



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE OBSTETRIZ/OBSTETRA**

**TEMA**

**RIESGO OBSTÉTRICO MATERNO ASOCIADO A PARTO  
PRETÉRMINO, EN GESTANTES ENTRE 15 A 40 AÑOS, HOSPITAL  
MARTÍN ICAZA, BABAHOYO, LOS RÍOS, ENERO - JUNIO 2019**

**AUTORAS**

**NARCISA CARRANZA MACÍAS  
TIBISAY ENCALADA COELLO**

**TUTORA**

**ANA MARÍA PASOS BAÑO, Obst., MSc., PhD.**

**BABAHOYO - LOS RÍOS - ECUADOR**

**2020**

## ÍNDICE GENERAL

2	PROBLEMA .....	1
2.1	MARCO CONTEXTUAL .....	1
2.1.1	CONTEXTO INTERNACIONAL .....	1
2.1.2	CONTEXTO NACIONAL .....	2
2.1.3	CONTEXTO REGIONAL .....	4
2.1.4	CONTEXTO LOCAL Y/O INSTITUCIONAL .....	5
2.2	SITUACIÓN PROBLEMÁTICA .....	6
2.3	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	7
2.3.1	PROBLEMA GENERAL .....	7
2.3.2	PROBLEMAS DERIVADOS .....	8
2.4	DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	8
2.5	JUSTIFICACIÓN .....	9
2.6	OBJETIVOS .....	10
2.6.1	OBJETIVO GENERAL .....	10
2.6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	10
3	MARCO TEÓRICO .....	12
3.1	RIESGO OBSTÉTRICO .....	12
3.1.1	MARCO CONCEPTUAL .....	21
3.1.2	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	26
3.2	HIPÓTESIS .....	28
3.2.1	HIPÓTESIS GENERAL .....	28
3.3	VARIABLES .....	28
3.3.1	VARIABLES INDEPENDIENTES .....	28
3.3.2	VARIABLES DEPENDIENTES .....	28
3.3.3	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	29
4	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	30
4.1	MÉTODO DE INVESTIGACIÓN .....	30
4.2	MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN .....	30
4.3	TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	30

4.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	31
4.4.1	TÉCNICAS .....	31
4.4.2	INSTRUMENTOS .....	31
4.5	POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN .....	32
4.5.1	POBLACIÓN.....	32
4.5.2	MUESTRA.....	32
4.5.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN: .....	33
4.5.4	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	33
4.6	CRONOGRAMA DEL PROYECTO .....	34
4.7	RECURSOS.....	36
4.7.1	RECURSOS HUMANOS .....	36
4.7.2	RECURSOS ECONÓMICOS.....	36
4.8	PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS .....	37
4.8.1	BASE DE DATOS .....	37
4.8.2	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	37
5	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	38
5.1	RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	38
5.2	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	45
5.3	CONCLUSIONES .....	48
5.4	RECOMENDACIONES .....	50
6	PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN.....	51
6.1	TÍTULO DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN .....	51
6.2	ANTECEDENTES .....	51
6.3	JUSTIFICACIÓN.....	53
6.4	OBJETIVOS .....	54
6.4.1	OBJETIVOS GENERALES.....	54
6.4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	54
6.5	ASPECTOS BÁSICOS DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN	
	54	
6.5.1	ESTRUCTURA GENERAL DE LA PROPUESTA.....	54
6.5.2	COMPONENTE .....	56

6.6	RESULTADOS DE ESPERADOS DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN .....	57
6.6.1	ALCANCE DE LA ALTERNATIVA.....	57

## **DEDICATORIA**

La inteligencia consiste no solo en el conocimiento, sino también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica.

**Aristóteles**

Le doy las gracias a Dios por permitirme culminar una etapa más en mi vida, por darme salud, conocimientos y perseverancia para cumplir mis metas. A mi madre por darme su apoyo incondicional, por estar siempre para mí en cada paso que doy, alentándome día a día y no dejarme vencer por las adversidades. A mi hijo Ítalo que es la razón de mí ser y lo que me impulsa cada día a ser mejor.

**Narcisa Carranza Macías**

## **DEDICATORIA**

La grandeza humana no reside en la riqueza o el poder, sino en el carácter y la bondad, las personas son personas y todas las personas tienen defectos y carencias, pero todos nosotros nacemos con una bondad fundamental.

### **Anne Frank**

Dios te debo tanto y es tan poco dedicarte unas cuantas líneas cuando haces todo por mí día tras días, sin ti no estuviera aquí culminando algo que parecía difícil de conseguir. A mis padres Josefa Coello y Juan Encalada por ser el motor que me alientan a seguir, quienes han estado ahí cuando me he caído y me han sabido levantar, mi madre aquí junto a mí y mi padre desde el cielo. A mi abuela, a mis Tías y a mis amigas que creyeron y confiaron en mí.

**Tibisay Encalada Coello**

## **AGRADECIMIENTO**

A mi madre por ser la luz que ilumina mis días, gracias por apoyarme y guiarme en esta etapa de ser madre y a la vez estudiante. A mis hermanas por su amor incondicional y por creer en mí siempre. A mi Tutora Obstetriz Ana Pasos por guiarme en mi formación estudiantil. A la Universidad Técnica de Babahoyo por poner excelentes docentes para mi formación como Obstetriz.

**Narcisa Carranza Macías**

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres por el apoyo que me supieron brindar para cumplir mis sueños y a quien les debo todo lo que he logrado. A mis amigas y compañeras Obstetriz Inés Silva y Obstetriz Alexandra Sarango que me enseñaron todo lo que saben con paciencia, sabiduría y sobre todo con humildad, enseñándome a tratar a cada paciente como si fueran parte de mi propia familia, eso las hace grandes personas y excelentes seres humanos. A mi tutora Obstetriz Ana Pasos, por acompañarme y guiarme desde que empecé a estudiar esta carrera. A la Universidad Técnica de Babahoyo, mi Alma Mater, que me ha dado los mejores docentes, quienes se esforzaron día a día por brindarme una excelente formación para ser una gran profesional.

**Tibisay Encalada Coello**



## **TEMA**

RIESGO OBSTÉTRICO MATERNO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO,  
EN GESTANTES ENTRE 15 A 40 AÑOS, HOSPITAL MARTÍN ICAZA,  
BABAHOYO, LOS RÍOS, ENERO - JUNIO 2019.

## RESUMEN

Determinar los factores de riesgo obstétrico materno asociados a parto pretérmino es de vital importancia en Ecuador, donde la prematurez se relaciona en torno a un tercio de todas las muertes neonatales puesto que los neonatos que logran sobrevivir padecerán de alguna discapacidad de por vida correspondiendo el 45% a neonatos con parálisis cerebral infantil, el 35% de neonatos con discapacidad visual y el 25% con discapacidad cognitiva, convirtiéndose en una verdadera problemática a nivel nacional. El actual trabajo de investigación de tipo retrospectivo – cuantitativo, se llevó a cabo con el propósito de determinar los factores de riesgo obstétrico maternos asociados a parto pretérmino en gestantes atendidas en el área de emergencia gineco-obstetricia del Hospital General Martín Icaza, Babahoyo, Enero–Junio 2019. El análisis de los datos estadísticos evidenció que la población con mayor incidencia de parto pretérmino es la zona urbana con un 67%, prevaleciendo un mayor porcentaje en aquellas gestantes que presentaron riesgo obstétrico bajo, es por este motivo que la propuesta teórica aborda reforzar los programas de intervención comunitaria recopilados en diferentes estrategias planteadas por el Ministerio de Salud Pública cuya finalidad es que las gestantes sepan reconocer los principales factores de riesgo obstétrico materno para prevenir en lo posible este síndrome, promoviendo asistir a los controles prenatales continuos para con ello disminuir la morbimortalidad materna y neonatal.

**Palabras claves:** Factores, prevención, complicaciones, morbilidad, promoción, mortalidad.

## SUMMARY

Determining maternal obstetric risk factors associated with pre-term birth is vital importance in Ecuador, where pre-maturity is related to around a third of all neonatal deaths, who gets to survive will suffer disability during all their lives corresponding to 45% of infants with infantile cerebral palsy, 35% of infants with visual problems and 25% with cognitive disabilities, becoming a real National problema. The current job retrospective-quantitative research was carried out with the purpose of determining the maternal obstetric risk factors associated with pre-term birth in pregnant women treated in the gynecology-obstetrics emergency area of the General Martín Icaza Hospital, in Babahoyo, city, Los Ríos province- Ecuador from January to June 2019. The analysis of the statistical data showed that the population with the highest incidence of pre-term birth is the urban area with 67%, with a higher percentage prevailing in those pregnant women who presented low obstetric risk, for that reason, the theoretical proposal seeks to reinforce Community intervention programs compiled in different strategies proposed by the Ministry of Public Health whose purpose is that pregnant women know how to recognize the main factors of maternal obstetric risk to prevent this syndrome as much as possible, promoting, attending continuous pre-natal controls to reduce the neonatal and maternal morbid mortality.

**Keywords:** Factors, prevention, complications, morbidity, promotion, mortality

## INTRODUCCIÓN

Entre los primeros motivos de muerte neonatal en el Ecuador tenemos la prematuridad moderada en un 19,39%, prematuridad extrema con el 19,07% y la asfixia de nacimiento, ocasionada por la misma prematuridad, a pesar de que el Ecuador este dentro de los 11 países con el índice más bajo de partos prematuros con un 5,1%, es contradictorio ya que es la primer motivo de muerte neonatal en el país. (MSP , 2019)

Anualmente vienen al mundo 15 millones de neonatos pretérmino según las estimaciones de la Organización Mundial de Salud y alrededor de 1 millón de pretérminos perecen anualmente por complejidad en el momento del nacimiento y aquellos que viven están sujeto a desarrollar algún tipo de discapacidad, convirtiéndose la prematuridad también en la primera causa de mortalidad neonatal a nivel mundial, (OMS, 2018)

La tasa de mortalidad neonatal en el Ecuador es de 6,0% por cada mil neonatos la cual nos indica un incremento de 0,3 puntos porcentuales respecto a años anteriores, estas cifras corresponden a 1,840 defunciones fetales del cual el 59,8% representa la edad gestacional de 21 a 35 semanas, el 16,7% de 36 a 38 semanas y el 9% a las 39 a 40 semanas de gestación. Mientras que en la provincia de Los Ríos presenta una tasa de 3,33%.(INEC, 2018)

Es de vital importancia determinar el factor de riesgo obstétrico materno y la asociación de parto pretérmino que se presentan en el Hospital Martín Icaza de Babahoyo, ya que la prematuridad se relaciona en torno a un tercio de todas las muertes infantiles, de esto el 45% corresponden a neonatos con parálisis cerebral infantil, el 35% a neonatos con discapacidad visual y el 25% con discapacidad cognitiva o auditiva,

representando un gasto para el estado y la familia ecuatoriana por las secuelas venideras. (MSP, 2015)

Cabe mencionar que el estudio se desarrolló mediante la línea de investigación de salud sexual y reproductiva y por medio de la realización de acciones científicas, la investigación será retrospectiva, el instrumento para la recolección de datos se diseñara en una ficha recolección de datos en el sistema Windows 10 en Word con 27 ítems entre los que constan datos de filiación, antecedentes gineco-obstétricos, datos de la enfermedad actual, valoración obstétrica, factores de riesgo y complicaciones.

La unidad de análisis es la historia clínica que reposa en el área de estadística del Hospital Martín Icaza de Babahoyo, de las pacientes atendidas en el área de emergencia en el periodo de Enero a Junio del 2019. Además, los datos serán vaciados en una hoja de cálculo de Excel 2016 el mismo que contendrá las variables de estudio como riesgo obstétrico y parto pretérmino.

La población corresponde a todas las pacientes embarazadas atendidas en el área de emergencia del Hospital General Martín Icaza Babahoyo, durante el periodo de enero a junio 2019 ascendiendo un total de 1970 usuarias entre 20 a 36,6 semanas de gestación, para la selección de la muestra se tomó en cuenta a todas las gestantes con diagnóstico de parto pretérmino que cumplen los criterios de inclusión y exclusión, se aplicó la fórmula de muestreo no probabilístico a conveniencia, el total de la muestra está representado por un total de 322 usuarias.

