UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

TÍTULO

"Factores de riesgo relacionados con la presentación de amenaza de parto prematuro, en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Básico San Vicente de Paúl del Cantón Pasaje"

Tesis previa a la obtención del
Título de Médico General

AUTOR:
Jandry Efrén Zumba Castillo

DIRECTORA:
Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

LOJA-ECUADOR

2017

Certificación

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo investigativo, previo a optar el grado de Médico General, titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA PRESENTACIÓN DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO, EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BÁSICO SAN VICENTE DE PAÚL DEL CANTÓN PASAJE,** presentado por el estudiante Jandry Efrén Zumba Castillo, ha sido dirigido, asesorado, realizado bajo mi dirección y revisado detalladamente y minuciosamente durante todo su desarrollo. Por lo tanto, autorizo proseguir los trámites pertinentes para su presentación y defensa de la misma ante el Tribunal de Grado.

Loja, 16 de octubre de 2017

Atentamente,

.....

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

Autoría

Yo, Jandry Efrén Zumba Castillo declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: Jandry Efrén Zumba Castillo

Firma: .....

Cédula de identidad: 1105588618

Fecha: Loja, 20 de octubre de 2017

Carta de autorización

Yo, Jandry Efrén Zumba Castillo autor del trabajo de investigación: **"FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA PRESENTACIÓN DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO, EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BÁSICO SAN VICENTE DE PAÚL DEL CANTÓN PASAJE"**, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la Cuidad de Loja, a los 20 días del mes de Octubre del dos mil diecisiete, firma su autor.

Firma: _____

Autor: Jandry Efrén Zumba Castillo

Cédula de identidad: 1105588618

Correo electrónico:jandrito_1994@yahoo.es

Teléfono: 548550 **Celular:** 0979419376

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis: Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

Tribunal de Grado:

Presidente: Dr. Lyndon Bismark Zapata Loaiza, Esp.

Vocal: Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Esp.

Vocal: Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.

Dedicatoria

A mis padres, por su esfuerzo diario que realizan para entregarme su apoyo infinito. A mis hermanas Gabriela y Yessenia, por compartir momentos únicos de infancia que nos permitieron enfrentar la vida con valentía y que hoy en día estamos orgullosos por lo que hemos alcanzado. A todos los maestros que me brindaron sus enseñanzas en las aulas universitarias que hoy en día se reflejan en mi formación profesional y a mis amigos.

Jandry Efrén Zumba Castillo

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de Loja que junto con mi esfuerzo diario he logrado alcanzar este sueño, a cada uno de los docentes que con sus conocimientos, sus valores en las aulas universitarias contribuyeron en mi formación profesional; al Hospital San Vicente de Paul - Pasaje, al departamento de Gineco- obstetricia, a todo el personal médico y pacientes, a todos ellos que colaboraron; a la Dra. Karina Calva, directora, docente, amiga, que gracias a su colaboración pude culminar con este proyecto de investigación, a mis familiares por su apoyo infinito que me impulsaron para poder llegar a culminar mi carrera.

Jandry Efrén Zumba Castillo

Índice

Carátula i
Certificación ii
Autoría iii
Carta de autorización iv
Dedicatoria v
Agradecimiento vi
Índice vii
Índice de tablas ix
1 Título 1
2 Resumen 2
Summary 3
3 Introducción 4
4 Revisión de literatura 7
4.1 Embarazo 7
4.1.1 Definición. 7
4.2 Parto 7
4.2.1 Definición. 7
4.2.2 Fases del parto. 7
4.2.3 Trabajo de parto. 7
4.3 Parto pretérmino 8
4.3.1 Definición. 8
4.3.2 Clasificación. 9
4.3.3 Amenaza de parto pre término. 9
4.3.4 Trabajo de parto pretérmino. 9
4.4 Factores desencadenantes de la amenaza de parto prematuro 9
4.4.1 Factores Socio demográficos. 9
4.4.2 Factores Maternos. 11
4.4.3 Antecedentes obstétricos. 13
4.4.4 Factores Gineco-Obstétricos. 14
4.4.5 Factores uterinos. 17
4.5 Fisiología de la contracción 18
4.5.1 Características fisiológicas y clínicas de las contracciones. 19

4.6 Diagnóstico 21
4.6.1 Anamnesis. 21
4.6.2 Examen físico. 21
4.6.4 Ecografía transvaginal 22
4.6.5 Prueba de fibronectina. 23
4.7 Tratamiento 23
4.7.1 Hidratación. 23
4.7.2 Progesterona. 23
4.7.3 Tocolíticos. 24
4.7.5 Maduración pulmonar: El uso de corticoides 26
5 Materiales y métodos 27
5.2 Tipo de estudio 27
5.2.1 Descriptivo. 27
5.2.2 Retrospectivo. 27
5.2.3 Transversal 27
5.3 Área de estudio 27
5.4 Universo y muestra 27
5.4.1 Universo: 27
5.4.2 Muestra: 27
5.5 Criterios de inclusión y exclusión 27
5.5.1 Criterios de inclusión. Pacientes con embarazo entre 22 a 36,6 semanas, hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Básico San Vicente de Paúl, con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, periodo Marzo – Agosto 2017. 27
5.5.2 Criterios de exclusión. 28
5.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos 28
5.7 Procedimiento 28
5.8 Plan de tabulación y análisis de datos 28
6 Resultados 29
7 Discusión 32
9 Recomendaciones 35
10 Bibliografía 36
11 Anexos 39

Índice de tablas

Tabla 1. Incidencia de Amenaza de parto prematuro en el hospital San Vicente de Paul del cantón Pasaje, periodo marzo – agosto 2017 29
Tabla 2. Amenaza de parto prematuro según grupo etario 300
Tabla 3. Factores de riesgo relacionados con amenaza de parto prematuro 311

1 Título

"Factores de riesgo relacionados con la presentación de amenaza de parto prematuro, en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Básico San Vicente de Paúl del Cantón Pasaje"

2 Resumen

La amenaza de parto prematuro es un problema de salud importante en todo el mundo que puede tener un origen multifactorial, ocupando el séptimo lugar entre las 10 principales causas de morbilidad femenina. El presente estudio está orientado a determinar los factores de riesgo relacionados con la amenaza de parto prematuro en el Hospital Básico San Vicente de Paúl del Cantón Pasaje, periodo marzo-agosto, 2017, específicamente: Determinar la incidencia de amenaza de parto prematuro, identificar cual es el grupo etario más afectado, identificar los principales factores de riesgo relacionados con amenaza de parto prematuro y socializar un programa educativo sobre prevención de amenaza de parto prematuro en pacientes gestantes. El tipo de estudio es retrospectivo, descriptivo, cuali-cuantitativo y de cohorte transversal, con un universo de 896 pacientes hospitalizadas en el área de Gíneco-obstetricia de las cuales 91 cumplieron con los criterios de inclusión; como instrumentos se utilizaron fichas de recolección de datos desde las historias clínicas de pacientes que fueron hospitalizadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro. Se determinó: que la incidencia de parto prematuro es de 27,2%, el grupo etario de las pacientes gestantes más afectado es entre 15 a 19 años con un 36,26% y los principales factores de riesgo relacionados con la amenaza de parto prematuro son las infecciones de vias urinarias con un 47% y las infecciones vaginales con un 25%.

Palabras claves: amenaza de parto prematuro, factores de riesgo, embarazadas, infección de vías urinarias.

Summary

The threat of premature birth is an important is an important health problem around the world that could have a multifactorial origin, occupying the 7th place among the top 10 causes of female morbidity. The present study/investigation is aimed to determine the risk factors related to premature birth in the Basic Hospital of San Vicente de Paul from Pasaje canton, period march-august, 2017: specifically, to determine the incidence of premature birth threat, to identify the most affected age group, to identify the major risk factors related to premature birth threat and to socialize an educational program on prevention of prevention of birth threat in pregnant patients/women.

The type of study is retrospective, descriptive, quantitative, and has a transversal cut with a universe of 896 patients hospitalized in the area of Gynecology and obstetrics from which 91 met the inclusion criteria; Data collection tokens were used as an instrument from clinical histories of patients who were hospitalized with a diagnosis of premature birth threat. It was determined that: the incidence of premature delivery is a 27.2%, the age group with the most affected pregnant women is between 16 and 25 years of age with a 57.1% and the main risk factors related to the risk of premature birth are urinary tract infections with a 47% and vaginal infections with a 25%.

KEY-WORDS: threat of premature birth, risk factors, pregnant, urinary tract infection.

3 Introducción

La amenaza de parto prematuro, consiste en la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 2 en 10 minutos, 4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos, acompañadas de cualquiera de las siguientes condiciones: rotura de membranas, dilatación cervical ≤ 3 cm, borramiento ≤ 50% ó cambios cervicales detectados en exámenes seriados entre las 22 y 36,6 semanas de gestación (Espinoza V. , 2015).

La frecuencia de amenaza de parto pretérmino, según las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología, es de 11% en USA, en Europa es de 5- 7%, en América Latina la frecuencia es de 7% (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2014).

En Ecuador, en el año 2016 se registró un total de 11392 casos de amenaza de parto pretérmino (Falso trabajo de parto – CIE-10: O.47) con un porcentaje de morbilidad de 1,57%, ocupando el 7 lugar entre las 10 principales causas de morbilidad femenina; y se registró además una frecuencia de 3620 casos de parto prematuro (CIE-10: O.60) en todo el país durante ese año (INEC, 2016).

En nuestra provincia, Loja, en el año 2013 se reportó un total de 513 casos de amenaza de parto prematuro, que correspondió al 1,32 % del total de egresos hospitalarios de la provincia (INEC, 2013)

Los índices de parto prematuro oscilan entre el 6% y el 12% en los países desarrollados y generalmente son más altos en los países en vías de desarrollo. Aproximadamente el 40% de todos los partos prematuros se produce antes de las 34 semanas y el 20% antes de las 32 semanas (Lang & Iams, 2012).

De las 6.3 millones muertes estimadas de niños menores de cinco años en 2013, las complicaciones del nacimiento prematuro representaron casi 1.1 millones de muertes, según nuevos hallazgos publicados recientemente por la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg, junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Escuela de Higiene & Medicina Tropical de Londres. Los países con el mayor número de muertes anuales de recién nacidos por complicaciones del nacimiento prematuros son: India (361.600), Nigeria (98.300), Pakistán (75.000), República Democrática del Congo

(40.600), China (37.200), Bangladesh (26.100), Indonesia (25.800), Etiopía (24.400), Angola (15.900) y Kenia (13.300).

En total, unos 35,000 niños y niñas mueren cada año en América Latina por complicaciones del nacimiento prematuro. Brasil encabeza la lista de países con el mayor número de niños que mueren por complicaciones del parto prematuro en la región, con 9.000 cada año, seguido por México (6.000), Colombia (3.500), Argentina (2.400), Venezuela (2.200), Perú (2.000), Guatemala (1.900), Bolivia (1.600), Ecuador (1.500) y Honduras (1.100).

Según la Organización Mundial de la Salud las causas más frecuentes del parto prematuro son los embarazos múltiples, las infecciones y las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión; aunque en la mayoría de los casos no se identifica la causa (OMS, 2016).

El estudio de Molina (México, 2011) objetivizó identificar los factores maternos asociados con parto pretérmino espontáneo versus nacimiento por cesárea. En el análisis bivariado se asociaron con pre término espontáneo: control prenatal deficiente y madre menor de 20 años; para nacimiento pretérmino por cesárea: infección de vías urinarias y rotura prematura de membranas amnióticas mayor de 24 horas (Molina, Panduro, & Quezada, 2011).

