



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE BIENESTAR**

**CARRERA DE OBSTETRICIA**

**TEMA O PERFIL DEL PROYECTO DE INVESTIGACION**

**PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE**

**OBSTETRA**

**TEMA**

Factores de Riesgo y Manejo Asociado a Trabajo de Parto Pretérmino en Gestantes que fueron Atendidas en el Hospital General IESS Babahoyo Durante el Periodo Septiembre 2022 – Agosto 2023

**AUTOR**

- Acosta Ramírez Jazmin Zelena
- Herrera Palma Elizabeth Noemí

**TUTOR**

Dr. Hugo Alvarado Franco

Babahoyo - Los Ríos – Ecuador, 2024

## DEDICATORIA

Jazmin Acosta

A mis padres por haber inculcado en mí el deseo de estudiar e impulsarme a seguir adelante, todo en cuanto he logrado se los debo a ellos, a mis hermanos por su apoyo incondicional, a cada uno de ellos por ser mi motivación en todo momento. A mi amiga y compañera de tesis por el gran equipo que llegamos a formar en todo este proceso.

Elizabeth Herrera

A mis padres que no me dejaron sola y me siguen amando a pesar de mis errores y que aún me animan y me apoyan con lo que pueden. A mi amado Lucas Abdiel que haces cada día nacer de mí fuerzas para continuar viviendo, Te Amo. A mi compañera de tesis, querida Jazmin por ser amiga y compañera, infinitas gracias. A mis hermanos por ser motivación (competencia). A mis Sofías por ser parte importante en este proceso, por sus conocimientos y cariño.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios

Por darnos la sabiduría y fortaleza para llevar a cabo la culminación de nuestra etapa académica bajo sus propósitos, ambas no estuviéramos aquí si no fuera por su voluntad.

A nuestro tutor Dr. Hugo Alvarado Franco

Por su guía, paciencia y consejos en todo el proceso investigativo

A nuestro coordinador de tesis Dr. Hugolino Orellana

Por estar pendiente y brindarnos su predisposición a ayudarnos durante la realización de nuestro proyecto.

Al Dpto. administrativo, Dpto. docencia e investigación, TICS, jefa de área Gineco-Obstetricia la Dra. Manuela Escudero del Hospital General IESS Babahoyo.

Por abrirnos las puertas, brindarnos los permisos e información requerida para lograr la terminación de nuestro proyecto investigativo.

**Tema de investigación**

Factores de riesgo y manejo asociado a trabajo de parto pretérmino en gestantes que fueron atendidas en el hospital general IESS Babahoyo durante el periodo septiembre 2022 – agosto 2023

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo y el manejo asociado al trabajo de parto pretérmino en el Hospital General IESS Babahoyo septiembre 2022- agosto 2023

**Método:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo transversal, se basará en la recolección de datos mediante análisis de casos por medio del sistema AS400 del Hospital General IESS Babahoyo y como instrumento del mismo se elabora una ficha de recolección de datos.

**Resultados:** En el presente estudio se identificaron como principales factores de riesgo asociados a trabajo de parto pretérmino a las infecciones del tracto urinario (ITU) con una frecuencia del 21%, los trastornos hipertensivos de embarazo con una frecuencia del 16% y haber tenido antecedente de parto pretérmino con el 13% en gestantes que fueron atendidas en el Hospital General IESS Babahoyo periodo septiembre 2022 – agosto 2023.

Con respecto al manejo, el uso adecuado del manejo activo, en conjunto con el manejo expectante, benefician a la prolongación de la gestación, permitiendo la maduración pulmonar fetal, y en caso de terminar en parto prematuro, mejorar la calidad de vida extrauterina del recién nacido

**Palabras clave:** trabajo de parto pretérmino, factor de riesgo, manejo

## ABSTRACT

**Objective:** Determine the risk factors associated to preterm and treatment labor in pregnant patients in Hospital General IESS Babahoyo september 2022 – august 2023

**Methods:** A cross cutting retrospective descriptive study was conducted, based on data collection through case analysis through the AS400 system of the IESS Babahoyo General Hospital and a data collection sheet is produced as a tool for the collection of data.

**Results:** In the present study, the main risk factors associated with preterm labor were identified as urinary tract infections (UTI) with a frequency of 21%, hypertensive disorders of pregnancy with a frequency of 16% and having a history of preterm delivery with 13% in pregnant women who were attended at the Hospital General IESS Babahoyo from September 2022 to August 2023.

With respect to management, the adequate use of active management, together with expectant management, benefits the prolongation of gestation, allowing fetal lung maturation, and in case of ending in premature delivery, improving the quality of extrauterine life of the newborn.

**Key words:** preterm labor, risk factor, management.

<b>ÍNDICE</b>	
<b>TEMA</b> .....	<b>4</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>CAPITULO I</b> .....	<b>7</b>
<b>1. PROBLEMA</b> .....	<b>7</b>
1.1. Marco contextual.....	7
1.1.1. Contexto Internacional.....	7
1.1.2. Contexto Nacional.....	7
1.1.3. Contexto Local.....	8
1.2. Situación problemática.....	8
1.3. Planteamiento del problema .....	9
1.3.1. Problema General.....	11
1.3.2. Problemas Derivados .....	11
1.4. Delimitación de la investigación.....	11
1.5. Justificación.....	12
1.6. Objetivos.....	13
1.6.1. Objetivo General.....	13
1.6.2. Objetivos Específicos.....	13
<b>CAPITULO II</b> .....	<b>14</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>14</b>
2.1. Marco teórico.....	14
2.1.1. Marco conceptual.....	14

2.1.2. Antecedentes investigativos.....	34
2.2. Hipótesis.....	35
2.2.1. Hipótesis General.....	35
2.2.2. Hipótesis Específicas.....	35
2.3. Variables.....	36
2.3.1. Variables Independientes.....	36
2.3.2. Variables Dependientes.....	36
2.3.3. Operacionalización de las Variables.....	36
<b>CAPITULO III.....</b>	<b>37</b>
<b>3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>37</b>
3.1. Método de investigación.....	37
3.2. Modalidad de Investigación.....	37
3.3. Tipo de Investigación.....	37
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de la información.....	38
3.4.1. Técnicas.....	38
3.4.2. Instrumentos.....	38
3.5. Población y Muestra de Investigación.....	38
3.5.1. Población.....	38
3.5.2. Muestra.....	39
3.6. Cronograma del Proyecto.....	53
3.7. Recursos.....	53
3.7.1 Recursos humanos.....	53-54

3.7.2 Recursos económicos.....	53-54
3.8 Plan de tabulación y análisis.....	54
3.8.1 Base de datos.....	55
3.8.2 Procesamiento y análisis de los datos.....	55
CAPITULO IV	
4 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	56
4.1 Resultados obtenidos de la investigación.....	57
4.2 Análisis e interpretación de datos.....	60-61-62-63
4.3 Conclusiones.....	64
4.4 Recomendaciones.....	65-66
CAPITULO V	
5. PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN.....	67
5.1 Título de la Propuesta de Aplicación.....	67
5.2 Antecedentes.....	68-69
5.3 Justificación.....	70-71-72
5.4 Objetivos.....	72
5.4.1 Objetivos generales.....	72
5.4.2 Objetivos específicos.....	73

5.5 Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación.....	73
5.5.1 Estructura general de la propuesta.....	74-75
5.5.2 Componentes.....	76-77
5.6 Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación.....	77-78
5.6.1 Alcance de la alternativa.....	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79-80-81-82-83
ANEXOS.....	86

## Introducción

El parto pretérmino sigue siendo una causa importante de problemas de salud y muerte en los recién nacidos en todo el mundo. Aunque la atención prenatal ha mejorado, entender los factores que aumentan el riesgo de nacimiento pretérmino es esencial para prevenirlo y tratarlo. Esta propuesta de investigación busca examinar detalladamente los diversos factores de riesgo, que van desde aspectos biológicos hasta factores socioeconómicos, ambientales y de estilo de vida, con el objetivo de desarrollar estrategias efectivas para reducir la incidencia de nacimientos pretérmino.

Una de las razones por la cual se justifica este proyecto de investigación es el impacto en la salud pública, ya que el parto pretérmino es una de las causas principales de mortalidad infantil y contribuye considerablemente a la carga de enfermedad a nivel mundial. La comprensión de los factores de riesgo relacionados con el nacimiento pretérmino es crucial para la formulación de estrategias de prevención eficaces y la mejora de los resultados durante el período perinatal.

