



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, EN EL PERIODO COMPRENDIDO  
ENTRE EL 1 DE ENERO DEL 2010 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO Y MÉDICA**

**AUTORES:**

FABIÁN PATRICIO BALLADARES TAPIA  
VALERIA DE LOS ÁNGELES CHACÓN JARAMA

**DIRECTORA:**

DRA. CUMANDA PATRICIA ABRIL MATUTE

**ASESOR:**

DR. JORGE VICTORIANO MEJIA CHICAIZA

**CUENCA – ECUADOR**

**2016**



## RESUMEN

**ANTECEDENTES:** El parto pretérmino es un problema de salud pública frecuente. Según la Organización Mundial de la Salud ocurre entre un 5 – 10 % de embarazos (1). Trayendo consigo altos índices de morbilidad: niños que sufren de algún tipo de discapacidad de por vida, y mortalidad materno fetal especialmente en niños menores de 1.000 gramos, en los cuales su mortalidad llega al 90 %. (2)

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia y factores de riesgo del parto pretérmino en pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo comprendido entre 2010 y 2014.

**DISEÑO METODOLÓGICO:** El presente estudio fue de tipo transversal, retrospectivo. El universo estudiado fueron 301 casos de parto pretérmino en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el período comprendido entre el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014. Los datos fueron recolectados en un formulario, su posterior análisis se realizó con Excel 2010 y SPSS 20.

**RESULTADOS:** Se obtuvieron 301 casos, el 38,5 % de casos las pacientes entre los 21 a 28 años. Los partos prematuros moderados a tardíos fueron los más frecuentes 67.4 %. En cuanto a los factores de riesgo estudiados, un 33,2% de pacientes presentaron anemia, 39,5 % presentaron infección del tracto urinario y un 12,6 % presentaron vaginosis bacteriana durante su gestación.

**PALABRAS CLAVE:** PARTO PRETERMINO, FACTOR DE RIESGO, PREVALENCIA.



## ABSTRACT

**BACKGROUND:** Preterm birth is a frequent public health problem. According to the World's Health Organization, it occurs in 5-10% of pregnancies, (1) bringing along high morbidity indexes, children suffering some type of long-term disability, and maternal and fetal mortality, especially in children under 1000g, whose mortality reaches up to 90%. (2)

**OBJECTIVE:** To determine preterm birth prevalence and risk factors of patients attended in the Gynecology and Obstetrician area of Hospital Vicente Corral Moscoso during the period between 2010 and 2014.

**METHODS:** This was a descriptive and retrospective study. There were 301 cases were preterm birth cases in the Gynecology and Obstetrician area of Hospital Vicente Corral Moscoso, during January 1, 2010 until December 31, 2014. The data were collected using a form, and the analysis was made using Excel 2010 and SPSS 20.

**RESULTS:** 301 cases were obtained, 38, 5% of those cases were from women of ages 21 to 28 years. Moderate to late premature births were the most frequent, 67, 4% of cases. Regarding the risk factors studied, 33, 2% of patients had anemia, 39, 5% had urinary tract infection and 12, 6% had bacterial vaginosis during their pregnancy.

**KEYWORDS:** PRETERM DELIVERY, RISK FACTOR, PREVALENCE.



## INDICE

RWSUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
CAPITULO I.....	13
1.1 INTRODUCCIÓN.....	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	16
CAPITULO II.....	17
2. FUNDAMENTO TEORICO.....	17
2.1.1 DEFINICIÓN.....	17
2.1.2 EPIDEMIOLOGIA.....	17
2.1.3 PRINCIPALES FACTORES CAUSALES.....	18
2.1.4 FISIOPATOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO.....	21
2.1.5 CLINICA DEL PARTO PRETERMINO.....	22
2.1.6 CLASIFICACIÓN DE LOS NACIMIENTOS PRETÉRMINOS.....	22
2.1.7 DIAGNOSTICO.....	23
2.1.8 TRATAMIENTO:.....	25
CAPITULO III.....	27
3 OBJETIVOS.....	27
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
CAPITULO IV.....	28
4 DISEÑO METODOLÓGICO.....	28
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	28
4.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	28
4.3 UNIVERSO.....	28
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	28
4.5 VARIABLES.....	29
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	29
MÉTODO.....	29
4.7 PROCEDIMIENTOS.....	29



4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	30
4.9 ASPECTOS ÉTICOS .....	30
CAPITULO V .....	31
5. RESULTADOS .....	31
CAPITULO VI.....	43
6. DISCUSIÓN .....	43
7. CONCLUSIONES .....	45
CAPITULO VIII.....	46
8. RECOMENDACIONES .....	46
CAPITULO IX.....	47
9. BIBLIOGRAFIA.....	47
9.2 BIBLIOGRAFIA GENERAL .....	52
CAPITULO X.....	53
10. ANEXOS .....	53
10.1 ANEXO 1.....	53
10.2 ANEXO 2: .....	56



### CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL.

Yo Valeria de los Ángeles Chacón Jarama , autora de la tesis “PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE ENERO DEL 2010 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 25 de julio del 2016.

Srta. Valeria de los Ángeles Chacón Jarama

CI: 0105295257



## CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL.

Yo Fabián Patricio Balladares Tapia, autor de la tesis “PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE ENERO DEL 2010 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 25 de julio del 2016.

**Sr. Fabián Patricio Balladares Tapia**

**CI: 0105776793**



## CLAÚSULA DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, Valeria de los Ángeles Chacón Jarama con C.I: 0105295257, autora del trabajo de investigación titulado PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE ENERO DEL 2010 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014.; reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al artículo 5, literal C de su Reglamento de Propiedad intelectual; de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 25 de julio del 2016

**Srta. Valeria de los Ángeles Chacón Jarama**

**CI: 0105295257**





## CLAÚSULA DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, Fabián Patricio Balladares Tapia con C.I: 0105776793, autor del trabajo de investigación titulado PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE ENERO DEL 2010 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014.; reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al artículo 5, literal C de su Reglamento de Propiedad intelectual; de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 25 de julio del 2016

**Sr. Fabián Patricio Balladares Tapia**

**CI: 0105776793**



## DEDICATORIA

Dedico con mucho cariño este trabajo a mi madre y tía, quienes me han apoyado en este camino, han sido mi motivación y mi ejemplo, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba. Y a todas mis amigas que de una u otra forma, estuvieron conmigo, compartiendo conmigo los mejores y peores momentos.

**Valeria Chacón J.**



## DEDICATORIA

Quiero dedicar el presente trabajo a mis padres quien con su apoyo y cariño desinteresado sembraron en mi las bases de responsabilidad y deseos de superación, así como también a mis hermanos quienes de una u otra forma contribuyeron a que todo esto sea posible y de manera muy especial a mi abuelo que a pesar de no encontrarse hoy en día conmigo fue y será alguien que marco mi vida, enseñándome a no rendirme jamás, todo esto es por ti abuelo querido

**Fabián Balladares T.**



## AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento primeramente a Dios por bendecirnos para llegar hasta donde hemos llegado, porque hizo realidad este sueño anhelado. Son muchas las personas que han formado parte de nuestras vidas, algunas están aquí y otras en recuerdos y en nuestros corazones a las que nos encantaría agradecerles, en especial a cada una de nuestras familias por sus consejos y compañía en los momentos más difíciles de la vida. Este logro es un reflejo de su apoyo.

A nuestra directora Dra. Cumanda Abril y nuestro asesor el Dr. Jorge Mejía por brindarnos su tiempo y paciencia ya que con su guía, enseñanza y apoyo se hizo posible la elaboración de éste proyecto.

De igual forma nuestro reconocimiento a las autoridades del Hospital Vicente Corral Moscoso por permitirnos y darnos las facilidades en la recolección de la información.