En un estudio realizado en Cuba el año 2014 concluyeron que las principales causas determinadas para amenaza de parto prematuro son: infecciones vaginales y urinarias, y antecedentes de partos pretérmino (Retureta, Retureta, León, Rojas, & Álvarez, 2014)

Por la problemática documentada a nivel nacional y local y al no tener una estadística bien clara sobre la incidencia y causas de amenaza de parto prematuro consideramos que es importante conocer: los principales factores de riesgo relacionados con la presentación de Amenaza de Parto Prematuro, en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico San Vicente de Paúl del Cantón Pasaje, durante el periodo Marzo – Agosto 2017.

De acuerdo a las prioridades de investigación de la Universidad Nacional de Loja, Facultad de Salud Humana este estudio se encuentra en la línea de “Salud y enfermedad materno-infantil en la Región Sur del Ecuador o de la Zona 7”.

De esta manera el presente trabajo investigativo tiene como objetivo general: Determinar los factores de riesgo relacionados con la presentación de amenaza de parto prematuro, en pacientes atendidas en el servicio de Gíneco-Obstetricia del Hospital Básico San Vicente de Paúl del Cantón Pasaje durante el periodo Marzo – Agosto 2017. Y objetivos específicos: Determinar la incidencia de amenaza de parto prematuro durante el periodo marzo – agosto 2017; Identificar cual es el grupo etario de las pacientes gestantes más afectado; Identificar los principales factores de riesgo en las pacientes que presentan amenaza de parto prematuro; Planificar y socializar un programa educativo sobre prevención de amenaza de parto prematuro en las pacientes gestantes.

4 Revisión de literatura

4.1 Embarazo

4.1.1 Definición. La FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) define el embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del concepto en la mujer, el embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. Y la definición legal del embarazo según la OMS (Organización Mundial de la salud), el embarazo comienza cuando termina la implantación que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 0 6 días después de la fecundación).

4.2 Parto

4.2.1 Definición. Es la expulsión de un feto con un peso igual a mayor de 500g, igual o mayor a las 22 semanas completas, para otras 20 semanas, contadas desde el primer día de la última menstruación.

4.2.2 Fases del parto.

4.2.2.1 Quiescencia. Preludio al parto, que se refiere a la falta de respuesta contráctil, ablandamiento cervical.

4.2.2.2 Activación. Preparación para el trabajo de parto con maduración del cuello uterino**.**

4.2.2.3 Estimulación. Procesos del trabajo de parto; contracción uterina, dilatación del cuello uterino, expulsión fetal y placentaria.

***4.2.2.4 Involución*.** Recuperación de la parturienta reparación del cuello uterino y amamantamiento.

4.2.3 Trabajo de parto.

4.2.3.1 Definición. Es el conjunto de fenómenos fisiológicos que tiene por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos. Tomando en cuenta la presencia de

contracciones uterinas que producen borramiento y dilatación demostrables del cuello uterino.

4.2.3.2 Movimientos Cardinales

- Descenso
- Flexión
- Rotación interna
- Extensión
- Rotación externa
- Expulsión (C, 2014)

4.2.3.3.Fases del trabajo de parto

4.2.3.3.1 Fase Latente. La fase latente es el período del parto que transcurre entre el inicio de las contracciones uterinas regulares con modificación cervical hasta los 4 cm de dilatación.

4.2.3.3.2 Fase Activa. La fase activa es el período del parto que transcurre entre los 4 cm y los 10 cm de dilatación y se acompaña de dinámica regular. La duración de la fase activa del parto es variable entre las embarazadas y depende de la paridad. Su progreso no es necesariamente lineal. La duración de la fase activa del parto puede establecerse de la siguiente manera:

En las primíparas:

- El promedio de duración es de 8 horas.
- Es poco probable que dure más de 18 horas.

En las multíparas:

- El promedio de duración es de 5 horas.
- Es poco probable que dure más de 12 horas. (Publica, 2015)

4.3 Parto pretérmino

4.3.1 Definición. Nacimiento de un infante antes de las 37 semanas cumplidas de gestación.

4.3.2 Clasificación. Los recién nacidos producto de parto pretérmino se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional:

Prematuro Tardío.34-36 semanas de gestación

Prematuro moderado. 32-33 semanas de gestación

Muy prematuro. 28-31 semanas de gestación

Prematuro Extremo: menor a 28 semanas de gestación(Espinosa Magdalena, Calero Edgar, 2015)

4.3.3 Amenaza de parto pre término.

4.3.3.1 Definición. Se define cuando el embarazo es desde la semana 22 y 36,6 semanas de gestación. Se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 en cada 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos con borramiento del cérvix uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm.

4.3.4 Trabajo de parto pretérmino.

4.3.4.1 Definición. Dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto prematuro (4 contracciones en 20 minutos u 8 en 1 hora), pero con modificaciones cervicales mayores, tales como borramiento del cérvix mayor al 80% y una dilatación mayor de 2 cm. También llamado parto pretérmino establecido cuando la dinámica uterina es mayor. (Susacasab, 2013).

4.4 Factores desencadenantes de la amenaza de parto prematuro

4.4.1 Factores Socio demográficos.

4.4.1.1 Condición ambiental. Niveles excesivos de dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno y monóxido de carbono en el ambiente se han asociado con la prematuridad.

4.4.1.2 Lugar de residencia. Las mujeres que residen en áreas urbanas acuden a más consultas que algunas que viven en áreas rurales dichas áreas tienen menos oportunidad de

cuidados especializados y por consecuencia existe una incidencia mayor de mortalidad materna.

4.4.1.3 Estado civil. El estado civil soltero de la gestante es una condición muchas veces relacionado a la amenaza de parto prematuro.

4.4.1.4 Nivel de instrucción. El bajo nivel cultural está asociado a parto prematuro porque la asociación que tiene con el nivel bajo económico siendo dependiente el uno del otro.(Panta, 2013)

4.4.1.5 Actividad Laboral. El trabajo puede representar un importante estrés, no sólo físico sino también psicológico, que puede repercutir negativamente en la gestación, ya que puede provocar retraso del crecimiento y/o contracciones. Los trabajos que requieren estar de pie todo el día se asocian a una mayor tasa de prematuridad, relacionada con las horas trabajadas por semana.

En los casos en los que la embarazada ha de pasar el día sentada, es importante adoptar una posición adecuada, con la espalda recta y los hombros relajados, y utilizar medias compresivas para evitar las varices, procurando que no compriman el abdomen.

En las profesiones que comportan un cambio continuo de horarios se ha observado un mayor índice de abortos, de retrasos del crecimiento fetal y de partos prematuro. Se debe procurar, por tanto, reducir el número de guardias y evitar situaciones de estrés mantenidas.

Deben evitarse totalmente durante la gestación aquellos trabajos que impliquen el uso de la fuerza, o se realicen en locales con materiales insalubres, con deficientes sistemas de ventilación, refrigeración o limpieza.

4.4.1.6 Control prenatal. Los controles prenatales generalmente son consultas médicas que explican a la madre todos los cambios fisiológicos que van a sufrir durante su embarazo. Además de instruirlas sobre la importancia de llevar un adecuado régimen de alimentación.

Estas citas deben incluir talleres de entrenamiento que sirvan como preparación para el parto, así como apoyo psicológico, es allí donde hay falencias, porque debe haber un

acompañamiento a la madre y más si es primípara, se siente vulnerable, es un estado nuevo y diferente, su cuerpo cambia. Las madres que no asisten a estos controles, por ende, están dejando de realizarse importantes exámenes que podrían dar complicaciones más adelante o si la gestante sufre de alguna enfermedad que podría poner en riesgo su vida y la del feto.

4.4.1.7 Hábito del Tabaquismo y Alcoholismo. El hábito del tabaquismo se asocia a la amenaza de parto prematuro debido a que la nicotina atraviesa y se concentra en el feto y el líquido amniótico (18% en la sangre fetal y el 88% en el líquido amniótico, causando vasoconstricción placentaria, alteraciones del simpático con aumento de la frecuencia cardíaca fetal, en el caso del alcohol la presencia de monóxido de carbono, causa; la formación de car oxihemoglobina lo cual disminuye el nivel de oxigenación fetal por bloquear irreversiblemente a la hemoglobina, produciendo una muerte fetal y como consecuencia el parto prematuro.(Pohlmann, Flávia Conceição; Kerber, Nalú Pereira da Costa, Abril, 2016)

4.4.2 Factores Maternos.

4.4.2.1 Edad Materna. Es uno de los factores asociados a la prematuridad entre las menores de 20 años y mayores de 34 años debido a que más joven sea una embarazada, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongado y partos operatorios, tanto fórceps como cesáreas.

4.4.2.2 Desnutrición. La desnutrición materna es un factor esencial a tener en cuenta, por sus consecuencias desfavorables para el binomio madre-hijo. Al respecto, se estima que es vital atender rigurosamente a las gestantes malnutridas por defecto, dada su gran influencia sobre las complicaciones infecciosas por una falla en la exudación de neutrófilos polimorfonucleares en los lugares de inflamación debido a la restricción de proteínas manifestados clínicamente por la no ganancia ponderal. La malnutrición materna es una condición que permite la colonización de la vagina por gérmenes polimicrobianos alterando el pH vaginal, favoreciendo el desarrollo de la flora anaeróbica y aumentando la virulencia de los gérmenes que se encuentran en vagina.

Se ha encontrado que el 90% de los líquidos amnióticos de gestantes malnutridas carecen de actividad antimicrobiana, permitiendo la infección fetal y reafirmando una vez más la relación que existe entre la desnutrición materna y una de las principales causas de prematuridad.(Robertho, Febrero,2013)

4.4.2.3 Bajo peso materno. Este factor ha demostrado una estrecha asociación con el parto prematuro, sobre todo cuando el peso es inferior a 55 Kg en la semana 20 de gestación.

Se ha visto que las mujeres con peso bajo o que aumentan muy poco durante el embarazo tienen claramente más posibilidades de tener hijos de bajo peso al nacer, partos pretérmino o lactantes con APGAR bajo.

Índice de masa corporal (IMC): fórmula matemática que relaciona peso y talla, útil para evaluar el estado nutricional de la gestante.

- Bajo peso materno: gestante con IMC < 19.8.
- Normo peso materno: gestante con IMC 19.8 a 26.0
- Sobre peso materno: gestante con IMC 26.1 a 29.0
- Obesidad materna: gestantes con IMC > 29.0

4.4.2.4 Talla materna. Una estatura inferior a 1.55 cm. Se ha relacionado también con un aumento de la tasa de prematuridad, aunque algunos autores opinan que este factor está relacionado con el bajo peso al nacimiento que con la prematuridad misma.(Carlos L. , 2013)

4.4.2.5 Reacciones alérgicas. Otro mecanismo potencial para el trabajo de parto prematuro es un fenómeno inmunológicamente mediado inducido por un mecanismo alérgico. El término „alergia‟ se refiere a desórdenes causados por la respuesta del sistema inmunológico a un antígeno inofensivo. Los componentes requeridos en una reacción alérgica son: 1) alérgeno; 2) producción de IgE por células B (Th-2); y, 3) el sistema efector formado por los mastocitos, los mediadores liberados por estas células y los órganos blanco, como el músculo liso bronquial en el asma o el músculo liso gastrointestinal en las alergias alimentarias.