Otra razón a mencionar es el potencial de intervención, ya que la identificación y comprensión de los factores de riesgo asociados con el parto pretérmino presentan una oportunidad para el desarrollo de intervenciones dirigidas específicamente a los grupos de riesgo identificados. Estas intervenciones pueden abarcar desde programas de educación prenatal hasta cambios en el estilo de vida, así como políticas de salud pública orientadas a disminuir la incidencia de nacimientos pretérmino.

Además, hace referencia en la mejora en la atención perinatal, ya que la investigación sobre los factores de riesgo relacionados con el parto pretérmino puede ayudar a identificar de

manera más precisa a las mujeres en riesgo y facilitar una atención prenatal más personalizada y fundamentada en evidencia científica. Este enfoque podría resultar en una disminución de las tasas de parto pretérmino y en una mejora significativa de los resultados perinatales.

En cuanto a los objetivos del presente proyecto llevado a cabo en el Hospital General IESS Babahoyo durante el periodo septiembre 2022 hasta agosto 2023, se mencionan a continuación:

1. Identificar la incidencia del parto pretérmino mediante la revisión estadística de casos atendidos.
2. Identificar los factores de riesgo asociados al trabajo de parto pretérmino en las gestantes que fueron atendidas por presentar dicha patología.
3. Determinar el manejo a seguir del trabajo de parto pretérmino en base a la revisión bibliográfica y de la conducta obstétrica llevada a cabo en las pacientes que forman parte del grupo de estudio.

Con respecto a la metodología:

- Revisión sistemática de la literatura científica para identificar factores de riesgo conocidos y emergentes asociados con el parto pretérmino.
- Análisis de base de datos epidemiológicos y registros médicos para evaluar la prevalencia y el impacto de los factores de riesgo identificados.
- Diseño y ejecución de estudios observacionales prospectivos y retrospectivos para investigar la relación entre los factores de riesgo y la incidencia de parto pretérmino.

- Análisis estadístico multivariado para identificar factores de riesgo independientes y desarrollar modelos predictivos de parto pretérmino.
- Desarrollo e implementación de intervenciones preventivas y terapéuticas, incluyendo programas de educación prenatal, apoyo psicosocial y cambios en el estilo de vida.

Esta investigación tiene el potencial de generar conocimientos significativos sobre los factores de riesgo asociados con el parto pretérmino y desarrollar intervenciones efectivas para reducir su incidencia. Los hallazgos obtenidos pueden informar políticas de salud pública, guiar la práctica clínica y mejorar los resultados perinatales. Además, al integrar múltiples disciplinas y enfoques metodológicos, este proyecto puede fomentar la colaboración interdisciplinaria y promover la investigación en el campo del parto pretérmino.

## Capítulo I

### 1. Problema

#### 1.1 Marco Contextual

##### 1.1.1. Contexto Internacional

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los principales factores de riesgo que conllevan al parto pretérmino son: infección intrauterina, hemorragia decidual, sobredistensión de la musculatura uterina y estrés materno o fetal. Además de estos, otros elementos como la insuficiencia vascular útero-placentaria, la respuesta inflamatoria exagerada, factores hormonales, insuficiencia cervical y predisposición genética también ejercen influencia en este proceso.

Es importante destacar que otros factores de riesgo pueden influir en el parto pretérmino, como la presencia de ciertas condiciones médicas preexistentes en la madre, como hipertensión arterial, diabetes, infecciones genitourinarias, problemas con el cuello uterino o el útero, así como factores ambientales, socioeconómicos y de estilo de vida, como el estrés, la falta de atención prenatal adecuada, el tabaquismo, el consumo de alcohol y la desnutrición.

Sin embargo, los antecedentes de parto pretérmino previo son particularmente relevantes como factor de riesgo, ya que indican una predisposición individual que puede influir en el riesgo de parto pretérmino en embarazos futuros.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el manejo del trabajo de parto pretérmino (TPP) están diseñadas para ayudar a los profesionales de la salud a optimizar la atención y mejorar los resultados perinatales en casos de TPP. A continuación,

algunas recomendaciones clave expuestas en el Manual de Recomendaciones para el Embarazo y el Parto Prematuro (Organización Panamericana de la Salud, 2019):

1. **Identificación temprana y evaluación inicial:** Es crucial identificar y evaluar a las mujeres en riesgo de TPP lo antes posible durante el embarazo. Esto puede incluir la evaluación de factores de riesgo conocidos, como antecedentes de parto pretérmino previo, múltiples embarazos, infecciones genitourinarias o condiciones médicas preexistentes.
2. **Monitorización fetal y materna:** Durante el trabajo de parto pretérmino, es importante realizar una monitorización continua de la madre y el feto para detectar cualquier signo de complicaciones. Esto puede incluir la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal, la evaluación de las contracciones uterinas y la observación de signos de infección o ruptura prematura de membranas.
3. **Administración de corticosteroides:** La administración de corticosteroides, como la betametasona o la dexametasona, está recomendada para las mujeres en riesgo de TPP entre las semanas 24 y 34 de gestación. Los corticosteroides ayudan a acelerar la maduración pulmonar fetal y reducen el riesgo de complicaciones respiratorias neonatales.
4. **Uso prudente de tocolíticos:** Los tocolíticos se pueden utilizar para retrasar el parto en casos de cuadro clínico de trabajo de parto pretérmino para permitir la administración de corticosteroides y transferir a la madre a un centro de mayor complejidad en caso de ser necesario. Sin embargo, su uso debe ser cuidadosamente considerado, ya que no están exentos de riesgos y pueden no ser beneficiosos en todos los casos.

5. Traslado a centros de atención especializada: Las mujeres en riesgo de TPP deben ser derivadas a centros de atención perinatal especializados con capacidad para manejar complicaciones neonatales prematuras, como unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y equipos multidisciplinarios de atención perinatal.
6. Apoyo psicosocial: Es importante brindar apoyo psicosocial a las mujeres y sus familias durante el trabajo de parto pretérmino y después del nacimiento del bebé prematuro. Esto puede incluir asesoramiento, educación sobre el cuidado del recién nacido prematuro y acceso a recursos de apoyo comunitario.

### **1.1.2. Contexto Nacional**

Según el Ministerio de Salud Pública (MSP), los principales factores de riesgo para el parto pretérmino incluyen: infecciones urinarias, bajo índice de masa corporal, tabaquismo, antecedentes de parto pretérmino, distensión uterina debido a polihidramnios o embarazo múltiple, nivel socioeconómico bajo, procedimientos como conización cervical, cerclaje cervical y amniocentesis, deficiencias nutricionales, así como sangrado vaginal durante el segundo o tercer trimestre del embarazo.

De acuerdo al manejo, las recomendaciones otorgadas por la Guía de Práctica Clínica Recién Nacido Prematuro del 2015 se resumen en:

- La calidad de atención durante el parto y el primer mes de vida tiene un impacto duradero en la vida de los recién nacidos pretérmino.
- La prevención del parto pretérmino es la estrategia más efectiva para proteger la salud de los recién nacidos, ya que la morbilidad relacionada es más alta a edades gestacionales más tempranas.

- Los primeros siete días después del nacimiento representan el período de mayor riesgo, con el 75% de la mortalidad ocurriendo durante este tiempo, lo que subraya la importancia de medidas preventivas y tratamiento oportuno.
- Las mujeres identificadas como de alto riesgo de parto pretérmino deben ser remitidas a centros de atención de segundo o tercer nivel con experiencia en el cuidado de recién nacidos prematuros.
- Los médicos deben considerar el uso de fármacos tocolíticos para permitir la finalización de un ciclo de corticosteroides prenatales y/o la transferencia intrauterina a centros de atención de segundo y tercer nivel.
- Se recomienda administrar antibióticos a las madres con antecedentes de ruptura prematura de membranas para reducir el riesgo de parto pretérmino.

