 Trastornos hipertensivos .....	18

2.2.4.6 Edad Gestacional .....	18
2.2.4.7 El control prenatal.....	18
2.2.4.8 Ruptura prematura de membranas.....	19
2.2.4.9 Diabetes gestacional .....	19
2.2.5 Complicaciones en los prematuros.....	20
2.2.5.1 Patología Respiratoria .....	20
2.2.5.2 Patología Neurológicos .....	21
2.2.5.3 Patologías Oftalmológicos.....	21
2.2.5.4 Patologías Cardiovasculares.....	22
2.2.5.5 Patologías Gastrointestinales.....	22
2.2.5.6 Patologías Inmunológicas: .....	23
2.2.5.7 Patologías Metabólicas .....	23
2.2.5.8 Patologías Hematológicas.....	24
2.2.5.9. Patologías Endocrinas.....	24
2.3 MARCO LEGAL .....	25
CAPÍTULO III.....	27
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
3.1 Tipo de estudio .....	27
3.2 Población y muestra .....	27
3.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	27
3.4 Técnicas y procedimientos para la recolección de datos.....	27
3.5 Técnica de procesamiento y análisis de datos .....	28
VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN .....	29
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	31
DISCUSIÓN .....	41
CONCLUSIONES .....	44
RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIAS .....	46
ANEXOS.....	49

## ÍNDICE DE GRÁFICO

<b>GRÁFICO # 1:</b> Edad Materna.....	31
<b>GRÁFICO # 2:</b> Etnia .....	32
<b>GRÁFICO # 3:</b> Nivel de Instrucción .....	33
<b>GRÁFICO # 4:</b> Estado Civil .....	34
<b>GRÁFICO # 5:</b> Estilo de Vida .....	35
<b>GRÁFICO # 6:</b> Trastornos Hipertensivos .....	36
<b>GRÁFICO # 7:</b> Edad Gestacional Materna.....	37
<b>GRÁFICO # 8:</b> Control Prenatal .....	38
<b>GRÁFICO # 9:</b> Factores Obstétricos .....	39
<b>GRÁFICO # 10:</b> Complicaciones Neonatales .....	40

## RESUMEN

Parto prematuro es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el nacimiento que ocurre antes de completarse las 37 semanas o antes de 259 días de gestación, desde el primer día del último periodo menstrual. El trabajo realizado tuvo como **objetivo** determinar la Incidencia de parto prematuro en mujeres atendidas en el área de ginecología del Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, año 2021. **Diseño:** enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, prospectivo, transversal. **Técnica:** Observación indirecta. **Instrumento:** Guía de observación indirecta. **Población:** 278 historias clínicas de mujeres con parto prematuro y 72 historias clínicas de recién nacidos prematuros. **Resultados:** 15 a 28 años 23%, mestiza 47%, primaria 45%, solteras 47%, estilo de vida 69% no tuvo ningún mal hábito, entre los trastornos hipertensivos la hipertensión estuvo con mayor incidencia en las mujeres con parto pretérmino con el 65% seguido por la preeclampsia con el 32%.y la EG 45% de 32 a 33 semanas, control prenatal completo 58%, en los factores obstétricos, infección de vías urinarias 100%, 77% anemia, ruptura prematura de membranas 46%, diabetes gestacional 60%, entre las complicaciones neonatales, respiratorias 89%, neurológicas 78%, oftalmológicas 81%, cardiovasculares 72%, gastrointestinales 100%, inmunológicas 97%, metabólicos 94%. **Conclusiones:** son necesarias recomendaciones específicas para madres y así prevenir un parto prematuro que conlleve morbilidad y mortalidad tanto en la madre como al recién nacido.

**Palabra clave:** Incidencia, parto, prematuridad, mujer gestante

## ABSTRACT

Preterm labor is defined by the World Health Organization (WHO) as birth that occurs before the completion of 37 weeks or before 259 days of gestation, from the first day of the last menstrual period. The **objective** of the work carried out was to determine the incidence of preterm birth in women treated in the gynecology area of the Teodoro Maldonado Carbo Specialty Hospital in the city of Guayaquil, year 2021. **Design:** quantitative approach, descriptive, prospective, cross-sectional. **Technique:** Indirect observation. **Instrument:** Indirect observation guide. **Population:** 278 medical records of women with preterm birth and 72 medical records of premature newborns. **Results:** 15 to 28 years 23%, mixed race 47%, primary 45%, single 47%, lifestyle 69% did not have any bad habits, among hypertensive disorders, hypertension was with a higher incidence in women with preterm delivery with the 65% followed by preeclampsia with 32% and GA 45% from 32 to 33 weeks, complete prenatal control 58%, in obstetric factors, urinary tract infection 100%, 77% anemia, premature rupture of membranes 46% , gestational diabetes 60%, among neonatal complications, respiratory 89%, neurological 78%, ophthalmological 81%, cardiovascular 72%, gastrointestinal 100%, immunological 97%, metabolic 94%. **Conclusions:** specific recommendations for mothers are necessary to prevent premature birth that entails morbidity and mortality in both the mother and the newborn.

**Key word:** Incidence, delivery, prematurity, pregnant woman



## INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como propósito determinar la incidencia de partos prematuros en mujeres atendidas en el área de ginecología del hospital Teodoro Maldonado Carbo. Se considera recién nacido prematuro o pretérmino a todo aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación, independientemente del peso al nacer, la mayor parte de las muertes y complicaciones neonatales corresponden a los partos que se producen antes de la semana 34. Por lo tanto, es pertinente considerar que, en función de la edad gestacional, los prematuros se clasifican en prematuro muy extremo (antes de las 28 semanas), prematuro extremo (de las 28 a las 32 semanas), prematuro moderado (de las 32 a las 34 semanas) y prematuro tardío (de las 34 a las 36 semanas) (1).

Según la Organización Mundial de la Salud, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando. Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Aproximadamente un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos (2).

A nivel mundial nacen aproximadamente 15 millones de niños prematuros cada año, las tasas más elevadas se dieron en África y América del Norte y las más bajas en Europa. A pesar de los esfuerzos de las organizaciones de salud en la prevención del parto pretérmino no se ha disminuido de forma significativa el por ciento y, en la mayoría de países, la tasa asciende, lo que se debe, en parte, a la introducción y a la difusión en los sistemas sanitarios de las técnicas de reproducción asistida, íntimamente relacionadas con las gestaciones múltiples, en las que la prematuridad es un fenómeno común (3).

El riesgo de nacimientos prematuros para la población general se estima entre el 6% y 10%. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud

(OPS), el Ecuador se encuentra entre los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros del mundo con 5,1%. Pero paradójicamente, la primera causa de mortalidad infantil en el país (4). Sin embargo, según el Instituto de Estadística y Censos la duración corta de gestación, es la primera causa de mortalidad en niños menores a 5 años. Según el Ministerio de Salud Pública, la prematuridad se asocia con alrededor de un tercio de todas las muertes infantiles, y representa aproximadamente el 45% de los recién nacidos con parálisis cerebral infantil (PCI), el 35% de los RN con discapacidad visual, y el 25% de los recién nacidos con discapacidad cognitiva o auditiva (5).

Este trabajo de investigación determina la incidencia del parto prematuro y para una mejor comprensión ha sido dividida en los siguientes capítulos:

Capítulo I: Introducción, planteamiento del problema, justificación y objetivos

Capítulo II: Fundamentación conceptual, antecedentes de la investigación.

Capítulo III: Análisis de los resultados de la investigación, conclusiones y recomendaciones.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los nacimientos prematuros se establecen como una problemática de salud no solo en Ecuador sino también a nivel mundial, debido a que, al parir a un niño antes de las 37 semanas de gestación, puede generar un elevado coste tanto por el consumo de recursos en las unidades de cuidados intensivos neonatales, como por el gasto derivado de las secuelas a largo plazo. Además de los gastos sociales (5).

Varios son los factores que conllevan a un parto prematuro, los cuales afectan significativamente a la gestante y pueden ocasionar sufrimiento fetal, por esta razón el tema se ha transformado en un problema de salud pública, esto es, debido a las múltiples complicaciones a las que se enfrenta el recién nacido prematuro, y lo que incide en una alta tasa de morbilidad en el niño, provocando riesgo de muerte y una alta posibilidad de contraer enfermedades que afecten su salud y modo de vida. De ahí la importancia de la detección temprano de los factores de riesgo que conllevan a complicaciones obstétricas con la finalidad de prevenir estos nacimientos pre términos y las consecuencias del mismo (6).

Las tasas de supervivencia presentan notables disparidades entre los distintos países del mundo. En contextos de ingresos bajos, la mitad de los neonatos nacidos a las 32 semanas mueren por no haber recibido cuidados sencillos y costoeficaces, como aportar al recién nacido calor suficiente, o no haber proporcionado apoyo a la lactancia materna, así como por no haberseles administrado atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios. En los países de ingresos altos, prácticamente la totalidad de estos bebés sobrevive. El uso deficiente de la tecnología en entornos de ingresos medios está provocando una mayor carga de discapacidad entre los bebés prematuros que sobreviven al periodo prenatal (2).

El parto pretérmino no solo es una problemática obstétrica si no también un problema neonatal y social, a nivel mundial existen estudios de literaturas que describen los factores de riesgos, complicaciones o cuidados que se dan en toda la edad reproductiva de la gestante, sin embargo en la actualidad no hay

educación en cuanto a este tema, que se puede prevenir y que se puede asociar en toda la etapa de la mujer. A partir de aquí surgieron interrogantes que fueron incentivo para disponer de información más actual y específica, en embarazadas atendidas en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, para finalmente contribuir a disminuir la frecuencia de amenaza de parto pretérmino (7).

A través de la aplicación oportuna de los protocolos de atención de ésta patología y aplicar las respectivas medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad por medio de charlas. El profesional de enfermería juega un rol importante en la atención dirigida a la mujer en esta etapa (8). Por ello, lograr la identificación de factores de riesgo para nacimientos pretérmino, ya sea antes de la concepción o tempranamente en el embarazo, conduciría a realizar intervenciones que posiblemente podrían ayudar a prevenir un parto pretérmino (7). Por lo expuesto, nuestro trabajo se relaciona con la línea de investigación Salud de la mujer y materno-infantil

## **PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

1. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos en mujeres con diagnóstico de parto prematuro, atendidas en el área de ginecología del Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, año 2021?
2. ¿Cuáles son los factores obstétricos en mujeres con diagnóstico de parto prematuro, atendidas en el área de ginecología del Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, año 2021?
3. ¿Qué complicaciones tienen los neonatos con parto prematuro, nacidos en el área de ginecología del Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, año 2021?

## JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto de investigación surge debido a que el nacimiento prematuro no es sólo un problema clínico, sino también demográfico, por lo que se relaciona con los altos índices de mortalidad en la duración de corta gestación. Además, se observa que, en las últimas décadas, en el mundo existe la tendencia ascendente de la incidencia de nacimientos prematuros; uno de cada diez bebés nace prematuramente, la cifra de niños prematuros está aumentando a nivel mundial (5).

Debido al alto énfasis que pone el Ministerio de salud pública a este grupo poblacional se hace necesaria la determinación de incidencia de mujeres que pasaron por un parto prematuro y la importancia de conocer los factores de riesgo asociados al mismo, para poder ofertar programas prevención más efectivos y evitar que estos partos prematuros sigan en ejecutándose acarreando distintos tipos de complicaciones materno infantil. Este es un problema de salud comunitario y de gran importancia para nuestra sociedad, ya que las familias de estas se verán afectadas emocional, social, física y económicamente al estar al cuidado de un recién nacido pretérmino que será hospitalizado de manera inmediata, por un tiempo indeterminado.