Las pruebas que sugieren la presencia de un proceso alérgico en algunos casos de trabajo de parto pretérmino incluyen:

- El feto es expuesto a alérgenos comunes (es decir, ácaro de polvo de casa); estos compuestos han sido descubiertos tanto en LA, en el segundo trimestre del embarazo, como en la sangre fetal.
- Las concentraciones del alérgeno son más altas en sangre fetal que en la sangre materna.
- La reactividad específica del alérgeno ha sido mostrada en la sangre de cordón umbilical, incluso en la semana 23 de la gestación.
- El embarazo es considerado un estado en el cual hay preponderancia de citoquinas Th2, que favorecen la producción de Ig E por las células B.
- El útero es una fuente rica de mastocitos, varios productos del mastocito pueden inducir la contractilidad miometrial (histamina y prostaglandinas).
- La degranulación farmacológica de los mastocitos induce contractilidad miometrial.(Espinoza, 2012)

4.4.3 Antecedentes obstétricos.

4.4.3.1 Parto pretérmino anterior. Un parto prematuro anterior se aumenta el riesgo en el actual, incluso si el primer parto prematuro fue indicado (ósea no espontáneo) y tiende a ocurrir en la misma edad gestacional que el anterior.

4.4.3.2 Período intergenésico. Menor de 12 meses el número de embarazos previos es un factor de riesgo que se asocia con la edad e incluye todos los primeros embarazos en cualquiera de los extremos del aspecto de la edad fértil.

4.4.3.3 Aborto. El aborto inducido anterior se relaciona con parto muy prematuro (<33 semanas), y abortos involuntarios espontáneos anteriores se relacionan con mayor riesgo de ruptura prematura de membranas y parto prematuro.

4.4.3.4 Embarazo múltiple. Constituye uno de los riesgos más elevados de la prematuridad. Casi la mitad de los embarazos dobles y prácticamente todos los embarazos múltiples con más de dos fetos, culminan antes de llegar a las 37 semanas, por lo cual su duración promedio es más corta cuanto el número de fetos que crecen en el útero en forma

simultánea es mayor (36 semanas para los gemelares, 33 semanas para los triples y 31 semanas para los cuádruples).Se debe de tener en cuenta que en el embarazo múltiple se produce una sobre distensión del útero que puede exceder su capacidad de compensación por lo cual causa parto prematuro. El estiramiento de las miofibrillas uterinas y de los puentes de unión entre ellas, activaría los receptores de la oxitocina y la síntesis de prostaglandinas de origen amniótico, decidual y cervical.(Morgan Fred; Ortiz Ariana; Sánchez Francisco, 2010)

4.4.4 Factores Gineco-Obstétricos.

4.4.4.1 Preeclampsia. La preeclampsia se caracteriza por presión arterial elevada superior a 140/90 mm Hg acompañada de la eliminación de proteínas por la orina (proteinuria) o de retención de líquidos (edema) que se desarrolla entre la semana 20 del embarazo y el final de la primera semana después del parto. La preeclampsia se produce en un 5 por ciento de las mujeres embarazadas. Es más frecuente en los primeros embarazos y en las mujeres que ya tienen la presión arterial elevada o sufren un trastorno en los vasos sanguíneos.

El riesgo más importante de la preeclampsia es el desprendimiento prematuro de la placenta de la pared uterina. Los recién nacidos de mujeres preeclampsia tienen de cuatro a cinco veces más probabilidades de tener problemas poco después del parto que los de mujeres que no presentan esta enfermedad. Los recién nacidos pueden ser pequeños porque la placenta funciona mal o porque son prematuros.

4.4.4.2 Corioamnionitis. La corioamnionitis es una infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen, puede ir acompañada de una ruptura prematura de membranas o con el saco amniótico completo. Se asocia a una mayor morbimortalidad materna y neonatal. Puede causar parto pretérmino, dónde las complicaciones son más frecuentes, entre el 2 y el 11% de todos los embarazos y en aproximadamente el 5% de los casos el feto está infectado. Siendo esto más común en los partos prematuros.

4.4.4.3 Oligoamnios. Se refiera a la poca cantidad de líquido amniótico y afecta a menos del 10% de los embarazo, y aunque es más común que se desarrolle en el último trimestre, puede aparecer en cualquier etapa del embarazo. La falta de líquido amniótico permite la compresión del abdomen del feto, lo que limita el movimiento de su diafragma,

además de la fijación de la pared torácica, la falta de líquido amniótico que fluye dentro y fuera del pulmón fetal lleva a hipoplasia pulmonar. Oligohidramnios también se asocia con manchas de meconio sobre el líquido amniótico, anomalías de la conducción eléctrica del corazón fetal, la compresión del cordón umbilical, la mala tolerancia durante el trabajo de parto, restricción en crecimiento uterino, disfunción placentaria, y ruptura prematura de membranas.(Huaroto Karina; Paucca Miguel Angel; Polo Meliza, 2013)

4.4.4.4 Rotura prematura de membranas. La rotura prematura de membranas es quizá la enfermedad que más se asocia con el parto prematuro y con complicaciones neonatales. Cuando la ruptura ocurre antes de las 37 semanas de gestación, suele ser provocadas por múltiples factores entre ellos infecciones, provocando salida de líquido amniótico espontaneo, teniendo complicaciones maternas y fetales, se destacan la prematuréz, amnionitis, endometritis, aumento del índice de cesárea, infecciones fetales y neonatales, hipoxia, deformidades fetales, hipoplasia.

4.4.4.5 Desprendimiento placentario. La separación parcial o total de la placenta de su inserción decidua en el fondo uterino, previa al nacimiento del feto, es la segunda causa de metrorragia en el tercer trimestre. Se origina por disrupción de los vasos sanguíneos de la decidua basal, los vasos sanguíneos de la decidua se rompen y se produce hemorragia en el espacio retro placentario. Otro mecanismo implica un aumento del tono y la presión intramiometral, con lo que se produce el colapso de las venas, de esta manera, la sangre que llega al útero, tiene dificultades para ser evacuada, aumenta entonces la presión sanguínea dentro de los espacios intervellosos alcanzando valores muy altos, hasta que se rompen y dan origen al hematoma y al desprendimiento. Se considera una urgencia obstétrica, ya que pone en peligro la vida tanto de la madre como la del feto.(José, 2014)

4.4.4.6 Infección urinaria durante el embarazo. Las infecciones del tracto urinario (ITU), son quizás las complicaciones médicas que más frecuentemente aparecen durante la gestación y que además pueden tener una repercusión importante tanto para la madre como para la evolución del embarazo.

4.4.4.7 Clasificación.

4.4.4.7.1Bacteriuria asintomática. Es la presencia de bacterias en la orina de la embarazada en ausencia de síntomas clínicos. En general se admite que las tasas de

bacteriuria asintomática (BA) durante el embarazo son similares a las de la población no gestante y se considera que la mayor parte de ellas son previas al embarazo. El diagnóstico se establece mediante un urocultivo que demostrará la presencia de > 100.000 unidades formadoras de colonias (UFC) por mi (bacteriuria significativa) de un único germen uropatógeno (en general, Escherichia Coli) en una paciente sin clínica urinaria. Se debe tener en cuenta que el 20-40% de las BA no tratadas evolucionan a pielonefritis aguda.

La identificación y tratamiento de la bacteriuria asintomática son importantes porque permiten evitar que esta progrese a pielonefritis. Además, es probable que la bacteriuria asintomática sea un factor desencadenante de parto pretérmino y consecuentemente de prematuridad, peso bajo e inmadurez orgánica.

4.4.4.7.2 Cistitis. La cistitis aguda complica de un 1% a un 4% de todos los embarazos, se caracteriza por la presencia de disuria, polaquiuria, micción urgente (síndrome miccional), acompañado a menudo de dolor suprapúbico, orina maloliente y en ocasiones hematuria. La incidencia de cistitis es del 1,5% durante el embarazo (mucho más baja que la de bacteriuria asintomática) y no se ve disminuida su incidencia aunque se trate la bacteriuria asintomática dado que no se desarrollan a partir de ella. En el 95% de los casos de infección es monomicrobiana. Las bacterias aisladas en la orina son similares a las aisladas en casos de bacteriuria asintomática. El germen responsable más frecuente es Escherichia Coli, seguido de Klebsiella spp y Proteus spp.

En una paciente con cistitis, el análisis de orina suele demostrar:

- Sedimento: piuria (en general > 3 leucocitos por campo de 40 aumentos).
- Urocultivo positivo (> 100.000 UFC/ml). La cistitis asociada a dolor lumbar, signos sistémicos de infección y fiebre indican siempre afectación renal.

4.4.4.7.3Pielonefritis aguda. Es una infección de la vía excretora alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones, que suele presentarse en el último trimestre y es casi siempre secundaria a una bacteriuria asintomática no diagnosticada previamente o no tratada correctamente y que ocasiona signos y síntomas muy floridos que alteran el estado general de la paciente. La clínica incluye aparte de sintomatología de cistitis, alteración del estado general, fiebre, sudoración, escalofríos y dolor lumbar intenso y constante, la exploración física suele ser muy demostrativa: la puño percusión lumbar homolateral suele

exacerbar el dolor de manera intensa lo que contrasta con la normalidad de la zona contralateral.

Su incidencia es del 1-2% de todas las gestantes. Las tasas pueden variar en dependencia de que se haga o no cribado de la bacteriuria asintomática y de la eficacia del tratamiento de la misma (un tratamiento adecuado de la bacteriuria asintomática disminuye en un 80% la incidencia de pielonefritis).(Quirós Gabriela, Alfaro Raúl, Bolívar Mariela, 2016)

4.4.4.8 Infección vaginal. Hay evidencia de que la infección es una causa importante, ya que el 40% de todos los casos de parto pretérmino espontáneo presentan amenaza de parto pretérmino con cambios cervicales irreversibles.

Se ha mostrado que la flora del tracto genital anormal en la forma de la vaginosis bacteriana o en la detección de vaginosis bacteriana relacionada con organismos tales como anaerobios, Micoplasma hominis o Gardnerella vaginalis, es asociada con parto pretérmino debido a que estos microorganismos asciendan a través del cervix llegan a la decidua e inician una respuesta inflamatoria lo que conduce a la contracción uterina y modificaciones cervicales.(Carlos G. , 2011)

4.4.5 Factores uterinos.

4.4.5.1. Incompetencia cervical. Un cuello uterino incompetente puede empezar a dilatarse demasiado pronto en el embarazo. Si existe una insuficiencia cervical, es más probable que se presenten los siguientes problemas:

- El trabajo de parto empieza demasiado pronto antes de las 37 semanas.
- La ruptura de fuente se da antes de las 37 semanas.
- Un parto prematuro (precoz).
- Desgarro del cuello uterino en un parto anterior
- Antecedentes de abortos espontáneos en el cuarto mes o más adelante.
- Antecedentes de abortos tardíos.
- Cuello uterino que no se desarrolló normalmente.
- Antecedentes de colonización cervical debido a citologías vaginales anormales.

4.4.5.2. ***Miomatosis.*** La miomatosis uterina es la aparición de fibromas o tumores benignos en el útero, aproximadamente 20% de las mujeres sufre de miomatosis durante su

edad reproductiva (desde su primera menstruación hasta la menopausia), se clasifican por su localización en:

- *Intramurales*: se encuentran en la pared muscular del útero y pueden afectar la fertilidad si miden más de 4 centímetros.
- *Submucosos*: se forman en la superficie del revestimiento uterino y pueden afectar la implantación del embrión**.**
- *Subserosos*: están en la cubierta externa del útero y generalmente no afectan la fertilidad

Estos tumores están presentes tanto en mujeres fértiles como en infértiles, sin embargo, el 80% de los casos de infertilidad por factor uterino se debe a la aparición de miomas uterinos que afectan la cavidad uterina, como es el caso de los intramurales y submucosos.