### **1.1.3. Contexto local**

En el Hospital General IESS Babahoyo cuenta con una Unidad Intensivos Neonatales (UCIN) creada desde el 2014, considerada como la mejor a nivel regional, por el equipamiento que posee, cuenta con 9 camas disponibles para recibir recién nacidos prematuros a partir de las 32 semanas de gestación; área ubicada en el segundo piso, brinda servicios como:

- Monitorización continua a recién nacidos
- Apoyo respiratorio
- Monitoreo y tratamiento de condiciones médicas
- Cuidado centrado en la familia
- Método canguro
- Recomendaciones para la transición a la atención domiciliaria
- Atención a recién nacidos referidos de otras instituciones medicas

- Apoyo a la lactancia materna

Seguido se encuentra el centro obstétrico que cuenta con 2 habitaciones para atención del parto, área de labor de parto con disponibilidad de 5 camas y 1 quirófano destinado específicamente para procedimientos gineco-obstétricos.

Área de hospitalización gineco-obstétrico, ubicado también en el segundo piso, cuenta desde la habitación 2-01 a 2-16 con un total de 30 camas

## **1.2 Situación problemática**

El parto pretérmino es una situación compleja que puede tener diversos factores de riesgo asociados, tanto biológicos como socioeconómicos. Algunos de los factores de riesgo más comunes incluyen:

- Antecedentes de parto pretérmino previo
- Embarazo múltiple
- Infecciones del tracto genital
- Complicaciones durante el embarazo como preeclampsia y diabetes gestacional
- Hábitos de vida poco saludables como fumar o consumir alcohol
- Edad materna (tanto temprana como avanzada)
- Factores socioeconómicos como falta de acceso a atención prenatal adecuada
- Condiciones de estrés psicosocial como violencia doméstica o estrés emocional.

Estos factores pueden aumentar la probabilidad de parto pretérmino y requieren atención y manejo adecuados durante el embarazo para reducir el riesgo.

El manejo del trabajo de parto pretérmino (TPP) presenta una serie de desafíos para los profesionales de la salud y los sistemas de atención médica:

1. Dificultad en la predicción: Es complicado prever qué mujeres experimentarán un TPP, dificultando la identificación temprana y la intervención preventiva.
2. Complejidad en la gestión: El TPP puede implicar diversas complicaciones médicas que requieren un enfoque multidisciplinario y atención especializada para mejorar los resultados tanto maternos como neonatales.
3. Riesgos para la salud materna y neonatal: El TPP aumenta el riesgo de complicaciones como problemas respiratorios, infecciones y trastornos neurológicos para la madre y el bebé.
4. Limitaciones en recursos: La disponibilidad limitada de recursos y servicios especializados, como unidades de cuidados intensivos neonatales, puede impactar negativamente el manejo y los resultados del TPP.
5. Coordinación de la atención: El manejo efectivo del TPP requiere una coordinación entre diferentes proveedores de atención médica, lo que puede ser un desafío en entornos donde la atención es fragmentada.
6. Estrés emocional y psicológico: Tanto las mujeres como sus familias enfrentan altos niveles de estrés emocional, lo que puede afectar su salud mental y bienestar emocional.
7. Falta de seguimiento a largo plazo: Después del parto pretérmino, tanto la madre como el bebé pueden necesitar seguimiento médico a largo plazo para abordar

posibles complicaciones, pero esto puede ser difícil de lograr en algunos sistemas de atención médica.

El manejo del parto pretérmino se basa en varios factores, como la edad gestacional, la salud de la madre y del feto, y la presencia de complicaciones. Como enfoque general tenemos:

1. Evaluación y diagnóstico: Se realiza una evaluación rápida y completa para determinar la edad gestacional, evaluar la salud de la madre y el producto, y determinar la inminencia del parto pretérmino.
2. Administración de corticosteroides: Si el parto pretérmino es inminente entre las semanas 24 y 34, se pueden administrar corticosteroides a la madre para ayudar a madurar los pulmones del producto y reducir el riesgo de complicaciones respiratorias.
3. Uso de tocolíticos: Se pueden utilizar medicamentos para retrasar el parto pretérmino y permitir la administración de corticosteroides y la transferencia de la madre a un centro especializado.
4. Transferencia a un centro especializado: Las mujeres en riesgo de parto pretérmino deben ser trasladadas a un centro con capacidad para manejar complicaciones neonatales prematuras, como una unidad de cuidados intensivos neonatales.
5. Monitoreo continuo: Durante el trabajo de parto pretérmino, tanto la madre como el bebé deben ser monitoreados para detectar signos de complicaciones y tomar medidas apropiadas.
6. Apoyo emocional y psicológico: Es importante proporcionar apoyo emocional y psicológico adecuado tanto a la madre como a su familia.

7. Planificación del alta hospitalaria y seguimiento a largo plazo: Después del parto pretérmino, tanto la madre como el neonato pueden necesitar seguimiento médico a largo plazo para monitorear y abordar posibles complicaciones, así como para apoyar el desarrollo y el bienestar del recién nacido.

### **1.3 Planteamiento del problema**

El parto pretérmino es un problema de salud pública que afecta a millones de bebés en todo el mundo, con consecuencias significativas para su salud a corto y largo plazo. Sin embargo, la etiología exacta del parto pretérmino aún no se comprende completamente, lo que dificulta su prevención y tratamiento efectivos.

En este contexto, surge la necesidad de investigar y comprender los factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Estos factores pueden variar desde antecedentes médicos maternos, como enfermedades crónicas, hasta factores socioeconómicos, como el acceso a la atención médica prenatal adecuada, y factores ambientales, como el estrés y la exposición a contaminantes.

El problema radica en la complejidad y la interacción de estos factores de riesgo, así como en la falta de comprensión completa de su contribución individual y combinada al parto pretérmino. La identificación temprana y la intervención en estos factores de riesgo podrían tener un impacto significativo en la prevención del parto pretérmino y en la mejora de los resultados tanto para la madre como para el recién nacido.

Por lo tanto, es fundamental investigar y analizar sistemáticamente los factores de riesgo asociados al parto pretérmino para informar políticas de salud pública, guiar la práctica clínica y desarrollar estrategias efectivas de prevención y manejo.

Sin embargo, los principales factores de riesgo que se han ido evidenciando son trastornos médicos como diabetes gestacional, trastornos hipertensivos, hemorragia anteparto, infecciones intrauterinas, enfermedades fetales como infecciones, macrosomía, malformaciones congénitas, embarazo múltiple, factores socioeconómicos y socioculturales.

Este trabajo de investigación está encaminado a determinar factores de riesgo presentados y la conducta obstétrica a la cual fueron sometidas las gestantes con diagnóstico de parto pretérmino atendidas en el Hospital General IESS Babahoyo en el periodo comprendido entre septiembre 2022 hasta agosto del 2023

### **1.3.1. Problema general.**

¿Cuáles son los factores de riesgo y el manejo asociado al trabajo de parto pretérmino en las gestantes que fueron atendidas en el Hospital General IESS Babahoyo durante el periodo Septiembre 2022 – Agosto 2023?

### **1.3.2. Problema específico.**

- ¿Cuál es la incidencia que presenta el trabajo de parto pretérmino en las gestantes que fueron atendidas en el Hospital General IESS Babahoyo durante el periodo Septiembre 2022 – Agosto 2023?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al trabajo de parto pretérmino en las gestantes que fueron atendidas en el Hospital General IESS Babahoyo durante el periodo Septiembre 2022 – Agosto 2023?

- ¿Cuál es el manejo a seguir según los factores de riesgo más frecuentes asociados al trabajo de parto pretérmino en las gestantes que fueron atendidas en el Hospital General IESS Babahoyo durante el periodo Septiembre 2022 – Agosto 2023?

#### **1.4. Delimitación de la investigación**

Este proyecto de investigación está delimitado a la población gestante atendida en el Hospital General IESS Babahoyo, durante el periodo Septiembre 2022 – Agosto 2023

#### **1.5. Justificación**

El porqué del presente proyecto de investigación deriva de varias razones:

- Salud pública: El parto pretérmino es una causa importante de morbimortalidad neonatal y puede tener repercusiones significativas en la salud a largo plazo del niño. Comprender estos factores es esencial para desarrollar estrategias de prevención y reducir su incidencia.
- Mejora de la atención prenatal: Identificar los factores de riesgo puede permitir una mejor identificación y manejo de mujeres en riesgo durante el embarazo. Esto incluye intervenciones preventivas y un monitoreo más intensivo durante la atención prenatal, potencialmente reduciendo la incidencia de parto pretérmino.
- Intervenciones dirigidas: Con una comprensión más completa, se pueden desarrollar intervenciones más efectivas dirigidas a grupos de alto riesgo, como programas de educación prenatal, intervenciones de estilo de vida y políticas de salud pública adaptadas a las necesidades individuales.