Podemos agregar que con una buena intervención más de tres cuartas partes de los bebés prematuros pueden salvarse con una atención sencilla y costoeficaz, consistente, por ejemplo, en ofrecer una serie de servicios sanitarios esenciales durante el parto y el periodo postnatal, para todas las madres y todos los lactantes, administrar inyecciones de esteroides prenatales (a las embarazadas que corren riesgo de parto prematuro, para fortalecer los pulmones del bebé); aplicar la técnica del "plan canguro" y administrar antibióticos para tratar las infecciones del recién nacido. Por ejemplo, se ha demostrado que la atención dirigida por personal de partería ha reducido el riesgo de prematuridad en alrededor de un 24% allí donde existen servicios eficaces de partería (2).

Además de todo lo detallado la prevención de las complicaciones y las muertes debidas al parto prematuro comienza con un embarazo saludable he

ahí que el personal no solo de enfermería si no todo el equipo de salud debería aportar con conocimientos sobre esta problemática, con charlas. La atención de calidad antes del embarazo, durante el embarazo y entre embarazos garantiza que la gestación sea una experiencia positiva para todas las mujeres (2).

Las directrices de la OMS sobre la atención prenatal incluyen intervenciones esenciales que ayudan a prevenir el parto prematuro, como el asesoramiento sobre la dieta saludable y la nutrición óptima, o el consumo de tabaco y otras sustancias; las mediciones ecográficas del feto, que ayudan a determinar la edad gestacional y a detectar los embarazos múltiples, y un mínimo de 8 contactos con profesionales sanitarios a lo largo del embarazo, a fin de identificar y tratar otros factores de riesgo, como las infecciones. Facilitar el acceso a los anticonceptivos y promover su empoderamiento también puede contribuir a que disminuya el número de nacimientos prematuros (2).

Por lo expuesto, es necesario actuar desde la prevención primaria, ya que una parte de los partos prematuros son evitables cuando se incide sobre los factores de riesgo. La identificación anticipada de estos factores, así como una adecuada y oportuna intervención durante los controles en el embarazo, ayudará a reconocer y actuar sobre las comorbilidades que se presentan, y sobre todo reducir las cifras de morbimortalidad neonatal, así como sus complicaciones (5).

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la Incidencia de parto prematuro en mujeres atendidas en el area de ginecología del Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, año 2021.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Describir los factores sociodemográficas maternos en mujeres con diagnóstico de parto prematuro, atendidas en el area de ginecología del Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, año 2021.
2. Detallar los factores obstétricos en mujeres con diagnóstico de parto prematuro, atendidas en el area de ginecología del Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, año 2021.
3. Identificar las complicaciones de los neonatos con parto prematuro, nacidos en el area de ginecología del Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, año 2021.



## **CAPÍTULO II**

### **FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL**

#### **2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

Ahumada (2017, Colombia) en su investigación incidencia y factores de riesgo asociadas al parto prematuro nos menciona que su objetivo fue Identificar los factores de riesgo para parto prematuro en una población de gestantes de Bogotá en el periodo entre 2014 - 2017. Es un estudio de cohorte retrospectivo, en el cual se tomaron pacientes que participaron en el estudio prospectivo " Validez diagnóstica de las pruebas predictoras de preeclampsia y restricción de crecimiento intrauterino en gestantes colombianas. Estudio multicéntricos. Una propuesta para la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en Colombia" y que hubieran completado la gestación de las que se dispusiera los datos desenlace. Donde los resultados fueron el diagnóstico de preeclampsia se asoció a parto prematuro con un riesgo relativo de 5 y un nivel de significancia de 0,001, asimismo, el desarrollo de preeclampsia severa también fue significativo, con un riesgo relativo de 7 y un alto nivel de significancia, al igual que el diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino con un riesgo relativo de 4 y alto nivel de significancia ( $p < 0,01$ ) (9).

Espinoza (2019, Cuba), en su artículo de investigación epidemiología del parto pretérmino espontáneo nos menciona que la prematuridad es una de las complicaciones más importantes de la Obstetricia actual el objetivo fue caracterizar las variables epidemiológicas relacionadas con el parto pretérmino espontáneo en el Hospital "Mariana Grajales" en el período de 2015 a 2017. Utilizo una metodología donde realizó un estudio descriptivo transversal, la muestra fue de 423 pacientes con embarazo único y parto pretérmino espontáneo. Se valoraron variables epidemiológicas y las características relacionadas con el parto pretérmino. Los resultados fueron analizados con estadísticos descriptivos e inferenciales y reflejados en tablas y gráficos. La incidencia de parto pretérmino en la Provincia de Villa Clara es ligeramente superior a las cifras nacionales. El parto pretérmino espontáneo predominó en pacientes nulíparas, en edad reproductiva óptima, con antecedentes de abortos precoces provocados e infecciones vaginales

(vaginosis bacteriana) durante el embarazo. Su ocurrencia fue más frecuente con más de 32 semanas y en los primeros siete días de admisión hospitalaria. Conclusiones: el parto pretérmino espontáneo es un problema no resuelto en Villa Clara, susceptible de ser reducido al actuar sobre variables epidemiológicas modificables identificadas que permitan accionar para su prevención y su detención durante su hospitalización en aras de disminuir la prematuridad extrema y sus consecuencias (3).

Escobar (2017, México) en su estudio factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención nos dice que el parto pretérmino es uno de los mayores problemas en obstetricia, pues presenta una incidencia de 10-11%. El objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Los métodos que utilizó para realizar un estudio de casos y controles, observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Los casos estuvieron constituidos por nacimientos prematuros y los controles por los partos a término. Se calculó un tamaño de muestra de 344 pacientes con un control por cada caso. El total de pacientes estudiados fue de 688. El análisis estadístico fue descriptivo, univariante y bivariante mediante la prueba chi cuadrada de Pearson, con una  $p < 0.05$ , razón de momios (RM). Los factores de riesgo asociados a parto pretérmino fueron la placenta previa: RM = 10.2 ( $p = 0.005$ ); el antecedente de parto pretérmino: RM = 10.2 ( $p = 0.005$ ); la preeclampsia: RM = 6.38 ( $p = 0.00$ ); el embarazo gemelar: RM = 5.8 ( $p = 0.000$ ), el oligohidramnios: RM = 5.8 ( $p = 0.000$ ); el tabaquismo = RM = 4.6 ( $p = 0.002$ ), la ruptura prematura de membranas: RM = 4.1 ( $p = 0.000$ ); la cervicovaginitis: RM = 3 ( $p = 0.000$ ); la infección del tracto urinario: RM = 1.5 ( $p = 0.010$ ) (10).

Escribano (2021, España), nos menciona en su investigación que el parto prematuro está asociado a múltiples complicaciones, con un aumento de la morbimortalidad perinatal. Sin embargo, muchos estudios apoyan el uso de corticoides y sulfato de magnesio para mejorar los resultados en estos recién nacidos prematuros. El objetivo de nuestro estudio es describir la incidencia de morbimortalidad en recién nacidos prematuros de nuestro entorno y cómo el uso tanto de corticoides como de sulfato de magnesio ha mejorado el pronóstico a corto plazo de estos recién nacidos. La incidencia de

prematuridad fue del 7,9% en nuestro entorno. La gestación gemelar junto con la enfermedad hipertensiva del embarazo fueron las afecciones obstétricas más frecuentes. La cesárea fue la vía de finalización más común en todos los grupos de prematuridad, excepto en la tardía. El síndrome de distrés respiratorio fue la enfermedad más frecuente (más del 33%) en todos los grupos. La tasa de mortalidad neonatal total fue del 1,8%. En cuanto a los corticoides, el principal resultado de nuestra muestra fue una disminución en la morbilidad neonatal, estadísticamente significativa en el síndrome de distrés respiratorio y la retinopatía del prematuro (11).

Matos (2020, México), no menciona en su artículo de revisión que la prematuridad ocupa la primera causa de mortalidad entre los niños menores de cinco años de edad y constituye uno de los problemas de salud pública más importantes actualmente. A nivel mundial nacen cada año 15 millones de niños prematuros y aproximadamente cada año más de un millón de ellos muere a causa de las complicaciones relacionadas con la prematuridad. Los nacimientos prematuros son cada vez más frecuentes y sus causas, involucran no solo la salud materna, sino también factores sociales ambientales, políticos, públicos y económicos entre otros. La patología de la prematurez es compleja y difícil de tratar debido a la inmadurez propia de los órganos, lo que repercute en la fisiología del prematuro quien no está aún preparado para llevarla a cabo en forma adecuada, lo que conlleva a la presencia de trastornos y alteraciones muchas de ellas con daño y repercusión permanente traduciéndose en discapacidad. Existen algunas estrategias para prevenir y tratar el parto prematuro y sus consecuencias, que van desde los cuidados preconcepcionales hasta la atención del parto y del neonato en el periodo postnatal (12).

## **2.2. MARCO CONCEPTUAL**

### **2.2.1 Parto prematuro:**

Se define como parto pretérmino aquel que se produce entre las 22 y las 36 semanas 6 días después de la fecha de última menstruación. Su incidencia oscila entre el 5% (algunos países de Europa) y 18% (algunos países de África). Sin embargo, y a pesar de los recientes avances en obstetricia, de 65 países que disponen de datos fiables sobre tendencias, todos menos tres han registrado un aumento en las tasas de nacimientos prematuros en los últimos 20 años (13).

### **2.2.2 Prematuridad:**

Es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el nacimiento que ocurre antes de completarse las 37 semanas o antes de 259 días de gestación, desde el primer día del último periodo menstrual (14). Se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional, de acuerdo a la clasificación actual de la OMS:

- Prematuros tardíos (34 a 36 semanas 6 días)
- Prematuros moderados (32 a 33 semanas 6 días)
- Muy prematuros (28 a 31 semanas 6 días)
- Prematuros extremos (menor o igual a 27 semanas 6 días) (4).

#### **2.2.2.1 Aspecto físico del prematuro**

- La relación cabeza-cuerpo está descompensada: presentan una cabeza grande, desproporcionada con respecto a las extremidades.
- Tienen una piel muy fina, brillante y arrugada. A través de ella se transparentan las venas y arterias superficiales. El color puede ser más sonrosado al nacer, pero muchos prematuros sufren ictericia los días siguientes (15).
- La masa muscular es pobre, y tienen poca grasa. Tienen las palmas de las manos y las plantas de los pies enrojecidos y con pocos surcos.
- Los genitales están poco desarrollados. En los niños, los testículos todavía no han descendido hacia el escroto y tienen un pene muy pequeño, y en las niñas los labios mayores no cubren a los menores.

- Suelen tener una capa de vello fino y suave por todo el cuerpo (lanugo), que desaparecerá según vayan creciendo.
- A veces las uñas son muy pequeñas, y los párpados están fusionados (se abrirán con el tiempo). Las orejas también suelen estar poco desarrolladas (15).

#### **2.2.2.2 Postura de los bebés prematuros**

Es muy diferente de la del niño nacido a término, debido a que sus músculos no tienen fuerza aún para resistir la gravedad (15).

#### **2.2.2.3 Tono muscular de los bebés prematuros**

Además de influir en la postura general del bebé, nacer prematuro hace que las articulaciones sean más laxas. Es frecuente que se muevan poco y cuando lo hacen es a modo de “sacudidas” (15).

En los bebés que nacen antes de las 32 semanas, predomina el tono de los músculos extensores (hipertonía transitoria) (15).

#### **2.2.3 Factores sociodemográficos maternos**

Los factores sociodemográficos se refieren al conjunto de características biológicas, sociales, económicas y culturales que están presentes en la población que se estudiará. El término “demografía” proviene de la palabra griega demos: pueblo y grafos: trazos, por lo tanto, significa estudio de la población. La demografía es una ciencia que se encarga del estudio de la población humana y que se ocupa de su dimensión, estructura, evolución y caracteres generales considerados desde un punto de vista cuantitativo. Por lo que se tomará como factores sociodemográficos maternos para un parto prematuro: edad, etnia, estado civil y nivel de instrucción. (16).

##### **2.2.3.1 Edad**

Se ha observado un aumento de la edad materna en todo el mundo desde hace algunos años. Las mujeres embarazadas en edades extremas de fertilidad, menores de 20 años o mayores de 35 años, muestran un mayor riesgo de parto pretérmino. Este aspecto ha sido motivo de preocupación, no solo por su alta frecuencia en tiempos recientes, sino también por las

complicaciones que se producen para estos grupos de edades y el gran impacto que el embarazo tiene para la sociedad y familia.

