



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

TEMA

**LA EDAD MATERNA Y SU RELACIÓN CON EL RIESGO DE PARTO
PREMATURO EN GESTANTES QUE ASISTEN AL CONTROL PRENATAL EN
EL SUBCENTRO DEL BY PASS, BABAHOYO, PERIODO DICIEMBRE 2022-
MAYO 2023**

AUTORES

**JIMENEZ CABEZAS EMILY PIERINA
CRUZ MARCOS ALEXANDER**

TUTOR

LCDA. KARINA DE MORA

Babahoyo - Los Ríos – Ecuador

2023

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

ACTA DE CALIFICACIÓN DEL TIC

INFORME FINAL DEL SISTEMA ANTIPLAGIO

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL	4
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....	5
ACTA DE CALIFICACIÓN DEL TIC.....	6
INFORME FINAL DEL SISTEMA ANTIPLAGIO	7
ÍNDICE DE TABLAS.....	11
RESUMEN.....	12
ABSTRACT.....	13
CAPÍTULO I.- INTRODUCCIÓN.....	14
1.1. Contextualización de la situación problemática.....	15
1.1.1. Contexto Internacional.....	15
1.1.2. Contexto Nacional.	17
1.1.3. Contexto Local.	18
1.2. Planteamiento del problema.....	18
1.2.1 Problema General.....	19
1.2.2. Problemas Específicos	19
1.3. Justificación.....	20
1.4. Objetivos de investigación.....	20
1.4.1. Objetivo general.	20
1.4.2. Objetivos específicos.....	21
1.5. Hipótesis.	21
CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO	21
2.1. Antecedentes.	21

Bases teóricas.....	23
2.2.1. Embarazo	23
2.2.1.1 Duración del Embarazo	23
2.2.1.2 Importancia de la Edad Materna.....	24
2.2.2. Emergencias Ginecológicas.....	26
2.2.3. Parto Prematuro	26
2.2.3.1 Definición.....	26
2.2.3.2 Etiología.....	27
2.2.3.3 Epidemiología	28
2.2.3.4 Fisiopatología	29
2.2.3.5 Evaluación y Diagnóstico.....	30
2.2.3.6 Tratamiento/Manejo.....	32
CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA	32
3.1. Tipo y Diseño de Investigación.	32
3.2 Operacionalización de variables.....	33
3.2.1 Variables Independientes	33
3.2.2. Variable Dependiente	34
Población y muestra de investigación.	34
3.3.1. Población.....	34
3.3.2. Muestra.....	34
3.4. Técnicas e instrumentos de medición.	34
3.4.1. Técnicas	34
3.4.2. Instrumentos	34
3.5. Procesamiento de Datos.....	35
3.6. Aspectos Éticos.....	35
3.7. Presupuesto	36

3.8 Cronograma	36
CAPÍTULO IV.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	37
4.1. Resultados	37
4.2. Discusión de Resultados.....	42
CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
5.1 Conclusiones.....	43
5.2 Recomendaciones.....	43
Bibliografía.....	44
ANEXOS.....	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	37
Tabla 2.	38
Tabla 3.	38
Tabla 4.	39
Tabla 5.	40

RESUMEN

El parto prematuro es el parto que ocurre cuando el nacimiento se da entre las 20 y 36 semanas de gestación, esta se puede clasificar como parto prematuro temprano y tardío; el parto prematuro temprano es cuando el bebé nace antes de las 33 semanas, y el parto prematuro tardío es cuando un bebé nace entre las 34 y 36 semanas, el riesgo de partos prematuros para la población general se estima entre el 6% y 10% y según datos de la Organización Panamericana de la Salud, el Ecuador se encuentra entre los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros del mundo con 5,1%; aunque la tasa es baja, paradójicamente, es la primera causa de mortalidad infantil en el país. Por ende, el objetivo general de la investigación es determinar la relación que existe entre la edad materna con el riesgo de parto prematuro en gestantes que asisten al control prenatal en el subcentro del By Pass de Babahoyo en el periodo de diciembre de 2022 a mayo de 2023. La metodología empleada es de tipo transversal, exploratorio, descriptivo y de campo. Se obtuvo como resultado que la mayor tasa de riesgos de partos prematuros fue en pacientes mayores de 40 años con 22 casos (39%) y 14 casos fueron en pacientes menores de 16 años (25%), y según las principales manifestaciones clínicas el dolor pélvico estuvo presente en 53 pacientes (88%), el sangrado vaginal en 5 pacientes (8%) y las náuseas en 9 pacientes (15%).

Palabras clave: Parto prematuro, control prenatal, mortalidad, riesgo.

ABSTRACT

Preterm labor is the labor that occurs when the baby is born between 20- and 36-weeks' gestation, it can be classified as early and late preterm labor; early preterm birth is when the baby is born before 33 weeks, and late preterm birth is when a baby is born between 34 and 36 weeks, the risk of preterm birth for the general population is estimated between 6% and 10% and according to data from the Pan American Health Organization, Ecuador is among the 11 countries with the lowest rates of preterm births in the world with 5.1%; although the rate is low, paradoxically, it is the leading cause of infant mortality in the country. Therefore, the general objective of the research is to determine the relationship between maternal age and the risk of premature birth in pregnant women who attend prenatal care at the By Pass center in Babahoyo from December 2022 to May 2022. 2023. The methodology used is cross-sectional, exploratory, descriptive and field study. It was found that the highest risk rate of preterm delivery was in patients older than 40 years with 22 cases (39%) and 14 cases were in patients younger than 16 years (25%), and according to the main clinical manifestations pelvic pain was present in 53 patients (88%), vaginal bleeding in 5 patients (8%) and nausea in 9 patients (15%).

Keywords: *preterm birth, prenatal control, mortality, risk.*

CAPÍTULO I.- INTRODUCCIÓN

El parto prematuro, es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un nacimiento antes de las 37 semanas completas (259 días) de gestación, ya sea de feto único o múltiple, representa el factor más importante relacionado con el aumento del riesgo de morbilidad y mortalidad fetal y neonatal, incluso en países de altos ingresos. Además, un parto antes de la semana 37 puede tener consecuencias adversas a largo plazo para la salud de la descendencia.

La etiología de la prematuridad es compleja: concurren aspectos demográficos (nivel socioeconómico y educativo bajo, edad materna demasiado baja o demasiado alta), trastornos médicos, obstétricos, fetales y/o ambientales. Por lo tanto, en la mayoría de los casos no se puede establecer el mecanismo específico que conduce a un parto prematuro.

Según una revisión reciente, la tasa global estimada de nacimientos prematuros fue de aproximadamente el 10,6% en 2014. Además, el riesgo de inducción del trabajo de parto antes del término del embarazo se incrementó con la edad materna avanzada, siendo aproximadamente 2 veces mayor para las madres de más de 40 años en comparación con las madres de 25 a 29 años. Entre los partos múltiples, surgió una asociación inversa entre la edad materna avanzada (≥ 35 años) y el parto prematuro espontáneo; en cambio, entre las madres muy jóvenes (< 20 años) el trabajo de parto espontáneo antes del término del embarazo fue más frecuente, lo que sugiere que los partos prematuros inducidos son más comunes entre las mujeres jóvenes y mayores de 40 años (Esposito & Agnese, 2022).

En todo el mundo, especialmente en los países desarrollados, la edad materna al nacer está aumentando. Dado que la edad materna avanzada se ha asociado con un mayor riesgo de parto prematuro, también se podría esperar un aumento en la frecuencia de parto prematuro. En este sentido, en Ecuador, el aumento de la tasa se atribuyó al avance de la edad materna al nacer.

En cualquier caso, el papel de la edad materna como factor independiente que conduce a un nacimiento antes de las 37 semanas completas aún no se ha explicado por completo. En la literatura, algunos estudios investigan la influencia de

la edad materna ajustando por complicaciones obstétricas y obtuvieron resultados controvertidos. En Ecuador, a pesar de las múltiples campañas de promoción en los diferentes centros de salud sobre el peligro de la edad durante la gestación como factor de riesgo para el parto prematuro, aún se observan tasas elevadas de parto prematura a consecuencia de la edad de la gestante. Por lo tanto, el presente proyecto de investigación tiene como objetivo determinar cuál es la relación de la edad materna con el riesgo de parto prematuro en gestantes que asisten al control prenatal en el subcentro del By Pass de Babahoyo en el periodo de diciembre de 2022 a mayo de 2023.

1.1. Contextualización de la situación problemática

En todo el mundo se registra un incremento de la edad a la que las mujeres se embarazan, más relevante en los países industrializados. La definición de edad materna avanzada sigue sin precisarse y, menos aún, consensuarse universalmente. La International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) la definió, en 1958, en 35 o más años de edad. Consecuencia de los cambios sociodemográficos, en la actualidad la definición ha variado según distintos autores. Jackson y su grupo sugirieron que el periodo de mayor riesgo obstétrico es el de los 40 años o, incluso, 45 años.

Las tendencias socioeconómicas, el uso generalizado de medidas de planificación familiar, el aplazamiento del embarazo debido a objetivos profesionales y los avances en las técnicas de reproducción son factores participantes en el incremento de la edad materna a la finalización del embarazo.

