



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**Factores maternos relacionados con amenaza de parto  
prematuro sin parto, en el Hospital Básico de Vilcabamba**

Trabajo de titulación previo a la obtención  
del Título de Médico General

**Autora:** Shirley Anabel Soto Valverde

**Directora:** Dra. Karina Yesenia Calva Jirón

Loja-Ecuador

2022

## Certificación del director del trabajo de titulación

Loja, 12 de julio de 2022

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo investigativo previo a la obtención del título de Médico General titulado **Factores maternos relacionados con amenaza de parto prematuro sin parto, en el Hospital Básico de Vilcabamba**, de autoría de la Srta. Shirley Anabel Soto Valverde, ha sido dirigido, asesorado y revisado bajo mi dirección durante su desarrollo. Por lo tanto, autorizo proseguir los trámites legales pertinentes para su presentación y defensa ante el respectivo Tribunal de Grado.

Atentamente:



Firmado electrónicamente por:

KARINA  
YESENIA

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón

DIRECTORA DE TESIS

## **Autoría**

Yo, **Shirley Anabel Soto Valverde** declaro ser autora del presente trabajo de titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido del mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mí del trabajo de integración curricular o de titulación en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

**Firma:**

**Autora:** Shirley Anabel Soto Valverde

**Cédula:** 1105778664

**Fecha:** 26 de agosto del 2022

**Correo electrónico:** sasotov@unl.edu.ec

**Teléfono:** 0981400261

## Carta de autorización

Yo, **Shirley Anabel Soto Valverde**, declaro ser autora del trabajo de titulación **Factores maternos relacionados con amenaza de parto prematuro sin parto, en el Hospital Básico de Vilcabamba** como requisito para optar por el título de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, 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 del trabajo de integración curricular o de titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los días 26 días del mes de agosto del 2022.

Firma:

Autora: Shirley Anabel Soto Valverde

Cédula de identidad: 1105778664

Dirección: Sargento Segundo Chimborazo y Soldado Rafael Pullaguari

Correo electrónico: sasotov@unl.edu.ec

Teléfono: 0981400261

Datos complementarios:

Directora del trabajo de titulación: Dra. Karina Yesenia Calva Jirón

Tribunal de Grado:

Presidente: Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento

Vocal: Dra. Janeth Maritza Pacheco Correa

Vocal: Dra. Livia Gladys Pineda López

## **Dedicatoria**

Este trabajo se lo dedico a mi Dios, quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar frente a los problemas que se presentaban, enseñándome a enfrentar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis padres Rodrigo y Nancy por ser amor, ejemplo, apoyo, ayuda y sacrificio desde mi primer respiro, que con su labor diaria incansable fue mi ejemplo de perseverancia, responsabilidad, trabajo y honradez.

A la memoria de mis abuelos quienes cerraron sus ojos antes de ver su sueño realizado y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir, sé que este momento hubiera sido tan especial para ellos, como lo es para mí.

A mis hermanos y mi sobrino, quienes han sido mi motivación para nunca rendirme y poder ser un ejemplo para ellos.

A mis amigas y amigos por sus ánimos y consejos, quienes fueron cómplices de todo lo vivido durante el recorrido para alcanzar una meta más.

Shirley Anabel Soto Valverde

## **Agradecimiento**

Agradezco a Dios por guiarme en esta etapa de mi vida, a mi familia y amigos por ser quienes me han apoyado de una u otra manera en cada momento.

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja, fundamentalmente a la Facultad de Salud Humana y a cada uno de los docentes de la Carrera de Medicina que han estado presentes durante mi formación, quienes han sabido entregar una parte de su conocimiento y aportar valiosas enseñanzas para mi vida profesional, a la Dra. Karina Calva quien pacientemente dirigió el desarrollo del presente trabajo de investigación, aporte fundamental para concluir satisfactoriamente esta investigación.

Al personal del Hospital Básico de Vilcabamba especialmente al área de gineco-obstetricia y área administrativa, quienes gentilmente me permitieron llevar a cabo la recolección de la información, por su apoyo y colaboración.

A todos quienes de una u otra manera me han apoyado para el desarrollo y culminación de la presente investigación.

Shirley Anabel Soto Valverde

## Índice

Portada.....	i
Certificación del director del trabajo de titulación .....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización .....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento .....	vi
Índice .....	vii
Índice de Tablas .....	x
Índice de Anexos .....	xi
1. Título .....	1
2. Resumen .....	2
Abstract.....	3
3. Introducción.....	4
4. Marco teórico.....	8
4.1. Embarazo .....	8
4.1.1. Definición. ....	8
4.1.2. Embarazo de alto riesgo.....	8
4.1.2.1. Evaluación de riesgo obstétrico. ....	9
4.2. Amenaza de parto pretérmino.....	12
4.2.1. Definición. ....	12
4.2.2. Prevalencia.....	12
4.2.3. Prevalencia.....	13
4.2.3. Etiología.....	14
4.2.4. Factores de riesgo. ....	15
4.2.4.1. Factores sociodemográficos.....	16
4.2.4.1.1. Edad. ....	16
4.2.4.1.2. Estado civil. ....	17
4.2.4.1.3. Zona residencial.....	17
4.2.4.1.4. Instrucción. ....	17
4.2.4.2. Antecedentes personales .....	18
4.2.4.2.1. Edad gestacional. ....	18

4.2.4.2.2. Controles prenatales.....	18
4.2.4.2.3. Paridad.....	20
4.2.4.2.4. Estado nutricional.....	21
4.2.4.2.5. Antecedente de parto prematuro.....	22
4.2.4.2.6. Infecciones cérvico vaginales.....	22
4.2.4.2.7. Infección de vías urinarias.....	23
4.2.4.2.8. Trastornos Hipertensivos en el embarazo.....	23
4.2.5. Diagnóstico.....	24
4.2.6. Tratamiento.....	26
5. Metodología.....	30
5.1. Enfoque.....	30
5.2. Tipo de diseño utilizado.....	30
5.3. Unidad de estudio.....	30
5.4. Universo y muestra.....	30
5.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	30
5.5.1. Criterios de inclusión.....	30
5.5.2. Criterios de exclusión.....	31
5.6. Técnica.....	31
5.7. Instrumentos.....	31
5.8. Procedimiento.....	32
5.9. Equipo y materiales.....	32
5.10. Análisis estadístico.....	33
6. Resultados.....	34
6.1. Resultados para el primer objetivo específico.....	34
6.2. Resultados para el segundo objetivo específico.....	35
6.3. Resultados para el tercer objetivo específico.....	38
7. Discusión.....	40
8. Conclusiones.....	43
9. Recomendaciones.....	44
10. Bibliografía.....	45
11. Anexos.....	50
11.1. Anexo N°1. Informe de pertinencia.....	50
11.2. Anexo N°2. Designación de Director de Tesis.....	51
11.3. Anexo N°3. Oficio y autorización para recolección de datos.....	52



11.4. Anexo N°4. Designación de nuevo director de tesis .....	55
11.5. Anexo N°5. Base de datos .....	56
11.6. Anexo N°6. Certificación de traducción del resumen al idioma inglés.....	66
11.7. Anexo N°7. Certificación del tribunal de grado .....	67
11.8. Anexo N°8. Fotografías .....	68
11.9. Anexo N°9. Proyecto de Tesis .....	70

## Índice de Tablas

Tabla 1. Prevalencia de amenaza de parto prematuro sin parto. ....	34
Tabla 2.1. Factores sociodemográficos relacionados con la amenaza de parto prematuro .	35
Tabla 2.2. Antecedentes personales relacionados con la amenaza de parto prematuro.....	36
Tabla 3. Relación entre factores de riesgo y antecedentes personales maternos en las pacientes embarazadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro. ....	38
Tabla 4. Relación entre grupo etario y antecedentes personales maternos en las pacientes embarazadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro .....	60
Tabla 5. Relación entre estado civil y antecedentes personales maternos en las pacientes embarazadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro .....	61
Tabla 6. Relación entre zona residencial y antecedentes personales maternos en las pacientes embarazadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro. ....	62
Tabla 7. Relación entre instrucción y antecedentes personales maternos en las pacientes embarazadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro .....	64

## Índice de Anexos

Anexo 1. Informe de pertinencia .....	50
Anexo 2. Designación de director del trabajo de titulación .....	51
Anexo 3. Oficio y autorización para recolección de datos .....	52
Anexo 4. Designación de nuevo director del trabajo de titulación.....	55
Anexo 5. Base de datos .....	56
Anexo 6. Certificación de traducción del resumen al idioma inglés .....	66
Anexo 7. Certificación del tribunal de grado .....	67
Anexo 8. Fotografías .....	68
Anexo 9. Proyecto de tesis .....	70

## **1. Título**

Factores maternos relacionados con amenaza de parto prematuro sin parto, en el Hospital  
Básico de Vilcabamba

## 2. Resumen

La amenaza de parto prematuro es considerada un problema de salud pública a nivel mundial por sus posibles complicaciones para la madre y el feto. El objetivo principal del estudio es determinar los factores de riesgo para amenaza de parto prematuro, específicamente determinar la prevalencia del diagnóstico, analizar factores sociodemográficos y antecedentes personales maternos y establecer la relación entre amenaza de parto prematuro y sus factores sociodemográficos y antecedentes personales maternos. Es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, de enfoque cuantitativo y corte transversal, realizado en el Hospital Básico de Vilcabamba, período 2018-2020, en el universo existieron 1310 pacientes, la muestra se conformó por 98 casos. Se obtuvo como resultado que los casos de amenaza de parto pretérmino representaron el 7,8% del total de pacientes egresadas del servicio de Gineco-obstetricia; entre los principales factores de riesgo sociodemográficos se encontró: edad entre 18 a 24 años 43,88%, estado civil unión libre 60,2%, zona residencial rural 86,73%, instrucción secundaria 41,84%; los antecedentes personales relacionados mostraron que la edad gestacional más común para que se presente amenaza de parto prematuro fue entre las 34 a 36,6 semanas de gestación 32,65%, prevaleció mayormente un número de 3 a 4 controles prenatales 32,65% lo cual es inadecuado; infecciones genitourinarias 91,8%; antecedente de parto pretérmino 25,51%; trastornos hipertensivos en el embarazo 8,16%; menos de 5 controles prenatales 68,37%. Se concluye que la atención primaria debe vigilar el control prenatal de pacientes que presenten estos factores de riesgo para evitar complicaciones durante el desarrollo del embarazo.

Palabras clave: obstetricia, parto pretérmino, control prenatal, infecciones cervicovaginales, infección de vías urinarias

## **Abstract**

The threat of premature birth is considered a public health problem worldwide due to its possible complications for mother and fetus. The main objective of the study is to determine the risk factors for threatened preterm birth without childbirth, specifically to determine the prevalence of the diagnosis of threatened preterm labor, analyze sociodemographic factors and maternal personal history, and establish the relationship between threatened preterm labor and their sociodemographic factors and maternal personal history. It is a descriptive, retrospective, quantitative and cross-sectional study, which was carried out at the Basic Hospital of Vilcabamba in the period 2018-2020, in the universe there were 1310 patients, the sample consisted of 98 cases. As a result, the cases of threatened preterm labor represented 7.8% of the total number of patients discharged from the Gynecology-Obstetrics service; among the main sociodemographic risk factors were found: age between 18 to 24 years old 43.88%, marital status: free union 60.2%, rural residential area 86.73%, secondary education 41.84%; related personal history showed that the most common gestational age for the threat of preterm birth to occur was between 34 to 36.6 weeks of gestation 32.65%, a number of 3 to 4 prenatal controls prevailed mostly 32.65% which is inadequate; genitourinary infections 91.8%; history of preterm birth 25.51%; hypertensive disorders in pregnancy 8.16%; less than 5 prenatal controls 68.37%. It is concluded that primary care should monitor the prenatal control of patients who present these risk factors, to avoid complications during the development of pregnancy.

**Keywords:** obstetrics, preterm birth, prenatal control, cervicovaginal infections, urinary tract infection

### **3. Introducción**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al parto prematuro como aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación, por lo cual puede traer complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido, el parto prematuro es la principal causa de la muerte neonatal en todo el mundo, la mayoría de las defunciones tienen lugar en los países de ingresos bajos y medianos, por lo que es posible que la prevención del parto prematuro en las poblaciones desfavorecidas ayude a abordar estas desigualdades. (OMS, 2018)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que el parto prematuro constituye un problema de salud pública que involucra varios componentes de alto impacto, debido a que expone al recién nacido a una serie de complicaciones que aumentan su morbimortalidad lo que puede desencadenar en futuros problemas de salud, además del impacto para la madre, la familia y su entorno, lo que constituye una amenaza al concepto integral de salud, tal como es concebido mundialmente. Desde el punto de vista sanitario es un indicador cada vez más valorado y ha sido objeto de atención por lo cual existe un aumento en los costos de los sistemas de salud por la atención sanitaria de estas situaciones. (OPS, 2019)

Al existir la patología durante la gestación es más probable el nacimiento de niños prematuros, según la OMS en el 2018, se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños pretérmino, con lo cual la cifra ha aumentado progresivamente, además las complicaciones relacionadas con la prematuridad es la principal causa de defunción en niños menores de cinco años y provocando anualmente aproximadamente un millón de muertes, de las cuales, tres cuartas partes podrían prevenirse con intervenciones actuales y eficaces. En los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros se encuentra entre el 5% y el 18% de los recién nacidos, además, esta cifra aumenta en los afroamericanos, los cuales registran tasas de nacimientos prematuros de aproximadamente dos veces más que otros grupos étnicos. Otras bibliografías como Segovia et al. en el 2021, menciona que al año ocurren alrededor de 13 millones de partos prematuros en el mundo, la mayoría se producen en países en desarrollo, se lo considera un problema de salud pública, presentando una incidencia aproximada de 10 al 11% datos que varían en relación con la población y factores de riesgo presentes.

Existen diferentes causas relacionadas con la presentación de amenaza de parto prematuro, entre los cuales se incluyen innumerables factores, a menudo interrelacionados, antecedentes y contribuyentes, por los cual puede dificultarse los intentos de evitar y tratar tal complicación. Entre los hallazgos coexistentes más frecuentes figuran el embarazo multifetal, infección intrauterina, hemorragia, infarto placentario, dilatación cervicouterina prematura, insuficiencia cervicouterina, polihidramnios, alteraciones del fondo del útero y las fetales. Otros factores de riesgos encontrados son las enfermedades de la gestante como consecuencia de infecciones, trastornos autoinmunitarios e hipertensión gestacional. Innumerables factores genéticos y ambientales influyen como amenaza de aborto, parto prematuro previo, tabaquismo, sobrepeso, obesidad, edad de la madre, pobreza, talla corta; incluso algunos factores psicológicos como la depresión, ansiedad y estrés crónico, según algunos protocolos, se vinculan con el parto prematuro. (Cunningham et al., 2021)

El riesgo de nacimientos prematuros para la población general se estima entre el 6% y 10%. Según datos de la OPS (2018), el Ecuador se encuentra entre los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros del mundo representado un 5,1%. Según datos del INEC, la mayor incidencia de morbilidad se relaciona con la menor edad gestacional, además la OPS en 2019 menciona que al realizar un diagnóstico temprano de amenaza de parto de prematuro, lleva a realizar una uteroinhibición efectiva con el objetivo de detener el cuadro clínico y así poder realizar la inducción de la maduración fetal o realizar el traslado a un centro de tercer nivel, Por lo cual la mejor estrategia en beneficio del recién nacido es prevenir el parto prematuro y la amenaza del mismo.

En Ecuador en un estudio realizado en el Hospital Universitario de Guayaquil, titulado causas más frecuentes de amenaza de parto prematuro en el Hospital Universitario donde se atendieron 302 eventos obstétricos de los cuales un 53% tuvieron un diagnóstico definitivo de Amenaza de Parto Prematuro, de los cuales 42 equivalentes al 12% pacientes culminaron en parto pretérmino. Las patologías asociadas encontradas fueron infecciones del tracto urinario 65%, infecciones del tracto genital 13%, oligohidramnios 7%, ruptura prematura de membranas 4 %, pielonefritis 4% fistula amniótica 3 %, trastornos placentarios 2 %, traumatismo 1%, bradicardia fetal 1%. (Salazar et al., 2021). Además, un estudio publicado en Guayaquil titulado características demográficas y clínicas de mujeres con amenaza de



parto pretérmino realizado por Segovia et al. en el año 2021 determinó las características sociodemográficas, la edad media fue de 25 años, el 60,86% residía en el área rural, el 47,82% tenía estado civil unión libre, el 37,39% de instrucción secundaria, el 64,34 fue ama de casa; según las características clínicas fueron antecedentes de gestas previas la media de 0,83, abortos 0,11, la media según las semanas de gestación fue de 32,46 semanas, la infección vaginal tuvo una prevalencia de 44,34%, seguido de la infección del tracto urinario con el 20,86%. Las patologías más prevalentes fueron la amenaza de parto pretérmino, anemia y la infección de tracto urinario. Así mismo un estudio realizado en hospital Liborio Panchana Sotomayor titulado amenaza de parto pretérmino en el tercer trimestre de embarazo y su relación con la infección de vías urinarias se concluyó que la incidencia de gestantes con infección del tracto urinario en el tercer trimestre de gestación está relacionada con la amenaza de parto prematuro. (Villavicencio & Jimenez, 2020).

Esta investigación representa un aporte científico para la medicina, ya que contribuirá al enriquecimiento de los conocimientos sobre los factores de riesgo para la presentación de amenaza de parto prematuro, de esta manera se contribuye a la disminución de la morbi-mortalidad materno fetal.

A nivel institucional y desde el punto de vista práctico el presente estudio impulsará el desarrollo de estrategias para mantener informado al usuario, familia y comunidad sobre la prevención primaria de la amenaza de parto prematuro, así mismo proporcionará datos útiles para mejorar la calidad de atención en nuestros servicios de salud.

La realización de este estudio es necesaria, porque los resultados obtenidos podrán utilizarse para determinar los factores de riesgo más comunes en nuestro medio en la presentación de la amenaza de parto prematuro, y servirá como marco de referencia para investigaciones futuras.

El tema amenaza de parto prematuro constituye parte de las líneas de investigación planteadas en las Prioridades de Investigación en Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador; ubicada dentro del área de investigación materna, por lo cual es un tema con importancia investigativa; además se encuentra dentro de la primera línea de investigación

correspondiente a la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, que se enfoca en la salud enfermedad materno infantil.

Para cumplir con la presente investigación se planteó como objetivo general: determinar los factores sociodemográficos y antecedentes personales maternos relacionados con la amenaza de parto prematuro sin parto, en las pacientes embarazadas que fueron hospitalizadas en el Hospital Básico de Vilcabamba; y de forma específica identificar la prevalencia del diagnóstico de amenaza de parto prematuro sin parto, analizar los factores sociodemográficos y antecedentes personales maternos relacionados con la amenaza de parto prematuro, establecer la relación entre la amenaza de parto prematuro sin parto y sus factores sociodemográficos y antecedentes personales maternos, en las pacientes embarazadas que fueron hospitalizadas en el Hospital Básico de Vilcabamba durante el periodo 2018-2020.

## **4. Marco Teórico**

### **4.1. Embarazo**

Durante el embarazo, la fisiología materna se somete a una adaptación continua. Estos cambios a menudo interrelacionados ocurren en todos los sistemas del cuerpo y se ven afectados por las influencias hormonales de la placenta y las adaptaciones mecánicas requeridas para acomodar al feto en desarrollo. Un buen conocimiento de los cambios maternos esperados es esencial para permitir una interpretación precisa de los parámetros fisiológicos y de laboratorio, con la consecuente identificación de patologías. Esto permite la implementación de una sólida planificación de la atención con el objetivo de reducir las posibles complicaciones. (Mockridge & Maclennan, 2022)

Lo idóneo sería que todas las embarazadas reciban una atención de calidad durante el embarazo, parto y posparto, por lo cual es necesario poner énfasis en algunas funciones primordiales de atención de la salud, como la promoción de la salud, cribado, diagnóstico, y prevención de enfermedades.

#### **4.1.1. Definición.**

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) en el 2016, el embarazo sin riesgo o normal es un “estado fisiológico de la mujer que se inicia con la concepción y termina con el parto y el nacimiento del producto a término”.

