



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

“FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA, TULCÁN 2018.”

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada
en Enfermería.

AUTORA: Gabriela Jomayra Alba Alba

DIRECTORA: MSc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa

IBARRA - ECUADOR

2019

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA, TULCÁN 2018”, de autoría de Gabriela Jomayra Alba Alba, para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 8 días del mes de Julio de 2019

Lo certifico

(Firma) 

MSc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa

C.C.: 1002120432

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:


DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1004160378		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Alba Alba Gabriela Jomayra		
DIRECCIÓN:	San Pablo		
EMAIL:	gabrielajomayra@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	062918-826	TELÉFONO MÓVIL:	0992365424
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA, TULCÁN 2018”		
AUTOR (ES):	Alba Alba Gabriela Jomayra		
FECHA:	2019-07-08		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería		
ASESOR /DIRECTOR:	MSc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa		

2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 08 días del mes de julio de 2019

LA AUTORA

(Firma).....
Alba Alba Gabriela Jomayra
C.I: 1004160378

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN
Fecha: Ibarra, 08 de julio de 2019

Alba Alba Gabriela Jomayra, "FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA TULCÁN 2018" / Trabajo de grado. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte, Ibarra.

DIRECTORA: MSc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa

El principal objetivo de la presente investigación fue, determinar los factores de riesgo y complicaciones de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Luis Gabriel Dávila, Tulcán 2018. Entre los objetivos específicos se encuentran: Describir las características sociodemográficas de la población en estudio, establecer los factores de riesgo de madres gestantes que terminaron en un parto pretérmino, definir las complicaciones que se presentan los recién nacidos productos de un parto pretérmino, exponer los resultados en el hospital a través de un poster científico.

Fecha: Ibarra, 08 de julio de 2019



MSc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa

Directora



Gabriela Jomayra Alba Alba

Autora

DEDICATORIA

Este trabajo quiero dedicar en primer lugar a Dios por darme la oportunidad de vivir y brindarme la sabiduría necesaria para culminar una etapa más en mi vida, a mis padres Rosario y Eladio quien con su apoyo y cariño incondicional siempre me supieron sacar adelante, dándome el mejor ejemplo de perseverancia y entrega, a todos mis hermanos/as quienes confiaron en mí y me apoyaron en los momentos más difíciles de mi carrera, y por ultimo a todos mis sobrinos/as quienes con su sonrisa y cariño me sanaban todas las heridas en los momentos más turbulentos de mi vida.

Las palabras no son lo suficiente para agradecerles por todo el apoyo que supieron brindar y gracias a ello pude culminar una etapa más en mi vida, esta meta alcanzada se los debo a ustedes familia.

Gabriela Jomayra Alba Alba

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Técnica del Norte y la Facultad Ciencias de la Salud quienes me permitieron formarme dentro de sus aulas, adquiriendo los conocimientos y sabidurías necesarias para afrontarme a la vida profesional.

Al Hospital Luis Gabriel Dávila por abrirme las puertas en tan prestigiosa institución, y darme la oportunidad de aprender de profesionales humanísticos, quienes con su compañerismo brindan cuidados de calidad y calidez a toda la población.

A mi tutora de tesis quien, con sus conocimientos y la paciencia, supo guiar este trabajo de investigación para alcanzar tan deseada meta.

Gabriela Jomayra Alba Alba

INDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
INDICE GENERAL.....	viii
INDICE DE GRÁFICOS	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
TEMA:	xiv
CAPÍTULO I.....	1
1. El Problema de la Investigación	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del Problema.....	3
1.3. Justificación	4
1.4. Objetivos.....	6
1.4.1. Objetivo General.....	6
1.4.2. Objetivos Específicos.....	6
1.5. Preguntas de Investigación	7
CAPÍTULO II	9
2. Marco Teórico	9
2.1. Marco Referencial	9
2.1.1. Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino: un estudio multicéntrico. Trujillo metropolitano, 2011 – 2013.....	9
2.1.2. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. Cuba 2015.	9
2.1.3. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Chile 2013	10

2.1.4. Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital. Perú 2016...	11
2.1.5. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. México 2014.....	11
2.2. Marco Contextual	12
2.2.1. Situación Geográfica.....	12
2.2.2. Misión y Visión del Hospital Luis Gabriel Dávila.	12
2.2.3. Reseña Histórica del Hospital Luis Gabriel Dávila	13
2.3. Marco Conceptual.....	15
2.3.1. Parto Pretérmino	15
2.3.2. Etiología.....	16
2.3.3. Fisiopatología.....	16
2.3.4. Tipos de parto pretérmino.....	17
2.3.5. Signos y Síntomas.....	17
2.3.6. Factores de Riesgo	18
2.3.7. Diagnostico	20
2.3.8. Evaluación clínica y obstétrica	21
2.3.9. Tratamiento	22
2.3.10. Acciones a desarrollar.....	23
2.3.11. Complicaciones de parto prematuro	25
2.3.12. Intervenciones de Enfermería	28
2.3.13. Intervenciones de Enfermería en neonatos pretérmino.....	29
2.3.14. Teorías relacionadas.....	32
2.4. Marco Legal.....	33
2.4.1. Constitución de la República del Ecuador Salud.....	33
2.4.2. Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida.....	34
2.5. Marco Ético	37
2.5.1. Los Derechos y Obligaciones del paciente	37
2.5.2. Código deontológico del Consejo Internacional de Enfermera.	38
CAPÍTULO III.....	41
3. Metodología de la Investigación	41
3.1. Diseño de la investigación	41
3.2. Tipo de investigación.....	41

3.4. Población	42
3.4.1. Universo	42
3.4.2. Muestra	42
3.4.3. Criterios de Inclusión	42
3.4.4. Criterios de Exclusión	43
3.5. Operacionalización de variables	44
3.6. Método de recolección de información	50
3.7. Análisis de Datos	50
CAPÍTULO IV	51
4.1. Resultados y discusión	51
CAPÍTULO V	59
5. Conclusiones y Recomendaciones	59
5.1. Conclusiones	59
5.2. Recomendaciones	60
Bibliografía	61
ANEXOS	65
Anexo 1. Oficio para la obtención de datos	65
Anexo 2. Autorización para la realización de la investigación	66
Anexo 3. Matriz de Chequeo	67
Anexo 4. Fotografías	70

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución porcentual de las Características sociodemográficas de las mujeres con parto pretérmino	51
Gráfico 2. Distribución porcentual del número de controles prenatales en mujeres con parto pretérmino.	53
Gráfico 3. Distribución porcentual del número de hijos en mujeres con parto pretérmino	54
Gráfico 4. Distribución Porcentual de la Población según factores obstétricos.	55
Gráfico 5. Distribución Porcentual de la Población según antecedentes ginecológicos	56
Gráfico 6. Distribución porcentual de la población según enfermedades desarrolladas en el embarazo.....	57
Gráfico 7. Distribución porcentual de las complicaciones en recién nacidos pretérmino.	58

RESUMEN

“FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA, TULCÁN 2018”

Autor: Alba Alba Gabriela Jomayra

Correo: gabrielajomayra@hotmail.com

El parto pretérmino se le define como aquel nacimiento que sucede después de la semana 20 y antes de la 37, aproximadamente uno de cada diez nacidos son pretérmino, siendo una de las principales razones por la cual los neonatos pretérmino nacen con varias complicaciones o mueren. El objetivo de esta investigación es determinar los factores de riesgo y las complicaciones de parto pretérmino. El diseño metodológico fue descriptivo, retrospectivo – transversal con enfoque cuantitativo no experimental, la muestra fue de 142 mujeres que presentaron parto pretérmino en el año 2018, se estudiaron varias variables como: características sociodemográficas, antecedentes ginecológicos, factores obstétricos, complicaciones entre otros, utilizando como fuente un formulario de recolección de datos, en la cual se utilizaron datos de las historias clínicas. Los datos obtenidos fueron tabulados en el programa IBM SPSS 25, como resultados se concluye que entre los principales factores de riesgo para desencadenar un parto pretérmino se encuentran las mujeres entre las edades de 20 a 34 años 52,2%, mismas con un nivel de estudio secundario incompleto dedicadas a las tareas del hogar, seguida del aborto previo con un 23,2% , la preeclampsia con un 31,7% que se presentó durante el embarazo y finalmente la ruptura prematura de membranas 45,8% y las infecciones vaginales 36,6% como principales factores asociados al parto pretérmino y con un 50,7% el Distres respiratorio como una de las complicaciones más frecuentes de un recién nacido pretérmino.

Palabras claves: Complicaciones, Factores de riesgo, Parto Pretérmino.

ABSTRACT

"RISK FACTORS AND COMPLICATIONS OF PRETERM BIRTH IN GESTANTS ATTENDED AT LUIS GABRIEL DÁVILA HOSPITAL, TULCÁN 2018"

Author: Alba Alba Gabriela Jomayra

Email: gabrielajomayra@hotmail.com

Preterm delivery can be defined as that birth that occurs after week 20 and before 37, approximately one in every ten born preterm, being one of the main reasons why preterm infants are born with several complications or die. The objective of this research is to determine the risk factors and complications of preterm delivery. The methodological design was descriptive, retrospective - transversal with non - experimental quantitative approach, the sample was of 142 women who presented preterm delivery in 2018, several variables were studied such as: sociodemographic characteristics, gynecological antecedents, obstetric factors, complications among others, using as a source of collection an observation guide, in which data from the medical records were used. The data obtained were tabulated in the program IBM SPSS 25, as results conclude that among the main risk factors to trigger a preterm delivery are women between the ages of 20 to 34 years 52.2%, same with a level of secondary incomplete study dedicated to housework, followed by previous abortion with 23.2%, preeclampsia with 31.7% that occurred during pregnancy and finally premature rupture of membranes 45.8% and vaginal infections 36.6% as main factors associated with preterm delivery and with 50, 7% respiratory Distres as one of the most frequent complications of a preterm newborn

Key words: Complications, Risk Factors, Preterm Labor.

TEMA:

“FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA, TULCÁN 2018.”

CAPÍTULO I

1. El Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del Problema

Según la OMS menciona que en el 2005 se registraron 12,9 millones de partos prematuros a nivel mundial y que en el año 2016 nacieron 15 millones de bebés antes de llegar a término aproximadamente un 40% antes de las 34 semanas y el 20% antes de las 32 semanas. Dado que un 60% de los nacimientos prematuros corresponde a los países en vías de desarrollo en donde la mortalidad neonatal se presenta con mayor frecuencia en zonas rurales y más pobres (1).

La tasa de mortalidad está relacionada a factores de riesgos asociados a parto pre término como los factores sociales, factores demográficos, antecedentes obstétricos, patologías asociadas al embarazo y hábitos nocivos, los mismos que si no son detectados y tratados a tiempo al momento del parto existirá una gran cantidad de complicaciones principalmente en el recién nacido como son patologías respiratorias, neurológicas, cardiovasculares, gastrointestinales, inmunológicos, incluso la muerte del neonato (2).

En Ecuador la incidencia de parto prematuro ha ido aumentando de forma sostenida en los últimos 10 años ya sea por las condiciones socioculturales en que viva la madre, el tipo de alimentación que tenga, o por la falta de educación en cuanto se refiere a los cuidados prenatales, de esta manera aqueja un gran problema para los distintos servicios de salud, ya que dichos factores de riesgo conllevan a un parto prematuro y por ende a una serie de complicaciones para el binomio madre e hijo (3).

En la ciudad de Tulcán se ha podido evidenciar una gran incidencia en cuanto se refiere a partos prematuros ya sea por un control prenatal inadecuado o por patologías que se

presentan durante el embarazo o al momento del parto o talvez porque no tienen el acceso a un centro de salud, poniendo así en riesgo el bienestar materno fetal.

Cabe mencionar que en el servicio de Gineco- obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila durante los últimos años ha existido un gran número de partos prematuros (4), por esta razón es fundamental que el profesional de la salud tenga conocimiento sobre la alta demanda de partos pretérmino que se da en dicha institución hospitalaria, principalmente en los factores de riesgo que conlleva a este problema así como sus complicaciones, para poder intervenir de una forma temprana en dicho problema y así aminorar la prematuridad en el recién nacido así como sus complicaciones. .

Por otra parte, es de suma importancia que el profesional de enfermería conozca sobre los cuidados en mujeres con parto prematuro, al igual que en los recién nacidos pretérmino, ya que contribuirá a un cuidado enfermero con calidad y calidez, ayudando a mejorar el problema de salud que aqueja al binomio madre/hijo.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores de riesgo y complicaciones de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Luis Gabriel Dávila, Tulcán 2018?

1.3. Justificación

El parto pre término es un desafío para la salud pública debido a la mortalidad y morbilidad neonatal, convirtiéndose en una preocupación para los servicios de salud, pero principalmente para las familias por las secuelas que dejan a futuro.