**Los autores.**



## CAPITULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino ha sido considerado un reto para los profesionales de la salud, *“evidenciándose el incremento en su incidencia; antes de los años 60 se consideraba poco probable la supervivencia de un feto menor de 28 semanas. Sin embargo existen datos de sobrevivencia de niños menores de 1.000 g, a pesar de esto la mortalidad para ese grupo etario era muy alta llegando a valores de hasta el 90%”*.(2) Gracias al avance tecnológico y al cuidado de los pretérmino se ha logrado un aumento notable y gradual en la sobrevivencia de niños, llegando a tener un límite de viabilidad aceptada en la mayor parte de los países de 24 semanas. Se ha demostrado que la administración de ciertos corticosteroides a las mujeres que tienen riesgo de parto prematuro reduce considerablemente los riesgos de complicaciones relacionadas con la prematuridad, en una revisión Cochrane que se actualizó en 2006, con la inclusión de 21 estudios, los beneficios estaban presentes cuando el tratamiento se iniciaba entre las 26 y las 35 semanas de gestación y en los niños que nacían entre 1 y 7 días después de haber comenzado el tratamiento (3).

El parto pretérmino se ha definido como el parto que sucede antes de 37 semanas de gestación. Por esto, los esfuerzos médicos se han centrado en mejorar las consecuencias de la prematuridad en lugar de prevenir su ocurrencia; lo cual mejoró los resultados neonatales, pero sigue siendo un problema de salud. (4)

En cuanto a la epidemiología: *“En el año 2005, existieron 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6 % de todos los nacimientos en todo el mundo. Como referencia a nivel de nuestro país, más puntualmente de nuestra ciudad en un estudio realizado en la fundación Pablo Jaramillo de Cuenca indica que la edad gestacional fue 32.6 semanas. En contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (mueren por no haber recibido cuidados sencillos, eficaces y poco onerosos, como aportar al recién nacido calor suficiente). En los países de ingresos altos, prácticamente la totalidad de estos bebés sobrevive. (5)*



El parto pretérmino es una entidad relacionada con factores de riesgo, así investigaciones recientes sugieren una alteración en la funcionalidad de los receptores de progesterona de la normal forma activa a una forma inactiva, promoviendo un incremento de la contractilidad uterina y de algunas sustancias inflamatorias que se liberan durante el período previo al inicio del trabajo de parto, bloqueando la función de la progesterona y provocando así el parto pretérmino. (2)

El presente estudio, trata de determinar la prevalencia y factores de riesgo del parto pretérmino; y así dar a conocer medidas preventivas con la finalidad de disminuir la incidencia de la morbilidad y mortalidad asociado a este problema.



## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Alrededor del mundo cada año se producen aproximadamente 15 millones de nacimientos antes de llegar a término, es decir, más de 1 en 10 nacimientos. Consecuentemente a esto *“más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones durante el parto. Y muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje, problemas visuales y auditivos”*.

Si bien más del 60% de los nacimientos pretérmino se producen en África y Asia meridional, se trata de un verdadero problema mundial. En los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos.

En casi todos los países que disponen de datos fiables se ha evidenciado un aumento en la tasa de partos pretérmino. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el índice en el Ecuador de partos pretérmino es de 5,1, es decir, 5,1 niños por cada 100 nacen antes de los nueve meses de gestación. (2)

En la ciudad de Cuenca, y en si en el Hospital Vicente Corral Moscoso, no existen datos actuales de este problema, de manera que no es posible evidenciar de forma precisa sus características clínicas correspondientes.

Debido a que no existen los conocimientos necesarios, esto conlleva a su vez a una falta de medidas de prevención, y un actuar eficaz sobre las mismas, para que así se pueda reducir el número de partos pretérmino y con esto la morbilidad y mortalidad de niños y niñas.



### 1.3 JUSTIFICACIÓN

Al no contar con datos actuales sobre este tema se pretende establecer un adecuado conocimiento acerca de los partos pretérmino en el Hospital “Vicente Corral Moscoso”, por lo mismo se determina y analiza las características clínicas de los partos pretérmino, el conocimiento de las mismas, permitirá establecer conductas e intervenciones de tipo preventivo que permitirán disminuir el nacimiento pretérmino, su recurrencia y la morbilidad y mortalidad asociada, que se ha visto en aumento.

Debido a que presentan un alto índice de morbilidad y mortalidad alrededor del todo el mundo, consideramos de gran importancia una adecuada identificación y análisis de este problema, que lleve a una concientización de autoridades y profesionales del área de salud para que así se pueda establecer políticas de promoción, prevención mediante la información obtenida del hospital.

Los datos que se obtengan podrán contribuir al ámbito académico, brindando información de frecuencia y los factores de riesgo asociados, además, se pretende crear información que sirva de base para futuras investigaciones.

Por lo anterior, consideramos importante conocer ¿Cuál es la prevalencia y factores de riesgo del parto pretérmino en nuestro medio?





## CAPITULO II

### 2. FUNDAMENTO TEORICO

#### 2.1 PARTO PRETERMINO.

##### 2.1.1 DEFINICIÓN

El parto pretérmino más que un problema o trastorno constituye un verdadero síndrome, es decir, un conjunto de signos y síntomas, cuyas etiologías son diferentes. La etiopatogenia del parto pretérmino es variada, ya que un sin número de factores se encuentran involucrados en la génesis de este síndrome.

Un parto se considera como pretérmino cuando se presenta antes de las 37 semanas de gestación. Cabe recordar que normalmente el embarazo dura 40 semanas.

Debemos diferenciar del trabajo de parto pretérmino, considerada *como la "presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22 hasta las 36.6 semanas de gestación"* (6).

##### 2.1.2 EPIDEMIOLOGIA

Basándonos en la una publicación: *"Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas"*. Tenemos que:

*"En el año 2005, 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6 % de todos los nacimientos en todo el mundo. Alrededor de 11 millones (85 %) de ellos, se concentraron en África y Asia, en Europa y América del Norte (sin contar con México) se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las mayores cifras de prematuridad fueron en África y América del Norte (11,9 % y 10,6 % de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2 %)"* (5). Que sirvió para más estudios que demuestran cifras por país: teniendo una cifra global de nacimientos pretérmino en 15 millones y el rango de tasas de nacimientos pretérmino en el mundo es 5 % (7).



Los países con el mayor número de nacimientos prematuros son India 3.519.100, China 1.172.300, Nigeria 773.600, Pakistán 748.100, Indonesia 675.700, Estados Unidos 517.400, Bangladesh 424.100, Filipinas 348.900, República Democrática del Congo 341.400 y Brasil 279.300.

Como referencia de un país latinoamericano tenemos que en Colombia, Hospital Universitario San Vicente de Paúl de la ciudad de Medellín, tenemos una frecuencia de prematuridad del 10.6% y edades gestacionales entre 28 y 36 semanas. En Ecuador hay datos sobre dicha patología así en el Hospital Ginecoobstétrico “Enrique C. Sotomayor” de la ciudad de Guayaquil, se evidenció en el periodo 2012 – 2013, que un 73% de parto pretérmino estuvieron comprendidos entre los 18 y 19 años de edad, el 62% de las pacientes cursaban entre las semanas 33-34 en el momento del estudio (6). Otro estudio realizado en la fundación Pablo Jaramillo de Cuenca indica que la edad estuvo entre los 20 y 30 años, mientras que la edad gestacional fue 32.6 semanas (8).

El nacimiento prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal en el mundo y la segunda causa de muerte entre los niños menores de cinco años, después de la neumonía (5).

### **2.1.3 PRINCIPALES FACTORES CAUSALES**

De acuerdo a datos encontrados, se ha podido dilucidar que el parto pretérmino se da por, una suma de varios factores o causas; entre los que enumeramos:

#### **a) Factores psico-sociales**

Que pueden pasar desapercibidos sin evidenciar su real magnitud e importancia.

Es de suma importancia la evaluación del aspecto socioeconómico y la desigualdad social así como, el tipo de ocupación de la paciente su grado de esfuerzo físico, la presión laboral, estrés discriminación racial y sexual ya que se hallan estrechamente relacionados con el parto pretérmino.

Dentro de los factores psico-sociales que influyen altamente es la calidad y cantidad de controles prenatales.



En cuanto al nivel socioeconómico la alimentación deficiente o incluso el consumo de alimentos contaminados y el consumo de tóxicos tales han demostrado estar asociados a la aparición del parto pretérmino.

Ahora bien y como en muchas otras patologías el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas también se hallan involucrados en el desarrollo del parto pretérmino.

### **b) Condiciones Maternas**

**Edad y raza:** Según estadísticas de EEUU se habla que la raza negra tiene una incidencia de parto pretérmino de entre el 16 al 18% comparado con las madres de raza blanca que tienen una incidencia del 7 al 9%.