Embarazo es el término utilizado para describir el período en el cual un feto se desarrolla en el útero de una mujer. El embarazo suele durar aproximadamente 40 semanas, o poco más de 9 meses, lo cual se calcula desde el último período menstrual hasta el parto. (NICHD, 2020)

#### **4.1.2. Embarazo de alto riesgo.**

Un embarazo de alto riesgo es aquel en el que “existe mayor probabilidad de presentar estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y el producto, o bien, cuando la madre proviene de condiciones socioeconómicas precarias” (MSP, 2019).

#### 4.1.2.1. Evaluación de riesgo obstétrico.

Según la evidencia, el embarazo de riesgo constituye un problema de salud pública para la atención obstétrica debido a su prevalencia y sus resultados natales adversos, como medidas de prevención se engloba la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna, asociado a un diagnóstico oportuno y un tratamiento precoz. En Ecuador la evaluación se realiza en cada control prenatal, lo cual se logra a partir de la realización de la historia clínica perinatal mediante el formato 051, carnet perinatal, y pruebas complementarias, lo cual facilita el reconocimiento de factores de riesgo, redefine el riesgo con la paciente y permite preparar las acciones a seguir para la disminución de futuras complicaciones. (MSP, 2019)

#### 4.1.2.2. Escala de riesgo obstétrico

Es una herramienta basada en la presencia de factores de riesgo, los cuales se adjuntan en el cuadro 1, según la sumatoria de puntos se obtiene la clasificación de riesgo obstétrico correspondiente. (MSP, 2019)

**Cuadro 1. Factores de riesgo obstétrico**

<b>Antecedentes</b>	<b>Puntaje</b>
Gestante igual o menor de 14 años	3
Gestante 14 (1 día) a 19 años	1
Gestante mayor de 35 años hasta 39 años	1
Gestante > de 40 años	2
Primípara tardía > 40 años)	2
Gran multípara > 4 gestas	1
Infertilidad	1
Aborto	1
Aborto habitual > 2	2
Embarazo ectópico / molar	1
Mortinato	2
Óbito fetal	2
Hijo con malformaciones congénitas mayores	2
Hijo con bajo peso de nacimiento < 2500gr	3

Hijo con macrosomía al nacimiento > 4000gr	3
Periodo intergenésico ≤ 18 meses	2
Periodo intergenésico > 5 años	1
Embarazo producto de violencia sexual	3
Antecedente preeclampsia / eclampsia	3
Madre o hermana con preeclampsia	2
Cicatriz uterina previa con embarazo > 32 semanas	2
Cicatriz uterina previa, tres o más cesáreas con embarazo > 28 semanas	3
Ningún control prenatal en embarazo mayor a 20 semanas	2
Presenta tres o más factores de la lista	3
<b>Factores socioeconómicos</b>	
Sin instrucción	1
Alcoholismo, tabaco y drogas	3
Violencia basada en género, disfunción familiar, movilidad humana	1
Gestante callejizada, indigente, vive sola	1
Presenta tres o más factores de la lista	3
<b>Factores nutricionales</b>	
Desnutrición materna IMC < 18	3
Obesidad IMC > 30	3
Sobrepeso IMC de 25.1 a 29.9	1
Glicemia basal mayor a 92mg/Dl	2
Presenta dos o más factores de la lista	3
<b>Patología pélvico-genital</b>	
Patología cervical (LIEAG/NIC II o III, ca in situ)	3
Condilomatosis vulvovaginal	2
Malformación urogenital	2
Infecciones vaginales a repetición (3 o más episodios) en el embarazo	2
Presenta dos o más factores de la lista	3
<b>Patología obstétrica actual</b>	
Embarazo prolongado >41 semanas	3
Embarazo + DIU	2
Rh negativo no sensibilizada	1

Rh negativo sensibilizada (isoimmunizada)	3
ITS (sífilis, hepatitis)	2
VIH	3
TORCH IgM positivo	3
Infección de tracto urinario a repetición	2
Anemia HB < 10 (corregida)	2
Anemia HB < 7 (corregida)	3
Trastorno hipertensivo	3
Colestasis intrahepática	3
Hemorragia primera mitad del embarazo	2
Hemorragia segunda mitad del embarazo	3
Amenaza parto prematuro	3
Embarazo múltiple	3
Presentación anómala en embarazo mayor a 36 semanas	3
Polihidramnios / oligohidramnios	2
Gestación con malformaciones fetales mayores	3
Diabetes	3
Cardiopatías	3
Enfermedades neuropsiquiátricas	3
Insuficiencia renal crónica	3
Hipotiroidismo sin tratamiento	2
Lupus eritematoso sistémico	3
Síndrome antifosfolípídico	3
Trombocitopenia < 100000 plaquetas	3
Tuberculosis materna activa	2
Cáncer	3
Otras patologías relevantes	3
Presenta dos o más factores de la lista	3
<b>Discapacidad mayor al 30%</b>	
Física	2
Intelectual	3
Presenta dos o más factores de la lista	3

---

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal, 2019

#### **4.1.2.2.1. Riesgo bajo o tipo 0**

Embarazo normal que no presenta ningún factor de riesgo identificado o factores no relevantes, suma del puntaje total de 0-3.

#### **4.1.2.2.2. Riesgo alto o tipo I**

Embarazo con factores de riesgo que por su presencia pueden generar potenciales complicaciones, suma del puntaje total de 4-6.

#### **4.1.2.2.3. Riesgo muy alto o tipo II**

Embarazo con factores de riesgo altamente relevantes que necesitan medidas oportunas y manejo multidisciplinario, suma del puntaje total igual o mayor a 7.

### **4.2. Amenaza de parto pretérmino**

#### **4.2.1. Definición.**

Se define como parto pretérmino o prematuro, aquel que “se presenta luego de la semana 24 y antes de la 37 y es una de las principales causas de morbilidad perinatal”. (Cortés & Gómez, 2019).

“La amenaza de parto pretérmino se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación con membranas amnióticas íntegras.” (Ferrero et al., 2022)

#### **4.2.2. Prevalencia.**

El MSP en 2015 según la guía de práctica clínica del recién nacido prematuro, clasifica al parto pretérmino según la edad gestacional en la cual se presente de acuerdo a la clasificación actual de la OMS, por lo cual puede ser:

- Tardío: 34 a 36 semanas 6 días.
- Moderado: 32 a 33 semanas 6 días.
- Muy prematuro: 28 a 31 semanas 6 días.
- Extremadamente prematuro: menor o igual a 27 semanas 6 días.

### **4.2.3. Prevalencia.**

Datos de la OMS publicados en el año 2018 estiman que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros que asociado a complicaciones relacionadas con la prematuridad es la principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, se menciona que en los 184 países estudiados la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos.

Según estadísticas publicadas en el Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros: Nacidos Demasiado Pronto realizado por la Fundación March of Dimes, la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, Save the Children y la OMS en 2012, 15 millones de niños nacen prematuramente cada año en el mundo, además de millones de nacimientos que aún ocurren en los hogares y muchos bebés mueren sin certificados de nacimiento o de muerte. Los nacimientos prematuros representan el 11.1% de los nacimientos del mundo, 60% de ellos en Asia y África. En los países más pobres, en promedio, el 12 por ciento de los bebés nacen demasiado pronto, en comparación con el 9 por ciento en los países de mayores ingresos. Los países con el mayor número de nacimientos prematuros son: India, China, Nigeria, Pakistán, Indonesia, Estados Unidos, Bangladesh, Filipinas, República Democrática del Congo y Brasil. En América Latina, 1.2 millones de bebés nacen de forma prematura, por lo cual es la principal causa de muerte en los niños de 0 a 5 años en la región.

Cortés et al. en 2019 menciona que a pesar de los avances en su detección temprana y control, la tasa de parto pretérmino ha incrementado en Estados Unidos, su incidencia alcanza entre un 12% a 13% de todos los partos, de los cuales el 75% de los casos ocurre entre las semanas 34 y 36 cuando la morbilidad y secuelas son menores, y aproximadamente el 15 % se presenta antes de la semana 32 cuando la mortalidad y morbilidad es mayor lo cual aumenta los costos de tratamiento. Datos del Institute for Health Metrics (IHM) en el 2019, establecen que los nacimientos pretérminos son la principal causa de mortalidad en los infantes entre los 0 a 5 años de edad, dentro de Bolivia, Ecuador, El Salvador y Honduras.

En Ecuador según el MSP en el 2015 desde la década de los noventa, la mortalidad infantil se ha reducido progresivamente, el segmento correspondiente a la mortalidad neonatal y su morbilidad asociada aporta cerca del 60% en muertes de menores de un año.



El riesgo de nacimientos prematuros para la población general se estima entre el 6% y 10%. Según datos de la OPS, el Ecuador se encuentra entre los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros del mundo con 5,1%, sin embargo, la primera causa de mortalidad infantil en el país, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), es la duración corta de la gestación.

#### **4.2.3. Etiología.**

El parto pretérmino es el resultado de múltiples causas y mecanismos que culminan con el inicio del trabajo de parto y de esta manera se describen varias vías, que al final activarán la cascada de la inflamación, produciendo prostaglandinas y proteasas que actuarán sobre el cérvix, membranas y útero, dando como resultado el inicio del trabajo de parto o la ruptura de las membranas. (Cortés, Gómez & Gutiérrez, 2019).

El parto prematuro puede representar una vía común final para una serie de procesos patógenos. Los cuatro procesos principales son: 1) la activación del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal de la madre o el feto debido al estrés materno o fetal, 2) la inflamación de las membranas corioamnióticas y la decidua o la inflamación generalizada a causa de una infección, 3) la hemorragia decidual o 4) una distensión uterina patológica. (Beckmann et al., 2019)

Numerosos factores de riesgo se han asociado con el parto prematuro. Los factores más contundentes son la gestación múltiple y el antecedente de parto prematuro. Cuando ha habido un parto prematuro anterior, el riesgo en un embarazo posterior aumenta y sigue aumentando con cada embarazo posterior. La infección intraamniótica subclínica también se ha asociado con parto prematuro y RPM antes de término, especialmente cuando tiene lugar en edades de gestación tempranas. No obstante, en la mayoría de los casos no puede identificarse ninguna causa o factor de riesgo de parto prematuro. (Beckmann et al., 2019)

El parto pretérmino se divide en dos grupos: el espontáneo que representa aproximadamente el 70% de los casos y el iatrogénico que se produce por indicación médica debido a patologías maternas o fetales como la preeclampsia, restricción del crecimiento, entre otras. (Cortés, Gómez & Gutiérrez, 2019).

#### **4.2.4. Factores de riesgo.**

El MSP en 2016 menciona que se debe identificar todos los factores de riesgo y clasificarlos de acuerdo al tipo de intervención que se puede realizar, dividiéndolos entre modificables y no modificables.

- Factores de riesgo modificables: “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, el cual puede ser prevenible y controlado”.
- Factores de riesgo no modificables: “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, la cual no puede ser revertido”.

---

#### **Cuadro 2. Factores de riesgo de parto pretérmino.**

---

##### **Características maternas**

- Raza negra.
- Período intergenésico corto (menor de 6 meses).
- Trabajo estresante o actividad física intensa.
- Índice de masa corporal <19.

---

##### **Antecedente obstétrico**

- Parto pretérmino previo.

---

##### **Características del embarazo**

- Vaginosis bacteriana e infección por Chlamydia.
  - Consumo de sustancias psicoactivas y tabaquismo.
  - Antecedente de conización.
  - Infección intrauterina.
  - Cirugía abdominal.
  - Enfermedades crónicas no controladas.
  - Embarazo múltiple.
  - Otras infecciones (bacteriuria, neumonía, etc.).
  - Enfermedad periodontal.
  - Polihidramnios u oligoamnios.
  - Cérvix corto (<25 mm).
  - Anomalías uterinas.
-

- 
- Sangrado uterino.
- 

Fuente: Cortés, Gómez & Gutiérrez. Obstetricia: Atlas, 2019

#### **4.2.4.1. Factores sociodemográficos.**

Son todas las características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia y edad para contraer matrimonio. (The Law Dictionary. s.f.)

##### **4.2.4.1.1. Edad.**

La edad materna es un factor importante en el desarrollo del embarazo, las edades con mayor riesgo de parto prematuro son menos de 16 años o más de 35 años, por lo cual es importante la identificación de madres con mayor riesgo para su seguimiento y disminución de complicaciones. (MSP, 2016)

Muchos autores coinciden en que se ha observado un mayor riesgo obstétrico y complicaciones en gestantes adolescentes, además de su asociación con un ambiente sociodemográfico deficitario para la mayoría de las adolescentes e inmadurez biológica, gran porcentaje de esas adolescentes embarazadas pertenece a medios socioeconómicos desfavorables, lo que conlleva a un mayor riesgo de amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino, parto instrumentado, afectación neonatal, pequeños para la edad gestacional, preeclampsia o eclampsia, que en conjunto hacen que este grupo tenga mayor riesgo que las mujeres en edad reproductiva óptima. (Feldman et al., 2019)

Las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años. Las adolescentes tienen mayor probabilidad de padecer anemia y más riesgo de tener lactantes con peso bajo, trabajo de parto prematuro y una tasa más alta de mortalidad infantil. (Williams, 2018)

Se considera una edad materna avanzada cuando es superior a los 35 años, existe una asociación entre edad y la presencia de diferentes complicaciones gestacionales, entre las cuales se encontraron presencia de hipertensión arterial en el embarazo, preeclampsia, realización de cesárea, ruptura prematura de membranas, desproporción cefalopélvica, parto prematuro y muerte fetal. (Bajana et al., 2018)

#### **4.2.4.1.2. Estado civil.**

Es una situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación, y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos. Existen distintos criterios para clasificar los estados civiles por el matrimonio en soltero, casado, viudo o divorciado (Enciclopedia Jurídica, 2020).

El estado civil de la madre, es un factor significativo en los partos pretérminos, que a su vez se interaccionan con otros factores como la edad, nivel socioeconómico, neonatos prematuros y con bajo peso al nacer se presentan con mayor frecuencia en hijos de madres solteras y que por lo general hay ausencia paterna durante la gestación (Garay, 2020).

El estado civil soltero de la gestante es una condición que se asocia con el parto pretérmino y tiene relación con otros factores de riesgo como el embarazo adolescente, consumo de alcohol y tabaquismo (Taipe, 2018).

Por su parte Uñapillco (2019) en su investigación realizada en el Hospital Antonio Lorena del Cuzco, concluyó que en los factores sociodemográficos para el parto pretérmino más relevantes son el estado civil soltero con 28%, seguido de grado de instrucción y ocupación.

#### **4.2.4.1.3. Zona residencial.**

Lugar de residencia de una persona. La zona rural hace referencia principalmente a los campos y grandes espacios de cultivo donde se realizan actividades económicas agropecuarias primordialmente cuenta con una población más pequeña comparada con la que habita en las zonas urbanas y su territorio geográfico suele ser más extenso. La zona urbana es aquella donde están establecidas las grandes ciudades, se caracterizan por estar industrializadas, mientras que en las zonas rurales predomina la naturaleza. (Diferenciador.com, s.f.)

#### **4.2.4.1.4. Instrucción.**

La literatura mundial consideró como grupo de riesgo a las mujeres mayores de 35 años, con bajo grado de instrucción, porque la población mayoritaria tuvo a penas nivel primario, y la falta de educación conlleva a ignorar la importancia de los controles obstétricos, para

tener niños saludables y madres felices (Zerna et al., 2018). Por otro lado, el bajo nivel educativo está relacionado al parto pretérmino por la asociación que tiene con el nivel económico bajo siendo dependiente el uno del otro (Ayala, 2019).

Estudios de investigación han identificado que mientras más alto el grado de instrucción de la madre, el riesgo de prematuridad se reduce; sin embargo, este concepto no es del todo claro, puesto que algunos autores plantean que la educación materna funciona mediante la modificación de conductas antes y durante la gestación (Garay, 2020).

#### ***4.2.4.2. Antecedentes personales***

##### ***4.2.4.2.1. Edad gestacional.***

Se define como “duración del embarazo calculado desde el primer día de la última menstruación normal, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos”. La estimación de la edad gestacional basado en la fecha de última menstruación no es exacta, tomando en cuenta que la estimación de la edad gestacional por FUM no es exacta se recomienda realizar una ecografía con el fin de diagnosticar embarazo, determinar la edad gestacional y detectar embarazo múltiple. (MSP, 2016)

El MSP en 2015 según la guía de práctica clínica del recién nacido prematuro, clasifica al parto pretérmino según la edad gestacional en la cual se presente de acuerdo a la clasificación actual de la OMS, por lo cual puede ser:

- Tardío: 34 a 36 semanas 6 días.
- Moderado: 32 a 33 semanas 6 días.
- Muy prematuro: 28 a 31 semanas 6 días.
- Extremadamente prematuro: menor o igual a 27 semanas 6 días.

##### ***4.2.4.2.2. Controles prenatales.***

El MSP define el control prenatal como “conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y salud del

recién nacido”. El control prenatal abarca: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna con enfoques de interculturalidad, género y generacional. “En todo control prenatal se debe identificar modificaciones en los factores de riesgo evaluar sobre todo la presencia de violencia doméstica, preeclampsia, infecciones y diabetes”. Se recomienda realizar como mínimo 5 consultas de atención prenatal, de acuerdo a lo establecido por la OMS. El primer control debe durar 40 minutos y los siguientes 20 minutos. Además, se recomienda que la frecuencia de controles prenatales en embarazadas con riesgo sea determinada por el profesional de la salud de forma individual y de acuerdo a los factores de riesgo presentes (MSP, 2016).

La atención prenatal disminuye la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal, tanto de manera directa mediante la detección y el tratamiento de las complicaciones relacionadas con el embarazo como indirectamente, con el reconocimiento de las mujeres y las niñas en mayor riesgo de presentar complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, con lo cual se procura la derivación hacia un nivel apropiado de atención. La OMS recomienda que cada embarazada lleve sus propios datos clínicos mediante un carnet, durante la gestación para mejorar la continuidad y calidad de la atención y su experiencia del embarazo. Ante la presencia de factores de riesgo no modificables y que incrementan significativamente la probabilidad de resultados adversos se deberá referir a la paciente a un nivel de atención superior. De acuerdo a la significancia del factor de riesgo y si el mismo compromete el bienestar materno fetal, la referencia debe ser realizada de forma inmediata. (OMS, 2018)

En el Ecuador se debe aplicar la herramienta llamada SCORE MAMA, para identificar casos de mayor riesgo obstétrico, y así disminuir la morbilidad. Se recomienda que el primer control sea realizado lo más pronto posible y debe enfocarse a identificar y descartar patologías especiales. Aquellas embarazadas identificadas con riesgo de desarrollar complicaciones, deben ser referidas o transferidas a un nivel de atención de mayor complejidad. Se recomienda establecer un plan para la atención del parto y para las condiciones de urgencias/emergencias que se puedan presentar durante el embarazo. (MSP, 2016)

Toda embarazada en su primer control prenatal debe recibir información acerca de:

- Cambios fisiológicos del embarazo.

- Higiene personal.
- Actividad física durante el embarazo.
- Cambios en estilos de vida: suspender el tabaco, drogas ilícitas y el consumo de alcohol.
- Educación nutricional, educación prenatal y planificación familiar.
- Signos de alarma.
- Signos de alarma para preeclampsia, infección obstétrica, parto pretérmino.
- Se recomienda que en todos los controles prenatales se debe:
- Registrar todos los datos en la historia clínica.
- Calcular la fecha probable de parto por F.U.M, en caso de duda sobre la edad gestacional.
- corroborar con la primera ecografía realizada.
- Medir y registrar presión arterial.
- Medir y registrar el peso.
- Medir la talla (solo en la primera consulta).
- Redefinir el riesgo con la paciente y tomar decisiones de la conducta a seguir de forma conjunta.
- Revisar, discutir y registrar los resultados de todos los exámenes y elaborar un plan de cuidados.
- Dar recomendaciones respecto a estilos de vida saludable, ejercicio, reposo, nutrición, sexualidad, recreación y planificación familiar.
- Dar información verbal y escrita sobre el estado de embarazo y las acciones a seguir, discutir problemas y responder preguntas.