- Reducción de costos de atención médica: Abordar los factores de riesgo puede reducir estos costos y mejorar los resultados a largo plazo.
- Generación de conocimiento: La investigación contribuye al conocimiento científico y puede generar nuevas ideas para la prevención y el manejo del parto pretérmino, con impactos positivos a nivel local e internacional.

El beneficio de este trabajo es mediante el mismo determinar factores de riesgo más frecuentes, como afectan al inicio del trabajo de parto pretérmino y exponer los diferentes manejos utilizados y cuál de estos mejores resultados a brindado para así establecer posibles soluciones o acciones preventivas de acuerdo al factor de riesgo más predominante presente en las gestantes que forman parte de la muestra estudiada.

Este trabajo beneficiara abriendo nuevas líneas de investigación de acuerdo a la información expuesta y a futuras gestantes en la prevención de complicaciones, posible disminución de la tasa de partos pretérmino y como consecuencia la mortalidad neonatal. Debido a que el parto pretérmino es de fisiopatología multifactorial es complicado entablar la estrategia adecuada para disminuir las cifras antes mencionadas, pero se hace referencia a un adecuado control prenatal.

Por otro lado, los efectos del parto pretérmino generan inestabilidad económica en la familia debido a la necesidad de atención médica especializada. Esta atención requiere de un sistema de salud fortalecido para proporcionar un tratamiento neonatal inicial, así como asumir los costos de servicios de salud después del alta de la unidad neonatal.

## **1.6. Objetivos**

### **1.6.1. Objetivo general.**

Determinar los factores de riesgo y el manejo asociado al trabajo de parto pretérmino en el Hospital General IESS Babahoyo septiembre 2022- agosto 2023

### **1.6.2. Objetivo específico.**

- Identificar la incidencia de trabajo de parto pretérmino en el Hospital General IESS Babahoyo septiembre 2022- agosto 2023
- Identificar los factores de riesgo asociados al trabajo de parto pretérmino en gestantes que fueron atendidas en el en el Hospital General IESS Babahoyo septiembre 2022- agosto 2023.
- Determinar el manejo a seguir ante el cuadro clínico del trabajo de parto pretérmino en las gestantes que fueron atendidas en el Hospital General IESS Babahoyo septiembre 2022- agosto 2023.

## Capítulo II

### 2. Marco teórico

#### 2.1. Marco teórico

Un factor es un elemento que interviene en conjunto con otros, mientras que la noción de riesgo se refiere a la proximidad o la probabilidad inminente de un daño. (Porto, 2021)

Se define al tratamiento o manejo médico como el conjunto planificado de medios que objetivamente se requiere como un plan terapéutico para curar o aliviar una lesión. (Española, 2023)

##### 2.1.1. Marco conceptual.

El trabajo de parto pretérmino está definido por la presencia de contracciones uterinas regulares con modificaciones cervicales que se produce entre las 22.0 y 36.6 semanas de gestación. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020)

En la Guía de Práctica Clínica realizada por Ministerio de Salud Pública sobre el control prenatal se clasifican a los factores de riesgo como:

- **Factores de riesgo modificables:** Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, el cual puede ser prevenible y controlado. (Ministerio de Salud Pública, 2015)
- **Factores de riesgo no modificables:** Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, la cual no puede ser revertido. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Entre los factores riesgo modificables tenemos:

- Controles prenatales deficientes: menos de 4 visitas prenatales o 1 visita después de las 20 semanas de gestación.
- Infecciones del tracto urinario
- Consumo de tabaco
- Anemia de moderada a grave
- Amenaza de parto pretérmino
- Hábitos tóxicos
- Pielonefritis
- Violencia intrafamiliar

Entre los factores de riesgo no modificables están:

- Baja escolaridad
- Múltiples compañeros sexuales.
- Fecha de última menstruación incierta
- Condiciones sanitarias y vivienda inadecuada
- Anomalía de pelvis diagnosticada
- Baja talla materna (<1.45m)
- Aumento de peso excesivo o insuficiente: > 15 kg o < 5 kg
- Condiciones socioeconómicas desfavorables
- Bajo peso preconcepcional (IMC< 20)
- Hemorragia del primer trimestre
- Diabetes gestacional controlada
- Embarazo gemelar

- Edad materna extrema (<16 o >35 años)
- Historia obstétrica desfavorable (óbito fetal, muerte neonatal, malformaciones congénitas)
- Polihidramnios u oligoamnios
- Preeclampsia con o sin signos de gravedad
- Incompetencia cervical

### **Epidemiología**

La prevalencia del parto pretérmino constituye del 7-10% de los nacimientos. Se describe de estos un aproximado del 65% de muertes perinatales, siendo esta la causa principal de morbilidad neonatal. (Ochoa & Pérez Dettoma, 2009)

El parto pretérmino es un problema de salud comunitario, se considera un aproximado de 13,4 millones de partos en el mundo son pretérmino. En 2019, aproximadamente 900.000 niños fallecieron a causa de las complicaciones asociadas al parto pretérmino. (Organización Panamericana de la Salud, 2023)

A muchos de los nacidos pretérmino a largo plazo pueden presentar discapacidad, además de dificultades en el aprendizaje, problemas visuales y auditivos.

A nivel global la prematuridad es la principal causa de mortalidad en los niños menores de cinco años.

### **Fisiopatología**

En el trabajo de parto a término es de causa multifactorial, es decir son varios los desencadenantes, pero la más aceptada es la respuesta inflamatoria, la inflamación a nivel de los tejidos gestacionales como miometrio, cuello uterino, membranas fetales y decidua, es un precursor importante para el inicio del parto. Por lo tanto, se produce un estado fisiológico en el que procesos inflamatorios a nivel uterino, fetal y materno preceden y acompañan al inicio del trabajo de parto. Este estado se caracteriza por un aumento en la secreción de citocinas y quimiocinas por parte de las membranas fetales a nivel decidual y en el miometrio. Además, se produce la secreción de metaloproteinasas por la matriz, lo que provoca la rotura de la membrana fetal y la maduración cervical. Estos procesos actúan como mediadores que promueven las contracciones del miometrio.

Otra teoría es el bloqueo en el sistema de señalización de la progesterona, esto conlleva al aumento en la contractibilidad y excitabilidad del miometrio del útero produciendo una disminución de la matriz extracelular del cuello uterino, seguido de un ablandamiento y dilatación del cérvix.

En el caso del parto pretérmino, estos mecanismos se activan de forma inapropiada y en edades gestacionales menores a las 37 semanas. Esto ocurre principalmente ante un proceso infeccioso, mecánico o anatómico que conduce al parto pretérmino.

Según (Morones Rodríguez, 2024) tiene relación con la activación prematura del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal materno o fetal: el incremento en la producción placentaria y liberación de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) seguido del incremento en la secreción y liberación de la hormona adrenocorticotrópica hipofisiaria fetal (ACTH) estimulan a

producción de estrógenos placentarios y prostaglandinas que actúan en el miometrio favoreciendo el inicio del trabajo de parto.

### **Etimología y Factores de riesgo**

El parto en el ser humano es definido como los cambios anatómicos, fisiológicos, bioquímicos, endocrinológicos, inmunológicos y clínicos que ocurren en la madre y/o feto, tanto en el parto a término como pretérmino. Esta vía incluye: 1) incremento en la contractilidad uterina; 2) cambios cervicales; y, 3) activación de la decidua y membranas corioamnióticas. (Espinoza, 2008)

Parto pretérmino espontáneo: responsable de las dos terceras partes de los partos pretérmino. En este grupo, solo el 15% de las pacientes tienen antecedentes de parto pretérmino, mientras que el 85% son primigestas o han tenido embarazos a término.

Parto pretérmino iatrogénico: aquel que ocurre por decisión médica ante la presencia de complicaciones durante el embarazo que representan un riesgo grave para la madre, el producto o ambos, y que hacen necesario interrumpir la gestación. Estas complicaciones pueden abarcar:

1. Preeclampsia severa
2. Restricción del crecimiento intrauterino con anomalías en el Doppler
3. Colestasis intrahepática
4. Rotura prolongada de membrana (antes de las 37 semanas)
5. Placenta previa con hemorragia
6. Desprendimiento prematuro de la placenta (Huertas Tacchino, 2018)

Algunos de los factores de riesgos relacionados al trabajo de parto y el parto pretérmino pueden identificarse como “modificables”.