Asimismo, los miomas uterinos pueden causar complicaciones en el embarazo, tales como:

- Aumento de riesgo de aborto espontáneo
- Retardo del crecimiento fetal
- Parto prematuro debido a que no hay espacio suficiente en el útero
- Obstrucción del canal cervical y del trabajo de parto.(Martín, 2013)

4.5.5.3 Malformaciones congénitas uterinas. Los úteros dobles, bicorne, unicorne, septos e hipoplásicos se relacionan de manera relevante con la amenaza de parto prematuro, en cuya etiología se implican varios factores: deficiente volumen uterino, déficit miometrial y vascular y defecto secretor endometrial.

4.5 Fisiología de la contracción

La contracción uterina está favorecida por la estructura de las células miometriales, que durante la gestación aumentan hasta en 10 su tamaño. Están dotadas de una profusión de miofibrillas insertadas en el sarcoplasma, y poseen receptores intracelulares específicos para estrógenos y progesterona. Pero también existen otros muchos receptores como los adrenérgicos, prostaglandinas y sobretodo oxitocina. Estos últimos aumentan de forma progresiva durante el embarazo, alcanzando en el momento del parto valores 100 veces mayores a los previos a la gestación.

El sistema contráctil del Miometrio es semejante a la de la musculatura estriada, se basa en la liberación de energía producida por la reacción del ATP, actomiosina (actina + miosina) e iones (Ca y Na). La unión entre actina y miosina es esencial para que se produzca la contracción.

La acción hormonal también es importante para que la fibra muscular uterina adquiera su capacidad de contraerse durante el parto.

- Estrógenos: son los responsables de la síntesis de miosina durante la gestación, también elevan el potencial de membrana haciendo la contracción más eficaz
- Progesterona: al contrario que los estrógenos, favorecen la relajación uterina, inhiben la formación de los gap junctions, incrementa la formación de receptores beta-adrenérgicos.
- Oxitocina: fundamentalmente favorece el trasporte de Ca en la membrana celular (favorece la contracción).La vida media de la oxitocina es muy corta de ahí la importancia de tener muchos receptores de oxitocina para poder rentabilizara al máximo.
- Prostaglandinas: aumentan la permeabilidad de la membrana celular al calcio.

Son las PG E y f2a las que realmente tiene poder oxitócico

4.5.1 Características fisiológicas y clínicas de las contracciones. El inicio del parto tiene lugar cuando la gestante comienza a tener contracciones uterinas rítmicas, dolorosas, de más de 30 mmHg y frecuentes (3 en 10 minutos), con repercusión cervical e iniciada la dilatación (2 cm o más), en el parto prematuro; tales signos se componen de cuatro o más contracciones uterinas en una hora desde la semana 21 y antes de las 37 semanas de gestación.

Cada contracción se puede dividir en una fase de ascenso o sístole, una fase breve de meseta en la que se mantiene la presión máxima y una fase de diástole o de relajación, en la que no llega a desaparecer el tono uterino que se mantiene en unos 10 mmHg (tono basal del útero).

La contracción o sístole tiene unas características definidas de:

1. Intensidad.
2. Frecuencia.
3. Duración.

La intensidad viene dada por la presión máxima alcanzada en el acmé de la contracción, sin restarle el tono basal. En la práctica, la intensidad es la amplitud, y en este sentido se entiende como la altura de la presión intrauterina sobre el tono basal. Supera los 40 50mmHg. El aumento excesivo de intensidad se denomina hipersistólia y su disminución, hiposistólia.

La frecuencia de las contracciones varía según el caso y el momento del parto, pero suelen repetirse cada 2 o 4 minutos, contando desde el acmé de una contracción al de la siguiente. El aumento de la frecuencia se denomina polisistólia y la disminución, bradisistólia.

La duración real de una contracción se cuenta desde que comienza a ascender la onda hasta el punto en que adquiere de nuevo el tono basal, alrededor de 3 minutos. Hay que distinguir la duración real de la clínica. Esta viene determinada por el período en que la contracción es externamente palpable, lo que suele suceder a partir de los 20 mmHg, de forma que la duración clínica oscila sobre los 60-70 segundos y es el período verdaderamente efectivo.

El punto en que la contracción se hace dolorosa recibe el nombre de umbral de

Polaillon y depende de la sensibilidad individual de cada mujer. La onda contráctil comienza en uno de los cuernos uterinos a nivel del ostium tubárico en condiciones normales y se propaga en dirección descendente al resto del órgano.

Se ha comprobado la existencia de un triple gradiente descendente, (comienza antes, es más intensa y dura más en el fondo que en el cuerpo que en el cuello):

- Gradiente de propagación: la contracción se propaga de arriba hacia abajo.
- Gradiente de intensidad: al ser más gruesa la pared en el fondo, es aquí donde es más intensa la contracción.

- Gradiente de duración: todo el miometrio se relaja simultáneamente, por tanto si la contracción se origina en el fondo, aquí es donde tendrá mayor duración.(José D. , 2013)

4.6 Diagnóstico

4.6.1 Anamnesis. En la evaluación exhaustiva de la paciente se debe realizar la anamnesis incluyendo y haciendo énfasis en lo siguiente:

- Percepción de los síntomas, características, inicio, duración, desencadenantes.
- Presencia de descarga vaginal y sus características.
- Síntomas asociados al motivo de consulta principal.
- Interrogar por síntomas urinarios sugerentes de infección urinaria y otros como las infecciones genitales.
- Situaciones desencadenantes del evento, incluyendo las emocionales que pueden llevar a irritabilidad uterina momentánea y temporal.
- Edad gestacional actual.- Para esto se utilizará una fecha de última menstruación confiable y/o ultrasonido del primer trimestre o segundo trimestre en caso de faltar el anterior.
- Interrogar sobre los antecedentes personales.- Se debe valorar si existen enfermedades que puedan ser las causantes de los síntomas o ser contribuyentes en los mismos, empeorando así su cuadro de manifestaciones clínicas. (Sebastián, 2014)

4.6.2 Examen físico. En la evaluación clínica de la paciente se debe realizar un adecuado examen físico que tiene como objeto aclarar el diagnóstico, descartar otras entidades etiológicas y posibles causas desencadenantes.

4.6.3 Exhaustiva y detenida exploración abdominal. Este punto es de vital importancia, se debe realizar con la mayor precisión y destreza posible, buscando determinar la altura uterina, posición, presentación, encajamiento y frecuencia cardíaca fetal, es de suma importancia determinar clínicamente la actividad uterina, valorando su frecuencia, duración y es crucial determinar su relación con el dolor manifestado por la paciente.

La actividad uterina normal durante el embarazo que puede ser percibida por la paciente, examen clínico o tocodinamometría, corresponde a las contracciones de Braxton Hicks, las cuales tienen un aumento progresivo de la frecuencia durante la gestación.

La característica de estas contracciones

- Son de corta duración, habitualmente menores de 30 segundos y preferencialmente indoloras.
- El patrón anormal de contracciones uterinas durante el embarazo se caracteriza por ser
- progresivas, dolorosas o causar molestias a la paciente y su frecuencia supera la máxima normal para la edad gestacional del embarazo. Lo anterior se traduce de manera práctica en tener 4 o más contracciones durante 20 minutos de evaluación clínica.

Aunque la probabilidad del parto pretérmino aumenta con el incremento de la frecuencia de las contracciones uterinas, esto no es clínicamente útil para predecir el parto pretérmino.

En la mitad de las pacientes que se quejan de contracciones prematuras no se demuestran cambios cervicales, el parto pretérmino no se presenta y se mejoran sin tratamiento o sea que no requieren útero inhibición, se debe adicionalmente realizar el examen abdominal con la intención de buscar otras patologías causantes de dolor o del motivo de consulta de la paciente.(Carlos I. , 2011)

4.6.4 Ecografía transvaginal. Numerosas publicaciones han demostrado relación inversa entre la longitud del cérvix y el riesgo de parto pretérmino. El valor predictivo es menor en la población general y aumenta en población de riesgo.

Los parámetros más utilizados son:

- ***Longitud cervical*:** determinada por la medida de la distancia entre el orificio interno y el orificio cervical externo.
- ***Dilatación orificio-cervical interno (OCI):***definida como forma del canal en U (abalonado) o en V (túnel), cuya base sea mayor o igual a 5 mm y su profundidad medida desde el borde lateral mayor o igual a 3 mm.

Índice cervical: definido como:

$$\frac{\text{Medida de profundidad del embudo (túnel)} + 1}{\text{Longitud cervical}}$$

4.6.5 Prueba de fibronectina. La fibronectina es una glucoproteína que es producida por amniocitos y por el citotrofoblasto. Está presente durante toda la gestación en todos los embarazos. No está sujeta a polimorfismo genético. Existen niveles muy elevados en el líquido amniótico (100 µg/ml) en el segundo trimestre, y 30 µg/ml a término. Se localiza en la interfase materno-fetal de las membranas amnióticas, entre el corion y la decidua, donde se concentra en esta área entre la decidua y el trofoblasto. La concentración de la proteína fibronectina fetal hallada en la sangre es 1/5 que lo que se halla en el líquido amniótico; no está presente en la orina. En condiciones normales, esta glucoproteína permanece en esta área entre el corion y la decidua, y se encuentra a niveles muy bajos en las secreciones cervicovaginales después de las 22 semanas (menos de 50 ug/ml). Los niveles por encima de este valor (superior o igual a 50 ug/ml) al término de 22 semanas o más en las secreciones cervicovaginales extraídas por un hisopo se han asociado con un mayor riesgo de partos prematuros espontáneos.(Rocío, 2012)

4.7 Tratamiento

4.7.1 Hidratación. El uso de hidratación para controlar la actividad uterina está basado en que la rápida administración de fluidos bloqueaba la liberación de la hormona antidiurética (ADH) y de oxitocina, a través de la expansión del volumen sanguíneo. Pero la administración de hidratación no está exenta de riesgos, puesto que si ésta es seguida y /o asociada con uso de tocolíticos, incrementara la posibilidad de edema pulmonar.

No se discute el beneficio general a que conduce esta intervención en aquellas pacientes con evidencia de deshidratación.(Ochoa Germán, Romero David, 2010)

4.7.2 Progesterona. Su utilidad se basa en su rol fisiológico en el mantenimiento del embarazo. En una revisión de Cochrane evaluando los pros y contras de la progesterona, se encontró que su uso intramuscular se asocia a una disminución del riesgo de parto prematuro antes de las 37 semanas de gestación y peso al nacer mayor de 2500 g. Existe amplia evidencia que apoya el uso de progesterona como prevención de amenaza de parto

prematuro en pacientes de alto riesgo iniciando tempranamente en el 2º trimestre hasta las 36 semanas, pero no como agente tocolítico en mujeres sintomáticas. La dosis recomendada es 250 mg intramuscular de progesterona semanalmente, comenzando entre la semana 16 y 20 y continuar hasta la semana 36 o el parto. (Vilma, 2013)

4.7.3 Tocolíticos. Su principal indicación es para las gestantes que están con amenaza de parto pre término para poder prolongar el nacimiento, por lo menos en 48 horas. Lo cual permitirá el efecto máximo de los glucocorticoides antenatales que disminuirán la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos prematuros.