#### **4.2.4.2.3. Paridad.**

Es la cantidad de partos que una mujer ha tenido, ya sea por parto eutócico o distócico en el cual el peso del producto fue mayor o igual a 500 gramos o se presentó una gestación de más de 20 semanas. El número de parto se clasifica en Nulípara, cuando no tuvo ni un parto, Primípara, cuando tuvo un parto, Multípara, cuando presentó de 2 a más partos y Gran Multípara, cuando presentó de 4 a más partos (Rodríguez, 2020); (Aliaga, 2017)

Varios autores entre ellos Arias 2018 mencionan que las nulíparas son tres veces más propensas a tener parto prematuro, como también la gran multiparidad (4 o más embarazos).

#### **4.2.4.2.4. Estado nutricional.**

El estado nutricional es la situación de salud y bienestar que determina la nutrición en una persona, resultado de los aportes calóricos, proteicos, vitamínicos y de minerales adecuados que satisfagan las necesidades maternas y fetales. El embarazo exige una alimentación saludable que incluye una ingesta con aportes calóricos, proteicos, vitamínicos y de minerales adecuados que satisfagan las necesidades maternas y fetales. Sin embargo, la ingesta alimentaria de verduras, carne, productos lácteos y frutas de muchas embarazadas es a menudo insuficiente para cubrir estas necesidades, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos, donde suelen coexistir carencias nutricionales múltiples. La obesidad y el sobrepeso, no obstante, se asocian también con resultados deficientes del embarazo y muchas mujeres en entornos muy diversos aumentan de peso de manera excesiva durante el embarazo, lo cual podría aumentar los problemas de salud durante el desarrollo del embarazo. (OPS, 2018)

En poblaciones desnutridas se recomienda proporcionar a las embarazadas informaciones nutricional sobre la importancia de aumentar la ingesta diaria calórica y de proteínas para reducir el riesgo de dar a luz niños con insuficiencia ponderal. Se recomienda brindar asesoramiento a las embarazadas sobre la importancia de una alimentación saludable y la actividad física durante el embarazo, con el fin de que se mantengan sanas y no aumenten excesivamente de peso en el embarazo. La mayor parte de la ganancia de peso normal durante el embarazo tiene lugar después de la semana 20 del embarazo y la definición de “normal” está sujeta a variaciones regionales, pero debe tener en cuenta el índice de masa corporal (IMC) anterior al embarazo.

Según el Instituto de Clasificación de los Medicamentos, las mujeres con un peso inferior al normal al comienzo del embarazo (es decir,  $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$ ) deben buscar una ganancia de 12,5 a 18 kg, las mujeres cuyo peso es normal al comienzo de embarazo (es decir,  $IMC$  de 18,5 a  $24,9 \text{ kg/m}^2$ ) deben tratar de ganar de 11,5 a 16 kg, las mujeres con sobrepeso (es decir,  $IMC$  de 25 a  $29,9 \text{ kg/m}^2$ ) deben tratar de ganar de 7 a 11,5 kg y las mujeres obesas (es decir,  $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ ) deben buscar una ganancia de 5 a 9 kg.



El bajo peso materno tiene asociación con el neonato pequeño para la edad gestacional. La ganancia de peso total durante el embarazo en una mujer sana (7 a 18 kg), se relaciona con neonatos de 3 a 4 kilos de peso al nacer. El sobrepeso al inicio del embarazo se relaciona con cesárea y con preeclampsia, se recomienda proporcionar educación y promoción para la salud de la embarazada y su familia (estilos de vida, prevención de accidentes, adherencia a tratamientos, identificar síntomas y signos de alarma).  
(MSP, 2016)

#### **4.2.4.2.5. Antecedente de parto prematuro.**

Es un antecedente obstétrico importante debido a que el riesgo obstétrico se incrementa a medida que aumenta el número de partos pretérminos y es menor la edad gestacional a la que ocurren. Se debe conocer los antecedentes de mujeres con historia de parto prematuro anterior antes de las 34 semanas debido a que el número de partos prematuros y la edad gestacional en la que nacieron estos prematuros marcan el riesgo en la nueva gestación.

#### **4.2.4.2.6. Infecciones cérvico vaginales.**

La guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la infección vaginal en obstetricia del MSP 2014 menciona que las infecciones vaginales constituyen una de las razones más frecuentes de consultas prenatales y son corresponsables de un importante porcentaje de morbilidad materna y morbimortalidad perinatal, sobre todo en lugares de escasos recursos.

Una infección vaginal o vaginitis es un espectro de condiciones que causan síntomas vaginales tales como prurito, ardor, irritación y flujo anormal, debido a la existencia excesiva de gérmenes patógenos de la vagina, los síntomas presentados varían de acuerdo a la etiología, son frecuentes en mujeres en edad reproductiva, casi siempre son asintomáticas y rara vez presentan complicaciones. Las causas más comunes de infección vaginal son *Trichomonas vaginalis*, *Cándida albicans* y *Gardnerella vaginalis*. Las mujeres embarazadas desarrollan de manera fácil infecciones vaginales debido a cambios funcionales y hormonales.

La vaginosis bacteriana (VB) es un trastorno frecuente caracterizado por cambios en la flora vaginal en la que normalmente predominan especies de lactobacilos que son reemplazadas por agentes patógenos, que incluyen la *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma*

genital, *Prevotella* spp., *Peptostreptocci* *Mobiluncus* spp. y otras bacterias anaerobias que cambian el pH vaginal. En el embarazo, la VB se asocia con aborto espontáneo tardío, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y endometritis posparto. Esta alteración de la flora se asocia con endometritis posparto y enfermedad pélvica inflamatoria posterior.

El tratamiento adecuado de las infecciones vaginales en el embarazo requiere de un adecuado análisis clínico y de laboratorio para determinar otras etiologías menos frecuentes y que ello evite el uso de medicamentos innecesarios o se produzca recidiva por falla terapéutica. Los principales puntos de diagnóstico, evaluación y tratamiento de las infecciones vaginales más comunes en el embarazo: vaginosis bacteriana, candidiasis y tricomoniasis.

#### ***4.2.4.2.7. Infección de vías urinarias.***

Según la OMS una infección urinaria recurrente es una infección sintomática de las vías urinarias que se produce tras la resolución de una infección urinaria anterior, por lo general después del tratamiento. Las definiciones de las infecciones urinarias recurrentes varían: por ejemplo, dos infecciones urinarias en los seis meses anteriores, o antecedentes de una o más infecciones urinarias antes del embarazo o durante el mismo. Las infecciones urinarias recurrentes son comunes en las embarazadas, y se han asociado a resultados adversos del embarazo, como el parto prematuro y el nacimiento de niños pequeños para la edad gestacional. (OPS, 2016). La profilaxis antibiótica solo se recomienda para prevenir las infecciones urinarias recurrentes en mujeres embarazadas en el marco de una investigación rigurosa.

#### ***4.2.4.2.8. Trastornos Hipertensivos en el embarazo.***

La elevación de la presión en mujeres embarazadas aumenta el riesgo de sufrir de preeclampsia en especial en aquellas con HTA previa, en estas mujeres hay un mayor índice de sufrir parto prematuro o que el neonato nazca con bajo peso al nacer, también puede ocurrir muerte fetal tras las 20 semanas de embarazo y muerte neonatal que puede ser hasta el año de edad del recién nacido. Los trastornos hipertensivos del embarazo son causas importantes de morbilidad y mortalidad materna y perinatal y se estima que cerca de un cuarto de las defunciones y las morbilidades extremas maternas se debe a la preeclampsia y la eclampsia. El cribado prenatal de la preeclampsia constituye una parte esencial de una

buena atención prenatal. Se realiza de manera sistemática con la medición de la presión arterial materna y la vigilancia de la proteinuria en cada contacto de atención prenatal y al detectar la preeclampsia es indispensable un manejo específico que prevenga la eclampsia y otros resultados maternos y perinatales desfavorables. (OPS, 2018)

La hipertensión crónica se define como una hipertensión presente antes del inicio del embarazo o que se diagnostica antes de la semana 20 de gestación. La hipertensión diagnosticada después de la semana 20, pero que persiste a las 12 semanas tras el parto, se clasifica también como hipertensión crónica.

La preeclampsia se define como una hipertensión que aparece después de las 20 semanas de gestación y se acompaña de proteinuria. Excepcionalmente en casos de hídrops o enfermedad trofoblástica gestacional, la hipertensión puede aparecer antes de las 20 semanas. Se considera preeclampsia grave cuando existe una PA sistólica  $\geq 160$  mmHg y/o una PA diastólica  $\geq 110$  mmHg con proteinuria, o si existe hipertensión asociada a proteinuria grave ( $\geq 2$  g en orina de 24 h). También se catalogará de preeclampsia grave cualquier hipertensión que se acompañe de algún signo o síntoma de afectación multiorgánica.

La eclampsia es la aparición, en una gestante con preeclampsia, de convulsiones tipo gran mal no atribuibles a otras causas como accidentes cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas, lesiones del sistema nervioso central ocupantes de espacio, enfermedades infecciosas o enfermedades metabólicas.

#### **4.2.5. Diagnóstico.**

Para el diagnóstico del parto prematuro es primordial tener en cuenta la historia clínica prenatal, en la realización de la anamnesis es imperativo averiguar y evaluar datos como edad, nivel socio económico bajo, ruptura prematura de membranas pretérmino, sobredistensión uterina, incompetencia cervical, trauma materno, miomas, ITS, vaginosis bacteriana, bacteriuria asintomática, pielonefritis aguda (León et al., 2018).

También se toma en cuenta la confiabilidad de la fecha de la última menstruación (FUM) y la edad gestacional, además del momento del inicio y las características de las contracciones uterinas (número, frecuencia y duración) y la presencia de sintomatología asociada como

dolor abdominal tipo contracción, presión pélvica o dolor lumbar, también pérdidas de líquido amniótico o hemáticas por los genitales externos, disuria, polaquiuria, fiebre, escalofríos (Di Marco & Asprea, 2015).

El diagnóstico clínico se basa en las siguientes condiciones (León et al., 2019; Pellicer et al., 2018):

- Presencia de contracciones uterinas: con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 25-30 segundos de duración palpatoria, que se mantengan durante un período de 60 minutos y pueden ser dolorosas o no.
- En cuanto a las modificaciones cervicales: borramiento del cuello uterino del 50% o menor, dilatación cervical igual o menor a 3 cm.
- Salida de tapón mucoso cervical, sangrado genital, aumento o cambio en la secreción vaginal.
- La exploración obstétrica debe incluir (Pellicer et al., 2018):
- Exploración con espéculo: cuantificar la metrorragia, si la hay, y descartar rotura de membranas.
- Tacto vaginal: aunque deben limitarse los tactos vaginales, debe realizarse uno inicialmente para valorar las características del cérvix, dilatación, borramiento, posición, consistencia y altura de la presentación.
- Valoración de las características del flujo vaginal y toma de muestras para cultivo: aunque tiene baja especificidad, dado que pocas APP se deben a infecciones vaginales y sólo el 13 % se relacionan con infección intraamniótica, siendo la toma en cérvix una medida aproximada.
- Longitud cervical mediante ecografía transvaginal: aunque depende de la edad gestacional, en general por encima de 30 mm se considera de bajo riesgo para PP; entre 20-30 mm el riesgo de PP está aumentado, pero en la mayoría de mujeres éste no se producirá; por debajo de 20 mm se considera de alto riesgo de PP.
- Registro cardiotocográfico externo: valoración de la dinámica uterina.
- Dentro de los exámenes de laboratorio encontramos según el Componente Normativo Materno-Neonatal:
  - Biometría Hemática
  - EMO / Urocultivo

- Cristalografía / Gram y fresco de secreción vaginal
- Ecografía abdominal para confirmación de peso fetal y edad gestacional, ILA, longitud del cuello del útero. Monitoreo fetal electrónico (si es disponible).
- Ecografía transvaginal: para la evaluación del cérvix uterino, especialmente cuando la contractilidad no es franca o los cambios cervicales no sean categóricos.

Otro examen de laboratorio que no menciona el Componente Normativo Materno, pero se lo realiza es el Marcador bioquímico que incluye a la fibronectina fetal, la cual es una glucoproteína producida por el corion que está relacionada con la adherencia de la placenta y membranas a la decidua. La separación entre decidua y corion conlleva un aumento de esta glucoproteína en secreción cérvico vaginal y esto reflejaría un comienzo espontáneo de parto. (Ochoa & Pérez, 2019), sin embargo, está indicada en mujeres sintomáticas entre 24-34 semanas con dilatación <3 cm y membranas íntegras, y por el contrario está contraindicada en los siguientes casos: rotura prematura de membranas o >3 cm de dilatación, cerclaje, placenta previa y/o sangrado, exploraciones o relaciones sexuales en < 24 horas (Ochoa & Pérez, 2019).

Las mujeres con síntomas y signos de APP y un test de fibronectina negativo (<50 ng/ml) tienen un riesgo de parto prematuro en las dos semanas siguientes menor al 1% por lo que sirve más para descartar el diagnóstico que para confirmarlo. El 30% de las pacientes con test positivo tendrá un parto pretérmino. Si la longitud de cérvix es <20 mm ya se considera una APP y no sería necesario realizar la prueba de fibronectina (Ochoa & Pérez, 2019).

#### **4.2.6. Tratamiento.**

Medidas generales. No se recomienda la hidratación y el reposo estricto en cama como tratamientos específicos e intervenciones que disminuyan el PP, por lo cual no se debe recomendar de manera rutinaria. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017)

Tratamiento farmacológico. A lo largo del tiempo se han empleado agentes farmacológicos para relajar el miometrio uterino y así cohibir las contracciones uterinas e interrumpir la APP, entre ellos tenemos la nifedipina, sulfato de magnesio, agonistas de los receptores  $\beta$ , inhibidores de la prostaglandina sintasa y bloqueadores del receptor de oxitocina. (Ashraf, 2019)

En el trabajo de PP con dilatación cervical, ha demostrado la eficiencia de los fármacos tocolíticos que alargan el embarazo. El agente tocolítico usualmente utilizado es la nifedipina el cual es un bloqueador de los canales de calcio, que parece ser más eficaz que  $\beta$ 2-agonistas de los receptores adrenérgicos y el sulfato de magnesio. La nifedipina se considera el agente tocolítico de primera línea que ayuda en el tratamiento de la APP, inhibiendo la actividad uterina en el 77% aproximadamente de los casos, sin embargo, el tratamiento primordial se basa en el control de la causa desencadenante. (Songthamwat et al., 2018)

La nifedipina se debe administrar una dosis inicial de 10 a 20 mg vía oral (VO), repetir cada 15 a 20 minutos, si las contracciones no han disminuido, con una dosis máxima de 60 mg en la primera hora. Posteriormente de administrar una dosis de mantenimiento de 10 a 20 mg cada 6 a 8 horas, aumentando el intervalo de tiempo de acuerdo al cese de las contracciones uterinas, con una dosis máxima total de 160 mg/día. El esquema de nifedipina se administrará máximo por 48 horas. (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2015)

El atosiban es un tocolítico antagonista de los receptores de oxitocina recomendado para prolongar el PP inminente en embarazadas mayores de 18 años, con una edad gestacional entre 24 a 33 semanas y con una frecuencia cardíaca fetal normal, que presentan una APP (Salazar et al. 2018), además posee distintas ventajas sobre otros agentes por ser un inhibidor específico de la actividad contráctil miometrial y mostrar un reducido paso transplacentario sin poseer efectos directos sobre el feto. (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2015)

El atosiban se debe administrar de manera endovenosa (EV) en una fase inicial de 6.75 mg/0.9ml en bolo, posteriormente una segunda fase de 37.5mg/5ml + 90 ml de solución salina en bomba de infusión a una velocidad de 24 ml/hora por 3 horas y por último administrar 37.5mg/5ml + 90 ml de cloruro de sodio pasar en bomba de infusión a una velocidad de 8 ml/hora por 45 horas. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017)

La indometacina actúa como tocolítico mediante la inhibición de las enzimas COX's, impidiendo la síntesis de prostaglandinas y así, las contracciones uterinas, posee una fácil administración por VO o rectal y presenta menos efectos colaterales maternos que los betamiméticos. Su dosis de administración es de 50 a 100 mg vía rectal (VR), mientras que

la dosis de mantenimiento es de 25 a 50 mg VO cada 4 a 6 horas, con una dosis máxima total de 200 mg/día, el esquema de tratamiento se lo mantendrá máximo 48 horas. (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2015) La literatura a su vez indica que los agentes tocolíticos no mejoran directamente los resultados neonatales, sino que prolongan el PP y, por ello, brindan la oportunidad de administrar corticosteroides a la madre y también garantizan una mejor atención al RN después del parto. (Ashraf, 2019)

El sulfato de magnesio (SM) representa algunos riesgos, ya que es necesario de una administración EV, tiene la posibilidad de ocasionar sobredosis. Es el tocolítico de primera línea usualmente más utilizado en Norteamérica (Oliveros, 2017). El SM también es empleado para neuroprotección fetal, actualmente se ha comprobado que la administración antenatal de SM en embarazadas con riesgo inmediato de PP, resulta una intervención segura ya que disminuye el riesgo de parálisis cerebral y resguarda la función motora gruesa en los niños nacidos prematuramente. (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2015). Dosis de ataque del SM es de 5 gramos EV en bolo lento en 100 ml de dextrosa en solución salina al 5%, a pasar en 30 minutos, mientras que la dosis de mantenimiento es de 1 gr/hora EV. El SM se administrará hasta el parto o hasta completar 12 horas de infusión EV. (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2015)

Profilaxis con progesterona. Es clave para el sostén del embarazo, por su acción relajadora sobre el miometrio. Se recomienda la administración de progesterona por vía vaginal a embarazadas asintomáticas con cuello corto detectado por ultrasonografía o antecedente de PP, el inicio del tratamiento se considera a partir de las 16-20,6 semanas o al momento del diagnóstico de cérvix corto por Eco-TV. La dosis de empleo es de 100 o 200 mg por día hasta las 36,6 semanas o hasta el parto. (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2015)

Según Quirós et al., en el 2016, indica que los antibióticos no se recomiendan de forma rutinaria, ya que no extienden la edad gestacional ni mejoran el pronóstico en embarazadas con riesgo de APP (Quirós et al., 2016). Deben administrarse en infecciones que lo ameriten como profilaxis de estreptococo del grupo B intraparto y corioamnionitis. La administración EV de ampicilina cada 6 horas y gentamicina cada 8-24 horas hasta el parto. En caso de realizar una cesárea, se incrementará la cobertura contra anaerobios aplicando esquema de

metronidazol o clindamicina EV cada 8 horas. (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2015)

El tratamiento en vaginosis bacteriana antes de las 20 semanas de gestación en mujeres con antecedentes de PP previo puede reducir la aparición de resultados adversos en el embarazo. El metronidazol VO está recomendado como fármaco de primera línea a una dosis de 500 mg dos veces al día durante siete días y como antibiótico de segunda línea la clindamicina a 300 mg cada 12 horas por siete días. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014)

Los corticoides reducen la morbilidad y mortalidad neonatal en 34% y 31%, respectivamente, ya que estimulan el desarrollo pulmonar por medio de la síntesis de factor surfactante, aumentan la compliance pulmonar y disminuyen la permeabilidad vascular, el esquema de maduración pulmonar se debe administrar a toda embarazada con alto riesgo de PP entre las 24 y 34 semanas de gestación (Quirós et al. 2016). Se puede emplear la betametasona 12 mg intramuscular (IM) cada 24 horas en un total de dos dosis o dexametasona 6 mg, IM cada 12 horas por 4 dosis. (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2015)



## **5. Metodología**

### **5.1. Enfoque**

El presente trabajo es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, de enfoque cuantitativo y de corte transversal.

### **5.2. Tipo de diseño utilizado**

Estudio cuantitativo con diseño descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, debido a que la población es bien definida y en un marco temporal determinado.

### **5.3. Unidad de estudio**

La investigación se realizó en las pacientes que fueron hospitalizadas en el área de Gineco Obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba durante el periodo 2018-2020. El hospital se encuentra ubicado en la provincia de Loja, cantón Loja, parroquia Vilcabamba, en la avenida Eterna Juventud y Miguel Salvador, actualmente esta institución se encarga de brindar atención a la comunidad, en todos los servicios de salud disponibles en la institución.

### **5.4. Universo y muestra**

El universo fue constituido por 1310 que fueron hospitalizadas en el área de Gineco Obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba de las cuales se encontró 98 pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro sin parto que cumplen los criterios de inclusión durante el periodo 2018-2020.