Factores obstétricos con probabilidad que la mujer corra un riesgo alto de tener un trabajo de parto y parto pretérmino:

- Antecedente de un parto pretérmino previo
- Embarazo múltiple
- Antecedentes ginecológicos como alguna anomalía en los órganos reproductores.
- Antecedente de aborto en el segundo trimestre de gestación, mayor a las 16 semanas
- Alteraciones vasculares
- Corioamnionitis
- Antecedentes quirúrgicos, como conización cervicouterina o dilatación y legrado uterino instrumental
- Longitud cervical durante el embarazo (< a 25 mm corroborado por ecografía endovaginal)

También determinadas patologías, que ocurren durante el embarazo pueden desencadenar un trabajo de parto y parto pretérmino, como las siguientes:

- Infecciones del tracto urinario
- Infecciones de transmisión sexual
- Infecciones genitales
- Hipertensión arterial crónica, preeclampsia; en casos severos eclampsia o Síndrome HELLP
- Ciertas anomalías en el desarrollo del feto

- Periodo intergenésico menor a 6 meses entre el parto y el inicio del siguiente embarazo.
- Diabetes
- Desprendimiento de placenta normo inserta
- Sobredistención uterina, como ejemplo: Polihidramnios
- Ruptura prematura de membranas

Factores relacionados al entorno que podrían aumentar el riesgo de tener un trabajo de parto y parto pretérmino son los siguientes:

- Edad materna: Gestantes menores de 18 años son más propensas a un trabajo de parto pretérmino, y gestantes mayores a 35 años son más propensas a tener enfermedades que causan complicación y requieren una intervención inmediata, muchas veces terminando en parto pretérmino.
- Etnia: La raza afroamericana tiene incidencia del 50% al trabajo de parto pretérmino
- Hábitos maternos como: fumar, beber alcohol y el consumo de drogas
- Violencia intrafamiliar, incluyendo abuso físico, sexual y/o emocional
- Trabajo con horarios extendidos y largas jornadas en pie
- Insuficiencia y/o ausencia de controles prenatales
- Estado nutricional materno: Bajo Índice de Masa corporal ( $< a 19 \text{ kg/mt}^2$ ) o alto índice de Masa Corporal ( $> a 30\text{kg/mt}^2$ )
- El estrés materno
- Obesidad

## Ilustración 1

### *Factores de riesgo asociados a parto pretérmino*

Factores de riesgo para parto prematuro
<b>Historia gineco-obstétrica previa</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto prematuro previo</li> <li>• Cirugía cervical previa (ej.: cono leep)</li> <li>• Legrados múltiples</li> <li>• Malformaciones uterinas</li> </ul>
<b>Factores demográficos maternos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;17 o &gt; 35 años</li> <li>• Menor nivel educacional (sin enseñanza escolar completa)</li> <li>• Menor nivel socioeconómico</li> <li>• Período intergenésico breve (&lt; 6 meses)</li> <li>• Otros factores sociales (ej.: mal acceso a la salud, maltrato familiar)</li> </ul>
<b>Estado nutricional/actividad</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMC &lt;19 kg/m<sup>2</sup> o peso preconcepcional &lt;50 kg</li> <li>• Desnutrición</li> <li>• Horario laboral extremadamente largo (&gt; 80 horas/semanales)</li> <li>• Labor física extenuante (ej.: turnos nocturnos, estar de pie &gt; 8 horas diarias)</li> </ul>
<b>Características del presente embarazo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepción por fecundación asistida (ej.: IVF)</li> <li>• Embarazos múltiples</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad fetal (ej.: aneuploidía, malformaciones, RCIU, óbito fetal)</li> <li>• Sangrado Vaginal (ej.: Metrorragia del 1° y 2° trimestres, placenta previa, DPPN)</li> <li>• Poli u Oligoamnios</li> <li>• Condiciones médicas maternas (ej. HTA cr, diabetes, etc.)</li> <li>• Cirugía abdominal maternal intra-embarazo</li> <li>• Trastornos psicológicos (ej. stress, depresión)</li> <li>• Abuso de sustancias:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tabaco</li> <li>○ Consumo de alcohol excesivo</li> <li>○ Cocaína</li> <li>○ Heroína</li> </ul> </li> <li>• Infección:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vaginosis bacteriana</li> <li>○ Trichomoniasis</li> <li>○ Chlamydia</li> <li>○ Gonorrhea</li> <li>○ Sífilis</li> <li>○ Infecciones urinarias (ej. bacteriuria asintomática, pielonefritis)</li> <li>○ Infecciones virales severa</li> <li>○ Infección intrauterina</li> </ul> </li> </ul>
<b>Factores asociados a predicción de riesgo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cérvix corto entre las 14 y 28 semanas</li> <li>• Fibronectina fetal positiva en secreción cervicovaginal entre las 22 y 34 semanas</li> </ul>

Fuente: Manual de Ginecología y Obstetricia 14ta edición (Cabrera, 2023)

## **Evaluación y diagnóstico**

El diagnóstico del trabajo de parto pretérmino se da por conjunto de la historia clínica de la paciente, síntomas y signos que presente la gestante y es clave para la toma de decisiones.

Entre los signos y síntomas que pueden asociarse al trabajo de parto pretérmino están:  
(Morones Rodríguez, 2024)

El diagnóstico se basa en la confirmación de presencia de contracciones uterinas con modificación cervical

- Medición de la dinámica uterina mediante palpación manual o cardiotocografía. No se ha determinado con exactitud el número de contracciones necesarias para definir el trabajo de parto pretérmino, pero por lo general se consideran 4 en 20 o 30 minutos, con una duración de más de 30 segundos, palpables y dolorosas.
- Valoración digital o tacto vaginal, se valora dilatación, borramiento, posición, consistencia y altura de la presentación (Índice de BISHOP), previamente se debe descartar la presencia de anomalías de inserción placentaria y explorar el canal vaginal, mediante especuloscopia por la posibilidad de encontrar la bolsa amniótica protruyendo a través del cérvix (Ochoa & Pérez Dettoma, 2009). En la región genital al examen con espéculo se evalúa el cuello uterino y el canal vaginal en busca de la presencia de hidrorrea, leucorrea o un sangrado vaginal. El tacto vaginal se tratará de evitar ya que aumenta el riesgo de infección, solo se realizará en caso de que haya dudas ecográficas o la sospecha de trabajo de parto en curso.

### **Pruebas diagnósticas:**

#### **Longitud cervical**

Se sugiere que la evaluación transvaginal del cérvix en mujeres embarazadas con indicación clínica de amenaza de parto pretérmino (APP) sea una parte importante de su evaluación inicial. Esta medición tiene un gran significado al momento de la identificación de mujer con alto riesgo de parto pretérmino. Además, puede ser beneficiosa para evitar intervenciones médicas innecesarias. Un cérvix con una longitud mayor a 3,0 cm se considera un cérvix largo, lo que disminuye significativamente la probabilidad de un parto pretérmino, a menos que las contracciones uterinas sean causadas por otros factores, como lo sería desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Sin embargo, es más probable que ocurra un parto pretérmino cuando la longitud del cérvix es inferior a 1,5 o 2,0 cm. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2014)

### **Prueba Bioquímica**

Las pruebas como la fibronectina fetal (fFN) y la nueva alfa microglobulina-1 placentaria (PAMG-1) son pruebas utilizadas para la evaluación de gestantes con sospecha de amenaza de parto pretérmino (APP). Se basan en la detección de estas sustancias en el canal vaginal de las pacientes con sospecha de amenaza de parto pretérmino. Esta muestra se recoge del fondo de saco vaginal, evitando contaminar la muestra con otras sustancias introducidas por el canal vaginal, por eso es importante tomar la muestra antes de realizar la ecografía transvaginal. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2014)

### **Uso de ecografía Doppler de arterias uterinas**

Estudios han revelado que el flujo sanguíneo uterino normal antes del embarazo es aproximadamente de 45 mL/min y aumenta significativamente hacia el final del embarazo, alcanzando alrededor de 750 mL/min. Este incremento en el flujo sanguíneo está asociado con

cambios anatómicos en las arterias uterinas y modificaciones fisiológicas en el sistema cardiovascular durante el embarazo, lo que favorece una mejor perfusión sanguínea hacia el útero mediante el incremento del flujo sanguíneo. (Pérez Olivera, 2020)