La iniciativa de este proyecto de investigación radica en que los últimos años se ha observado una tendencia ascendente de la incidencia de parto pretérmino, es decir que cada año nacen en el mundo aproximadamente 15 millones de bebés antes de llegar a término. Principalmente en zonas rurales y pobres debido al poco acceso de información y a veces a la inaccesibilidad a los servicios de salud.

Cabe mencionar que el número de sobrevivientes presentan múltiples secuelas ya sea en la niñez, en la adolescencia inclusive en la edad adulta, ya que las consecuencias pueden presentarse de distintas maneras como son las discapacidades neurológicas y limitaciones físicas lo cual influye en su adaptación social.

El servicio de Gineco- obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila diariamente atiende a una gran cantidad de mujeres gestantes con este problema, es por esta razón que se realizará esta investigación con la finalidad de identificar los principales factores de riesgo que pueden desencadenar un parto pre término, así como las consecuencias que puede conllevar este problema.

De esta manera se podrá contribuir a la disminución de morbimortalidad materno/neonatal, así como la reducción del presupuesto que brinda el sistema de salud a los neonatos pretérmino ingresados en las diferentes casas de salud, y los profesionales de la salud podrán realizar nuevas estrategias para disminuir los factores de riesgo que desencadenan un parto pretérmino, así como sus complicaciones.

Las beneficiarias de este estudio serán todas las mujeres embarazadas, ya que el personal de salud de dicha institución mencionada anteriormente, al conocer los principales factores de riesgo que conllevan a un parto pretérmino y sus

complicaciones, se enfocaran principalmente en la enseñanza de los cuidados prenatales que debe tener una mujer gestante, así como la importancia del mismo, con la finalidad de disminuir la incidencia de partos pretérmino.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar los factores de riesgo y complicaciones de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Luis Gabriel Dávila, Tulcán 2018.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Describir las características socio demográficas de la población en estudio.
- Establecer los factores de riesgo de madres gestantes que terminaron en un parto pretérmino.
- Definir las complicaciones que se presentan los recién nacidos productos de un parto pretérmino.
- Exponer los resultados en el hospital a través de un poster científico.

1.5. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo que conlleva a un parto pretérmino?
- ¿Cuáles son las complicaciones que se presentan los recién nacidos productos de un parto pretérmino?
- ¿Cuáles fueron los resultados del estudio realizado?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

2.1.1. Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino: un estudio multicéntrico. Trujillo metropolitano, 2011 – 2013.

De tipo retrospectivo transversal realizado en la ciudad de Trujillo en el año 2014 por Rodríguez David, Morales Víctor, Escudero Randy y Arévalo Danitza, dicho estudio tiene como objetivo principal conocer los factores de riesgo que se asocian a un parto pre término. Para la realización de esta investigación se utilizó las diferentes historias clínicas y carnés perinatales de las mujeres gestantes cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo y del Hospital Belén de Trujillo obteniendo como resultados que el inadecuado control prenatal, desprendimiento prematuro de placenta, vaginosis bacteriana y las infecciones de vías urinarias son aquellos factores de riesgo que se asocian a un parto pre término.

De acuerdo a los resultados obtenidos los investigadores llegaron a la conclusión que dichos factores de riesgo mencionados anteriormente son los principales causantes del alto índice de parto pre término que se da en las mujeres gestantes que se hicieron atender en dichos hospitales (5).

2.1.2. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. Cuba 2015.

De tipo analítico realizado en la ciudad de Ciego de Ávila en el año 2015 por Silvia Retureta, María Rojas y Martha Retureta, dicha investigación fue realizada con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados al parto prematuro. Para el desarrollo de esta investigación se utilizó un grupo de mujeres gestantes cuyo parto se

produjo entre 22 y 36, 6 semanas de gestación, cabe mencionar que para la recolección de ciertas variables como son la edad materna, antecedentes de aborto, embarazo múltiple, afecciones del útero la fuente de información fueron las historias clínicas y carnets obstétricos de las pacientes que fueron atendidas en el Hospital Universitario Dr. Antonio Lauce.

Después de la recolección de la información necesaria se obtuvo como resultados que los factores más relacionados con el parto prematuro fueron los abortos de embarazos anteriores, ganancias de peso bajo o alta durante el embarazo, hábito de fumar, infecciones vaginales y urinarias, embarazo múltiple y afecciones del útero, llegando a la conclusión de que los principales factores de riesgo que provocan un alto índice de prematuridad son los embarazos múltiples y abortos anteriores (6).

2.1.3. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Chile 2013

Realizado en la Ciudad de Santiago en el año 2013 de tipo retrospectivo, la información fue recolectada de los registros diarios, historias clínicas de los servicios de ginecología y obstetricia del Hospital San Borja Arriaran, el objetivo principal de esta investigación fue determinar los factores asociados con los nacimientos prematuros utilizando datos clínicos maternos, resultados de laboratorio y hallazgos placentarios patológicos.

En dicha investigación se analizaron los antecedentes clínicos y de laboratorio maternos con hallazgos histopatológicos placentarios en partos prematuros espontáneos e indicados médicamente, en relación con la edad gestacional al parto y con la edad materna, obteniendo como resultados que los factores asociados con el parto prematuro fueron infección bacteriana ascendente, infecciones vaginales, hipertensión arterial (preeclampsia), mujeres que tienen una edad mayor de 35 años.

Teniendo como conclusión que el factor más asociado a los partos prematuros espontáneos es la infección bacteriana ascendente, mientras que la preeclampsia es el factor asociado a partos prematuros médicamente indicado (7).

2.1.4. Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital. Perú 2016.

Revista Latino Americana de Enfermagem, tipo de estudio retrospectivo caso control realizado en Lima- Perú en el año 2016 cuyos autores fueron Ahumada Margarita y Alvarado German, dicha investigación tiene como objetivo determinar los factores de riesgo del parto pre término. Para el desarrollo de este estudio se utilizaron 600 historias clínicas de las mujeres gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio con 298 gestantes en el grupo de los casos (que tuvieron un recién nacido con parto pretérmino < 37 semanas) y en los controles 302 gestantes que tuvieron un recién nacido sin parto pre término.

Obteniendo como resultados que los factores de riesgo relacionados con el parto pretérmino fueron el embarazo gemelar actual, control prenatal insuficiente, control prenatal nulo, antecedente de parto pretérmino y preeclampsia, llegando a la conclusión de que los factores de riesgo para presentar prematuridad son el no tener ningún control prenatal, tener un control prenatal insuficiente, la preeclampsia y el antecedente de parto prematuro (8).

2.1.5. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. México 2014.

Investigación realizada en México 2014, de tipo retrospectivo caso control, cuyos autores fueron Juvenal Guillen, Genaro Malagón, Jorge Tlapanco y Alfredo Malagón, teniendo como principal objetivo determinar los factores de riesgo maternos asociados al parto pre término en el Hospital Regional de México. Se realizó un estudio de casos y controles de Septiembre 2011 a Junio 2012, con 138 gestantes en el grupo de casos y 138 gestantes en el grupo de controles, para el análisis estadístico se utilizó X2 student y razón de momios.

Los principales resultados que se obtuvieron como factores de riesgo asociados a parto pre término fueron el peso y la talla materna, ruptura de membranas, la cervicovaginitis, infección de vías urinarias y la anemia. Luego de haber analizado los resultados los autores llegaron a la conclusión de que con excepción del síndrome de

preeclampsia, eclampsia la incidencia de parto pre término así como sus factores asociados fueron similares encontrados en la literatura (9)

2.2. Marco Contextual

2.2.1. Situación Geográfica

El presente estudio se realizará en El Hospital General Provincial "Luis G. Dávila" que se encuentra ubicado en la provincia del Carchi al Nororiente de la ciudad de Tulcán, en la Avenida San Francisco entre Gustavo Becker y García Lorca (10).

2.2.2. Misión y Visión del Hospital Luis Gabriel Dávila.

Misión

“Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social”.

Visión

“Ser reconocido por la ciudadanía como un hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.”

Valores

Respeto, Inclusión, Vocación de servicio, Compromiso, Integridad, Justicia y Lealtad.

2.2.3. Reseña Histórica del Hospital Luis Gabriel Dávila

La iniciación del Hospital Luis Gabriel Dávila se remonta en el año 1923 cuando el Municipio de la ciudad decide construir un hospital para acoger y curar a las personas más necesitadas de la ciudad, pidiendo la ayuda de las Hermanas de la Caridad de la ciudad de Ibarra quienes atendieron a la población con primeros auxilios y utilizando los pocos medicamentos que disponían. Luego de nueve meses de esta precaria situación, el Gobernador de la Provincia facilita la entrega de materiales para una mejor atención a la población.

En estas circunstancias el Dr. Luis Gabriel Dávila reconocido médico carchense, formado profesionalmente en Europa, encontrándose en la ciudad, colabora de manera decidida en la formación de una nueva casa de salud, principalmente en la prestación de sus propios servicios de manera desinteresada para la atención de los ciudadanos de la comunidad (11).

Durante estos años, el Hospital funciona en un moderno edificio construido con el apoyo del Gobierno Nacional con una inversión de 14 millones en equipamiento y 24 millones en infraestructura, cuenta con 18.000 metros cuadrados de construcción en donde se aloja una capacidad efectiva de atención de 166 camas, además su planta de servidores públicos y trabajadores están en 398 personas, a su actividad asistencial se complementa la docencia y las prácticas pre profesionales de distintas universidades (4).

2.2.4. Servicios y espacios del Hospital Luis Gabriel Dávila

El Hospital Luis Gabriel Dávila cuenta con los siguientes servicios: Central de Esterilización, Imagenología, Nutrición, Rehabilitación Física, Farmacia, Morgue, Casa de Maquinas, Área Administrativa.

Consulta externa: brindan servicios de atención a todos los usuarios en distintas especialidades como son: Pediatría, Neonatología, Ginecología, Obstetricia, Medicina

Interna, Cirugía, Traumatología, Cirugía Maxilofacial, oftalmología, Audiología, Psiquiatría.

Ginecología: brinda cuidados de calidad y calidez a todas las mujeres que presenten alguna patología en sus diferentes etapas de la vida. Dicho servicio está dividido por salas: clínica –cirugía cada una de ellas con 28 camas disponibles, las mismas que están divididas para mujeres adolescentes, madres con su bebe en neonatología, madres de puerperio inmediato, mediato, tardío, mujeres con amenaza de aborto, parto pretérmino, mujeres preeclámpticas-eclámpticas, e aislamiento.

Además, se cuenta con un servicio de alojamiento conjunto, en donde se encuentran todos los recién nacidos sin alguna complicación previa, aquí en este servicio se les realiza la valoración adecuada para poder ser dados de alta junto a su madre de lo contrario serán transferidos al servicio de neonatología para su debida atención.

Centro Obstétrico: brinda cuidados a todas las mujeres que se encuentren en labor de parto o que hayan presentado alguna complicación durante el embarazo, o algún problema ginecobstetricia que necesite intervención quirúrgica, este servicio esta está dividido por salas, la sala de labor de parto en donde se encuentran las mujeres que están con labor inicial de parto, o que están en espera de una intervención quirúrgica como legrados, histerectomías, abortos, etc.

La sala de quirófano en donde se realizan varias intervenciones quirúrgicas por ejemplo madres que no pueden dar a luz normalmente, histerectomías, extracción de miomas, etc. También existe la sala de recuperación en donde pasan todas pacientes que hayan tenido algún procedimiento, aquí normalmente se las tiene por dos o tres horas de acuerdo a la evolución de la paciente, luego son trasladadas al servicio de ginecología para poder ser dadas de altas.

Medicina Interna: atiende a pacientes con diferentes patologías, las misma que el personal de salud las divide por secciones, es decir pacientes con infecciones respiratorias, enfermedades digestivas o cardiacas entre otras, pacientes que necesiten

aislamiento, cabe mencionar que las enfermedades más frecuentes son diabetes mellitus, hipertensión arterial, neumonías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Cirugía: brinda cuidados de calidad y calidez a toda la población en general que tenga algún problema de salud quirúrgico durante el transcurso de su vida, la misma que necesite ser tratada por un profesional de la salud.

Emergencia: tiene como objetivo principal atender a todo tipo de pacientes que esté en riesgo su vida ya sean patologías ginecológicas, obstetras, pediátricas, quirúrgicas, o alguna enfermedad que represente un peligro para el paciente.

Pediatría: es un servicio que brinda cuidados de calidad y calidez a todos los niños que presentan alguna complicación durante el transcurso de su desarrollo ya sea físico como psicomotor.

Neonatología: brinda atención a recién nacidos patológicos hasta los 28 días de nacido y normales durante la permanencia de la madre en el hospital y de madres que no fueron atendidas el parto en la institución.

2.3. Marco Conceptual

La Organización Mundial de la Salud define al Embarazo como los nueve meses en los cuales el nuevo ser o feto se desarrolla en el útero de la gestante, sin embargo, durante el embarazo, tanto la gestante como el nuevo ser se enfrentan a diversos riesgos sanitarios, entre ellos amenaza de parto pre término, y por ende el parto pre término.