El embarazo adolescente se define, de acuerdo a la OMS, como aquel que se produce entre los 10-19 años de edad y considera como un embarazo de riesgo a los que se producen en menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto; y los abortos practicados en condiciones de riesgo. Casi tres cuartos de los partos de adolescentes son involuntarios. Estos embarazos tienen un riesgo 17% mayor de parto pretérmino y las madres adolescentes tienen más probabilidades de tener un segundo nacimiento dentro de los dos años del primer parto, lo que hace que el parto prematuro también sea más probable en el segundo parto (16).

#### **2.2.3.2 Etnia**

El término etnia se refiere a una comunidad humana que comparte un conjunto de rasgos de tipo sociocultural, así como afinidades raciales. En cambio, el término raza comprende los factores biológicos, morfológicos desarrollados en su proceso de adaptación a un determinado espacio geográfico y ecosistema. En la historia clínica perinatal (CLAP), la variable etnia se define tomando en cuenta la autoidentificación, criterio que puede parecer muy vago. Las causas de las diferencias étnicas en cuanto al parto prematuro podrían explicarse por un componente genético, diferencias en su flora vaginal o factores socioeconómicos (16).

La etnia de una mujer parece influir en su microbioma y en el comportamiento de las bacterias vaginales en el parto prematuro. En un estudio se encontró una asociación significativa entre la estructura de las bacterias seleccionadas y el resultado del nacimiento en las mujeres negras. Además, las bacterias vaginales respondían de manera diferente en este grupo de mujeres a las modificaciones del comportamiento materno como el tabaquismo y las duchas vaginales. Los afroamericanos son más frecuentemente afectados por la vaginosis bacteriana, y también tienen dos veces mayor riesgo de parto pretérmino, en comparación con las mujeres de ascendencia europea (16).

### **2.2.3.3 Nivel de instrucción**

Se lo puede definir como el nivel de educación más alto que una persona ha logrado en un centro educativo del estado o particular. En nuestro país está dividida la escolaridad en primaria, secundaria y superior; cada una de estas tiene subclasificaciones. La baja escolaridad se ha relacionado con partos pretérminos, en especial en aquellas mujeres que interrumpieron sus estudios antes de los 15 años, debido a la falta de autocuidado y de la dificultad de comprender los signos de alarma dados por el personal de salud (16).

### **2.2.3.4 Estado Civil**

Es la situación en que se encuentra una persona física en relación a otra en la sociedad. Se divide en cinco grupos principalmente: soltera, casada, unión estable, divorciada y viuda. El estado civil es considerado como un marcador demográfico que ha sido vinculado en el embarazo con los resultados perinatales. La condición que la mujer embarazada sea casada o viva en unión estable son consideradas situaciones con bajo riesgo potencial debido a la presencia del apoyo de la pareja. Es posible pensar que el estado marital; y más específicamente el hecho de tener un sustento emocional-familiar, en este caso la pareja, conlleve a una mejora de la salud de los componentes familiares debido a cambios de hábitos, una buena situación económica, adecuado control prenatal, apoyo emocional, etc (16).

## **2.2.4 Factores obstétricos**

### **2.2.4.1 Estilo de vida**

El comportamiento de la gestante y su estilo de vida es muy importante, se ha demostrado que aquellas mujeres que ingieren drogas durante el embarazo tienen un mayor índice de parto pretérmino, asociados a la restricción de crecimiento fetal y desprendimiento de placenta; de igual manera con el consumo de alcohol, puesto que puede ocasionar problemas neurológicos en el feto (17).

### **2.2.4.2 Embarazos gemelares**

El embarazo gemelar es el responsable de más del 10 % de los nacidos pretérminos. No resulta difícil comprender que la nutrición de dos seres en el

claustró materno requiere el doble de condiciones en relación con el embarazo único y que aquello a su vez está relacionado con el desencadenamiento temprano del parto a través de 3 vías fundamentales (18).

#### **2.2.4.3 Infección de las vías urinarias**

Las infecciones del tracto urinario (ITU), son junto con la anemia del embarazo, una de las complicaciones médicas más frecuentes de la gestación y su importancia radica en que pueden repercutir tanto en la salud materna, como en la evolución del embarazo (parto pretérmino, bajo peso al nacer, infección y aumento de la mortalidad perinatal). Su incidencia se estima en 5-10% de todos los embarazos. Aunque la mayor parte de las veces se trata de bacteriurias asintomáticas (2-11%), en ocasiones son procesos clínicos sintomáticos como cistitis (1,5%) o pielonefritis (1-2%) (7).

Es la infección más común en el embarazo, y se caracteriza por la presencia marcada de bacterias en cualquier lugar a lo largo del tracto urinario: uretra, vejiga, uréteres y riñones. Las mujeres embarazadas desarrollan de manera fácil infecciones de vías urinarias (IVU) debido a cambios funcionales, hormonales y anatómicos, además de la localización del meato uretral expuesta a bacterias uropatógenas y de vagina que acceden al tracto urinario. *Escherichia Coli* es el patógeno más frecuentemente aislado en IVU durante el embarazo, y el mayor riesgo comienza a la sexta semana de edad gestacional y tiene su pico máximo entre las 22 y 24 semanas (7).

#### **2.2.4.4 Anemia**

Esta complicación no obstétrica del embarazo se ha asociado en varios estudios a prematuridad y bajo peso neonatal. Por consiguiente, la evaluación hematológica y sus variaciones representan una parte importante de la atención prenatal. Las anemias nutricionales son las más frecuentes en el embarazo, entre ellas la ferropénica representa aproximadamente el 75 % de todas las diagnosticadas y se debe fundamentalmente al incremento en la utilización de hierro (18).



#### **2.2.4.5 Trastornos hipertensivos**

Es considerada la causa más frecuente de parto pretérmino y bajo peso al nacer después del embarazo múltiple, en la que el producto de la gestación se afecta tanto por la enfermedad como por los medicamentos necesarios para su control. La aparición de pre-eclampsia (PE) durante el embarazo comporta un aumento importante de la morbimortalidad perinatal asociándose con mayor incidencia de sufrimiento fetal intraparto y crecimiento intrauterino retardado. La enfermedad hipertensiva de la gestación obliga a interrumpir a beneficio materno el embarazo antes de su término. (18).

#### **2.2.4.6 Edad Gestacional**

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador en su informe sobre “Control Prenatal” define la edad gestacional como la duración del embarazo calculado desde el primer día de la última menstruación normal, hasta día del nacimiento expresada en semanas y días completos. La edad gestacional está relacionada directamente con el grado de adaptación del niño a la vida extrauterina, pues a menor edad gestacional es más difícil adaptarse al medio ambiente y puede presentar problemas de regulación térmica, alimentación, mayor susceptibilidad a las infecciones y otras complicaciones debidas exclusivamente al escaso tiempo de gestación (7).

El riesgo de complicaciones aumenta a menor edad gestacional, por lo tanto los recién nacidos (RN) que son extremadamente prematuros, nacidos en o antes de las 26 semanas de gestación, tienen la tasa de mortalidad más alta (mayor al 50%), asimismo en el RN prematuro tardío (34 a 36 semanas 6 días) la mortalidad es más alta en comparación a los RN a término y tiene un mayor riesgo de presentar complicaciones, como la taquipnea transitoria del RN (TTR), síndrome de dificultad respiratoria (SDR), insuficiencia respiratoria (7).

#### **2.2.4.7 El control prenatal**

Se ha identificado como medida protectora contra el parto prematuro. Las últimas recomendaciones de organismos internacionales, como la OMS y National Institute for Health and Clinical Excellence, dan más importancia a otros indicadores de calidad de la atención prenatal, que al número de visitas durante este, con al menos seis visitas considerado como óptimo. Esto surge

del hecho de que no han encontrado diferencias estadísticamente significativas respecto a la morbilidad neonatal y materna, cuando se han completado más de seis visitas, siempre y cuando los demás indicadores de calidad se cumplan (es decir, primera visita antes de la semana 12, suplementos de ácido fólico antes de la semana 8 y los análisis de sangre correspondientes) (14).

#### **2.2.4.8 Ruptura prematura de membranas**

La RPMP es la solución de continuidad o pérdida de la integridad de las membranas corioamniótico que se producen desde las 20 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto. Se denomina ruptura prematura de membranas prolongada cuando tiene una duración mayor de 24 horas. El periodo de latencia se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura de las membranas y el inicio del trabajo de parto. Por lo tanto el periodo de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y el manejo de acuerdo a la posibilidad o no de terminación del embarazo. La ruptura prematura de membranas (RPM) se produce en el 10% de las gestaciones, y la ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP) ocurre en el 3% y se asocian a un 30-40% de los casos de prematuridad (19).

#### **2.2.4.9 Diabetes gestacional**

Es la intolerancia a carbohidratos que se reconoce por primera vez durante el embarazo. La hiperglucemia en la gestación plantea efectos adversos sobre el bienestar materno fetal. La madre se puede complicar con abortos espontáneos, hipertensión, preeclampsia/eclampsia, descompensación metabólica aguda, infecciones urinarias y vaginales recidivantes, poli hidramnios, hemorragia obstétrica, desgarros perineales, parto instrumental o por vía cesárea. Mientras en el neonato se aumenta la mortalidad perinatal, asfixia neonatal, alteraciones metabólicas, macrosomía fetal, retraso en el crecimiento intrauterino, traumatismo obstétrico, distocia de hombros, alteraciones respiratorias, alteraciones hematológicas, malformaciones neurológicas, cardíacas, intestinales, renales, entre otras más

### **2.2.5 Complicaciones en los prematuros**

Las complicaciones de los prematuros están divididas en complicaciones a corto plazo (por ejemplo, complicaciones cardiovasculares y respiratorias), que se producen en el período neonatal, y de secuelas a largo plazo (por ejemplo, discapacidad del desarrollo neurológico como PCI) en los pacientes que sobreviven y son dados de alta de la UCIN (4).

El RN prematuro precisa, por su condición, de cuidados especializados que involucran procedimientos invasivos múltiples (cateterismos vasculares, intubación endotraqueal, alimentación parenteral, etc.), que lo hacen más propenso a infecciones intrahospitalarias cuya gravedad depende principalmente del agente etiológico y de la edad gestacional del RN prematuro (a menor edad gestacional, menor respuesta inmune) (4).

Estudios de seguimiento del desarrollo de los RN prematuros han encontrado que las alteraciones del sistema nervioso central son las más frecuentes e incluyen alteraciones del lenguaje y del neurodesarrollo, por lo que en los últimos años la atención médica del RN prematuro se basa en mejorar su nutrición y estimular su neurodesarrollo. Las secuelas que se derivan del propio estado de la prematurez, como por las intervenciones que se desarrollan en la práctica clínica, obligan a desarrollar guías claras y específicas para el tratamiento del RN prematuro (4).

#### **2.2.5.1 Patología Respiratoria**

La función pulmonar del pretérmino está comprometida por diversos factores entre los que se encuentran la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria, asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar, déficit de síntesis de surfactante y aumento del grosor de la membrana alveolocapilar. La vascularización pulmonar tiene un desarrollo incompleto con una capa muscular arteriolar de menor grosor y disminución del número de capilares alveolares (20).

La patología respiratoria es la primera causa de morbi-mortalidad del pretérmino y viene representada por el distrés respiratorio por déficit de surfactante o enfermedad de Membrana Hialina, seguida de las apneas del

pretérmino y la displasia broncopulmonar en secuencia cronológica de su aparición (20).

**Distrés respiratorio:** Los pulmones del feto están llenos de líquido, que rápidamente es eliminado y sustituido por aire poco después el nacimiento. La eliminación de este líquido es favorecido por las fuerzas del parto, pero también intervienen y de forma significativa los canales epiteliales del sodio (ENAC). El aumento en el número y la activación de estos ENAC ocurre cerca del nacimiento, por lo que aquellos nacidos con menor número o inmadurez de estos canales van a presentar dificultad para la eliminación de líquido alveolar con el consiguiente trastorno respiratorio que puede ser de intensidad variable (21).