Los cambios están dados por el aumento del gasto cardiaco, remodelación vascular, vasodilatación e incremento de la volemia, entre otros. Se ha demostrado que el flujo sanguíneo uterino disminuido se asocia con inadecuado desarrollo vascular uteroplacentario, restricción de crecimiento intrauterino (RCIU), amenaza de parto pretérmino, abortos y preeclampsia. (Pérez Olivera, 2020)

El uso de ecografía Doppler de las arterias uterinas en un método confiable y no invasivo para evaluar la perfusión uteroplacentaria, calcula el flujo de la sangre en los vasos sanguíneos haciendo rebotar ondas sonoras de alta frecuencia en los glóbulos rojos circulantes. Las mediciones no son afectadas por la edad gestacional. (Reyna Villasmil, y otros, 2022)

Un estudio realizado con pacientes que fueron ingresadas con contracciones uterinas prematuras de 24 a 35 semanas de gestación fueron evaluadas por velocimetría Doppler de arterias uterinas durante la contracción uterina máxima y por valoraciones obstétricas comunes, en donde se registraron las ondas de velocidad de flujo durante la contracción uterina máxima durante tres ciclos cardíacos consecutivos. (Pérez Olivera, 2020)

Los estudios examinan que los índices Doppler de las arterias uterinas para la predicción de parto pretérmino, se demostró que los valores son más elevados en pacientes que presentan parto pretérmino inminente comparado con aquellas que no. Los índices Doppler de las Arterias uterinas se han utilizado para demostrar que existe isquemia placentaria en pacientes con amenaza de parto pretérmino. (Reyna Villasmil, y otros, 2022)

## **Tratamiento, manejo y prevención**

La progesterona juega un papel importante en el mantenimiento del embarazo. Los niveles circulantes aumentan siendo su fuente el cuerpo lúteo la semana 8 de embarazo y la placenta a partir de entonces. Uno de los principales mecanismos de acción es la inhibición de las contracciones del miometrio. Los niveles de progesterona se mantienen hasta el final del embarazo y durante el trabajo de parto, pero las alteraciones complejas en la actividad de su receptor dan como resultado una disminución en el momento de inicio del trabajo de parto. (Silva Fernandez , 2024)

El empleo de fármacos uteroinhibidores son la piedra angular para el manejo del trabajo de parto pretérmino con objetivo de retrasar el nacimiento de 2 a 7 días permitiendo la administración de un esquema completo de maduración pulmonar. Se administran cuando se confirma el diagnóstico de trabajo de parto pretérmino; sin embargo, Los fármacos utilizados para prolongar la gestación no deben ser empleados si existen indicaciones adversas, entre ellas la preeclampsia grave, hemorragia o enfermedad cardiaca significativa, ya que pueden aumentar el riesgo de compromiso y colapso hemodinámico materno. (Ruoti, 2020)

Se sugiere el uso de corticoides antenatales a todas las gestantes con riesgo de parto pretérmino entre las 24,0 y 34,6 semanas de gestación. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2014)

Estudios realizados concluyen que la administración de corticoides disminuye en forma significativa la mortalidad neonatal y las secuelas neurológicas de los fetos nacidos a las 23 semanas de gestación, por lo que pueden ser empleados en gestantes con riesgo de parto pretérmino entre las 23,0 y las 23,6 semanas de gestación. Los beneficios de la administración de

corticoides sobrepasan ampliamente los riesgos potenciales y deben administrarse a todas las pacientes entre la semana 24,0 y 34,6 semanas de gestación, independientemente del sexo fetal, de la raza o de la posible terapia con surfactante (ProSEGO, 2012)

### **Progesterona y su importancia en el trabajo de parto pretérmino**

La progesterona es usada en la prevención del parto pretérmino proponiendo varios mecanismos de acción: efecto antiinflamatorio, reduce la actividad contráctil del miometrio uterino. La progesterona natural micronizada disminuye la actividad contráctil del miometrio y previene la maduración cervical. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020)

El uso de progesterona es la estrategia más eficaz para reducir el riesgo de parto pretérmino recurrente. La suplementación con progesterona en mujeres de 16 a 24 semanas de gestación es beneficiosa.

- La dosificación vaginal con progesterona natural micronizada se dosifica con frecuencia en capsulas de 100 a 200 mg/día
- En inyección intramuscular de 17 alfa - hidroxiprogesterona caproato (17-OHPC) la dosis es 250mg/semana

La progesterona micronizada puede usarse en mujeres con o sin antecedentes de parto pretérmino en embarazos previos si tienen longitud cervical de  $\leq 20$  mm antes de las 24 semanas de gestación. (Iza Aquietta, 2023)

### **Tipo, dosis y administración de tocolíticos**

El tocolítico de más uso son los bloqueantes de los canales de calcio (Nifedipina).

El tratamiento inicial será de 20 mg vía oral cada 4-6 horas, se administrará a dosis máxima de 120mg/día. Si no existe respuesta al tratamiento inicial, puede añadirse 10 mg vía oral como dosis de rescate pasado 20 min desde la primera dosis y 10 mg en los 20 min siguientes (administrando máximo 40 mg durante la primera hora). Los efectos secundarios a la administración de la Nifedipina pueden ser cefalea, rubor, hipotensión, por lo cual estas pacientes deben ser monitorizadas, teniendo un control del pulso y de la tensión arterial cada 30 minutos la primera hora. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020)

Según (Ruoti, 2020) menciona como tocolítico a los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, también conocidos como inhibidores de ciclooxigenasa (COX), estos son antiinflamatorios no esteroideos, entre ellos el más utilizado es la indometacina. Otro agente de esta familia menos utilizado es ketorolaco.

- Indometacina: Se inicia con 50-100 mg por vía oral o 100 a 200 mg vía rectal, y se continua con 25 a 50 mg cada 4 a 6 horas por 48 horas. Para la administración vaginal se aplica 1 supositorio de 100 mg en fondo de saco posterior cada 12 horas (dos dosis), tomando en cuenta el riesgo del cierre prematuro del ductus arterioso presentado desde las 27 semanas de gestación, y especialmente a partir de la semana 32. La administración de este fármaco se asoció a la reducción del flujo urinario fetal, provocando oligohidramnios (Ruoti, 2020)
- Ketorolaco: La administración es por vía intramuscular con una primera dosis de 60 mg, seguido de 30 mg cada 6 horas hasta la inhibición de la actividad uterina o hasta las 48 horas.
- Según (Ruoti, 2020)manifiesta también el uso de Sulfato de magnesio como inhibidor de la contractibilidad uterina, Se administra mediante una dosis inicial

intravenosa de 4 a 6 gramos durante un período de 20 a 30 minutos, seguido de una infusión intravenosa continua de 1 a 2 gramos por hora. Durante el tratamiento, es crucial monitorizar continuamente el gasto urinario, los reflejos osteotendinosos, el pulso y asegurarse de que la frecuencia respiratoria no exceda las 12 respiraciones por minuto; como efectos adversos maternos: bochornos, náuseas, vomito, cefalea, entre otros; entre los efectos adversos fetales está la disminución de movimientos respiratorios fetales, así como un descenso en la variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal, evaluada por cardiotocografía.

El sulfato de magnesio es usado como medio de neuroprotección, en este caso se comenzará neuroprofilaxis fetal ante la sospecha de parto inminente o aumento de las condiciones obstétricas en gestantes, tanto en embarazo único o múltiples antes de las 32 semanas de gestación para reducir el riesgo de parálisis cerebral (PCI) en los recién nacidos que sobreviven, administrar hasta el parto o durante las 12 – 24 horas. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2014)

En un artículo realizado por (Meller, Izbizky, & Otaño, 2015) indica que el uso de sulfato de magnesio como neuroprotector ante la amenaza de un parto pretérmino antes de las 32 semanas podría reducir el riesgo de parálisis cerebral y disfunción motora gruesa a corto plazo en un 30-40%. Aunque persisten controversias sobre el mecanismo de acción, régimen de administración, límite de edad gestacional para su indicación y la magnitud del beneficio a largo plazo, la evidencia actual sugiere que el sulfato de magnesio podría ser utilizado en el manejo de pacientes con riesgo inminente de parto pretérmino. Se destaca su aparente eficacia independientemente de la causa del parto pretérmino, evidenciada en estudios con pacientes con trabajo de parto pretérmino y rotura prematura

de membranas. Además, a diferencia de los corticoides que requieren administrarse al menos 24 horas antes del parto para lograr su máximo beneficio, la ventana de oportunidad para la administración de sulfato de magnesio es más corta.