2.3.1. Parto Pretérmino

Según la OMS, el Parto Pre término es el que ocurre después de la semana 20 y antes de las 37 semanas completas, independientemente del peso al nacer. El Parto Pretérmino es una de las principales causas de morbilidad neonatal y es

responsable de un alto porcentaje de escuelas infantiles, sobre todo en edades de gestación muy precoces.

2.3.2. Etiología

Existe un gran número de causas de parto pretérmino, los mismos que pueden clasificarse como:

- Iatrogénicos o indicados debido a una complicación materna o fetal importante durante el embarazo
- Espontáneos, debidos a un parto prematuro
- Resultado de una rotura prematura de membranas.

Aproximadamente el 40%-50% de los nacimientos pretérmino son idiopáticos o espontáneos. Cerca del 30% se relacionan con rotura prematura precoz de membranas y un 25%-30% son atribuibles a indicaciones médicas por causa materna o fetal (12).

2.3.3. Fisiopatología

Los mecanismos fisiopatológicos que desencadenan el parto pretérmino son complejos y multifactoriales, debido a esta complejidad, no se ha podido dar una adecuada intervención que sea efectiva para tratar los partos prematuros.

El parto prematuro ocurre posiblemente como resultado de la activación concomitante de una cascada de los siguientes eventos.

- Disminución de los niveles funcionales de progesterona
- Elevación de la hormona liberadora de corticotropina
- Activación decidual prematura
- Aumento de la producción de prostaglandinas
- Liberación de la oxitocina
- Aumento de la producción de citosinas (12).

2.3.4. Tipos de parto pretérmino

Según el peso al nacer

- Recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento: menor a 1.500 g.
- Recién nacidos de extremo bajo peso de nacimiento o prematuros extremos: menor a 1.000 g o menores de 28 semanas.
- Recién nacidos micronatos o neonatos fetales: peso entre 500 g y 750 g (13).

Semanas de gestación:

- 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 (13)

2.3.5. Signos y Síntomas

La sintomatología de la amenaza de parto pre término suele ser imprecisa, aunque en ocasiones la gestante refiere molestias abdominales de tipo menstrual, dolor lumbar continuo, contracciones uterinas hemorragia escasa.

Los signos y síntomas más comunes que se presentan son:

- Sangrado y/o cólicos en el abdomen.
- Contracciones con lumbago o presión en la ingle o los muslos
- Líquido que se filtra desde la vagina en gotas o en chorro.
- Sangrado vaginal rojo y brillante
- Una secreción espesa y mucosa con sangre proveniente de la vagina
- Ruptura de membranas
- Sensación de presión pélvica (sensación de que el niño empuja hacia abajo o de pesadez)

- Dolor de espalda o en las caderas
- Molestias similares a las de la menstruación (12).

2.3.6. Factores de Riesgo

Existen factores de riesgo que predisponen a parto pre término:

Factores Sociodemográficos:

- **Edad Materna:** Debemos de tener en cuenta que en los extremos de la vida reproductiva el proceso tanto del embarazo como el parto son causales de patologías perinatales, por esta razón es un factor preocupante para el ámbito de la salud.
- **Estado civil:** El estado civil de la mujer gestante tiene una relación con el parto pretérmino ya que, si una mujer embarazada se encuentra sola, muchas veces no tiene la misma sustentabilidad que una casada, al igual que el apoyo emocional y psicológico no es el mismo.
- **Nivel de instrucción:** El bajo nivel cultural está asociado a parto pretérmino, ya que si una mujer gestante que no ha cursado ningún estudio no tendrá el suficiente conocimiento de los cuidados prenatales que debe tener, para evitar cualquier complicación en el transcurso del embarazo.
- **Residencia Habitual:** dicho factor está relacionado con el gran porcentaje de parto pretérmino, esto se debe a que una mujer que reside en un área rural no tiene las mismas posibilidades que una madre que vive en un área urbana, ya que muchas de las veces no tienen el acceso a un centro de salud o no tienen un transporte para dirigirse al mismo.

Factores Obstétricos:

- **Control Prenatal:** El control prenatal tiene una estrecha relación con los partos prematuros. Las mujeres gestantes sin control prenatal o con control insuficiente tienen más probabilidades de que su niño nazca prematuro que aquellos con control eficiente.
- **Número de Paridad:** Se refiere al número de partos que una mujer ha tenido ya sea por vía vaginal o cesárea y que pesaron 500 gramos o más, o que poseen más de 20 semanas de edad gestacional.
- **Embarazo múltiple:** Es uno de los factores que tiene un alto riesgo de prematuridad, ya que la mayor parte de los embarazos múltiples culminan su embarazo antes de llegar a las 37 semanas.
- **Ruptura Prematura de Membranas:** Constituye uno de los factores más asociados al parto pretérmino, así como sus complicaciones, sobre todo cuando hay complicaciones infecciosas que desencadenan amnionitis, dicha patología en más del 90% de los casos desencadena un parto espontáneo dentro de las primeras 24 horas.
- **Infección del Tracto Urinario:** Dicho factor está relacionado a un riesgo de tener un parto prematuro, contracciones prematuras, restricción en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y en algunos casos la muerte fetal, cabe mencionar que es una de las patologías más frecuentes en el embarazo.

Factores Patológicos:

- **Preeclampsia:** presión arterial que supera los 140/90 mm/hg, suele aparecer antes de la semana 20 acompañada de proteinuria mayor de 300mg/1/24h o mayor de 30mg/dl en muestra aislada, asociado con edemas en las extremidades, dolor de cabeza, cambios en la visión, dificultad respiratoria, etc. (14)

- **Eclampsia:** Es una crisis epiléptica generalizadas en una paciente con preeclampsia que ocasionan un riesgo vital que puede aparecer antes, durante o después del parto.
- **Diabetes:** La diabetes gestacional se define como el déficit en la respuesta pancreática, incapaz de compensar la resistencia fisiológica a la insulina durante el embarazo, el cual se diagnostica por primera vez durante la gestación actual. (15)
- **Anemia:** En la gestación hay un aumento de las necesidades de hierro, y se produce un incremento del volumen plasmático, ocasionando la denominada “hemodilución fisiológica del embarazo” que origina una disminución fisiológica de los niveles del hematocrito y de la hemoglobina. La Organización Mundial de la Salud establece como criterio diagnóstico de anemia en el embarazo niveles de hemoglobina inferiores a 11 g/dl. Para el Centers for Disease Control, se define la anemia en la gestante con cifras < 11 g/dl en el primer y tercer trimestre, y < 10,5 g/dl en el segundo trimestre. (16)

Factores Nocivos:

- El consumo de tabaco, drogas o alcohol durante el embarazo puede ser muy peligroso para el feto ya que son sustancias tóxicas que pueden influir directamente sobre el feto provocando varias complicaciones, por lo cual se recomienda no utilizar ninguna de estas sustancias durante el embarazo y la lactancia.

2.3.7. Diagnóstico

En primer lugar, se deberá realizar una adecuada anamnesis en el examen clínico-obstétrico y en el examen vaginal, luego se evaluarán los antecedentes de prematuridad, la confiabilidad de la fecha de la última menstruación y la edad gestacional. Además,

se debe tener en cuenta la sintomatología, por ejemplo, las pérdidas de líquido amniótico o hemáticas, disuria, polaquiuria, fiebre, escalofríos, dolor abdominal.

El diagnóstico clínico se basa en las siguientes condiciones:

- **Presencia de contracciones uterinas:** Con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 25-30 segundos de duración palpatoria Que se mantengan durante un período de 60 minutos.
- **Modificaciones cervicales:** Borramiento del cuello uterino del 50% o menor. Dilatación cervical igual o menor a 3 cm (17).

2.3.8. Evaluación clínica y obstétrica

- **Examen clínico general:** TA, temperatura, frecuencia cardíaca, Estado general y nutricional, signos y síntomas asociados (disuria, polaquiuria, etc.).
- **Examen obstétrico:** tono uterino, contractilidad, presentación fetal, auscultación fetal.
- **Examen genital completo:** especuloscopia para visualizar cuello y observar la presencia o no de líquido amniótico a fin de descartar rotura prematura de membranas (RPM). Eventualmente, evaluación ecográfica del volumen de líquido amniótico.

Se ubicará a la paciente en reposo, preferentemente en decúbito lateral en ambiente aislado y tranquilo.

2.3.8.1. *Controles materno-fetales durante el tratamiento de ataque*

- Tensión Arterial horario.
- Temperatura axilar horaria.
- Contractilidad y tono uterinos horarios.

- Frecuencia cardíaca materna cada 20 minutos.
- Frecuencia cardíaca fetal cada 20 minutos.
- Constatar posibles pérdidas por genitales externos: sangre, líquido amniótico.
- Control estricto del ingreso hídrico y fluidos endovenosos administrados, prevenir sobrecargas.
- Pruebas de laboratorio: hemograma, glucemia, sedimento urinario, toma de material para urocultivo.
- Ecografía obstétrica: edad gestacional, volumen de LA, ubicación fetal, movimientos corporales y respiratorios, ubicación y grado de madurez placentaria.
- Monitoreo fetal electrónico (17).

2.3.9. Tratamiento

2.3.9.1. Tocolisis:

Uno de los tratamientos del parto pre término es los bloqueadores de calcio sobre los resultados maternos, fetales se los administra como tratamiento Tocolítico durante el trabajo de parto pre término, entre ellos tenemos al nifedipino y nicardipina.

Nifedipino puede ser usada por vía oral o sublingual, detectándose niveles en sangre a los 5 minutos de su administración sublingual, Cruza rápidamente la barrera hemato placentaria igualando las concentraciones maternas a nivel fetal. Su dosis inicial es de 20 mg, con dosis posteriores de 10 a 20 mg cada 6 a 8 horas por vía oral. Se desaconseja su uso sublingual para el tratamiento del parto de pre término ya que provoca hipotensiones.

2.3.9.2. Mecanismo de acción:

Bloqueante de los canales lentos del calcio, perteneciente al grupo de las dihidropiridinas. Actúa inhibiendo preferentemente el proceso contráctil de la

musculatura lisa vascular lo que se traduce en una vasodilatación arteriolar con una reducción de la resistencia periférica.

Sobre la circulación coronaria provoca dilatación generalizada, lo que determina un incremento del flujo sanguíneo y por consiguiente de la oxigenación miocárdica. Sobre el músculo cardíaco su acción es menos notoria.

Los betamiméticos han sido los más empleados en la práctica clínica, pero tienen muchos efectos secundarios. Aunque ellos han demostrado retrasar el parto 24-48 horas, no han demostrado mejorar el resultado neonatal, valorado como muerte perinatal, síndrome de Distres respiratorio, peso al nacer, ductus arterioso patente, enterocolitis necrotizante, hemorragia interventricular, convulsiones, hipoglucemia o sepsis neonatal y tienen gran cantidad de efectos secundarios maternos, incluso mortales (17).

2.3.9.3. Reposo.

Aunque una reducción de la actividad física parezca apropiada para las pacientes con riesgo de parto pre término, la evidencia no muestra estos resultados y al contrario puede tener efectos no deseados como el aumento de los eventos tromboembólicos.

2.3.10. Acciones a desarrollar

Para poder prevenir un parto pretérmino existen muchas acciones en las cuales las mujeres embarazadas, familia y sociedad deben tener muy en cuenta entre ellas los mismos que se explican a continuación:

2.3.10.1. Prevención primaria durante el periodo preconcepcional:

se refiere a todas aquellas acciones que se realicen a fin de eliminar o disminuir factores de riesgo en la población general como, por ejemplo:

- **Estilo de vida y hábitos:** Evitar adicciones, tabaco, alcohol y drogas.
- **Suplementos nutricionales:** la mujer en edad reproductiva debe tener una alimentación equilibrada, la misma que debe estar acompañada por suplementación vitamínica con ácido fólico con la finalidad de reducir cualquier anomalía en el feto.
- **Cuidado odontológico:** durante el embarazo es muy importante que la mujer en gestación se haga una consulta odontológica, ya que el riesgo de parto pretérmino se asocia con enfermedades periodontales.
- **Pesquisa de infecciones urinarias y bacteriuria asintomática:** la mujer embarazada durante su primer control se le debe realizar un urocultivo con la finalidad de detectar y tratar precozmente cualquier tipo de infección, ya que la incidencia de parto prematuro se debe a una infección de tracto urinaria no tratada adecuadamente.

2.3.10.2. Prevención secundaria en mujeres embarazadas:

Son las intervenciones realizadas con el objetivo de eliminar o reducir el riesgo preexistente, o sea, destinado a aquellas mujeres con uno o más factores de riesgo.

- **Estilo de vida y reposo:** todas las mujeres embarazadas que presentan cualquier tipo de riesgo deben evitar jornadas laborales muy prolongadas y aumentar el descanso nocturno.
- **Suplementos nutricionales:** durante el embarazo se recomienda una alimentación completa y balanceada en proteínas, vitaminas y minerales, incluyendo ácidos grasos y Omega 3, ya que varios estudios han podido identificar una gran reducción de partos prematuros con este tipo de alimentación.