### **2.2.5.2 Patología Neurológicos**

La inmadurez es la constante del SNC del pretérmino, que afecta a un sistema con escasa capacidad de adaptación postnatal por tener una cronología madurativa relativamente fija. La estructura anatómica está caracterizada por la fragilidad de la estructura vascular a nivel de la matriz germinal y escasa migración neuronal, pobre mielinización de la sustancia blanca y crecimiento exponencial de la sustancia gris. La susceptibilidad a la hipoxia, a los cambios de la osmolaridad y tensionales, hacen que el sangrado a nivel de las células que están ubicadas debajo del epéndimo sea frecuente con la producción de la hemorragia intraventricular (HIV) y su forma más grave de infarto hemorrágico. Su frecuencia en pretérminos con peso inferior a 750 gr. supera el 50%, mientras que baja al 10% en los de peso superior a 1250 gr (20).

### **2.2.5.3 Patologías Oftalmológicas**

La detención de la vascularización de la retina que produce el nacimiento pretérmino y el posterior crecimiento desordenado de los neovasos, es el origen de retinopatía del pretérmino (ROP) La tasa de ROP es desciende conforme aumenta la EG; las formas severas aparecen con EG inferior a 28 semanas y pesos inferior a 1000gr. El seguimiento oftalmológico esta protocolizado en las unidades neonatales, la incidencia de ROP es baja y muy diferente de los aspectos epidémicos que representó en el pasado y que se mantiene en los países en vías de desarrollo (20).

Los pretérminos son una población de riesgo oftalmológico por el potencial daño de las áreas visuales centrales y por la prevalencia de alteraciones de la refracción, por lo que deben de ser revisados periódicamente (20).

#### **2.2.5.4 Patologías Cardiovasculares**

La hipotensión arterial precoz es más frecuente cuanto menor es el peso. Esta hipotensión puede estar relacionada con la incapacidad del sistema nervioso autónomo para mantener adecuado tono vascular o con otros factores como la hipovolemia, la sepsis y /o disfunción cardiaca. La tensión arterial media debe ser igual o superior a la EG del pretérmino como regla general. La persistencia del ductus arterioso (PDA) es una patología prevalente en los pretérminos, debido por una parte a la insensibilidad al aumento de la oxigenación y por otra parte a la caída anticipada de la presión pulmonar que hace que el shunt izquierda derecha se establezca precozmente(20).

#### **2.2.5.5 Patologías Gastrointestinales**

La maduración de succión y de su coordinación con la deglución se completa entre las 32-34 semanas; existen trastornos de tolerancia con escasa capacidad gástrica, reflujo gastroesofagico y evacuación lenta. La motilidad del intestino es pobre y con frecuencia se presentan retrasos de la evacuación y meteorismo. El tubo digestivo es susceptible de maduración subtrato inducida por lo que se consigue eficaz digestión de forma rápida, siendo el déficit más persistente el de la absorción de las grasas y de las vitaminas liposolubles (20).

La prematuridad es el factor de riesgo individual más importante para la presentación de Enterocolitis Necrotizante (EN), en cuya patogenia se mezclan factores madurativos, vasculares, hipoxemicos e infecciosos. La gravedad de esta entidad hace necesario su diagnóstico y tratamiento precoz (20).

**Dificultad en la deglución:** Los PT presentan una pobre succión y deglución como consecuencia de la inmadurez neuronal y deficiencia del tono de los músculos oromandibulares que puede desembocar en una ingesta calórica disminuida y deshidratación posterior (21).

### **2.2.5.6 Patologías Inmunológicas:**

El sistema inmune del recién nacido pretérmino, es incompetente respecto al recién nacido a término. La inmunidad inespecífica o general es ineficaz, con vulnerabilidad de la barrera cutánea, mucosa e intestinal, disminución de la reacción inflamatoria e incompleta fagocitosis y función bactericida de los neutrófilos y macrófagos. La inmunidad específica, muestra una disminución de Ig G que es de transferencia materna, con práctica ausencia de Ig A e Ig M; la respuesta de la inmunidad celular es relativamente competente. La incapacidad de limitar la infección a un territorio orgánico, hace que la infección neonatal sea sinónimo de sepsis, con focos secundarios que comprometen severamente el pronóstico como es la meningitis neonatal (20).

### **2.2.5.7 Patologías Metabólicas**

La termorregulación está afectada por un metabolismo basal bajo con escasa producción de calor, disminución de la reserva grasa corporal, un aumento de la superficie cutánea relativa y deficiente control vasomotor, que condicionan una conducta poiquiloterma con mayor tendencia a la hipotermia que a la hipertermia (20).

**Hiperbilirrubinemia:** La ictericia y la hiperbilirrubinemia son más habituales, más severas y más prolongadas en los PT, pudiendo llevar al kernicterus; ello se deriva de una menor conjugación hepática o de una disminución en la actividad de difosfogluconato glucuroniltransferasa, además de un incremento en la circulación enterohepática causada por una motilidad intestinal disminuida como consecuencia de la inmadurez (21).

**Hipoglucemia:** Los PT tienen inmadurez en las enzimas hepáticas para la gluconeogénesis y glucogenólisis, así como disminución de los niveles hepáticos de glucógeno. La regulación hormonal y la secreción de insulina por las células  $\beta$ -pancreáticas son inmaduras, por tanto su secreción durante la hipoglucemia es inadecuada, por lo que determinadas situaciones de hipotermia, infección o dificultades para la alimentación les hacen más susceptibles a dicha hipoglucemia (21).

### **2.2.5.8 Patologías Hematológicas**

La serie roja del pretérmino tiene valores promedios inferiores a los del recién nacido a término, con una tasa de eritroblastos aumentada. Se produce un descenso progresivo de los hematíes, producida por la hemólisis fisiológica sumada a las extracciones hemáticas repetidas. La anemia tardía del pretérmino, más allá de los 15 días de vida asocia a la iatrogénica un componente hiporregenerativo medular (20).

La serie blanca del recién nacido pretérmino es muy variable y sus alteraciones no son específicas. Una leucocitosis importante puede estar relacionada con la administración de corticoides prenatales o una leucopenia con la involución placentaria precoz de las hipertensas y la disminución de los factores estimulantes de colonias de granulocitos de origen placentario. Ambos trastornos también pueden ser secundarios a la infección neonatal (20).

Las plaquetas al nacimiento están en rango de la normalidad. La plaquetopenia evolutiva se asocia a la sepsis y puede ser signo precoz de candidemia en pretérminos paucisintomáticos. La trombocitosis evolutivas en los primeros meses de vida, puede ser significativa, aunque no existe riesgo trombótico hasta superada la cifra de 1 millón (20).

### **2.2.5.9. Patologías Endocrinas**

Tiroides: se detectan signos de hiperfunción tiroidea, que puede encubrir un hipotiroidismo subyacente; Así mismo en pretérminos gravemente enfermos se puede producir un hipotirosinemia transitoria (20).

**2.3 MARCO LEGAL**  
**CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**  
**(Ley No. 2002-100)**

**DISPOSICIONES GENERALES**

**Art. 20.-** Derecho a la vida.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida desde su concepción. Es obligación del Estado, la sociedad y la familia asegurar por todos los medios a su alcance, su supervivencia y desarrollo (22).

Se prohíben los experimentos y manipulaciones médicas y genéticas desde la fecundación del óvulo hasta el nacimiento de niños, niñas y adolescentes; y la utilización de cualquier técnica o práctica que ponga en peligro su vida o afecte su integridad o desarrollo integral.

Excepcionalmente, cuando aquello sea imposible o contrario a su interés superior, los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a otra familia, de conformidad con la ley (22).

**Art. 23.-** Protección prenatal.- Se sustituirá la aplicación de penas y medidas privativas de libertad a la mujer embarazada hasta noventa días después del parto, debiendo el Juez disponer las medidas cautelares que sean del caso.

**Art. 24.-** Derecho a la lactancia materna.- Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo (22).

Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna (22).

**Art. 25.-** Atención al embarazo y al parto.- El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos (22).

**Art. 26.-** Derecho a una vida digna.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral. Este derecho incluye



aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos (22).

**Art. 27.-** Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual (22).

El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende: (22).

- Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable;
- Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten;
- Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten;
- Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados;
- El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas (22).

#### **Sección cuarta**

##### **Mujeres embarazadas**

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

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia (23).

## **CAPÍTULO III**

### **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 Tipo de estudio**

**Nivel:** Descriptivo ya que nos permitió describir las características del sujeto o población a estudiar sin influir sobre él.

**Método:** Cuantitativo porque los datos obtenidos se representaron de forma numérica y según el tiempo.

**Tiempo:** Prospectivo porque fue estudiado en un momento determinado.

**Diseño:** Según la naturaleza es de corte transversal porque el objeto de estudio se realizó en un solo momento.

#### **3.2 Población y muestra**

Estuvo constituido por 278 historias clínicas de mujeres gestantes con parto pretérmino y 72 historias clínicas recién nacidos prematuros.

#### **3.3 Criterios de inclusión y exclusión**

##### **Inclusión:**

- Historias clínicas de mujeres gestantes con parto pretérmino
- Historias clínicas de recién nacidos prematuros

##### **Exclusión:**

- Historias clínicas de recién nacidos a término
- Historias clínicas de mujeres gestantes con parto normal
- Historias clínicas de mujeres con riesgo de parto pretérmino

#### **3.4 Técnicas y procedimientos para la recolección de datos**

Para obtener la información de este trabajo de investigación se elaboró un instrumento (guía de observación indirecta) para la recolección de la información del paciente dirigida a la revisión de los expedientes clínicos para la verificación de los datos de los pacientes relacionados al estudio, la misma que fue estructurada con 22 ítems y posteriormente se realizó una prueba piloto para verificar la viabilidad y confidencialidad del instrumento de

recolección de la información, de esta manera se evitó los sesgos en el trabajo investigativo.

### **3.5 Técnica de procesamiento y análisis de datos**

Luego de obtener la información correspondiente los datos fueron consolidados, tabulados e ingresados a una base de datos diseñados por los autores en el programa Microsoft Excel.

## VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN

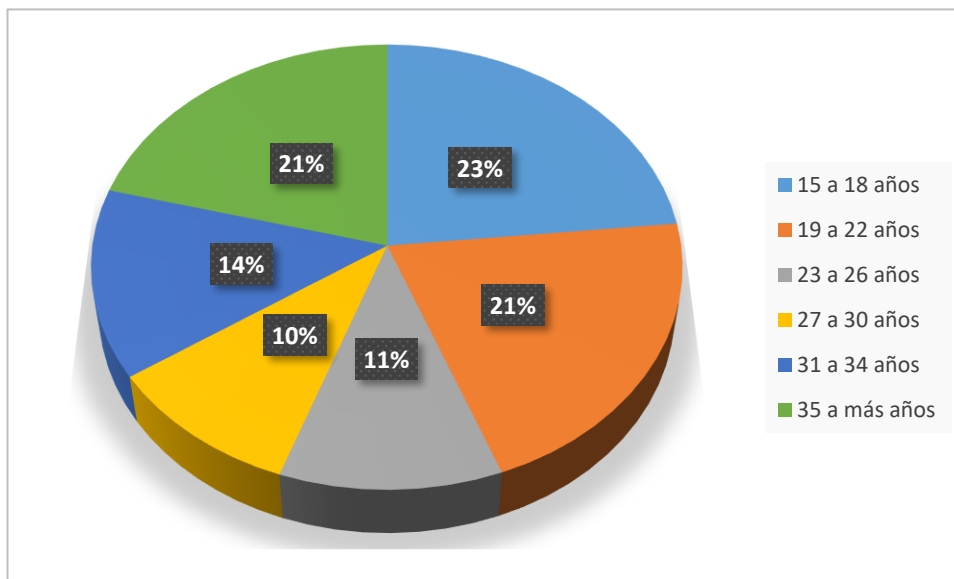
**Variable general:** Incidencia de parto prematuro

DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	TECNICA/INSTRUMENTO
<b>Factores sociodemográficos maternas</b>	Edad materna	15 a 18 años 19 a 22 años 23 a 26 años 27 a 30 años 31 a 34 años 35 a más años	<b>GUIA DE OBSERVACION INDIRECTA</b>
	Etnia	Mestiza Blanca Afro ecuatoriano Indígena	
	Nivel de instrucción	Primaria Secundaria Universitaria otros	
	Estado civil	Soltera Casada Union libre Separada	
<b>Factores obstétricos</b>	Estilo de vida	Hábitos de fumar Consumo de alcohol Drogadicción ninguno	<b>GUIA DE OBSERVACION INDIRECTA</b>
	Embarazo gemelar	Si No	
	Infección de vías urinarias	Si No	
	Anemia	Si No	
	Trastornos hipertensivos	Hipertension Preeclampsia Eclampsia	
		Prematuros tardíos (34 a 36 semanas 6 días)	

	Edad gestacional	Prematuros moderados (32 a 33 semanas 6 días) Muy prematuros (28 a 31 semanas 6 días) Prematuros extremos (menor o igual a 27 semanas 6 días)	
	Control prenatal	Completo Incompleto	
	Ruptura prematura de membranas	Si No	
	Diabetes gestacional	Si No	
<b>Complicaciones neonatales</b>	Patologías respiratorias	Si No	<b>GUIA DE OBSERVACION INDIRECTA</b>
	Patologías neurológicas	Si No	
	Patologías oftalmológicas	Si No	
	Patologías cardiovasculares	Si No	
	Patologías gastrointestinales	Si No	
	Patologías inmunológicas	Si No	
	Patologías metabólicas	Si No	
	Patologías hematológicas	Si No	
	Patologías endocrinas	Si No	

## PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

GRÁFICO # 1:  
Edad Materna

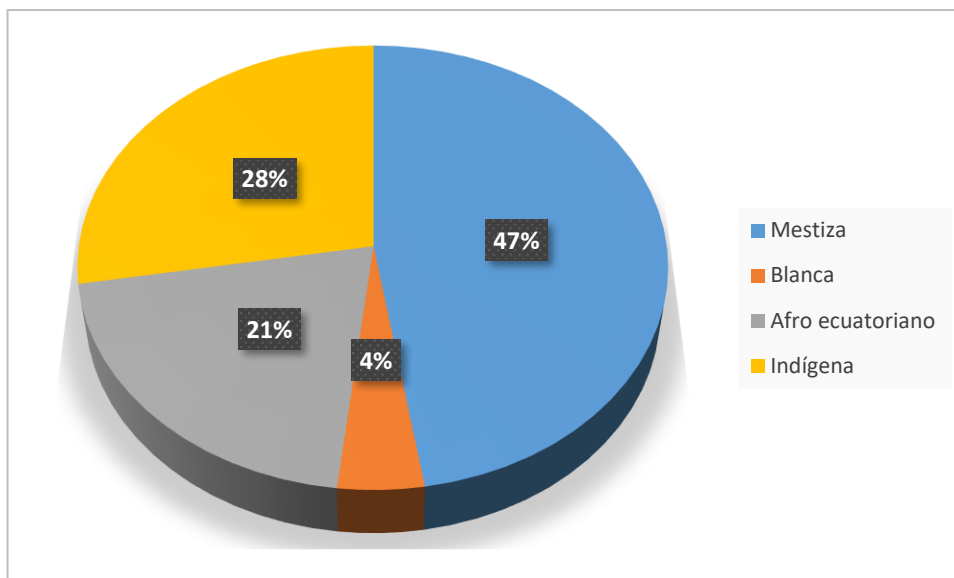


*Elaborado por:* Caicedo Betty y Reina Narcisca  
*Fuente:* Guía de observación indirecta

### ANÁLISIS:

La edad está vinculada al riesgo de prematuridad. En ambos extremos de la vida reproductiva, tanto en la adolescencia como la gestante añosa, tendrían un aumento del riesgo. En las primeras se plantean factores socioeconómicos ya previamente analizados, sumado a elementos de inmadurez fisiológica, en el otro extremo, las enfermedades crónicas preexistentes pueden ser una explicación para este aumento de la incidencia, en el gráfico detallado podemos observar que el embarazo en la adolescencia tiene mayor incidencia ya que el mayor porcentaje prevalece en las mujeres de 15 a 18 años.

**GRÁFICO # 2:  
Etnia**

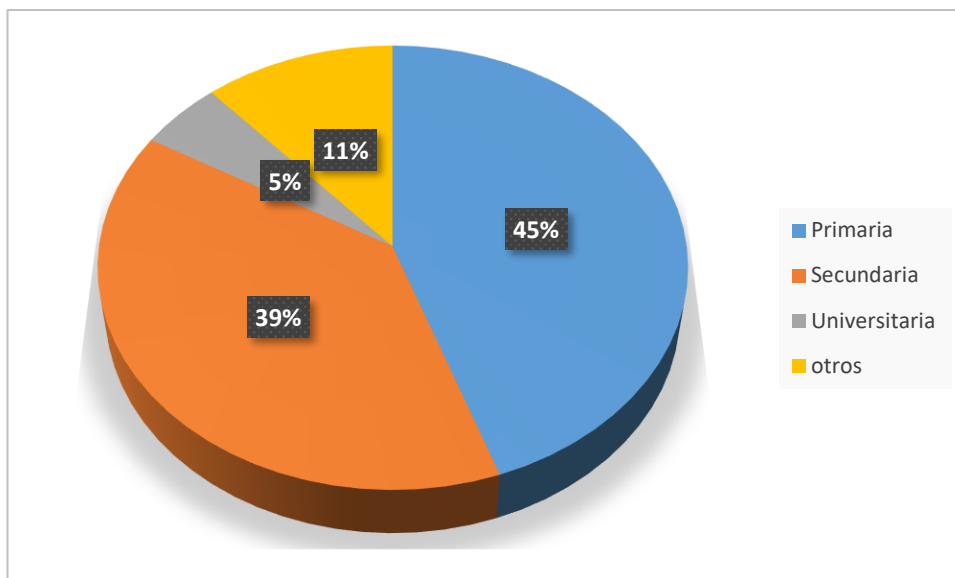


*Elaborado por: Caicedo Betty y Reina Narcisca*  
*Fuente: Guía de observación indirecta*

### **ANÁLISIS:**

La etnia se ha visto relacionada en el desarrollo de algunas patologías, como es el caso de la hipertensión arterial en afrodescendientes debido a la predisposición genética, mayor retención renal de sodio, y relación con otros factores de riesgo. En relación con el parto prematuro se ha encontrado de la misma forma que existe mayor predisposición genética, mayor riesgo de infecciones y consumo de tabaco, desarrollando así parto prematuro, en el gráfico se muestra que la incidencia se da en mayor porcentaje en la etnia mestiza.

**GRÁFICO # 3:  
Nivel de Instrucción**



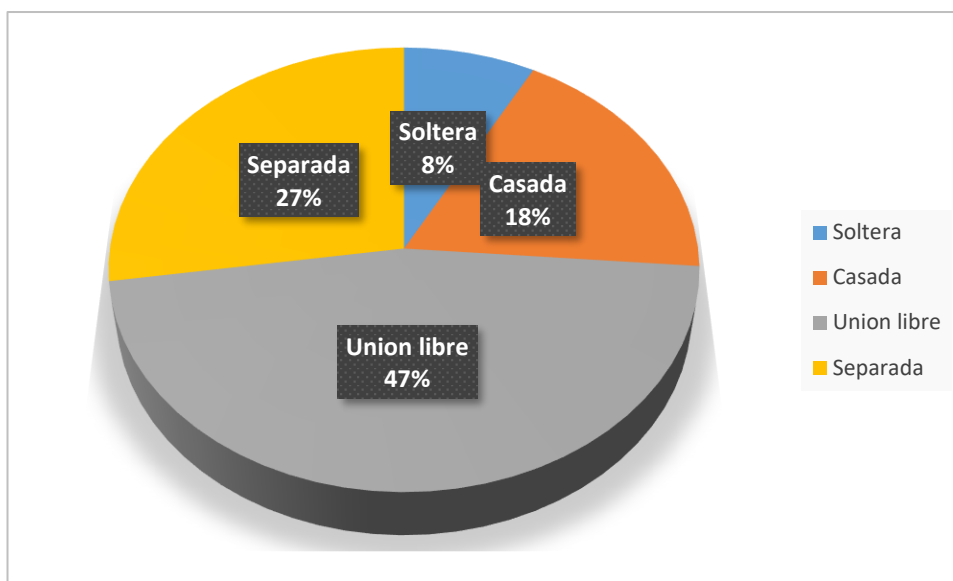
*Elaborado por: Caicedo Betty y Reina Narcisca  
Fuente: Guía de observación indirecta*

### **ANÁLISIS:**

En la salud el nivel educativo constituye un buen indicador para medir la desigualdad social, que es importante al momento de analizar la percepción de cada individuo con respecto a la salud y enfermedad, debido a que las personas con bajo nivel educativo son aquellas con peor percepción de su salud, aquellas gestantes sin escolaridad tienen mayor riesgo de desarrollo de parto prematuro que las mujeres con mejor nivel educativo, es lo que se detalla en gráfico y se comprueba en los datos recolectados, la mayoría de las gestantes están en un nivel de instrucción primaria o secundaria incompleta.



**GRÁFICO # 4:  
Estado Civil**

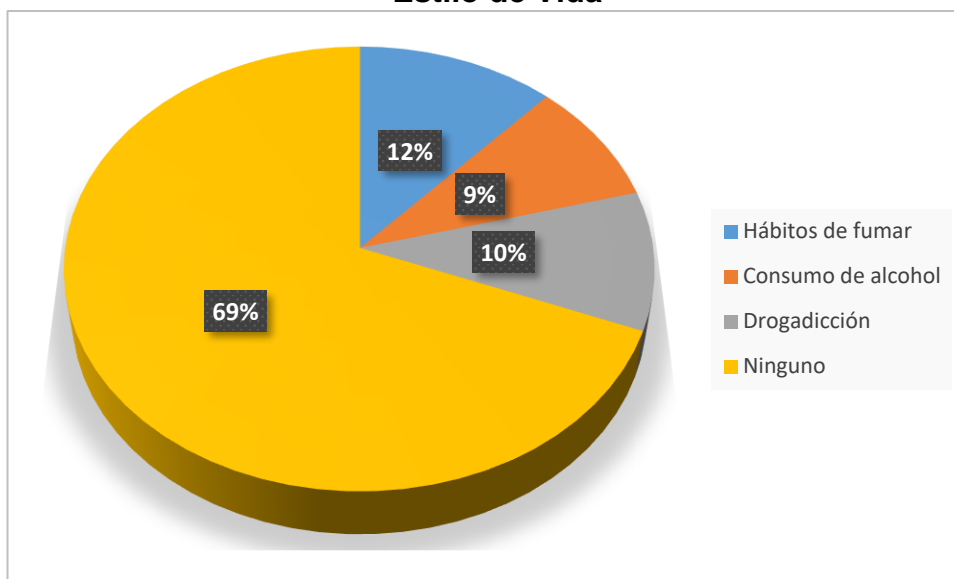


*Elaborado por: Caicedo Betty y Reina Narcisca  
Fuente: Guía de observación indirecta*

### **ANÁLISIS:**

El estado civil es una variable considerada como un marcador demográfico o poblacional que ha sido vinculado en el embarazo con los resultados perinatales y se encontrado una asociación entre aquellas mujeres que se identificaron como "solteras" o "sin pareja" y la presencia de efectos adversos negativos en el feto y en el neonato. Entre los malos resultados perinatales citados, se debe destacar: bajo peso al nacer (BPN), parto de pretérmino, pequeño para la edad gestacional, muerte fetal y bajo score de Apgar. En nuestra investigación la union libre prevalece en el mayor porcentaje, seguido de las separadas.