La muestra estuvo constituida por 98 pacientes, con diagnóstico de amenaza de parto prematuro sin parto que fueron hospitalizadas en el área de Gineco Obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba que cumplan los criterios de inclusión durante el periodo 2018-2020, que cumplieron con los criterios de inclusión.

### **5.5. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **5.5.1. Criterios de inclusión**

- Pacientes gestantes, entre las 22,0 a 36,6 semanas de gestación.
- Pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro sin parto.
- Pacientes que fueron hospitalizadas en el área de Gineco Obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba durante el periodo 2018-2020.

### **5.5.2. Criterios de exclusión**

- Pacientes gestantes que fueron hospitalizadas con diagnósticos diferentes de amenaza de parto prematuro sin parto.
- Pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro que concluyeron en parto.
- Pacientes con diagnóstico de otras comorbilidades asociadas (Insuficiencia renal crónica, inmunodeficiencias, enfermedades genéticas, enfermedades autoinmunes, etc.)
- Pacientes embarazadas con una edad gestacional menor a 22 semanas o mayor o igual a 37 semanas.

### **5.6. Técnica**

La recolección de datos se llevó a cabo mediante una revisión en la base de datos de historias clínicas del Hospital Básico de Vilcabamba de las pacientes ingresadas en el área de Gineco Obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba durante el periodo 2018-2020. Los datos obtenidos por las fuentes antes mencionadas se registraron en una planilla de recolección y se organizaron en una base de datos diseñada en el programa Excel.

### **5.7. Instrumentos**

El instrumento consiste en una hoja de recolección de datos en la cual se integran todas las variables en estudio, esta consiste en:

- Factores sociodemográficos
  - Edad
  - Estado civil
  - Zona residencial
  - Instrucción
- Antecedentes personales
  - Edad gestacional
  - Controles prenatales
  - Paridad
  - Estado nutricional
  - Antecedente de parto prematuro
  - Infecciones cérvico vaginales
  - Infección de vías urinarias

- Trastornos hipertensivos en el embarazo

## **5.8. Procedimiento**

Dentro del desarrollo del trabajo de investigación se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Se solicitó a la Gestora de la Carrera de la Salud Humana la aprobación del tema del presente estudio.
- Una vez aprobado el tema del presente proyecto de investigación, se solicitó a la Gestora de la Carrera de la Salud Humana la revisión y aprobación del presente proyecto, mediante la autorización de la pertinencia del mismo.
- Se solicitó a la Gestora de la Carrera de la Salud Humana la asignación del director del presente trabajo investigativo.
- Se solicitó la autorización para realizar el estudio en el servicio de estadística al Director del Hospital Básico de Vilcabamba, explicando de manera puntual como se realizará la presente investigación.
- Una vez obtenida la autorización para la recolección de datos, se registró los datos de los pacientes ingresados en el área de Gineco Obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba en el periodo 2018-2020 que cumplieron los criterios de inclusión, revisando los diagnósticos de egreso.
- Los resultados obtenidos se registraron en la hoja de recolección de datos elaborada para esta finalidad, el registro se realizó de forma individual para cada paciente.
- Los resultados se tabularon mediante el cálculo de frecuencias utilizando estadística descriptiva, mediante la utilización del programa Excel.
- Se presentó cuadros, tablas y gráficos de barras porcentuales para la interpretación de los resultados obtenidos.
- Se procedió a extraer la información necesaria para posteriormente tabular, analizar y establecer los resultados.

## **5.9. Equipo y materiales**

- Equipos: Computadora portátil e impresora.
- Materiales: Hojas de papel bond, esferos, lápiz, borrador y libreta de datos.
- Recursos humanos: Investigador y director del trabajo de titulación.

### **5.10. Análisis estadístico**

La información obtenida y los resultados se tabularon mediante el cálculo de frecuencias utilizando estadística descriptiva, mediante la utilización del programa Excel. Los datos obtenidos en la investigación se presentaron mediante tablas, que facilitan la comprensión de los resultados, cumpliendo con los objetivos de la investigación.

## 6. Resultados

### 6.1. Resultados para el primer objetivo específico

Identificar la prevalencia del diagnóstico de amenaza de parto prematuro sin parto, en las pacientes embarazadas que fueron hospitalizadas en el Hospital Básico de Vilcabamba.

Tabla Nro. 1

*Prevalencia de amenaza de parto prematuro sin parto, Hospital Básico de Vilcabamba, periodo 2018-2020.*

	f	%
Casos	98	7,48%
Egresos hospitalarios	1310	100%

*Fuente: Historias clínicas del área de hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba  
Elaboración: Shirley Anabel Soto Valverde*

**Análisis:** Se analizaron los datos proporcionados por Estadística del Hospital Básico de Vilcabamba, se encontraron 98 casos con diagnóstico de amenaza de parto prematuro durante el período 2018-2020, cifra que corresponde al 7,48% de las pacientes egresadas del servicio de Gineco-obstetricia durante el mismo período en la institución.

## 6.2. Resultados para el segundo objetivo específico

Analizar los factores sociodemográficos y antecedentes personales maternos relacionados con la amenaza de parto prematuro sin parto, en las pacientes embarazadas que fueron hospitalizadas en el Hospital Básico de Vilcabamba.

Tabla Nro. 2.1

*Factores sociodemográficos relacionados con la amenaza de parto prematuro, Hospital Básico de Vilcabamba, periodo 2018-2020.*

<b>Grupo etario</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<18 años	10	10,20
18-24 años	43	43,88
25-35 años	41	41,84
≥36 años	4	4,08
Total	98	100
<b>Estado civil</b>		
Soltera	27	27,55
Casada	10	10,20
Divorciada	2	2,04
Unión libre	59	60,20
Total	98	100
<b>Zona residencial</b>		
Rural	85	86,73
Urbana	13	13,27
Total	98	100%
<b>Instrucción</b>		
Ninguno	0	0,00
Primaria	22	22,45
Secundaria	41	41,84
Bachiller	28	28,57
Superior	7	7,14
Total	98	100

*Fuente: Historias clínicas del área de hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba  
Elaboración: Shirley Anabel Soto Valverde*

**Análisis:** Se realizó un estudio de los factores de riesgo sociodemográficos para amenaza de parto pretérmino, dónde se encontró en cuanto al grupo etario que la mayoría de embarazadas estaban entre los 18 a 24 años que corresponden al 43,88%, seguido de 25 a 35 años con un 41,84%, <18 años con un 10,2% y finalmente ≥36 años con el 4,08%. El estado civil con mayor prevalencia fue unión libre con un 60,2%. La zona residencial más habitual fue la zona rural con un 86,73%, mientras que la zona urbana mostro un 13,27%. En cuanto a instrucción encontró que la mayoría de pacientes que completaron la secundaria con 41,84%, bachillerato con un 28,57%, educación primaria con un 22,44%, mientras que solo el 7,14% tiene instrucción superior.

Tabla Nro. 2.2

**Antecedentes personales relacionados con la amenaza de parto prematuro, Hospital Básico de Vilcabamba, periodo 2018-2020.**

<b>Edad gestacional</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
34 a 36 semanas 6 días	32	32,65
32 a 33 semanas 6 días	28	28,57
28 a 31 semanas 6 días	19	19,39
≤ 27 semanas 6 días	19	19,39
Total	98	100
<b>Controles prenatales</b>		
Sin controles	9	9,18
1-2	26	26,53
3-4	32	32,65
≥5	31	31,63
Total	98	100
<b>Paridad</b>		
Nulípara	23	23,47
Primípara	33	33,67
Multípara	35	35,71
Gran multípara	7	7,14
Total	98	100
<b>Estado nutricional inicial</b>		
IMC < 18.5	1	1,02
IMC 18.5-24.9	53	54,08
IMC 25.0-29.9	34	34,69
IMC 30.0-34.9	8	8,16
IMC 35.0 - 39.9	2	2,04
IMC ≥40.0	0	0,00
Total	98	100
<b>Antecedente de parto pretérmino</b>		
Si	25	25,51
No	73	74,49
Total	98	100
<b>Infecciones genitourinarias</b>		
Si	90	91,8
No	8	8,2
Total	98	100
<b>Trastornos hipertensivos en el embarazo</b>		
Si	8	8,16
No	90	91,84
Total	98	100

Fuente: Historias clínicas del área de hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba

Elaboración: Shirley Anabel Soto Valverde

**Análisis:** Entre los antecedentes maternos relacionados con la amenaza de parto prematuro se encontró que el rango de edad gestacional más frecuente para la patología fue de 34 a 36,6 semanas siendo este un 32,65%, seguido de 32 a 33,6 semanas de gestación con un 28,57%. La mayoría de los pacientes se realizó solo 3 a 4 controles representando el 32,65%, y tan solo el 31,63% se realizó 5 o más controles. De las 98 pacientes el 35,71% de las pacientes eran multíparas, 33,67% primíparas, 23,47% nulíparas previo al embarazo actual y tan solo

el 7,14% de las pacientes se encuentra dentro de la categoría de gran multípara. La mayor parte de pacientes se encontró dentro del peso normal con un 54,08%, seguido del 34,69% que empezó el embarazo con sobrepeso, y tan solo un 1,02% correspondieron a bajo peso inicial. El 25,51% de las pacientes presentaron un antecedente de parto prematuro. Las infecciones genitourinarias se presentaron en un 91,8% de las pacientes representando la mayoría de pacientes. Los trastornos hipertensivos en el embarazo sucedieron en un 8,16% de las pacientes.



### 6.3. Resultados para el tercer objetivo específico

Establecer la relación entre la amenaza de parto prematuro sin parto y sus factores sociodemográficos y antecedentes personales maternos, en las pacientes embarazadas que fueron hospitalizadas en el Hospital Básico de Vilcabamba durante el periodo 2018-2020.

Tabla Nro. 3

*Relación entre factores de riesgo y antecedentes personales maternos en las pacientes embarazadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, Hospital Básico de Vilcabamba, periodo 2018-2020.*

Antecedentes personales maternos	Factores sociodemográficos													
	Grupo etario				Estado civil				Zona residencial		Instrucción			
	<18 años	18-24 años	25-35 años	≥36 años	Soltera	Casada	Divorciada	Unión libre	Urbana	Rural	Primaria	Secundaria	Bachiller	Superior
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Edad gestacional</b>														
34 a 36,6 semanas	2,0	19,4	9,2	2,0	5,1	1,0	1,0	25,5	2,0	30,6	8,2	9,2	13,3	2,0
32 a 33,6 semanas	3,1	8,2	16,3	1,0	7,1	7,1	0,0	14,3	4,1	24,5	5,1	14,3	6,1	3,1
28 a 31,6 semanas	4,1	8,2	7,1	0,0	8,2	2,0	1,0	8,2	3,1	16,3	2,0	12,2	4,1	1,0
≤ 27,6 semanas	1,0	8,2	9,2	1,0	7,1	0,0	0,0	12,2	4,1	15,3	7,1	6,1	5,1	1,0
<b>Controles prenatales</b>														
Sin controles	3,1	2,0	4,1	0,0	3,1	1,0	0,0	5,1	1,0	8,2	2,0	4,1	0,0	3,1
1 - 2	3,1	10,2	11,2	2,0	7,1	2,0	0,0	17,3	2,0	24,5	7,1	11,2	8,2	0,0
3 - 4	3,1	13,3	14,3	2,0	9,2	3,1	1,0	19,4	2,0	30,6	9,2	14,3	8,2	1,0
≥5	1,0	18,4	12,2	0,0	8,2	4,1	1,0	18,4	8,2	23,5	4,1	12,2	12,2	3,1
<b>Paridad</b>														
Nulípara	8,2	14,3	1,0	0,0	12,2	0,0	0,0	11,2	2,0	21,4	4,1	10,2	7,1	2,0
Primípara	2,0	18,4	13,3	0,0	8,2	3,1	1,0	21,4	4,1	29,6	4,1	14,3	12,2	3,1
Múltipara	0,0	11,2	23,5	1,0	4,1	2,0	1,0	14,3	2,0	20,4	5,1	8,2	6,1	2,0
Gran múltipara	0,0	0,0	4,1	3,1	3,1	5,1	0,0	13,3	6,1	15,3	9,2	9,2	3,1	0,0
<b>Estado nutricional inicial (IMC)</b>														
< 18.5	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0
18.5-24.9	8,2	24,5	19,4	2,0	18,4	5,1	1,0	26,5	8,2	42,9	9,2	20,4	16,3	5,1
25.0-29.9	1,0	14,3	18,4	1,0	7,1	4,1	0,0	24,5	2,0	33,7	9,2	13,3	11,2	2,0
30.0-34.9	0,0	4,1	3,1	1,0	2,0	1,0	1,0	6,1	3,1	7,1	4,1	5,1	1,0	0,0
35.0 - 39.9	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	2,0	0,0	2,0	0,0	0,0
≥40.0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Antecedente de parto pretérmino</b>														
Si	2,0	13,3	10,2	0,0	4,1	4,1	1,0	16,3	3,1	22,4	10,2	7,1	7,1	5,1
No	8,2	30,6	31,6	4,1	23,5	6,1	1,0	43,9	10,2	64,3	12,2	34,7	21,4	2,0

<b>Infecciones genitourinarias</b>														
Si	8,2	42,9	36,7	4,1	23,5	10,2	2,0	56,1	13,3	77,0	20,4	39,8	26,5	5,1
No	2,0	1,0	5,1	0,0	4,1	0,0	0,0	4,1	0,0	8,0	2,0	2,0	2,0	2,0
<b>Trastornos hipertensivos en el embarazo</b>														
Si	0,0	3,1	4,1	1,0	0,0	1,0	1,0	6,1	2,0	6,1	2,0	2,0	4,1	0,0
No	10,2	40,8	37,8	3,1	27,6	9,2	1,0	54,1	11,2	80,6	20,4	39,8	24,5	7,1

Fuente: Historias clínicas del área de hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba

Elaboración: Shirley Anabel Soto Valverde

**Análisis:** La edad gestacional más frecuente para la aparición de amenaza de parto prematuro fue entre las 34 a 36,6 semanas de gestación, relacionada en 19,4% con 18 a 24 años de edad, 25,5% unión libre, 30,6% zona rural, seguido de una edad gestacional 32 a 33,6 semanas e instrucción secundaria en 14,3%.

Los controles prenatales se encontró una frecuencia de 18,4% en 5 o más controles entre los 18 a 24 años; posteriormente la realización de 3 a 4 controles relacionado en un 19,4% con unión libre, 36,6% con la zona rural, y 14,3% con instrucción secundaria.

La paridad se relacionó en un 23,5% con multiparidad y 25 a 35 años de edad; posteriormente se encontró mayor relación entre primíparas y unión libre de 21,4%, con la zona rural 29,6% y un 14,3% con instrucción secundaria.

Se observó un IMC correspondiente a peso normal relacionado con 18 a 24 años en 24,5%, con unión libre en 26,5% e instrucción secundaria en 14,3%.

El antecedente de parto pretérmino y edad entre 18 a 24 años se relacionó en 13,3%, unión libre 16,3%, zona rural 22,4%, instrucción primaria 10,2%.

Las infecciones genitourinarias entre 18 a 24 años de edad representaron 42,9% de pacientes, unión libre 56,1%, zona rural 77% e instrucción secundaria 39,8%.

Los trastornos hipertensivos fueron más frecuentes entre las edades de 25 a 35 años correspondiendo a 4,1%, unión libre en un 6,1% e instrucción de bachillerato en 4,1%.

## 7. Discusión

La amenaza de parto pretérmino es una complicación frecuente en el servicio gineco-obstétrico con necesidad de hospitalización, por lo cual es una patología que necesita seguimiento y tratamiento médico oportuno.

Se analizaron los datos proporcionados por Estadística del Hospital Básico de Vilcabamba, se encontró el diagnóstico de amenaza de parto prematuro en un 7,8%. Según los autores son varios los factores que se asocian con el parto prematuro, el análisis de los datos ha demostrado que el principal factor para este suceso es la presencia de antecedentes patológicos personales, en el presente trabajo se estudió los factores sociodemográficos y antecedentes personales, se obtuvo como resultado que las infecciones genitourinarias son más comunes en gestantes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro. Así también lo demuestran Morante y Neira (2019) en su estudio sobre factores de riesgo que dan como resultado amenaza de parto pretérmino, en el hospital materno infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel de Guayaquil, en donde finalmente de 120 pacientes estudiados se determinó que la edad más frecuente fue 21 años, la edad gestacional más frecuente fue de 36 semanas en un 21,67%, el 8,33% presentó epilepsia y el 41,67% presentó vaginosis durante su gestación.

Al caracterizar los factores de riesgo sociodemográficos para amenaza de parto pretérmino, se encontró que el rango de edad gestacional más frecuente para la patología fue de 34 a 36,6 semanas siendo este un 32,65%, seguido del 28,57% correspondiente al grupo etario entre 32 a 33,6 semanas de gestación. En cuanto a controles prenatales solo el 31,63% se realizó al menos 5 controles y el 9,18% no se realizó ningún control prenatal previo a su hospitalización. De las 98 pacientes el 23,47% eran nulíparas previo al actual embarazo, el 33,67% ha tenido un embarazo anterior, el 35,71% de las pacientes eran multíparas y tan solo el 7,14% de las pacientes se encuentra dentro de la categoría de gran multípara. Se observó un IMC correspondiente a peso normal en un 54,08% significando la mayoría de los pacientes, además del 34,69% que empezó el embarazo con sobrepeso, un 8,16% que corresponde a obesidad grado I, el 2,04% inició su embarazo con obesidad grado II, y un IMC menor a 18 en un porcentaje de 1,02% que es correspondientes a bajo peso. Se encontró una prevalencia de antecedente de parto pretérmino del 25,51%, un 85,71% presentó antecedentes de infecciones cervicovaginales, las infecciones de vías urinarias ocurrieron en

un 83,67%, se encontró un 8,16% con un antecedente de trastornos hipertensivos en el embarazo.

Ayala (2019) en su estudio prevalencia del parto pretérmino y factores maternos del mismo en el hospital Pablo Arturo Suárez de Quito, se encontró que los principales factores de riesgo con significancia estadística fueron: edades extremas maternas, 20,3% en adolescentes y 11,1% en añosas, el nivel educativo más común secundaria en el 62,8%, en este estudio la anemia fue el factor con mayor fuerza en la asociación estadística para tener un producto pretérmino.

Otro estudio referencial realizado por Añazco y Lucas (2019) denominado “Factores Maternos asociados al parto prematuro en el área de Ginecología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo” de Guayaquil, donde tuvo relevancia la presencia de Infecciones de Vías Urinarias con 76%, Ruptura Prematura de Membrana con el 12%, Trastornos Hipertensivos 7%, Diabetes con el 5% presentándose más en las gestantes de etnia afroecuatoriana.

En estudios internacionales podemos observar los resultados de León y Lucas (2018) en su trabajo sobre factores asociados a parto prematuro en gestantes en el Hospital Regional de Huacho de Perú, donde de 315 pacientes el 37.2% se encontró en una edad de 26 a 35 años, 25.6% son convivientes, 32,6% proceden de la zona urbana y fueron partos prematuros tardíos, los factores maternos asociados es el 26.7% tuvieron hipertensión arterial, 39.5% no realizaron atención prenatal, 25.6% tuvieron diabetes y 17.4% consumo de drogas, los factores gineco obstétricos asociados a parto prematuro se aprecia que el 40.7% presentaron rotura prematura de membrana y 40.7% infección urinaria y 26.6% tuvieron desprendimiento de placenta.

Segovia et al. en 2021 en su estudio “Características demográficas y clínicas de mujeres con amenaza de parto pretérmino” determinó las características demográficas y clínicas de mujeres con amenaza de parto pretérmino durante el periodo 2017- 2021 en el Hospital José Félix Valdivieso de Santa Isabel Ecuador, de 115 pacientes ingresadas en el área de ginecología se determinó las características sociodemográficas donde la edad media fue de 25 años, el 60,86% residía en el área rural, el 47,82% tenía estado civil unión libre, el 37,39% de instrucción secundaria, el 64,34% fue ama de casa. Según las características clínicas

fueron antecedentes de gestas previas la media de 0,83, abortos 0,11, la media según las semanas de gestación fue de 32,46 semanas, la infección vaginal tuvo una prevalencia de 44,34%, seguido de la infección del tracto urinario con el 20,86%.