## **CAPITULO I**

### **1 PROBLEMA**

#### **1.1 MARCO CONTEXTUAL**

##### **1.1.1 CONTEXTO INTERNACIONAL**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que el número de neonatos pretérmino se ha incrementado a nivel mundial y según sus estimaciones refiere, que anualmente vienen al mundo 15 millones de neonatos pretérmino según las estimaciones de la Organización Mundial de Salud y alrededor de 1 millón de pretérminos perecen anualmente por complejidad en el momento del nacimiento y aquellos que viven están sujeto a desarrollar algún tipo de discapacidad, convirtiéndose la prematurez también en la primera causa de mortalidad neonatal a nivel mundial, (OMS, 2018), el 60% de neonatos pre-término se origina en África y Asia siendo una verdadera problemática mundial. (OMS, 2018)

El incremento de neonatos pretérminos puede interpretarse por un progreso de los sistemas de valoración; como el incremento de la edad materna y sus complicaciones subyacentes, diabetes, hipertensión, alto uso de los tratamientos de infertilidad, que ocasionan una mayor tasa de gestaciones múltiples, variación de las prácticas obstétricas, así como el incremento de las cesáreas realizadas antes de que la gestación llegue a tiempo. (OMS, 2018)

Hay una considerable disparidad en la tasa de supervivencia de los neonatos pretérmino, dependiendo mucho del lugar donde hayan nacido, el 90% de los pretérminos extremos nacidos en países subdesarrollados perecen en los primeros días de vida, en comparación con los países desarrollados, donde fallecen menos del 10% los neonatos cuya edad

gestacional es igual, prevaleciendo en las familias de bajos recursos un riesgo más elevado de parto pretérmino, es decir en aquellos países de bajos recursos, el promedio de los neonatos que nacen a las 32 semanas fallecen por no recibir los cuidados sencillos y costos eficaces. (OMS, 2018)

Se debe recalcar que las terceras cuartas partes de estos decesos pueden evitarse con intervenciones actuales costos eficaces, como brindar una variedad de asistencia sanitaria vitales antes y en el transcurso del parto y después del parto. (OMS, 2018)

### **1.1.2 CONTEXTO NACIONAL**

Según la Gaceta de Muerte Neonatal en el 2019 las principales causas básicas de mortalidad neonatal en el Ecuador son la prematuridad moderada en un 19,39%, prematuridad extrema con el 19,07%, y la asfixia de nacimiento, debido al mismo motivo de prematuridad, según la edad del embarazo al momento del parto, los neonatos se puede exhibir que la máxima proporción se da a las 28 semanas de gestación. (MSP , 2019) a pesar de que el Ecuador está dentro de los 11 naciones con el índice más bajo de partos prematuros con un 5,1%, es contradictorio ya que es la primer motivo de muerte neonatal en el país.. (MSP, 2015)

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo en el 2018 la tasa de mortalidad neonatal en el Ecuador es de 6,0% por cada mil neonatos la cual nos indica un incremento de 0,3 puntos porcentuales respecto a años anteriores, estas cifras corresponden a 1,840 defunciones fetales del cual el 59,8% representa la edad gestacional de 21 a 35 semanas, el 16,7% de 36 a 38 semanas y el 9% a las 39 a 40 semanas de gestación. Mientras que en la provincia de Los Ríos presenta una tasa de 3,33%.(INEC, 2018)

La prematuridad se relaciona en torno a un tercio de todas las muertes infantiles de esto el 45% corresponden a neonatos con parálisis cerebral

infantil, el 35% a neonatos con discapacidad visual y el 25% con discapacidad cognitiva o auditiva, representando un verdadero gasto para el estado y la familia ecuatoriana por las secuelas venideras. (MSP, 2015)

Los decesos neonatales precoces figuran el 67,97% que representan aquellos productos que perecen entre los primeros 7 días de nacidos, los decesos neonatales tardíos corresponden al 33,03% que corresponden a los neonatos que perecen entre los ocho primeros días, o los 28 días de nacidos. (MSP , 2019)

Cabe mencionar que el global de neonatos que perecen sucede en el área de neonatología es decir el 93,27%, de acuerdo al lugar de ocurrencia el 70,25% se produce en entidades del ministerio de salud pública y respecto a la residencia, el sector urbano tiene el 77,53% en comparación con el rural que es del 22,47%. (MSP , 2019)

El ministerio de salud pública llevo a cabo un proceso de reconocimiento de los principales problemas prioritarios de salud sexual y reproductiva, cuyo objetivo es la reducción de la tasa de mortalidad neonatal el mismo que cuenta con lineamientos estratégicos como garantizar la maternidad segura y la salud neonatal, con pertinencia intercultural en el sistema nacional de salud, enfatizando en sus líneas de acción a manera de fortalecer la promoción, prevención y atención integral para garantizar la maternidad segura y la salud neonatal. (MSP, 2017) Mejorar la vigilancia e investigación de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, fortalecer el manejo de emergencias obstétricas y neonatales.

El plan nacional de salud sexual y reproductiva contribuye con los objetivos de desarrollo sostenibles 2030, específicamente con el objetivo 3, que garantiza una vida sana, promoviendo el bienestar para todas las edades lo cual se logrará empoderando a las mujeres y fortaleciendo la promoción, prevención y atención integral, garantizando así una maternidad salud neonatal segura. (MSP, 2017)



El problema central está en relación con las brechas que existen: como la falta de atención de salud sexual y reproductiva desde los diversos ciclos de vida, cabe destacar que el tema aún en nuestra sociedad es considerado como tabú, esto sumado a una percepción errónea y desconocimiento de la salud sexual y reproductiva, falta de compromiso de la ciudadanía y la poca importancia que le dan a la misma, es lo que conlleva a una falta de generación y difusión de información a las usuarias, pero sobre todo la falta de empoderamiento de los profesionales de la salud. (MSP, 2017)

### **1.1.3 CONTEXTO REGIONAL**

De acuerdo a la gaceta de Muerte Neonatal en el 2019 según a la zona y provincia de residencia, la zona 5 presenta 183 casos, de los cuales 64 de ellos pertenecen a la provincia de Los Ríos. (MSP , 2019) Pero los hospitales correspondientes a la zona 5 como el Hospital Básico Nicolás Cotto presentó 3 casos, el Hospital General IESS de Babahoyo presento 11 casos, el Hospital General IESS de Quevedo presento 13 casos y el Hospital General Martin Icaza de Babahoyo presento 7 casos, teniendo un total de 44 casos notificados. (MSP , 2019)

La provincia de los Ríos es una de las 24 provincias que constituyen la República del Ecuador, la cual se encuentra localizada en la región Litoral del país, es la cuarta provincia más poblada del Ecuador, la ciudad de Babahoyo es su capital mientras que la ciudad de Quevedo es la urbe más poblada y grande de la provincia. Su territorio es de 6,245km, limitando al Norte con Santo Domingo de los Tsáchilas, al Este con Cotopaxi y Bolívar, al Noroccidente con Manabí, al Oeste y al Sur con Guayas.

La provincia de los Ríos está constituida por 3 cantones con sus respectivas parroquias tanto urbanas como rurales, además es uno de los más importantes centros económicos, financieros y comerciales del

Ecuador, las actividades principales de la provincia de los Ríos son el comercio, la industria, la agricultura y la ganadería.

#### **1.1.4 CONTEXTO LOCAL Y/O INSTITUCIONAL**

##### **Cantón Babahoyo**

La capital de la Provincia de los Ríos, es la ciudad más importante y una de las más pobladas de Los Ríos con **175.281 habitantes**, además fue capital fluvial del Ecuador, se identifica por muchas leyendas y costumbres. (INEC, 2020).

##### **HOSPITAL GENERAL MARTÍN ICAZA**

Esta casa de salud es parte del Ministerio de Salud Pública, corresponde al segundo nivel de complejidad, pertenece al distrito 12D01 BABA; BABAHOYO; MONTALVO, el horario de atención es de 24 horas los 7 días de la semana, los 365 días del año. El volumen de pacientes al día en el área de emergencia gineco-obstetricia es de alrededor de 153 gestantes. Además, por tratarse de una unidad de referencia atiende a pacientes de la provincia de Los Ríos y otras como Bolívar, dentro de los servicios que ofrece están:

- Emergencia adulta, gineco-obstétrica y pediátrica
- Medicina general
- Medicina interna
- Traumatología
- Nefrología
- Psicología
- Psiquiatría
- Fisioterapia
- Ginecología

- Cirugía
- Pediatría
- Cardiología
- Odontología
- Clínica del VIH
- Banco de Sangre
- Banco de leche materna
- Otorrinolaringología
- Imagenología
- Laboratorio clínico
- Hospitalización
- Neurología y Neurocirugía

A diario el área de Gineco-obstetricia atiende un total de 153 pacientes embarazadas de las cuales 134 son atendidas en el área de emergencia gineco-obstetricia y 19 son atendidas por consulta externa. El Hospital General Martín Icaza Babahoyo tiene una tasa de natalidad de 1,8 al mes.

## **1.2 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

La problemática a estudiar se realiza en el Hospital General Martín Icaza de Babahoyo en el periodo Enero – Junio 2019, el cual nos enfocaremos en el análisis de las gestantes con diagnóstico de parto prematuro relacionado a los riesgos obstétricos maternos.

Es de gran importancia determinar la relación que existe entre los riesgos obstétricos maternos asociados al parto pretérmino en gestantes entre 15 a 40 años de edad, con este estudio se podrá disminuir la morbi-mortalidad materno neonatal, ya que los neonatos prematuros se relacionan en torno a un tercio de todas las muertes infantiles, neonatos

con parálisis cerebral infantil, neonatos con discapacidad visual y con discapacidad cognitiva o auditiva.

### **1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según las estimaciones de la OMS refiere, que anualmente vienen al mundo 15 millones de neonatos prematuros, mientras que en Ecuador en el año 2018 nacieron 293,139 lo que nos indica una tendencia elevada de nacidos vivos independientemente de la edad gestacional. (OMS, 2018) (INEC, 2018)

La tasa de mortalidad neonatal en el país es de 6,0% por cada mil recién nacidos, en comparación al año 2017 que era de 5,7% es decir que ha habido un incremento del 0,3% puntos porcentuales. (INEC, 2018)

De 1,840 defunciones fetales que ocurrieron en el año 2018, el 59,8% corresponde a la edad gestacional de 21 a 35 semanas, el 16,7% entre las 36 a 38 semanas y el 9% a las 39 a 40 semanas de gestación. (INEC, 2018).

A pesar de que el Ecuador este dentro de los 11 países con el índice más bajo de partos prematuros con un 5,1%, es contradictorio ya que es la primer motivo de muerte neonatal en el país. (MSP, 2015)

Es transcendental determinar la relación que existe entre los riesgos obstétricos maternos y la asociación al parto pretérmino, el cual se presenta antes de las 37 semanas de gestación en el hospital Martín Icaza de Babahoyo y es lo que vamos a determinar con esta investigación.

#### **1.3.1 PROBLEMA GENERAL**

¿Cuál es el factor de riesgo obstétrico materno asociado a parto pretérmino en gestantes entre 15 a 40 años de edad en el hospital Martín Icaza de Babahoyo, en el área de emergencia en el periodo de Enero a Junio del 2019?

### **1.3.2 PROBLEMAS DERIVADOS**

¿Cuál es la asociación entre el bajo riesgo obstétrico y el parto pretérmino en gestantes entre 15 a 40 años de edad en el hospital Martín Icaza de Babahoyo, en el área de emergencia en el periodo de Enero a Junio del 2019?

¿Cuál es la asociación entre alto riesgo obstétrico y el parto pretérmino en gestantes entre 15 a 40 años de edad en el hospital Martín Icaza de Babahoyo, en el área de emergencia en el periodo de Enero a Junio del 2019?

¿Cuál es la asociación entre el riesgo obstétrico inminente y el parto pretérmino en gestantes entre 15 a 40 años de edad en el hospital Martín Icaza de Babahoyo, en el área de emergencia en el periodo de Enero a Junio del 2019?

## **1.4 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación sobre los riesgos obstétricos asociados al parto pretérmino se realizará en el Hospital General Martín Icaza de Babahoyo.

Tiempo: En el periodo de tiempo comprendido entre Enero a Junio del 2019.

Espacio: Área de emergencia gineco-obstétrica.

Institución: Hospital General Martín Icaza.

Dirección: Barreiro entre General Barona y 9 de Octubre

Cantón: Babahoyo

Provincia: Los Ríos

Distrito: 12D01.

Líneas de investigación de la universidad: Determinantes sociales de la Salud

Líneas de investigación de la Facultad: Salud y Bienestar

Líneas de investigación de la Carrera: Salud Sexual y Salud Reproductiva.

La población del estudio fueron las pacientes embarazadas entre 15 a 40 años desde las 20 a 36,6 semanas de gestación atendidas en el área de emergencia de la unidad operativa.

## **1.5 JUSTIFICACIÓN**

El nacimiento pretérmino es una problemática de salud pública considerable en todo el mundo, sobre todo en naciones en vías de desarrollo como Ecuador, a pesar que tiene la tasa más baja de nacimientos prematuros del mundo (5,1%).

Anualmente nacen 15 millones de neonatos prematuros según datos de la Organización Mundial de la Salud, siendo la prematuridad la primera causa de mortalidad neonatal, de los cuales alrededor de 1 millón de pretérminos perecen anualmente por complejidad en el momento del nacimiento y aquellos que viven están sujeto a desarrollar algún tipo de discapacidad, lo cual corresponde al 45% de neonatos con parálisis cerebral infantil, el 35% de neonatos con discapacidad visual y el 25% con discapacidad cognitiva.

En Ecuador la tasa de mortalidad neonatal es de 6,0% por cada mil neonatos, estas cifras corresponden a 1,840 defunciones fetales del cual un 59,8% se encuentra entre las 21 a 35 semanas de edad gestacional, el 16,7% entre las 36 a 38 semanas y el 9% se sitúa entre las 39 a 40

semanas de gestación, mientras que en la Provincia de Los Ríos la tasa se sitúa en un 3,33%.

Siendo este uno de los principales motivos por el cual es de vital importancia saber los motivos de la prematurez y lograr tasaciones específicas de la prevalencia de esta problemática en cada nación, si se quiere prosperar en la atención obstétrica y neonatal de calidad y eficaz.

Esta investigación beneficiara a los profesionales de la salud del área de Gineco-obstetricia ya que tendrán información actualizada que les permitirá determinar los principales riesgos obstétricos maternos asociados al parto pretérmino y así reducir el impacto de morbilidad infantil.

## **1.6 OBJETIVOS**

### **1.6.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar el factor de riesgo obstétrico materno asociado a parto pretérmino en gestantes entre 15 a 40 años de edad en el hospital Martín Icaza de Babahoyo, en el área de emergencia en el periodo de Enero a Junio del 2019.