En cuanto a la edad hay más prevalencia de partos pretérmino en mujeres menores de 17 años al igual que en mayores de 35 años.

**Pretérmino anterior:** Es uno de los factores más importantes. El riesgo de recurrencia de parto pretérmino es de 15 al 50 % dependiendo del número y la edad gestacional de los partos pretérmino anteriores. Se dice que las gestantes con una historia de parto pretérmino tienen un riesgo de parto pretérmino en una nueva gestación del 15%. Si existen 2 antecedentes, el riesgo es del 41 % y si hay 3 antecedentes, del 67% (9)

**Infecciones:** Es una condición materna altamente relacionada ya sea extrauterina o intrauterina.

Se ha relacionado a la corioamionitis clínica que produce una complicación de cerca del 1 al 5 % de los embarazos a término y aumenta hasta un 25 % de los partos pretérmino.

También se habla que la bacteriuria asintomática y la infección urinaria son junto con la ruptura prematura de membranas entidades muy frecuentes y un verdadero factor de riesgo en la aparición del parto pretérmino (10).

**Preeclampsia:** Se ha considerado como una causa de una parte considerable de nacimientos pretérmino (11).



**Enfermedad periodontal:** las pacientes gestantes y que concomitantemente presenta enfermedad periodontal tienen una elevada probabilidad de tener un parto pretérmino, se habla que la probabilidad aumenta hasta en 7 veces. “En recientes investigaciones se han podido encontrar *niveles séricos elevados de PGE2, IL-1 $\beta$  y TNF alfa en embarazadas con enfermedad periodontal*”; lo que ha sido ligado muy estrechamente con la génesis del parto pretérmino (12).

**Obesidad:** Se ha visto una asociación entre el peso preconcepcional y un parto pretérmino, tomando en consideración a la obesidad, para esto se efectuó estudio observacional de cohorte que nos demuestra una asociación entre el IMC pre-embarazo de mujeres de Suecia, cuyos resultados fueron: *“la tasa global de parto prematuro (<36 semanas) fue 5,03, así en comparación con mujeres de peso normal, el riesgo de parto prematuro aumenta a mayor IMC”* (13).

**Anemia:** las embarazadas con anemia tienen más probabilidades de complicaciones durante el embarazo: *“Perinatales, amenaza de aborto, rotura prematura de membranas, trabajo de parto prematuro y oligohidramnios”*. La fisiopatología de porque la anemia en el embarazo produce una disminución del volumen plasmático materno, lo que trae consigo una disminución del riego sanguíneo y esto a su vez provoca una función placentaria inadecuada. *“La importancia de una adecuada expansión del volumen plasmático parece estar relacionada con una disminución de la viscosidad de la sangre para una mejor irrigación placentaria”*. Estudios indican que pacientes con hemoglobina menor de 6 g/dl tenía una alta asociación con parto pretérmino (14).

**c) Patologías placentarias:** Como el desprendimiento prematuro de placentas en embarazos sin patologías materno-fetales y con manifestaciones de asfixia aguda o shock fetal.

**d) Patología del cordón umbilical y membranas ovulares:** ya sea polihidramnios u oligohidramnios también han demostrado una fuerte asociación con el parto pretérmino (10).



#### 2.1.4 FISIOPATOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO

La progesterona es una hormona que favorece la quietud de las fibras musculares uterinas, inhibe la madurez cervical y disminuye la producción de citoquinas, que se piensa es la clave para la activación de la decidua. Los estrógenos ejercen el efecto contrario. Poco antes del inicio de trabajo de parto, el aumento de los estrógenos producidos por la placenta activan una cascada de eventos que incluyen contracciones uterinas de gran amplitud y regularidad, madurez del cérvix, activación de la decidua y las membranas fetales. Los estrógenos aumentan la expresión de la oxitocina, receptores de prostaglandinas y proteínas asociadas a las contracciones uterinas. Todos estos cambios promueven la contractilidad uterina. Investigaciones recientes sugieren una alteración en la funcionalidad de los receptores de progesterona de la normal forma activa a una forma inactiva, promoviendo un incremento de la contractilidad uterina y de algunas sustancias inflamatorias que se liberan durante el período previo al inicio del trabajo de parto, bloqueando la función de la progesterona. La síntesis de estrógenos por la placenta está dada, en parte, por el feto, que le aporta como precursor los andrógenos adrenales. Se necesita que el eje hipotálamo-hipófisis adrenal fetal esté funcionando para que pueda dársele precursores de estrógenos a la placenta. La hormona que mantiene la actividad del eje es la hormona liberadora de corticotropina (HLC o CRH por su sigla en inglés) de origen placentario.

La HLC es un neuropéptido de origen hipotalámico, pero también se expresa en la placenta y en las membranas, y se libera aumentándose a medida que transcurre la gestación de una manera exponencial tanto del lado materno como del fetal. Los niveles de HLC se correlacionan con la duración de la edad gestacional. La HLC se comporta como el “reloj placentario” determinante de gestaciones cortas o largas. Así mismo, promueve la producción de cortisol fetal y andrógenos, y estos a su vez estimulan la producción de HLC de origen placentario.

Los cambios cervicales, de la decidua y de las membranas fetales son consecuencia de prostaglandinas, estrógenos, progesterona y citoquinas inflamatorias que promueven el metabolismo de la matriz extracelular y maduran el cérvix. El parto a



término se origina por activación de mecanismos nombrados de una manera fisiológica, mientras el pretérmino necesita mucha más estimulación, especialmente cuando ocurre antes de las 32 semanas, dada principalmente por sustancias inflamatorias (2).

### **2.1.5 CLINICA DEL PARTO PRETERMINO**

Así la parte clínica es muy inespecífica, y la exploración clínica del cérvix es subjetiva.

Dentro de los síntomas y signos que podemos encontrar en la amenaza o en el parto pretérmino tenemos:

- Sangrados, secreciones y dolor abdominal de tipo cólico.
- Contracciones o sensación de presión en ingle o muslos.
- Más de cinco contracciones por hora o contracciones que son regulares y dolorosas que se vuelven prolongadas (15).

### **2.1.6 CLASIFICACIÓN DE LOS NACIMIENTOS PRETÉRMINOS**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los partos y por ende los niños pretérmino se pueden clasificar en base con su edad gestacional en:

- *“Prematuro general: < 37 semanas.*
- *Prematuro tardío: de la semana 34 con 0/7 días a la semana 36 con 6/7 días.*
- *Muy prematuro: aquellos nacidos antes de las 32 semanas.*
- *Extremadamente prematuro: menores de 28 semanas” (2).*

Según el componente normativo neonatal se clasifica a un recién nacido prematuro en:

- *“RN Prematuro leve: Recién nacido con edad gestacional de 35 – 36 semanas, 6 días”.*



- “RN Prematuro moderado: Recién nacido con edad gestacional de 32 – 34 semanas, 6 días”.
- “RN Prematuro grave: Recién nacido con edad gestacional menor a 32 semanas” (16).

### 2.1.7 DIAGNOSTICO

Para el mismo se requiere de la valoración integral, procurando en todo momento el bienestar fetal.

#### Evaluación clínica

A través de:

- Historia clínica: anamnesis y examen físico detallado de la paciente. (14), dando énfasis en:

-Antecedentes personales y antecedentes obstétricos: como factores de riesgo, antes nombrados (17)

-Examen obstétrico: auscultación fetal, altura de fondo uterino mediante los cuales aseguraremos un correcto bienestar y control fetal.

-Examen genital completo: especuloscopia para visualizar el cuello uterino y la presencia o no de líquido amniótico (18).

“Otros Exámenes complementarios: Biometría Hemática, EMO / Urocultivo, examen de tinción de Gram y fresco de secreción vaginal, Ecografía obstétrica, Monitoreo fetal electrónico” y cervicometria (16).

Acerca de la cervicometria tenemos:

La cervicometria es una exploración ecográfica generalmente transvaginal del cérvix permite una valoración más completa del cérvix ya que valora también la



porción interna del canal cuando el orificio externo está cerrado. La modificación cervical en una paciente sintomática comienza con un borramiento desde el orificio cervical interno hacia el externo. Una longitud cervical  $< 25$  mm se asocia con un riesgo relativo de parto prematuro. Por tanto un canal cervical menor de 25 mm en presencia de contracciones uterinas establece el diagnóstico de amenaza de parto prematuro. Cuando la longitud cervical es mayor la probabilidad de amenaza de parto prematuro es muy baja independientemente de la frecuencia de las contracciones (19).