Los estudios antes mencionados demuestran que en cuanto antecedentes maternos, las infecciones genitourinarias son el factor de riesgo más frecuente relacionado con el diagnóstico de amenaza de parto prematuro, además predominaron factores sociodemográficos como estado civil unión libre, residencia en zona rural e instrucción secundaria, por lo cual es importante tener en cuenta la individualidad de condiciones de cada paciente para determinar los factores de riesgo, riesgo obstétrico y realizar seguimiento oportuno.

## 8. Conclusiones

Se determinó la prevalencia de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro según datos proporcionados por estadística del Hospital Básico de Vilcabamba durante el período 2018-2020 obteniendo una cifra representativa de pacientes que fueron hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia por presentar este diagnóstico.

Al analizar los factores sociodemográficos en orden de frecuencia se encontró mayormente la residencia en una zona rural, el estado civil prevalente fue unión libre, el grupo etario mayoritario se encontró entre los 18 a 24 años, en cuanto a instrucción la mayoría de pacientes completaron la secundaria; por otra parte, al analizar los antecedentes maternos relacionados, las infecciones genitourinarias se presentaron en casi la totalidad de pacientes, prevaleciendo un estado nutricional normal en más de la mitad, con mayor frecuencia entre las 34 a 36,6 semanas gestación, mayoritariamente se realizaron de 3 a 4 controles prenatales, así como mayor frecuencia en multíparas, el antecedente de parto prematuro se presentó en la cuarta parte de las pacientes mientras el antecedente de trastornos hipertensivos se observó en la minoría de pacientes.

En cuanto a la relación entre los factores sociodemográficos y antecedentes personales maternos se estableció mayor frecuencia entre la edad gestacional de 34 a 36,6 semanas relacionado con unión libre y zona rural. En su mayoría se realizaron de 3 a 4 controles prenatales los cuales se asociaron a unión libre, zona rural e instrucción secundaria. La multiparidad tuvo mayor relación con los 25 a 35 años de edad e instrucción secundaria. Se observó un IMC correspondiente a peso normal relacionado con 18 a 24 años, unión libre e instrucción secundaria. El antecedente de parto pretérmino fue más frecuente entre los 18 a 24 años de edad mayormente relacionado a unión libre, zona rural, instrucción primaria. Las infecciones genitourinarias se asociaron mayormente a la edad entre 18 a 24 años, unión libre, zona rural e instrucción secundaria. Los trastornos hipertensivos fueron más frecuentes entre los 25 a 35 años relacionado en su mayoría con unión libre e instrucción bachillerato.

## **9. Recomendaciones**

Fomentar el control preconcepcional y asesoría en planificación familiar, enfocándose en promoción y prevención de la salud, informando a las pacientes de hábitos saludables previos al embarazo, identificando factores predisponentes a desarrollar un alto riesgo obstétrico, así se brindará la atención correspondiente de acuerdo a los principios de la atención primaria, y se prescribirá medicación en caso de ser necesaria.

Impulsar a los estudiantes de la Carrera de Medicina y a todo el personal de salud a conocer y manejar adecuadamente los protocolos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y la OMS respecto a controles prenatales y atención obstétrica, es importante realizar mínimo 5 controles prenatales, los cuales se incrementarán de acuerdo al riesgo obstétrico. Es importante que en la atención primaria y en cada control prenatal se realice una evaluación integral de la gestante, en dicha evaluación se debe solicitar todos los exámenes de laboratorio e imagen necesarios, además de llevar un sistema de registro bien documentado de las pacientes, con esta información podríamos llevar un control y seguimiento adecuado, destinando mayor atención a las pacientes que presentan factores de riesgo importantes.

Implementar en los Centros de Salud programas informativos para orientar a las gestantes sobre los factores de riesgo y las posibles complicaciones obstétricas y neonatales que pueden presentarse, de esta forma podrán acudir a consulta médica de forma oportuna, especialmente al detectar factores de riesgo o antecedentes maternos obstétricos importantes, de esta forma se podrá detectar y tratar oportunamente trastornos hipertensivos, infecciones genitourinarias y otras patologías gestacionales con la consecuente disminución de la morbi-mortalidad materno fetal.

## 10. Bibliografía

- Añazco Palacios, J. A. & Lucas Rivera, K. J. (2019). Factores maternos asociados al parto prematuro en el área de ginecología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. [Tesis previo a la obtención del título de licenciada/o en enfermería]. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/13265>
- Ashraf B. (2019). *Efficacy and safety of oral nifedipine with or without vaginal progesterone in the management of threatened preterm labor*. International Journal of Reproductive Biomedicine. doi:10.18502/ijrm.v17i9.5098
- Ayala, A. (2019). *Prevalencia del Parto Pretérmino y Factores Maternos del mismo en el Hospital Pablo Arturo Suárez de Mayo del 2017-Abril 2018*. [Tesis para obtener título de médico cirujano. Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Disponible en:  
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16479/Trabajo%20de%20titulacion-%20Ariel%20Ayala.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bajana M., Carrasco A, Zapata A., Ramírez K., Cuadro R., Ramírez M., Cordones M. & Recalde K. (2018). *Asociación de la edad materna con las complicaciones gestacionales*. Revista Latinoamericana de Hipertensión, vol. 13, núm. 2, 2018 Sociedad Latinoamericana de Hipertensión, Venezuela. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1702/170263334007/170263334007.pdf>
- Beckmann C., Ling F., Casanova R., Chuang A., Goepfert A., Hueppchen N. & Weiss P. (2019). *Beckmann y Ling Obstetricia y Ginecología*. Editorial Wolters Kluwer Health.
- Cortés H., Gómez J. & Gutiérrez J. (2019). *Obstetricia: Atlas*. Bogotá. Ecoe Ediciones. Recuperado de: <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecaupl/126380?page=102>.
- Cunningham G., Leveno K., Bloom S., Dashe J., Hoffman B., Casey B., Spong C. (2021). *Williams Obstetricia*. 26th Edición. McGraw-Hill Education Companies, Inc.
- Enciclopedia jurídica. (2020). *Estado civil*. Disponible en: <http://www.encyclopedia-juridica.com/d/estado-civil/estado-civil.htm>
- Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development NICHD. (2020). *Información sobre el embarazo*. Disponible en:



<https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion#:~:text=Embarazo%20es%20el%20t%C3%A9rmino%20utilizado,per%C3%ADodo%20menstrual%20hasta%20el%20parto.>

Feldman F., Recouso J., Paller L., Lauría W.& Rey G. (2019). *Evaluación de las complicaciones del embarazo en adolescentes: estudio de cohorte en Uruguay*. Ginecología y obstetricia de México, 87(11). doi:10.24245/gom.v87i11.2987

Ferrero S., Cobo T. & Palacio M.(2022). *Protocolo: amenaza de parto pretérmino*. Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu- Universitat de Barcelona. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/amenaza-parto-pretermino.html>

Fundación de Waal. (2022). *Partos prematuros y sus riesgos en la salud*. <https://fundaciondewaal.org/index.php/2022/03/04/partos-prematuros-y-sus-riesgos-en-la-salud/#:~:text=En%20Am%C3%A9rica%20Latina%2C%201.2%20millones,5%20a%C3%B1os%20en%20la%20regi%C3%B3n.>

Garay, D. (2020). *Complicaciones Obstétricas en Gestantes Adolescentes del Hospital Regional Hermilio Valdizàn Medrano De Huánuco 2018*. [Tesis de pregrado. Universidad de Huánuco]. Obtenido de <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2684/Garay%20Palomino%2C%20Dayer%20Feliberto.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Institute for Health Metrics. (2019). Global Burden of Disease GBD. <https://www.healthdata.org/results/data-visualizations>

Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017. Prevención, diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino Guía de Evidencias y Recomendaciones. Durango: Coordinación Técnica de Excelencia Clínica.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 2019. «Registro Estadístico de Nacidos Vivos, 2018.»

Leon Huerta, M. G. & Lucas Berde, F. J. (2018). *Factores asociados a parto prematuro en gestantes, hospital regional de Huacho, 2016-2017*. [Tesis previa a la obtención del título de Licenciado en Obstetricia] <http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/2720>

- Martínez García, Rosa María. 2016. «Suplementos en gestación: últimas recomendaciones». *Nutrición Hospitalaria*. doi: 10.20960/nh.336.
- Mezzabotta, Dr Leonardo, Dres Juan Pablo Comas, y César Meller. s. f. «CONSENSO PREVENCIÓN PARTO PREMATURO SOGIBA 2018». 18.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). Diagnóstico y tratamiento de infección vaginal en obstetricia. Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito, Ecuador. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Guía de Práctica Clínica (GPC). Recién nacido prematuro. Primera edición. Quito, Ecuador. ISBN: 978-9942-07-968-8. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica (GPC). Segunda edición; Quito, Ecuador. ISBN 978-9942-22-085-1. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal. Manual. Quito, Ecuador. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2014. Diagnóstico y tratamiento de la infección vaginal en obstetricia Guía de Práctica Clínica. Quito: Dirección Nacional de Normatización-MSP.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2015a. Control Prenatal Guía de Práctica Clínica. Primera. Quito: Dirección Nacional de Normatización – MSP.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2015. Recién nacido prematuro. Guía de Práctica Clínica. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP.
- Mockrige A. & Maclennan K. (2022). Physiology of pregnancy. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine Journal*. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2022.02.027>
- Oliveros. 2017. «Tocólisis con sulfato de magnesio o clorhidrato Delaware isoxuprina en amenaza de parto pretérmino».
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Recuperado de:

[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/)

Organización mundial de la salud. (2018). *Nacimientos prematuros*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Organización Panamericana de Salud. (2019). *Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro*. ISBN: 978-9974-8602-4-7

Ovalle, Alfredo, y María Angélica Martínez. s. f. «¿Se puede prevenir el parto prematuro por infección bacteriana ascendente y sus resultados adversos en los hospitales públicos de Chile?» Rev Chilena Infectol 11.

Quirós, Gabriela, Raúl Alfaro, Mariela Bolívar, y Natalia Solano. 2016. «Amenaza de parto pretérmino». Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD 6(1). doi: 10.15517/rc\_ucr-hsjd.v6i1.23061.

Raba, Grzegorz, y Jan Kotarski. 2016. «Evaluation of Risk Factors Can Help to Predict Preterm Delivery within 7 Days in Women Hospitalized for Threatened Preterm Labour». The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 29(19):3142-46. doi: 10.3109/14767058.2015.1115477.

Ramírez J., Lara K., Velázquez B., Gallardo J., Acevedo S. & Camarena D. (2018). Guía de práctica clínica. Prevención de parto pretérmino. DOI: 10.24875/PER.M19000004.

Reyna, Eduardo, Jorly Mejía, Nadia Reyna, Martha Rondón, Danaisy Cabrera-Montes de Oca, Herrera Pineda, y Carlos Briceño. 2019. «Longitud cervical o puntaje de bishop en la predicción de parto pretérmino inminente en pacientes sintomáticas.» REV CHIL OBSTET GINECOL 10.

Sabat A, Susana, Michelle Vinet M, Camila Sanhueza F, Andrea Galdames G, Irene Castro E, y Andrés Caballero E. 2014. «Embarazadas con lupus eritematoso sistémico en el hospital Clínico Regional de Concepción, Chile». Revista chilena de obstetricia y ginecología 79(1):21-26. doi: 10.4067/S0717-75262014000100004.

Salazar, Lina, Paula Restrepo, Pieralessandro Lasalvia, Fabián Hernández, Camilo Castañeda, y Diego Rosselli. 2018. «Eficacia y seguridad de atosiban en mujeres gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino: revisión sistemática de la literatura con

- Salazar J., Guevara D. & Domínguez J. (2021). Causas más frecuentes de amenaza de parto prematuro en el Hospital Universitario. RECIAMUC. *Revista científica de investigación actualización del mundo de las ciencias*, 5(1), 70-77. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(1\).ene.2021.70-77](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.70-77)
- Segovia A., Mesa I., Ramírez A. & García J. (2021). Demographic and clinical characteristics of women with threatened preterm delivery. *Journal of American Health*. Guayaquil, Ecuador. ISSN 2697-3421.
- Taípe A. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes del servicio gineco-obstetricia del hospital regional de Ayacucho enero - junio 2018. Universidad Nacional del Antiplano; 2018. Disponible en: <http://tesis.unap.edu.pe/handle/UNAP/8997>
- The Law Dictionary. (s.f.) What is demographic factors. Disponible en: <https://thelawdictionary.org/demographic-factors/>
- Uñapillco, F. K. (2019). Factores Maternos Asociados a Parto Pretérmino en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2018. [Tesis de pregrado de médico cirujano. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco]. Disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/3980/253T20190177.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Zerna C, Fonseca R, Viteri A, Zerna C. Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. *Revista Ciencia UNEMI*. 2018 Enero-Abril; 11(26): 134-142. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6892848.pdf>
- Zona rural y zona urbana (s.f.). En *Diferenciador.com*. Recuperado de: <https://www.diferenciador.com/zona-rural-y-zona-urbana/>

## 11. Anexos

### 11.1. Anexo N° 1. Informe de pertinencia



UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE  
MEDICINA HUMANA

---

#### MEMORÁNDUM Nro.0804 DCM-FSH-UNL

**PARA:** Srta. Shirley Anabel Soto Valverde  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DE:** Dra. Tania Cabrera  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 22 de Octubre de 2021

**ASUNTO:** **APROBACIÓN DE TEMA E INFORME DE PERTINENCIA DEL  
PROYECTO DE TESIS**

---

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: “**Factores maternos relacionados con amenaza de parto prematuro sin parto, en el Hospital Básico de Vilcabamba**”, de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrito el 21 de Octubre, por el Dr. Marco Medina, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera **aprobado y pertinente**, puede continuar con el trámite respectivo.



Firmado electrónicamente por:  
**TANIA VERONICA  
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
C.c.- Archivo.  
TVCP/NOT

---

## 11.2. Anexo N° 2. Designación de director del trabajo de titulación



UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE  
MEDICINA HUMANA

---

**MEMORÁNDUM Nro.0805 DCM-FSH-UNL**

**PARA:** Dr. Marco Medina  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**DE:** Dra. Tania Cabrera  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 22 de Octubre de 2021

**ASUNTO: Designar Director de Tesis**

---

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como Director de tesis del tema: **“Factores maternos relacionados con amenaza de parto prematuro sin parto, en el Hospital Básico de Vilcabamba”**, autoría de la **Srta. Shirley Anabel Soto Valverde**.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Firma de e-Intelectualización por:  
**TANIA VERONICA  
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
C.c.- Archivo, Estudiante.  
TVCP/NOT

---

### 11.3. Anexo N°3. Oficio y autorización para recolección de datos



UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE  
MEDICINA HUMANA

---

**MEMORÁNDUM Nro.0819 DCM-FSH-UNL**

**PARA:** Dr. Diego Alvarez Sempertegui  
**DIRECTOR DEL HOSPITAL BÁSICO DE VILCABAMBA**

**DE:** Dra. Tania Cabrera  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 26 de Octubre de 2021

**ASUNTO: SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS DEL  
PROYECTO 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 a la **Srta. Shirley Anabel Soto Valverde**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para acceder a las historias clínicas de las pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba; información que servirá para cumplir con el trabajo de investigación denominado: "**Factores maternos relacionados con amenaza de parto prematuro sin parto, en el Hospital Básico de Vilcabamba**"; trabajo que lo realizará bajo la supervisión del **Dr. Marco Medina**, Catedrático de nuestra Institución.

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

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:  
**TANIA VERONICA  
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**Contacto del Estudiante:** celular: 0981400261, correo: sasotov@unl.edu.ec

C.c.- Archivo, Estudiante.

**TVCP/NOT**

---



**Ministerio de Salud Pública**  
Coordinación Zonal 7 - Salud  
Hospital Básico Vilcabamba

Vilcabamba, a 29 de octubre de 2021.

Señorita  
Shirley Anabel Soto Valverde

De mi consideración:

Por medio de la presente me permito informar a usted que, luego de revisar su proyecto de investigación “**FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO SIN PARTO, EN EL HOSPITAL BÁSICO DE VILCABAMBA**”, lo encuentro PERTINENTE y FACTIBLE de realizar, por lo que autorizo el desarrollo de la misma en esta casa de salud, siempre que se cumplan todos los preceptos legales y normativas aplicables a la misma.

Se extenderá la comunicación respectiva al departamento de estadística para que se le presenten las facilidades para su realización.

Atentamente.



Dr. Diego Santiago Alvarez Sempertegui  
DIRECTOR DEL HOSPITAL BÁSICO KOQUIS OTANI – VILCABAMBA





República  
del Ecuador

**Ministerio de Salud Pública**  
Coordinación Zonal 7 - Salud  
Hospital Básico Vilcabamba

Vilcabamba, 10 de Noviembre del 2021

ING. DIANA CATALINA COBOS SISALIMA

**ANALISTA DE PROCESOS DE ADMISIÓN DEL HOSPITAL VILCABAMBA**

CERTIFICO:

En mi calidad de Analista de Procesos de Admisiones del Departamento de Estadística, certifico que la Srta. Shirley Anabel Soto Valverde con número de cédula 1105778664, recolectó información para su trabajo de investigación **"Factores Maternos relacionados con Amenaza de Parto Prematuro sin Parto, en el Hospital Básico de Vilcabamba"** en el Departamento de Estadística de esta casa de salud, revisando información de los años 2018 al 2020.

Atentamente:



DIANA CATALINA  
COBOS SISALIMA

ING. DIANA CATALINA COBOS SISALIMA

**ANALISTA DE PROCESOS DE ADMISIÓN DEL HOSPITAL VILCABAMBA**



**Dirección:** Av. Eterna Juventud E682 y Miguel Salvador . Vilcabamba - Loja - Ecuador

**Gobierno** Juntos  
por el Ecuador la esperanza

#### 11.4. Anexo N°4. Designación de nuevo director del trabajo de titulación



UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE  
MEDICINA HUMANA

---

Oficio Nro. 0956-D-CMH-FSH-UNL  
Loja, 10 de Mayo de 2022

Dra. Karina Calva  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
Ciudad.