### **1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar la asociación entre bajo riesgo obstétrico y parto pretérmino en gestantes entre 15 a 40 años de edad en el hospital Martín Icaza de Babahoyo, en el área de emergencia en el periodo de Enero a Junio del 2019
- Establecer la asociación entre alto riesgo obstétrico y el parto pretérmino en gestantes entre 15 a 40 años de edad en el hospital Martín Icaza de Babahoyo, en el área de emergencia en el periodo de Enero a Junio del 2019.

- Analizar la asociación entre riesgo obstétrico inminente y el parto pretérmino en gestantes entre 15 a 40 años de edad en el hospital Martín Icaza de Babahoyo, en el área de emergencia en el periodo de Enero a Junio del 2019.

## **CAPITULO II**



## **2 MARCO TEÓRICO**

### **2.1 RIESGO OBSTÉTRICO**

Es la posibilidad de que suceda un estado letal imprevisto, complicado por una dificultad médica, quirúrgica, obstétrica, social o psicológica ocasionando morbimortalidad materno fetal. (ECURED, 2019). (LUIS CABERO ROURA, 2013)

Un factor de riesgo es toda aquella situación que directa o indirectamente incrementa la posibilidad de desarrollar complicaciones fetales, maternas o ambos, el cual está condicionado por una serie de factores, patologías o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir negativamente en el producto o la madre durante el embarazo, parto y puerperio. (CASTAN, 2016)

Determinar tempranamente los factores de riesgo, sucesivamente de una atención óptima, ayudaría a evitar consecuencias perinatales adversas. Los factores de riesgo son incontables y su significancia puede ser alta o baja, más cuando en la embarazada influyen diversos factores.(ECURED, 2019) (CASTAN, 2016).

La evaluación del riesgo obstétrico es un proceso enérgico, porque este se puede acrecentar, decrecer o perdurar sin modificaciones, de allí la necesidad de la evaluación continua de toda gesta. (CASTAN, 2016). La gestación de alto riesgo implica complicaciones tanto para la salud de la madre como para la salud del producto, por su situación general, precedentes o patologías que se manifiestan a medida que avanza la gestación. (ECURED, 2019)

### **EMBARAZO DE BAJO RIESGO**

Es aquel que no presenta estados patológicos de riesgo durante la gestación o el parto, cuya atención debe ser en el primer nivel de complejidad. (F. Gary Cunningham, 2015)

### **EMBARAZO DE ALTO RIESGO**

Es aquel que presenta mayor posibilidad de tener criterios de riesgo durante la gestación o el parto y cuya atención debe ser en el nivel II o III. (F. Gary Cunningham, 2015)

### **EMBARAZO DE INMINENTE RIESGO**

Aquel que cursa con cualquier condición cuya naturaleza representa un peligro inminente que pueda ocasionar la muerte o lesión grave en la madre o el producto. (F. Gary Cunningham, 2015)

### **CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO**

#### **RIESGO 1: RIESGO BAJO**

- Condiciones socio-económicas precarias.
- Control deficiente de la gestación: < 3 visitas prenatales.
- Edad materna  $\leq 19$  años o  $\geq 35$  años en el primer embarazo.
- Multiparidad  $\geq$  a tres embarazos.
- Incompatibilidad Rh.
- Infección genito-urinaria recurrente.
- Período intergenésico corto de cicatriz uterina previa. (MSP, 2017)

#### **RIESGO 2: RIESGO ALTO**

- Desnutrición
- Gestación Múltiple.

- Patologías del líquido amniótico.
- Abortos espontáneos recurrentes.
- Antecedentes de parto pretérmino y difícil.
- CIR.
- HIV y HPV.
- Presentación pelviana.
- Corpulencia o adiposidad. (MSP, 2017)

### **RIESGO 3: RIESGO INMINENTE**

- Glucosuria gestacional.
- DPPNI.
- RPM.
- Pre-eclampsia, eclampsia, síndrome de Hellp
- Taquicardia fetal. (MSP, 2017)

### **PARTO PRETÉRMINO**

El parto pretérmino es aquel que acontece entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación desde la fecha de la última menstruación, con modificación del cérvix mayor o igual a una dilatación de 3 cm con un borramiento del 70-80% y actividad uterina regular. (Erasmus, 2018) (Pabon, 2018) (AMIR, 2018) .

### **MORBILIDAD DE LA PREMATURIDAD**

A corto plazo

- Síndrome de Distress respiratorio
- Hemorragia interventricular
- Displasia broncopulmonar
- Persistencia de conducto arterioso

- Enterocolitis necrotizante
- Sepsis
- Apnea
- Retinopatía del prematuro (F. Gary Cunningham, 2015)
- A largo plazo
- Retraso mental severo
- Parálisis cerebral
- Trastornos convulsivos
- Ceguera y sordera (F. Gary Cunningham, 2015)

## **CLASIFICACIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL**

Según la última clasificación de la Organización Mundial de la Salud se ha subdividido en varios tipos:

- Pretérmino tardío va de las 34 a 36,6 semanas de gestación
- Pretérmino moderado va de las 32 a 33,6 semanas de gestación
- Muy pretérmino va de las 28 a 31,6 semanas de gestación
- Pretérmino extremos menor o igual a 27,6 semanas de gestación (MSP, 2015)

### **Fisiopatología**

Los mecanismos fisiopatológicos que ocasionan el parto pretérmino se desconocen, pero entre los principales procesos se encuentra: la oxitocina, la activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal materno o fetal, infección, hemorragia decidual y la distensión uterina patológica, se desconoce cuando ocurre el desequilibrio, pero el incremento de la contractilidad después del estímulo cervical conocido también como reflejo de Ferguson juega un papel importante. (F. Gary Cunningham, 2015) (AMIR, 2018)

## **Patogenia**

No es muy conocida, autores como Williams, Paucar, Cifuentes hacen referencia a la liberación sostenida de factores mediadores de la inflamación como la interleuquina 6-1, factor de necrosis tumoral originados en mayor frecuencia por vaginosis bacteriana o por colonización de las membranas originado de algún foco infeccioso. (AMIR, 2018) (F. Gary Cunningham, 2015)

## **Etiología del parto Pretérmino**

- En la mayoría de los casos la causa es desconocida
- De etiología multifactorial.
- Factores de riesgo entre el 30 y 50%.
- Factores maternos, fetales e iatrogénicos. (F. Gary Cunningham, 2015) (Pabon, 2018)

## **Factores maternos**

- Nivel socioeconómico deficiente.
- Raza negra.
- Edad materna menor a 18 años y mayor de 40 años.
- Bajo peso materno.
- Fumadora y uso de otras drogas.
- Antecedentes de placenta previa, abortos tardíos o hemorragias de primer trimestre de gestación. (F. Gary Cunningham, 2015) (Pabon, 2018)

## **Factores uterinos**

- Polihidramnios o gestación múltiple.

- Anomalías uterinas como el útero bicorne o unicorne.
- Miomas uterinos.
- Incompetencia cervical.
- Traumatismos.
- Infecciones por estreptococos, clamidia, vaginosis bacteriana, gonococo o blenorragia (F. Gary Cunningham, 2015) (Pabon, 2018)

### **Factores fetales iatrogénicos**

- Mortinatos
- Ruptura prematura de membranas, preeclampsia o crecimiento intrauterino retardado.
- Valoración inadecuada en programar cesáreas o inducciones de parto. (F. Gary Cunningham, 2015)

### **Marcadores predictores de parto pretérmino**

Existen 3 marcadores relacionados al parto pretérmino:

1. Fibronectina positiva.
2. Longitud cervical < 25mm.
3. Antecedente de parto pretérmino previo. (LUIS CABERO ROURA, 2013)

### **Longitud cervical**

La medición de la longitud cervical entre las 22-24 semanas de embarazo y la dilatación del orificio cervical interno por ecografía transvaginal es de gran ayuda para pronosticar el parto prematuro espontáneo en mujeres en estado de gravidez. (RODRIGO CIFUENTES, 2013). La longitud cervical normal determinada desde el orificio cervical interno al externo es de:

- 38mm aun en la semana 23.
- 35mm semana 24.
- 34mm semana 28. (Paucar, 2011)

La dilatación del orificio cervical interno inicia a las 32 semanas como un proceso dinámico adoptando forma de Y, V o U, proceso conocido como tunelización o funnelling, el cual al ser mayor al 30% de la longitud cervical nos indica una incompetencia cervical. (RODRIGO CIFUENTES, 2013) (Paucar, 2011)

### **Fibronectina**

Es una proteína, un marcador de riesgo que funciona de manera adherente en las membranas fetales y la decidua, luego de las 20 semanas, es menos evidente en el cérvix y la vagina, su presencia nos indica deterioro de las membranas fetales o maternas cuya productividad se deba a microorganismo o la producción de mediadores inflamatorios. (F. Gary Cunningham, 2015) (RODRIGO CIFUENTES, 2013)

La evaluación de la Fibronectina se realiza mediante la obtención de un espécimen del orificio externo del cérvix, mediante el sistema Elisa, es positivo cuando su valor nos indica  $> 50\text{ng/ml}$ . (RODRIGO CIFUENTES, 2013)

### **Diagnóstico**

Se basa en la clínica como es la presencia de dolor abdominal tipo contracción con irradiación lumbosacra presentando dinámica uterina de 3 contracciones en 30 minutos, el examen obstétrico modificaciones cervicales, expulsión de tapón mucoso con dilatación mayor a 2 cm y borramiento del 80%. Longitud cervical por ecografía transvaginal, fibronectina fetal. (F. Gary Cunningham, 2015) (Pabon, 2018)

## **Contraindicaciones absolutas para prolongar la gestación**

- Ruptura prematura de membranas.
- Placenta previa.
- Abrupto placentae.
- Diabetes gestacional.
- Nefropatía crónica.
- Malformaciones fetales severas.

## **Tratamiento**

Ingreso hospitalario, tocólisis, reposo absoluto, pruebas complementarias, maduración pulmonar fetal, neuroprotección, antibióticos empírico, si el caso lo amerita transferir unidad de neonatología especializada. (F. Gary Cunningham, 2015) (Erasmus, 2018).

## **Manejo en urgencias**

Por criterio clínico y sin cambios cervicales, si hay la presencia de actividad uterina constante:

Inactividad absoluta y mantener bajo observación 2 a 3 horas para evaluar si hay modificaciones cervicales teniendo en cuenta la administración de una monodosis de nifedipino. Si no cede sintomatología ingreso hospitalario. (LUIS CABERO ROURA, 2013)

## **Ingreso hospitalario**

Este precisa reposo absoluto de 24 horas, solo aseo personal si está permitido y control materno fetal, para poder obtener resultados eficaces debemos cumplir con los 8 pasos que se describirán a continuación: (AMIR, 2018)



### **Paso 1: análisis complementarios**

- Monitoreo fetal simple y ultrasonografía endovaginal.
- Pruebas de laboratorio, bioquímica sanguínea, pcr, pruebas de coagulación.
- Cultivo vaginal y rectal para estreptococo del grupo b, sino se realizó en las últimas 5 semanas.
- Urocultivo en orina.
- Frotis endocervical ante la sospecha de vaginosis bacteriana, candidiasis o pacientes con cerclaje. (AMIR, 2018)

### **Paso 2: Corticoides**

Se utiliza en gestaciones de 24 a 34,6 semanas y en casos especiales con el consentimiento informado a los padres entre las 23 a 23,6 semanas.

Betametasona 12mg/24 durante dos días. (AMIR, 2018)

### **Paso 3: Tocólisis**

El objetivo de la tocólisis es inhibir la actividad uterina para lograr completar la maduración pulmonar fetal y la neuroprofilaxis.

Indicaciones:

- Menor a 24 semanas: indometacina.
- Mayor o igual a 24semanas: nifedipino. (AMIR, 2018)

### **Paso 4: Neuroprotección:**

El sulfato de magnesio aplicado antes del parto puede reducir la lesión cerebral en los neonatos prematuros que logran sobrevivir. (AMIR, 2018)

#### **Paso 5: Dieta Famis o NPO**

Si esta con trabajo de parto por si se requiere realizar una cirugía.

#### **Paso 6: Antibiotivoterapia**

Profilaxis anteparto.

#### **Paso 7: Estudio de bienestar fetal:**

- Ecografía obstétrica una vez por semana.
- Monitoreo fetal simple diario. (AMIR, 2018)

#### **Paso 8: Cuidados generales:**

- Reposo relativo.
- Dieta rica en fibra o laxantes emolientes u osmóticos.
- Heparina de bajo peso molecular profiláctica si la gestante tiene mayor a 60kg 5.000 U/24h subcutánea.
- Heparina de bajo peso molecular profiláctica si la gestante tiene menor a 60kg 2500 U/24h subcutánea.
- Se debe utilizar en pacientes con factores con factores trombóticos o con inmovilización mayor o igual a 3 días de reposo en cama. (AMIR, 2018)

### **2.1.1 MARCO CONCEPTUAL**

#### **CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS DESFAVORABLES**

Situación social que se encuentran relacionada a un amplio espectro de repercusiones letales para la salud y la vida de las personas. (MSP, 2017)

### **GRAN MUTIPARIDAD**

Mujer que ha parido 6 veces o más ya sea por parto vaginal o cesárea, múltipara es mayor a 3 partos. (LUIS CABERO ROURA, 2013)

### **INCOMPATIBILIDAD RH**

Es la aparición de anticuerpos maternos contra el factor Rh del eritrocito fetal, ocurre en madres cuyo factor RhD es negativo y con fetos positivo. (F. Gary Cunningham, 2015)

### **INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS**

Es la identificación relevante de bacterias en la orina mayor a 100,000 unidades formadoras de colonias por mililitro, en ausencia de sintomatología. (LUIS CABERO ROURA, 2013)

### **INFECCIÓN GENITAL**

Es una amplia gama de condiciones que ocasionan sintomatología vaginal como prurito, ardor, irritación y flujo vaginal anormal. (LUIS CABERO ROURA, 2013)

### **PERIODO INTERGENÉSICO CORTO**

Es aquel lapso de tiempo entre la terminación de la gestación y la concepción de otra, menor a 18 meses.