- **Ecografía transvaginal:** durante el segundo trimestre de embarazo, la mujer gestante debe realizarse este tipo de examen, ya que le permite detectar el tipo de cuello uterino entre otras cosas.
- **Progesterona:** durante el embarazo, la toma de la progesterona es de suma importancia ya que esta hormona es la clave para el sostén del embarazo por su acción en el miometrio ya que suprime genes contráctiles, promueve la relajación de la fibra miometrial, suprime citoquinas, prostaglandinas y la respuesta a la oxitocina.

2.3.11. Complicaciones de parto prematuro

Nacer prematuro tiene muchas desventajas, incluidos el estrés para los padres y la familia, la hospitalización prolongada y los costos extremadamente elevados. Después de las 30 semanas de gestación, la mayoría de los niños prematuros nacidos en países no industrializados sobreviven sin secuelas neurológicas ni de otro tipo

Luego que haya ocurrido el parto prematuro pueden existir varias complicaciones tanto para el recién nacido como para la madre ya sea desde el punto de vista diagnóstico, como del pronóstico o desde su tratamiento.

- **Patologías Respiratorias:** La función pulmonar del pretérmino puede ocurrir por varios factores como pueden ser 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. (18)

Cabe mencionar que la patología respiratoria es la primera causa de morbimortalidad del recién nacido pretérmino principalmente por el Distres respiratorio seguida de las apneas y la displasia broncopulmonar. Otras patologías posibles son evolutivas como el neumotórax, la hipertensión pulmonar, atelectasia, edema del pulmón, neumonías infecciosas entre otras. (18)

- **Patologías Neurológicas:** La inmadurez es la constante del sistema nervioso central del pretérmino, que afecta a un sistema con escasa capacidad de adaptación postnatal por tener una cronología madurativa relativamente fija, por lo cual es susceptible a la hipoxia, a los cambios de osmolaridad, hacen que el sangrado a nivel subependimario sea frecuente con la producción de la hemorragia intraventricular y su forma más grave de infarto hemorrágico. (18)

La mayoría de las veces, las hemorragias afectan a los recién nacidos prematuros, a menudo son bilaterales y, en general, afectan la matriz germinal. Aquellos con hemorragias intraventriculares grandes tienen mal pronóstico, en especial si la hemorragia se extiende al parénquima. Muchos lactantes que sobreviven presentan déficits neurológicos residuales. Los recién nacidos pretérmino con antecedentes de hemorragia intraventricular grave están expuestos al riesgo de hidrocefalia pos hemorrágica, y deben ser controlados estrechamente con ecografías craneales y mediciones frecuentes del perímetro cefálico. (19)

- **Hiperbilirrubinemia:** La mayoría de los prematuros presentan ictericia por hiperbilirrubinemia no conjugada durante la primera semana de vida, en los niños a término el nivel de bilirrubina que es potencialmente peligroso es menor que en los prematuros.

A los cinco días de vida se produce un pico de bilirrubina y debe ser controlado estrechamente. La hiperbilirrubinemia conjugada se asocia sobre todo con la nutrición parenteral total, enterocolitis necrosante e infecciones congénitas. (20)

- **Oftalmológicos:** Los vasos sanguíneos retinianos internos comienzan a crecer aproximadamente en la mitad del embarazo, pero la vascularización de la retina no se completa hasta el término. La retinopatía del prematuro se produce cuando estos vasos continúan su crecimiento con un patrón anormal y forman

un relieve de tejido entre la retina central vascularizada y la retina periférica no vascularizada. En la retinopatía del prematuro grave, estos vasos nuevos invaden el vítreo. La evolución varía de visión normal a ceguera. (19)

- **Cardiovasculares:** La persistencia del ductus arterioso es una patología muy frecuente en los pretérmino, esto se debe 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. La intensidad de la repercusión hemodinámica del cortocircuito, hará la indicación terapéutica con indometacina o ibuprofeno endovenoso el cierre quirúrgico si procede. (18)
- **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 gastroesofágico y evacuación lenta. (20)

La prematuridad es el factor de riesgo individual más importante para la presentación de Enterocolitis Necrotizante que afecta principalmente a los recién nacidos pre términos o enfermos, en la cual consiste en la necrosis de la mucosa o capas más profundas del intestino estas pueden ser producto de la ruptura prolongada de membranas, asfixia al nacimiento. (20)

- **Inmunológicos:** La infección en los prematuros es una causa de morbilidad y mortalidad ya que ellos son extremadamente vulnerables ya que presentan una inmunidad celular y humoral disminuida esto se debe a que los anticuerpos IgG se transfieren desde la madre al feto sobre todo durante el tercer trimestre.

Además, porque su piel es fina y fácil de lesionar con los diferentes materiales que se utiliza para la atención del mismo como son electrodos, catéteres y cintas adhesivas que son puertas de entrada y sitio de colonización por microorganismos, esto se debe a que dichos materiales se dejan colocados durante largos periodos y son un foco potencial de infección. Por otra parte, los prematuros pueden adquirir una infección a través de las manos del personal y por equipamiento contaminado. (19)

Los microorganismos más frecuentes son los estreptococos del grupo B y los cocobacilos.

- **Metabolismo:** La termorregulación está afectada por un metabolismo basal bajo con escasa producción de calor, disminución de la reserva grasa corporal, aumento de la superficie cutánea relativa y deficiente control vasomotor que condicionan una alteración de la temperatura por carencia de mecanismos reguladores, con mayor tendencia a la hipotermia que a la hipertermia. (18)

2.3.12. Intervenciones de Enfermería

Dominio	Diagnóstico	Intervenciones
Afrontamiento/ tolerancia al estrés	Ansiedad relacionada con la crisis situacional	Disminución de ansiedad. Mejorar el afrontamiento Apoyo emocional
	Estrés por sobrecarga relacionado con los factores estresante	Fomentar la resiliencia. Aumentar los sistemas de apoyo
Actividad y reposo	Disposición para mejorar el autocuidado	Enseñanza Individual
Confort	Dolor agudo relacionado con los agentes lesivos biológicos	Administración de la medicación Disminución de la ansiedad Manejo del dolor
Rol/relaciones	Interrupción de los procesos familiares relacionada con la crisis situacional	Aumentar sistemas de apoyo Fomentar la presencia familiar
Salud Percibida	Severidad de los síntomas	Conocer la edad fetal. Conocer acerca de la aparición y duración de los síntomas

		<p>Valorar la aparición y duración de las contracciones</p> <p>Avisar al médico</p> <p>Vigilar ingesta y eliminación</p> <p>Enseñar a la paciente y familia los efectos secundarios toco líticos anormales</p>
Salud Percibida	Severidad de los síntomas	<p>Vigilar los signos vitales maternos</p> <p>Observar si hay signos de hipertensión inducida por el embarazo</p> <p>Observar si hay signos de infección del tracto urinario</p> <p>Valorar si hay signos circulatorios</p> <p>Iniciar las intervenciones de la terapia intravenosa según indicaciones médicas</p> <p>Establecer la prioridad de las acciones en función del estado de la paciente</p>

Fuente: Heather, H., & Shigemi, K. (2017). Diagnósticos enfermeros. España: Elsevier. (21).

Autora: Gabriela Alba

2.3.13. Intervenciones de Enfermería en neonatos pretérmino.

2.3.13.1. Diagnósticos de Enfermería

Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con insuficiencia respiratoria e inmadurez pulmonar manifestado por cianosis, taquipnea, periodos de apnea, retracción xifoidea, signos y síntomas de dificultad respiratoria (22).

2.3. 13.1.1. Intervenciones

- Vigilar frecuencia cardíaca
- Observar presencia de apnea
- Monitorización de signos vitales
- Terapia intravenosa
- Oxigenoterapia
- Fisioterapia respiratoria
- Manejo de vías aéreas: aspiración
- Flebotomía: muestra de sangre arterial
- Vigilancia del buen funcionamiento de la ventilación mecánica
- Monitorear gases arteriales.

2.3. 13.2. Diagnóstico de enfermería

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con apnea por inmadurez del sistema nervioso central manifestado por bradicardia, ritmo respiratorio irregular (22).

2.3.13.2.1. Intervenciones

- Valorar signos de sufrimiento respiratorio
- Vigilar coloración
- Estimulación táctil
- Verificar la posición del neonato
- Permeabilidad de las vías aéreas
- Disponibilidad de equipo, bolsa y mascarilla
- Oxígeno complementario.

2.3.13.3. Diagnóstico de enfermería

Termorregulación ineficaz relacionado con el cociente entre cuerpo y superficie corporal y falta de reservas grasas, edad extrema manifestada por temperatura superior o inferior a rangos considerados como normales (22).

2.3.13.3.1. Intervenciones

- Valorar la temperatura del neonato
- Revisar incubadora y ajustar la temperatura
- Mantener el sensor cutáneo de temperatura
- Manejo ambiental
- Manejo y control de líquidos
- Monitorización de signos vitales
- Colocarlo e cuna de calor radiante
- Conservar la cabeza del recién nacido cubierta con gorro

2.3.13.4. Diagnóstico de enfermería

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con hipotermia, inmovilización física, factores mecánicos (22).

2.3.13.4.1. Intervenciones

- Prevención de úlceras por presión
- Cambios posturales frecuentes
- Utilizar guantes y material estéril
- Cuidados del sitio de incisión o punción
- Manejo de la nutrición
- Manejo de líquidos y electrolitos
- Protección contra infecciones
- Baño y cuidados perineales

2.3.13.5. Diagnóstico de enfermería

Patrón de alimentación ineficaz del lactante relacionado con efectos de la prematurez manifestado por incapacidad para iniciar o mantener succión efectiva (22).

2.3.13.5.1. Intervenciones

- Vigilancia de vómitos distensión, residuo gástrico
- Alimentación forzada por sonda con intervalos cada tres horas
- Investigar sangre oculta en heces los primeros 21 días de vida
- Evaluar cada tercer día curva ponderal y semanalmente talla y perímetro cefálico

2.3.14. Teorías relacionadas

Autoras de la teoría	Teoría	Fundamento
Dorothea Orem	Déficit de autocuidado	Aborda al ser humano de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, mejorando su calidad de vida, así como a la enfermera a actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y brindar apoyo (23).
Merle Mishel	Incertidumbre frente a la enfermedad	Menciona que la adaptación ocurre frente a la enfermedad como resultado de la integración de una continua incertidumbre en la estructura de un mismo individuo (24).
Virginia Henderson	Necesidades y desarrollo humano	La enfermera es la que asiste a los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz (25).

Fuente: Diaz KS. Merle H. Mishel; Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. [Online]; 2013. Acceso 29 de Juniode 2019. Disponible en: <http://teoriasintermedias2013.blogspot.com/2013/06/merle-h-mishel-teoria-de-la.html>.

Autora: Gabriela Alba

2.4. Marco Legal

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador Salud

En relación al Marco Legal que ampara el desarrollo de esta investigación se citan los principales artículos relacionados a salud, contemplados en la Constitución de la República del Ecuador (26):

Derechos fundamentales de Salud del Sistema Nacional, la Asamblea Nacional del Ecuador del 2008, establece que:

Art. 32.- “*La salud es un derecho que garantiza el Estado.*”

Art. 359.- *El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.*

Art. 361.- *El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.*

Art. 362.- *La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.*

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Capítulo Tercero: Derechos de las personas y grupos de atención prioritarios, en la Asamblea Nacional del Ecuador 2008, establece que:

Art. 35.- “*Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado*”

Art.43.- *el estado garantizara a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:*

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

2.4.2. Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida

El Plan Nacional del Desarrollo 2017-2021 Toda una Vida, en concordancia con los mandatos constitucionales define 3 ejes los mismos que están constituidos por varios objetivos para el avance del país, de ellos se puede destacar los siguientes en lo que respecta a salud (27):

Eje 1: Derechos para Todos Durante Toda la Vida.

Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas

Dicho objetivo menciona que la salud se constituye como un componente primordial de una vida digna, pues esta repercute tanto en el plano individual como en el colectivo. La ausencia de la misma puede traer efectos inter-generacionales. Esta visión integral de la salud y sus determinantes exhorta a brindar las condiciones para el goce de la salud de manera integral, que abarca no solamente la salud física, sino también la mental.

Por otra parte, el derecho a la salud debe orientarse de manera especial hacia grupos de atención prioritaria y vulnerable, con énfasis en la primera infancia y con enfoque en la familia como grupo fundamental de la sociedad, en su diversidad y sin ningún tipo de discriminación.

Objetivos de Desarrollo Sostenible

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

Para lograr el desarrollo sostenible es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad. Se han obtenido grandes progresos en relación con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de algunas de las causas de muerte más comunes relacionadas con la mortalidad infantil y materna. Se han logrado grandes avances en cuanto al aumento del acceso al agua limpia y el saneamiento, la reducción de la malaria, la tuberculosis, la poliomielitis y la propagación del VIH/SIDA. Sin embargo, se necesitan muchas más iniciativas para erradicar por completo una amplia gama de

enfermedades y hacer frente a numerosas y variadas cuestiones persistentes y emergentes relativas a la salud.