La edad materna avanzada se asocia con mayor frecuencia de desenlaces adversos del embarazo, maternos o neonatales; puede haber diferencias importantes en el riesgo para las mujeres de 35 a 39 años, 40 a 45 años y para las mayores de 45 años. Además, las mujeres de edad materna avanzada tienen más probabilidades de tener enfermedades subyacentes: obesidad, diabetes e hipertensión, que aumentan el riesgo de morbilidad y mortalidad.

1.1.1. Contexto Internacional.

La Organización Mundial de la Salud define el parto prematuro como un nacimiento antes de las 37 semanas completas de gestación, ya sea de feto único o múltiple, representando el factor más importante relacionado con el aumento del

riesgo de morbilidad y mortalidad fetal o neonatal, incluso en países de altos ingresos.

La etiología de la prematuridad es compleja: nivel socioeconómico y educativo bajo, edad materna demasiado baja o demasiado alta, médicos, obstétricos, fetales y ambientales. Por lo tanto, en la mayoría de los casos no se puede establecer el mecanismo específico que conduce a un parto prematuro.

En todo el mundo, especialmente en los países desarrollados, la edad materna al nacer está aumentando. Dado que la edad materna avanzada se ha asociado con un mayor riesgo de parto prematuro, también se podría esperar un aumento en la frecuencia. En este sentido, en países como Canadá, Estados Unidos, países de Europa, el aumento de la tasa se atribuyó al avance de la edad materna al nacer.

En cualquier caso, el papel de la edad materna como factor independiente que conduce a un nacimiento antes de las 37 semanas completas aún no se ha explicado por completo. En la literatura, algunos estudios investigan la influencia de la edad materna ajustando por complicaciones obstétricas y obtuvieron resultados controvertidos.

Según datos en los Estados Unidos, la edad materna es un factor de riesgo para el nacimiento prematuro, con tasas de parto prematuro más altas entre las madres más jóvenes y más viejas.

Durante 2018-2020 en los E.E.U.U, las tasas de parto prematuro fueron más altas para mujeres de 40 años o más (14,4 %), seguidas de mujeres menores de 20 años (10,4 %), de 30 a 39 años (10,3 %) y de 20 años. -29 (9,6%). Además, un informe de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) documentó un aumento en la tasa de natalidad entre las mujeres en edad materna avanzada (>35 años) durante las últimas 3 décadas. El análisis de los datos de la última década mostró un aumento en la tasa de natalidad de las mujeres de 35 a 39 años de 45,9 por cada 1000 mujeres en 2010 a 52,7 por cada 1000 mujeres en 2019. De manera similar, hubo un aumento en la tasa de natalidad de las mujeres de 40 a 44 años de 10,2 a 12 por 1000 (Glick & Kadish, 2021).

Esta tendencia puede explicarse porque las mujeres eligieron seguir carreras y seguridad financiera, lo que las llevó a posponer la edad de procrear. Además,

los avances en tecnología reproductiva avanzada han ampliado la ventana reproductiva, con el correspondiente aumento de la incidencia de la edad materna avanzada.

1.1.2. Contexto Nacional.

Según datos del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), en el 2014, 49,3 de cada 100 hijos nacidos vivos fueron de madres adolescentes, que tenían una edad hasta de 19 años. Si se toma en cuenta los rangos de edad, las progenitoras menores de 15 años, representan el 3%. Las madres entre 15 y 17 años conforman el 23%. Mientras que las mamás de entre 18 y 19 años ocuparon el 23.3%.

De acuerdo al INEC, en total, 12 de cada 100 adolescentes de 12 a 19 años son madres. Una cifra preocupante que muestran los censos es que, en los últimos 10 años, el incremento de partos de adolescentes de entre 10 y 14 años fue del 78%. Ese mismo indicador, en adolescentes de entre 15 y 19 años se ubicó en el 11%. Las cifras también revelan que 49 de cada 100 mujeres que son madres en el país tuvieron su primer hijo entre los 15 y 19 años (García, 2018).

Por otra parte, el MSP, define al Ecuador como el tercer país con la tasa más alta de embarazos en la adolescencia, ubicándose detrás de Nicaragua y República Dominicana. Según los datos, se registraron 413.318 nacidos vivos de madres adolescentes hasta el 2016, cifras que han aumentado considerablemente en relación con la última década, así como también en el 2019 se dieron un total de 1.099 muertes neonatales por diferentes complicaciones, debido a la prematuridad. (García, 2018)

Según la Guía Práctica Clínica del recién nacido prematuro, desde la década de los noventa, la mortalidad infantil se ha ido reduciendo progresivamente; sin embargo, el segmento correspondiente a la mortalidad neonatal y su morbilidad asociada aporta cerca del 60% en muertes de menores de un año. En consecuencia, constituye un desafío para los servicios públicos de salud del país. Además, se estima que cerca del 70% de esas defunciones de menores de 28 días ocurre en la primera semana de vida. Los recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento (menos de 1.500 gramos al nacer) representan el 1% del total de nacimientos y contribuyen con un 40% de la mortalidad infantil. (MSP, 2015)

1.1.3. Contexto Local.

Es importante conocer que 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 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, en la ciudad de Babahoyo, presenta una tasa de 3,33% (INEC, 2018).

La revista gaceta, realizó una investigación sobre Muerte Neonatal en el 2019, enfocándose en la ciudad de Babahoyo perteneciente a la Provincia de los Ríos, que corresponde a la zona 5, se presentaron 183 casos a nivel zonal, de los cuales 64 pertenecieron a la provincia de Los Ríos (MSP, 2019).

A pesar de que las cifras indican que los casos detectados de partos prematuros en la ciudad de Babahoyo se basan en datos de los Hospitales Generales Tipo C, como el Hospital General IESS de Babahoyo que presentó 11 casos y el Hospital General Martín Icaza de Babahoyo que presentó 7 casos, teniendo un total de 18 casos reportados, no representan las cifras reales de captaciones de los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) pertenecientes a los subcentros de salud tipo A o B como lo es el Subcentro de Salud By Pass de Babahoyo (MSP, 2019).

1.2. Planteamiento del problema

La población del Ecuador en la actualidad se estima que es de aproximadamente 16 millones de habitantes, y la cifra de niños nacidos vivos anuales es de 300.000. Desde la década de los 90's, la morbimortalidad infantil se ha reducido progresivamente; no obstante, el segmento correspondiente a la mortalidad neonatal y su morbilidad asociada aporta cerca del 60% en muertes de menores de un año, lo que como consecuencia constituye un desafío para los servicios públicos de salud del país.

El riesgo de nacimientos prematuros para la población general se estima entre el 6% y 10%. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ecuador se encuentra entre los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros del mundo con 5,1%. Aunque la tasa es una de las más

bajas, paradójicamente, la primera causa de mortalidad infantil en el país, según datos del INEC, es la duración corta de la gestación (MSP, 2015).

Debido a la pandemia que atravesó el país, entre marzo y julio de 2020, se registraron 190 casos de niñas embarazadas entre 10 y 14 años; sin embargo, la cifra se eleva a 489, si se suman las niñas con edades comprendidas entre los 10 y 19 años. Una encuesta realizada por Surkuna en 22 provincias, entre julio y agosto de 2020, se pudo detectar que el 38% de las mujeres embarazadas entre 15 a 17 años tuvieron partos prematuros y dificultades para acceder a servicios de salud sexual y salud reproductiva (Mella, 2020).

Debido a los incrementos de parto prematuro en mujeres gestantes menores de 19 años en el país, el riesgo de las complicaciones también aumenta; además, este inconveniente con las madres gestantes menores de edad, se vuelve un problema de salud pública que se debe solucionar por medio de actividades de promoción. No obstante, no existe un estudio específico sobre la relación que existe entre la edad de las madres gestantes y el parto prematuro a nivel local, por lo que la presente investigación pretende determinar la relación que existe entre estos a nivel local en el Subcentro de Salud By Pass de Babahoyo.

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la relación de la edad materna con el riesgo de parto prematuro en gestantes que asisten al control prenatal en el subcentro del By Pass de Babahoyo en el periodo de diciembre de 2022 a mayo de 2023?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la etiología de la prematuridad en gestantes?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo que producen el parto prematuro en las gestantes que asisten al centro de salud del By Pass de Babahoyo en el periodo de diciembre de 2022 a mayo de 2023?
- ¿Cuál es la incidencia/prevalencia reportada de parto prematuro en las gestantes que acuden al By Pass de Babahoyo en el periodo de diciembre de 2022 a mayo de 2023?

1.3. Justificación.

La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que todos los profesionales sanitarios puedan brindar atención, apoyo e información a las embarazadas. Ello incluye la promoción en salud de un modo de vida sano, la buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, el brindar asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan ser víctimas de violencia de pareja.

La identificación de los factores de riesgo asociados a la inasistencia del control prenatal, permitirá mejorar la gestión del establecimiento de salud para incrementar la cobertura de pacientes controladas. Además, si el caso lo amerita, los resultados obtenidos se constituirán en una herramienta para que los profesionales obstetras reorienten sus esfuerzos a eliminar, disminuir o neutralizar los condicionantes que propician el abandono del control prenatal. De esta manera, los/las obstetras promoverán un control prenatal precoz, periódico, completo y reenfocado que repercutirá positivamente en la salud del binomio madre-niño y por ende coadyuvará a disminuir la morbilidad materna perinatal.