### **ANEMIA EN EL EMBARAZO**

Es aquella situación en que las células sanguíneas son escasas y disminuyen su capacidad de transportar oxígeno para cumplir las necesidades del organismo. (F. Gary Cunningham, 2015)

### **OLIGOAMNIOS**

Es el descenso patológico de la cantidad de líquido amniótico para la edad gestacional. (RODRIGO CIFUENTES, 2013)

### **ABORTOS ESPONTÁNEOS**

Es la terminación espontánea de la gestación antes de las 20 semanas de embarazo o si el embrión o feto pesa menos de 500g. (Gutierrez, 2014)

### **PARTO PREMATURO**

Es aquel que acontece entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación desde la fecha de la última menstruación, con modificación del cérvix mayor o igual a una dilatación de 3 cm con un borramiento del 70-80% y actividad uterina regular. (RODRIGO CIFUENTES, 2013)

### **RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO**

Es el desarrollo fetal por debajo del percentil 10 en la curva de desarrollo intraútero o producto cuyo peso al nacer está por debajo del décimo percentil de acuerdo a su edad gestacional.

### **PIELONEFRITIS**

Es la colonización de microorganismos patógenos de las vías urinarias altas junto con el parénquima renal, que puede ser de uno o los dos riñones, presentando la sintomatología pertinente como escalofríos, náuseas, vómitos, signo de percusión positiva, malestar general e hipertermia. (RODRIGO CIFUENTES, 2013)

### **DISTOCIA DE PRESENTACIÓN PELVIANA**

Es aquella presentación en situación longitudinal, donde el polo inferior está en relación directa con el estrecho superior de la pelvis de la madre. (F. Gary Cunningham, 2015)

### **OBESIDAD**

Es el acúmulo excesivo de tejido adiposo que puede resultar perjudicial para la salud, ya que es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes. (LUIS CABERO ROURA, 2013)

### **DIABETES GESTACIONAL**

Es la intolerancia a los carbohidratos que comienza o se evidencia por primera ocasión en la gestación. (LUIS CABERO ROURA, 2013)

### **DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINSERTA**

Es el abrupto total o parcial de la placenta normalmente inserta que ocurre luego de las 20 semanas de embarazo y antes de la expulsión del producto. (F. Gary Cunningham, 2015)

### **ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**

Es la pérdida de continuidad de las membranas ovulares, aquella que ocurre antes de la labor de parto activa. (LUIS CABERO ROURA, 2013)

## **VIH**

Pertenece a la familia del Retroviridae, genero lentivirus. Esta enfermedad afecta a la inmunidad celular del organismo, ataca a las células T4, ya que son las principales células dianas del VIH. (F. Gary Cunningham, 2015)

## **TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO**

Es un amplio espectro de trastornos hipertensivos que aparecen a lo largo de la gestación o después del parto, independientemente del instante de presentación que tiene en común cifras elevadas de la tensión arterial. (MSP, 2016)

## **TAQUICARDIA FETAL**

Es la arritmia prenatal, es un ritmo ventricular donde la frecuencia cardíaca fetal es mayor o igual a 160 lpm por más de 10 minutos. (LUIS CABERO ROURA, 2013)

## **ÓBITO FETAL**

Es el deceso del feto luego de las 20 semanas de embarazo y antes de su nacimiento, es decir antes de salir por el canal vaginal de la madre al exterior. (F. Gary Cunningham, 2015)

## **SEPSIS**

Es el fallo orgánico ocasionado por una respuesta sistémica inflamatoria, es decir, por respuesta del organismo a un patógeno o foco infeccioso, poniendo en peligro la vida. (MSP, 2017)

## **SINDROME DE HELLP**

Es una de las complicaciones de los trastornos hipertensivos de la gestación, el mismo que se caracteriza por lesión endotelial, activación, agregación y gasto plaquetario que ocasiona isquemia y necrosis hepática. (MSP, 2016)

### **2.1.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

El parto prematuro ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud como aquel que acontece entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación desde la fecha de la última menstruación (Ahumada-Barrios, Margarita E., & Alvarado, German F., July 25, 2016), por lo tanto el parto pretérmino abarca diversos procesos fisiopatológicos, constituyendo un síndrome que causa morbilidad neonatal con mal pronóstico a largo plazo para la salud del neonato.

El nacimiento pretérmino expone a los neonatos desde que nacen a sufrir de desnutrición, retraso en su desarrollo así como en su crecimiento, lo que ocasionara no solo dificultad en su aprendizaje sino un mayor incremento en el gasto por parte del País en materia de salud (Zerna-Bravo, C., Fonseca-Tumbaco, R., Viteri-Rojas, A. M., & Zerna-Gavilanes, C. (2018), 2018), esto se debe a que más de la mitad de estas gestantes tienen baja escolaridad y nunca acudieron a un control prenatal, lo cual evitaría en gran medida un nacimiento prematuro, esto demuestra que existe evidencia significativa de que la falta de instrucción y el no asistir al control prenatal es un factor asociado a la rotura prematura de membranas y posteriormente a parto prematuro.

Las causas que ocasionan parto pretérmino son múltiples, entre las que se destacan las siguientes: infección del tracto urinario con un porcentaje de 29%, seguido de vaginosis bacteriana con el 23%, y en menor medida preeclampsia y placenta previa. (Zerna-Bravo, C., Fonseca-Tumbaco, R., Viteri-Rojas, A. M., & Zerna-Gavilanes, C. (2018), 2018), es importante destacar que estudios que se han realizado actualmente indican que la corioamnionitis es la responsable en un 40% de que se produzca los nacimientos prematuros. (Huertas Tacchino, Erasmo, 2018), sin embargo el parto pretérmino es de etiología multifactorial y aunque se conocen muchísimos factores de riesgo y se han descrito diferentes mecanismos que lo desencadenan, ninguno individualmente es un predictor que determine un parto pre-término.

El principal factor de riesgo que más se ha asociado a parto pretérmino es la edad es decir gestantes menores de 19 años y mayores de 35 años mientras que la edad gestacional se sitúa entre las 32 a 37 semanas de gestación (Zerna-Bravo, C., Fonseca-Tumbaco, R., Viteri-Rojas, A. M., & Zerna-Gavilanes, C. (2018), 2018), un porcentaje elevado de autores destacan que realizar prevención primaria y diagnosticar precozmente el desenlace del trabajo de parto pretérmino constituye la primordial herramienta que poseemos como profesionales de la salud para obviar que las embarazadas se conviertan en víctimas de complicaciones que afecten tanto su salud como la neonato.

Varios son los factores de riesgo que pueden desencadenar parto pretérmino como: anemia, altos niveles de catecolaminas en orina, ruptura prematura de membranas, hábitos nocivos, trastornos hipertensivos del embarazo, infecciones de vías urinarias altas y bajas, sangrado vaginal, oligoamnios, abortadora recurrente, control prenatal deficiente. (Zerna-Bravo, C., Fonseca-Tumbaco, R., Viteri-Rojas, A. M., & Zerna-Gavilanes, C. (2018), 2018), no obstante a pesar de que existen muchos factores de



riesgo en relación al parto pre-término su etiología no ha sido determinada en su totalidad, por las limitaciones metodológicas que existen en Latinoamérica en los estudios referente al tema.

## **2.2 HIPÓTESIS**

### **2.2.1 HIPÓTESIS GENERAL**

A mayor sea el riesgo obstétrico materno, será más frecuente el parto pretérmino, en las gestantes que fueron atendidas en el Hospital General Martin Icaza Babahoyo, los Ríos.

## **2.3 VARIABLES**

### **2.3.1 VARIABLES INDEPENDIENTES**

Riesgo obstétrico

### **2.3.2 VARIABLES DEPENDIENTES**

Parto pretérmino

### 2.3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

CONCEPTO	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍNDICE
Es la posibilidad de que suceda un estado letal imprevisto, complicado por dificultad médica, quirúrgica, obstétrica, social o psicológica ocasionando una morbilidad materna fetal. (LUIS CABERO ROURA, 2013)	Riesgo obstétrico	Salud materna	Riesgo obstétrico bajo  Riesgo obstétrico alto  Riesgo obstétrico inminente	El 53 % de pacientes con riesgo bajo.  El 30 % de pacientes con riesgo bajo.  El 17 % de pacientes con riesgo bajo.
El parto prematuro es aquel que sucede entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación desde la fecha de la última menstruación, con modificación del cérvix mayor o igual a una dilatación de 3 cm con un borramiento del 70-80% y actividad uterina regular. (AMIR, 2018) (Pabon, 2018)	Parto pretérmino	Salud materna	Desde la semana 20 hasta las 36,6 semanas	El 12 % de pacientes atendidas, ≤ a 27,6 SG, pre-términos extremos  El 18 % de pacientes atendidas entre las 28 a 31,6 SG muy pre-termino.  El 21% % de pacientes atendidas entre las 32 a 33,6 SG, pre-termino moderado  El 49% de pacientes atendidas entre las 34 a 36,6 SG, pre-termino tardío

## **CAPITULO III**

### **3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

El método que aplicaremos en la actual tesis de investigación para su avance es de carácter deductivo ya que estará basado en la información proporcionada por el área de emergencia gineco-obstétrica de la base de datos estadísticos de las embarazadas atendidas en dicha área del Hospital General Martín Icaza, las cuales presentaron los respectivos riesgos obstétricos maternos asociados a parto pretérmino durante el periodo Enero-Junio 2019.

#### **3.2 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

La modalidad utilizada para realizar este trabajo de investigación es cuantitativa ya que se pretende determinar el riesgo obstétrico bajo, alto e inminente asociado a parto pretérmino en las gestantes, con esta modalidad se establecerá el porcentaje de gestantes con los diferentes riesgos obstétricos que presentaron en el periodo de estudio en el Hospital General Martín Icaza de Babahoyo.

#### **3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El actual proyecto de investigación será:

- Según el propósito: No experimental porque se hallara fundada en la recolecta de datos ya existentes.

- Según el lugar: Documental o bibliográfica ya que se realizará la revisión de datos estadísticos ya existentes de la problemática a estudiar.
- Según su nivel de estudio: Descriptiva ya que se describirán los riesgos obstétricos relacionados al parto prematuro según la información brindada por el departamento de estadística del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo.
- Según dimensión temporal: Será retrospectiva ya que se detallara información estadística comprendida entre el periodo Enero-Junio 2019.

### **3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

#### **3.4.1 TÉCNICAS**

El actual trabajo de investigación está basado en la observación y extracción de información del total de usuarias que recibieron atención en el área de emergencia gineco-obstetricia durante el periodo de estudio Enero – Junio 2019, los cuales reposan en las historias clínicas en el departamento de estadística del Hospital General Martín Icaza de Babahoyo.

#### **3.4.2 INSTRUMENTOS**

Para la recolección de los datos del trabajo de investigación riesgo obstétrico materno asociado a parto pretérmino en gestantes entre 15 a 40 años de edad, se diseñó una ficha de recolección de datos en el Sistema Windows 10 en Word con 27 ítems entre los que constan datos de filiación, antecedentes gineco-obstétricos, datos de la enfermedad actual, valoración obstétrica, factores de riesgo y complicaciones, la unidad de análisis será la historia clínica que reposa en el área de estadística del hospital Martín

Icaza de Babahoyo, de las pacientes que recibieron atención en la emergencia gineco-obstétrica en el periodo de Enero a Junio del 2019. Además, los datos serán vaciados en una hoja de cálculo de Excel 2016 el mismo que contendrá las variables de estudio como riesgo obstétrico materno y parto pre-término.

### **3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.5.1 POBLACIÓN**

Corresponde a todas las pacientes embarazadas que recibieron atención en el área de emergencia gineco-obstétrica del Hospital General Martín Icaza Babahoyo, durante el periodo de enero a junio 2019 ascendiendo un total de 1970 usuarias entre 20 a 36,6 semanas de gestación.

#### **3.5.2 MUESTRA**

Para la selección de la muestra se aplicará la fórmula de muestreo no probabilístico a conveniencia

$$\text{Tamaño de Muestra} = Z^2 * (p) * (1-p) / c^2$$

Dónde:

- Z = Nivel de confianza (95% o 99%)
- p = .5
- c = Margen de error (.04 = ±4)
- $Z^2 * (5) * (1970-5) / 0,5^2$
- N = 322

### **3.5.3 Criterios de Inclusión:**

- Se incluyen a las gestantes de 15 - 40 años de edad que acudieron al área de emergencia en el Hospital Martín Icaza de Babahoyo en el periodo de estudio.
- Se incluyen a las gestantes con historias clínicas completas, en el Hospital General Martín Icaza de Babahoyo.
- Se incluyen a todas las pacientes con diagnóstico de parto pretérmino.
- Se incluyen a las pacientes que estén dentro del periodo de enero – junio del 2019.

### **3.5.4 Criterios de Exclusión:**

- Se excluyen a las gestantes menores de 15 años de edad.
- Se excluyen a las gestantes mayores de 40 años de edad.
- Se excluyen a las gestantes con historias clínicas incompletas.

La población está conformada por todas aquellas mujeres en estado de gravidez con diagnóstico de trabajo de parto prematuro que cumplen los criterios de inclusión dando un total de 302 pacientes.