Solo se realizará uteroinhibición de ataque durante 48 a 72 horas. Los objetivos fundamentales de la uteroinhibición son:

- Retardar el parto hasta lograr el efecto de los esteroides en la maduración pulmonar.
- Evitar el parto pretérmino por causas temporales autolimitadas como la píelonefritis, cirugía abdominal, etc, en las cuales es improbable que causen recurrencia de trabajo de parto pretérmino.
- Edad gestacional mayor de 24 y menor de 36 semanas.

Se consideran contraindicaciones generales para la uteroinhibición las siguientes:

- Muerte fetal
- Anomalía fetal letal
- Corioamnionitis
- Restricción de crecimiento intrauterino
- Hemorragia materna con inestabilidad hemodinámica
- Preeclampsia severa o eclampsia y las relacionadas con el medicamento que se vaya a emplear.(Luis, 2012)

4.7.4 Fármacos utilizados para inhibir el trabajo de parto pretérmino.

4.7.4.1 Agonistas Beta-adrenérgicos. Los betaagonistas administrados por vía parenteral para impedir el trabajo de parto pretérmino, demoran el trabajo de parto durante no más de 48 h, no han conseguido modificar de forma apreciable el pronóstico perinatal y tienen muchos efectos secundarios maternos y fetales

Los betamiméticos producen retención de sodio y agua, pudiendo generar una sobrecarga de volumen a las 24-48 h de infusión.

Protocolo intravenoso recomendado: Inicio: 50 microgramos/ min aumentado 50 microgramos/ 10 min, hasta conseguir tocólisis, dosis máxima 350 microgramos/min.

Cuando se consigue tocólisis: mantener dosis durante 60 min y después disminuir 50 microgramos por minuto cada 30 min, hasta la dosis mínima eficaz. Si aparece de nuevo dinámica uterina repetir el proceso.

Efectos secundarios maternos

Cardiovasculares: Palpitaciones, temblor, taquicardia, cefalea, nauseas, vómitos, ansiedad, nerviosismo, dolor torácico, disnea, edema agudo de pulmón (la causa parece ser multifactorial).

Metabólicos: Hiperglucemia, hipocaliemia, acidosis láctica, aumento de ácidos grasos.

Efectos secundarios fetales: Taquicardia.

Efectos secundarios en el recién nacido: Hipertrofia del tabique interventricular.

Contraindicaciones: Cardiópatas, hipertiroidismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus.(José L. , 2011)

4.7.4.2 Bloqueantes de los Canales del Calcio. Inhibe la entrada de calcio en la célula muscular lisa, se metabolizada en el hígado y se excreta por riñón y heces.

Es rápidamente absorbida por tracto gastrointestinal alcanzando niveles detectables en sangre a los 5 minutos de la administración sublingual y a los 20 minutos de la administración oral (la concentración plasmática es máxima al cabo de 1 hora), atraviesa rápidamente la placenta y la concentración en suero materno y en el feto son comparables.

Dosis:

- Nifedipíno: 10 mg vía oral cada 20 minutos por 3 dosis, luego 20 mg cada 4-8horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas.

Contraindicaciones:

- Hipotensión materna (tensión arterial < 90/50)
- Fallo cardiaco congestivo
- Estenosis aórtica
- Alergia conocida al fármaco (Riscarle, 2011)

4.7.5 Maduración pulmonar: El uso de corticoides se considera beneficioso para estimular la maduración pulmonar con el uso de esteroides para gestaciones entre las 24 y 34 semanas.

Se debe considerar la maduración pulmonar luego de la semana 34 solo en aquellas pacientes que tengan entidades que retrasen la madurez pulmonar como la Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) o en los casos donde se haya documentado inmadurez pulmonar por alguna prueba, solo se debe administrar un solo ciclo de esteroides para lograr la madurez pulmonar ya que la administración repetida no ha mostrado beneficios y por el contrario se han evidenciado mayores riesgos con la repetición de los ciclos como sepsis neonatal temprana, corioamnionitis, endometritis y muerte neonatal.

Los cursos repetidos de corticosteroides antes del parto se asociaron con una reducción del riesgo de parálisis cerebral pero con un aumento subsecuente de trastornos de conducta agresivo-destructiva, hiperactividad, y distractibilidad.

El tratamiento reduce el riesgo de hemorragia intra ventricular en el recién nacido y la betametasona se asocia con menos leucomalacia peri ventricular.

Los medicamentos a utilizar son:

- Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas por 2 dosis.
- Dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por cuatro dosis.(Chang C. Torres. E, Laspina. C, Salas., 2013)

5 Materiales y métodos

5.1 Enfoque de la investigación

Cuantitativo – cualitativo.

5.2 Tipo de estudio

5.2.1 Descriptivo. Debido a que el estudio estuvo encaminado a establecer la situación de las variables de parto prematuro y los factores de riesgo en la población estudiada. Identificando la frecuencia de amenaza de parto prematuro, y los principales factores de riesgo.

5.2.2 Retrospectivo. Ya que se tomó información de los casos de amenaza de parto prematuro ocurridos y registrados en el pasado.

5.2.3 Transversal. Debido a que las variables se las estudio en un punto específico de tiempo.

5.3 Área de estudio

Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico San Vicente de Paúl del cantón Pasaje, provincia El Oro, periodo Marzo-Agosto del 2017.

5.4 Universo y muestra

5.4.1 Universo: Conformado por 896 pacientes que estuvieron hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico San Vicente de Paúl del cantón Pasaje, provincia El Oro, durante el periodo Marzo-Agosto del 2017.

5.4.2 Muestra: Constituida por 91 pacientes embarazadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, que estuvieron hospitalizadas en el servicio de Ginecología del Hospital Básico San Vicente de Paúl, durante el periodo Marzo-Agosto del 2017.

5.5 Criterios de inclusión y exclusión

5.5.1 Criterios de inclusión. Pacientes con embarazo entre 22 a 36,6 semanas, hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Básico San Vicente de Paúl, con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, periodo Marzo – Agosto 2017.

5.5.2 Criterios de exclusión.

- Pacientes hospitalizadas con embarazo a término.
- Pacientes hospitalizadas con otras patologías Ginecológicas.
- Historias clínicas con deficiencia en su realización.

5.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El instrumento utilizado fue las historias clínicas de las pacientes que fueron ingresadas con amenaza de parto prematuro en el Hospital Básico San Vicente de Paúl – Pasaje.

5.7 Procedimiento

- Aprobación del tema de investigación por el Área de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.(anexo 1)
- Oficio al director médico asistencial del Hospital Básico San Vicente de Paúl del cantón Pasaje, provincia El Oro para solicitar acceso al servicio de Ginecología para recolectar la información. (anexo 2)
- Recolección de la información mediante el formulario de recolección de datos (anexo 3) a partir de la revisión de las historias clínicas de las pacientes que fueron hospitalizadas en el servicio de Ginecología, con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, aplicando los criterios de inclusión y exclusión.
- Una vez recogida la información se procedió a la tabulación.
- El programa educativo sobre prevención de amenaza de parto prematuro se lo llevo a cabo en el servicio de emergencia y consulta externa de ginecología, donde se instruyó a las pacientes sobre la importancia de reconocer a tiempo factores de riesgo que pueden desencadenar en un parto prematuro, afectando la estabilidad materno-fetal a futuro y haciendo la entrega de tríptico relacionado con la prevención. (anexo 4)

5.8 Plan de tabulación y análisis de datos

Para el plan de tabulación y análisis de datos se realizó tablas de frecuencia simple en el programa Microsoft Excel 2010. La información se presentó a través de tablas y gráficas de columnas, expresados en frecuencias y porcentajes.

6 Resultados

Tabla 1.

Incidencia de Amenaza de parto prematuro en el hospital San Vicente de Paul del cantón Pasaje, periodo marzo – agosto 2017

Diagnostico	Casos	Porcentaje
Amenaza de parto prematuro	91	27,2%
Hospitalizaciones con otros diagnósticos	244	72,8%
Total de ingresos	335	**100 %**

Fuente: *Historias Clínicas del departamento de estadística del HBSVP - Pasaje*
Elaborado por: *Jandry Efrén Zumba Castillo*

Analisis: Del total de los resultados obtenidos, 91 casos corresponden a casos de amenaza de parto prematuro que representa un 27,2% seguido de otras patologías con 244 casos que representa 72,8%

Tabla 2.

Amenaza de parto prematuro según grupo etario más afectado en el hospital San Vicente de Paul del cantón Pasaje, periodo marzo – agosto 2017

Edad	Nº de casos	Porcentaje
15-19 años	33	36,26%
20-24 años	24	26,37%
25-29 años	16	17,58%
30-34 años	13	14,30%
≥ a 35 años	5	5,49%
Total	**91**	**100 %**

Fuente: *Historias Clínicas del departamento de estadística del HBSVP - Pasaje*
Elaborado por: *Jandry Efrén Zumba Castillo*

Análisis: del total de los resultados obtenidos en cuanto al grupo etario más afectado es de 15-19 años que representan un 36,26%(n=33), seguido del grupo etario de 20-24 años con el 26,37%(n=24), 25-29 años con un 17,58% (n=16), 30-34 años con el 14,30% (n=13) y finamente pacientes mayores de 35 años con un 5,49% (n=5).

Tabla 3.

Factores de riesgo relacionados con amenaza de parto prematuro en el hospital San Vicente de Paul del cantón Pasaje, periodo marzo – agosto 2017

Factores de Riesgo	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
Infección del tracto urinario	43	47 %
Infección vaginal	23	25%
< de 4 controles prenatales	17	19%
Anemia en el embarazo	15	16%
Nivel socioeconómico bajo	11	12 %
Ruptura prematura de membranas	7	8 %
Trastornos hipertensivos del embarazo	7	7 %
Antecedente de Parto pretérmino	7	7%
Ninguno	5	5 %

Fuente: *Historias Clínicas del departamento de estadística del HBSVP - Pasaje*
Elaborado por: *Jandry Efrén Zumba Castillo*

Análisis: en cuanto a los factores de riesgo, las infecciones de vias urinarias se relacionan en mayor porcentaje con la presentacion de amenaza de parto prematuro con un 47% (n=43), seguido de las infecciones vaginales con un 25% (n=23), < de 4 controles durante el embarazo con un 19% (n=17), anemia en el embarazo 16% (n=15), nivel socioeconomico bajo 12% (n=11), ruptura prematura de membranas 8% (n=7), trastornos hipertensivos del embarazo y antecedente de parto pretermino 7% (n=7), y un 5% (n=5) del total de la muestra no presentó ningun factor de riesgo.

7 Discusión

El parto prematuro es un problema de salud perinatal importante en todo el mundo. Los países en desarrollo son los que sufren la carga más alta en términos absolutos.

El presente trabajo investigativo consta de una muestra de 91 pacientes gestantes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro obtenida en el período de estudio Marzo-Agosto del año 2017 que representa una incidencia del 27,2% en el Hospital San Vicente de Paúl del cantón Pasaje que guarda similitud a un estudio realizado en la ciudad de Loja con autoría de Sandra Beatriz López Márquez con el tema: Factores de riesgo en pacientes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja, de agosto a noviembre 2015 que reporta una incidencia del 32%.