De mi consideración:

A través de un cordial y respetuoso saludo me dirijo a usted, a la vez me permito comunicarle que ha sido designado/a como Director/a de tesis del tema: “**Factores maternos relacionados con amenaza de parto prematuro sin parto, en el Hospital Básico de Vilcabamba**”, autoría de la **Srta. Shirley Anabel Soto Valverde**, en vista que el anterior Director Dr. Marco Medina, ya no cuenta con carga horaria para este periodo académico.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Firmada electrónicamente por:  
**TANIA VERONICA  
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
C.c.- Archivo, Estudiante.  
TVCP/NOT

---

## 11.5. Anexo N°5. Base de datos

Número de paciente	Número de historia clínica	Número de archivo	Edad (años)	Estado civil	Zona residencial	Instrucción	Edad gestacional	Controles prenatales	Paridad (número de partos)	Peso inicial (kg)	Peso (kg)	Talla (m)	Estado nutricional (IMC)	Antecedente de parto pretérmino	Infecciones cérvico vaginales	Infección de vías urinarias	Infecciones urogenitales	Trastornos hipertensivos en el embarazo
1	1105765075	35796	24	CASADA	RURAL	PRIMARIA	32,3	4	2	67,30	71,40	1,55	28,01	SI	SI	NO	SI	NO
2	1105364531	19575	21	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	34,2	3	3	54,00	65,40	1,55	22,48	NO	SI	SI	SI	NO
3	1104733769	31354	24	CASADA	URBANA	SECUNDARIA	31,6	5	3	62,30	69,90	1,63	23,45	NO	SI	NO	SI	NO
4	1105740862	30684	27	UNIÓN LIBRE	RURAL	PRIMARIA	24	2	3	49,80	62,00	1,44	24,02	NO	SI	SI	SI	NO
5	1104882236	14898	27	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	27,5	6	2	63,40	67,80	1,58	25,40	NO	SI	SI	SI	NO
6	1900526664	22048	23	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	31,4	6	1	89,90	85,00	1,60	35,12	NO	SI	SI	SI	NO
7	1105989014	37636	26	UNIÓN LIBRE	RURAL	BACHILLER	33,4	2	1	46,20	58,90	1,51	20,26	NO	SI	NO	SI	NO
8	1105610644	39108	26	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	24,4	0	2	50,00	59,20	1,52	21,64	NO	SI	SI	SI	NO
9	1105885485	22021	21	SOLTERA	RURAL	BACHILLER	35,1	2	1	51,00	53,00	1,55	21,23	NO	SI	SI	SI	NO
10	0706425477	37640	21	SOLTERA	URBANA	SECUNDARIA	28,2	5	1	90,45	96,40	1,67	32,43	NO	SI	NO	SI	NO
11	1105323305	14055	26	CASADA	RURAL	BACHILLER	33,2	2	3	51,20	59,90	1,47	23,69	NO	NO	SI	SI	NO
12	1104715782	10245	32	UNIÓN LIBRE	URBANA	PRIMARIA	24	6	3	66,90	70,10	1,50	29,73	SI	SI	SI	SI	NO
13	1150025987	30053	22	DIVORCIADA	URBANA	SECUNDARIA	30,1	5	1	51,50	56,10	1,46	24,16	NO	SI	SI	SI	SI
14	1105169583	28780	28	CASADA	RURAL	SUPERIOR	33,6	7	1	59,50	76,85	1,65	21,85	NO	SI	SI	SI	NO
15	1150520649	33254	21	UNIÓN LIBRE	URBANA	SECUNDARIA	34	7	0	48,60	63,90	1,53	20,76	NO	SI	NO	SI	NO
16	1105808982	20766	20	SOLTERA	RURAL	SECUNDARIA	31,4	6	0	59,00	70,00	1,53	25,20	NO	NO	SI	SI	NO
17	1104919004	27415	27	UNIÓN LIBRE	RURAL	PRIMARIA	33	4	2	57,60	71,60	1,53	24,61	NO	SI	SI	SI	NO
18	1105363293	24873	20	UNIÓN LIBRE	URBANA	SECUNDARIA	33,3	5	1	60,10	69,90	1,58	24,07	NO	SI	SI	SI	NO
19	1105229064	31662	24	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	23,2	0	1	66,30	70,90	1,59	26,23	NO	NO	SI	SI	NO
20	1105369662	18755	27	UNIÓN LIBRE	RURAL	PRIMARIA	35,6	3	2	66,00	74,00	1,57	26,78	NO	NO	NO	NO	NO
21	1751115666	30217	23	UNIÓN LIBRE	RURAL	BACHILLER	34,6	2	1	56,20	67,75	1,52	24,32	NO	SI	SI	SI	NO
22	1105155178	29634	25	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	30,1	1	1	57,80	65,10	1,54	24,37	NO	SI	SI	SI	NO
23	1105101354	16303	28	UNIÓN LIBRE	RURAL	BACHILLER	34,2	2	1	62,40	67,10	1,47	28,88	NO	SI	SI	SI	SI

24	1104755994	37743	26	SOLTERA	RURAL	SECUNDARIA	30,3	5	2	63,00	64,40	1,53	26,91	NO	SI	SI	SI	NO
25	0803888460	37962	19	UNIÓN LIBRE	RURAL	BACHILLER	34,2	6	1	57,00	75,80	1,62	21,72	SI	SI	SI	SI	SI
26	1104337926	25419	34	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	33,4	4	5	93,00	104,60	1,63	35,00	SI	NO	NO	NO	SI
27	1150286480	21503	21	UNIÓN LIBRE	RURAL	BACHILLER	28,1	4	2	41,60	45,80	1,45	19,79	NO	SI	SI	SI	NO
28	0929633899	37497	24	SOLTERA	RURAL	BACHILLER	22,3	7	2	51,60	56,10	1,47	23,88	NO	NO	NO	NO	NO
29	1105365652	19663	21	SOLTERA	RURAL	BACHILLER	34,5	2	0	56,60	60,40	1,48	25,84	NO	SI	SI	SI	NO
30	1105117194	36483	28	SOLTERA	RURAL	SUPERIOR	28,5	3	1	47,40	56,50	1,56	19,48	NO	NO	NO	NO	NO
31	1105581332	31430	26	SOLTERA	RURAL	SECUNDARIA	33	6	0	52,80	60,45	1,53	22,56	NO	SI	SI	SI	NO
32	0995747500	1200	27	SOLTERA	URBANA	BACHILLER	24	5	3	67,10	71,20	1,61	25,89	NO	SI	SI	SI	NO
33	1103907513	8324	35	UNIÓN LIBRE	RURAL	BACHILLER	35,1	5	2	68,00	81,00	1,58	27,24	NO	SI	SI	SI	SI
34	1105731846	23731	18	UNIÓN LIBRE	RURAL	BACHILLER	35,6	6	0	45,60	55,50	1,54	19,23	SI	SI	SI	SI	NO
35	1716414159	209	30	CASADA	RURAL	SUPERIOR	32,2	0	2	72,30	100,00	1,60	28,24	NO	SI	SI	SI	NO
36	1150826780	1201	17	SOLTERA	RURAL	SECUNDARIA	28,1	0	0	50,00	53,65	1,55	20,81	NO	SI	NO	SI	NO
37	26505235	1547	27	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	34,6	5	2	66,85	70,10	1,54	28,19	NO	SI	SI	SI	NO
38	1950131746	2788	16	UNIÓN LIBRE	RURAL	PRIMARIA	28,2	0	1	51,50	56,50	1,56	21,16	SI	NO	NO	NO	NO
39	1401016413	5226	27	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	26,3	4	1	50,10	55,20	1,52	21,68	NO	SI	SI	SI	NO
40	1104822687	5480	26	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	32,3	4	2	56,90	65,40	1,54	23,99	NO	SI	SI	SI	NO
41	1104996648	6856	29	SOLTERA	RURAL	SUPERIOR	25,5	5	1	56,10	68,20	1,56	23,05	NO	NO	NO	NO	NO
42	1105931156	10022	25	SOLTERA	URBANA	BACHILLER	32	3	2	57,80	55,60	1,54	24,37	NO	SI	SI	SI	NO
43	1104544182	12398	32	UNIÓN LIBRE	RURAL	PRIMARIA	30,2	1	1	50,10	56,60	1,48	22,87	NO	SI	SI	SI	NO
44	1150028239	13258	20	SOLTERA	URBANA	SUPERIOR	33	0	0	50,00	56,00	1,60	19,53	NO	SI	SI	SI	NO
45	1104360563	13687	31	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	31,3	4	1	66,70	73,70	1,55	27,76	NO	NO	NO	NO	NO
46	1150272837	13880	19	UNIÓN LIBRE	RURAL	PRIMARIA	34,1	5	0	62,00	70,10	1,56	25,48	NO	SI	SI	SI	NO
47	1150366654	15225	12	SOLTERA	RURAL	PRIMARIA	22	0	0	50,00	50,70	1,40	25,51	NO	SI	SI	SI	NO
48	1105368961	17724	25	CASADA	RURAL	BACHILLER	35,3	9	1	75,00	84,45	1,70	25,95	NO	SI	SI	SI	NO
49	1105580169	18933	25	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	32,1	4	2	71,20	77,00	1,52	30,82	NO	SI	SI	SI	NO
50	1150223392	20489	15	SOLTERA	RURAL	PRIMARIA	34,1	4	0	56,00	65,50	1,58	22,43	NO	SI	SI	SI	NO
51	1105061822	21553	20	SOLTERA	RURAL	SECUNDARIA	33	2	2	64,60	69,20	1,55	26,89	NO	SI	SI	SI	NO

52	1900797745	21770	22	UNIÓN LIBRE	RURAL	BACHILLER	23,2	2	1	57,50	60,65	1,46	26,98	NO	SI	SI	SI	NO
53	1104618655	21771	30	UNIÓN LIBRE	RURAL	SUPERIOR	35,3	0	2	51,00	73,20	1,51	22,37	NO	SI	SI	SI	NO
54	1104058274	21925	37	UNIÓN LIBRE	RURAL	PRIMARIA	27	3	4	63,90	69,50	1,54	26,94	NO	SI	SI	SI	NO
55	1150216594	22011	21	UNIÓN LIBRE	RURAL	BACHILLER	35,2	8	0	49,00	63,60	1,47	22,68	NO	SI	SI	SI	NO
56	1150120267	22240	15	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	32	2	0	40,80	55,00	1,52	17,66	NO	SI	SI	SI	NO
57	1716017246	22401	41	UNIÓN LIBRE	RURAL	BACHILLER	35,4	3	2	52,00	63,75	1,53	22,21	NO	SI	SI	SI	NO
58	1150300893	22658	18	UNIÓN LIBRE	RURAL	BACHILLER	23,1	5	0	60,80	62,30	1,55	25,31	NO	SI	SI	SI	NO
59	1150198842	23001	18	SOLTERA	RURAL	PRIMARIA	26,8	3	1	42,50	48,10	1,41	21,38	NO	SI	NO	SI	NO
60	1150220323	23543	19	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	36,5	1	1	57,20	66,60	1,52	24,76	NO	SI	SI	SI	NO
61	1150120614	23761	20	UNIÓN LIBRE	RURAL	PRIMARIA	22	2	2	57,80	58,00	1,44	27,87	SI	SI	SI	SI	NO
62	1104029010	24523	37	SOLTERA	RURAL	PRIMARIA	36,2	2	4	52,50	59,90	1,47	24,30	NO	SI	SI	SI	NO
63	1150220380	24568	18	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	32,5	1	0	50,00	53,28	1,52	21,64	NO	SI	SI	SI	NO
64	1104502776	25004	33	UNIÓN LIBRE	RURAL	PRIMARIA	34	2	4	71,60	77,40	1,52	30,99	SI	SI	SI	SI	NO
65	1150118499	25304	19	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	34,5	3	0	46,50	52,40	1,46	21,81	NO	SI	SI	SI	NO
66	1105365850	26749	15	SOLTERA	RURAL	BACHILLER	33	8	0	45,40	57,45	1,52	19,65	NO	NO	NO	NO	NO
67	1105708661	27044	25	CASADA	RURAL	SECUNDARIA	32,1	4	3	49,35	59,40	1,52	21,36	NO	SI	SI	SI	NO
68	1105434821	22071	24	DIVORCIADA	RURAL	PRIMARIA	36,4	4	2	89,60	104,35	1,67	32,13	SI	SI	SI	SI	NO
69	1150200481	29108	17	SOLTERA	RURAL	BACHILLER	29,6	3	0	49,30	53,40	1,50	21,91	NO	SI	SI	SI	NO
70	1105913725	29366	27	UNIÓN LIBRE	RURAL	PRIMARIA	32	7	3	66,70	57,60	1,52	28,87	SI	SI	SI	SI	NO
71	1105155178	29634	28	CASADA	RURAL	BACHILLER	33,2	2	3	50,00	55,70	1,50	22,22	SI	SI	SI	SI	NO
72	1105206328	30040	19	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	35,4	2	0	69,30	70,90	1,49	31,21	NO	SI	SI	SI	NO
73	1105057242	30144	29	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	35,1	0	1	65,90	72,85	1,51	28,90	SI	SI	SI	SI	NO
74	1105915068	73010	25	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	36	3	1	41,00	45,90	1,47	18,97	NO	SI	SI	SI	NO
75	1106018920	30833	25	SOLTERA	RURAL	SECUNDARIA	31,2	2	1	71,80	77,30	1,55	29,89	SI	SI	SI	SI	NO
76	504063835	31482	26	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	33,2	2	3	48,00	57,60	1,57	19,47	SI	SI	SI	SI	NO
77	2100813622	32460	21	UNIÓN LIBRE	RURAL	BACHILLER	32,1	4	1	61,20	65,75	1,57	24,83	NO	SI	SI	SI	NO
78	1150184214	34419	19	UNIÓN LIBRE	URBANA	PRIMARIA	35,2	5	1	45,20	52,80	1,51	19,82	SI	SI	SI	SI	NO
79	1150669420	35843	21	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	32,4	3	2	57,00	57,60	1,48	26,02	NO	SI	SI	SI	NO

80	1105200453	36970	16	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	30,6	2	0	44,00	49,10	1,53	18,80	SI	SI	SI	SI	NO
81	1150384269	37983	23	UNIÓN LIBRE	RURAL	BACHILLER	35,1	7	1	59,90	60,25	1,46	28,10	SI	SI	SI	SI	NO
82	1150568473	8194	20	SOLTERA	RURAL	BACHILLER	31,6	3	0	57,00	68,60	1,47	26,38	SI	SI	SI	SI	NO
83	1150151841	16184	24	UNIÓN LIBRE	RURAL	SUPERIOR	35,3	5	0	69,90	79,30	1,59	27,65	SI	NO	SI	SI	NO
84	1753506722	15327	18	SOLTERA	RURAL	SECUNDARIA	32,4	1	0	64,80	68,20	1,63	24,39	SI	SI	SI	SI	NO
85	1105366510	20098	22	CASADA	RURAL	BACHILLER	31,6	5	1	71,70	78,00	1,50	31,87	SI	SI	SI	SI	NO
86	1150223392	20489	15	SOLTERA	RURAL	PRIMARIA	34,1	1	0	56,90	64,50	1,58	22,79	NO	NO	SI	SI	NO
87	1106053992	20571	23	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	34,1	4	1	58,10	63,35	1,68	20,59	NO	SI	SI	SI	NO
88	1105878051	27574	20	UNIÓN LIBRE	RURAL	BACHILLER	36,2	3	2	58,20	69,30	1,56	23,92	SI	SI	SI	SI	NO
89	1105740862	30684	27	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	24	3	3	56,00	60,10	1,42	27,77	NO	SI	SI	SI	NO
90	1126505235	1547	27	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	31,6	5	3	66,70	66,85	1,54	28,12	NO	SI	NO	SI	NO
91	1105580169	18933	25	UNIÓN LIBRE	RURAL	SECUNDARIA	32,1	3	3	71,77	77,00	1,52	31,06	SI	NO	SI	SI	NO
92	1150223392	20489	15	SOLTERA	RURAL	SECUNDARIA	33,6	3	1	56,00	64,50	1,58	22,43	NO	SI	SI	SI	NO
93	1150216594	22011	21	UNIÓN LIBRE	RURAL	BACHILLER	35,2	5	1	63,60	68,10	1,59	25,16	NO	SI	SI	SI	SI
94	1150933321	24996	20	SOLTERA	RURAL	BACHILLER	23,3	3	1	51,65	59,10	1,52	22,36	NO	SI	SI	SI	NO
95	1150198842	23001	18	SOLTERA	URBANA	PRIMARIA	26,6	3	3	42,50	48,10	1,41	21,38	SI	SI	SI	SI	NO
96	1103723605	7733	37	UNIÓN LIBRE	URBANA	PRIMARIA	33,5	2	6	67,20	73,47	1,47	31,10	NO	SI	SI	SI	SI
97	1104630189	26686	33	UNIÓN LIBRE	URBANA	SECUNDARIA	24	2	5	60,50	62,65	1,51	26,53	NO	SI	SI	SI	NO
98	1104705703	12307	29	CASADA	RURAL	PRIMARIA	33,2	4	4	68,90	77,00	1,53	29,43	SI	SI	SI	SI	SI

Tabla Nro. 4

*Relación entre grupo etario y antecedentes personales maternos en las pacientes embarazadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, Hospital Básico de Vilcabamba, periodo 2018-2020.*

	Grupo etario									
	<18 años		18-24 años		25-35 años		≥36 años		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Edad gestacional</b>										
34 a 36 semanas 6 días	2	2,0	19	19,4	9	9,2	2	2,0	32	32,7
32 a 33 semanas 6 días	3	3,1	8	8,2	16	16,3	1	1,0	28	28,6
28 a 31 semanas 6 días	4	4,1	8	8,2	7	7,1	0	0,0	19	19,4
≤ 27 semanas 6 días	1	1,0	8	8,2	9	9,2	1	1,0	19	19,4
Total	10	10,2	43	43,9	41	41,8	4	4,1	98	100,0
<b>Controles prenatales</b>										
Sin controles	3	3,1	2	2,0	4	4,1	0	0,0	9	9,2
1 - 2	3	3,1	10	10,2	11	11,2	2	2,0	26	26,5
3 - 4	3	3,1	13	13,3	14	14,3	2	2,0	32	32,7
≥5	1	1,0	18	18,4	12	12,2	0	0,0	31	31,6
Total	10	10,2	43	43,9	41	41,8	4	4,1	98	100,0
<b>Paridad</b>										
Nulípara	8	8,2	14	14,3	1	1,0	0	0,0	23	23,5
Primípara	2	2,0	18	18,4	13	13,3	0	0,0	33	33,7
Multípara	0	0,0	11	11,2	23	23,5	1	1,0	35	35,7
Gran múltipara	0	0,0	0	0,0	4	4,1	3	3,1	7	7,1
Total	10	10,2	43	43,9	41	41,8	4	4,1	98	100,0
<b>Estado nutricional inicial</b>										
IMC < 18.5	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
IMC 18.5-24.9	8	8,2	24	24,5	19	19,4	2	2,0	53	54,1
IMC 25.0-29.9	1	1,0	14	14,3	18	18,4	1	1,0	34	34,7
IMC 30.0-34.9	0	0,0	4	4,1	3	3,1	1	1,0	8	8,2
IMC 35.0 - 39.9	0	0,0	1	1,0	1	1,0	0	0,0	2	2,0
IMC ≥40.0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	10	10,2	43	43,9	41	41,8	4	4,1	98	100,0
<b>Antecedente de parto pretérmino</b>										
Si	2	2,0	13	13,3	10	10,2	0	0,0	25	25,5
No	8	8,2	30	30,6	31	31,6	4	4,1	73	74,5
Total	10	10,2	43	43,9	41	41,8	4	4,1	98	100,0
<b>Infecciones cérvico vaginales</b>										
Si	7	7,1	39	39,8	34	34,7	4	4,1	84	85,7
No	3	3,1	4	4,1	7	7,1	0	0,0	14	14,3
Total	10	10,2	43	43,9	41	41,8	4	4,1	98	100,0
<b>Infecciones de vías urinarias</b>										
Si	7	7,1	37	37,8	34	34,7	4	4,1	82	83,7
No	3	3,1	6	6,1	7	7,1	0	0,0	16	16,3

Total	10	10,2	43	43,9	41	41,8	4	4,1	98	100,0
<b>Infecciones genitourinarias</b>										
Si	8	8,2	42	42,9	36	36,7	4	4,1	90	91,8
No	2	2,0	1	1,0	5	5,1	0	0,0	8	8,2
Total	10	10,2	43	43,9	41	41,8	4	4,1	98	100,0
<b>Trastornos hipertensivos en el embarazo</b>										
Si	8	8,2	42	42,9	36	36,7	4	4,1	90	91,8
No	2	2,0	1	1,0	5	5,1	0	0,0	8	8,2
Total	10	10,2	43	43,9	41	41,8	4	4,1	98	100,0

Fuente: Historias clínicas del área de hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba

Elaboración: Shirley Anabel Soto Valverde

Tabla Nro. 5

**Relación entre estado civil y antecedentes personales maternos en las pacientes embarazadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, Hospital Básico de Vilcabamba, periodo 2018-2020.**

	<b>Estado civil</b>									
	Soltera		Casada		Divorciada		Unión libre		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Edad gestacional</b>										
34 a 36 semanas 6 días	5	5,1	1	1,0	1	1,0	25	25,5	32	32,7
32 a 33 semanas 6 días	7	7,1	7	7,1	0	0,0	14	14,3	28	28,6
28 a 31 semanas 6 días	8	8,2	2	2,0	1	1,0	8	8,2	19	19,4
≤ 27 semanas 6 días	7	7,1	0	0,0	0	0,0	12	12,2	19	19,4
Total	27	27,6	10	10,2	2	2,0	59	60,2	98	100,0
<b>Controles prenatales</b>										
Sin controles	3	3,1	1	1,0	0	0,0	5	5,1	9	9,2
1 - 2	7	7,1	2	2,0	0	0,0	17	17,3	26	26,5
3 - 4	9	9,2	3	3,1	1	1,0	19	19,4	32	32,7
≥5	8	8,2	4	4,1	1	1,0	18	18,4	31	31,6
Total	27	27,6	10	10,2	2	2,0	59	60,2	98	100,0
<b>Paridad</b>										
Nulípara	12	12,2	0	0,0	0	0,0	11	11,2	23	23,5
Primípara	8	8,2	3	3,1	1	1,0	21	21,4	33	33,7
Multípara	4	4,1	2	2,0	1	1,0	14	14,3	21	21,4
Gran múltipara	3	3,1	5	5,1	0	0,0	13	13,3	21	21,4
Total	27	27,6	10	10,2	2	2,0	59	60,2	98	100,0
<b>Estado nutricional inicial</b>										
IMC < 18.5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	1,0
IMC 18.5-24.9	18	18,4	5	5,1	1	1,0	26	26,5	50	51,0
IMC 25.0-29.9	7	7,1	4	4,1	0	0,0	24	24,5	35	35,7
IMC 30.0-34.9	2	2,0	1	1,0	1	1,0	6	6,1	10	10,2
IMC 35.0 - 39.9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,0	2	2,0