Metas

- *De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.*
- *De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos.*
- *De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar*

Objetivos del Milenio

En el año 2000, Ecuador, al igual que otros 188 países, se comprometió a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). La iniciativa de los países miembros de las Naciones Unidas contempló 8 objetivos y 21 metas orientadas a superar la pobreza y mejorar las condiciones de vida en todo el mundo (28).

En Ecuador, durante el período 1990 - 2014 la razón de mortalidad materna disminuyó en 68%. A pesar de esta reducción, el cumplimiento de la meta de ODM aún aguarda importantes desafíos. Adicionalmente, el país ha implementado la Estrategia para la Reducción de Muerte Materna, y desde 2008 emprendió un proceso permanente de mejoramiento de sus registros administrativos, mediante la búsqueda activa de casos de mortalidad materna.

2.5. Marco Ético

En relación al Marco Ético todo ciudadano consta de deberes y derechos los mismos que no deben ser violados en ningún momento ni por cualquier situación, a continuación, se citan los principales artículos contemplados en la Constitución de la República del Ecuador (29):

2.5.1. Los Derechos y Obligaciones del paciente

Ley N° 77 de Derechos y amparo al paciente (ley no. 77) Congreso Nacional el plenario de las comisiones legislativas

Art. 1.- Definición de Servicio de Salud. - Servicio de Salud es una entidad del sistema de servicios de salud pública o privada, establecida conforme a la Ley para prestar a las personas atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento.

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

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

Art. 4.- Derecho a la confidencialidad. - Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Art. 5.- Derecho a la información. - concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que

médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse.

Art. 6.- *Derecho a decidir. - Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el servicio de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.*

Art. 15.- *Es obligación de todos los servicios de salud exhibir el texto de los derechos del paciente en lugares visibles para el público.*

2.5.2. Código deontológico del Consejo Internacional de Enfermera.

El Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería tiene cuatro elementos que constituyen el marco de las normas de conducta: la enfermera y las personas, la enfermera y la práctica, la enfermera y la profesión y la enfermera y sus compañeros de trabajo (30):

- ***La enfermera y las personas***

La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería. Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad. La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados.

- ***La enfermera y la práctica***

La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua.

La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados. La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad. La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que acrediten a la profesión y fomenten la confianza del público

Al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.

- ***La enfermera y la profesión***

A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería. La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación. La enfermera, a través de la organización profesional, participará en la creación y mantenimiento de condiciones de trabajo social y económicamente equitativas y seguras en la enfermería.

- ***La enfermera y sus compañeros de trabajo***

La enfermera mantendrá una relación de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores. La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud.

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la investigación

Mantiene un enfoque Cuantitativo no experimental

- **Cuantitativo:** Ya que los datos obtenidos de las distintas variables fueron cuantificados a través de la tabulación de la información obtenida de las historias clínicas de las mujeres que presentaron parto pretérmino (47).
- **No experimental:** Porque no tiene un ensayo de campo, ya que es una investigación de control, en donde se determinó los factores de riesgo, así como las complicaciones de parto pretérmino, es decir el investigador no va a modificar ninguna variable (47).

3.2. Tipo de investigación

Investigación de tipo descriptiva, retrospectiva de tipo transversal y documental.

- **Descriptiva:** Se detalló las principales características del sujeto en estudio, así como los factores de riesgo y las complicaciones de parto pretérmino (47).
- **Retrospectiva:** Se utilizó datos anteriores, los mismos que se obtendrán de las historias clínicas de las gestantes que presentaron parto pretérmino en el año 2018 (47).
- **Documental:** Para obtener la información se buscó en las diferentes historias clínicas de las pacientes que hayan presentado este problema (47).

- **Transversal:** La intervención del investigador será en un determinado tiempo y en una sola ocasión (47).

3.3. Localización y Ubicación de estudio

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital Luis Gabriel Dávila, en el servicio de Gineco- obstetricia, ubicado en la ciudad de Tulcán, provincia Carchi.

3.4. Población

3.4.1. Universo

El universo estudiado fue de 1154 mujeres gestantes que fueron atendidas en los servicios de Gineco-Obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila en el año 2018.

3.4.2. Muestra

En esta investigación la muestra estuvo conformado de 142 mujeres gestantes, con un tipo de muestreo no probabilístico, ya que se seleccionó a las mujeres que presentaron parto pretérmino, atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila en el año 2018.

3.4.3. Criterios de Inclusión

- Gestantes con edad gestacional mayor a 20 semanas y menor de 37 semanas atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia.
- Mujeres con diagnóstico de parto pretérmino culminado por canal vaginal o cesárea que fueron atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia.
- Pacientes ingresadas en el hospital con amenaza de parto pretérmino.
- Pacientes que tengan datos correctos y completos dentro de la historia clínica

3.4.4. Criterios de Exclusión

- Gestantes con edad gestacional mayor de 37 semanas.
- Historias Clínicas ilegibles, no completas o no ubicables durante el estudio.
- Pacientes que no desean ser parte del estudio.

3.5. Operacionalización de variables

- **Objetivo:** Describir las características socio demográficos de la población en estudio.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Características Sociales y Demográficas	Esta palabra se puede descomponer en dos palabras socio que quiere decir sociedad y Demografía que quiere decir estudio estadístico sobre un grupo de población humana, en consecuencia, sociodemográfico será un estudio estadístico de las características sociales de una población, es decir sexo, edad, cuántos tienen estudios, cuántos trabajan, cuántos están desempleados (31).	Características Sociales y Demográficas	<p>Sociales</p> <p>Nivel de estudio</p> <p>Etnia</p> <p>Estado Civil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior • Blanca • Mestiza • Indígena • Afro ecuatoriana • Casado • Soltero • Unión libre • Divorciada • Viuda

			<p>Situación laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajando • En desempleo • Dedicada principalmente a sus estudios • Dedicada principalmente a tareas del hogar <p>Residencia habitual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rural • Urbana <p>Demográficos</p> <p>Edad</p> <ul style="list-style-type: none"> • 13-19 • 20-35 • > 35
--	--	--	---

- **Objetivo:** Establecer los factores de riesgo de madres gestantes que terminaron en un parto pretérmino.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Factores de Riesgo	Es toda característica o circunstancia detectable en la embarazada que se asocia con un incremento en la probabilidad de que ocurra un daño a la salud para ella o su hijo durante el embarazo, el parto, o en el puerperio (32).	Factores Obstétricos	<p>Control prenatal</p> <p>Paridad</p> <p>Embarazo Múltiple</p> <p>Ruptura Prematura de membranas.</p> <p>Desprendimiento de placenta</p> <p>Infección del tracto urinario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuado • Adecuado • Nulípara • Primípara • Multípara • SI • NO • SI • NO • SI • NO • SI

		Antecedentes Ginecológicos	<p>Expulsivo</p> <p>Aborto Previo</p> <p>Embarazo Ectópico</p> <p>Miomatosis uterina</p>	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI • NO • SI • NO • SI • NO • SI • NO
		Factores patológicos	<p>Diabetes Mellitus</p> <p>Preeclampsia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO • SI • NO

		Factores Nocivos	<p>Eclampsia</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO <p>Anemia</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO <p>Otros</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO <p>Ninguno</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO <p>Consumo de tabaco, alcohol o drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
--	--	------------------	--

- **Objetivo:** Definir las complicaciones que se presentan los recién nacidos productos de un parto pretérmino.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Complicaciones en nacidos pretérmino.	Aquellos problemas de salud que presentan los recién nacidos productos de un parto pretérmino (22).	Patologías Respiratorias	Muerte neonatal	• SI
				• NO
			Distres respiratorio.	• SI
		Patologías Neurológicas		• NO
			Displasia broncopulmonar	• SI
		Patologías Cardiovasculares		• NO
			Hemorragia intraventricular	• SI
		Patologías Gastrointestinales		• NO
			Ductus Arterioso	• SI
		Patologías Oftalmológicos		• NO
	Enterocolitis necrosante	• SI		
		• NO		
	Retinopatía	• SI		
		• NO		
	Sepsis	• SI		
		• NO		

3.6. Método de recolección de información

El método que se utilizó para la recolección de la información es la revisión de las historias clínicas, a través de un formulario de recolección de datos, donde se encontró distintos parámetros como características sociodemográficas, factores obstétricos, patológicos, nocivos, que sirvieron para la identificación de los factores de riesgo, así como las complicaciones de un parto pretérmino.

3.7. Análisis de Datos

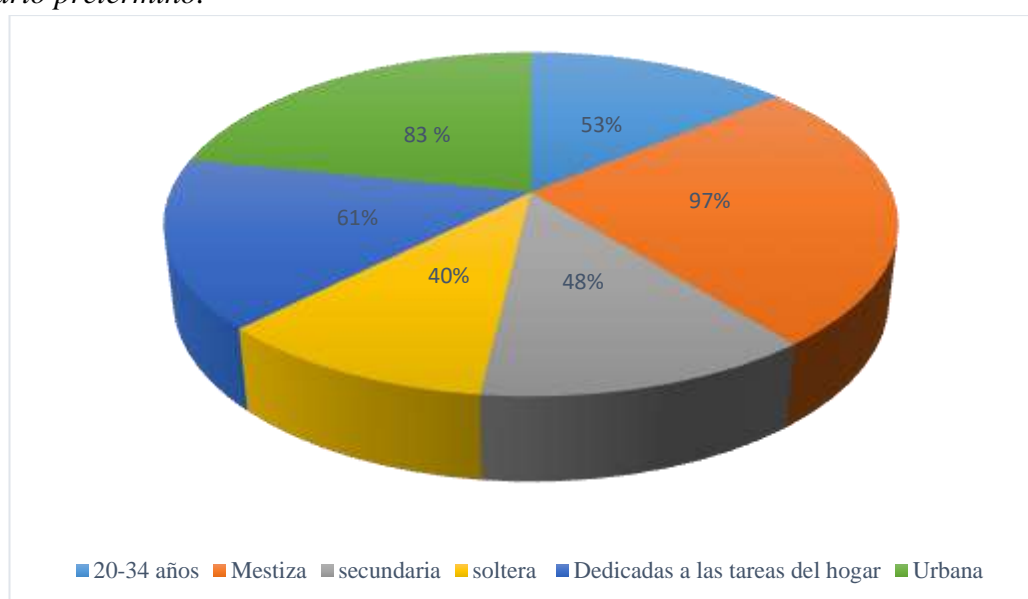
La información fue procesada en una base de datos denominada SPSS Statistics 25, donde se realizó las respectivas tabulaciones de las variables obtenidas de la matriz de chequeo, con la finalidad de obtener una información adecuada con respecto al problema e inferir las conclusiones correspondientes.

CAPÍTULO IV

4.1. Resultados y discusión

Gráfico 1.

Distribución porcentual de las Características sociodemográficas de las mujeres con parto pretérmino.



El grupo etario en el que existe mayor frecuencia de parto pretérmino fue de 20-34 años con un 52,8%, que se asemejan con un estudio realizado en Lima por Meza Martínez en donde el mayor riesgo de parto pretérmino se dio en pacientes entre 20 y 34 años (33), el nivel de instrucción con mayor predominio es la secundaria 47,9%. En cuanto a la situación laboral el 60,6% se dedican a las tareas del hogar, con estado civil solteras 40%, toda esta población perteneciente a una zona urbana con un 83,1%. Se identificó que el 97,2% de las mujeres son mestizas datos que se asimilan a los datos obtenidos del INEC que indican que la población Carchense en un gran porcentaje es mestiza 97.2%.

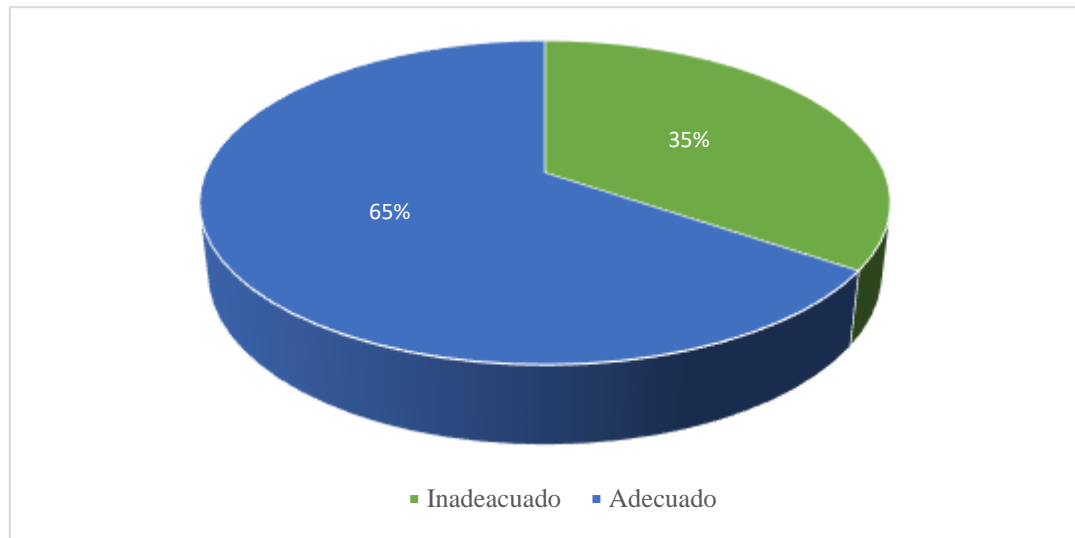
Dichas características sociodemográficas se asemejan con un estudio realizado en Perú por Wilfredo Villamonte denominado factores de riesgo de parto pretérmino en donde

menciona que ser una mujer gestante que se dedica a las tareas del hogar, no tener un estudio completo y no contar con el apoyo de una pareja, es más propensa a un nacimiento de un niño menor de 37 semanas (32).