El siguiente proyecto de Investigación surge debido al incremento de partos prematuro en diferentes hospitales del Ecuador con énfasis en la ciudad de Babahoyo, por lo cual consideramos importante el desarrollo de este tema, ya que en el primer nivel de atención que es el centro de salud tipo A o B como lo es el centro de salud del By Pass de Babahoyo, que es donde se desarrolla el primer contacto de la comunidad por medio del equipo de Atención Integral de Salud (EAIS) conformado por enfermeros, médicos, obstetras, odontólogos, entre otros, es de suma importancia que el personal esté capacitado sobre el tema, para que puedan fomentar en las mujeres gestantes de todas las edades, estilos de vidas y capacitaciones sobre el riesgo de parto prematuro a través de promociones de salud.

1.4. Objetivos de investigación

1.4.1. Objetivo general.

Determinar la relación que existe entre la edad materna con el riesgo de parto prematuro en gestantes que asisten al control prenatal en el subcentro del By Pass de Babahoyo en el periodo de diciembre de 2022 a mayo de 2023

1.4.2. Objetivos específicos.

- Analizar la prevalencia de riesgo de parto prematuro en las gestantes de diferentes edades
- Determinar las principales manifestaciones clínicas que presentan las pacientes gestantes con riesgo de parto prematuro.
- Detallar las complicaciones que presenta el recién nacido asociadas al riesgo de parto prematuro.

1.5. Hipótesis.

Existe un mayor riesgo de parto prematuro, si la edad de la paciente gestante se produce en <15 o >40 que asisten al control prenatal en el subcentro del By Pass de Babahoyo en el periodo de diciembre de 2022 a mayo de 2023.

CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.

Un estudio de cohorte canadiense elaborado por (Fuchs & Barbara, 2018), que tuvo por objetivo evaluar el impacto de la edad materna en la ocurrencia de nacimientos prematuros, que recopiló datos de 184.000 nacimientos en 32 hospitales, cuyos criterios de inclusión fueron edad materna >20 años y los criterios de exclusión fueron embarazo múltiple, malformación fetal y muerte fetal intrauterina; los factores de riesgo de parto prematuro <37 semanas, ya sea espontáneo o iatrogénico, se evaluaron para diferentes grupos de edad mediante regresión logística multivariada y se obtuvo como resultado que la edad materna avanzada (40 años o más) se asoció con un mayor riesgo de parto prematuro; mientras que, una edad materna de 30 a 34 años se asoció con el menor riesgo de prematuridad.

De acuerdo a la investigación elaborada por Hu et al., (2020), que tuvo por objetivo investigar la asociación entre el aumento de peso gestacional materno y el parto prematuro según el índice de masa corporal (IMC) previo al embarazo y la edad materna; para ello, se hizo un estudio en un hospital en Quzhou, sur de China, del 1 de enero de 2018 al 30 de junio de 2019 donde se seleccionaron 4274 nacidos vivos, de los cuales 315 (7,4%) fueron nacimientos prematuros; el aumento de peso

gestacional excesivo se asoció significativamente con un mayor riesgo de parto prematuro y el riesgo varió según el aumento de la edad materna y el IMC previo al embarazo. En conclusión, el aumento de peso gestacional materno se asoció significativamente con el riesgo de parto prematuro, pero el riesgo varió según el IMC previo al embarazo y la edad materna.

Según el estudio realizado por (Scime, y otros, 2020), que tuvo como objetivo evaluar si la edad materna avanzada modifica la asociación entre las complicaciones del embarazo y el parto prematuro, y comparar las fracciones atribuibles a la población de parto prematuro por complicaciones en mujeres menores y mayores de 35 años; para ello, se analizaron datos en la población de la Alberta para mujeres de 18 a 50 años con partos únicos vivos en el hospital entre 2014 y 2017; y se obtuvo como resultado que la prevalencia de edad materna avanzada fue de 19,2%; el parto prematuro espontáneo/iatrogénico fueron más comunes entre las mujeres de ≥ 35 años, mientras que la edad modificó el riesgo de parto prematuro solo por preeclampsia, con diferencias de riesgo del 9,9% en mujeres mayores frente al 6,1% en mujeres más jóvenes para parto prematuro espontáneo, y 29,5% frente a 20,8% para parto prematuro iatrogénico.

De acuerdo al estudio transversal realizado por Dueñas (2022), que tuvo como propósito explorar los factores maternos y neonatales asociados al parto prematuro y bajo peso al nacer en un hospital terciario ecuatoriano, para ello se incluyeron los datos de 13.407 nacimientos informados, la proporción de partos prematuros para la edad gestacional fue menor entre las madres más jóvenes, mientras que los partos prematuros niños para la edad gestacional fueron más frecuentes entre las madres mayores; por lo que se demuestra que a pesar de los avances en salud materno infantil observados en Ecuador, aún se necesitan intervenciones en esta población.

El estudio cohorte elaborado por (Esposito & Agnese, 2022), tuvo como objetivo evaluar el papel de la edad materna en la aparición de partos prematuros en la región de Lombardía, norte de Italia; se utilizó una base de datos para identificar a las mujeres que dieron a luz entre 2007 y 2017, se definieron seis grupos de edad materna (< 20, 20–24, 25–29, 30–34, 35–39, ≥ 40 años) y de acuerdo con la edad gestacional dos categorías: < 32 semanas y 32 a 36 semanas, los análisis se realizaron por separado según el tipo de embarazo; se observaron

49.759 (6,6%) nacimientos prematuros, de los cuales 41.807 fueron de feto único y 7.952 fueron múltiples, las tasas de parto prematuro fueron más bajas en las mujeres de 25 a 29 años entre los hijos únicos y en el grupo de 30 a 34 años entre los múltiples. En particular, el riesgo de un parto prematuro fue significativamente mayor para las mujeres menores de 20 años y mayores de 40 años.

(Waldenstrom & Vixner, 2017) investigaron si la edad materna avanzada se asocia con el parto prematuro, independientemente de la paridad de hijos de mujeres de 20 años o más en Suecia, de 1990 a 2011; se utilizó un análisis de regresión en cada grupo para estimar los riesgos de partos prematuros en mujeres de 20-24, 25-29, 30-34, 35-39 y 40 años/más, usando 25-29 años como grupo de referencia; se obtuvo que la edad materna avanzada se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro, independientemente de la paridad, especialmente el parto muy prematuro.

Bases teóricas

2.2.1. Embarazo

El embarazo es una condición en la cual el útero u otra parte del cuerpo implanta los productos de la concepción. El aborto, el parto espontáneo o un parto electivo son todos posibles finales del embarazo. El cuerpo de la madre experimenta cambios significativos que afectan a todos los sistemas de órganos durante este tiempo para apoyar al feto en desarrollo. Para brindarle a la madre y al feto la mejor atención posible, todo profesional médico debe estar atento a los cambios que ocurren durante el embarazo (Pascual & Langaker, 2022).

2.2.1.1 Duración del Embarazo

Desde que se implanta el óvulo fecundado hasta que nace el bebé, el embarazo dura aproximadamente 266 días. Sin embargo, dado que el primer día del último período menstrual suele utilizarse para determinar el comienzo del embarazo, se cree que la duración promedio de un embarazo es de 280 días. Aproximadamente la mitad de todas las mujeres dan a luz a sus bebés dentro de este período de tiempo. Los nacimientos prematuros se definen como aquellos que ocurren entre las 37 0/7 y 38 6/7 semanas de gestación. Los bebés a término son los que nacen entre las 39 y 40 semanas de gestación. Los bebés tardíos son aquellos que llegan entre las 41 0/7 y 41 6/7 semanas. Un niño se considera

postérmino si nace a las 42 0/7 semanas o más de gestación (Mockridge & Maclennan, 2022).

2.2.1.2 Importancia de la Edad Materna

A la luz de la publicación del Informe sobre el estado de las madres en el mundo 2013, Sobreviviendo el primer día, es importante destacar que para ayudar a los bebés a sobrevivir el parto y su primer día de vida, no se puede subestimar el vínculo entre la salud materna y la del recién nacido. Debido a que la salud y la supervivencia de un bebé están vinculadas de manera crítica a la salud de la madre, la salud materna es un precursor de la supervivencia del recién nacido. Y la edad de la madre es significativa (Zakaria & Al-Rumaihi, 2022).

Se estima que alrededor de 16 millones de niñas adolescentes dan a luz cada año. La mayoría de estos nacimientos ocurren en países de bajos y medianos ingresos. Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud indican que una de cada cinco niñas ha dado a luz antes de los 18 años, y esa cifra se eleva a más de 1 de cada 3 niñas en las regiones más pobres del mundo. A menudo, una vez que una niña se convierte en madre, la clasificamos como mujer. Ella es capaz de dar a luz antes de que sea completamente adulta y antes de que sea completamente madura, pero dar a luz no transforma a una niña en una mujer. Y esta diferencia significa mucho para su salud y para la salud de su bebé (Gersh, 2022).

Con demasiada frecuencia, los indicadores de salud materna incluyen el término “mujeres en edad reproductiva, entre 15 y 49 años”. Sin embargo, una niña de 15 años no es una mujer. Y cuando queda embarazada, agruparla con mujeres ignora que tanto ella como su bebé corren un mayor riesgo de sufrir condiciones adversas de salud y muerte debido a su corta edad (Morelli & Broadbent, 2018).