IMC $\geq$ 40.0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	27	27,6	10	10,2	2	2,0	59	60,2	98	100,0
<b>Antecedente de parto pretérmino</b>										
Si	4	4,1	4	4,1	1	1,0	16	16,3	25	25,5
No	23	23,5	6	6,1	1	1,0	43	43,9	73	74,5
Total	27	27,6	10	10,2	2	2,0	59	60,2	98	100,0
<b>Infecciones cérvico vaginales</b>										
Si	21	21,4	9	9,2	2	2,0	52	53,1	84	85,7
No	6	6,1	1	1,0	0	0,0	7	7,1	14	14,3
Total	27	27,6	10	10,2	2	2,0	59	60,2	98	100,0
<b>Infecciones de vías urinarias</b>										
Si	20	20,4	8	8,2	2	2,0	52	53,1	82	83,7
No	7	7,1	2	2,0	0	0,0	7	7,1	16	16,3
Total	27	27,6	10	10,2	2	2,0	59	60,2	98	100,0
<b>Infecciones genitourinarias</b>										
Si	23	23,5	10	10,2	2	2,0	55	56,1	90	91,8
No	4	4,1	0	0,0	0	0,0	4	4,1	8	8,2
Total	27	27,6	10	10,2	2	2,0	59	60,2	98	100,0
<b>Trastornos hipertensivos en el embarazo</b>										
Si	0	0,0	1	1,0	1	1,0	6	6,1	8	8,2
No	27	27,6	9	9,2	1	1,0	53	54,1	90	91,8
Total	27	27,6	10	10,2	2	2,0	59	60,2	98	100,0

Fuente: Historias clínicas del área de hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba

Elaboración: Shirley Anabel Soto Valverde

Tabla Nro. 6

**Relación entre zona residencial y antecedentes personales maternos en las pacientes embarazadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, Hospital Básico de Vilcabamba, periodo 2018-2020.**

	Zona residencial					
	Urbana		Rural		Total	
	f	%	f	%	f	%
<b>Edad gestacional</b>						
34 a 36 semanas 6 días	2	2,0	30	30,6	32	32,7
32 a 33 semanas 6 días	4	4,1	24	24,5	28	28,6
28 a 31 semanas 6 días	3	3,1	16	16,3	19	19,4
$\leq$ 27 semanas 6 días	4	4,1	15	15,3	19	19,4
Total	13	13,3	85	86,7	98	100,0
<b>Controles prenatales</b>						
Sin controles	1	1,0	8	8,2	9	9,2
1 - 2	2	2,0	24	24,5	26	26,5
3 - 4	2	2,0	30	30,6	32	32,7
$\geq$ 5	8	8,2	23	23,5	31	31,6

Total	13	13,3	85	86,7	98	100,0
<b>Paridad</b>						
Nulípara	2	2,0	21	21,4	23	23,2
Primípara	4	4,1	29	29,6	33	33,3
Múltipara	2	2,0	20	20,4	22	22,2
Gran múltipara	6	6,1	15	15,3	21	21,2
Total	14	14,3	85	86,7	99	100,0
<b>Estado nutricional inicial</b>						
IMC < 18.5	0	0,0	1	1,0	1	1,0
IMC 18.5-24.9	8	8,2	42	42,9	50	51,0
IMC 25.0-29.9	2	2,0	33	33,7	35	35,7
IMC 30.0-34.9	3	3,1	7	7,1	10	10,2
IMC 35.0 - 39.9	0	0,0	2	2,0	2	2,0
IMC ≥40.0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	13	13,3	85	86,7	98	100,0
<b>Antecedente de parto pretérmino</b>						
Si	3	3,1	22	22,4	25	25,5
No	10	10,2	63	64,3	73	74,5
Total	13	13,3	85	86,7	98	100,0
<b>Infecciones cérvico vaginales</b>						
Si	13	13,3	71	72,4	84	85,7
No	0	0,0	14	14,3	14	14,3
Total	13	13,3	85	86,7	98	100,0
<b>Infecciones de vías urinarias</b>						
Si	10	10,2	72	73,5	82	83,7
No	3	3,1	13	13,3	16	16,3
Total	13	13,3	85	86,7	98	100,0
<b>Infecciones genitourinarias</b>						
Si	13	13,3	77	77,0	90	91,8
No	0	0,0	8	8,0	8	8,2
Total	13	13,3	85	86,7	98	100,0
<b>Trastornos hipertensivos en el embarazo</b>						
Si	2	2,0	6	6,1	8	8,2
No	11	11,2	79	80,6	90	91,8
Total	13	13,3	85	86,7	98	100,0

Fuente: Historias clínicas del área de hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba

Elaboración: Shirley Anabel Soto Valverde

Tabla Nro. 7

*Relación entre instrucción y antecedentes personales maternos en las pacientes embarazadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, Hospital Básico de Vilcabamba, periodo 2018-2020.*

	Instrucción											
	Ninguna		Primaria		Secundaria		Bachiller		Superior		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Edad gestacional</b>												
34 a 36 semanas 6 días	0	0,0	8	8,2	9	9,2	13	13,3	2	2,0	32	32,7
32 a 33 semanas 6 días	0	0,0	5	5,1	14	14,3	6	6,1	3	3,1	28	28,6
28 a 31 semanas 6 días	0	0,0	2	2,0	12	12,2	4	4,1	1	1,0	19	19,4
≤ 27 semanas 6 días	0	0,0	7	7,1	6	6,1	5	5,1	1	1,0	19	19,4
Total	0	0,0	22	22,4	41	41,8	28	28,6	7	7,1	98	100,0
<b>Controles prenatales</b>												
Sin controles	0	0,0	2	2,0	4	4,1	0	0,0	3	3,1	9	9,2
1 - 2	0	0,0	7	7,1	11	11,2	8	8,2	0	0,0	26	26,5
3 - 4	0	0,0	9	9,2	14	14,3	8	8,2	1	1,0	32	32,7
≥5	0	0,0	4	4,1	12	12,2	12	12,2	3	3,1	31	31,6
Total	0	0,0	22	22,4	41	41,8	28,0	28,6	7	7,1	98	100,0
<b>Paridad</b>												
Nulípara	0	0,0	4	4,1	10	10,2	7	7,1	2	2,0	23	23,5
Primípara	0	0,0	4	4,1	14	14,3	12	12,2	3	3,1	33	33,7
Multípara	0	0,0	5	5,1	8	8,2	6	6,1	2	2,0	21	21,4
Gran múltipara	0	0,0	9	9,2	9	9,2	3	3,1	0	0,0	21	21,4
Total	0	0,0	22	22,4	41	41,8	28	28,6	7	7,1	98	100,0
<b>Estado nutricional inicial</b>												
IMC < 18.5	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
IMC 18.5-24.9	0	0,0	9	9,2	20	20,4	16	16,3	5	5,1	50	51,0
IMC 25.0-29.9	0	0,0	9	9,2	13	13,3	11	11,2	2	2,0	35	35,7
IMC 30.0-34.9	0	0,0	4	4,1	5	5,1	1	1,0	0	0,0	10	10,2
IMC 35.0 - 39.9	0	0,0	0	0,0	2	2,0	0	0,0	0	0,0	2	2,0
IMC ≥40.0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	0	0,0	22	22,4	41	41,8	28	28,6	7	7,1	98	100,0
<b>Antecedente de parto pretérmino</b>												
Si	0	0,0	10	10,2	7	7,1	7	7,1	1	1,0	25	25,5
No	0	0,0	12	12,2	34	34,7	21	21,4	6	6,1	73	74,5
Total	0	0,0	22	22,4	41	41,8	28	28,6	7	7,1	98	100,0
<b>Infecciones cérvico vaginales</b>												
Si	0	0,0	19	19,4	36	36,7	25	25,5	4	4,1	84	85,7
No	0	0,0	3	3,1	5	5,1	3	3,1	3	3,1	14	14,3
Total	0	0,0	22	22,4	41	41,8	28	28,6	7	7,1	98	100,0
<b>Infecciones de vías urinarias</b>												
Si	0	0,0	18	18,4	34	34,7	25	25,5	5	5,1	82	83,7
No	0	0,0	4	4,1	7	7,1	3	3,1	2	2,0	16	16,3

Total	0	0,0	22	22,4	41	41,8	28	28,6	7	7,1	98	100,0
<b>Infecciones genitourinarias</b>												
Si	0	0,0	20	20,4	39	39,8	26	26,5	5	5,1	90	91,8
No	0	0,0	2	2,0	2	2,0	2	2,0	2	2,0	8	8,2
Total	0	0,0	22	22,4	41	41,8	28	28,6	7	7,1	98	100,0
<b>Trastornos hipertensivos en el embarazo</b>												
Si	0	0,0	2	2,0	2	2,0	4	4,1	0	0,0	8	8,2
No	0	0,0	20	20,4	39	39,8	24	24,5	7	7,1	90	91,8
Total	0	0,0	22	22,4	41	41,8	28	28,6	7	7,1	98	100,0

Fuente: Historias clínicas del área de hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba

Elaboración: Shirley Anabel Soto Valverde

## 11.6. Anexo N°6. Certificación de traducción del resumen al idioma inglés

Loja, 12 de julio de 2022

Karolina Stefania Aulestia Rodríguez

### **CERTIFICADO EN SUFICIENCIA DEL IDIOMA INGLÉS POR FINE-TUNED ENGLISH LANGUAGE INSTITUTE**

#### **CERTIFICO:**

Que he realizado la traducción de español a inglés del artículo científico y resumen derivado de la tesis denominado: **“Factores maternos relacionados con amenaza de parto prematuro sin parto, en el Hospital Básico de Vilcabamba.”** de autoría de la señorita: **SHIRLEY ANABEL SOTO VALVERDE** portador de la cédula de identidad con el número: **1105778664**, estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, previo a la obtención del título de Médico General.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso del presente en lo que creyera conveniente.



Karolina Stefania Aulestia Rodríguez

**Certificado en suficiencia del idioma inglés por Fine-Tuned English Language  
Institute**

## 11.7. Anexo N°7. Certificación del tribunal de grado



Loja, 15 de agosto del 2022

Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento  
**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO**

Dra. Janeth Maritza Pacheco Correa  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO**

Dra. Livia Gladys Pineda López  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO**

CERTIFICA:

Que se ha revisado el trabajo de tesis de grado titulado: **“Factores maternos relacionados con amenaza de parto prematuro sin parto, en el Hospital Básico de Vilcabamba”** de autoría de la **Srta. Shirley Anabel Soto Valverde**, previa a la obtención del título de Médico General, y que una vez hechas las correcciones pertinentes el trabajo cumple todos los requisitos exigidos por la Universidad nacional de Loja para el efecto, autorizándose de esa manera se presentación e ingreso de la misma en la biblioteca de la Facultad de Salud Humana.

Atentamente,



Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento  
**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO**

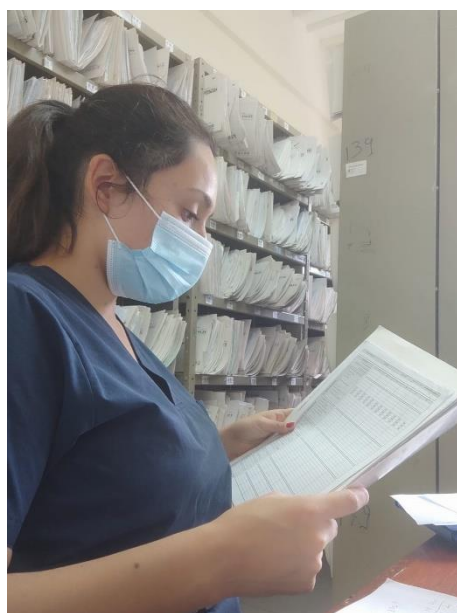


Dra. Janeth Maritza Pacheco Correa  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO**



Dra. Livia Gladys Pineda López  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO**

## 11.8. Anexo N°8. Fotografías







**11.9. Anexo N°9. Proyecto de Tesis**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**FACULTAD DE SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**PROYECTO DE TESIS**

**Tema:**

Factores maternos relacionados con amenaza de parto prematuro sin parto,  
en el Hospital Básico de Vilcabamba

**Estudiante:**

Shirley Anabel Soto Valverde

## **1 Tema**

**“Factores maternos relacionados con amenaza de parto prematuro sin parto,  
en el Hospital Básico de Vilcabamba”**

## 2 Problematicación

La amenaza de parto prematuro es una de las complicaciones más comunes en pacientes embarazadas, se ha reducido la frecuencia de su presentación debido a la mejora continua en las prácticas de fertilidad y al aumento de las estrategias de prevención de esta patología, se considera una de las principales causas de mortalidad y morbilidad infantil por lo cual se ha convertido en un importante problema de salud pública. (Quirós, Alfaro, Bolívar & Solano, 2016).

Existen diversos factores relacionados con la amenaza de parto pretermino según las diferentes etapas del embarazo por lo que es necesario identificar a las pacientes para la prevención de un parto prematuro y sus complicaciones. Al existir la patología durante la gestación es más probable el nacimiento de niños prematuros, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2018, se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños pretérmino, con lo cual la cifra ha aumentado progresivamente, además las complicaciones relacionadas con la prematuridad es la principal causa de defunción en niños menores de cinco años y provocando en el año 2015 aproximadamente un millón de muertes, de las cuales, tres cuartas partes podrían prevenirse con intervenciones actuales y eficaces. En los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros se encuentra entre el 5% y el 18% de los recién nacidos, además, esta cifra aumenta en los afroamericanos, los cuales registran tasas de nacimientos prematuros de aproximadamente dos veces más que otros grupos étnicos. (Gabbe et al., 2016).

Al año ocurren alrededor de 13 millones de partos prematuros en el mundo, la mayoría se producen en países en desarrollo, se lo considera un problema de salud pública, presentando una incidencia aproximada de 10 al 11% datos que varían en relación con la población y factores de riesgo presentes. (Segovia et al, 2021)

En un estudio realizado en el año 2017 en mujeres gestantes internadas con diagnóstico amenaza de aborto y parto prematuro en Bolivia se encontró como factores de riesgo más relevantes la infección urinaria baja y vaginosis bacteriana mixta. (Matias, 2017)

En Ecuador en un estudio realizado en el Hospital Universitario de Guayaquil se atendieron 302 eventos obstétricos de los cuales un 53% tuvieron un diagnóstico definitivo de Amenaza de Parto Prematuro, de los cuales 42 equivalentes al 12% pacientes culminaron en parto pretérmino. Las patologías asociadas encontradas fueron infecciones del tracto urinario 65%, infecciones del tracto genital 13%, oligohidramnios 7%, ruptura prematura de

membranas 4 %, pielonefritis 4% fistula amniótica 3 %, trastornos placentarios 2 %, traumatismo 1%, bradicardia fetal 1%. (Salazar et al., 2021).

Además un estudio publicado en Guayaquil en el año 2021 determinó las características sociodemográficas la edad media fue de 25 años, el 60,86% residía en el área rural, el 47,82% tenía estado civil unión libre, el 37,39% de instrucción secundaria, el 64,34 fue ama de casa; según las características clínicas fueron antecedentes de gestas previas la media de 0,83, abortos 0,11, la media según las semanas de gestación fue de 32,46 semanas, la infección vaginal tuvo una prevalencia de 44,34%, seguido de la infección del tracto urinario con el 20,86%. Las patologías más prevalentes fueron la amenaza de parto pretérmino, anemia y la infección de tracto urinario. (Segovia et al, 2021). Así mismo un estudio realizado en hospital Liborio Panchana Sotomayor la incidencia de gestantes con infección del tracto urinario en el tercer trimestre de gestación está relacionada con la amenaza de parto prematuro. (Villavicencio & Jimenez, 2020).

Conforme con la guía práctica clínica Recién nacido prematuro del Ministerio de Salud Pública de Ecuador del 2015, a partir de la década de los noventa, la mortalidad infantil se ha disminuido progresivamente; no obstante, el segmento que corresponde a la mortalidad neonatal y su morbilidad vinculada aporta cerca del 60% en muertes de menores de un año. Debido a lo cual, constituye un reto para los servicios públicos de salud del país. Los recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento de menos de 1.500 gramos al nacer representan el 1% del total de nacimientos y contribuyen con un 40% de la mortalidad infantil.

El riesgo de nacimientos prematuros para la población general se estima entre el 6% y 10%. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ecuador se encuentra entre los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros del mundo con 5,1%. Según datos del INEC, la mayor incidencia de morbilidad se relaciona con la menor edad gestacional. Por lo cual la mejor estrategia en beneficio del recién nacido es prevenir el parto prematuro y la amenaza del mismo.

Yaucan realizó un estudio bibliográfico en 2020 en latinoamérica, en el cual se analizaron hallazgos científicos sobre intervenciones adecuadas para la prevención de amenaza de parto pretérmino, con infecciones del tracto urinario, embarazos múltiples, estado nutricional, edad de la madre, hábitos tóxicos como tabaquismo y alcoholismo, antecedentes de parto pretérmino, ruptura de membranas, preeclampsia, sobre carga horaria, estado emocional, periodo intergenésico, longitud cervical, controles prenatales inadecuados y enfermedad periodontal.

Los factores antes mencionados al ser patologías que se presentan frecuentemente durante el embarazo, se convierten en verdaderos problemas de salud pública que requieren atención, lo cual disminuiría la frecuencia de la patología.

**Pregunta Central:**

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos y antecedentes personales maternos relacionados con la amenaza de parto prematuro sin parto, en las pacientes embarazadas que fueron hospitalizadas en el Hospital Básico de Vilcabamba durante el periodo 2018-2020?

**Preguntas específicas:**

- ¿Cuál es la prevalencia de amenaza de parto prematuro sin parto, en las pacientes embarazadas que fueron hospitalizadas en el Hospital Básico de Vilcabamba durante el periodo 2018-2020?
- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos y antecedentes personales maternos relacionados con la amenaza de parto prematuro sin parto, en las pacientes embarazadas que fueron hospitalizadas en el Hospital Básico de Vilcabamba durante el periodo 2018-2020?
- ¿Cuál es la relación entre la amenaza de parto prematuro sin parto y sus factores sociodemográficos y antecedentes personales maternos, en las pacientes embarazadas que fueron hospitalizadas en el Hospital Básico de Vilcabamba durante el periodo 2018-2020?

### 3 Justificación

La amenaza de parto prematuro es una patología riesgosa para el feto, por lo cual es importante reconocer a todas aquellas mujeres con riesgo de presentar la patología, principalmente aquellas donde existe un antecedente de parto prematuro, no obstante, en algunas ocasiones no es posible encontrar factores de riesgo por lo que se debe tener conocimiento de los diferentes métodos clínicos, diagnósticos y terapéuticos, y así realizar un diagnóstico rápido y el tratamiento necesario para evitar el riesgo de mortalidad y complicaciones fetales. (Quirós et al., 2016)

Según la Organización Panamericana de la Salud en 2019, el realizar un diagnóstico temprano de amenaza de parto de prematuro, lleva a realizar una uteroinhibición efectiva con el objetivo de detener el cuadro clínico y así poder realizar la inducción de la maduración fetal o realizar el traslado a un centro de tercer nivel.

Esta investigación representa un aporte teórico para la medicina, ya que contribuirá al enriquecimiento de los conocimientos sobre los factores de riesgo para la presentación de amenaza de parto prematuro para el mantenimiento de la salud de las gestantes y la disminución de la tasa de incidencia de este padecimiento.

Desde el punto de vista práctico el presente estudio impulsará el desarrollo de estrategias para mantener informado al usuario, familia y comunidad sobre la prevención primaria de la amenaza de parto prematuro, así mismo proporcionará datos útiles para mejorar la calidad de atención en nuestros servicios de salud.

A nivel institucional permite contribuir con información actualizada sobre la patología en nuestro medio, para el desarrollo de programas educativos y asistenciales dirigidas hacia los pacientes y sus familiares.

La realización de este estudio es necesaria, porque los resultados obtenidos podrán utilizarse para determinar los factores de riesgo más comunes en nuestro medio en la presentación de la amenaza de parto prematuro, y servirá como marco de referencia para investigaciones futuras.