Es importante mencionar que, en este grupo de estudio la edad predominante fue de 22 a 34 años, pertenecientes a la zona urbana, y a pesar de ello incide el parto pretérmino, talvez porque al no tener sus estudios completos y dedicarse a las tareas del hogar, no tengan acceso a suficiente información sobre los cuidados prenatales que una mujer embarazada debe tener, pero principalmente sobre los factores de riesgo para conllevar a un parto pretérmino.

Gráfico 2.

Distribución porcentual del número de controles prenatales en mujeres con parto pretérmino.

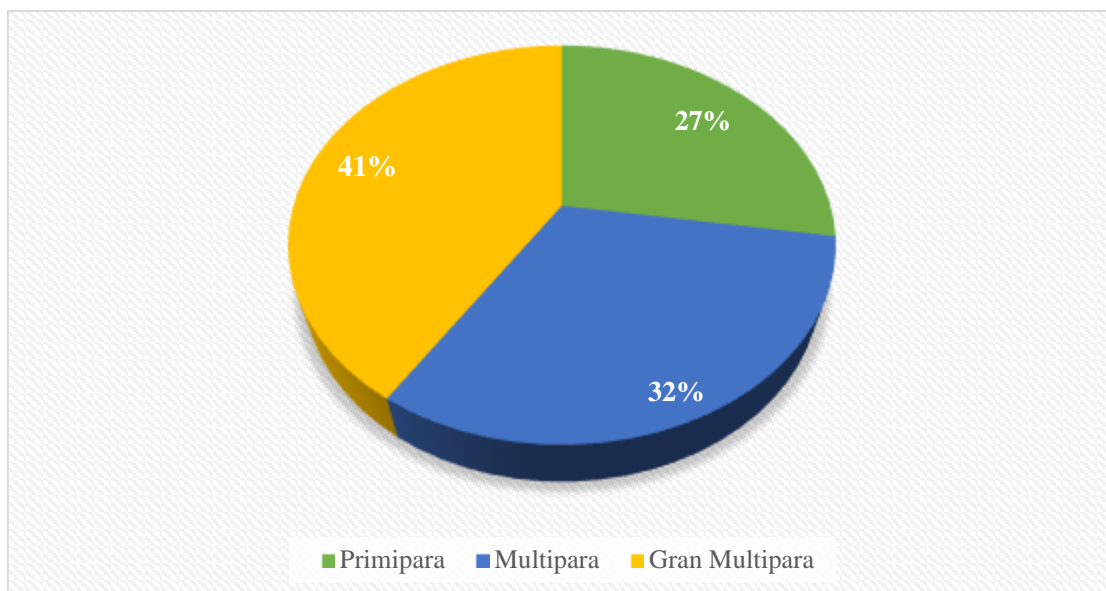


Se pudo observar que un gran porcentaje de mujeres que presentaron parto pretérmino tuvieron los suficientes controles prenatales con un 65,5% como lo indica la normativa del Ministerio de Salud Pública y con un 34,5% las madres con controles prenatales inadecuados. Rodríguez y otros autores mencionan en su estudio que los factores de riesgo asociados con la prematuridad fue una atención prenatal deficiente ya que el promedio de consultas prenatales fue de 3,9 controles, lo que no permitió detectar a tiempo el problema que llevó a desencadenar un parto prematuro (34).

Resultados distintos con esta investigación, ya que las mujeres que presentaron dicho problema tuvieron entre 5 a 6 controles, teniendo en cuenta que dichos controles se hicieron cuando ya presentaron un signo de alarma, lo que incide como un factor de riesgo para desencadenar un parto prematuro, por lo tanto se debe insistir a las mujeres gestantes, la importancia que tiene los controles prenatales, sobre todo que se lleve en todo el embarazo ya que de esta manera se detectara de una manera precoz cualquier problema durante el embarazo.

Gráfico 3.

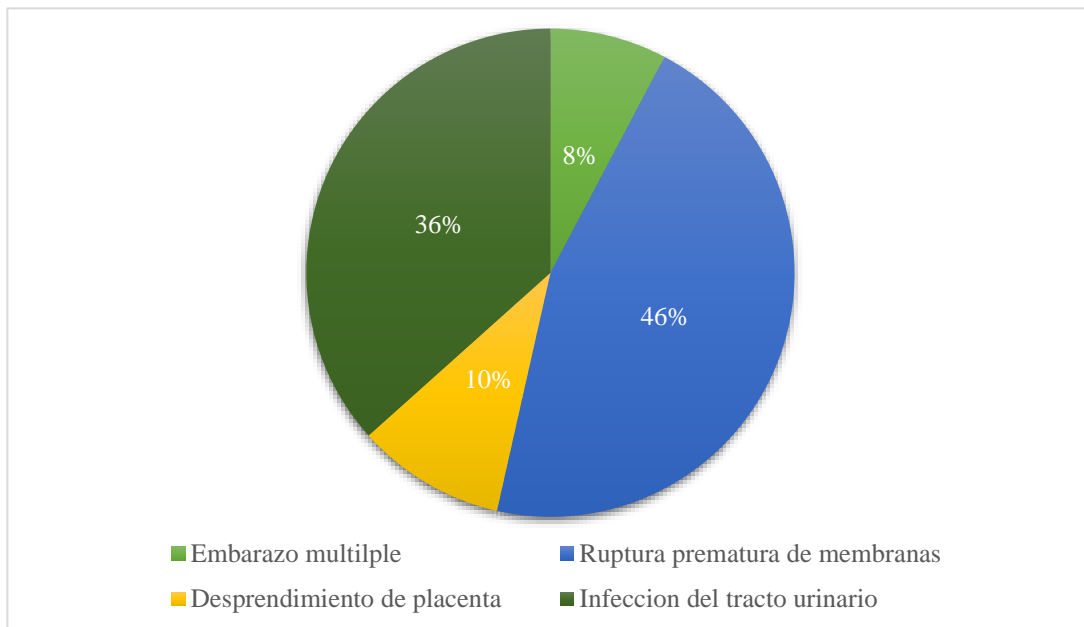
Distribución porcentual del número de hijos en mujeres con parto pretérmino



La mayoría de las madres que presentaron parto pretérmino fueron gran multíparas 40,8% con un periodo intergenésico menor de 2 años, el 31,7% corresponde a las mujeres multíparas y con un menor porcentaje 27,5% aquellas que tienen un hijo. De acuerdo a Osorno en su estudio realizado en México “Factores maternos relacionados con prematuridad “considera al antecedente de parto prematuro como el principal factor de riesgo en mujeres gran multíparas con una razón de momios de 1.87 en la población de estudio, mencionando que puede existir una alteración hormonal postparto (35), lo que tiene una similitud con esta investigación, esto se debe a que las mujeres que presentaron parto prematuro tuvieron más de 5 hijos, todos ellos con un periodo intergenésico menor de 2 años, entre mayor es el número de embarazos mayor es el riesgo de tener un parto pretérmino, posiblemente por no tener una buena asimilación al nuevo embarazo , por el estrés materno que este puede provocar y la disminución materna de nutrientes.

Gráfico 4.

Distribución Porcentual de la Población según factores obstétricos.

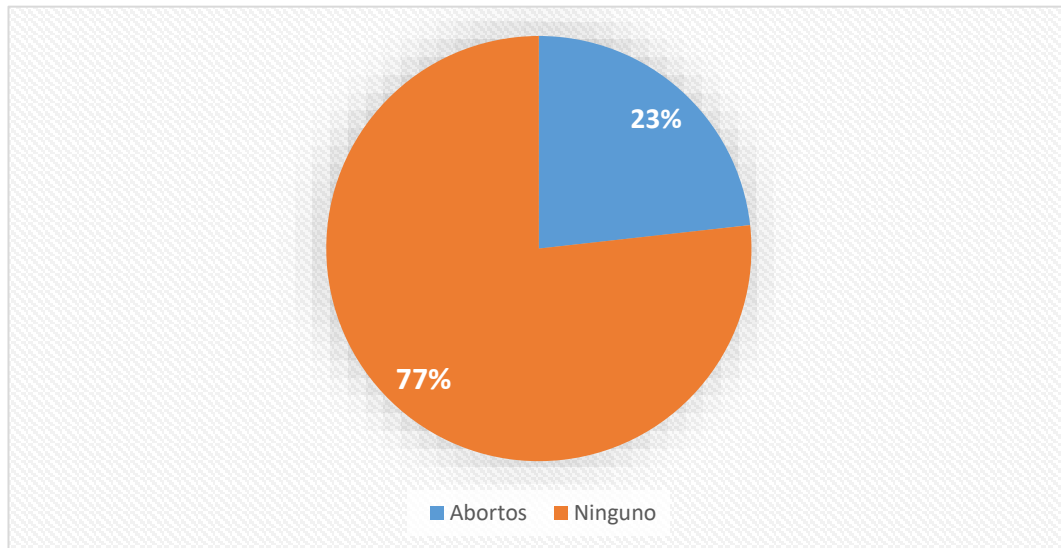


Se puede observar que las pacientes atendidas en el Hospital Luis Gabriel Dávila presentaron mayor incidencia de factores obstétricos en ruptura prematura de membranas 45,8% seguida con un 36,6% de infección de vías urinarias, resultados que se asemejan al estudio realizado por Rodríguez David y otros autores en donde llegan a la conclusión que los factores obstétricos asociados a un parto prematuro es la ruptura prematura de membranas y la infección de vías urinarias (5).

La mayor parte de las mujeres que presentaron parto pretérmino muestran una ruptura prematura de membranas por más de 24 horas, lo que le lleva al personal de salud a terminar ese embarazo antes de llegar a término, al igual que las infecciones del tracto urinario ya que si no son detectadas a tiempo se tiene el riesgo a que se rompan las membranas y tengan contracciones prematuras, de esa manera desencadenando un parto pretérmino.

Gráfico 5.

Distribución Porcentual de la Población según antecedentes ginecológicos.



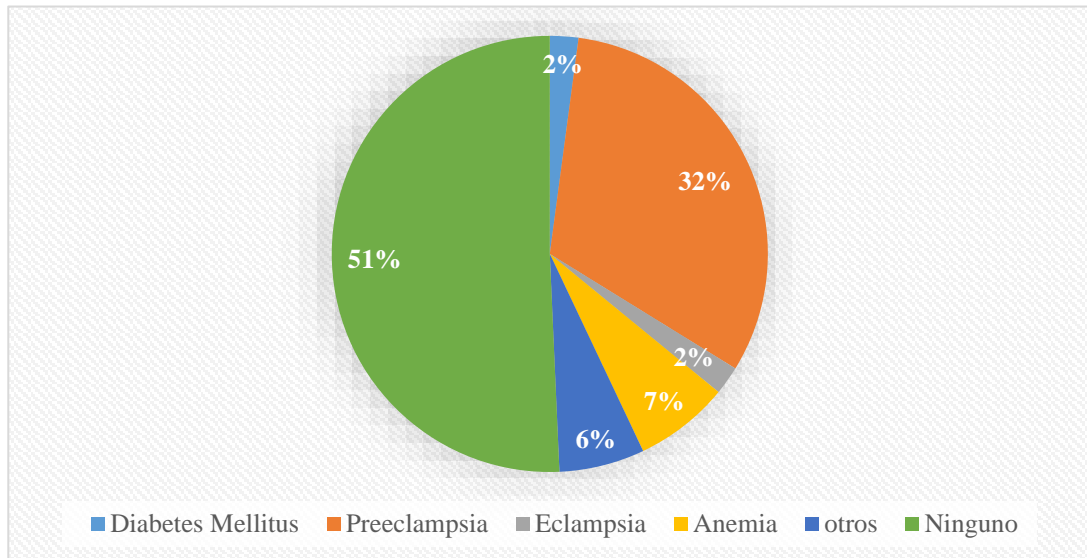
En la investigación se puede observar que un 23,2% de las pacientes atendidas en el Hospital Luis Gabriel Dávila que presentaron parto pretérmino tuvieron aborto previo entre uno a tres abortos, mientras que el 76,8% no presentaron ningún antecedente ginecológico.