### **Criterios diagnósticos del trabajo de parto pretérmino**

Se toma en cuenta tres elementos, los cuales nos ayudaran y guiaran a establecer un diagnóstico a continuación los nombramos:

- **Edad gestacional:**

*“Entre las 22 semanas y las 36 semanas con 6 días de amenorrea”*. Si la madre no recuerda la fecha de la última menstruación, el tamaño y la madurez fetal son signos importantes para llegar a un correcto diagnóstico de edad gestacional: la ecografía, que mientras más temprana se la realice, menos porcentaje de error presenta.

- **Características de las contracciones uterinas :**

Así se considera un parámetro de trabajo de parto: “cuatro contracciones en 20 minutos, u ocho en 60 minutos”.

- **Estado del cuello uterino:**

Se evalúan cambios del cérvix en relación al último examen vaginal: se recomienda que lo efectuó la misma persona. Observándose: “Borramiento, dilatación, posición del cuello uterino y estado de las membranas ovulares (20).

### **Marcadores bioquímicos:**

*Alfa-fetoproteína sérica: “es una glicoproteína que tiene su origen en la membrana coriónica, que colabora con la adhesión hacia la decidua materna” (17).*





### 2.1.8 TRATAMIENTO:

Es de vital importancia para lograr reducir la morbilidad y mortalidad, si se brinda un tratamiento adecuado mediante la prevención lograremos que la supervivencia en los fetos se incremente, y el número de enfermedades asociadas a esta patología disminuya.

#### - **Prevención Primaria:**

Se tiene que realizarse en la totalidad de la población gestante: la meta es disminuir el parto pretérmino mediante la identificación de factores de riesgo y la realización de controles prenatales, y educación adecuada (21).

#### - **Prevención Secundaria:**

En la población de alto riesgo, se permite actuar sobre los factores de riesgo conocidos. Las concentraciones de progesterona son capaces de contrarrestar la actividad estimuladora de la prostaglandina así como las propiedades de la oxitocina, optimizando la actividad de los  $\beta$ -agonistas.

Por lo tanto *“la progesterona se usa para tocólisis aguda y disminuir los efectos adversos de los fármacos tocolíticos, o como un agente preventivo en pacientes con riesgo alto de parto prematuro”* (22).

#### - **Prevención Terciaria**

Se basa en el tratamiento de la amenaza de parto pretérmino y radica en reposo, tocolíticos y uso de tratamiento para logara la maduración pulmonar del feto (21).

### **Los tocolíticos:**

#### **Bloqueadores de los Canales de Calcio:**

*“Tienen una acción mediante el bloqueo del flujo transmembrana de los iones de calcio”*. Estos canales se cuentan en varias partes del organismo, incluyendo el útero. El fármaco más empleado es el nifedipino, cabe descartar que no posea aprobación de Agencia de Alimentos y Medicamentos FDA (23).



### **Maduración Pulmonar:**

*“Todos los fetos entre 24 y 34 semanas de edad gestacional en riesgo de parto prematuro deben ser considerados candidatos para el tratamiento prenatal con corticoides” (21).*

Los esquemas que pueden utilizarse son:

*-“Betametasona 12 mg I.M cada 24 horas por 2 dosis  
Dexametasona 6 mg I.M cada 12 horas por 4 dosis” (16).*

*“El beneficio óptimo se obtiene entre 24 horas y 7 días después de la administración de corticoides”.*

“La revisión sistemática realizada por la base de datos Cochrane<sup>13</sup>, que incluyó 21 estudios (3.885 mujeres y 4.269 neonatos), muestra que el tratamiento con corticosteroides prenatales no aumenta el riesgo de muerte, y de otras patologías de la madre” (21).



## **CAPITULO III**

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia del parto pretérmino y la relación con factores de riesgo asociados, en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca durante el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar la población de acuerdo a: edad, lugar de residencia, instrucción, estado civil, paridad, controles prenatales y antecedentes de parto pretérmino.
- Establecer la relación entre el parto pretérmino y factores de riesgo asociados como antecedentes de parto pretérmino, vaginosis bacteriana, anemia e ITU.



## **CAPITULO IV**

### **4 DISEÑO METODOLÓGICO.**

#### **4.1 TIPO DE ESTUDIO**

El estudio fue de tipo transversal, el mismo, que nos permitió conocer las características clínicas del parto pretérmino, en nuestro medio en el periodo establecido.

#### **4.2 ÁREA DE ESTUDIO**

Este se efectuó en el Hospital Vicente Corral Moscoso, en la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, el cual es un hospital de tercer nivel de atención.

#### **4.3 UNIVERSO**

El universo de la presente investigación fue conformado por 301 historias clínicas, de pacientes que presentaron parto pretérmino, en las áreas de ginecología y obstetricia, durante el periodo comprendido entre 2010 al 2014.

#### **4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

- Inclusión:

Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de parto preterminó en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo comprendido entre 2010 al 2014.

- Exclusión:

Historias clínicas incompletas y/o con datos de difícil comprensión.



## 4.5 VARIABLES

1. Parto pretérmino
2. Edad
3. Residencia
4. Instrucción
5. Estado civil
6. Paridad
7. Controles prenatales
8. Antecedente de parto pretérmino
9. Enfermedades durante el embarazo en estudio

**4.5.1 Operacionalización de las variables.** (Anexo 1).

## 4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

### MÉTODO

Observacional.

### TÉCNICA

Se accedió a las historias clínicas de las pacientes que presentaron parto pretérmino.

### INSTRUMENTO

Se procedió al llenado del formulario para la recolección de datos adjunto como Anexo 2.

## 4.7 PROCEDIMIENTOS

**AUTORIZACIÓN:** Se presentó la solicitud al director del Hospital Vicente Corral Moscoso, solicitando la autorización para la revisión de información contenida en historias clínicas de las mujeres que presentaron parto pretérmino durante el período del 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014.



**CAPACITACIÓN:** Se consultó a médicos expertos sobre el tema y se revisó de la bibliografía correspondiente. Además de capacitación en el manejo de los programas estadísticos a utilizar.

Durante el proceso de realización del estudio, se presentaron continuamente los avances que se tuvieron y se pidió las recomendaciones pertinentes.

Según lo planteado en el estudio se diseñó un formulario, en el cual se recogió de forma concreta de las variables a estudiarse. Para no incurrir en errores durante la interpretación y recolección de los datos, los investigadores revisaron previamente los documentos junto con el asesor de tesis.

**SUPERVISIÓN:** Estuvo a cargo de la Doctora Cumanda Abril y Doctor Jorge Mejía.

#### **4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

Los datos recogidos fueron introducidos en la base de datos Excel 2010 y SPSS 20, para su análisis la información fue resumida y presentada en tablas y gráficos, para la realización de las tablas se manejó el programa informático SPSS 20 y Microsoft Excel 2010. Luego serán analizados utilizando estadísticas de frecuencia y porcentajes acompañados de su adecuada conclusión.

#### **4.9 ASPECTOS ÉTICOS**

Con el objetivo de brindar protección a la privacidad de los pacientes, se mantendrá en absoluta confidencialidad de los datos obtenidos. Los formularios de recolección de información, fueron codificados para la manipulación de la información, la misma que solo podrá ser usada por el autor y asesor de la tesis.

**CAPITULO V****5. RESULTADOS****Tabla 1**

Prevalencia de paro pretérmino en el periodo 2010-2014, en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2016

<b># TOTAL DE PARTOS Y ENTRE EL 2010-2014</b>	<b># DE PARTOS PRETÉRMINO ENTRE EL 2010-2014</b>	<b>PREVALENCIA DE PARTOS PRETÉRMINO</b>
17500	301	1.72

\*Fuente: Formulario de recolección de datos

\*Elaboración: Los autores

La prevalencia de partos preterminó e en el periodo 2010-2014, en el Hospital Vicente Corral Moscoso fue de un 1.72.