Al analizar los resultados se evidenció que el grupo etario más afectado es de 15 - 19 años con un 36,26%, seguido de las pacientes entre 20 – 24 años con un 26,37%, comparándolo con el estudio publicado por Luis R. Esparza con el tema: Determinar los factores de riesgo obstétrico más comunes en las mujeres gestantes internadas en el servicio de Gíneco-obstetricia, del Hospital Regional Isidro Ayora en el periodo de enero a julio de 2014, tiene similitud al describir que él grupo más afectado fue de 15-19 años con el 12% seguida de 25-29 años. Sin embargo en el estudio realizado por Mónica A. Vintimilla con el tema: Características del tratamiento tocolítico en amenaza de Parto pretérmino. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca.2015, evidencio que el mayor número de pacientes afectadas fueron entre 20 a 24 años de edad con un 34%, seguida de las de 15 a 19 (27,5%).

La amenaza de parto prematuro puede tener un origen multifactorial. En la mayoría de casos, desconocemos la causa desencadenante y otras veces, existe una razón más o menos obvia que explique la aparición de la dinámica. Los factores de riesgo encontrados en el presente estudio relacionados con la presentación de amenaza de parto prematuro corresponden a: infecciones de vias urinarias con un 47 %, seguido de las infecciones vaginales con un 25%, < de 4 controles durante el embarazo con un 19 %, anemia en el embarazo 16 %, nivel socioeconomico bajo 12 %, ruptura prematura de membranas 8 %,

trastornos hipertensivos del embarazo y antecedente de parto pretermino 7 %, trastornos placentarios y traumatismos 5%, embarazo multiple y relaciones sexuales durante el embarazo 2 %, corioamnionitis, violencia intrafamiliar y consumo de sustancias psicotropicas 1 %y un 5 % del total de la muestra no presentó ningun factor de riesgo.

En la Guía de práctica clínica (GPC) publicada por el Ministerio de Salud Publica en el año 2013 titulado Infección de vías urinarias en el embarazo, menciona que más del 27% de los partos prematuros tiene una asociación clínica con las infecciones de vías urinarias demostrándose relación con el presente estudio donde se determina que el factor de riesgo relevante está representado por las ITU con un 47%.

En una investigación realizada en Guayaquil con autoría de Olga Verónica estrada Carrillo bajo dirección de la Obst. Mercy Limones con el tema “Factores que desencadenan la amenaza de parto pretérmino estudio realizado en el Hospital materno infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel desde Noviembre del 2012 a Abril del 2013” se encuentra como principal causa la infección de vías urinarias en el 67% y dejando a las infecciones vaginales como la segunda causa con un 24% guardando similitud con el presente estudio con un 47% representado por las IVU y 25% por las infecciones vaginales.

8 Conclusiones

- En el presente trabajo de investigación podemos concluir que de los casos estudiados de la amenaza de parto prematuro como diagnóstico de hospitalización en el área de Gíneco-Obstetricia del “Hospital San Vicente de Paul del Cantón Pasaje” ocupan una alta incidencia.

- Se llegó a conocer que el grupo etario de las pacientes gestantes con más casos de amenaza de parto prematuro fue entre 16 a 25 años de edad.

- Se determinó que los principales factores de riesgo relacionados con la presentación de amenaza de parto prematuro son infección de vías urinarias, infección vaginal, controles prenatales escasos, anemia en el embarazo y nivel socioeconómico bajo.

9 Recomendaciones

- Ministerio de salud pública capacitar periódicamente al personal de salud de los establecimientos periféricos para que se hagan cumplir los protocolos de en atención materna perinatal.

- En atención primaria de salud, el personal médico concientice a las pacientes gestantes sobre la importancia de los controles prenatales regulares durante el embarazo que ayudaran a la identificación de factores de riesgo relacionados con amenaza de parto prematuro.

- Tomando en consideración que las infecciones de vías urinarias son el principal factor de riesgo relacionado con amenaza de parto prematuro, se recomienda el consumo de abundantes líquidos (>2 litros/día), vaciamiento completo de la vejiga en forma frecuente y después de tener relaciones sexuales, aseo genital adecuado y uso de ropa interior de preferencia de algodón.

10 Bibliografía

Espinosa Magdalena, Calero Edgar. (2015). RECIEN NACIDO PREMATURO. *GUIA CLINICA DEL RECIEN NACIDO PREMATURO* , 15.

C, M. N. (2014). *Factores preconcepcionales y concepcionales relacionados con el Trabajo de Parto pretérmino.* Guatemala.

Carlos, E., Magdalena, C., & Edgar, J. (2015). RECIEN NACIDO PREMATURO. *GUIA CLINICA DEL RECIEN NACIDO PREMATURO ,MINISTERIO DE SALUD PUBLICA* , 15.

Carlos, G. (2011). El Rol de la Infección en la Etiología del Parto Prematuro. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* .

Carlos, I. (2011). *Parto Pretérmino en Pacientes del Hospital San Juan de Dios.* ruro-Bolivia.

Carlos, L. (2013). Prevención Parto Prematuro. *Guía Clínica de Prevención Parto Prematuro* .

Carreira, M. (2013). Dieta (Sosa) Hiposódica normal. *Fisterra* .

Chang C. Torres. E, Laspina. C, Salas. (2013). Parto Pretermino. *Normas y Protocolo Materno.Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador* .

Espinoza, J. (2012). Fisiopatología del Síndrome de Parto Pretérmino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* , (54):15-21.

Espinoza, V. (2015). *Deerminación de factore de riesgo que influyen en la presentacion de amenaza de parto prematuro, en pacientes atendidas en el sevicio de Gineco-obstetricia del Hospial Isidro Ayora, en el periodo Enero - Julio de 2014.* Loja: Repositorio UNL.

Huaroto Karina; Paucca Miguel Angel; Polo Meliza. (2013). Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto prematuro. *Revista médica panacea* , 3(2): 2731.

INEC. (2013). *Estadisticas Vitales Y de Salud 2013*. Obtenido de Egresos Hospitalarios: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/

INEC. (2016). *Estadisticas Vitales y de Salud 2016*. Obtenido de Egresos Hospialarios : http://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/

Instituto Nacional Materno Perinatal. (2014). *Guias de Practica clinica y de procedimientos en Obstetriia y Perinatologia*. Obtenido de Amenaza de Parto Pretérmino: //www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/gpcpoyp/III-GuiasClinicas-en-Obstetricia-y-Perinatologia.pdf

José, D. (2013). *Identificación de factores de riesgo para parto pretérmino en pacientes atendidas en la Clínica Rafael Uribe Uribe.* Cali-Colombia.

José, G. J. (2014). *Factores maternos asociados al parto pretérmino.* Tesis doctoral, Lima.

José, L. (2011). Nuevo Enfoque en el Manejo del Parto Prematuro. *Revista Medica de Honduras* , (50):8-15.

Lang, C., & Iams, J. (2012). *Amenaza de Parto Pretérmino*. Obtenido de PROTOCOLOS DE MEDICINA FETAL Y PERINATAL : https://medicinafetalbarcelona.org/es/clinica/images/protocolos/patologia_materna

Luis, G. (2012). *Protocolo de Amenaza de Parto Prematuro. Comisión de Farmacia y Terapéutica. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.* Palma de Mallorca-España.

Martín, A. (2013). *Embarazo Adolescente: Frecuencia y admisión al servicio de Tocoginecología del Hospital "Dr. José R. Vial.* Argentina .

Molina, J., Panduro, G., & Quezada, C. (2011). *Factores aaternos asociados con nacimiento pretermino espontaneo versus pretermino nacido por cesarea.* Mexico: Ginecol Obste Mex 2011.

Morgan Fred; Ortiz Ariana; Sánchez Francisco. (2010). *Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pretérmino.* . Mexico .

Ochoa Germán, Romero David. (2010). Guía para la Atención de la Paciente con Síntomas. *Revista Suramericana de Servicios de Salud* .

OMS. (2016). *Nacimientos prematuros*. Obtenido de Incidencia mundial de parto prematuro: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/

Panta, C. (2013). *Factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto pretérmino.* Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. 2014.

Pohlmann, Flávia Conceição; Kerber, Nalú Pereira da Costa. (Abril, 2016). Parto prematuro: enfoques presentes en la producción científica nacional e internacional. *Revista electrónica trimestral de Enfermería N° 42* .

Publica, M. d. (2015). ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y POSPARTO INMEDIATO. *GUIA DE PRACTICA CLINICA* .

Quirós Gabriela, Alfaro Raúl, Bolívar Mariela. (2016). Amenaza de Parto Pretérmino. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD* .

Retureta, S., Retureta, M., León, O., Rojas, L., & Álvarez, M. (2014). *Mediciego* . Obtenido de Caracterización del parto prematuro en el Municipio Ciego de Ávila : http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2014/mdcs141g.pdf

Riscarle, M. (2011). Parto Pretérmino en Adolecentes. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* , 68(3):141-143.

Robertho, M. (Febrero,2013). *Parto Pretérmino en Adolescentes.*

Rocío, A. C. (2012). *Factores de riesgo materno en pacientes con amenaza de parto prematuro atendidas en el hospital José María Velasco Ibarra.* Tena.

Sebastián, M. (2014). *Diagnóstico y Prevención de la Amenaza de Parto Prematuro Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves.* Tesis Doctoral, Granada-España.

Susacasab, L. (2013). Parto Prematuro . *Guía Clínica de Prevención Parto Prematuro* .

Vilma, O. (2013). *Factores de Riesgo en Adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga.* Latacunga.

11 Anexos

Anexo 1: Oficio de aprobación de proyecto de tesis

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0052 CCM-FSH-UNL

PARA: Sr. Jandry Efrén Zumba Castillo
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 4 de mayo de 2017

ASUNTO: **APROBACIÓN DE TEMA DE PROYECTO DE TESIS**

En atención al tema de tesis presentado por usted, denominado **"FACTORES DE RIESGO RELACIONADO CON LA PRESENTACIÓN DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO, EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIOS DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BÁSICO SAN VICENTE DE PAUL DEL CANTÓN PASAJE"**; luego de su revisión respectiva se procede a **aprobarlo**, por lo que puede proceder a realizar el Perfil del Proyecto.

Con aprecio y consideración.