El tema amenaza de parto prematuro constituye parte de las líneas de investigación planteadas en las Prioridades de Investigación en Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador; ubicada dentro del área de investigación materna, por lo cual es un tema con importancia investigativa; además se encuentra dentro de la primera línea de investigación correspondiente a la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, que se enfocan en la salud enfermedad materno infantil.

## **4 Objetivos**

### **4.1 Objetivo general:**

- Determinar los factores sociodemográficos y antecedentes personales maternos relacionados con la amenaza de parto prematuro sin parto, en las pacientes embarazadas que fueron hospitalizadas en el Hospital Básico de Vilcabamba durante el periodo 2018-2020.

### **4.2 Objetivos específicos:**

- Identificar la prevalencia del diagnóstico de amenaza de parto prematuro sin parto, en las pacientes embarazadas que fueron hospitalizadas en el Hospital Básico de Vilcabamba durante el periodo 2018-2020.
- Analizar los factores sociodemográficos y antecedentes personales maternos relacionados con la amenaza de parto prematuro sin parto, en las pacientes embarazadas que fueron hospitalizadas en el Hospital Básico de Vilcabamba durante el periodo 2018-2020.
- Establecer la relación entre la amenaza de parto prematuro sin parto y sus factores sociodemográficos y antecedentes personales maternos, en las pacientes embarazadas que fueron hospitalizadas en el Hospital Básico de Vilcabamba durante el periodo 2018-2020.

## **Esquema de Marco teórico**

### **5.1 Embarazo**

#### **5.1.1 Definición**

#### **5.1.2 Embarazo de alto riesgo**

#### **5.1.3 Evaluación de riesgo obstétrico**

### **5.2 Amenaza de parto pretérmino**

#### **5.2.1 Definición**

#### **5.2.2 Prevalencia**

#### **5.2.3 Etiopatogenia**

#### **5.2.4 Factores de riesgo**

##### **5.2.4.1 Factores sociodemográficos**

###### **5.2.4.1.1 Edad**

###### **5.2.4.1.2 Estado civil**

###### **5.2.4.1.3 Zona residencial**

###### **5.2.4.1.4 Instrucción**

##### **5.2.4.2 Antecedentes personales**

###### **5.2.4.2.1 Edad gestacional**

###### **5.2.4.2.2 Controles prenatales**

###### **5.2.4.2.3 Paridad**

###### **5.2.4.2.4 Estado nutricional**

###### **5.2.4.2.5 Antecedente de parto prematuro**

###### **5.2.4.2.6 Infecciones cérvico vaginales**

###### **5.2.4.2.7 Infección de vías urinarias**

###### **5.2.4.2.8 Trastornos Hipertensivos en el embarazo**

#### **5.2.4 Diagnóstico**

#### **5.2.5 Tratamiento**



## **6 Metodología**

### **6.1 Tipo de estudio**

El presente trabajo es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, de enfoque cuantitativo y de corte transversal.

Descriptivo: debido a que el estudio está dirigido a determinar la situación de las variables sociodemográficas y factores de riesgo que se estudiarán en la población. La presencia o ausencia de dichos factores de riesgo y la frecuencia con que ocurrieron estos.

Retrospectivo: ya que tiene como objetivo averiguar qué factores de riesgo y frecuencia con la que ocurrieron en las pacientes con diagnósticos de amenaza de parto que fueron hospitalizadas en años anteriores.

Transversal: debido a que se estudiarán los factores maternos sociodemográficos y clínicos en un corte de tiempo determinado.

### **6.2 Área de estudio**

El presente estudio se desarrollará en pacientes que fueron hospitalizadas en el área de Gineco Obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba durante el periodo 2018-2020.

### **6.3 Población**

Se analizará la totalidad de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro sin parto que fueron hospitalizadas en el área de Gineco Obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba que cumplan los criterios de inclusión durante el periodo 2018-2020.

### **6.4 Muestra**

No se tomará una muestra ya que se realizará en todos los pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro sin parto, que fueron hospitalizadas en el área de Gineco Obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba durante el periodo 2018-2020 que cumplan los criterios de inclusión.

### **6.5 Criterios de Inclusión y Exclusión**

#### **6.5.1 Criterios de Inclusión**

- Pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro sin parto, que fueron hospitalizadas en el área de Gineco Obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba durante el periodo 2018-2020.

- Pacientes gestantes, entre las 22,0 a 36,6 semanas de gestación.

### **6.5.2 Criterios de Exclusión**

- Pacientes gestantes que fueron hospitalizadas con diagnósticos diferentes de amenaza de parto prematuro sin parto.
- Pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro que concluyeron en parto pretermino.
- Pacientes con diagnóstico de otras comorbilidades asociadas (Insuficiencia renal crónica, inmunodeficiencias, enfermedades genéticas, enfermedades autoinmunes, etc.)
- Pacientes embarazadas con una edad gestacional menor a 22 semanas o mayor o igual a 37 semanas.

## **6.6 Métodos e instrumentos de recolección**

**6.6.1 Métodos.** La recolección de datos se llevará a cabo mediante una revisión en la base de datos e historias clínicas del Hospital Básico de Vilcabamba de las pacientes ingresadas en el área de Gineco Obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba durante el periodo 2018-2020.

Los datos obtenidos por las fuentes antes mencionadas serán registrados en una planilla de recolección y llevados a una base de datos diseñada en el programa SPSS y Excel.

**6.6.2 Instrumentos.** El instrumento consiste en una hoja de recolección de datos en la cual se integran todas las variables en estudio, esta consiste en:

- Factores sociodemográficos
  - Edad
  - Estado civil
  - Zona residencial
  - Instrucción
- Factores clínicos
  - Edad gestacional
  - Controles prenatales
  - Paridad
  - Estado nutricional
  - Antecedente de parto prematuro
  - Infecciones cérvico vaginales

- Infección de vías urinarias
- Trastornos Hipertensivos en el embarazo

**6.6.3 Procedimiento.** Dentro del desarrollo del trabajo de investigación se llevará a cabo las siguientes acciones:

- Solicitar a la Gestora de la Carrera de la Salud Humana la aprobación del tema del presente estudio.
- Una vez aprobado el tema del presente proyecto de investigación, se solicitará a la Gestora de la Carrera de la Salud Humana la revisión y aprobación del presente proyecto, mediante la autorización de la pertinencia del mismo.
- Solicitar a la Gestora de la Carrera de la Salud Humana la asignación del Director del presente trabajo investigativo.
- Se solicitará la autorización para realizar el estudio en el servicio de estadística al Director del Hospital Básico de Vilcabamba, explicando de manera puntual como se realizará la presente investigación.
- Una vez obtenida la autorización para la recolección de datos, se registrará los datos de los pacientes ingresados en el área de Gineco Obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba en el periodo 2016-2020, mediante la elaboración de una base de datos en el program Excel.
- Los resultados obtenidos se registrarán en la hoja de recolección de datos elaborada para esta finalidad, el registro se realizará de forma individual para cada paciente.
- Los resultados se tabularán mediante el cálculo de frecuencias utilizando estadística descriptiva, mediante la utilización del programa Excel.
- Se presentará cuadros, tablas y gráficos de barras porcentuales para la interpretación de los resultados obtenidos.

### **6.7 Plan de tabulaciones y análisis**

Luego de obtener la información se realizará tablas estadísticas donde se colocarán los datos obtenidos sobre los factores maternos sociodemográficos y clínicos.

### **6.8 Recursos**

El financiamiento estará a cargo exclusivo de la autora del trabajo de investigación.

### **6.8.1 Recursos Humanos**

Muestra: pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro sin parto, que fueron hospitalizadas en el área de Gineco Obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba durante el periodo 2018-2020 que cumplan los criterios de inclusión.

Autoridades: de la Universidad Nacional de Loja (UNL), específicamente Decano de la Facultad de la Salud humana, y Gestora Académica de la Carrera de Medicina. Además, Director del Hospital Básico de Vilcabamba.

Personal de estadística del Hospital Básico de Vilcabamba. Personal del área de Gineco Obstetricia del Hospital Básico de Vilcabamba.

Tesista: Shirley Anabel Soto Valverde

Director de tesis: Docente de la carrera de Medicina Humana.

### **6.8.2 Recursos materiales**

#### ***6.8.2.1 Equipos, suministros, reactivos e instalaciones***

##### *6.8.2.1.1 Suministros:*

- Impresora (propio)
- Material de escritorio (propio)
- Textos/bibliografía (biblioteca de la Universidad, bibliotecas y artículos en línea)
- Laptop (propio)
- Transporte (Propio)

##### *6.8.2.1.2 Instalaciones:*

- Área de hospitalización de Gineco Obstetricia y estadística del Hospital Básico de Vilcabamba.

## 6.9 Variables de estudio

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Definición	Tipo	Valores
Factores sociodemográficos	Características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia, y la edad de matrimonio, considerando aquellas que pueden ser medibles.	Física	Edad	Tiempo transcurrido en años a partir del nacimiento de un individuo, hasta la actualidad.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt;18 años</li> <li>- 18-24 años</li> <li>- 25-35 años</li> <li>- ≥36 años</li> </ul>
			Estado civil	Condición de una persona en relación con subfiliación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soltera</li> <li>- Casada</li> <li>- Divorciada</li> <li>- Unión libre</li> </ul>
			Zona residencial	Área donde se encuentra una comunidad de acuerdo a una serie de características del lugar que atañen a su modo de vida.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urbana</li> <li>- Rural</li> </ul>
			Instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso de una persona.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguno</li> <li>- Primaria</li> <li>- Secundaria</li> <li>- Bachiller</li> <li>- Superior</li> </ul>
Antecedentes personales	Cualquier característica o circunstancia detectable de una persona que se asocia con la probabilidad de	Biológica	Edad gestacional	Duración del embarazo calculado desde el primer día de la última menstruación normal o su determinación por ecografía, hasta el evento gestacional en estudio.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prematuros tardíos (34 a 36 semanas 6 días)</li> <li>- Prematuros moderados (32 a 33 semanas 6 días)</li> <li>- Muy prematuros (28 a 31 semanas 6 días)</li> </ul>

<p>estar expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido, sus características se asocian a una patología.</p>				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prematuros extremos (menor o igual a 27 semanas 6 días)</li> </ul>
	Controles prenatales	Conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin controles</li> <li>- 1-2</li> <li>- 3-4</li> <li>- <math>\geq 5</math></li> </ul>
	Paridad	Número de partos que una mujer ha tenido antes del embarazo actual.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nulípara</li> <li>- Primípara</li> <li>- Multípara</li> <li>- Gran multípara</li> </ul>
	Estado nutricional	Condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos. Se evalúa mediante el índice de masa corporal	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IMC &lt; 18.5 = Bajo peso</li> <li>- IMC 18.5-24.9 = Peso normal</li> <li>- IMC 25.0-29.9 = Sobrepeso</li> <li>- IMC &gt;30.0 = Obesidad</li> <li>- IMC &gt;30.0 - 34.9 = Obesidad (grado 1)</li> <li>- IMC &gt;35.0 - 39.9 = Obesidad (grado 2)</li> <li>- IMC &gt;40.0 = Obesidad (grado 3)</li> </ul>
	Antecedente de parto pretérmino	Parto que ocurre más de tres semanas antes de la fecha de parto estimada. En estos casos suelen existir patologías en el bebe.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> </ul>
	Infecciones cérvico vaginales	Presencia en el endocérvix y/o la vagina de un microorganismo patógeno durante el embarazo.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> </ul>

			Infección de vías urinarias	Presencia y multiplicación de microorganismos en la vía urinaria con invasión de los tejidos. Se determina mediante un examen microscópico de orina.	Cualitativa	- Si - No
			Trastornos Hipertensivos en el embarazo	Amplia gama de trastornos hipertensivos que existen durante el embarazo o el posparto, independientemente del momento de su aparición, y que tienen en común valores de la presión arterial anormalmente elevados.	Cualitativa	- Si - No





### 8 Presupuesto

Concepto	Cantidad	Costo unitario (usd)	Costo total (usd)
<b>Materiales y suministros</b>			
Hojas papel A4	500	0.10	50.00
Esferos	10	0.40	4.00
Sobres manila	25	1.00	25.00
<b>Recursos bibliográficos y software</b>			
Libros	5	50.00	250.00
Programas informáticos	2	40.00	80.00
<b>Equipos</b>			
Computadora	1	500.00	500.00
Impresora	1	350.00	350.00
<b>Viajes técnicos</b>			
Viajes	20	4.00	80.00
Pasajes	40	0.30	12.00
<b>Total</b>			<b><u>1351.00</u></b>

## 9 Bibliografía

- Barboza K. (2019). Factores que influyen en la amenaza de parto pretermino. [Trabajo de titulación, Universidad de Guayaquil]. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/45550>
- Erazo N. & Guevara J. (2017). Revisión sistemática: infecciones vaginales como riesgo de parto prematuro, 2000-2016. [Trabajo de titulación, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12881>
- Escobar B., Gordillo L., Martínez H. (2017). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. (2017). *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(4), 424-428. ISSN 0443-5117. ISSN electrónico 2448-5667
- Gabbe S., Niebyl J., Simpson J., Landon M., Galan H., Jauniaux E., Driscoll D., Berghella V. & Grobman W. (2016). *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. Elsevier Saunders. Philadelphia – USA. 7th edition,
- León Collahuazo A. E. (2016). Amenaza de parto pre término y su relación con las infecciones de vías urinarias. [Tesis previa a la titulación, Universidad Nacional de Loja]. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/17276>
- Martínez Guaicha G. P. (2016). Infección del tracto urinario como factor de riesgo de parto pretermino en el servicio de gineco- obstetricia del Hospital Teofilo Davila. [Tesis previa a la titulación, Universidad Nacional de Loja]. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/16694>
- Matias L. (2017). Factores de riesgo en mujeres internadas con amenaza de aborto y parto prematuro. Hospital “San José”. Municipio Culpina. Gestión 2017. *Archivos Bolivianos de Medicina*. Bolivia. Volumen 27. Número 95. Páginas 13-20. ISSN 0004 – 0525.
- Matovelle M. (2019). Prevalencia y características sociales, obstétricas y patológicas en la amenaza de parto pretérmino de las adolescentes internadas en el Hospital Julius Doepfner, Zamora, enero 2014 – diciembre 2018. [Trabajo de titulación, Universidad

Catolica de Cuenca].

<https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/8518/1/9BT2019-MTI179.pdf>

Ministerio de Salud de Uruguay. Organización Panamericana de la Salud. (2019). Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro. Montevideo, Uruguay. ISBN: 978-9974-8602-4-7

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito, Ecuador. Primera Edición. ISBN 978-9942-07-570-3. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo (pregestacional y gestacional). Guía de Práctica Clínica. Primera edición. Quito, Ecuador. ISBN: 978-9942-07-709-7. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Guía de Práctica Clínica (GPC). Recién nacido prematuro. Primera edición. Quito, Ecuador. ISBN: 978-9942-07-968-8. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica (GPC). Segunda edición; Quito, Ecuador. ISBN 978-9942-22-085-1. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Morante R. & Neira C. (2019). Factores de riesgo que dan como resultado amenaza de parto pretermino, en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel durante el año 2017 al 2018. [Trabajo de titulación, Universidad de Guayaquil]. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/43598>

Ordoñez Torres P. S. (2017). Factores de riesgo para amenaza de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas atendidas en el Hospital Isidro Ayora en el período febrero-agosto 2016. [Tesis previa a la titulación, Universidad Nacional de Loja]. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/19473>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Nacimientos prematuros. Artículo en línea. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

- Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud de Uruguay. (2019). Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro. Montevideo: Ministerio de Salud.
- Ovalle A., Martínez M. & Figueroa J. (2019). ¿Se puede prevenir el parto prematuro por infección bacteriana ascendente y sus resultados adversos en los hospitales públicos de Chile?. *Revista Chilena de Infectología*, 36(3), 358-368
- Quirós G., Alfaro R., Bolivar M. & Solano N. (2016). Amenaza de Parto Pretérmino. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. Costa Rica*, 1(1), 75-80. ISSN 2215-2741.
- Real Academia Española. (s.f.). Económico. *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 10 de agosto de 2021, de <https://dle.rae.es/socioecon%C3%B3mico?m=form>
- Real Academia Española. (s.f.). Edad. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 10 de agosto de 2021, de <https://dle.rae.es/edad?m=form>
- Real Academia Española. (s.f.). Estado civil. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 10 de agosto de 2021, de <https://dle.rae.es/estado?m=form#7uGqJBt>
- Real Academia Española. (s.f.). Instrucción. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 10 de agosto de 2021, de <https://dle.rae.es/instrucci%C3%B3n?m=form>
- Retureta S., Casas L., Posada P., Retureta M., Morgado M. y Ramírez E. (2020). Escala de riesgo obstétrico de parto prematuro para gestantes en el primer nivel de atención a la salud. *Revista Médica Electrónica de Ciego de Ávila. Editorial Ciencias Médicas*. ISSN: 1029-3035
- Salazar J., Guevara D. & Dominguez J. (2021). Causas más frecuentes de amenaza de parto prematuro en el Hospital Universitario. *Revista Científica de Investigación Actualización del Mundo de las Ciencias*. Editorial Saberes del Conocimiento. Guayaquil, Ecuador.

- Saraguro Martínez M. C. (2017). Infección de vías urinarias como causa de amenaza de parto pretérmino. [Tesis previa a la titulación, Universidad Nacional de Loja]. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/18201>
- Sasintuña K., Velastegui M. (2020). Prevención de factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pretérmino. Riobamba, 2019–2020. [Trabajo de titulación, Universidad Nacional de Chimborazo]. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/7094>
- Segovia A., Mesa I., Ramírez A. & García J. (2021). Demographic and clinical characteristics of women with threatened preterm delivery. *Journal of American Health*. Guayaquil, Ecuador. ISSN 2697-3421.
- Villavicencio D. & Jiménez W. (2020). Amenaza de parto pretérmino en el tercer trimestre de embarazo y su relación con la infección de vías urinarias trabajo de investigación realizado en Hospital Liborio Panchana Sotomayor en el período 2016 - 2019. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2020. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/53301>
- Yanque O., Zafra J., Taype A., Arroyo J., Rosales C., Mucha J., Alegria R., Zegarra M., Ramírez M., Lino A., Moreno P., Ramos D., Caballero M., Chumbipuma G., Otero L., Guerra A., Becerra N., Salvador S., Timaná R. (2019). Peruvian Social Security (EsSalud) 2018 Clinical Practice Guidelines for prevention and management of preterm births. *Acta Médica Peruana*. 36(1). 46-56
- Yaucan Pinduisaca J. B. (2020). Prevención de la amenaza de parto pretérmino en Latinoamérica [Trabajo de titulación, Universidad Nacional de Chimborazo]. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/7866>

## 11 Anexos

### 11.1 Anexo 1. Formulario de recolección de datos.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**FACULTAD DE SALUD HUMANA**

**CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

Por medio de la presente se pretende revisar las historias clínicas para realizar el trabajo de investigación planteado “Factores maternos relacionados con amenaza de parto prematuro sin parto, en el Hospital Básico de Vilcabamba”.

#### 1. DATOS GENERALES

N° de paciente: .....

N° de historia clínica: .....

N° de archivo: .....

#### 2. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

Edad	<18 años	
	18-24 años	
	25-35 años	
	≥36 años	
Estado civil	Soltera	
	Casada	
	Divorciada	
	Unión libre	
Zona residencial	Urbana	
	Rural	

Instrucción	Ninguno	
	Primaria	
	Secundaria	
	Bachiller	
	Superior	

### 3. ANTECEDENTES PERSONALES

Edad gestacional	34 a 36 semanas 6 días	
	32 a 33 semanas 6 días	
	28 a 31 semanas 6 días	
	≤ 27 semanas 6 días	

Controles prenatales	Sin controles	
	1-2	
	3-4	
	≥5	

Paridad	Nulípara	
	Primípara	
	Multípara	
	Gran multípara	

Estado nutricional	IMC < 18.5	
	IMC 18.5-24.9	
	IMC 25.0-29.9	
	IMC >30.0 - 34.9	
	IMC >35.0 - 39.9	
	IMC >40.0	

Peso inicial:	
Peso:	
Talla:	

Antecedente de parto pretérmino	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Infecciones cérvico vaginales	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Infección de vías urinarias	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Trastornos hipertensivos en el embarazo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>