**Tabla 2**

Distribución de 301 pacientes con diagnóstico de Parto Pretérmino, en el periodo 2010-2014, según grupos de edad. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2016

<b>EDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<20	93	30.89
21-35	176	58.47
>36	32	10.63
Total	301	100

\*Fuente: Formulario de recolección de datos

\*Elaboración: Los autores

El 58.4 % de los casos de parto pretérmino, del grupo de estudio correspondieron a pacientes con edades comprendidas entre 21 a 35 años, seguidas del 30.8 % con edades menores de 20 años. Con una media de 24,79, y un desvío estándar de 6,601.

**Tabla 3**

Distribución de 301 pacientes con diagnóstico de Parto Pretérmino, en el periodo 2010-2014, según residencia. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2016

<b>RESIDENCIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Urbano	181	60,1
Rural	120	39,9
Total	301	100,0

\*Fuente: Formulario de recolección de datos

\*Elaboración: Los autores

El 60.1% de las pacientes con parto pretérmino del grupo de estudio reside en el área urbana.

**Tabla 4**

Distribución de 301 pacientes con diagnóstico de Parto Pretérmino, en el periodo 2010-2014, según instrucción. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2016.

<b>INSTRUCCIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Analfabeta	6	2,0
Primaria	126	41,9
Secundaria	146	48,5
Superior	23	7,6
Total	301	100,0

\*Fuente: Formulario de recolección de datos

\*Elaboración: Los autores

La instrucción del 48.5 % de pacientes con parto pretérmino fue secundaria. Un 2,0% fueron pacientes analfabetas.



**Tabla 5**

Distribución de 301 pacientes con diagnóstico de Parto Pretérmino, en el periodo 2010-2014, según estado civil. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2016.

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Soltera	58	19,3
Casada	113	37,5
Unión Libre	127	42,2
Divorciada	3	1,0
Total	301	100,0

\*Fuente: Formulario de recolección de datos

\*Elaboración: Los autores

El estado civil de 42.4 % de pacientes con parto pretérmino fue unión libre.

**Tabla 6**

Distribución de 301 pacientes con diagnóstico de Parto Pretérmino, en el periodo 2010-2014, según paridad. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2016.

<b>PARIDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Primípara	112	37,2
Múltipara	157	52,2
Gran múltipara	32	10,6
Total	301	100,0

\*Fuente: Formulario de recolección de datos

\*Elaboración: Los autores

En el grupo de estudio se observó que el 52.2% % de pacientes diagnosticadas con parto pretérmino, eran múltiparas, definiéndose este grupo como mujeres que han tenido entre 2 y 6 partos.

**Tabla 7**

Distribución de 301 pacientes con diagnóstico de Parto Pretérmino, en el periodo 2010-2014, según número de controles prenatales. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2016.

<b>CONTROLES PRENATALES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
0	12	4,0
1 – 5	178	59,1
6 – 10	106	35,2
11+	5	1,7
Total	301	100,0

\*Fuente: Formulario de recolección de datos

\*Elaboración: Los autores

El 59.1 % de pacientes con parto prematuro se realizaron de 1 a 5 controles prenatales.

**Tabla 8**

Distribución de 301 pacientes con diagnóstico de Parto Pretérmino, en el periodo 2010-2014, según antecedentes de parto pretérmino. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2016.

<b>ANTECEDENTES DE PARTO PRETÉRMINO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	22	7,3
No	279	92,7
Total	301	100,0

\*Fuente: Formulario de recolección de datos

\*Elaboración: Los autores

El 92.7 % de las pacientes no tuvieron un antecedente de parto pretérmino.



**Tabla 9**

Distribución de 301 pacientes con diagnóstico de Parto Pretérmino, en el periodo 2010-2014, según clasificación de parto pretérmino. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2016.

<b>CLASIFICACIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Prematuros extremo < 28 semanas	39	13,0
Muy prematuros (28 a < 32 semanas )	59	19,6
Prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas )	203	67,4
Total	301	100,0

\*Fuente: Formulario de recolección de datos

\*Elaboración: Los autores

En relación a la clasificación de parto pretérmino se observó que los casos de prematuros moderados a tardíos se presentaron en 203 pacientes constituyendo los más frecuentes con 67.4 % del total de los casos y se encontraron 39 casos de prematuros extremos con un 13% del total.

**Tabla 10**

Distribución de 301 pacientes con diagnóstico de Parto Pretérmino, en el periodo 2010-2014, según clasificación de parto pretérmino y vaginosis. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2016.

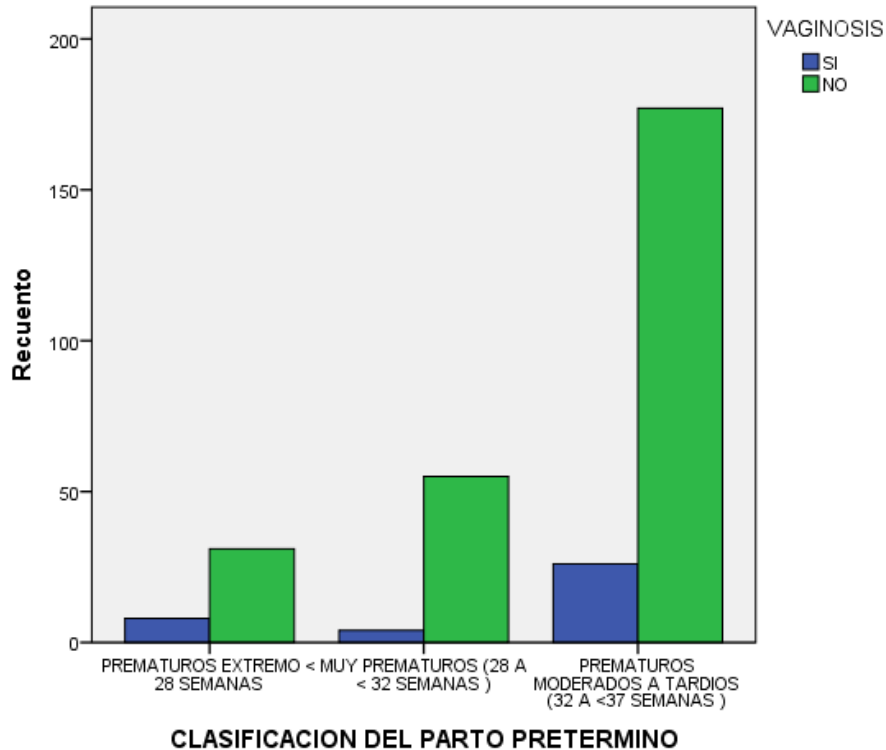
Clasificación		VAGINOSIS		Total
		SI	NO	
PREMATUROS EXTREMO < 28 SEMANAS	N°	8	31	39
	%	20,5%	79,5%	100,0%
MUY PREMATUROS (28 A < 32 SEMANAS )	N°	4	55	59
	%	6,8%	93,2%	100,0%
PREMATUROS MODERADOS A TARDIOS (32 A <37 SEMANAS )	N°	26	177	203
	%	12,8%	87,2%	100,0%
Total	N°	38	263	301
	%	12,6%	87,4%	100,0%

\*Fuente: Formulario de recolección de datos

\*Elaboración: Los autores

**Tabla 1**

Distribución de 301 pacientes con diagnóstico de Parto Pretérmino, en el periodo 2010-2014, según clasificación de parto pretérmino y vaginosis. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2016.



En relación a este factor de riesgo asociado al parto pretérmino, el presente estudio muestra que un 87,4 % de pacientes no presentaron vaginosis durante su etapa de gestación, mientras que el 12,6% presentó dicha patología. Siendo la clasificación de los partos muy prematuros la que mayor frecuencia de pacientes con esta patología obteniendo un porcentaje de 20,5 %.

**Tabla 11**

Distribución de 301 pacientes con diagnóstico de Parto Pretérmino, en el periodo 2010-2014, según clasificación de parto pretérmino e infección del tracto urinario. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2016.