Si actuamos sobre estos mayores riesgos para las niñas embarazadas, podemos asegurarnos de que tengan el apoyo adicional que necesitan de los proveedores de atención médica y los trabajadores de salud comunitarios. Esto ayudará a las niñas a hacer frente a los aspectos físicos de la maternidad con mejor salud, a comprender las fuentes de una mejor salud a través del cambio de comportamiento y a superar los problemas prácticos en el acceso a los servicios de salud. Pero si realmente queremos asegurarnos de que las madres y los bebés no

corran estos riesgos adicionales, tenemos que trabajar para prevenir la maternidad adolescente. Como destaca el Estado Mundial de las Madres 2013, mejorar la educación, la nutrición y la planificación familiar para niñas y mujeres son las intervenciones más eficaces para prevenir embarazos de alto riesgo y salvar vidas de madres y bebés (Gersh, 2022).

Mantener a las niñas en la escuela, especialmente después de llegar a la adolescencia, es una de las formas más efectivas de reducir los riesgos tanto para las madres como para los recién nacidos. Cuando las niñas pueden permanecer en la escuela y retrasar el matrimonio y el embarazo, las estadísticas muestran que tienden a tener menos embarazos, partos más seguros y alimentan a sus hijos con alimentos más nutritivos, criando niños más sanos. Mejorar la nutrición de las adolescentes es otra forma de mejorar los resultados de salud de las madres y los recién nacidos, ya que las niñas desnutridas pueden crecer con retraso en el crecimiento y sufrir una deficiencia de anemia (Fuchs & Barbara, 2018).

Se estima que 55 millones de mujeres adultas en los países en desarrollo sufren retraso en el crecimiento como efecto de la desnutrición durante la infancia. Las madres con bajo peso tienden a tener bebés desnutridos. Promover una dieta sana y equilibrada para niñas y mujeres conducirá a mejores resultados para las madres y los bebés. Finalmente, brindar opciones de planificación familiar e información para las adolescentes y las mujeres, para que puedan decidir cuándo quedar embarazadas y cuántos hijos desean tener, conduce a un embarazo retrasado, un espaciamiento de los nacimientos que es más saludable y conduce a mejores resultados de salud para la madre y el recién nacido (Abdifetah, y otros, 2022).

Centrar los recursos y la atención adicionales en las adolescentes y sus bebés como grupo vulnerable ayudará a acelerar la disminución de la mortalidad materna y neonatal. Desde que la Iniciativa Niña para Resultados y Aprendizaje Financiada por Nike de Save the Children comenzó en mayo de 2011, Save the Children ha implementado más de 75 proyectos en más de 15 países que benefician directamente a las adolescentes y trabajan para mejorar su: seguridad y bienestar, acceso a la educación, salud, oportunidades económicas y tendrá efectos duraderos para ellos, sus descendientes y sus comunidades (Pascual & Langaker, 2022).

2.2.2. Emergencias Ginecológicas

Las emergencias ginecológicas son condiciones de enfermedad del aparato reproductor femenino que amenazan la vida de la mujer, su función sexual y la perpetuación de su fertilidad. Las emergencias ginecológicas comunes se presentan como abdomen agudo, sangrado vaginal anormal o una combinación de ambos, y a menudo están relacionadas con complicaciones tempranas del embarazo, enfermedad pélvica inflamatoria y problemas de anticoncepción. (De la Rosa, Ariza, & Rivas, 2018)

Algunos hospitales, principalmente en el mundo desarrollado, cuentan con Unidades de Ginecología de Emergencia especializadas que brindan una intervención rápida para problemas ginecológicos agudos, como dolor pélvico, menorragia severa, problemas vulvares, enfermedad pélvica inflamatoria aguda, hiperémesis gravídica y problemas posquirúrgicos ginecológicos. Estas unidades suelen estar a cargo de enfermeras especializadas, ecografistas y un equipo médico de ginecología de guardia encabezado por un ginecólogo consultor. El objetivo de una unidad de este tipo es brindar atención médica adecuada de manera rápida, reduciendo así las posibles complicaciones y, al hacerlo, reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas con estos casos. (Sanz & Boira, 2021)

Los avances en la ecografía, las pruebas bioquímicas de embarazo, la cirugía de acceso mínimo y los nuevos antibióticos han llevado al diagnóstico temprano de estas afecciones y a la adopción de enfoques de tratamiento más conservadores. (Sanz & Boira, 2021)

2.2.3. Parto Prematuro

2.2.3.1 Definición

El parto prematuro es el parto que ocurre cuando el nacimiento se da entre las 20 y 36 semanas de gestación. Además, se clasifica en parto prematuro temprano y tardío. El parto prematuro temprano es cuando el bebé nace antes de las 33 semanas, y el parto prematuro tardío es cuando un bebé nace entre las 34 y 36 semanas (Suman & Luther, 2022).

Para (Hollier, 2021), el parto prematuro se define como contracciones uterinas regulares acompañadas de dilatación cervical progresiva y/o borramiento en menos de 37 semanas. Las secuelas adversas a largo plazo del parto prematuro

ocurren principalmente en los nacidos con menos de 34 semanas de edad gestacional. La morbilidad y la mortalidad significativas ocurren particularmente en los nacidos con menos de 30 semanas de edad gestacional. El parto prematuro clínicamente significativo se aplica al parto en el que un retraso produciría una disminución de la morbilidad o mortalidad neonatal. En términos prácticos, esto se aplica a los nacimientos que ocurren antes de las 34 semanas de gestación.

2.2.3.2 Etiología

Las siguientes son etiologías que pueden contribuir al trabajo de parto prematuro: estrés, infección, desprendimiento de placenta, placenta previa, uso de sustancias, antecedentes de parto prematuro o aborto, atención prenatal inadecuada, tabaquismo, edad materna <18 o >40, mala nutrición, bajo índice de masa corporal, anomalía fetal, restricción del crecimiento fetal, oligohidramnios, polihidramnios, sangrado vaginal, ruptura prematura de membranas y factores ambientales. Esta lista no es exhaustiva, y varios otros factores contribuyen al trabajo de parto prematuro. Sin embargo, abarca las razones más comunes que los pacientes presentan en entornos clínicos. (Guideline, 2020)

Según la investigación realizada por (Abdifetah, y otros, 2022), el parto prematuro puede ser secundario a:

1. Ruptura prematura de membranas antes de término (30% a 40% de los partos prematuros)
2. Trabajo de parto espontáneo con membranas intactas (40% a 50% de los partos prematuros)
3. Indicaciones (20% a 28% de parto prematuro), las indicaciones más comunes para un parto prematuro incluyen:
 - Edad gestacional
 - Hipertensión gestacional
 - Hallazgos anormales en el monitoreo fetal
 - Restricción del crecimiento intrauterina
 - Desprendimiento de placenta, a menudo oculto (es decir, oculto)
 - Muerte intrauterina
 - Corioamnionitis

2.2.3.3 Epidemiología

En 2005, la OMS ilustró que los partos prematuros representaban alrededor del 9,5% de los nacimientos en todo el mundo. Eso equivale a casi 13 millones de nacimientos. En los Estados Unidos, el número ronda el 11,4 % a partir de 2013. La tasa alcanzó su punto máximo en 12,8 % en 2006 debido al aumento de la datación del embarazo por ultrasonido, el mayor uso de tecnología de reproducción asistida y la inducción del parto prematuro. Desde entonces, ha disminuido gracias a las mejores prácticas de fertilidad que ahora se aplican. Las tasas de trabajo de parto prematuro varían entre los diferentes estados de los Estados Unidos. Los afroamericanos tienen casi el doble de la tasa de trabajo de parto prematuro en comparación con otros grupos raciales/étnicos. (Tacchino, 2018)

El parto prematuro ocurre en alrededor del 7% al 10% de los embarazos. En un país desarrollado como Canadá, la incidencia no ha cambiado significativamente en los últimos 30 años. Solo alrededor del 1% al 2% de los embarazos dan a luz antes de las 34 semanas. Los recién nacidos con más de 34 semanas de edad gestacional en centros terciarios tienen tasas de supervivencia iguales a las de los nacidos a término, aunque pueden requerir estancias hospitalarias más prolongadas debido a la alimentación y otras dificultades menores. (Tacchino, 2018)

No se puede exagerar la importancia de una datación precisa en el manejo de parto prematuro. Una diferencia de 10 días puede cambiar la probabilidad de supervivencia de casi cero al 30 % o del 30 % al 55 %. Por esta razón, se deben establecer fechas precisas y se debe comunicar de manera efectiva a la paciente la fecha estimada de parto. A las 20 semanas de gestación, todas las mujeres deben conocer la fecha estimada del parto a partir de datos menstruales precisos o de una ecografía, cuando esté disponible. (A, A., & M., 2008)

Cuando existan instalaciones, se recomienda que a todas las mujeres se les ofrezca una ecografía de rutina entre las 18 y las 20 semanas. Este ultrasonido confirmará la edad gestacional basada en la menstruación. Para las mujeres que no tienen buenos datos menstruales, se recomienda una ecografía temprana para establecer la fecha estimada de parto. Una longitud cráneo-rabadilla de 8 a 12

semanas predecirá la fecha esperada de nacimiento dentro de los 5 días (2 desviaciones estándar). (Palencia, 2020)

El setenta y cinco por ciento de la mortalidad neonatal ocurre en bebés prematuros. Las secuelas a largo plazo del parto prematuro incluyen:

- Complicaciones del sistema nervioso central, como parálisis cerebral.
- Retraso en el desarrollo neurológico
- Complicaciones respiratorias, como displasia broncopulmonar
- Ceguera y sordera

Las complicaciones anteriores tienen su mayor incidencia en los nacimientos que ocurren con menos de 30 semanas de gestación. La transmisión del VIH de madre a hijo aumenta con el parto prematuro, posiblemente debido a la asociación con otras infecciones y el sistema inmunitario inmaduro del feto. (Mendoza, Claros, & Mendoza, 2016)

Las cargas físicas, psicológicas y financieras asociadas con el diagnóstico, el tratamiento y el resultado del trabajo de parto y el parto prematuro son significativas. (Abdifetah, y otros, 2022)

2.2.3.4 Fisiopatología

Tres componentes principales contribuyen al trabajo de parto: cambios cervicales, contracciones uterinas persistentes y activación de la decidua y las membranas. La diferencia entre trabajo de parto a término y prematuro es que el primero ocurre a través de un proceso fisiológico normal y el segundo es patológico. Algunos procesos son agudos y otros pueden tardar varias semanas antes del parto prematuro. (Dueñas, Salvador, Tupiza, Andrade, & Martínez, 2022)

Uno de los eventos clave que ocurren en el trabajo de parto prematuro que es patológico es el síndrome de respuesta inflamatoria fetal (FIRS, por sus siglas en inglés), que involucra inflamación sistémica y elevación de la interleucina-6 en el plasma fetal, generalmente en respuesta a un desencadenante como la corioamnionitis. (Retureta, Rojas, & Retureta, 2018)

El hipotálamo fetal envía una señal que conduce a la secreción de hormona de crecimiento, lo que estimula la liberación de ACTH y, por lo tanto, la producción de cortisol por parte de las glándulas suprarrenales fetales, lo que desencadena la activación de la vía del parto. Una afluencia de células inflamatorias en el estroma

cervical conduce a la liberación de citoquinas y prostaglandinas que estimulan la maduración cervical. (Heras, Gobernado, & Mora, 2019)

Estos cambios influyen en las estructuras del colágeno y los glicosaminoglicanos que forman el tejido cervical. El estrógeno estimula la degradación del colágeno mientras que la progesterona la inhibe. Por lo tanto, la progesterona se usa para prevenir o retrasar la maduración. Ambas hormonas están implicadas en la regulación de la formación de uniones comunicantes y la regulación positiva de las proteínas conexina 43 que contribuyen al parto. (Fuchs & Barbara, 2018)

Además, las contracciones son un contribuyente integral al trabajo de parto. El cambio de contracciones miométricas descoordinadas a contracciones uterinas coordinadas se atribuye al control neural. La oxitocina juega un papel esencial en el ritmo circadiano de estas contracciones. (Fuchs & Barbara, 2018)

La degradación de la matriz extracelular se evalúa mediante la detección de fibronectina fetal en las secreciones cervicovaginales y también forma parte del proceso del parto. Cuando se detecta entre las 22 y las 37 semanas de edad gestacional, indica la interrupción de la interfaz decidua-coriónica y un mayor riesgo de parto prematuro. La evidencia implica a la apoptosis como un factor crítico que conduce al proceso anterior. (Glick & Kadish, 2021)

2.2.3.5 Evaluación y Diagnóstico

Como se mencionó anteriormente, el trabajo de parto prematuro se diagnostica principalmente por la historia clínica, los síntomas y el examen físico. La historia pertinente con respecto a las complicaciones obstétricas pasadas y presentes puede ser informativa. Si no se dispone de una ecografía de edad gestacional temprana, se debe realizar una biometría fetal. Los signos vitales maternos, la frecuencia cardíaca fetal, la evaluación de las contracciones uterinas, la frecuencia, la duración y la intensidad son muy importantes en la evaluación de una paciente en trabajo de parto. (Tacchino, 2018)

Se realiza un examen físico para evaluar la firmeza, la sensibilidad abdominal, el tamaño y la posición del feto. El examen cervical puede identificar dilatación y borramiento cervical asintomático. Los síntomas del trabajo de parto prematuro incluyen contracciones regulares antes de la edad gestacional a término

asociadas con cambios cervicales, presión pélvica, calambres menstruales, flujo vaginal acuoso y dolor lumbar. Aunque el dolor lumbar también está presente en el embarazo normal, si ocurre antes del término, tiene una asociación establecida con el trabajo de parto prematuro inminente. (Abdifetah, y otros, 2022)

Si se observa que la dilatación del cuello uterino es de al menos 2 o 3 cm en menos de 34 semanas, es muy probable que la paciente tenga un parto prematuro. Otro indicador es el cuello uterino corto evaluado por ecografía transvaginal. La longitud cervical normal es de 35-48 mm. La definición de cuello uterino corto es una longitud cervical <25 mm a las 16-24 semanas de gestación. Cabe destacar que una ecografía transvaginal puede ayudar a distinguir el borramiento del cuello uterino debido a una insuficiencia cervical frente a un trabajo de parto activo. (A, A., & M., 2008)

La fibronectina fetal que se libera como resultado de la descomposición de la matriz extracelular cervical también es un indicador de trabajo de parto prematuro, aunque es una prueba específica pero no sensible. Si el resultado es negativo, es fuertemente indicativo de una membrana intacta, pero si es positivo, no indica necesariamente una ruptura prematura de membranas. (Fuchs & Barbara, 2018)

Finalmente, la evaluación de laboratorio puede ayudar a determinar la etiología del trabajo de parto prematuro y guiar el manejo. Estos incluyen un cultivo recto vaginal de estreptococos del grupo B. Si no se realiza dentro de las 5 semanas anteriores, se requerirá profilaxis antibiótica. Un cultivo de orina, ya que la bacteriuria asintomática está asociada con un mayor riesgo de trabajo de parto y nacimiento prematuros. En pacientes con abuso de sustancias, una prueba de detección de drogas en orina sería beneficiosa ya que existe un vínculo entre el consumo de cocaína y el desprendimiento de placenta. La prueba de fibronectina fetal es necesaria para mujeres <34 semanas de gestación, dilatación cervical <3 cm y con una longitud cervical de 20-30 mm en la ecografía transvaginal. Pruebas de infecciones de transmisión sexual, ya que pueden contribuir a la etiología del trabajo de parto prematuro. (García, 2018)

2.2.3.6 Tratamiento/Manejo

El manejo se implementa con base en la edad gestacional en que la madre se presenta al hospital. A las >34 semanas, si la madre presenta trabajo de parto prematuro, se la ingresa. Después de una observación de 4 a 6 horas, si no presenta borramiento y dilatación cervical progresiva, se observa bienestar fetal en una prueba reactiva sin estrés y se descartan complicaciones en el embarazo, se la puede enviar a casa con instrucciones de seguimiento. Levántese en 1 o 2 semanas y regrese si hay signos y síntomas adicionales de trabajo de parto prematuro u otros problemas relacionados con el embarazo. (Heras, Gobernado, & Mora, 2019)

Las madres que se presentan antes de las 34 semanas con signos y síntomas de trabajo de parto prematuro son hospitalizadas. En trabajo de parto prematuro con membranas intactas, se usan medicamentos tocolíticos hasta por 48 horas para inhibir el trabajo de parto. (Heras, Gobernado, & Mora, 2019)

CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Diseño de Investigación.

Este será un estudio transversal, exploratorio, descriptivo y de campo. Los siguientes métodos fueron utilizados tanto teórica como empíricamente durante el desarrollo de este estudio.

Métodos a nivel teórico:

El método descriptivo: Se describe en detalle el estado actual del objeto, ayudando a determinar sus principales características.

El método analítico-sintético: El procesamiento de datos de campo es útil porque facilita la comprensión de los resultados.

Métodos a nivel empírico:

Observación científica: Sirve como un importante punto de partida para la recopilación de datos científicos, lo que ayuda a desarrollar una mayor comprensión de cómo se comportan los sujetos de investigación en el mundo real. Esta es la

mejor manera de obtener información directa y directa sobre un proceso, fenómeno u objeto de investigación.

3.2 Operacionalización de variables.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN O CATEGORÍA	INDICADOR	INDICE
P R E M A T U R O	El parto prematuro es el parto que ocurre cuando el nacimiento se da entre las 20 y 36 semanas de gestación. Además, se clasifica en parto prematuro temprano y tardío. El parto prematuro temprano es cuando el bebé nace antes de las 33 semanas, y el parto prematuro tardío es cuando un bebé nace entre las 34 y 36 semanas.	Conocimiento	Grupos de edades maternas	¿Cuáles son los grupos de edades en madres gestantes dónde se puede producir mayor parto prematuro?
			Raza de madres gestantes	¿Cuáles son las razas de las madres gestantes que mayor parto prematuro presentan?
			Partos prematuros por mes	¿Cuántos casos de parto prematuro se han producido por mes?

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN O CATEGORÍA	INDICADOR	INDICE
E D A D E S D E M A D R E S	La edad de madres gestantes es el periodo de edad en el cual una mujer se encuentra en estado de gestación en el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento.	Conocimiento	Grupos de edades maternas	<16, 16-22, 23-30, 31-36, 37-40, >40
			Raza de madres gestantes	Mestiza, blanca, indígena, afroecuatoriana
			Partos prematuros por mes	Diciembre (2022), enero (2023) y febrero (2023)

3.2.1 Variables Independientes

Riesgo de parto prematuro

3.2.2. Variable Dependiente

Edad de madres gestantes

Población y muestra de investigación.