**GRÁFICO # 5:  
Estilo de Vida**

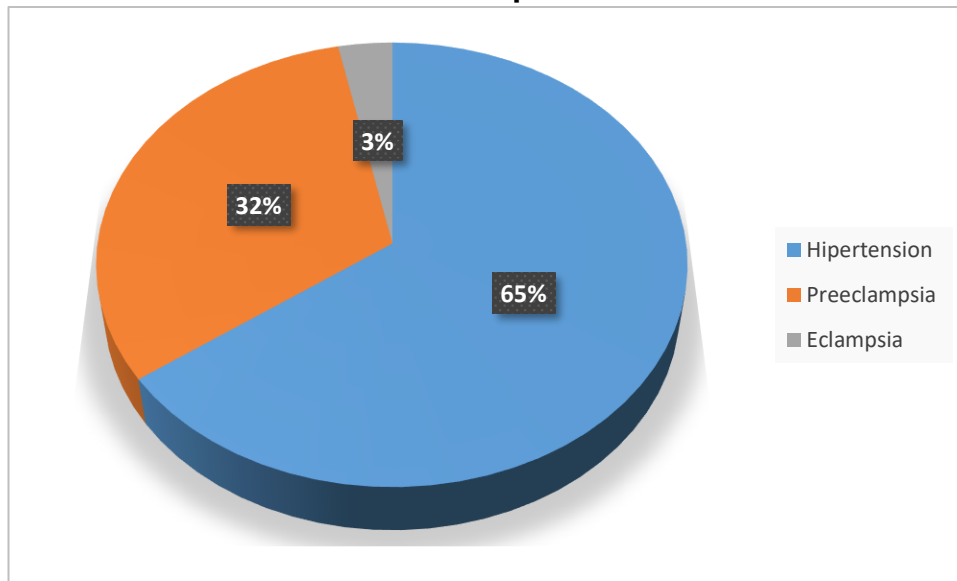


*Elaborado por:* Caicedo Betty y Reina Narcisca  
*Fuente:* Guía de observación indirecta

### **ANÁLISIS:**

Los estilos de vida de cualquier persona constituyen la manera en que ésta se comporta en su cotidianidad, por lo que de ellos, dependen los riesgos a los que se exponen los individuos y que condicionan las posibilidades de enfermar o morir. Los estilos de vida de las embarazadas son producto de los cambios propios de la etapa, de la gestación y del contexto en el cual se encuentran inmersas y deben en cierta parte tener control estricto en esta etapa ya que los malos hábitos pueden ocasionar partos prematuros, el 60% de las mujeres con partos prematuros no tuvieron en su estilo de vida hábitos de fumar, tomar o drogarse, esto hubo en poca proporción.

**GRÁFICO # 6:  
Trastornos Hipertensivos**

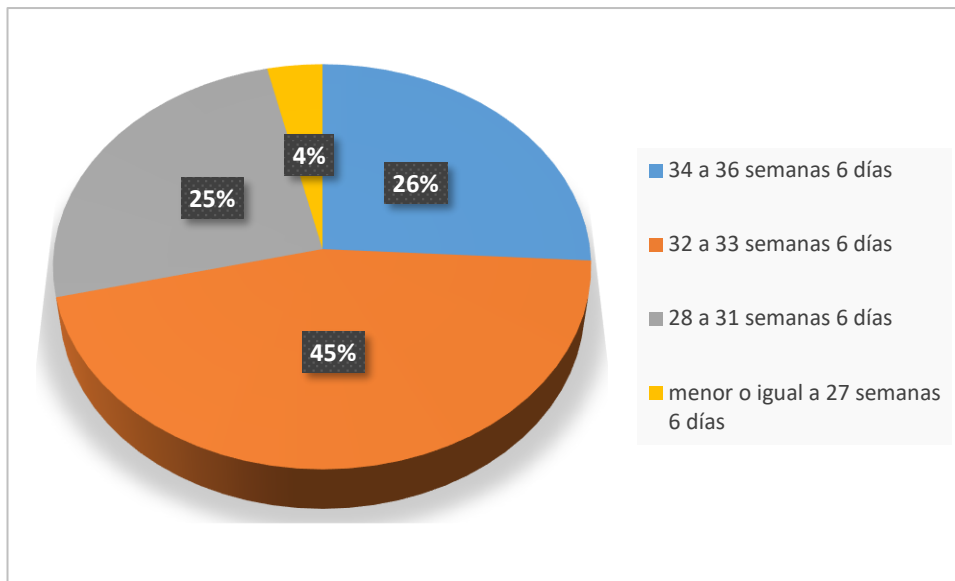


*Elaborado por: Caicedo Betty y Reina Narcisca  
Fuente: Guía de observación indirecta*

### **ANÁLISIS:**

En todo el mundo, los trastornos hipertensivos constituyen una de las complicaciones más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbilidad tanto materna como perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos. Los trastornos hipertensivos del embarazo son una causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte de madres, fetos y recién nacidos, entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, se destacan la preeclampsia y la eclampsia como las causas principales de morbilidad y mortalidad materna y perinatal (24). En nuestra investigación se detalló la hipertension como mayor incidencia en las mujeres con parto pretérmino con el 65% seguido por la preeclampsia con el 32%.

**GRÁFICO # 7:  
Edad Gestacional Materna**

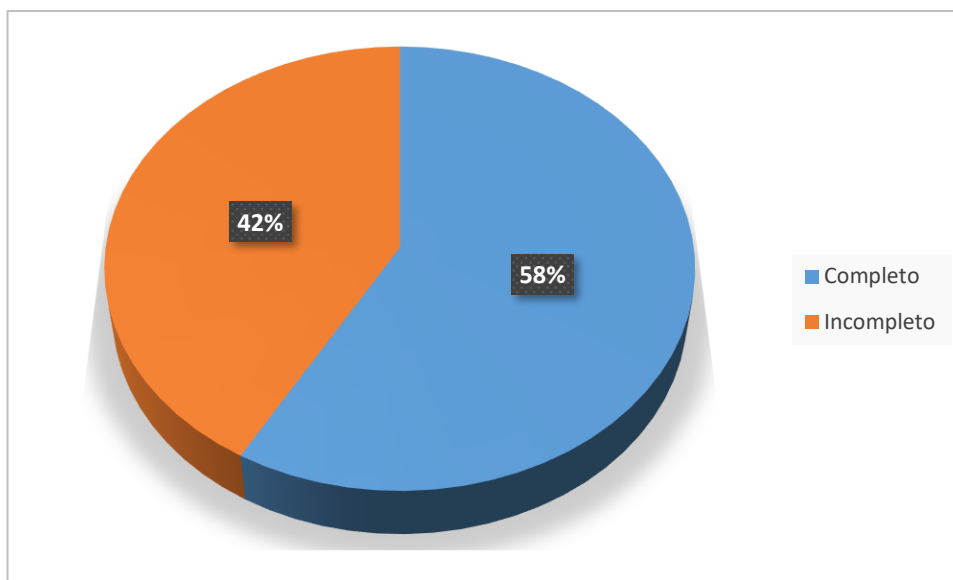


*Elaborado por: Caicedo Betty y Reina Narcisa  
Fuente: Guía de observación indirecta*

### **ANÁLISIS:**

La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas, sin embargo el nacimiento de un recién nacido antes de tiempo hace un prematuro que mientras menos semanas de gestación tenga más es el porcentaje de mortalidad que tiene, la edad gestacional de las gestantes fueron evaluadas por las semanas de nacimiento de los prematuros y el mayor porcentaje prevaleció en las de 32 a 33 semanas 6 días.

**GRÁFICO # 8:  
Control Prenatal**

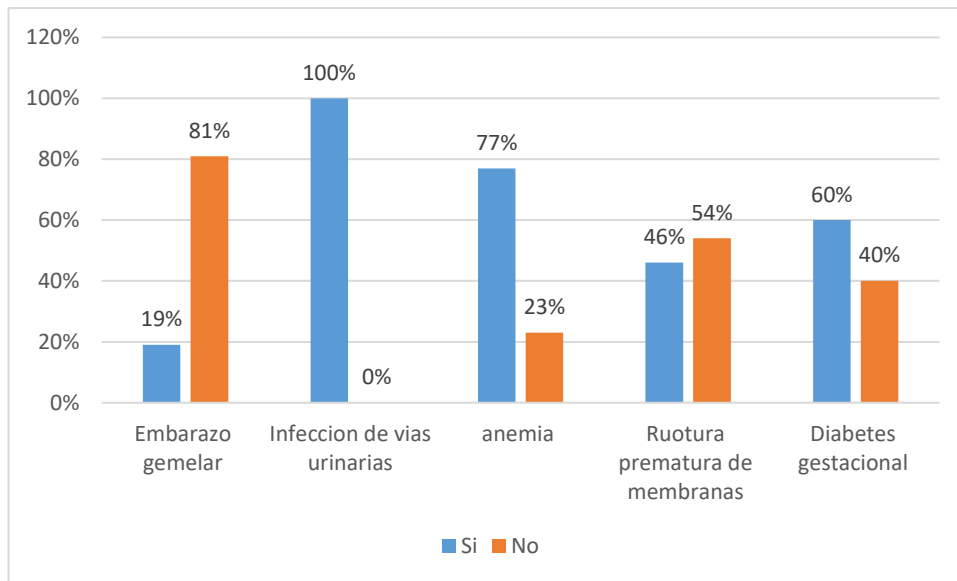


*Elaborado por: Caicedo Betty y Reina Narcisca  
Fuente: Guía de observación indirecta*

### **ANÁLISIS:**

EL control prenatal es el conjunto de actividades o procedimientos realizados por un equipo de salud capacitado, son importantes para identificar problemas y factores del estilo de vida que pueden aumentar los riesgos de trabajo de parto y parto prematuros. De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador se requiere tener como mínimo 5 controles prenatales, en el gráfico detallado las pacientes a pesar que más del 50% tienen un control prenatal completo la diferencia es mínima para las que no lo han tenido, esto se puede deber al no conocimiento de la importancia a la situación económica de las pacientes.

**GRÁFICO # 9:  
Factores Obstétricos**

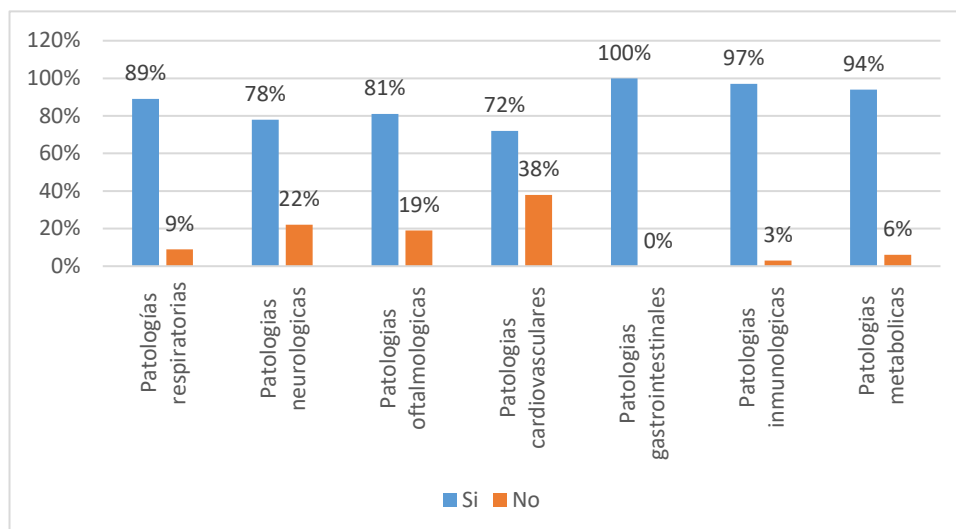


*Elaborado por: Caicedo Betty y Reina Narcisa  
Fuente: Guía de observación indirecta*

### **ANÁLISIS:**

El nacimiento pretérmino es la mayor causa de morbilidad y mortalidad neonatal y ocurre por la interrupción obligada de la gestación por factores de riesgo como los obstétricos que ocupan un lugar importante en las enfermedades asociadas a la etapa del embarazo, las infecciones de vías urinarias ocuparon el 100% de la población investigada seguido de la anemia, como lo detallamos en el gráfico.