Atentamente,

Universidad Nacional de Loja
Coordinación Carrera de Medicina

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL
C.c.- Archivo

Anexo Nº 2: Oficio al director médico asistencial del Hospital Básico San Vicente de Paúl del cantón Pasaje, provincia El Oro para solicitar acceso al servicio de Ginecología para recolectar la información

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0295 CCM-FSH-UNL

PARA: **Dr. Mario Vega**
Director Del Hospital Básico San Vicente De Paul

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 20 de septiembre de 2017

ASUNTO: **Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación**

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la **Sr. Jandry Efrén Zumba Castillo**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para poder acceder al libro de estadísticas del área de Ginecología, información que le servirá para la realización de la tesis: titulada **"FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA PRESENTACIÓN DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO, EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO- OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BÁSICO SAN VICENTE DE PAUL DEL CANTÓN PASAJE"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión del Dra. Karina Calva Jiron, Catedrática de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

Universidad Nacional de Loja
Coordinación Carrera de Medicina

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL
C.c.- Archivo
NOT

Anexo N° 3. Formulario de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

"Factores de riesgo relacionados con la presentación de amenaza de parto prematuro, en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Básico San Vicente de Paúl del Cantón Pasaje"

Encuestador: Jandry Zumba Castillo

- **DATOS DE FILIACIÓN:**

1. **Edad:_____**

- **ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:**

1. **Patologías:**
   a. Aborto ( )
   b. Amenaza de parto prematuro ( )
   c. Parto prematuro ( )

- **EMBARAZO ACTUAL:**

1. **Semanas de gestación: _____**

2. **Controles prenatales: _____**

3. **Factores de riesgo:**

   a. Infección del tracto urinario ( )
   b. Infección vaginal:
      Vaginosis ( ) Candidiasis ( ) Tricomoniasis ( )
   c. Ruptura prematura de membranas ( )
   d. Trastornos hipertensivos del embarazo ( )
   e. Diabetes gestacional ( )
   f. Trastornos placentarios ( )
   g. Corioamnionitis ( )
   h. Anemia en el embarazo ( )
   i. Embarazo múltiple ( )
   j. Coito ( )
   k. Violencia intrafamiliar ( )
   l. Consumo de sustancias psicotrópicas ( )
   m. Traumatismo ( )
   n. Ninguno ( )

4. **Resultado de laboratorio**

   a. **Elemental y microscópico de orina**:
      – Infeccioso ( )
      – No infeccioso ( )

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Prof. Joan Morales Abad
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA PRESENTACIÓN DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO, EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BÁSICO SAN VICENTE DE PAÚL CANTÓN PASAJE" autoría del Sr. Jandry Efren Zumba Castillo, egresado de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 17 de Octubre de 2017

"FINE-TUNED ENGLISH" CIA. LTDA. LOJA - ECUADOR

Prof. Joan Morales Abad
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

TÍTULO

"Factores de riesgo relacionados con la presentación de amenaza de parto prematuro, en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Básico San Vicente de Paúl del Cantón Pasaje"

Tesis previa a la obtención del
Título de Médico General

AUTOR:
Jandry Efrén Zumba Castillo

DIRECTORA:
Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

LOJA-ECUADOR

2017

5 Título

"Factores de riesgo relacionados con la presentación de amenaza de parto prematuro, en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Básico San Vicente de Paúl del Cantón Pasaje"

6 Problemática

La amenaza de parto prematuro, consiste en la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 2 en 10 minutos, 4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos, acompañadas de cualquiera de las siguientes condiciones: rotura de membranas, dilatación cervical ≤ 3 cm, borramiento ≤ 50% ó cambios cervicales detectados en exámenes seriados entre las 22 y 36,6 semanas de gestación (Espinoza V, 2015).

La frecuencia de amenaza de parto pretérmino, según las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología, es de 11% en USA, en Europa es de 5- 7%, en América Latina la frecuencia es de 7% (2010, p. 97).

En Ecuador, en el año 2016 se registró un total de 11392 casos de amenaza de parto pretérmino (Falso trabajo de parto – CIE-10: O.47) con un porcentaje de morbilidad de 1,57%, ocupando el 7 lugar entre las 10 principales causas de morbilidad femenina; y se registró además una frecuencia de 3620 casos de parto prematuro (CIE-10: O.60) en todo el país durante ese año (INEC, 2016).

En nuestra provincia, Loja, en el año 2013 se reportó un total de 513 casos de amenaza de parto prematuro, que correspondió al 1,32 % del total de egresos hospitalarios de la provincia (INEC, 2013).

Los índices de parto prematuro oscilan entre el 6% y el 12% en los países desarrollados y generalmente son más altos en los países en vías de desarrollo. Aproximadamente el 40% de todos los partos prematuros se produce antes de las 34 semanas y el 20% antes de las 32 semanas. (Lang C, Iams J. 2013).

De las 6.3 millones muertes estimadas de niños menores de cinco años en 2013, las complicaciones del nacimiento prematuro representaron casi 1.1 millones de muertes, según nuevos hallazgos publicados recientemente por la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg, junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Escuela de Higiene & Medicina Tropical de Londres. Los países con el mayor número de muertes anuales de recién nacidos por complicaciones del nacimiento prematuros son: India (361.600), Nigeria (98.300), Pakistán (75.000), República 2 – Día Mundial del Nacimiento

Prematuro Democrática del Congo (40.600), China (37.200), Bangladesh (26.100), Indonesia (25.800), Etiopía (24.400), Angola (15.900) y Kenia (13.300).

En total, unos 35,000 niños y niñas mueren cada año en América Latina por complicaciones del nacimiento prematuro. Brasil encabeza la lista de países con el mayor número de niños que mueren por complicaciones del parto prematuro en la región, con 9.000 cada año, seguido por México (6.000), Colombia (3.500), Argentina (2.400), Venezuela (2.200), Perú (2.000), Guatemala (1.900), Bolivia (1.600), Ecuador (1.500) y Honduras (1.100).

Según la Organización Mundial de la Salud las causas más frecuentes del parto prematuro son los embarazos múltiples, las infecciones y las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión; aunque en la mayoría de los casos no se identifica la causa (OMS, 2016)

El estudio de Molina (México, 2011) objetivizó identificar los factores maternos asociados con parto pretérmino espontáneo versus nacimiento por cesárea. En el análisis bivariado se asociaron con pre término espontáneo: control prenatal deficiente y madre menor de 20 años; para nacimiento pretérmino por cesárea: infección de vías urinarias y rotura prematura de membranas amnióticas mayor de 24 horas. (Molina JP, Panduro G, Quezada C, 2015).

En un estudio realizado en Cuba el año 2014 concluyeron que las principales causas determinadas para amenaza de parto prematuro son: infecciones vaginales y urinarias, y antecedentes de partos pretérmino. (Retureta S Retureta M, León O, Rojas L, Álvarez M, 2014).

De acuerdo a las prioridades de investigación de la Universidad Nacional de Loja, Facultad de Salud Humana este estudio se encuentra en la línea de “Salud y enfermedad materno-infantil en la Región Sur del Ecuador o de la Zona 7”.

Por la problemática documentada a nivel nacional y local y al no tener una estadística bien clara sobre la incidencia y causas de amenaza de parto prematuro consideramos que es importante: **¿Cuáles son los principales factores de riesgo relacionados con la**

presentación de Amenaza de Parto Prematuro, en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico San Vicente de Paúl del Cantón Pasaje, durante el periodo Marzo – Agosto 2017?

3 Justificación

Hoy en día en una sociedad globalizada e independiente de los nuevos e innovadores avances de la tecnología en el campo de la Salud; el impacto que representa la Amenaza de Parto Prematuro o Pretérmino en la mujer embarazada, la morbimortalidad neonatal en las últimas décadas, está en aumento; es por ello que se trata de un problema que afecta a la sociedad y en particular a la Salud Pública.

De todas las complicaciones en el embarazo, la Amenaza de Parto Pretérmino es una de las más alarmantes y difíciles de prevenir durante la gestación, la misma es de etiología multifactorial e idiopática. Por ello, es importante conocer los factores de riesgo y métodos diagnósticos actuales, que permitan identificar de manera oportuna, a las pacientes con riesgo de parto prematuro en nuestra población, ya que por las características del mismo, este grupo se ve muy vulnerable a riesgos que comprometan su vida y desarrollo de la misma.

Por otro lado es también de importancia identificar los factores predictivos existentes en las pacientes que culminaron su embarazo mediante parto prematuro, su diagnóstico oportuno y el mejor manejo disponible para tratar de disminuir este problema de salud pública, cuya incidencia no se ha logrado modificar en mucho tiempo, por ende es un problema que afecta en gran número a las pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital San Vicente de Paúl del cantón Pasaje.

Con la realización del presente estudio, se determinará los factores de riesgos de la amenaza de parto prematuro, permitiendo identificar, controlar o prevenir algún tipo de complicación, evitando secuelas en las pacientes embarazadas y en el recién nacido, objetivo primordial en la salud pública del país, es por ello que decidimos la realización del presente trabajo de investigación.

4 Objetivos

Objetivo general

Determinar los factores de riesgo relacionados con la presentación de amenaza de parto prematuro, en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico San Vicente de Paúl del Cantón Pasaje durante el periodo Marzo – Agosto 2017.

Objetivos específicos

- ✓ Determinar la incidencia de amenaza de parto prematuro, durante el periodo Marzo – Agosto 2017.
- ✓ Identificar cual es el grupo etario de las pacientes gestantes más afectado.
- ✓ Identificar los principales factores de riesgo en las pacientes que presentan amenaza de parto prematuro.
- ✓ Planificar y socializar un programa educativo sobre prevención de amenaza de parto prematuro en las pacientes gestantes.

5 Esquema de marco teórico

1. Definición
2. Epidemiología
3. Clasificación del Parto Prematuro según las OMS
   - 3.1. Parto Prematuro
   - 3.2. Parto Tardío
   - 3.3. Muy Prematuro
   - 3.4. Prematuro Extremo
4. Etiología
   - 4.1. Antecedentes Gineco- Obstétricos
   - 4.2. Patologías Gineco-Obstétricas
     - 4.2.1. Rotura de membranas
     - 4.2.2. Oligoanmios
     - 4.2.3. Hemorragias del embarazo
     - 4.2.4. Preclampsia/eclampsia
     - 4.2.5. Infección de vías urinaria
5. Fisiopatología
6. Diagnostico
   - 6.1. Clínico
   - 6.2. Laboratorio
7. Tratamiento
   - 7.1. Tratamiento inicial
   - 7.2. Tratamiento tocolítico

6 Materiales y métodos

11.1 Enfoque de la investigación

Cuantitativo – cualitativo.

11.2 Tipo de estudio

11.2.1 Descriptivo. Debido a que el estudio estuvo encaminado a establecer la situación de las variables de parto prematuro y los factores de riesgo en la población estudiada. Identificando la frecuencia de amenaza de parto prematuro, y los principales factores de riesgo.

11.2.2 Retrospectivo. Ya que se tomó información de los casos de amenaza de parto prematuro ocurridos y registrados en el pasado.

11.2.3 Transversal. Debido a que las variables se las estudio en un punto específico de tiempo.

11.3Área de estudio

Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico San Vicente de Paúl del cantón Pasaje, provincia El Oro, periodo Marzo-Agosto del 2017.

11.4Universo y muestra

11.4.1 Universo: Conformado por 896 pacientes que estuvieron hospitalizadas en el servicio de Ginecología del Hospital Básico San Vicente de Paúl del cantón Pasaje, provincia El Oro, durante el periodo Marzo-Agosto del 2017.

11.4.2 Muestra: constituida por 91 pacientes embarazadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, que estuvieron hospitalizadas en el servicio de Ginecología del Hospital Básico San Vicente de Paúl, durante el periodo Marzo-Agosto del 2017.

11.5 Criterios de inclusión y exclusión

11.5.1 Criterios de inclusión. Pacientes con embarazo entre 22 a 36,6 semanas, hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Básico San Vicente de Paúl, con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, periodo Marzo – Agosto 2017.

11.5.2 Criterios de exclusión.

- Pacientes hospitalizadas con embarazo a término.
- Pacientes hospitalizadas con otras patologías Ginecológicas.
- Historias clínicas con deficiencia en su realización.

11.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El instrumento utilizado fue las historias cínicas de las pacientes que fueron ingresadas con amenaza de parto prematuro en el Hospital Básico San Vicente de Paúl – Pasaje.