3.3.1. Población.

La población total está constituida por 60 madres adolescentes menores de 16 años y mayores de >40 años con riesgo de partos prematuros que acudieron al By Pass de Babahoyo en el periodo diciembre 2022- mayo 2023.

3.3.2. Muestra.

La población al ser finita se optará por una muestra no probabilística, por conveniencia de los investigadores y decisión propia de las madres gestantes adolescentes y de edad avanzada, por tanto, se contó con 56 madres gestantes con riesgos de partos prematuros.

3.4. Técnicas e instrumentos de medición.

Se usarán las referencias bibliográficas actualizadas.

Se analizará la información otorgada por el centro de salud del By Pass de la ciudad de Babahoyo.

3.4.1. Técnicas

Observación directa de campo: Esta técnica nos permite obtener información mediante un reconocimiento del sector y dimensionar sus problemáticas por sus condiciones geográficas, presencia o carencia de servicios, y sobre las relaciones cotidianas de los habitantes de la comunidad. La información que con esta técnica obtenemos nos permite contrastarla con la que facilitan los informantes clave y tener así una visión más completa sobre la influencia de la edad materna en el riesgo de parto prematuro en gestantes que asisten al control prenatal en el subcentro del By Pass, Babahoyo, en el periodo diciembre 2022- mayo 2023.

3.4.2. Instrumentos

Para la elaboración de las herramientas de recolección de información, tomamos en cuenta las dimensiones del estudio y los indicadores relevantes con el fin de obtener información clara y específica sobre las preguntas de investigación. Se elaborará una ficha de observación de campo.

Cada documento también debe enfocarse en temas clave y realizar un análisis más objetivo mediante la sistematización e integración de la información, y los resultados son más confiables.

3.5. Procesamiento de Datos.

Los datos fueron recolectados con el permiso previo de la Oficina de Estadística del “Subcentro By Pass, Babahoyo” para el período de diciembre de 2022 a mayo de 2023, dando lugar a las etapas fundamentales de la investigación como la clasificación o recolección de datos. Datos relacionados con cada variable objetivo del estudio. El análisis de los datos se llevó a cabo en 4 etapas, entre ellas:

- Validación y edición
- Codificación
- Entrada de datos
- Tabulación y análisis estadístico

Los datos tabulados mostrarán el número de pacientes con riesgo de parto prematuro en el subcentro By Pass de Babahoyo desde diciembre de 2022 hasta mayo de 2023, desglosado por edad, raza y riesgo de parto informado mensualmente.

3.6. Aspectos Éticos

En este estudio, por consideraciones éticas, se han tenido debidamente en cuenta los derechos de propiedad intelectual del autor en cuanto a la teoría y los diversos conocimientos presentados en el estudio, se ha indicado debidamente la fuente de información y se ha reconocido la fuente de información. Luego, esta información debe conservarse para su posible publicación o presentación a través del repositorio digital de la organización, ya que se relaciona con la gestión y las operaciones de la organización.

Adicionalmente, en cuanto a su contextualización y aplicación en la realidad organizacional desplegada por los autores de este estudio, las propuestas de procedimientos y metodologías que fueron creadas e implementadas constituyen propiedad intelectual.

La identidad de la población estudiada en la investigación se ha mantenido en el anonimato debido a la vulnerabilidad que puede generar en la comunidad. Como se trata de un estudio observacional, tampoco requiere su identificación.

3.7. Presupuesto

RECURSOS ECONOMICOS	COSTO
Movilización	50.00
Internet	15.00
Seminarios Y Capacitación	40.00
Redacción E Impresión	45.00
Materiales Bibliográficos	60.00
Fotocopiados	20.00
Fotografías	20.00
Alquiler De Equipos Informáticos	25.00
Alimentación	30.00
Equipos Digitales de Respaldo	15.00
Refrigerios	60.00
Total	380.00

3.8 Cronograma

CRONOGRAMA DEL PROYECTO		DICIEMBRE (2022)	ENERO (2023)	FEBRERO (2023)	MARZO (2023)	ABRIL (2023)	MAYO (2023)
MESES	ACTIVIDADES						
1	Selección del tema	■	■				
2	Aprovisionamiento del tema		■	■			
3	Recopilación de información		■	■	■		
4	Desarrollo del capítulo I		■	■	■		
5	Desarrollo del capítulo II			■	■	■	
6	Desarrollo del capítulo III			■	■	■	
7	Elaboración de las encuestas				■		
8	Aplicación de las encuestas				■		
9	Tamización de la información					■	
10	Desarrollo del capítulo IV					■	
11	Elaboración de las conclusiones						■
12	Presentación de la Tesis						■
13	Sustentación Previa						■
14	Sustentación Final						■

CAPÍTULO IV.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Tabla 1.

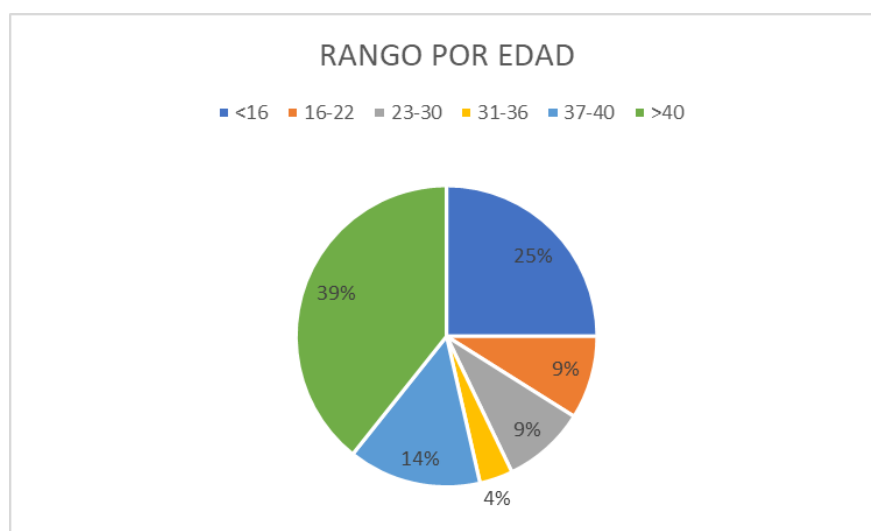
Grupos de edades maternas con riesgo de parto prematuro atendidas en el centro de salud By Pass de Babahoyo desde diciembre de 2022 hasta mayo de 2023

GRUPOS DE EDADES MATERNAS						
EDADES	<16	16 -22	23-30	31-36	37-40	>40
CASOS	14	5	5	2	8	22

Fuente: Centro de salud By Pass Babahoyo
Elaborado por: Marcos Alexander Cruz

Gráfico 1.

Grupos de edades materna



Fuente: Centro de salud By Pass Babahoyo
Elaborado por: Emily Jiménez Cabezas

Resultado: El gráfico y tabla #1 pone en evidencia la relación que existe entre la edad de la gestante y el riesgo de parto prematuro. Se puede observar que en el By Pass de Babahoyo se han reportado 56 casos de riesgo de parto prematuro, de los cuales, 14 casos fueron en pacientes menores de 16 años (25%); no obstante, el valor más elevado de riesgo de partos prematuros fue en pacientes mayores de 40 años con 22 casos (39%).

Tabla 2.

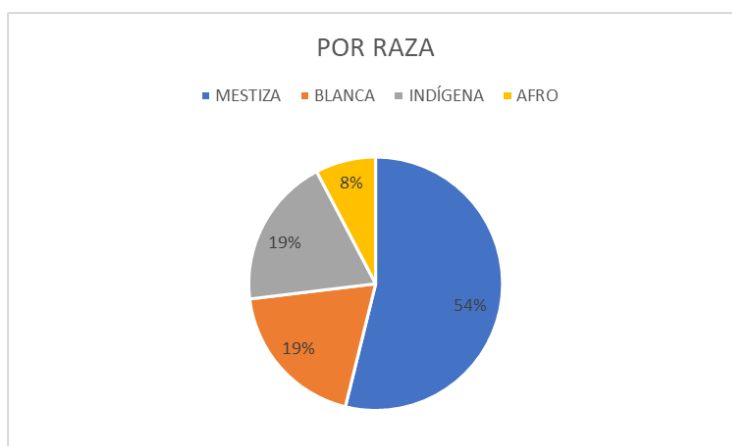
Raza de madres gestantes con riesgo de parto prematuro atendidas en el subcentro By Pass de Babahoyo desde diciembre de 2022 hasta mayo de 2023

RAZA DE GESTANTES				
MESTIZA	BLANCA	INDIGENA	NEGRA	TOTAL
25	17	8	6	56

Fuente: Centro de salud By Pass Babahoyo
Elaborado por: Marcos Alexander Cruz

Gráfica 2.

Raza de madres gestantes



Fuente: Centro de salud By Pass Babahoyo
Elaborado por: Emily Jiménez Cabezas

Resultado: El gráfico y tabla #2 que menciona la raza de la madre gestante y el número de casos de partos prematuros por raza, muestra que la raza mestiza es la que mayor incidencia de casos presenta con un total de 25 casos (54%), seguido de la raza blanca con 17 casos (19%), y en menor proporción la raza indígena (19%) y la raza afroecuatoriana (8%).