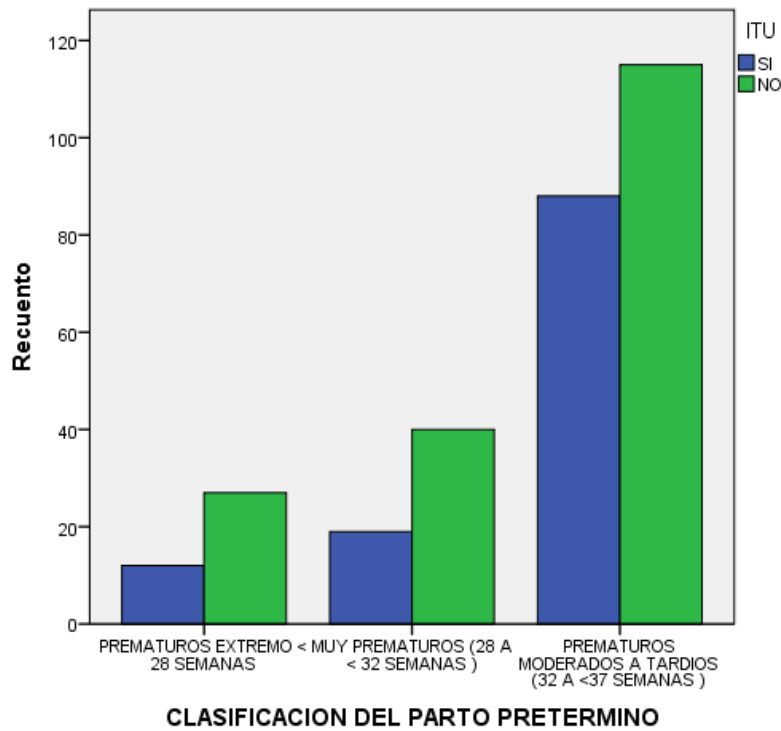
CLASIFICACIÓN		ITU		Total
		SI	NO	
PREMATUROS EXTREMO < 28 SEMANAS	N°	12	27	39
	%	30,8%	69,2%	100,0%
MUY PREMATUROS (28 A < 32 SEMANAS )	N°	19	40	59
	%	32,2%	67,8%	100,0%
PREMATUROS MODERADOS A TARDIOS (32 A <37 SEMANAS )	N°	88	115	203
	%	43,3%	56,7%	100,0%
Total	N°	119	182	301
	%	39,5%	60,5%	100,0%

\*Fuente: Formulario de recolección de datos.

\*Elaboración: Los autores

**Grafico 2**

Distribución de 301 pacientes con diagnóstico de Parto Pretérmino, en el periodo 2010-2014, según clasificación de parto pretérmino e infección del tracto urinario. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2016.



Un 60,5 % de pacientes no presentaron la patología mencionada, mientras que un 39,5 % lo hicieron, siendo los partos pretérmino moderados a tardíos lo de mayor prevalencia con 43,3% de pacientes que presentaron esta enfermedad.

**Tabla 12**

Distribución de 301 pacientes con diagnóstico de Parto Pretérmino, en el periodo 2010-2014, según clasificación de parto pretérmino y anemia. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2016.

CLASIFICACIÓN		ANEMIA		Total
		SI	NO	
PREMATUROS EXTREMO < 28 SEMANAS	N°	16	23	39
	%	41,0%	59,0%	100,0%
MUY PREMATUROS (28 A < 32 SEMANAS )	N°	22	37	59
	%	37,3%	62,7%	100,0%
PREMATUROS MODERADOS A TARDIOS (32 A <37 SEMANAS )	N°	62	141	203
	%	30,5%	69,5%	100,0%
Total	N°	100	201	301
	%	33,2%	66,8%	100,0%

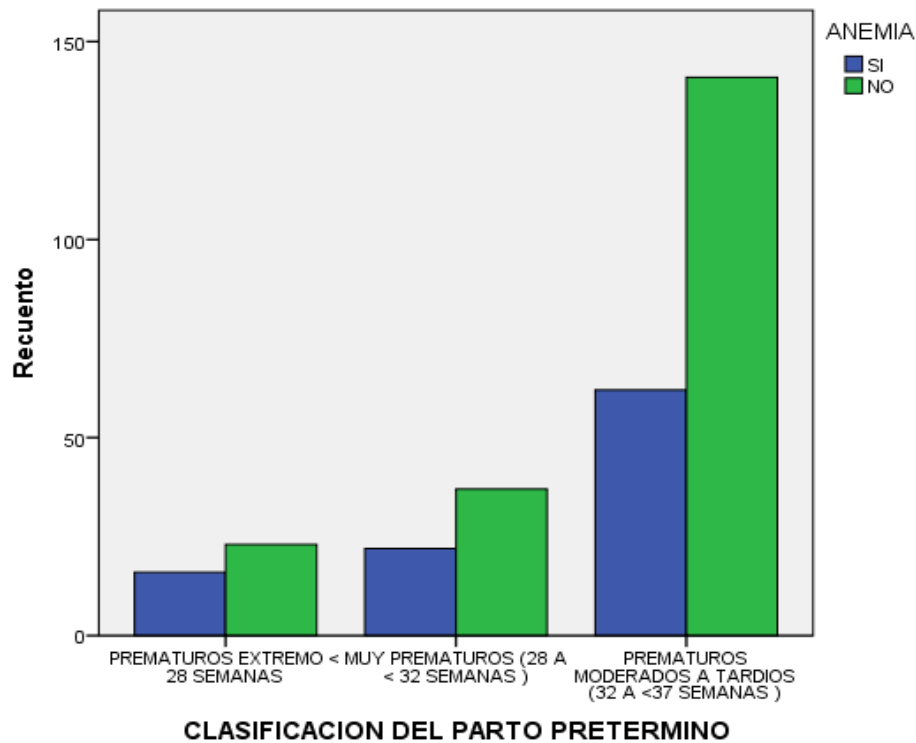
\*Fuente: Formulario de recolección de datos.

\*Elaboración: Los autores



### Grafico 3

Distribución de 301 pacientes con diagnóstico de Parto Pretérmino, en el periodo 2010-2014, según clasificación de parto pretérmino y anemia. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2016.



En lo referente a anemia como factor de riesgo, tenemos que un 66,8 % de pacientes no presentaron dicha condición mientras que un 33,2 % si la presentaron, siendo el grupo de partos pretérminos extremos los que mayor porcentaje obtuvieron con 41,0% de casos positivos.

**Tabla 13**

Distribución de 301 pacientes con diagnóstico de Parto Pretérmino, en el periodo 2010-2014, según otras enfermedades presentes durante el embarazo. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2016.

<b>OTRAS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ruptura prematura de membranas	40	13,3
Trastornos hipertensivos	38	12,6
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	15	5,0
Otras	25	8,3
Ninguna	183	60,8
Total	301	100,0

\*Fuente: Formulario de recolección de datos

\*Elaboración: Los autores

Un 13,3% de pacientes presentó ruptura prematura de membranas, mientras que un 60,8 % refirió no presentar alguna enfermedad antes nombrada durante su embarazo.



## CAPITULO VI

### 6. DISCUSIÓN

En un estudio realizado en Ecuador en el Hospital Ginecoobstétrico “Enrique C. Sotomayor” de la ciudad de Guayaquil, se evidenció en el periodo 2012 – 2013, que un 73% de parto pretérmino estuvieron comprendidos entre los 18 y 19 años de edad, el 62% de las pacientes cursaban entre las semanas 33-34 en el momento del estudio. Otro estudio realizado en la fundación Pablo Jaramillo de Cuenca indica que, la edad estuvo entre los 20 y 30 años, mientras que la edad gestacional fue 32.6 semanas. El presente estudio nos dio como resultado que un 38.5 % de los casos de parto pretérmino del grupo de estudio correspondieron a pacientes con edades comprendidas entre 21 a 28 años, seguidas del 30.2 % con edades entre 14 y 20 años, coincidiendo con las estadísticas de dicho estudio.

En cuanto a la edad gestacional que con más frecuencia se produce el parto pretérmino en el mismo estudio realizado en el Hospital Ginecoobstétrico “Enrique C. Sotomayor” de la ciudad de Guayaquil se observó que el 62% de las pacientes cursaban entre las semanas 33-34 en el momento del estudio, mientras que en un estudio realizado en la fundación Pablo Jaramillo de Cuenca la edad gestacional mayormente observada fue la de 32.6 semanas de gestación. En este estudio se evidencio que la edad gestacional con mayor vinculación a la aparición de parto pretérmino fue la comprendida entre 32 a 36.6 semanas de gestación, correlacionándose con los estudios previos sobre el tema.