**GRÁFICO # 10:  
Complicaciones Neonatales**



*Elaborado por:* Caicedo Betty y Reina Narcisca  
*Fuente:* Guía de observación indirecta

**ANÁLISIS:**

Las complicaciones del trabajo de parto prematuro incluyen el nacimiento de un bebé prematuro. Esto puede plantear una serie de problemas de salud para tu bebé, como las dificultades respiratorias, órganos subdesarrollados y problemas de visión. Los niños que nacen prematuramente también tienen un mayor riesgo de parálisis cerebral, problemas de aprendizaje y problemas de comportamiento como lo mencionamos en la literatura investigada, en el grafico se detallan las patologías con más frecuencias en los prematuros que sirvieron como muestra para nuestra investigación es asi que las patologías respiratorias oftálmicas gastrointestinales, inmunológicas y metabólicas están sobre el 80% de la población investigada.

## DISCUSIÓN

Barrera en su estudio realizado en Colombia en el 2016, relacionado a los factores asociados al parto pretérmino en adolescentes, nos que reviso 30 historias clínicas de adolescentes que asistieron al servicio de obstetricia y tuvieron PP. Se registraron datos básicos y de interés de la historia clínica y se relacionó que los posibles factores con más frecuencia asociados al parto pretérmino en jóvenes adolescentes fueron la edad de 17,3 años (SD=1,76; rango 14-20); rango de edad gestacional 22-37 semanas. Se identificaron, asociadas al PP, infección de vías urinarias (30.5%), anemia (23.3%), preeclampsia (20%). 35,3% consumió bebidas alcohólicas durante el embarazo. En cuanto a los controles prenatales, un 40% asistió de 0 a 3 controles, 33.3% asistió de 4 a 6 controles y 26.7% asistió de 7 a 9 controles (25). De igual manera en nuestra investigación se recogieron datos similares a los del estudio de Barrera donde los resultados obtenidos tuvieron una similitud, la edad de 15 a 18 años estuvo con el 23% en mayor porcentaje, la edad de gestación estuvo de 32 a 33 SG en mayor porcentaje este resultado estuvo ligado a edad, el control prenatal a pesar que el 58% tuvo un control completo no hubo mucha diferencia a las que no tuvieron el control completo, la infección de vías urinarias fue otro factor que tuvieron similitud con el 100% seguido de la anemia con el 77%.

En otro estudio realizado por Martínez en el 2017 sobre los embarazos en adolescentes y nos menciona que es uno de los problemas que pueden presentar las adolescentes embarazadas es el desarrollo de un parto pretérmino, el cual se produce antes de las 37 semanas de gestación y es la principal causa de morbilidad neonatal. Fue un estudio observacional de casos y controles, retrospectivo y analítico, con 155 casos e igual número de controles. En los resultados de las variables analizadas los factores de riesgo estadísticamente significativos para parto prematuro fueron: el control prenatal inadecuado, los trastornos en el líquido amniótico, así como la ruptura prematura de membranas. En las adolescentes que no tenían ninguna patología, el riesgo de parto pretérmino fue menor comparativamente con las que tuvieron una o más patologías (26). En nuestra investigación hubo



variables similares en el cual el control prenatal con el 58 % completo y el 42% incompleto y la ruptura prematura de, membranas con el 46% fueron también uno de los factores de riesgos obstétricos con mayor porcentaje.

Dan en el año 2020 en su artículo de revista con el tema de Infección del tracto urinario y amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes nos detalla que factor para causar desenlaces graves, por lo que es necesario evaluar sus determinantes. En su metodología utilizó un estudio observacional analítico de casos y controles. Conformado por gestantes adolescentes internadas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Sergio E. Bernaldes en 2018-2019. Entre los resultados para la amenaza de parto tuvo asociación significativa con ITU (OR=2,68, IC 95%: 1,3-5,3) y RPM (OR=15, IC 95%: 5,9-37,9). Además, la mediana de edad fue de 18 años (27). Nuestra información recogida por medio de los datos de observación indirecta nos arrojó resultados de igual magnitud como las ITU que también ocuparon el mayor porcentaje con el 100%, seguido por la ruptura prematura de membranas con el 46%, y la edad que también estuvo de entre los 15 a 18 años con el 23%.

Marreno en su investigación realizada en Ecuador en el 2019, nos menciona que el parto pretérmino que es un problema de salud a nivel mundial. En la medicina perinatal continúa siendo una de las complicaciones más frecuentes, de ahí que la mayor parte de las muertes neonatales ocurren en nacidos prematuros. El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre el aborto previo como factor de riesgo para el desarrollo de parto pretérmino en gestantes ingresadas en el área de emergencias y hospitalización del Hospital Básico Jipijapa. Este trabajo se desarrolló como una investigación cualicuantitativa, retrospectiva, descriptiva y transversal. Las características sociodemográficas de las pacientes con antecedentes de abortos previos y parto pretérmino mostraron que las menores de 18 años, casadas, residentes en zonas urbanas y con nivel de instrucción secundaria fueron la mayoría. La edad gestacional y el peso al nacer de los pretérminos que tuvieron antecedentes maternos de aborto previo, en su mayoría fue mayor a 32 semanas (28). De igual forma en nuestro estudio realizado en el área de obstetricia del hospital Teodoro Maldonado Carbo, arrojó que entre las características sociodemográficas de las mujeres con parto prematuro estuvo

la edad con el 23% de 15 a 18 años, a diferencia del estudio el mayor porcentaje fue de union libre con el 47% y con nivel de educación primaria o secundaria incompleta con el 45%, en los factores obstétricos edad gestacional estuvo en 45% de 32 a 33 semanas.

## CONCLUSIONES

En la investigación realizada en el hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo y con los datos que se obtuvieron de la información de las historias clínicas de mujeres gestantes con parto prematuro y de recién nacidos prematuros podemos concluir lo siguiente:

1. Entre las características sociodemográficas maternas en mujeres con parto prematuro tenemos que la edad oscila entre 15 a 18 años, en su mayor porcentaje son de etnia mestiza, el nivel de instrucción es primaria, el estado civil la mayoría están en unión libre, el estilo de vida la mayoría están en otros con menos porcentajes en el alcoholismo, cigarrillo o drogas.
2. Entre los factores obstétricos más frecuentes que tienen las mujeres con parto prematuro, según la investigación realizada los trastornos hipertensivos están en primer lugar, siendo la hipertensión la que con mayor porcentaje esta seguido de la edad gestacional donde el porcentaje prevalece en los partos de 32 a 33 semanas que equivale a prematuros moderados, en el control prenatal la mayoría de estas mujeres se completó ya que según las historias clínicas tuvieron más de 5 consultas médicas durante la gestación, un alto porcentaje de las gestantes presentaron I.V.U. , de igual manera la anemia, la ruptura de membranas prematuras y la diabetes gestacional también sobrepasaron más del 50% en los factores de riesgo que se detallan para estos partos prematuros.
3. Las complicaciones neonatales a causa de la prematurez del recién nacido las patologías como las respiratorias, oftalmológicas, neurológicas, cardiovasculares, gastrointestinales, inmunológicas y metabólicas, en su mayoría tuvieron un alto porcentaje sobrepasando más del 50% en cada una de ellas esto debido a la inmadurez de los aparatos y sistemas del recién nacido.

## RECOMENDACIONES

1. El hospital Teodoro Maldonado Carbo tiene un comité de calidad la cual debe incentivar al personal de salud para emplear y emprender métodos de prevención frente a esta grave situación como es el parto prematuro, la identificación temprana de madres con mayor riesgo de parto prematuro o de niños producto de un parto de pretérmino, puede facilitar intervenciones prenatales o posnatales efectivas.
2. La coordinación del hospital en cuanto a docencia debería incentivar no solo al personal de enfermería sino también a todo el equipo de salud, a realizar un cronograma de actividades de charlas que abarque temas sobre el riesgo del parto prematuro, las complicaciones tanto maternas como neonatales y así se puede tomar medidas para disminuir el riesgo de la madre y el feto.
3. Asumir con responsabilidad y concienciación la tarea de educación a los padres de los pacientes desde el momento del diagnóstico, es por ello que se hace necesario un programa de educación cuyo fin consista en mejorar el cuidado y la calidad de vida del recién nacido. Estas intervenciones para la madre deben incluir el control preventivo y preparación para el parto en un área acondicionado para atender a mujeres y recién nacidos de alto riesgo de nacimiento prematuro de igual forma se debe incluir temas sobre los trastornos alimentarios maternos, tales como la sobrealimentación y la desnutrición, pueden tener un impacto significativo en el resultado del embarazo, tanto para la madre como el feto y recién nacido.

## REFERENCIAS

1. Lopez B, Avalos N, Diaz N. Incidencia de prematuros en el Hospital General Naval de Alta Especialidad 2015-2017. Revista de sanidad militar. 2018; 72(1): p. 19-23.
2. Organizcion Mundial de la Salud. Nacimiento prematuros. [Online].; 2018 [cited 2021 Septiembre 05. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
3. Espinoza I, Cairo V, Silvero M. Epidemiología del parto pretérmino espontáneo. Revista Medico del Centro. 2019; 13(03).
4. M.S.P. GPC. Recien Nacido Prematuro. [Online].; 2015 [cited 2021 09 05. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>.
5. Kelly C, Montesdeoca C. Factores de riesgo asociados a los nacimientos prematuros en el Ecuador, año 2017. [Online].; 2019 [cited 2021 Septiembre 05. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/18083/1/T-UCE-0005-CEC-169.pdf>.
6. Letarra C, Andina E. Guia Practica Amenaza de parto prematuro. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portuga. 2017 2021; 22(1): p. 28-43.
7. Ordoñez P. Factores de riesgo para amenaza de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas atendidas en el Hospital Isidro Ayora en el período febrero-agosto 2016. [Online].; 2017 [cited 2021 Septiembre 05. Available from: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19473/1/FACTORES%20DE%20RIESGO%20DE%20AMENAZA%20DE%20PARTO%20PRET%C3%89RMINO%20EN%20ADOLESCENTES%20EMBARAZADAS%20PRIMIGESTAS%20ATENDIDAS%20EN%20EL%20HOSPITAL%20ISIDRO%20AYORA%20EN%20EL%20PERIODO%20FEBRER>.
8. Cardenas E. Cuidados de enfermería durante el puerperio fisiológico. [Online].; 2018 [cited 2020 09 03. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/5413/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2019-0001.pdf>.
9. Ahumada J, Barrera A, Canossa D. Incidencias y factores de riesgo asociado al parto prematuro en una muestra gestante de Bogota duarnte el periodo 2017. [Online].; 2018 [cited 2021 Septiembre 05. Available from: <https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/327>

3/Ahumada\_Gomez\_Juan\_Sebastian\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

10. Escobar B, Gordillo L, Martinez H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017; 55(4): p. 424-428.
11. Escribano M, Peña M, Lopez E. Morbimortalidad asociada al parto prematuro y su relación con el uso de corticoides y sulfato de magnesio. Revista Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 2021; 48(2): p. 110-116.
12. Matos L, Reyes K, Lopez G. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco. 2020; 7(3): p. 173-180.
13. Huerta E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev. peru. ginecol. obstet. ; 64(3): p. 399.
14. Mendoza L, Claros D, Mendoza L. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev. chil. obstet. ginecol. 2016; 81(4): p. 330-342.
15. Lactancia N. Características del bebé prematuro. [Online].; 2020 [cited 2021 septiembre 05. Available from: <https://www.natalben.com/caracteristicas-bebe-prematuro>.
16. Ayala A. Prevalencia del parto pretermino y factores maternos del mismo en el hospital Pablo Arturo Suarez, 2017-2018. [Online].; 2019 [cited 2021 Septiembre 09. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16479/Trabajo%20de%20titulacion-%20Ariel%20Ayala.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
17. Martinez E, Vasco D. Factores clínicos, sociodemográficos y culturales asociados al desarrollo de parto prematuro. [Online].; 2017 [cited 2021 Julio 07. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15549/FACTORES%20DE%20RIESGO%20MATERNOS%20ASOCIADOS%20AL%20DESARROLLO%20DE%20PARTO%20PREMATURO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
18. Montero A, Ferrer R, Paz D. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. Multimed. Revista Médica. Granma. 2019; 23(5): p. 1155-1159.
19. Ministerio de Salud Publica. Rupturas Prematuras de Membranas Preterminos. [Online].; 2015 [cited 2021 Septiembre 05. Available from:

<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-RPMP-FINAL-08-10-15.pdf>.