Tabla 3.

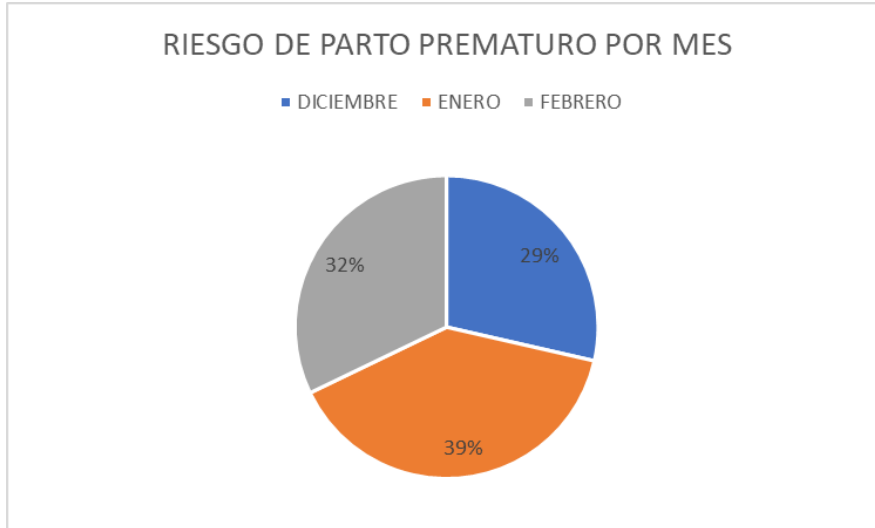
Matriz de riesgo obstétrico de casos reportados de riesgo de parto prematuros por mes

CASOS DE GESTANTES POR MES	
DICIEMBRE (2022)	16
ENERO (2023)	22
FEBRERO (2023)	18
TOTAL	56

Fuente: Centro de salud By Pass Babahoyo
Elaborado por: Emily Jiménez Cabezas

Gráfico 3.

Casos reportados de riesgo de partos prematuros por mes



Fuente: Centro de salud By Pass Babahoyo
Elaborado por: Marcos Alexander Cruz

Resultado: El gráfico y tabla #3 muestran el número de partos prematuros que se han producido por mes, siendo el mes de enero el mes con la tasa más elevada de riesgos de partos prematuros con 22 casos (39%), seguido del mes de febrero con 18 casos (32%) y el mes de diciembre con 16 casos (29%).

Tabla 4.

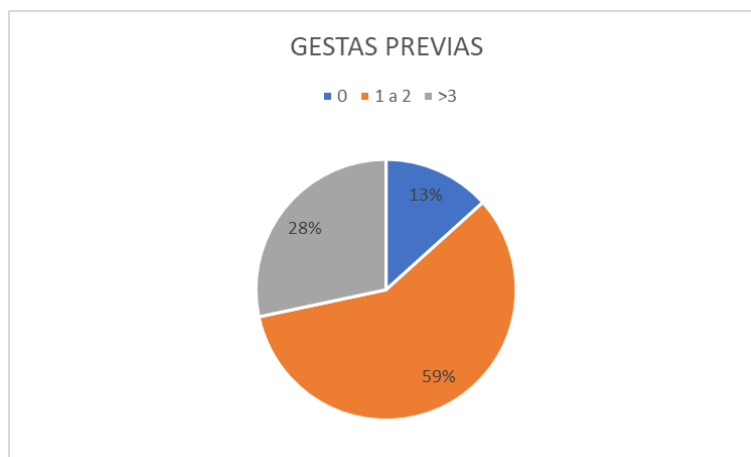
Gestas previas como factor de riesgo de partos prematuros en el subcentro By Pass de Babahoyo desde diciembre de 2022 hasta mayo de 2023.

GESTAS PREVIAS	NÚMERO DE PACIENTES QUE PRESENTAN RIESGO DE PARTO PREMATURO
0	8
1 a 2	31
>3	17

Fuente: Centro de salud By Pass Babahoyo
Elaborado por: Emily Jiménez Cabezas

Gráfico 4.

Gestas previas como factor de riesgo de partos prematuros



Fuente: Centro de salud By Pass Babahoyo
Elaborado por: Marcos Alexander Cruz

Resultados: De acuerdo a las estadísticas se obtuvo que 31 mujeres tuvieron entre a 1 a 2 gestas previas (59%), 17 tuvieron más de 3 gestas (28%), y sólo 8 tuvieron 0 gestas previas (13%).

Tabla 5.

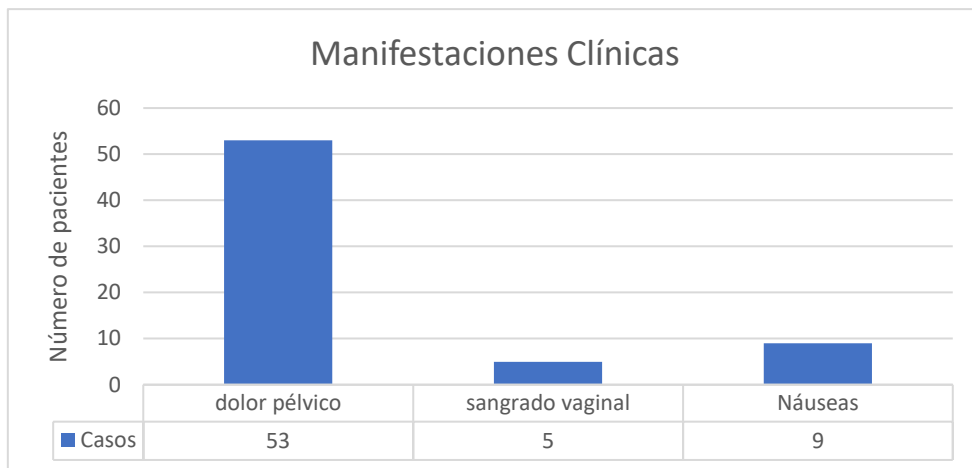
Características clínicas de pacientes con riesgo de parto prematuro atendidas en el centro de salud By Pass de Babahoyo desde diciembre de 2022 hasta mayo de 2023

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	NÚMERO DE PACIENTES QUE PRESENTAN RIESGO DE PARTO PREMATURO
DOLOR PÉLVICO	53
SANGRADO VAGINAL	5
NÁUSEAS	9

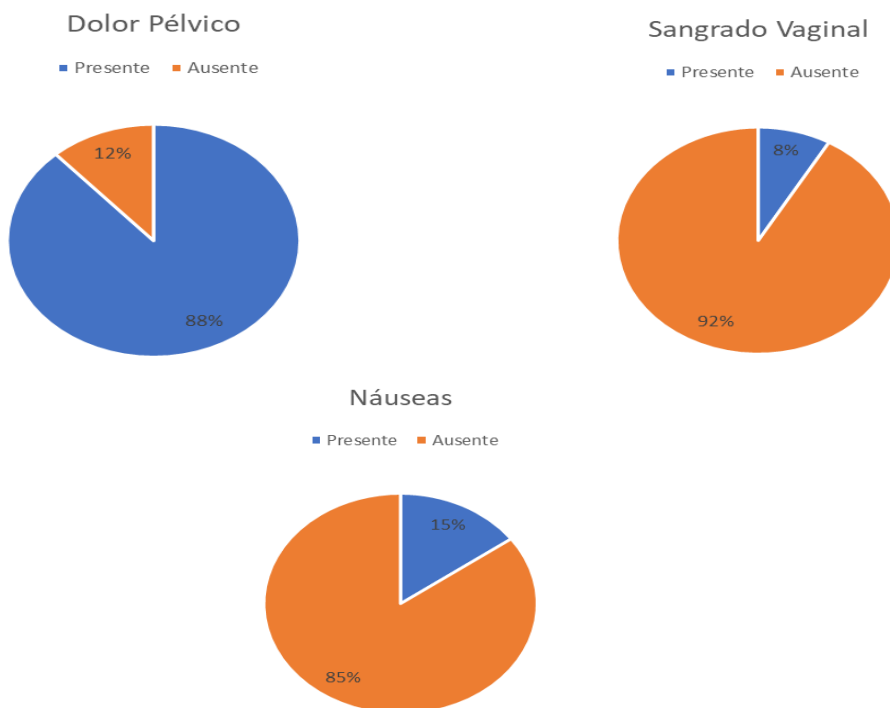
Fuente: Centro de salud By Pass Babahoyo
Elaborado por: Emily Jiménez Cabezas

Gráfico 5.

Manifestaciones clínicas presentes en pacientes con riesgo de parto prematuro



Fuente: Centro de salud By Pass Babahoyo
Elaborado por: Marcos Alexander Cruz



Resultados: Las principales manifestaciones clínicas de las pacientes con riesgo de parto prematuro atendidas en el centro de salud By Pass de Babahoyo desde diciembre de 2022 hasta mayo de 2023 fueron el dolor pélvico, el sangrado vaginal y las náuseas. El dolor pélvico estuvo presente en 53 pacientes (88%), el sangrado vaginal en 5 pacientes (8%) y las náuseas en 9 pacientes (15%).