En cambio, en un estudio realizado por Ortiz Fred titulado factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pretérmino menciona que el parto pretérmino se asocia significativamente con uno o más abortos previos, ya que dicho autor menciona como posibles mecanismos causales la alteración hormonal posparto, envejecimiento del ovocito por una fase folicular prolongada del primer ciclo ovulatorio, estrés materno inducido, pero ninguno probado empíricamente (31).

Cabe mencionar que a pesar de que el porcentaje no fue tan alto, no deja de ser una preocupación para el sistema de salud, esto se debe a que dichas mujeres que tuvieron entre uno a tres abortos previos, son más propensas a tener un parto pretérmino, talvez por las causas mencionadas en dicho artículo.

Gráfico 6.

Distribución porcentual de la población según enfermedades desarrolladas en el embarazo.

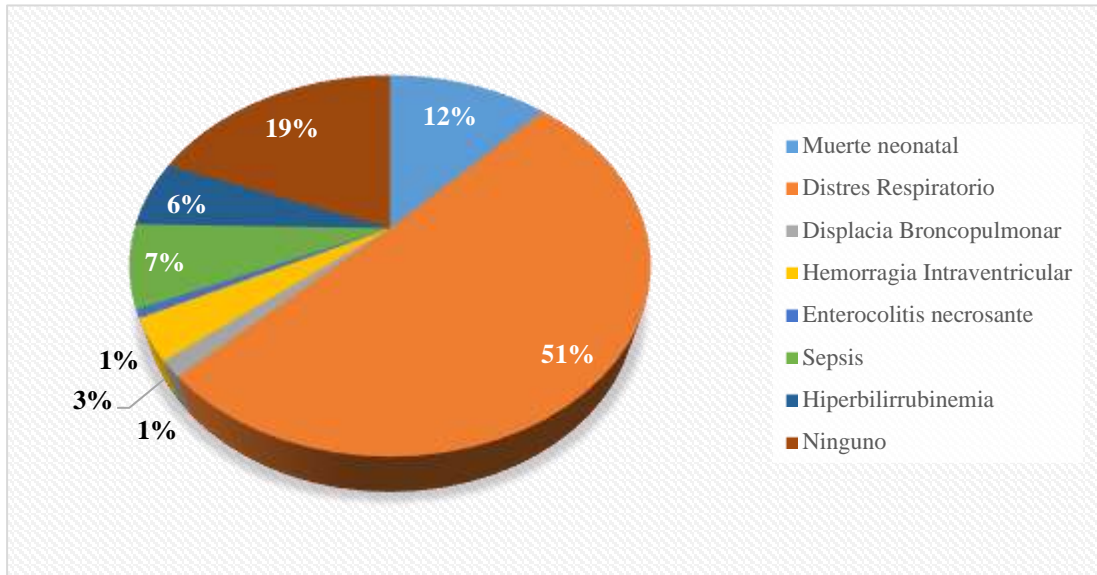


La enfermedad con más frecuencia en mujeres que presentaron parto pretérmino fue la preeclampsia con un 31,7%, seguida por la anemia 7%, con menor número de casos se encuentra la diabetes mellitus y la eclampsia cada una de ellas con un 2,8% y finalmente el 50,7% de las madres no presentaron ninguna enfermedad aparente, cabe mencionar que las mujeres que presentaron preeclampsia fueron más propensas a tener un parto prematuro, dato que se asimila a un estudio realizado por Alvarado “factores de riesgo de un parto pretérmino en un hospital” en donde menciona que las gestantes pre eclámpticas fue mucho más el parto prematuro (8).

El gran porcentaje de mujeres que presentaron una tensión arterial elevada y una proteinuria positiva, no tuvieron un cuidado prenatal adecuado, presentaron obesidad y la edad materna fue avanzada, provocando a sufrir de preeclampsia y algunas de ellas a tener eclampsia, cabe mencionar que las madres que presentaron eclampsia fueron trasladadas a la unidad de cuidados intensivos ya que su diagnóstico así lo ameritaba, además que no supieron detectar a tiempo los signos de alarma, ya que al llegar a la unidad de salud, sus tensiones eran muy elevadas lo que provoco la salida del niño antes de llegar a término.

Gráfico 7.

Distribución porcentual de las complicaciones en recién nacidos pretérmino.



Las complicaciones neonatales en esta investigación son muy diversas, es así que la patología con mayor incidencia 50,7% es el distres respiratorio, seguido por la muerte neonatal con un 12%, cabe mencionar que el 19% de los neonatos que por edad gestacional eran pretérmino al momento de su nacimiento presentaron un Capurro adecuado por lo cual no presentaron ninguna complicación, con menor incidencia 7% encontramos la sepsis y finalmente la hiperbilirrubinemia con un 5,6%.

A comparación de un estudio realizado por Niobys Sanchez en Cuba acerca de las complicaciones en recién nacidos pretérmino menciona que la principal complicación fue el síndrome de Distres respiratorio con un 22% seguido por hemorragia intraventricular, hipertensión pulmonar y anemia con un 35,6% y sepsis precoz y adquirida con un 26,6% (20).

Dichas complicaciones que tuvieron los neonatos tienen mucho que ver con los factores de riesgo de sus madres, ya que la preeclampsia, infección del tracto urinario y las infecciones vaginales inciden mucho con el diagnóstico que nazca el recién nacido, ya que si su problema es grave la estancia en la unidad de salud será de mucho tiempo lo que lleva a otros problemas por la ausencia de la madre en la familia.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- De acuerdo a las características sociodemográficas las mujeres que presentaron parto pretérmino, que fueron atendidas en el hospital Luis Gabriel Dávila, de los 142 casos un gran porcentaje se presentó entre las edades de 20 a 34 años de auto identificación mestiza, con nivel de instrucción secundaria incompleta, solteras, por lo cual la mayoría se dedican a los quehaceres domésticos, dicha población perteneciente a la zona urbana.
- Entre los principales factores que provocan el parto pretérmino en el Hospital Luis Gabriel Dávila encontramos a las mujeres gran multíparas con un 40,8%, seguida del aborto previo con un 23,2% como antecedente ginecológico, la preeclampsia con un 31,7% que se presentó durante el embarazo y finalmente la ruptura prematura de membranas 45,8% y las infecciones vaginales 36,6% como principales factores asociados al parto pretérmino.
- Las complicaciones que se presentaron en los recién nacidos pretérmino que tuvieron una gran incidencia fueron el síndrome de distres respiratorio, la sepsis neonatal y la hiperbilirrubinemia, cabe mencionar que la muerte neonatal se dio por extrema prematuridad, ya que mientras menos el número de semanas de gestación el neonato pretérmino tiene menos probabilidades de sobrevivir.
- El poster científico será una fuente de información para el hospital, pero principalmente para el personal que labora en dicha institución, con la finalidad de que puedan tener más conocimiento sobre los factores que conllevan a este problema, así como las consecuencias que puede provocar, ya que de esta manera las autoridades podrán tomar medidas correctivas.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda que los resultados obtenidos en esta investigación sean considerados por todo el personal de salud que labora en dicha institución, como una manera preventiva de disminuir dichos factores que conllevan a un parto pretérmino y por ende a sus complicaciones.
- Recomendar al personal de salud que promueva la realización de nuevas estrategias en cuanto se refiere a la disminución de los factores que provocan un parto pretérmino principalmente en la importancia de los controles prenatales ya que de esta manera se podrán detectar los problemas que presenta la madre durante el transcurso del embarazo.
- Brindar información a las mujeres gestantes que asisten a dicha institución acerca de la importancia de los cuidados que debe tener durante el embarazo principalmente enfocándose en los factores de riesgo que pueden llevar a un parto pretérmino y las complicaciones que puede desencadenar.
- Se recomienda al Hospital Luis Gabriel Dávila mejorar los registros, ya que las estadísticas de un servicio de salud son muy importantes para el mejoramiento de la calidad de vida de cada una de las personas que asiste a esta institución, al igual que mejorar la apertura para realizar trabajos de investigación y facilitar la entrada a dicha institución.

Bibliografía

1. OMS. Organización Mundial de la Salud Estadísticas Anuales..
2. Ahumada Barrios , Alvarado. Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital1. Scielo. 2016.
3. INEC. [Online]; 2018. Disponible en: www.inec.gob.ec.
4. Carchi gd. Hospital de Tulcán entre los mejores de Hispanoamérica..
5. Rodriguez Diaz D, Morales Castañeda , Escudero Farro , Arevalo Garcia , Cabrera Rojas. Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino: un estudio multicéntrico. Trujillo metropolitano, 2011 – 2013. Scientia. 2014.
6. Retureta Milán , Rojas Álvarez , Retureta Milán. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. Scielo. 2015.
7. Ovalle a, Kakarieka , Rencoret , Fuentes , del río mj. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Scielo. 2013.
8. Ahumada , Alvarado. Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital. Latino-Americana Enfermagem. 2016.
9. Juvenal Calderón G, Vega Malagón , Velásquez Tlapanco J, Morales Carrera , Vega Malagó. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. Medigraphic. 20114.
10. Davila HLG. Hospital Luis Gabriel Davila. .
11. Carlos G. Datos Biograficos Doctor Luis Gabriel Davila. Biografia. 2014.
12. DeFranco E. Manual de Obstetricia Buenos Aires: Wolters Kluwer; 2014.
13. Publica MdS. Recien nacido prematuro Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015.
14. Cararach Ramoneda , Botet Mussons. Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLp. Asociación Española de Pediatría. 2008.
15. Calderon J. Factores de riesgo maternos. revista medica del IMSS. 2004.

16. Marcos MAG. Guia de Control y Seguimiento del embarazo en Atencion Primaria. [Online].; 2013. Acceso 19 de Junio de 2019. Disponible en: <http://www.laalamedilla.org/GUIAS/Embarazo.pdf>.
17. Rodriguez Rozalen A, Plata Quintanilla Rosa. Enfermeria Obstetrica Enfermeria DAd, editor. Buenos Aires: BarcelBaires; 2014.
18. Asociación Española de Pediatría. El recién nacido prematuro. [Online]; 2015. Acceso 19 de Juniode 2019. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf.
19. Morilla Guzmán , García Fernández , Lombillo Rodríguez , Argüelles Matos A. Recién nacidos pretérminos tardíos, un grupo de riesgo. Revista Cubana de Pediatría. 2016; 2.
20. MSD. Recien Nacidos Prematuros. [Online]; 2017. Acceso 19 de Juniode 2019. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reci%C3%A9n-nacidos-prematuros>.
21. Álvarez Yañez , Pérez Bayona. Amenaza de parto pretérmino. Scielo. 2017.
22. Mata Méndez M, Salazar Barajas , Herrera Pérez. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. Medigraphic. 2009; 17(1).
23. Salazar Molina A, Valenzuela Suazo S. Teoria de Orem aplicada a inter eoria de Orem aplicada a intervenciones durante embarazo y climaterio venciones durante embarazo y climaterio. Brasileira de Enfermagem. 2010; 64(2).
24. Diaz KS. Merle H. Mishel; Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. [Online]; 2013. Acceso 29 de Juniode 2019. Disponible en: <http://teoriasintermedias2013.blogspot.com/2013/06/merle-h-mishel-teoria-de-la.html>.
25. Juana MC. Propuesta de implantacion de plan de cuidados en las amenazas de parto pretérmino. [Online]; 2014. Acceso 29 de Juniode 2019. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/7808/Master%20Gestion%20Cuida>

dos%20Enfermeria%20Ana%20Mart%C3%ADnez%20Pe%C3%B1a.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

26. Constituyente A. Constitución del Ecuador. En diaz E, editor. Constitución de la república del ecuador. Quito: Editora Nacional; 2008.
27. Senplades. En Plan Nacional del Buen vivir.
28. Patricio M. Objetivos del Milenio – Balance Ecuador 2014. En. Quito: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo; 2014.
29. Nacional C. Ley de derechos y amparo al paciente. En.; 2008.
30. Enfermeras CId. Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. En. Ginebra: Copyright ; 2005.
31. Morgan Ortiz F, Cinco Sánchez A, A Douriet-Marín F, Báez Barraza J. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pretérmino. Medigraph. 2010; 78(2).
32. Villamonte W. Factores de riesgo de parto pretérmino. Instituto Maternal Perinatal. Ginecología y Obstetricia. 2013; 47(2).
33. Martínez1 JM. Factores maternos relacionados con el parto pretérmino y su repercusión en el neonato. Hospital Nacional Hipólito. Revista de Obstetricia Enf. 2014.
34. Rodríguez Coutiño , Ramos González R, Hernández Herrera. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. Ginecología y Obstetricia. 2013; 81(9).
35. Osorno Covarrubias L, Rupay Aguirre , Rodríguez Chapuz. Factores maternos relacionados con prematuridad. Medigraphic. 2015; 76(9).
36. Ecuador ANCd. Constitución de la República del Ecuador Quito-Ecuador; 2007-2008.
37. Planificación CNd. Plan nacional del buen vivir. En planificación cnd. Plan nacional del buen vivir. Quito; 2013-2017. p. 151-162.
38. Mitchell P. Ética de enfermería y justicia social. En Mitchell P. Ética de enfermería y justicia social.; 2016. p. 63.