### 3.6 CRONOGRAMA DEL PROYECTO

N°	ACTIVIDADES	OCTUBRE					NOVIEMBRE				DICIEMBRE					ENERO					FEBRERO				MARZO				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5
1	Petición del tutor al coordinador de titulación																												
2	Selección del tema																												
3	Presentación del tema del proyecto de investigación en físico al coordinador																												
4	Elaboración del tema o perfil, primera etapa del proyecto de investigación																												
5	Presentación y Aprobación del perfil del proyecto de investigación en el Sistema Académico Integral (SAI)																												
6	Desarrollo del capítulo I																												
7	Desarrollo del capítulo II																												
8	Desarrollo del capítulo III																												
9	Subir proyecto de investigación (segunda etapa) en el Sistema de Académico Integral (SAI)																												
10	Sustentación previa de la segunda etapa del proyecto de investigación																												





### 3.7 RECURSOS

#### 3.7.1 RECURSOS HUMANOS

RECURSOS HUMANOS	NOMBRES
INVESTIGADORAS	NARCISA MARIA CARRANZA MACIAS
	HANNY TIBISAY ENCALDA COELLO
DOCENTE-TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	OBST. ANA MARIA PASOS BAÑO

#### 3.7.2 RECURSOS ECONÓMICOS

RECURSOS ECONÓMICOS	INVERSIÓN
Internet	25
Material bibliográfico	20
Copias	8
Impresiones	22
Movilización transporte	20
Alimentación	30
Trípticos	15
Total	150

## **3.8 Plan de tabulación y análisis**

### **3.8.1 Base de datos**

La base de datos observada se extrajo del área de estadística del Hospital General Martín Icaza y se determinó por medio de la información obtenida en el programa informático de Microsoft Excel, en el cual se consideró los criterios de inclusión, procediendo a seleccionar y agrupar específicamente a cada una de las gestantes que presentaron los diferentes riesgos obstétricos maternos relacionados al parto prematuro, las cuales recibieron atención en la emergencia gineco-obstetricia del hospital Martín Icaza de Babahoyo, durante el periodo de estudio de Enero a Junio del 2019.

Para la selección de la muestra se aplicará la fórmula de muestreo no probabilístico a conveniencia, de esta manera se obtuvo el total de la muestra.

### **3.8.2 Procesamiento y análisis de datos**

Para el proceso y extracción de los datos se empleó Microsoft Excel el cual nos ofrece la ayuda de poner filtro a través del cual se determinó el global de pacientes con riesgo obstétrico materno relacionado a parto prematuro, los mismos que conciernen a las variables de estudio del trabajo investigativo.

## CAPITULO IV

### 4 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### 4.1 RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN

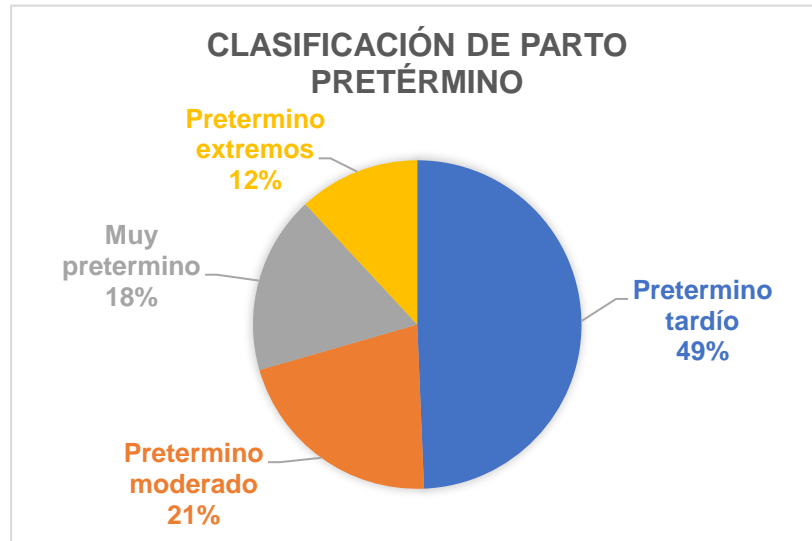
##### CUADRO N° 1

Incidencia de usuarias embarazadas que presentaron parto pretérmino de acuerdo a su edad gestacional en el Hospital General Martín Icaza Babahoyo, durante el periodo de Enero a Junio 2019.

Incidencia de parto pretérmino	N°	%
Pretérmino tardío 31-36,6 SG	149	49%
Pretérmino moderado 32-33,6 SG	64	21%
Muy pretérmino 28-31,6 SG	53	18%
Pretérmino extremos ≤ a 27,6 SG.	36	12%
Total	302	100%

**Fuente:** Área de estadística del HMI

**Autoras:** Narcisa Carranza - Tibusay Encalada



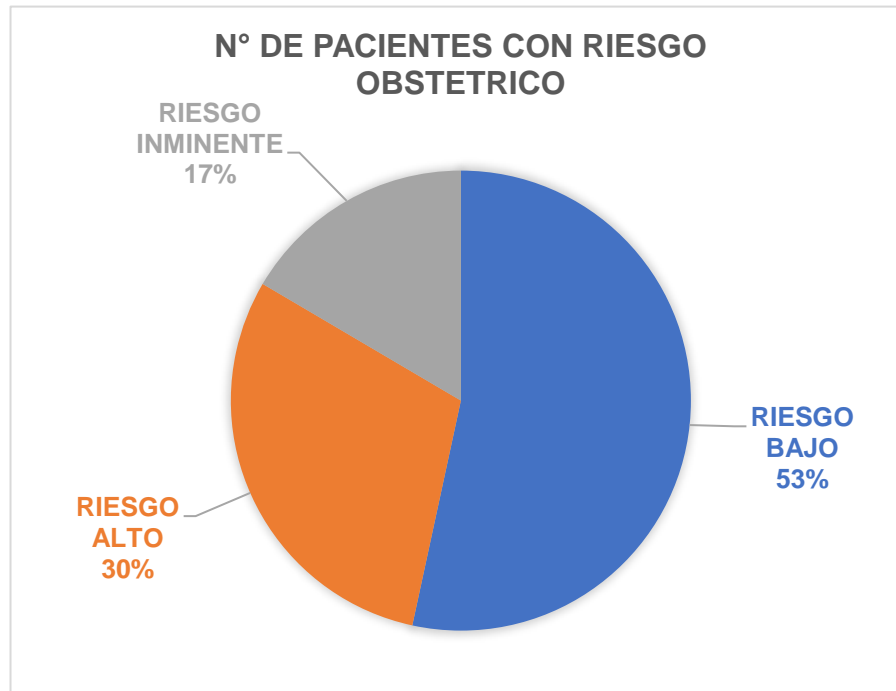
**CUADRO N° 2**

Total de usuarias embarazadas que presentaron riesgo obstétrico relacionado a parto pretérmino que recibieron atención en el Hospital General Martín Icaza Babahoyo, durante el periodo de enero a junio 2019.

N° de pacientes con riesgo obstétrico		%
Riesgo bajo	197	53%
Riesgo alto	111	30%
Riesgo inminente	61	17%
Total	302	100%

**Fuente:** Área de estadística del HMI

**Autoras:** Narcisa Carranza - Tibusay Encalada



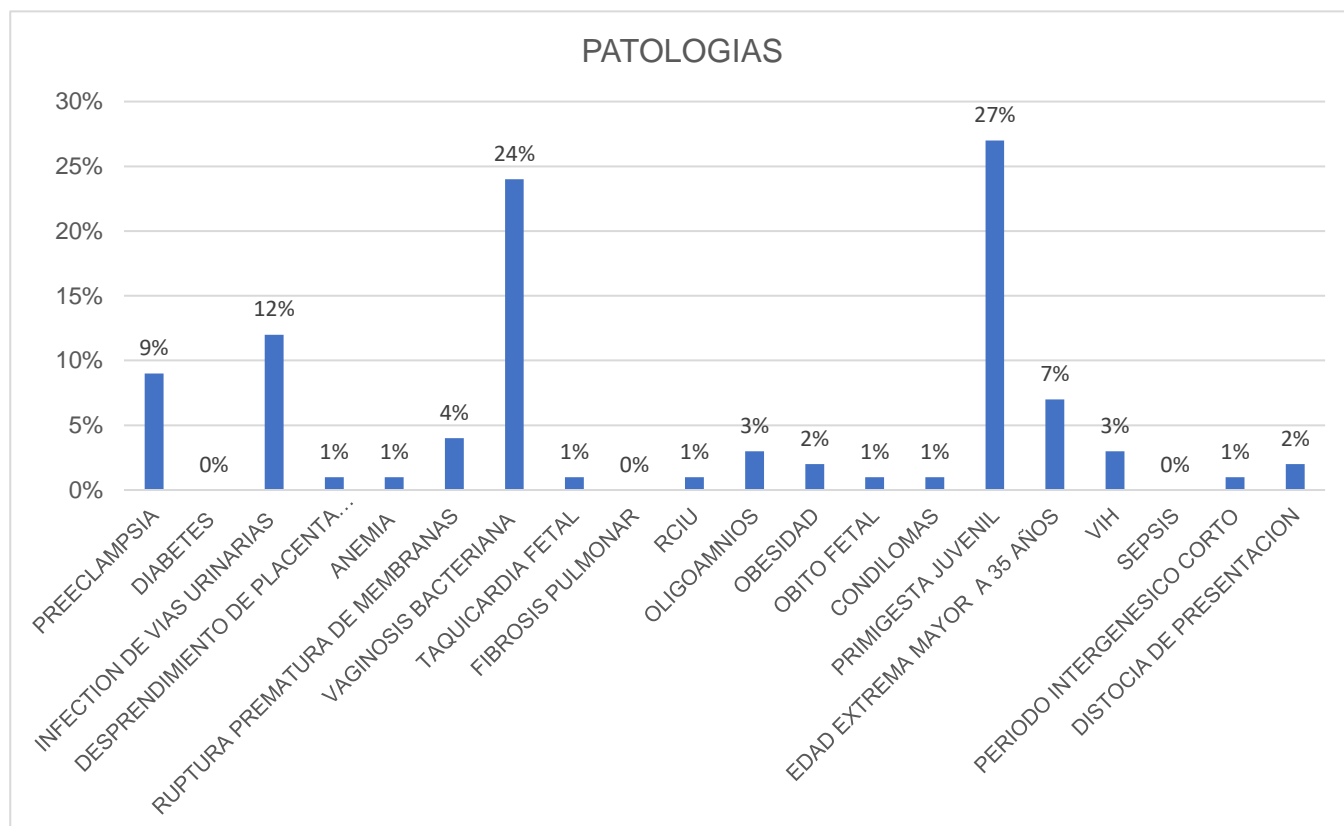
### CUADRO N°3

Incidencia de los diferentes riesgos obstétricos asociados a parto pretérmino, presentes en aquellas gestantes con diagnóstico de trabajo de parto prematuro que recibieron atención en la emergencia de gineco-obstetricia del Hospital General Martín Icaza Babahoyo, en el periodo de estudio Enero a Junio 2019.

RIESGOS OBSTÉTRICOS	N°	%
Preeclampsia	28	9%
Diabetes	1	0%
Infección de vías urinarias	33	12%
Desprendimiento de placenta normoinserta	2	1%
Anemia	4	1%
Ruptura prematura de membranas	13	4%
Vaginosis bacteriana	72	24%
Taquicardia fetal	3	1%
Fibrosis pulmonar	1	0%
RCIU	2	1%

Oligoamnios	9	3%
Obesidad	5	2%
Óbito fetal	3	1%
Condilomas	3	1%
Primigestas juvenil	83	27%
Edad extrema mayor a 35 años	22	7%
VIH	8	3%
Sepsis	1	0%
Periodo intergenésico corto	4	1%
Distocia de presentación	5	2%
Total	302	100%

Fuente: Área de estadística del HMI  
Autoras: Narcisca Carranza - Tibisay Encalada

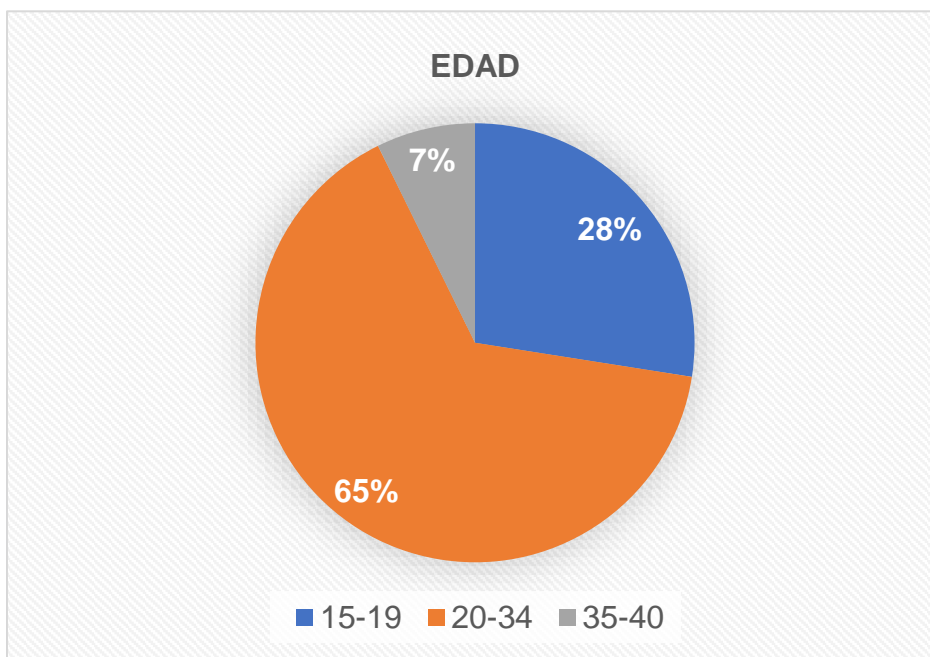


Edad	N°	%
15-19	83	28%
20-34	197	65%
35-40	22	7%
Total	302	100%

**CUADRO N°4**

Incidencia de la edad cronológica en la asociación a parto pretérmino en aquellas usuarias con diagnóstico de trabajo de parto pretérmino que recibieron atención en el Hospital General Martín Icaza Babahoyo, durante el periodo de estudio de enero a junio 2019.