11.7 Procedimiento

- Aprobación del tema de investigación por el Área de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.(anexo 1)
- Oficio al director médico asistencial del Hospital Básico San Vicente de Paúl del cantón Pasaje, provincia El Oro para solicitar acceso al servicio de Ginecología para recolectar la información. (anexo 2)
- Recolección de la información mediante el formulario de recolección de datos (anexo 3) a partir de la revisión de las historias clínicas de las pacientes que fueron hospitalizadas en el servicio de Ginecología, con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, aplicando los criterios de inclusión y exclusión.
- Una vez recogida la información se procedió a la tabulación.
- El programa educativo sobre prevención de amenaza de parto prematuro se lo llevo a cabo en el servicio de emergencia y consulta externa de ginecología, donde se instruyó a las pacientes sobre la importancia de reconocer a tiempo factores de riesgo que pueden desencadenar en un parto prematuro, afectando la estabilidad materno-fetal a futuro y haciendo la entrega de tríptico relacionado con la prevención. (anexo 4)

11.8 Plan de tabulación y análisis de datos

Para el plan de tabulación y análisis de datos se realizó tablas de frecuencia simple en el programa Microsoft Excel 2010. La información se presentó a través de tablas y gráficas de columnas, expresados en frecuencias y porcentajes.

Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
Factores de riesgo	Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad	Antecedentes Gineco-Obstétricos	Paridad	Nuliparidad Multiparidad
			Abortos	Si o no
			Control prenatal	Cada mes Trimestral Ninguno
		Patologías Gineco-Obstétricas	Rotura de membranas	Si o no
			Oligoanmios	Si o no
			Hemorragias del embarazo	Si o no
			Preclampsia/eclampsia	Si o no
			Infección de vías urinaria	Si o no
Parto prematuro	La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el parto prematuro o pretérmino como el nacimiento que tiene lugar después de las 20 semanas y antes de completadas las 37 semanas de edad gestacional	Prematuro	N° semanas de gestación.	37 semanas
		Prematuro tardío	N° semanas de gestación.	34 a 36 semanas
		Muy prematuro	N° semanas de gestación.	28 a 33 semanas
	El parto prematuro es un síndrome al que se le relaciona con la morbilidad neonatal y tiene consecuencias adversas para la salud a largo plazo.	Prematuro extremo	N° semanas de gestación.	Menor de 28 semanas

7 Cronograma de actividades

2017									
N°	**Actividades**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**	**Junio**	**Julio**	**Agosto**	**Septiembre**	**0ctubre**
1	**Elaboración del tema de investigación**								
2	**Aprobación del tema de investigación**								
3	**Elaboración de proyecto de investigación.**								
4	**Revisión del proyecto y pertinencia del mismo.**								
5	**Asignación de Director de Tesis**								
6	**Elaboración del marco teórico**								
7	**Recolección de datos**								
8	**Tabulación de datos**								
9	**Análisis de resultados y elaboración de conclusiones y recomendaciones.**								
10	**Elaboración del informe final**								
11	**Revisión Asesor de Tesis y correcciones.**								
12	**Presentación Documento Final de Tesis.**								

8 Bibliografía

Espinosa Magdalena, Calero Edgar. (2015). RECIEN NACIDO PREMATURO. *GUIA CLINICA DEL RECIEN NACIDO PREMATURO*, 15.

C, M. N. (2014). *Factores preconcepcionales y concepcionales relacionados con el Trabajo de Parto pretérmino.* Guatemala.

Carlos, E., Magdalena, C., & Edgar, J. (2015). RECIEN NACIDO PREMATURO. *GUIA CLINICA DEL RECIEN NACIDO PREMATURO ,MINISTERIO DE SALUD PUBLICA* , 15.

Carlos, G. (2011). El Rol de la Infección en la Etiología del Parto Prematuro. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*. Obtenido de Disponible: http://www.sarda.org.ar/Revista%20Sard%C3%A1/96b/78-86.pdf

Carlos, I. (2011). *Parto Pretérmino en Pacientes del Hospital San Juan de Dios.* ruro-Bolivia. Obtenido de Disponible: http://www.univalle.edu/publicaciones/revista_salud/revista05/pagina05.htm

Carlos, L. (2013). Prevención Parto Prematuro. *Guía Clínica de Prevención Parto Prematuro*. Obtenido de Disponible en http://www.scp.com.

Chang C. Torres. E, Laspina. C, Salas. (2013). Parto Pretermino. *Normas y Protocolo Materno.Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Obtenido de Disponible: http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF.

Espinoza, J. (2012). Fisiopatología del Síndrome de Parto Pretérmino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, (54):15-21.

Huaroto Karina; Paucca Miguel Angel; Polo Meliza. (2013). Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto prematuro. *Revista médica panacea*, 3(2): 2731. Obtenido de Disponible en: http://rev.med.panacea.unica.edu.pe

José, D. (2013). *Identificación de factores de riesgo para parto pretérmino en pacientes atendidas en la Clínica Rafael Uribe Uribe.* Cali-Colombia. Obtenido de Disponible en http://www.unilibrecali.edu.com.

José, G. J. (2014). *Factores maternos asociados al parto pretérmino.* Tesis doctoral, Lima.

José, L. (2011). Nuevo Enfoque en el Manejo del Parto Prematuro. *Revista Medica de Honduras*, (50):8-15.

Luis, G. (2012). *Protocolo de Amenaza de Parto Prematuro. Comisión de Farmacia y Terapéutica. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.* Palma de Mallorca-España.

Martín, A. (2013). *Embarazo Adolescente: Frecuencia y admisión al servicio de Tocoginecología del Hospital "Dr. José R. Vial.* Argentina .

Morgan Fred; Ortiz Ariana; Sánchez Francisco. (2010). *Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pretérmino.* . Mexico . Obtenido de Disponible en:http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom102e.pdf

Ochoa Germán, Romero David. (2010). Guía para la Atención de la Paciente con Síntomas. *Revista Suramericana de Servicios de Salud*. Obtenido de Disponible: http://www.consultorsalud.com/bibliotecaGuias/Amenaza%20Parto%20Prematuro.pdf

Panta, C. (2013). *Factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto pretérmino.* Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. 2014. Obtenido de http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/415

Pohlmann, Flávia Conceição; Kerber, Nalú Pereira da Costa. (Abril, 2016). Parto prematuro: enfoques presentes en la producción científica nacional e internacional. *Revista electrónica trimestral de Enfermería N° 42*. Obtenido de http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/231881/192531

Publica, M. d. (2015). ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y POSPARTO INMEDIATO. *GUIA DE PRACTICA CLINICA.*

Quirós Gabriela, Alfaro Raúl, Bolívar Mariela. (2016). Amenaza de Parto Pretérmino. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD.* Obtenido de Disponible en:http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/download/23061/23287

Riscarle, M. (2011). Parto Pretérmino en Adolecentes. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 68(3):141-143. Obtenido de Disponible: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script

Robertho, M. (Febrero,2013). *Parto Pretérmino en Adolescentes*. Obtenido de www.scielo.org.ve/scielo.htm.

Rocío, A. C. (2012). *Factores de riesgo materno en pacientes con amenaza de parto prematuro atendidas en el hospital José María Velasco Ibarra.* Tena.

Sebastián, M. (2014). *Diagnóstico y Prevención de la Amenaza de Parto Prematuro Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves.* Tesis Doctoral, Granada-España. Obtenido de Disponible: htt://www.hvn.es/serviciosasistenciales/ginecologia/documentos/prem_diagnos.pdf

Susacasab, L. (2013). Parto Prematuro . *Guía Clínica de Prevención Parto Prematuro*.

Vilma, O. (2013). *Factores de Riesgo en Adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga.* Latacunga. Obtenido de Disponible en http://www.sisbib.unmsm.edu.ec.

9 Anexos

Anexo 1: Oficio de aprobación de proyecto de tesis

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0052 CCM-FSH-UNL

PARA: Sr. Jandry Efrén Zumba Castillo
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 4 de mayo de 2017

ASUNTO: **APROBACIÓN DE TEMA DE PROYECTO DE TESIS**

En atención al tema de tesis presentado por usted, denominado **"FACTORES DE RIESGO RELACIONADO CON LA PRESENTACIÓN DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO, EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIOS DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BÁSICO SAN VICENTE DE PAUL DEL CANTÓN PASAJE"**; luego de su revisión respectiva se procede a **aprobarlo**, por lo que puede proceder a realizar el Perfil del Proyecto.

Con aprecio y consideración.

Atentamente,

Universidad Nacional de Loja
Coordinación Carrera de Medicina

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL
C.c.- Archivo

Anexo Nº 2: Oficio al director médico asistencial del Hospital Básico San Vicente de Paúl del cantón Pasaje, provincia El Oro para solicitar acceso al servicio de Ginecología para recolectar la información

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0295 CCM-FSH-UNL

PARA: **Dr. Mario Vega**
Director Del Hospital Básico San Vicente De Paul

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 20 de septiembre de 2017

ASUNTO: **Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación**

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la **Sr. Jandry Efrén Zumba Castillo**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para poder acceder al libro de estadísticas del área de Ginecología, información que le servirá para la realización de la tesis: titulada **"FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA PRESENTACIÓN DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO, EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO- OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BÁSICO SAN VICENTE DE PAUL DEL CANTÓN PASAJE"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión del Dra. Karina Calva Jiron, Catedrática de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

Universidad Nacional de Loja
Coordinación Carrera de Medicina

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL
C.c.- Archivo
NOT

Anexo N° 3. Formulario de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

"Factores de riesgo relacionados con la presentación de amenaza de parto prematuro, en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Básico San Vicente de Paúl del Cantón Pasaje"

Encuestador: Jandry Zumba Castillo

- **DATOS DE FILIACIÓN:**

2. **Edad:_____**
3. **Estado civil:**

   a. Casada ( )
   b. Unión estable ( )
   c. Soltera ( )
   d. Viuda ( )
   e. Divorciada ( )
   f. Vive sola ( )

4. **Etnia:**

   a. Mestiza ( )
   b. Negro ( )
   c. Blanco ( )
   d. Indígena ( )
   e. Otra ( )

5. **Instrucción:**

   a. Analfabeta ( )
   b. Primaria completa ( )
   c. Primaria incompleta ( )
   d. Secundaria completa ( )
   e. Secundaria incompleta ( )
   f. Superior completa ( )
   g. Superior incompleta ( )

6. **Ocupación:_____**
7. **Zona de residencia:**
   a. Urbana ( )
   b. Rural ( )
8. **Nivel socioeconómico:**
   a. Bueno ( )
   b. Regular ( )
   c. Malo ( )

- **ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:**

2. **Paridad:**
   a. Nulípara ( )
   b. Primípara ( )
   c. Multípara ( )

3. **Patologías:**
   d. Aborto ( )
   e. Amenaza de parto prematuro ( )
   f. Parto prematuro ( )

- **EMBARAZO ACTUAL:**

5. **Semanas de gestación: _____**

6. **Controles prenatales: _____**

7. **Factores de riesgo:**

   o. Infección del tracto urinario ( )
   p. Infección vaginal:
      Vaginosis ( ) Candidiasis ( ) Tricomoniasis ( )
   q. Ruptura prematura de membranas ( )
   r. Trastornos hipertensivos del embarazo ( )
   s. Diabetes gestacional ( )
   t. Trastornos placentarios ( )
   u. Corioamnionitis ( )
   v. Anemia en el embarazo ( )
   w. Embarazo múltiple ( )
   x. Coito ( )
   y. Violencia intrafamiliar ( )
   z. Consumo de sustancias psicotrópicas ( )
   aa. Traumatismo ( )
   bb. Ninguno ( )

8. **Resultado de laboratorio**

   b. **Elemental y microscópico de orina**:
      – Infeccioso ( )
      – No infeccioso ( )