Según un estudio realizado en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Borja Arriarán de Chile, entre el 2007 al 2009 indica que Las condiciones clínicas que más frecuentemente se presentaron en el parto pretérmino fueron las infecciones genitourinarias (vaginal o urinaria) con un porcentaje de 19,4%. La edad gestacional promedio del parto prematuro asociada con infección genitourinaria fue 27 de semanas (24). En nuestro estudio dicho factor asociado obtuvo cifras porcentuales de 12,6% en cuanto a infecciones tipo vaginosis y un 39,5 % para Infección de trato urinario siendo la edad gestacional en la que más se presentó



dichos factores fue de 28-32 semanas para vaginosis y de 32-37 para Infección de vías urinarias, siendo en cierta medida similares a las investigaciones previas.

Un estudio realizado en el Hospital Regional de Loreto Perteneciente a la Localidad de Iquitos Perú de enero a diciembre 2013 sobre factores de riesgo asociados a parto pretérmino arrojó los siguientes resultados al relacionar los factores de riesgo se encontró que los controles prenatales adecuados presento una frecuencia de 53.3%, pacientes sin anemia con 60.0%, sin ITU con 53.3%, sin pre eclampsia con 90.7%, sin eclampsia con 97.3%, sin amenaza de parto pretérmino con 69.3%, lo que concuerda con los resultados encontrados en la presente investigación (25).

Otro estudio en el cual busco la asociación de la infección urinaria con la amenaza de parto pretérmino en el Instituto Mexicano Del Seguro Social en el año 2014, el cual descubrió que la edad promedio más frecuente fue de  $26 \pm 5$  años de edad, semanas de gestación de  $31 \pm 4$ ; se además se observó que un 60% de pacientes presentó bacteriuria asintomática, historia de infección urinaria presente en 66%, infección urinaria presente en 73% (26).



## CAPITULO VII

### 7. CONCLUSIONES

La realidad de nuestro medio con respecto a partos pretérmino entre el periodo 2010-2014 fue de 301 casos, y en base a la clasificación se observó que los casos de prematuros moderados a tardíos se presentaron en 203 pacientes representando un 67,4% de los casos, los de menor porcentaje fueron los casos de prematuros extremos con un 13% del total.

En cuanto a los factores maternos y sociales de la población de nuestro medio se evidencio que las gestantes entre 21 a 28 años, con unión libre como estado civil, múltiparas, de residencia urbana, instrucción secundaria, con controles prenatales mínimos recomendados (0 a 5), sin antecedentes de parto pretérmino fue el grupo poblacional con mayor prevalencia.

Los factores de riesgo que fueron analizados muestran que el 12,6% de pacientes presento vaginosis durante el embarazo. En relación a infección de tracto urinario, se evidenció que un 39,5 % lo hicieron. Y respecto a la anemia un 33,2 % si la presentan. En cuanto a otras enfermedades encontramos que hubo un 13,3 % de pacientes con ruptura prematura de membranas, un 12,6 % de pacientes con trastornos hipertensivos, y un 5 % de gestantes con desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.



## CAPITULO VIII

### 8. RECOMENDACIONES

- Realizar más investigaciones acerca del tema con el fin de que en un futuro pueda servir para la elaboración de guías clínicas orientadas a la prevención y diagnóstico oportuno del parto pretérmino.
- Que en los servicios de atención primaria de salud se fomente y se brinde la suficiente información acerca del parto pretérmino, así como de los factores asociados a la misma, con el objetivo de que las gestantes sepan identificar los factores asociados ya así prevenir la aparición de parto pretérmino.
- Poner más énfasis en la realización de los respectivos controles y exámenes complementarios prenatales con el fin de detectar los factores asociados a la génesis del parto pretérmino y así evitarlos o tratarlos oportunamente para evitar la aparición del mismo..



## CAPITULO IX

### 9. BIBLIOGRAFIA

1. Liu L, Johnson H, Cousins S, Perini J, et al. Global, regional and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Te Lanceta*. 2012; [Internet]. [Citado 2015 mayo 22]; 379:2151–2161. Disponible en: <http://www.who.int/immunization/diseases/tetanus/lancet-2012-global-child-mortality.pdf>
2. Palencia, C. Parto prematuro, UIS - Universidad de Antioquia – UMNG, Colombia. *Rev. Col. Pediatría*. [revista en la Internet]. 2012 [citado 2015 mayo 22]; Vol. 9 Número 4, 10-19. Disponible en: [https://scp.com.co/precop/precop\\_files/modulo\\_9\\_vin\\_4/Precop\\_9-4-B.pdf](https://scp.com.co/precop/precop_files/modulo_9_vin_4/Precop_9-4-B.pdf)
3. Brownfoot FC, Crowther CA, Middleton P. Different corticosteroids and regimens for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23990333>
4. Muglia LJ, Katz M. The enigma of spontaneous preterm birth. *N Angla J Mes*. [revista en la Internet]. 2010. [citado 2015 mayo 22]; 362:529-535. Disponible en: <http://www.razipath.com/fa/upload/collections/39e1a141/The%20Enigma%20of%20Spontaneous%20Preterm%20Birth.pdf>
5. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran A, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity, *Bull 31 World Health* [Internet]; 2010. [Citado 2015 mayo 23]. *Organ*.2010; 88:31-38. Disponible en : [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/who\\_bulletin\\_88.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/who_bulletin_88.pdf)
6. Olaya R. Factores De Riesgos Desencadenantes Del Trabajo De Parto Pretérmino En Adolescentes Embarazadas Primigestas En El Hospital Gineco-obstétrico “Enrique C. Sotomayor” En El Período De Septiembre Del



- 2012 A Febrero Del 2013. Tesis Presentada Como Requisito Para Optar Por El Título De Obstetra. Univ. de Guayaquil. [Internet]; Año 2012. [citado 2015 mayo 22]. Disponible en : <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1863/1/TESIS%20FACTORES%20DE%20RIESGO%20QUE%20DESENCADENAN%20EL%20TRABAJO%20DE%20PARTO%20PRET%C3%89RMINO%20EN%20LAS%20ADOLESCENTES%20EMBA.pdf>
7. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. Geneva, [Internet]; 2012. [citado 2015 mayo 23]. Disponible en [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntoosoon-report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf).
  8. Cabrera Daniela, Espinoza Carolina. Factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Cuenca, Ecuador; y Hospital San Juan de Dios, Cauquenes, Chile. Universidad del Azuay. [Internet]; Año 2013. [citado 2015 mayo 22]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/2766/1/09835.pdf>
  9. Sogvzla.org. Manejo del parto pretermino, [Internet]. Venezuela: Gonzalez F; 2012. [última actualización marzo 2013; citado 2015 mayo 22] disponible en: [http://www.sogvzla.org/sogvzlawebold/pdfs/consensos/LIBRO\\_MANEJO\\_PARTO\\_PRETERMINO.pdf](http://www.sogvzla.org/sogvzlawebold/pdfs/consensos/LIBRO_MANEJO_PARTO_PRETERMINO.pdf)
  10. Ovalle A, Kakarieka W, Díaz C, García, M. et al. Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2012 [citado 2015 Jun 05]; 77(4): 263-270. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262012000400005&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400005&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000400005>





11. Díaz L, Díaz N, Serrano N. El pronóstico de los hijos de madres con pre eclampsia. Parte 1: Efectos a corto plazo. Arch. argent. pediatr. [revista en la Internet]. 2011 Sep. [citado 2015 Mayo 27]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752011000500009&lang=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752011000500009&lang=pt)
12. Martínez H, Rivera G. Parto prematuro y enfermedad periodontal. Salud pública Méx [serial on the Internet]. 2013 Dec [citado 2015 Junio 05]; 55(6): 553-554. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013001000001&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013001000001&lng=en).
13. Carvajal J, Vera C. Obesidad materna y riesgo de parto prematuro. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2014 [citado 2015 Mayo 22]; 79(1): 64-66. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262014000100011&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000100011&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000100011>.
14. Iglesias J, Tamez L, Reyes I. Anemia y embarazo, su relación con complicaciones maternas y perinatales. Medicina Universitaria [revista en la Internet]. 2009 [citado 2015 Mayo 22]; 11(43):95-98. Disponible en: [http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fmedicinauniversitaria.uanl.mx%2F43%2Fpdf%2F95.pdf&ei=7zZzVf\\_CKsOigwS1moDIBw&usg=AFQjCNGOO-tDw6bERsa3BAfQ8tYltKmtCQ&bvm=bv.95039771,d.eXY](http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fmedicinauniversitaria.uanl.mx%2F43%2Fpdf%2F95.pdf&ei=7zZzVf_CKsOigwS1moDIBw&usg=AFQjCNGOO-tDw6bERsa3BAfQ8tYltKmtCQ&bvm=bv.95039771,d.eXY)
15. Simhan H, Iams J, Romero R. Preterm labor. In: Gabbe SG, Niebyl JR, and Simpson JL, et al, eds. *Gabbe: Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. 6th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; [Revista en la Internet]. 2012 [citado 2015 junio 05]; chap 28. Disponible en : <http://pennstatehershey.adam.com/content.aspx?productId=117&pid=60&gid=000486>
16. MSP.gob.ec, Componente normativo neonatal, [Internet]. Quito: Torres W. Calderón L. Albornoz, A. [Agosto del 2008: 22 de mayo del 2015]. Disponible



en:

<http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/3.%20Componente%20Normativo%20Neonatal%20CONASA.pdf>

17. Genes V. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino Risk factor associated with preterm delivery. Rev. Nac. (Itauguá). [revista en la Internet]. Dic. 2012, [citado 2015 mayo 23]; Vol. 4 (2) Pág. 8-14. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v4n2/v4n2a02.pdf>
18. Laterra C, Andina E, Di Marco I. Guía de prácticas clínicas. Amenaza de parto prematuro. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá [revista en internet] 2003, 22. [citado 2015 mayo 22] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91222107.pdf>
19. Ness A, Visintine J, Ricci E, Berghella V. Does knowledge of cervical length and fetal fibronectin affect management of women with threatened preterm labor?. A randomized trial. Am J Obstet Gynecol. 2007. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17904989>
20. Ochoa A, Pérez J. Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]. [citado 2015 Jun 05]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200011&lng=es).
21. Urdaneta J, Leal S, García J, Cepeda M, et al. Alfa-fetoproteína sérica en la predicción de parto pretérmino. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2013 Oct [citado 2015 Jun 05]; 78(5): 360-366. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262013000500006&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000500006&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000500006>.
22. Medwave.cl. Parto prematuro [Internet]. Chile: MEDWave; 2012. [última actualización septiembre 2012; citado 2015 mayo 22]. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5477>
23. Carpio G, Vargas A, Jaillita C, Flores C. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ACCIÓN TOCOLÍTICA Y EFECTOS ADVERSOS DEL NIFEDIPINO



VERSUS RITODRINA, EN LA AMENAZA DE PARTO RETÉRMINO,"HOSPITAL MATERNO INFANTIL GERMÁN URQUIDI". Rev. Méd.-Cient. Luz Vida [revista en la Internet]. 2011 [citado 2015 Mayo 27]; 2(1): 21-26. Disponible en: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2219-80322011000100005&lng=es](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2219-80322011000100005&lng=es).

24. Ovalle Alfredo, Kakarieka Elena, Rencoret Gustavo, Fuentes Ariel, del Río María José, Morong Carla et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Rev. méd. Chile [Internet]. 2012 Ene [citado 2016 Jun 23]; 140(1): 19-29. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872012000100003&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000100003&lng=es).

25. Vásquez, J. Factores De Riesgo Asociados a Parto Pretérmino En El Hospital Regional De Loreto "Felipe Arriola Iglesias" de Enero A Diciembre 2013. Tesis Presentada Como Requisito Para Optar Por El Título De Médico Cirujano. Universidad Nacional De La Amazonía Peruana. [Internet]; Año 2013. [Citado Septiembre 1]. Disponible En: <Http://Dspace.Unapiquitos.Edu.Pe/Bitstream/Unapiquitos/537/1/Tesis%20final%2011%20marzo%202015%2002.Pdf>

26. Cisneros, Luis. "Infección urinaria asociada en amenaza de parto pretérmino". Tesis presentada que para obtener el postgrado en la especialidad de: medicina familiar. Universidad veracruzana. . [Internet]; año 2014. [Citado septiembre 1]. Disponible en: <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/tesiscisneros.pdf>



## 9.2 BIBLIOGRAFIA GENERAL

- Parker W. Miomas Uterinos. Berk J, Ginecología de Novack. 15° ed. México: McGraw Hill; 2012.
- Botero J, Júbizha A, Henao G. editores. Obstetricia y ginecología. 7ma ed. Colombia: Ediciones Tinta Fresca; 2004
- Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. editors. Williams Obstetricia. 23° ed. México: McGraw-Hill; 2011.
- Fany Patricia García Coto, 1 Fabian Pardo Cruz, 2 Carlos Zuniga Mazier. Factores Asociados Al Parto Prematuro En El Departamento De Lempira, Honduras. REV MED HONDUR, Vol. 80, No. 4, 2012 Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2012/pdf/Vol80-4-2012-4.pdf>
- Souza NL, Araújo ACPF, Costa ICC. Representaciones sociales de las madres sobre la hipertensión gestacional y parto prematuro. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mayo-jun. 2013 [acceso: 05 junio del 2015]; 21(3). Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es\\_0104-1169-rlae-21-03-0726.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es_0104-1169-rlae-21-03-0726.pdf)



## CAPITULO X

### 10. ANEXOS

#### 10.1 ANEXO 1

#### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Parto pretérmino	Cuando este se presenta antes de que se hayan cumplido las 37 semanas de gestación	Parto pretérmino	Historias Clínicas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prematuros extremos (&lt;28 semanas)</li><li>• Muy prematuros (28 a &lt;32 semanas)</li><li>• Prematuros moderados a tardíos (32 a &lt;37 semanas)</li></ul>
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento del parto	Adolescente Adulta joven Adulta mayor	Edad en años	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 20 años</li><li>• 21 a 35</li><li>• &gt;36</li></ul>
Residencia	Área geográfica de donde se encuentra el domicilio	Urbana Rural	Área	<ul style="list-style-type: none"><li>• Urbana</li><li>• Rural</li></ul>



	actual del individuo			
Instrucción	Grado de escolaridad recibida.	Analfabeta. Primaria. Secundaria. Superior	Historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analfabeta.</li> <li>• Primaria.</li> <li>• Secundaria.</li> <li>• Superior</li> </ul>
Estado civil	Grado de vínculo entre dos personas determinado por la ley.	Soltero Casado Unión Libre Divorciado	Historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero</li> <li>• Casado</li> <li>• Unión Libre</li> <li>• Divorciado</li> </ul>
Paridad	Estado de embarazo	Número	Historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1</li> <li>• 2</li> <li>• 3</li> <li>• &gt;4</li> </ul>
Controles prenatales	Número de veces que la mujer asistió a la atención del embarazo y su evolución.	Número	Historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> <li>• 1-3</li> <li>• 4-6</li> <li>• &gt;7</li> </ul>
Antecedente de parto pretérmino	Número de partos pretérmino anteriores.	Numero	Historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Enfermedades durante el embarazo en estudio	Alteraciones patológicas presente en la madre durante el embarazo.	Patologías	Historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaginosis bacteriana</li> <li>• Anemia.</li> <li>• Infección del tracto urinario.</li> </ul>



				<ul style="list-style-type: none"><li>• Antecedentes de parto pretérmino.</li><li>• Otras</li></ul>
--	--	--	--	---



10.2 ANEXO 2:

UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, EN EL PERIODO COMPRENDIDO  
ENTRE EL 1 DE ENERO DEL 2010 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014.

FORMULARIO Nº \_\_\_\_\_

DATOS DE LA MADRE

Número de historia clínica \_\_\_\_\_

**Clasificación del parto pretérmino:**

Prematuros extremos (<28 semanas)

Muy prematuros (28 a <32 semanas)

Prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas)

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Residencia:** Urbana  Rural

**Instrucción:** Analfabeta  Primaria  Secundaria  Superior

**Estado civil:** Soltera  Casada  Unión libre  Divorciada

**Paridad:** \_\_\_\_\_ **Número Controles prenatales:** \_\_\_\_\_

**Antecedentes de parto pretérmino:** SI  NO

**Enfermedades durante el embarazo:** Anemia  ITU

Vaginosis bacteriana

Otras  ¿cuál? \_\_\_\_\_

**Observaciones:** \_\_\_\_\_