4.2. Discusión de Resultados

Después de utilizar la herramienta en el entorno de investigación, se realizó la interpretación de los datos obtenidos en el centro de salud By Pass de Babahoyo desde diciembre de 2022 hasta mayo de 2023 para desarrollar relaciones entre los análisis de variables dependientes e independientes; luego, se tabularon los resultados para la siguiente variable.

Gracias a la investigación se pudo concretar que en el By Pass de Babahoyo se han reportado 56 casos de riesgo de parto prematuro según la información brindada por el departamento de estadística, de los cuales, el valor más elevado de riesgos de partos prematuros fue en pacientes mayores de 40 años con 22 casos (39%) y 14 casos fueron en pacientes menores de 16 años (25%). De acuerdo a la raza, se pudo obtener que la raza mestiza es la que mayor incidencia de casos de riesgo de parto prematuro presenta con un total de 25 casos (54%), seguido de la raza blanca con 17 casos (19%), y en menor proporción la raza indígena (19%) seguida de la raza afroecuatoriana (8%).

De acuerdo al número de casos reportados de riesgos de partos prematuros por mes, se obtuvo que, el mes presenta la tasa más elevada de riesgos de partos prematuros con 22 casos (39%), seguido del mes de febrero con 18 casos (32%) y el mes de diciembre con 16 casos (29%). Además, según las gestas previas como factor de riesgo de partos prematuros, se obtuvo que 31 mujeres tuvieron entre 1 a 2 gestas previas (59%), 17 tuvieron más de 3 gestas (28%) y sólo 8 tuvieron 0 gestas previas (13%). Y por último, según las principales manifestaciones clínicas de las pacientes con riesgo de parto prematuro fueron el dolor pélvico, que estuvo presente en 53 pacientes (88%), el sangrado vaginal en 5 pacientes (8%) y las náuseas en 9 pacientes (15%), lo que significa que el dolor pélvico es una manifestación clínica de suma importancia para diagnosticar el parto prematuro.

CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Gracias al estudio realizado en el centro de salud By Pass de Babahoyo durante el período de diciembre de 2022 a mayo de 2023, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Según los datos de la investigación las mujeres mayores de 40 años tienen alta probabilidad de desarrollar complicaciones de riesgo de parto prematuro así como las menores de 16 años.

El dolor pélvico es una sintomatología muy frecuente en las embarazadas con complicaciones asociadas a un parto prematuro, en algunos casos el sangrado puede venir acompañada al dolor pélvico, las náuseas es otro síntoma que manifestaron las gestantes.

La mortalidad neonatal es uno de los principales efectos por causa de las complicaciones del riesgo de parto prematuro de la gestante.

5.2 Recomendaciones

- Educar a la gestantes sobre la importancia de los controles de salud maternos que se realizan mes a mes o según la indicación del obstetra del centro de salud.
- Informar de signos de alarma que pueden presentarse durante su embarazo, para que acudan al centro de salud para su respectiva valoración y el respectivo tratamiento para controlar signos y síntomas lo mas pronto posible

Bibliografía

- A, V., A., C., & M., P. (2008). Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecol Obstet Mex*, 76(9), 8-542. Recuperado el 2 de febrero de 2023, de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=19563>
- Abdifetah, I., Amina, D., Garad, M., Abukar, I., Suban, A., Hassan, A., . . . Abdinasir, U. (2022). Maternal Risk Factors Associated with Preterm Births among Pregnant Women in Mogadishu, Somalia. *Children*, 9(1518), 1-11. doi:<https://doi.org/10.3390/children9101518>
- De la Rosa, Z., Ariza, M., & Rivas, M. (2018). Triage de urgencias obstétrico ginecológicas en el Hospital Materno-Infantil de Granada. *Paraninfo Digital*, 12(28), 1-3. Recuperado el 15 de Febrero de 2023, de <http://www.index-f.com/para/n28/pdf/e036.pdf>
- Dueñas, S., Salvador, C., Tupiza, S., Andrade, M., & Martínez, E. (2022). Maternal and neonatal variables associated with premature birth and low birth weight in a tertiary hospital in Ecuador. *Midwifery*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103332>
- Esposito, G., & Agnese, P. (2022). The role of maternal age on the risk of preterm birth among singletons and multiples: a retrospective cohort study in Lombardy, Northern Italy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 234(2022). doi:<https://doi.org/10.1186/s12884-022-04552-y>
- Fuchs, F., & Barbara, M. (2018). Effect of maternal age on the risk of preterm birth: A large cohort study. *PlosOne*. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191002>
- García, A. (12 de mayo de 2018). Ecuador, tercer país en la región con la tasa más alta de embarazos entre 10 y 19 años. *EL COMERCIO*. Recuperado el 22 de enero de 2023, de <https://www.elcomercio.com/tendencias/sociedad/ecuador-estadisticas-embarazo-adolescente-mama.html>

- Gersh, B. (2022). Maternal adaptations to pregnancy: Cardiovascular and hemodynamic changes. *UpToDate*. Recuperado el 20 de enero de 2023, de https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-25324-0_1
- Glick, I., & Kadish, E. (2021). Management of Pregnancy in Women of Advanced Maternal Age: Improving Outcomes for Mother and Baby. *International Journal of Women's Health*, 13, 751—759. doi:<https://doi.org/10.2147/IJWH.S283216>
- Guideline, M. a. (2020). Maternity and Neonatal Clinical Guideline . *Queensland Clinical Guideline: Preterm labour and birth*, 1-25. Recuperado el 28 de enero de 2023, de https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0019/140149/g-ptl.pdf
- Heras, P., Gobernado, J., & Mora, P. (2019). La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. *Elsevier*, 54(11), 575-580. Recuperado el 2 de Febrero de 2023, de <https://doi.org/10.1016/j.pog.2011.06.012>
- Hollier, M. (2021). Preterm Labour and Preterm Birth. *FOURTH EDITION OF THE ALARM INTERNATIONAL PROGRAM*, 1-9. Recuperado el 25 de enero de 2023, de <https://www.glowm.com/pdf/AIP%20Chap15%20Preterm%20Labour%20Preterm%20Birth.pdf>
- Hu, Y., Han, Q., Han, L., Zou, Y., Hong, D., Liu, J., . . . Liang, Z. (2020). Association between maternal gestational weight gain and preterm birth according to body mass index and maternal age in Quzhou, China. *Scientific Reports*, 10(15863). doi:<https://doi.org/10.1038/s41598-020-72949-w>
- Mella, C. (21 de noviembre de 2020). *PRIMICIAS*. Obtenido de primicias.ec: <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/embarazo-adolescente-crecimiento-meses-pandemia/>
- Mendoza, L., Claros, D., & Mendoza, L. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y. *CHILENA OBSTETRICA GINECOLOGICA*, 81(4), 330-342. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012>

- Mockridge, A., & Maclennan, K. (2022). Physiology of pregnancy. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 23(6), 347-351. doi:<https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2022.02.027>
- Morelli, E., & Broadbent, J. (2018). Pregnancy, parity and periodontal disease. *Australian dental journal*. doi:<https://doi.org/10.1111/adj.12623>
- MSP. (2015). *Guía de Práctica Clínica. Recién nacido prematuro*. Quito: El Telégrafo EP. Recuperado el 23 de enero de 2023, de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>
- Palencia, A. (2020). Parto Prematuro. *Precop SCP*, 9(4), 10. Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/32151104/Precop_9-4-B-libre.pdf?1391525467=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPrecop_9_4_B.pdf&Expires=1675388861&Signature=evlZ~rZ6hlsXuAEMk0bMvUcF0ZDt6J0xCxgSv2IUyj1RXk7HG2F7mUvXylA6BjBrJoY2BQXizuUYa
- Pascual, Z., & Langaker, M. (2022). Physiology, Pregnancy. *StatPearls*. Recuperado el 12 de enero de 2023, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559304/>
- Retureta, S., Rojas, L., & Retureta, M. (2018). Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. *Medisur*, 13(4), 1-9. Obtenido de cielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400008
- Sanz, A., & Boira, E. (2021). Urgencias ginecológicas y obstétricas en la pandemia por COVID-19, ¿qué fue lo que dejamos ver? *Ginecologica Obstetrica Mexicana*, 89(11), 847-856. Recuperado el 15 de Febrero de 2023, de <https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v89n11/0300-9041-gom-89-11-847.pdf>
- Scime, N., Chaput, K., Faris, P., Quan, H., Suzanne, C., & Metcalfe, A. (2020). Pregnancy complications and risk of preterm birth according to maternal age: A population-based study of delivery hospitalizations in Alberta. *Acta obstetricia et gynecologica scandinavica*, 99(4), 459-468. doi:<https://doi.org/10.1111/aogs.13769>

- Suman, V., & Luther, E. (2022). Preterm Labor. *StatPearls*. Recuperado el 25 de enero de 2023, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536939/>
- Tacchino, E. H. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Peru Ginecol Obstet*, 63(3), 6. doi:DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104>
- Waldenstrom, U., & Vixner, L. (2017). Advanced maternal age increases the risk of very preterm birth, irrespective of parity: a population-based register study. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124(8), 1235-1244. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.14464>
- Zakaria, Z., & Al-Rumaihi, S. (2022). Physiological Changes and Interactions Between Microbiome and the Host During Pregnancy. *Frontiers*, 12(2022), 1-10. Recuperado el 16 de enero de 2023, de <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcimb.2022.824925/full>



Centro de Salud By pass (Babahoyo)