Fuente: Área de estadística del HMI  
 Autoras: Narcisa Carranza - Tibusay Encalada



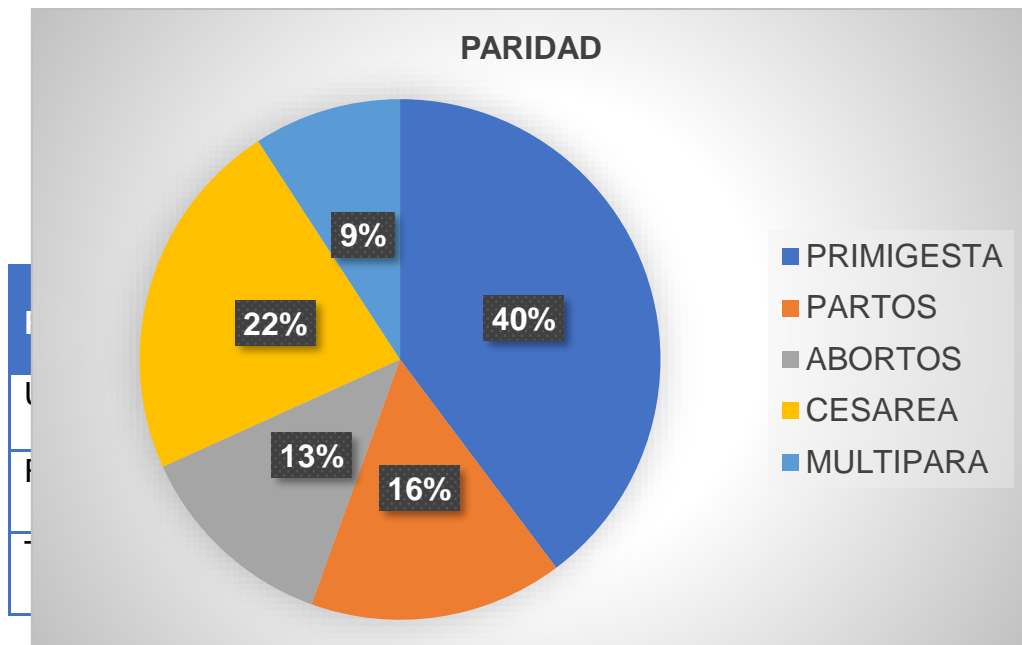
Cesárea	96	22 %
Múltipara	39	9 %
Gran múltipara	7	100 %

**CUADRO N°5**

Total de pacientes con diagnóstico de parto pre-término de acuerdo a sus antecedentes gineco-obstétricos que recibieron atención en el Hospital General Martín Icaza Babahoyo, durante el periodo de Enero a Junio 2019.

**Fuente:** Área de estadística del HMI  
**Autoras:** Narcisa Carranza-Hanny Encalada

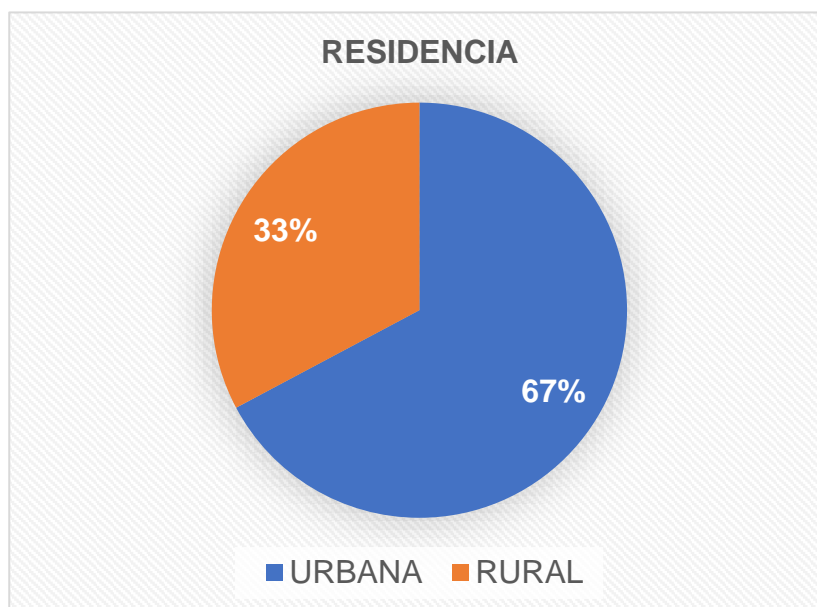




**CUADRO N°6**

Global de pacientes que presentaron parto pretérmino de acuerdo a su lugar de residencia que fueron atendidas en el Hospital General Martín Icaza Babahoyo, durante el periodo de Enero a Junio 2019.

Fuente: Área de estadística del HMI  
 Autoras: Narcisa Carranza - Tibusay Encalada



#### 4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

CUADRO N°1, se realizó la clasificación del global de pacientes con diagnóstico de parto pretérmino de acuerdo a la edad gestacional según la última clasificación de la OMS, de las cuales la edad gestacional  $\leq 27,6$  semanas pretérmino extremo tuvo una incidencia del 12%, los muy pretérmino de 28 a 31,6 semanas se presentó con un 18%, los pretérmino moderado de 32 a 33,6 se presentaron en 21% y los pretérmino tardíos de 31 a 36,6 su incidencia fue del 49%.

CUADRO N°2, de acuerdo a la clasificación de riesgo obstétrico del cuadro de procedimientos AIEPI 2017 del MSP los resultados evidenciaron que en el análisis de datos realizado a las 302 usuarias con diagnóstico de parto pretérmino el 53% de usuarias presentaron riesgo obstétrico bajo, el 30% riesgo obstétrico alto y el 17 % riesgo obstétrico inminente.

CUADRO N°3, según un estudio retrospectivo, observacional y analítico realizado en 2013 por (Huaroto Palomino K, Paucca Huamanca MA, Polo-Alvarez M, Meza-Leon JN, 2013) la edad materna extrema  $<19$  años

presento una incidencia del 76, 7%, seguido de la infección de vías urinarias y vaginosis bacteriana, es decir jugando un papel importante en el desenlace del parto pretérmino, coincidiendo al comparar los resultados, obtenidos del análisis de datos del estudio que realizamos indicando una incidencia de los diferentes riesgos obstétricos asociados a parto pretérmino, presentes en aquellas gestantes con diagnóstico de parto pretérmino, teniendo una mayor frecuencia la edad materna  $\leq 19$  años con un 27%, la vaginosis bacteriana con un 24%, la infección de vías urinarias con el 12%, la preeclampsia con el 9%, la edad extrema  $\geq 35$  años el 7%, ruptura prematura de membranas con el 4%, el oligoamnios el 3% , el VIH el 3%, la distocia de presentación el 2%, la obesidad el 2% y anemia, RCIU, DPPNI, taquicardia fetal, óbito fetal, condilomatosis y periodo intergenésico corto con un 1%.

CUADRO N°4, según el estudio realizado por (Escobar-Padilla B, Gordillo-Lara LD, Martínez-Puon H, 2017) la alta frecuencia de partos prematuros ocurrió en edades entre 20 a 29 años el 49.70%, teniendo mayor frecuencia en edades menor a 19 y mayor a 40 años con un 59.30%, que al compararlos con los resultados obtenidos del análisis de la edad cronológica de la gestantes con diagnóstico de parto pretérmino indicaron una incidencia alta en las edades entre 20 a 34 años con el 65%, de 15 a 19 años el 28% y el 7% en edades entre los 35 y 40 años de edad, es decir es evidente que hay una estrecha relación entre el rango de edad y el desenlace de parto prematuro.

CUADRO N°5, de acuerdo a la comparación realizada con los resultados del estudio hecho por (Jaime Orozco BayueloGuillermo\*; A costa Osio MD\*\*; Antonio Rojano Tejeda; Gustavo Rhenals D' Andreis, 2016) la nuliparidad presento el 45,7 %, seguido de la multiparidad, concluyendo una estrecha relación con los resultados obtenidos del análisis de los antecedentes gineco-obstétricos de las gestantes con diagnóstico de parto pretérmino del proyecto de investigación que realizamos, teniendo con

mayor porcentaje a la gestante primigestas con el 40%, gestante con antecedente de parto vaginal con un 16%, usuarias con antecedentes de cesárea con el 22%, con antecedentes de aborto con el 13% y multíparas con el 9%. Haciendo referencia que el hecho de ser primigesta independientemente de su edad cronológica, es claramente un riesgo obstétrico para parto pretérmino.

CUADRO N°6, de acuerdo al análisis de los datos obtenidos se puede determinar una mayor incidencia de parto pretérmino en aquellas gestantes con residencia urbana con un 67% en comparación con la residencia rural con el 33%, que al compararlos con el estudio transversal realizado por (Jaime Orozco BayueloGuillermo\*; A costa Osio MD\*\*; Antonio Rojano Tejeda; Gustavo Rhenals D' Andrels, 2016) ya que el 85,7 % residía en el sector urbano y el 14,3 % el área rural, coincidiendo con los resultados obtenidos del proyecto de investigación.

### 4.3 CONCLUSIONES

- El estudio transversal en 2016 realizado por (Jaime Orozco BayueloGuillermo\*; A costa Osio MD\*\*; Antonio Rojano Tejeda; Gustavo Rhenals D' Andrels, 2016) obtuvo el 85,7% de usuarias que residían en el sector urbano y el 14,3% el área rural, en comparación con los resultados obtenidos se puede determinar a través de este estudio que la población con mayor recurrencia de parto pretérmino es la zona urbana de “Babahoyo” con el 67% en comparación con la zona rural (33%), es decir que hay más estudios que coinciden los resultados de acuerdo al área de residencia y el desenlace del parto prematuro, además de las 302 gestantes con diagnóstico de parto pretérmino el 53% presentaron riesgo obstétrico bajo.
- El estudio retrospectivo, observacional y analítico realizado en 2013 por (Huaroto Palomino K, Paucca Huamanca MA, Polo-Alvarez M, Meza-Leon JN, 2013) donde la edad materna extrema <19 años presentó una incidencia del 76,7%, seguido de la infección de vías urinarias y vaginosis bacteriana, es decir jugando un papel

importante en el desenlace del parto pretérmino, coincidiendo al comparar los resultados, se evidenció que uno de los factores de riesgo que más se asocia a parto pretérmino es la edad materna en un 65% y prevaleciendo de igual manera un alto porcentaje de parto pretérmino en aquellas gestantes primigesta (40%).

- Al comparar la edad gestacional de gestantes con diagnóstico de parto pretérmino que obtuvieron una mayor prevalencia del 49% los recién nacidos entre las 31 a 36,6 semanas de gestación, respecto al estudio realizado por (Mendoza Tascón Luis Alfonso, Claros Benítez Diana Isabel, Mendoza Tascón Laura Isabel, Arias Guatibonza Martha Deyfilia, Peñaranda Ospina Claudia Bibiana, 2016) donde determinaron exactamente el mismo resultado presentando el prematuro tardío una incidencia del 84,3%. Hay varios estudios donde coinciden este resultados haciendo énfasis a que se debe a una valoración inadecuada en la programación de las cesáreas o inducciones de parto, o por una fecha de menstruación última incorrecta.

## **4.4 RECOMENDACIONES**

### **LAS RECOMENDACIONES SON DE LA INVESTIGACIÓN**

- Al tratarse de un estudio observacional se analizó una base de datos se debe tener en cuenta los subregistros que pueden llevar al sesgo en la información ya que la base de datos que reposa en estadística es alimentada por la información que contienen las historias clínicas que por ser llenadas a mano la caligrafía juega un papel importante al momento de vaciar la información.
- Se recomienda realizar un estudio comparativo entre el riesgo obstétrico de las adolescentes y las adultas por ser la edad el principal factor de riesgo obstétrico que presentaron las usuarias atendidas con diagnóstico de parto pretérmino.
- Se recomienda realizar un estudio en el primer nivel de atención acerca del nivel de escolaridad de aquellas usuarias que no han asistido o culminado sus estudios en una institución pública para determinar cómo están siendo educadas, ya que es importante observar el nivel de escolaridad el mismo que es un factor de riesgo para parto pretérmino y sobre todo porque la población montubia

como se le designa a la provincia de Los Ríos y al tratarse de un grupo históricamente excluido tiene un índice del 12,9% de analfabetismo.

## **CAPITULO V**

### **5 PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN**

#### **5.1 TÍTULO DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN**

“Elaborar un plan integral de intervención comunitaria y hospitalaria que impulse al personal de salud y estudiantes en formación a realizar educación sanitaria domiciliarias a toda mujer o pareja en edad reproductiva promoviendo la atención, promoción y atención integral de la salud con énfasis en la salud sexual y reproductiva.”