En un ensayo publicado en Cochrane se menciona que el grupo tratado con sulfato de magnesio, en comparación con aquellas pacientes que recibieron placebo o ningún tocolítico alternativo durante el embarazo, mostró un incremento leve en el riesgo de muerte total (fetal, neonatal, infantil) (CR 4.56; IC del 95%: 1.00 a 20.86; dos ensayos, 257 recién nacidos). No se encontraron diferencias en este resultado al comparar el sulfato de magnesio con otras clases de tocolíticos (diez ensayos, 991 recién nacidos). Las muertes neonatales e infantiles, así como las muertes fetales, no variaron entre el grupo con sulfato de magnesio y aquel sin este, ya sea en comparación con placebo/ningún tocolítico alternativo o cualquier clase específica de fármaco tocolítico. No se ha demostrado que el sulfato de magnesio sea eficaz para retrasar el parto o prevenir el parto pretérmino, y no ofrece ventajas evidentes en varios resultados neonatales y maternos como agente tocolítico. Por otra parte, puede estar relacionado con un aumento en el riesgo de mortalidad fetal, neonatal o infantil total, a diferencia de su aplicación en grupos seleccionados de pacientes para la neuroprotección materna, fetal, neonatal e infantil, donde se han observado efectos beneficiosos. (Meller, Izbizky, & Otaño, 2015)

- Otros fármacos mencionados son los Betamiméticos entre ellos el más estudiado es la Ritrodina, este fármaco se administra por vía intravenosa a una dosis de infusión inicial de 50 µg/min y se puede aumentar cada 20 minutos, con una dosis máxima de 350 µg/min. Durante la infusión, es importante controlar el pulso

materno y vigilar de cerca el estado de hidratación de la paciente, ya que la sobrecarga de líquidos puede aumentar el riesgo de edema pulmonar. Debido a que estos fármacos atraviesan la placenta, pueden causar efectos secundarios similares en el feto, como taquicardia fetal, hiperinsulinemia, hiperglucemia fetal y riesgo de hipoglucemia neonatal. Por lo tanto, no se debe utilizar en mujeres con enfermedad cardíaca y solo con mucha cautela en embarazadas con diabetes mellitus o patología tiroidea mal controladas. (Ruoti, 2020)

### **Tipo, dosis y administración de corticoides**

Los tratamientos que han demostrado ser efectivos en la maduración pulmonar han sido:

- Betametasona, 12mg cada 24 horas durante 48 horas (2 dosis)

intramuscular o,

- Dexametasona, 6mg cada 12 horas durante 48 horas (4 dosis)

intramuscular. (ProSEGO, 2012)

El número de dosis administradas no superará las 6 dosis.

Solo se recomienda administrar dosis en repetición si reaparece o persiste el riesgo de trabajo de parto pretérmino en los próximos 7 días.

- Si el riesgo reaparece de 7 a 14 días luego de la primera dosis, se administrará sólo 12 mg de Betametasona vía intramuscular.
- Si el riesgo reaparece pasados los 14 días desde la primera dosis, se administrará dosis completa (12mg cada 24 h por 2 días)

- Si el riesgo sigue o reaparece durante los primeros 7 días después de la primera dosis de corticoide, no es necesario administrar nuevas dosis. (Murillo, y otros, 2022)

Entre las 22,0 y menos de 24,0 semanas, a pesar de los avances en el manejo neonatal de estos recién nacidos, debido la alta morbi-mortalidad en dicha edad gestacional, se considerará la prescripción de corticoide de forma individualizada, si el parto es inminente en las próximas horas, tras la comunicación entre el equipo multidisciplinario y la familia. Si tras tener la información se consensua su administración, la pauta a seguir es la misma que en gestaciones de 24,0 – 34,6 semanas de gestación. (Murillo, y otros, 2022)

Debido al efecto hiperglucemiante de los corticoides, aquellas pacientes que presentan diabetes pregestacional y diabetes gestacional será importante monitorizar glicemias. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020)

En un estudio publicado en Cochrane realizado por (Walters, McKinlay, Middleton, Harding, & Crowther, 2022) se examinaron 11 ensayos con un total de 4895 mujeres y 5975 lactantes. La evidencia de alta certeza de estos ensayos señala que tratar a mujeres en riesgo de parto pretérmino con dosis repetidas de corticosteroides siete o más días después de un ciclo inicial, en comparación con no repetir el tratamiento, disminuyó el riesgo de que los lactantes experimentaran el síndrome de distrés respiratorio (RR 0.82; IC del 95%: 0.74 a 0.90; 3540 lactantes; NNTB 16; IC del 95%: 11 a 29). Este enfoque mostró poco o ningún impacto en la enfermedad pulmonar crónica (RR 1.00; IC del 95%: 0.83 a 1.22; 5661 lactantes).

Los beneficios a corto plazo para los lactantes incluyeron una disminución en la dificultad respiratoria y una reducción en la incidencia de problemas de salud graves en las

semanas iniciales luego del nacimiento al aplicar dosis repetidas de corticosteroides prenatales a gestantes con riesgo de parto pretérmino siete días o más después del primer ciclo. (Walters, McKinlay, Middleton, Harding, & Crowther, 2022)

### **Uso de antibióticos.**

No se ha podido demostrar la utilidad de los antibióticos para prolongar el embarazo y reducir la morbilidad neonatal en mujeres con trabajo de parto pretérmino. En estudios se compararon el tratamiento con antibióticos con placebo para pacientes con trabajo de parto pretérmino documentado y no se encontraron diferencias entre el tratamiento con antibióticos y el placebo para prolongar el embarazo o prevenir el parto pretérmino, y las complicaciones neonatales como el síndrome de dificultad respiratoria o la sepsis neonatal. (Iza Quieta, 2023)

No se recomienda la administración indiscriminada de antibióticos profilácticos en las gestantes con amenaza de parto pretérmino, ya que a largo plazo se ha observado un incremento de parálisis cerebral en los niños cuyas madres recibieron placebo. Se recomienda el uso de antibióticos en mujeres con amenaza de parto pretérmino en el tratamiento de la infección intraamniótica subclínica y corioamnionitis clínica. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020)

La frecuencia de la invasión microbiana de la cavidad amniótica en pacientes entre 15 y 37 semanas de gestación con ruptura prematura de membranas es entre el 34% y 50%. (Ovalle & Figueroa, 2021)

### **Vía del parto en fetos pretérminos**

La edad gestacional y la presentación fetal son claves en la decisión de las vías del parto:

Si el parto se produce entre las 26,0 y las 36,6 semanas de gestación, se determinará por la posición fetal:

- En presentación cefálica habrá preferencia en el parto vía vaginal si no existe complicaciones o contraindicaciones maternas o fetales.
- En presentación podálica se tiene la preferencia al abordaje por vía abdominal con cesárea

En caso de que el parto se produzca entre las 23,0 y 25,6 semanas de gestación:

- Se recomienda individualizar los casos en gestaciones con presentación cefálica, valorando la edad gestacional, la progresión del parto, la experiencia del profesional que atiende el parto y las características de la paciente (nulípara, multípara, antecedentes de cesárea previa).
- En caso de presentación no longitudinal se opta por la cesárea como el abordaje adecuado.