20. Rodriguez S, Garcia C, Aragon M. El recién nacido prematuro. [Online].; 2016 [cited 2021 Septiembre 05. Available from: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf).
21. Rubio S, Del Barrio P, Lopez A. Neonatos pretérmino tardíos y a término precoces: una población de riesgo. Revista Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2016; 55(2): p. 94-99.
22. Guayaquil RCd. Código de la Niñez y la Adolescencia. [Online].; 2017 [cited 2021 Septiembre 05. Available from: [https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Codigo\\_de\\_la\\_Ninez\\_y\\_Adolescencia.pdf](https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Codigo_de_la_Ninez_y_Adolescencia.pdf).
23. Constituyente A. Constitución de la República del Ecuador. [Online].; 2018 [cited 2021 Septiembre 05. Available from: <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>.
24. Guía Práctica Clínica. Trastornos hipertensivos del embarazo. [Online].; 2016 [cited 2021 Septiembre 06. Available from: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP\\_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf).
25. Barrera L, Manrique F, Ospina J. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. 2016;(48): p. 215-227.
26. Martínez G, Díaz J, Romero A. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2017; 23(1-2): p. 13-18.
27. Dan B, Alonso T. Infección del tracto urinario y amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes de un hospital Peruano. Rev. Fac. Med. Hum. 2020; 20(3): p. 419-424.
28. Marreno D, Alava S, Lange K. El aborto previo como factor de riesgo de parto pretérmino en gestantes del Hospital Básico Jipijapa. Revista de Ciencias de la Salud. 2019; 3(3): p. 16-22.

# **ANEXOS**



Memorando Nro. IESS-HTMC-CGI-2021-0168-FDQ  
Guayaquil, 16 de Agosto de 2021

**PARA: BETTY MARIA CAICEDO QUINTERO**  
Estudiante de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

**NARCISA JACQUELINE REINA PINCAY**  
Estudiante de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

De mi consideración:

Por medio de la presente, informo a usted que ha sido resuelto factible su solicitud para que pueda realizar su trabajo de investigación: **"INCIDENCIA DE PARTO PREMATURO EN MUJERES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, AÑO 2021"** presentado por Betty Caicedo Quintero y Narcisa Reina, estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad de Católica Santiago de Guayaquil, una vez que por medio del memorando N° IESS-HTMC-UARO-2021-0356-M de fecha 12 de Agosto del presente, firmado por el Esp Luis Ramos Castro – Jefe Unidad Alto Riesgo en el que se recibió el informe favorable de la misma.

Por lo antes expuesto reitero que puede realizar su trabajo de titulación siguiendo las normas y reglamentos del hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Atentamente,



Esp. Daniel Calle Loffredo

**COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN, ENCARGADO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES – TEODORO MALDONADO CARBO**

**Esp. Daniel Calle Loffredo**  
**COORDINADOR GENERAL**  
**DE INVESTIGACIÓN**

Referencias:

- Solicitud

mm

*Renovar para actuar,  
actuar para servir*

[www.iessec.gob.ec](http://www.iessec.gob.ec)

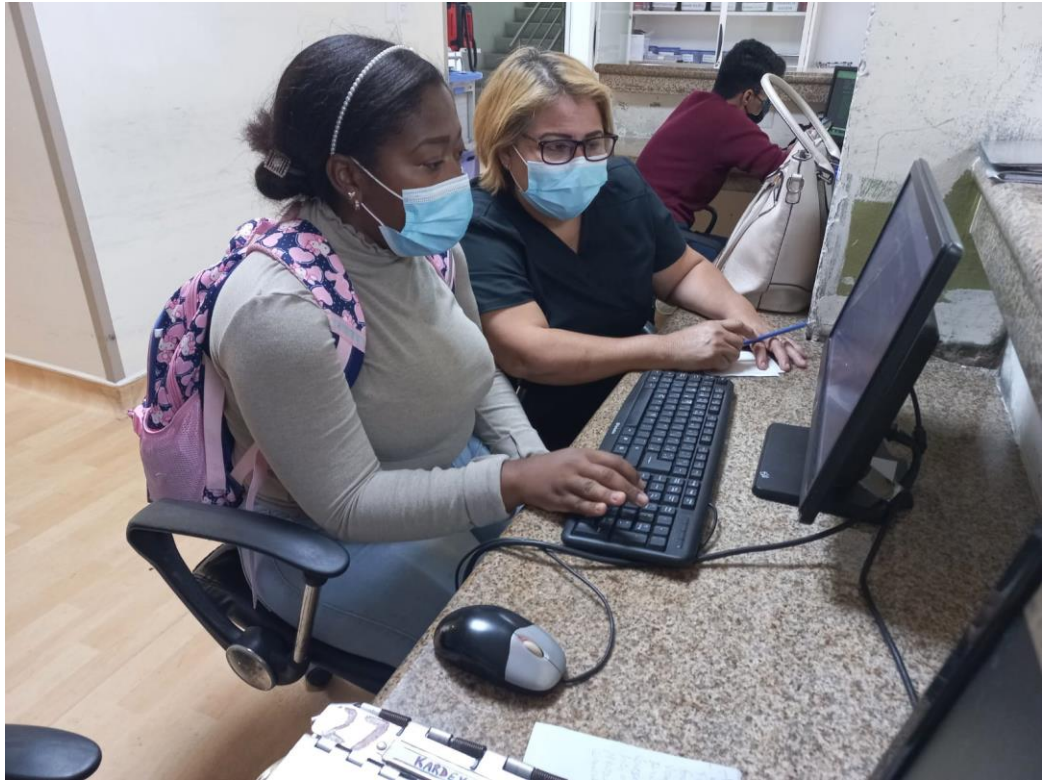


@IESSec



IESSecu

IESSec



*Ilustración 1: Revisión de Historias clínicas en el area de ginecología Hospital del IESS*



*Ilustración 2: Revisión de historias clínicas en el area de ginecología Hospital del IESS*





*Ilustración 3: Recolección de datos Hospital IESS*



*Ilustración 4: Recolección de datos Hospital IESS*



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

**TEMA:** Incidencia de parto prematuro en mujeres atendidas en el área de ginecología del Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, año 2021.

**OBJETIVO:** Recolectar información del expediente clínico

**INSTRUCCIONES PARA EL OBSERVADOR:**

- Revise cada expediente clínico y registre la información requerida en los casilleros en blanco

**GUÍA DE OBSERVACIÓN INDIRECTA**

**Formulario N° 1**

Edad materna	15 a 18 años	
	19 a 22 años	
	23 a 26 años	
	27 a 30 años	
	31 a 34 años	
	35 a más años	
Etnia	Mestiza	
	Blanca	
	Afro ecuatoriano	
	Indígena	
Nivel de instrucción	Primaria	
	Secundaria	
	Universitaria	
	otros	
Estado civil	Soltera	
	Casada	
	Union libre	
	Separada	
Estilo de vida	Hábitos de fumar	
	Consumo de alcohol	
	Drogadicción	
	otros	
Embarazo gemelar	Si	
	No	
Infección de vías urinarias	Si	
	No	
Anemia	Si	
	No	
Trastornos hipertensivos	Hipertension	
	Preeclampsia	
	Eclampsia	
	Otros	
Edad gestacional	Prematuros tardíos (34 a 36 semanas 6 días)	
	Prematuros moderados (32 a 33 semanas 6 días)	
	Muy prematuros (28 a 31 semanas 6 días)	
	Prematuros extremos (menor o igual a 27 semanas 6 días)	
Control prenatal	Completo	
	Incompleto	
Ruptura prematura de membranas	Si	
	No	

Diabetes gestacional	Si	
	No	
Patologías respiratorias	Si	
	No	
Patologías neurológicas	Si	
	No	
Patologías oftalmológicas	Si	
	No	
Patologías cardiovasculares	Si	
	No	
Patologías gastrointestinales	Si	
	No	
Patologías inmunológicas	Si	
	No	
Patologías metabólicas	Si	
	No	
Patologías hematológicas	Si	
	No	
Patologías endocrinas	Si	
	No	



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Caicedo Quintero Betty Maria, con C.C: # 0940674930, autora del trabajo de titulación: **Incidencia de parto prematuro en mujeres atendidas en el area de ginecología del Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, año 2021**, previo a la obtención del título de **licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 30 de agosto del 2021

f.           *Betty Caicedo*          

**Caicedo Quintero, Betty Maria**  
**CC: 0940674930**



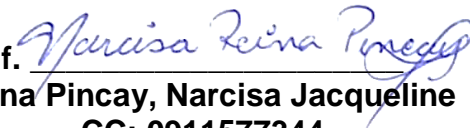
## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Reina Pincay Narcisa Jacqueline , con C.C: # 0911577344, autora del trabajo de titulación: **Incidencia de parto prematuro en mujeres atendidas en el area de ginecología del Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, año 2021**, previo a la obtención del título de **licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 30 de agosto del 2021

f.   
Reina Pincay, Narcisa Jacqueline  
CC: 0911577344



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Incidencia de parto prematuro en mujeres atendidas en el área de ginecología del Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, año 2021.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Caicedo Quintero, Betty Maria Reina Pincay, Narcisa Jacqueline		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Lcda. Muñoz Aucapiña, Mirian Jacqueline, Mgs.		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Ciencias médicas		
<b>CARRERA:</b>	Enfermería		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Licenciada en Enfermería		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	30 de agosto del 2021	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	54
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Salud de la mujer y materno-infantil		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Incidencia, parto, prematuridad, mujer gestante		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p>Parto prematuro es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el nacimiento que ocurre antes de completarse las 37 semanas o antes de 259 días de gestación, desde el primer día del último periodo menstrual. El trabajo realizado tuvo como objetivo determinar la Incidencia de parto prematuro en mujeres atendidas en el área de ginecología del Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, año 2021. Diseño: enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, prospectivo, transversal. Técnica: Observación indirecta. Instrumento: Guía de observación indirecta. Población: 278 historias clínicas de mujeres con parto prematuro y 72 historias clínicas de recién nacidos prematuros. Resultados: 15 a 28 años 23%, mestiza 47%, primaria 45%, solteras 47%, estilo de vida 69% no tuvo ningún mal hábito, entre los trastornos hipertensivos la hipertensión estuvo con mayor incidencia en las mujeres con parto pretérmino con el 65% seguido por la preeclampsia con el 32%.y la EG 45% de 32 a 33 semanas, control prenatal completo 58%, en los factores obstétricos, infección de vías urinarias 100%, 77% anemia, ruptura prematura de membranas 46%, diabetes gestacional 60%, entre las complicaciones neonatales, respiratorias 89%, neurológicas 78%, oftalmológicas 81%, cardiovasculares 72%, gastrointestinales 100%, inmunológicas 97%, metabólicos 94%. Conclusiones: son necesarias recomendaciones específicas para madres y así prevenir un parto prematuro que conlleve morbilidad y mortalidad tanto en la madre como al recién nacido.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-997678672 +593-994515547	<b>E-mail:</b> amoresilove23@hotmail.com njreinapincay2013@hotmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):::</b>	<b>Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, MGs</b>		
	<b>Teléfono: +593-4- 0993142597</b>		
	<b>E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec</b>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			