#### **5.2 ANTECEDENTES**

La organización mundial de la salud aspira tener un mundo en el que todas las gestantes y recién nacidos del planeta reciban una atención de calidad durante el embarazo, parto y puerperio, por lo cual ha realizado una amplia gama de sugerencias para optimizar la calidad del cuidado prenatal, con el único propósito de disminuir los decesos neonatales así como las complicaciones que se presenten en el embarazo y que se



convierta a la vez en una experiencia positiva. (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD , 2016)

La atención prenatal constituye una oportunidad decisiva para que los profesionales de la salud brinden información, atención y apoyo a las gestantes, lo cual incluye promover un estilo de vida sano, una buena alimentación, así como la prevención y detección de enfermedades. (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD , 2016)

Con la implementación del nuevo modelo de atención prenatal las evaluaciones maternas y fetales para identificar problemas se incrementan, lo cual mejora la comunicación entre los profesionales de la salud con las embarazadas, el mismo que recomienda a las embarazos un primer control desde las 12 semanas de gestación y contactos posteriores a partir de las 20, 26, 30, 36, 38 y 40 semanas de gestación, (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD , 2016)

Un mayor número de controles prenatales de mejor calidad entre los profesionales de la salud y las embarazos facilitara que adopten medidas preventivas y detecten de manera oportuna riesgos que reducirán las complicaciones que puedan surgir en el embarazo y a la vez abordara las desigualdades en cuanto a materia de salud. (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD , 2016)

Para el ministerio de salud pública la atención de la salud materna y neonatal es una prioridad de salud pública, teniendo como propósito principal la prevención de las complicaciones durante la gestación a través de un diagnóstico oportuno y una atención eficaz. (MSP, 2015)

Una atención de calidad durante el embarazo conlleva a un acecho continuo y eficaz de controles prenatales, ejecutando y reforzando las visitas a domicilio y realizando métodos apegados a los protocolos del

ministerio de salud pública así como la participación de las gestantes y reforzar una óptima coordinación con los diferentes niveles de atención sanitaria. (MSP, 2015)

Sin embargo el solo cumplimiento de estos controles no garantiza una atención de calidad, requiriendo que en cada visita los profesionales de la salud brinden un conjunto de actividades y procedimientos a la embarazada para que reconozca los factores de riesgo y enfermedades que pueden afectar tanto su embarazo como a la salud del neonatal. (MSP, 2015)

Los principales motivos de muertes materna y neonatal son evitables por medio de los controles prenatales precoces y continuo que ayude a la gestante identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico, es así que la organización mundial de la salud refiere que un control prenatal optimo en un embarazo de bajo riesgo comprende un mínimo de cinco chequeos por el personal de profesionales de salud calificado sea este médico u Obstetra. (MSP, 2015)

### **5.3 JUSTIFICACIÓN**

En el proyecto de investigación se evidencio que el parto pretérmino tiene mayor incidencia en zonas urbanas de Babahoyo en comparación con la zona rural, motivo por el cual es fundamental promover estrategias de prevención para con ello reducir el alto índice de mortalidad neonatal a causa de esta patología.

La identificación oportuna de los principales factores de riesgo obstétrico por parte de las mujeres en edad reproductiva contribuirá a evitar desenlaces perinatales adversos, por lo tanto la propuesta busca disminuir el parto prematuro y la muerte neonatal por medio de la elaboración de un proyecto de intervención comunitaria en el Hospital Martín Icaza, el cual recopilará diferentes estrategias del Ministerio de Salud Pública entre las

cuales constan; el plan nacional de reducción acelerada de muerte materna y neonatal, ENIPLA, CONE, norma técnica de educación prenatal, norma y protocolo de planificación familiar, componente normativo y neonatal así como la guía de práctica clínica de parto culturalmente adecuado y para poder cumplir con este objetivo se realizará seminarios educativos y casas abiertas tanto en el servicio de emergencia gineco-obstétrico, consulta externa y maternidad del Hospital General Martín Icaza así como visitas comunitarias para lograr de esta formar impartir información oportuna y veraz.

## **5.4 OBJETIVOS**

### **5.4.1 OBJETIVOS GENERALES**

Fomentar educación materna en las mujeres en edad fértil.

### **5.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Fortalecer las alianzas comunitarias que permitan el seguimiento oportuno del binomio madre e hijo, así como grupos de apoyo para la promoción permanente y sostenida de la salud materna y neonatal.

Socializar los diferentes programas o estrategias que aborden medidas preventivas de reconocimiento oportuno del riesgo obstétrico materno asociado a parto prematuro creadas por el Ministerio de Salud Pública.

## **5.5 ASPECTOS BÁSICOS DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**

### **5.5.1 ESTRUCTURA GENERAL DE LA PROPUESTA**

La propuesta está encaminada en la disminución y previsión del parto prematuro por medio de la identificación de los riesgos obstétricos

relacionados al parto pre-término basado en la elaboración de un proyecto de intervención comunitaria o proyectos de vinculación comunitaria con la recopilación de las diferentes estrategias del ministerio de salud pública como:

- Plan nacional de reducción acelerada de muerte maternal y neonatal.
- ENIPLA
- Norma de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE)
- Norma técnica de educación prenatal
- Norma y protocolo de planificación familiar
- Componente normativo y neonatal
- Guía práctica clínica de parto culturalmente adecuado

Para brindar una educación prenatal a las usuarias y que estas aprendan a identificar los diferentes riesgos obstétricos que las predisponen a desarrollar parto pretérmino y otras enfermedades, que les permita identificar las diferentes sintomatología y acudan inmediatamente al servicio de emergencia gineco-obstétrica más cercano para poder frenar su curso y evitar las posibles complicaciones o desenlaces adversos, con el fin de desarrollar estas estrategias y no quede solo en palabras o documentos, se pretende realizar intervenciones con seminarios dirigidos de acuerdo al nivel de conocimiento a las gestantes o usuarias que acuden al área de emergencia gineco-obstétrica, consulta externa y maternidad (hospitalización) del Hospital General Martin Icaza de Babahoyo.

Ya identificada la población se dará paso a desarrollar las diferentes actividades que se deben aplicar en cada intervención como; seminarios educativos, trípticos o volantes y casas abiertas, las mismas que serán llevadas a cargo de obstetras, internos de obstetricia y estudiantes en formación de la Carrera de Obstetricia de la Universidad Técnica de Babahoyo de una manera continua.

El lugar donde se realizarán las diferentes intervenciones o estrategias educativas será en el servicio de emergencia gineco-obstétrica, consulta externa y maternidad (hospitalización) así como en la comunidad, para de esta manera tener una mayor acogida entre las usuarias que acuden a citas médicas o por alguna sintomatología que las aqueje.

Al final se debe determinar los conocimientos adquiridos de las usuarias mediante pre-test y post-test, los cuales deben tener preguntas claras y específicas para poder comparar los resultados durante la ejecución de la propuesta con los resultados esperados.

### 5.5.2 COMPONENTE

Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstetras</li> <li>• Internos de obstetrician</li> <li>• Estudiantes de obstetricia</li> </ul>		Actividades; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escoger las estrategias y elaborarlas.</li> <li>• Socializar las actividades.</li> <li>• Realizar pre-test y post-test.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo de alcance prioritario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestantes</li> <li>• Mujeres en edad reproductiva</li> </ul>	Actividades; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboración y participación respetuosa y active</li> <li>• Realizar pre-test y post-test.</li> </ul>
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seminarios</li> <li>• Trípticos o volantes</li> <li>• Casas abiertas</li> </ul>		Función; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar a las usuarias información clara y específica sobre riesgo obstétrico materno asociado a parto pre-término.</li> </ul>
Recursos Materiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentos informativos</li> <li>• Marcadores permanentes</li> <li>• Papelotes, volantes y trípticos</li> <li>• Gigantografías</li> </ul>		Función; <ul style="list-style-type: none"> <li>• proporcionar aprendizaje dinámico en el desarrollo de las diferentes actividades</li> </ul>

Recursos Económicos	Autogestión Institucional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionar recursos materiales para la realización de las estrategias.</li> </ul>
---------------------	---------------------------	--

## 5.6 RESULTADOS DE ESPERADOS DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN

### 5.6.1 ALCANCE DE LA ALTERNATIVA

El nacimiento prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal a nivel nacional y mundial, siendo una problemática prioritaria de salud pública por esta razón es de vital importancia erradicar o disminuir esta problemática por medio de la elaboración de proyectos o planes integrales que acojan los diferentes estrategias o proyectos del Ministerio de Salud Pública dirigida a la población en edad reproductiva y gestantes, esperando obtener resultados satisfactorios como;

- Concientizar a las gestantes y mujeres en edad reproductiva que tan importante es la prevención de los diferentes riesgos obstétricos por medio de la planificación familiar, controles obstétricos y prenatales periódicos y continuos, dejando atrás hábitos nocivos para la salud maternal y neonatal ya que solo así se podrá disminuir la tasa de mortalidad y morbilidad neonatal como resultado de un parto prematuro.
- Compartir la propuesta a unidades operativas del Ministerio de Salud Pública de los diferentes niveles de atención y sobre todo a las diferentes escuelas de obstetricia de las 4 universidades del país con la finalidad de hacerle merito a las declaraciones de la OMS donde indica que este es el año del obstetra para así lograr evitar el parto

pre-término asociado a riesgo obstétrico donde la prematurez es la principal causa de mortalidad neonatal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahumada-Barrios, Margarita E., & Alvarado, German F. (July 25, 2016). Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.

AMIR. (2018). *MANUAL AMIR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA*. MADRID: MARBAN PRINTING.

CASTAN, S. (2016). *MANEJO DEL RIESGO OBSTETRICO*. EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA.

Cruz, Zerna-Bravo; Rocío, Fonseca-Tumbaco; Ana María, Viteri-Rojas; Coraima, Zerna-Gavilanes. (2018). Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor. *Revista Ciencia UNEMI*, 134 - 142.

ECURED. (12 de MARZO de 2019). *ECURED*. Obtenido de ECURED: [https://www.ecured.cu/Riesgo\\_obstétrico\\_y\\_perinatal](https://www.ecured.cu/Riesgo_obstétrico_y_perinatal)

Erasmus, H. T. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *REVISTA PERUANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA*, 64( 3 ): 399-404. Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322018000300013&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300013&lng=es). <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104>.

F. Gary Cunningham, K. J. (2015). *Williams Obstetricia*. MEXICO: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.

Gutierrez. (2014). complicaciones maternas y perinatales en mujeres mayores de 35 años de edad.

Huertas Tacchino, Erasmo. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 399-404.

INEC. (AGOSTO de 2018). *INEC- BOLETIN TECNICO DE REGISTRO ESTADISTICO DEFUNCIONES GENERALES*. Obtenido de INEC-BOLETIN TECNICO DE REGISTRO ESTADISTICO DEFUNCIONES GENERALES:  
[https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos\\_y\\_defunciones/](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/)

INEC. (AGOSTO de 2018). *INEC-BOLETIN TECNICO DE REGISTRO ESTADISTICO DEFUNCIONES FETALES*. Obtenido de NEC-BOLETIN TECNICO DE REGISTRO ESTADISTICO DEFUNCIONES FETALES:  
[https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos\\_y\\_defunciones/](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/)

INEC. (AGOSTO de 2018). *INEC-BOLETIN TECNICO DE REGISTRO ESTADISTICO DEFUNCIONES FETALES*. Obtenido de NEC-BOLETIN TECNICO DE REGISTRO ESTADISTICO DEFUNCIONES FETALES:  
[https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos\\_y\\_defunciones/](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/)

INEC. (AGOSTO de 2018). *INEC-BOLETIN TECNICO REGISTRO ESTADISTICO DE NACIDOS VIVOS 2018*. Obtenido de INEC-BOLETIN TECNICO REGISTRO ESTADISTICO DE NACIDOS VIVOS 2018:  
[https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos\\_y\\_defunciones/](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/)



INEC. (2020). *INEC*. Obtenido de INEC:  
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>

LUIS CABERO ROURA. (2013). *TRATADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA*. BUENOS AIRES-MADRID: MEDICA PANAMERICANA.

MSP . (20 de 11 de 2019). *MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR*. Obtenido de MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR:  
[https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/11/GACETA-DE-MNN-SE-40.pdf?fbclid=IwAR3zcfmEgT50d\\_TNNltdF5H7DtUXlp4gjl7o0bNoFIYoT\\_DmUJ-sR254Q](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/11/GACETA-DE-MNN-SE-40.pdf?fbclid=IwAR3zcfmEgT50d_TNNltdF5H7DtUXlp4gjl7o0bNoFIYoT_DmUJ-sR254Q)

MSP. (2015). *MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR- GUIA PRACTICA CLINICA RECIEN NACIDO PREMATURO*. Obtenido de MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR- GUIA PRACTICA CLINICA RECIEN NACIDO PREMATURO:  
<https://www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica-2015/>

MSP. (marzo de 2017). *MINISTERIO DE SALUD PUBLICA*. Obtenido de MINISTERIO DE SALUD PUBLICA: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/04/PLAN-NACIONAL-DE-SS-Y-SR-2017-2021.pdf>

MSP, C. Z.-S. (2015). *MSP, COORDINACION ZONAL 5-SALUD*. Obtenido de MSP, COORDINACION ZONAL 5-SALUD:  
<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/ANEXO%202%20-%20CLASIFICACION%20DE%20RIESGOS%20OBST%20TRICOS.pdf>

OMS. (2016). Factores de Riesgo. Ginebra, España.

OMS. (19 de FEBRERO de 2018). *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD:  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

OMS. (19 de FEBRERO de 2018). *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD:  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Pabon, D. J. (2018). *protocolo clinico*. ESPAÑA: EDITORAL MEDICA MEDBOOK.