39. Fernández D, Sampietri. Investigación médica. [Online]; 2017.
40. Desarrollo SNdPy. “Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021.Toda una Vida” Quito; 2017.
41. Espinoza J. Fisiopatología del síndrome de parto pretérmino. Peruan de ginecología y obstetricia. 2014; 54(1).
42. Quirós González , Alfaro Piedra R, Bolívar Porras M, Solano Tenorio N. Amenaza de Parto Pretérmino. Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. 2016; 1(1).
43. Alfonso JBZ. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. MEDISAN. 2014; 18(6).
44. Mendoza Tascón , Claros Benítez , Mendoza , Arias Guatibonza , Peñaranda Ospina. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Scielo. 2016; 81(4).
45. Lissauer T, Fanaroff A. Neonatología Mezzano G, editor. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2014.
46. INEC. Fasciculo Provincial Carchi. [Online].; 2010. Acceso 28 de Junio de 2019. Disponible en: <file:///D:/Nueva%20carpeta/Documents/TRABAJOSS%20GABY/7%20SEMESTRE/TRABAJO%20DE%20GRADO%20I/carchi.pdf>.
47. Hernández Sampieri R. Metodología de la Investigación. [Online]; 2014. Acceso 23 de Juniode 2019. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1. Oficio para la obtención de datos



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
IBARRA - ECUADOR

Ibarra, 08 de marzo de 2019

Dra. Nathalia Rosas

GERENTE DEL HOSPITAL "LUIS GABRIEL DÁVILA"
Ibarra,

De mis consideraciones

Me permito solicitar a Ud. muy comedidamente se conceda el ingreso al servicio del área de estadística, A la estudiante: **ALBA ALBA GABRIELA JOMAYRA** con número de cédula **1004160378**, para poder realizar la aplicación del estudio de investigación, se permita (ingresar al sistema para el acceso de las historias clínicas), para la investigación del tema de tesis de grado titulada: **"FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA, TULCÁN 2018."** como requisito previo a la obtención del título de Lic. en Enfermería y en virtud de que dicho estudio aportará a la institución.

Por la atención que se brinde al presente, mis más sentidos agradecimientos.

Atentamente,
"CIENCIA Y TECNOLOGÍA AL SERVICIO DEL PUEBLO"



Msc. Rocio Castillo

DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y SALUD

Recibido
14-03-19
R. 47

Misión Institucional

Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país. Formar profesionales críticos, humanistas y éticos comprometidos con el cambio social.

Ciudadela Universitaria Ibarra
Teléfono: (06) 2 953-461 Cost
(06) 2 609-420 2640-811 Fax:
E-mail: utn@utn.edu.ec
www.utn.edu.ec

Anexo 2. Autorización para la realización de la investigación

MINISTERIO DE SALUD



Hospital General Provincial "Luis Gabriel Dávila"
Dirección Asistencial Hospitalaria

Oficio Nro. MSP-CZ1-HLGD-DMA-2019-0002-O

Tulcán, 14 de mayo de 2019

Asunto: AUTORIZACIÓN TESIS GABRIELA ALBA ALBA

Dra.
Rocio Elizabeth Castillo Andrade
En su Despacho

De mi consideración:

Quisiera poner en su conocimiento que el trabajo de tesis titulado "Factores de riesgo y complicaciones de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Luis Gabriel Davila Tulcan 2018" de autoría de la señorita Alba Alba Gabriela Jomaira, ha sido autorizado, por lo que puede proceder a realizar la revisión de historias clínicas del 2018 que requiere para dicho trabajo. Se insiste en la importancia de que una vez que concluya la finalización y defensa del mismo, deberá entregar una copia para el Departamento de Coordinación de Docencia de nuestra institución.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Maria Verónica Aveiga H. Mgs.
Dra. Verónica Aveiga H. Mgs.
MEDICO
MSP. 1309132577



Maria Verónica Aveiga H. Mgs.
Maria Verónica Aveiga Hidalgo
DIRECTORA ASISTENCIAL HOSPITALARIO HOSPITAL GENERAL LUIS G. DÁVILA

Referencias:
- MSP-CZ1-HLGD-GDI-2019-0007-M

Copia:
Señorita
Johana Maricela Cevallos Acosta
Asistente Atención al Usuario del Hospital Luis G. Dávila

Av. San Francisco entre Gustavo Beckèr y García Lorca, Tulcán – Ecuador
• Código Postal: 040103 • Teléfono: 593 (06) 2999400 ext. 4037 • www.hlgd.gob.ec

Anexo 3. Matriz de Chequeo



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

INSTRUCCION: Lea detenidamente cada ítem y llene cada casillero de acuerdo a la información obtenida de la historia clínica.

Unidad Operativa: Fecha:

Formulario para recolectar datos			
EJE TEMATICO	VARIABLES		
Características sociodemográficas	Edad	<16	
		16-19	
		20-24	
		25-29	
		> 30	
	Nivel de estudio	Primaria	
		Secundaria	
		Superior	
	Etnia	Blanca	
		Mestiza	
		Afro ecuatoriana	
		Indígena	
	Estado Civil	Casado	
		Soltero	
		Unión libre	

		Divorciada	
		Viuda	
	Situación laboral	Trabajando	
		En desempleo	
		Dedicada principalmente a sus estudios	
		Dedicada principalmente a tareas del hogar	
	Residencia Habitual	Rural	
		Urbana	
Factores Obstétricos	Control prenatal	Inadecuado	
		Adecuado	
	Paridad	Nulípara	
		Primípara	
		Múltipara	
	Embarazo Múltiple	SI	
		NO	
	Ruptura Prematura de membranas.	SI	
		NO	
	Desprendimiento de placenta	SI	
NO			
Infección del tracto urinario	SI		
	NO		
Factores Patológicos	Enfermedades Asociadas	Diabetes Mellitus	
		Preeclampsia-Eclampsia	
		Anemia	
		Otros	
Factores Nocivos	Consumo de tabaco, alcohol o drogas	SI	
		NO	

Antecedentes Ginecológicos	Aborto Previo	SI	
		NO	
	Embarazo Ectópico	SI	
		NO	
	Miomatosis uterina	SI	
		NO	

COMPLICACIONES			
COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO	Muerte neonatal	SI	
		NO	
	Distres respiratorio	SI	
		NO	
	Displasia broncopulmonar	SI	
		NO	
	Hemorragia intraventricular	SI	
		NO	
	Ductus Arterioso	SI	
		NO	
	Enterocolitis necrosante	SI	
		NO	
	Retinopatía	SI	
		NO	
	Sepsis	SI	
		NO	

Anexo 4. Fotografías



Fuente: Gabriela Alba



Fuente: Gabriela Alba



Fuente: Gabriela Alba



Fuente: Gabriela Alba

Anexo 5. Poster Científico

“FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA, TULCÁN 2018.”

INTRODUCCION

El parto pretérmino se le define como aquel nacimiento que sucede después de la semana 20 y antes de la 37, aproximadamente uno de cada diez nacidos son pretérmino, siendo una de las principales razones por la cual los neonatos pretérmino nacen con varias complicaciones o mueren.

En la provincia de Tulcán se ha podido evidenciar una gran incidencia de partos prematuros, ya sea por un control inadecuado o por las patologías que presentan durante el embarazo o al momento del parto o tal vez porque no tienen el acceso a un centro de salud, poniendo así en riesgo el bienestar materno fetal.

Objetivo

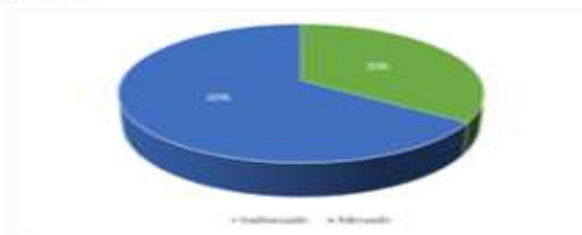
Determinar los factores de riesgo y complicaciones de parto pretérmino

Metodología

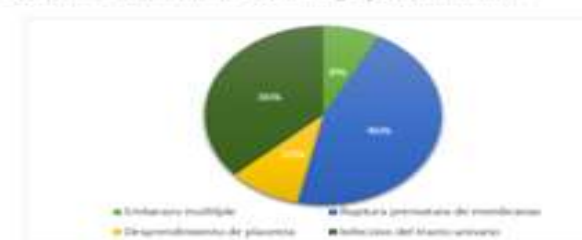
La muestra fue de 142 mujeres, utilizando como fuente de recolección una guía de observación, en la cual se utilizaron datos de las historias clínicas. Los datos obtenidos fueron tabulados en el programa IBM SPSS 25

Autor: Gabriela Jomayra Alba

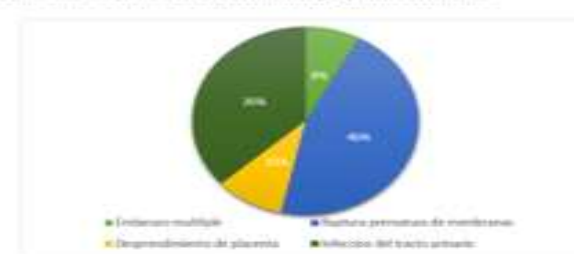
Distribución porcentual del número de controles prenatales en mujeres con parto pretérmino.



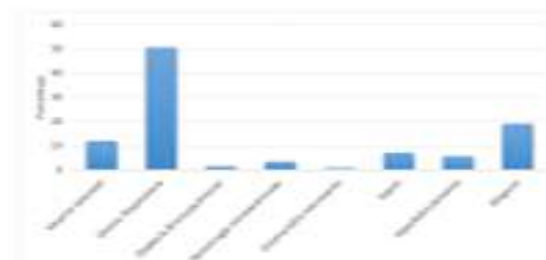
Distribución Porcentual de la Población según factores obstétricos.



Distribución Porcentual de la Población según factores obstétricos.



Distribución porcentual de las complicaciones en recién nacidos pretérminos.



CONCLUSIONES

Entre los principales factores que provocan el parto pretérmino en el Hospital Luis Gabriel Dávila encontramos a las mujeres que presentan un gran número de hijos con un 40,8%, seguida del aborto previo con un 23,2% como antecedente ginecológico, la preeclampsia con un 31,7% que se presentó durante el embarazo y finalmente la ruptura prematura de membranas 45,8% y las infecciones vaginales 36,6% como principales factores asociados al parto pretérmino.

Las complicaciones que se presentaron en los recién nacidos pretérmino que tuvieron una gran incidencia fueron el síndrome de distres respiratorio, la sepsis neonatal y la hiperbilirrubinemia, cabe mencionar que la muerte neonatal se dio por extrema prematuridad, ya que mientras menos el número de semanas de gestación el neonato pretérmino tiene menos probabilidades de sobrevivir.

ABSTRACT

"RISK FACTORS AND COMPLICATIONS OF PRETERM BIRTH IN WOMEN ATTENDED AT LUIS GABRIEL DÁVILA HOSPITAL, TULCÁN 2018"

Author: Alba Alba Gabriela Jomayra

Email: gabrielajomayra@hotmail.com

Preterm birth can be defined as a birth after the 20th week and before the 37th, approximately one in ten is considered as a preterm birth, preterm infants are born with several complications or die. The objective of this research is to determine the risk factors and complications of preterm delivery. The methodological design was descriptive, retrospective-transversal with- non experimental quantitative approach; the sample was composed of 142 women who had preterm births in 2018, several variables were studied such as: sociodemographic characteristics, gynecological antecedents, obstetric factors, complications among others, using as a source of collection an observation guide, in which data from the medical records were used. The data were tabulated in the IBM SPSS 25 program, as results among the main risk factors to trigger a preterm birth are women between the ages of 20 to 34 with a 52.2%, with a level of secondary study incomplete, involved mostly in housework, previous abortion with 23.2%, preeclampsia with 31.7%, premature rupture of membranes 45.8% and vaginal infections 36.6% as main factors associated with preterm delivery and 50, 7% respiratory Distress as one of the most frequent complications of a preterm newborn.

Key words: Complications, Risk Factors, Preterm Labor.

Victor Rodriguez
[Signature]



Urkund Analysis Result

Analysed Document: Tesis Alba Gabriela.docx (D54297231)
Submitted: 7/3/2019 11:26:00 PM
Submitted By: tivasquez@utn.edu.ec
Significance: 8 %

Sources included in the report:

<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/5560/1/06%20ENF%20770%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>

Instances where selected sources appear:

22

En la ciudad de Ibarra, a los 08 días del mes de julio de 2019

Lo certifico

(Firma).....

MSc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa

C.C.: 1002120432

DIRECTORA DE TESIS