Paucar, W. (2011). *OBSTETRICIA CLINICA*. PERU: EDITORES GAVIOTA AZUL.

RODRIGO CIFUENTES. (2013). *OBSTETRICIA DE ALTO RIESGO* . BOGOTA-COLOMBIA: DISTRI.BUNA.

Sucasa, L. . (2012). *Guia Practica Clinica de Parto Pretermino*. Publicaciones Revista Sarda.

WILLIAMS. (2015). *OBSTETRICIA* . MEXICO: MCGRAW-HILL .

ANEXOS

**ANEXO 1: MATRIZ DE CONTINGENCIA**

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL
<p>¿Cuál es el factor de riesgo obstétrico materno asociado a parto pretérmino en gestantes entre 15 a 40 años de edad en el hospital Martin Icaza de Babahoyo, en el área de emergencia en el periodo de Enero a Junio del 2019?.</p>	<p>Determinar el factor de riesgo obstétrico materno asociado a parto pretérmino en gestantes entre 15 a 40 años de edad en el hospital Martin Icaza de Babahoyo, en el área de emergencia en el periodo de Enero a Junio del 2019</p>	<p>A mayor sea el riesgo obstétrico materno, será más frecuente el parto pretérmino, en las gestantes que fueron atendidas en el Hospital General Martin Icaza Babahoyo, los Ríos.</p>
PROBLEMAS DERIVADOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPOTESIS ESPECIFICAS
<p>¿Cuál es la asociación entre el bajo riesgo obstétrico y el parto pretérmino en gestantes entre 15 a 40 años de edad en el hospital Martin Icaza de Babahoyo, en el área de emergencia en el periodo de Enero a Junio del 2019?</p> <p>¿Cuál es la asociación entre el nivel de escolaridad y el riesgo de parto pretérmino en gestantes entre 15 a 40 años de edad en el hospital Martin Icaza de Babahoyo, en el área de emergencia en el periodo de Enero a Junio del 2019?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar la asociación entre bajo riesgo obstétrico y parto pre-término en gestantes entre 15 a 40 años de edad en el hospital Martin Icaza de Babahoyo, en el área de emergencia en el periodo de Enero a Junio del 2019</li> <li>2. Establecer la asociación entre alto riesgo obstétrico y el parto pre-término en gestantes entre 15 a 40 años de edad en el hospital Martin Icaza de Babahoyo, en el área de emergencia en el periodo de Enero a Junio del 2019.</li> <li>3. Detectar la asociación entre riesgo obstétrico inminente y el parto pre-término en gestantes entre 15 a 40 años de edad en el hospital Martin Icaza de Babahoyo, en el área de emergencia en el periodo de Enero a Junio del 2019.</li> </ol>	

## ANEXO 2 CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICOS

### RIESGO 1: BAJO RIESGO

- Condiciones socio-económicas precarias.
- Control deficiente de la gestación: < 3 visitas prenatales.
- Edad materna  $\leq 19$  años o  $\geq 35$  años en el primer embarazo.
- Multiparidad  $\geq$  a tres embarazos.
- Incompatibilidad Rh.
- Infección genito-urinaria recurrente.
- Período intergenésico corto de cicatriz uterina previa. (MSP, 2017)

### RIESGO 2: RIESGO ALTO

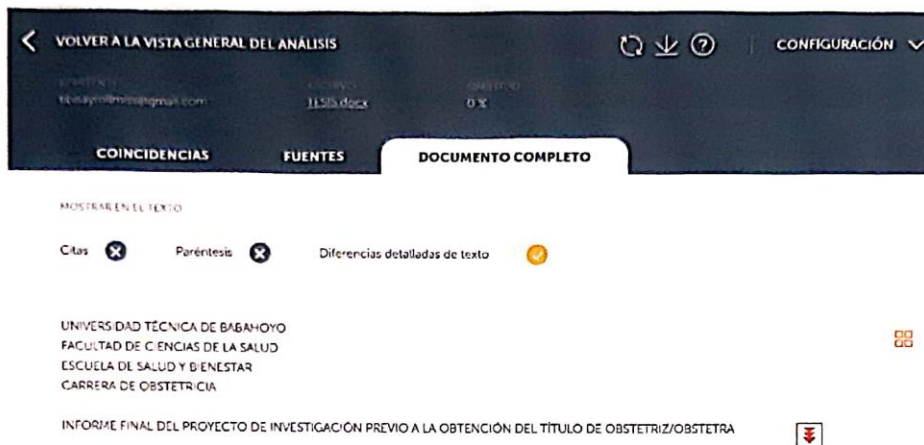
- Desnutrición
- Gestación Múltiple.
- Patologías del líquido amniótico.
- Abortos espontáneos recurrentes.
- Antecedentes de parto pre-termino y difícil.
- CIR
- HIV y HPV.
- Presentación pelviana.
- Corpulencia o adiposidad. (MSP, 2017)

### RIESGO 3 RIESGO INMINENTE

- Glucosuria gestacional.
- DPPNI.
- RPM.
- Pre-eclampsia, eclampsia, síndrome de hellp
- Taquicardia fetal. (MSP, 2017)

## CERTIFICACION URKUND

Certifico que la tesis sobre RIESGO OBSTÉTRICO MATERNO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO, EN GESTANTES ENTRE 15 A 40 AÑOS, HOSPITAL MARTÍN ICAZA, BABAHOYO, LOS RÍOS, ENERO - JUNIO 2019. De autoría de la Srta. NARCISA CARRANZA MACÍAS y Srta. TIBISAY ENCALADA COELLO ha sido sometida al análisis del sistema URKUND y obtuvo un 0% de similitud.



The screenshot displays the URKUND interface with a dark blue header. On the left, there is a back arrow and the text "VOLVER A LA VISTA GENERAL DEL ANALISIS". On the right, there are icons for refresh, download, and help, along with a "CONFIGURACIÓN" dropdown menu. Below the header, three document thumbnails are visible: "11555.docx" (11.55 KB) and "0 X". A navigation bar at the bottom of the header shows three tabs: "COINCIDENCIAS", "FUENTES", and "DOCUMENTO COMPLETO" (which is highlighted). Below the header, the text "MOSTRAR EN EL TEXTO" is followed by three options: "Citas" (with a crossed-out icon), "Paréntesis" (with a crossed-out icon), and "Diferencias detalladas de texto" (with a checked icon). The main content area shows the text: "UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO", "FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD", "ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR", "CARRERA DE OBSTETRICIA", and "INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE OBSTETRIZ/OBSTETRA". There are also small icons for a grid and a list on the right side of the content area.

**DRA. C. ANA MARIA PASOS BAÑO  
TUTORA**

## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Tema:

### DATOS DE AFILIACION:

H.C: .....

EDAD:

Procedencia:

Urbana ( )

Rural( )

Instrucción:

Primaria ( ) secundaria ( ) superior( )

### Antecedentes Gineco – Obstétricos:

Edad Gestacional .....

Numero Hijos .....

Partos .....

Aborto .....

Parto pretérmino en embarazos anteriores: SI( ) NO( )

### Signos y síntomas de amenaza de parto pretérmino:

Dolor abdominal SI ( ) NO( )

#### Actividad Uterina

Contracciones Uterinas SI( ) NO( )

### Valoración Obstétrica:

Modificaciones Cervicales

Cerrado .....

Entreabierto .....

Dilatación .1- 3 centímetros.....

Sin modificaciones cervicales.....

### ¿Factores de Riesgo asociado al parto pretérmino?

Grupo Etario -----

Control Prenatal <3 si ( ) NO( )

Obesidad si ( ) NO( ) otros -----

### ¿Enfermedades Obstétricas asociadas al embarazo?

Hipertensión Gestacional ( )

Diabetes gestacional ( )

Placenta Previa ( ) Otras( )

# ANEXO 3 TRIPTICO

<https://drive.google.com/drive/u/0/recent>

## Día Mundial del Niño Prematuro

El parto prematuro es el que sucede antes de las 37 semanas de embarazo.



**Señales del parto prematuro**

1. Contracciones regulares y frecuentes con o sin dolor.
2. Dolor leve y constante en la espalda baja.
3. Cólicos en el vientre con o sin diarrea.
4. Sensación de que el bebé empuja hacia abajo.
5. Cambios en el flujo vaginal o más flujo de lo usual.

**Romper fuente.**

**Cuidados del bebé prematuro**

1. La lactancia materna debe ser exclusiva.
2. El bebé debe permanecer en contacto con la piel de la madre o el padre.
3. Si pesa menos de 2.5 kg, es mejor no bañarlo, sino limpiarlo con paños húmedos.
4. Evitar el contacto del bebé con personas enfermas. No exponer el bebé a las mascotas.
5. Lavarse las manos antes de tocar al bebé.

Uno de cada 10 niños en el mundo es prematuro.

El parto prematuro es la primera causa de muerte perinatal.

### PARTO PRETERMINO



**PROYECTO DE TITULACIÓN**

**AUTORAS:**  
NARCISA CARRANZA MACÍAS  
TIBISAY ENCALADA COELLO

**TUTORA:**  
ANA MARIA PASOS BAÑO, Obst., M Sc., PhD.

### PARTO PREMATURO

El parto prematuro es el parto que sucede muy temprano, antes de las 37 semanas de embarazo.

Su bebé podría nacer antes de tiempo y tener graves problemas de salud.



**FACTORES NEUROENDOCRINOS**  
Oxitocina - Vasopresina

**FACTORES MECANICALES**  
Distensión  
Receptores de oxitocina  
GAP junctions  
Prostaglandinas

**FACTORES PETALES**  
Estrógenos/progestágenos  
Receptores de oxitocina en amnion y decidua  
Prostaglandinas  
Oxitocina y vasopresina

**FACTORES CERVICALES**  
Estrógenos/progestágenos  
Prostaglandinas  
Relaxina

Reflejo de Ferguson

Presión/manipulación

Colagenasas  
Ácido hialurónico, dermatán-sulfato y condrotín-sulfato  
Agua

### Conozca las señales y los síntomas del parto prematuro:



- Contracciones regulares o frecuentes con o sin dolor
- Dolor leve y constante en la espalda baja
- Cólicos en el vientre con o sin diarrea
- La sensación de que su bebé empuja hacia abajo
- Cambio en su flujo vaginal o más flujo vaginal de lo usual
- Rompe fuente

### Qué puede hacer:

Aunque solo tenga una señal o sintoma del parto prematuro, llame a su profesional de la salud de inmediato.

Cuando vea a su profesional, es posible que le chequee su cuello uterino para ver si el parto ha comenzado.

Si está de parto, su profesional le puede dar tratamiento para ayudar a detenerlo o mejorar la salud de su bebé antes de nacer.



ANEXO N° 4 volante

**DECALOGO PARA EVITAR UN PARTO PREMATURO**

- 1. VISITA Y CONSULTA A TU MEDICO Y A TU MATRONA
- 2. MANTENTE HIDRATADA (2 LITROS DIARIOS) Y UN CUERPO SANO: DIETA SANA Y EJERCICIO.
- 3. ALCANZA UN PESO SALUDABLE, AUMENTANDO LA TALLA RECOMENDADADA (10kg).
- 4. CONSUME ACIDO FOLICO DURANTE EL EMBARAZO
- 5. SI PADECES ALGUNA ENFERMEDAD-DIABETES, LUPUS, HIPERTENSION- COMENTASELO AL MEDICO
- 6. APRENDE CUALES SON LAS SEÑALES DE UN PARTO PREMATURO Y QUE DEBES HACER EN CADA CASO.
- 7. TEN EN CUENTA ANTERIORES PARTOS Y SI SON PREMATUROS.
- 8. EVITA RELACIONES SEXUALES
- 9. EVITA ALCOHOL, TABACO Y DOGRAS ILLICTAS ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO.
- 10. INTENTA REDUCIR EL ESTRÉS. DESCANSA, DUERME 8 HORAS DIARIAS Y RELAJATE.

TECNOLOGIA PREVENIDA

Illustration of a pregnant woman in a purple dress.

INDICE DE CUADROS

CUADRO N° 1



Incidencia de usuarias embarazadas que presentaron parto pretérmino de acuerdo a su edad gestacional en el Hospital General Martín Icaza Babahoyo, durante el periodo de Enero a Junio 2019.

## **CUADRO N° 2**

Total de usuarias embarazadas que presentaron riesgo obstétrico relacionado a parto pretérmino que recibieron atención en el Hospital General Martín Icaza Babahoyo, durante el periodo de enero a junio 2019.

## **CUADRO N°3**

Incidencia de los diferentes riesgos obstétricos asociados a parto pretérmino, presentes en aquellas gestantes con diagnóstico de trabajo de parto prematuro que recibieron atención en la emergencia de gineco-obstetricia del Hospital General Martín Icaza Babahoyo, en el periodo de estudio Enero a Junio 2019.

## **CUADRO N°4**

Incidencia de la edad cronológica en la asociación a parto pretérmino en aquellas usuarias con diagnóstico de trabajo de parto pretérmino que recibieron atención en el Hospital General Martín Icaza Babahoyo, durante el periodo de estudio de enero a junio 2019.

## **CUADRO N°5**

Total de pacientes con diagnóstico de parto pre-término de acuerdo a sus antecedentes gineco-obstétricos que recibieron atención en el Hospital General Martín Icaza Babahoyo, durante el periodo de Enero a Junio 2019

## **CUADRO N°6**

Global de pacientes que presentaron parto pretérmino de acuerdo a su lugar de residencia que fueron atendidas en el Hospital General Martín Icaza Babahoyo, durante el periodo de Enero a Junio 2019.