El abordaje por cesárea se asocia a un aumento de las complicaciones respiratorias neonatales como lo son: diestres respiratorio, necesidad de surfactante y de soporte respiratorio con presión positiva. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020)

### **La cesárea rutinaria y sus complicaciones en el recién nacido**

La cesárea o el parto por cesárea es el uso de la cirugía para alumbrar a los niños cuando médicamente es necesario y cuando un parto vaginal pondría en riesgo la vida de la madre o del niño. Cuando está justificado desde el punto médico este se convierte un procedimiento que salva vidas, sin embargo, ha existido un incremento en el uso excesivo de la cesárea en todo el mundo. (Prado Murrieta, 2020)

La cesárea, cuando está médicamente justificada, puede ser efectiva para prevenir la morbi-mortalidad materna y perinatal en ciertos casos, sin embargo, su avance y desarrollo ha conducido a un uso irracional, debido a:

- La programación por los especialistas para asegurarse un parto corto y programarse en su trabajo con anterioridad.
- El pedido directo de la gestante que desea un parto sin dolor
- La necesidad del entrenamiento de los médicos residentes. (Pino Anaya, Zorrilla Delgado, Rodriguez Lizana, & Ochoa Yupanqui, 2021)

Las complicaciones respiratorias, particularmente el distrés respiratorio, son comúnmente reportadas como las complicaciones más frecuentes asociadas con los partos por cesárea. El riesgo de desarrollar distrés respiratorio está estrechamente relacionado con el método de parto. Durante el inicio del trabajo de parto vaginal, el feto experimenta estrés y sus pulmones comienzan a expulsar el líquido residual a través de su boca en preparación para su primera respiración. Este proceso se ve facilitado por las contracciones uterinas y los movimientos realizados por el feto en el canal vaginal. (Moncayo Rivera, Moncayo Rivera, Serpa Calderon, & Chacha Suscal, 2021)

En contraste, en los partos por cesárea, este mecanismo natural no ocurre, lo que puede aumentar significativamente la probabilidad de complicaciones respiratorias en el recién nacido hasta cuatro veces más en comparación con los nacimientos vaginales. (Moncayo Rivera, Moncayo Rivera, Serpa Calderon, & Chacha Suscal, 2021)

### **2.1.2. Antecedentes investigativos**

Un estudio por cohorte ecuatoriana en Riobamba realizado por (Meneces & Mera, 2020), tuvo por objetivo evaluar el factor de riesgo con mayor incidencia al parto pretérmino, recolectando información en 61 casos de los cuales el 83.6% correspondían a mujeres primigestas, un 65.6% de los casos correspondía a una infección vaginal, un 63.9% estaba ligado a Ruptura Prematura de Membranas (RPM), seguido de Oligohidramnios constituyendo el 62.3% de los casos.

En un estudio realizado en el Hospital Universitario de la ciudad de Guayaquil por (Salazar, Guevara & Domínguez, 2021) en el cual fueron estudiadas 159 pacientes, donde el mayor porcentaje (25%) correspondía al grupo de edades entre 19 a 26 años. La causa más frecuente que provocó amenaza de parto pretérmino fue la infección de vías urinarias con un 65%. En lo referente a la edad gestacional se observa una mayor incidencia del trabajo de parto pretérmino entre las 27 a 30 semanas de gestación con un 36%.

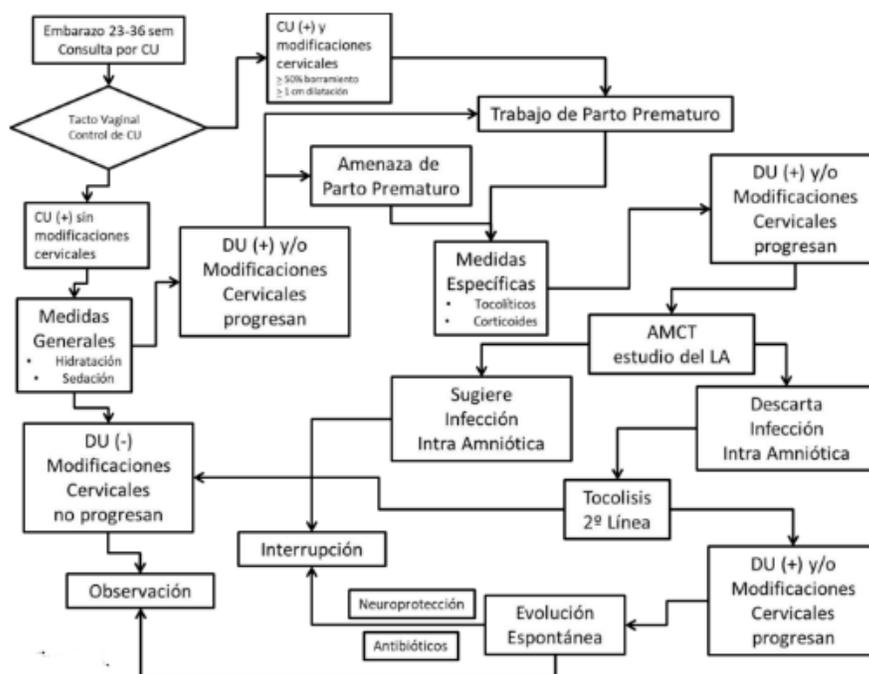
Entre ciertos aspectos psicológicos que están asociados al trabajo de parto pretérmino según estudio realizado en el Hospital Universitario de Guayaquil en el año 2017, se registró que en un 56% de pacientes que tuvieron parto pretérmino correspondía a edades de 18 a 19 años, además se observó que un 67% de ellas su nivel de escolaridad era secundaria, mientras que el 15,5% presenta un nivel de instrucción superior, lo cual genera una carga de responsabilidad más alta. (Montesdeoca Tamayo & Ramírez Haro, 2021)

Al examinar los resultados de un estudio realizado por (Sanchez Orbe, Rodriguez Vargas, Batista Garabitos, Hernández Castillo, & Montesano, 2022), se notó que uno de los factores de riesgo más significativos era que el 65.4% de las personas analizadas habían experimentado más de dos embarazos, de los cuales el 52.94% tenían antecedentes de abortos. El embarazo múltiple se destacó como el factor de riesgo más fuerte, con Odds Ratios que oscilan entre 2.34 y 10.78.

Otros riesgos importantes vinculados a partos pretérmino incluyen enfermedades obstétricas, especialmente la anemia (31.6%), seguida de infecciones urinarias (17.5%), siendo las infecciones vaginales las más prevalentes (44.5%). Los controles prenatales influyen notablemente en el pronóstico del embarazo; se observó que el 36% de los participantes no especificaron la cantidad de chequeos prenatales, lo que aumenta la probabilidad de un parto pretérmino. Se concluyó que la falta de controles prenatales representó la causa más común de parto pretérmino, con un 64.1%.

## Ilustración 2

*Flujograma para la toma de decisiones en el cuadro clínico del trabajo de parto pretérmino*



Fuente: Manual de Ginecología y Obstetricia Edición 14ta (Cabrera, 2023)

## **2.2.Hipótesis**

### **2.2.1. Hipótesis general.**

Existe un mayor riesgo de trabajo de parto pretérmino en gestantes con patologías presentes durante el embarazo atendidas en el Hospital General IESS Babahoyo durante el periodo Septiembre 2022 – Agosto 2023

### **2.2.2. Hipótesis específicas.**

- La falta de información sobre el cuidado e higiene durante el embarazo constituye un importante factor de riesgo que, como consecuencia se realizan actos que predisponen el trabajo de parto pretérmino
- Las infecciones de vías urinarias tienen gran incidencia con la estimulación de la actividad uterina
- El manejo activo es una alternativa positiva para el tratamiento de la amenaza de parto pretérmino

## **2.3.Variables**

### **2.3.1. Variables independientes.**

- Factores de Riesgo

### **2.3.2. Variables dependientes.**

- Manejo

### 2.3.3. Operacionalización de las Variables

Variable	Definición conceptual	Tipo de Variable	Dimensión o Categoría	Indicadores	Instrumento
Factores de riesgo asociados a parto pretérmino	Conjunto de factores que implica complicaciones en el periodo perinatal que pueden culminar mortalidad o morbilidad en el recién nacido	Cuantitativa	Características sociodemográficas	Edad Nivel de instrucción Nivel socioeconómico Etnia	Ficha de recolección de datos
		Cuantitativa	Características obstétricas	Paridad Patologías suscitadas del embarazo Antecedentes obstétricos	
		Cuantitativa	Características medicas	Infecciones del tracto urinario Infecciones vaginales Patologías maternas complicaciones	
Manejo	Proceso de cuidado y tratamiento de un paciente por parte de un profesional de la salud	Cuantitativa	Manejo Activo	Uteroinhibidores AINES Maduración pulmonar Neuroprotección Derivación	
		Cuantitativa	Manejo Expectante	Reposo absoluto Monitorización continua	

## **Capítulo III**

### **3. Metodología de la investigación**

#### **Método de investigación**

Este trabajo de investigación hace uso del método descriptivo, ya que el mismo nos va a permitir explicar y caracterizar un fenómeno o situación, sin intervenir en ello, en este caso sería los factores de riesgo asociados a parto pretérmino, buscando describir las características, comportamiento de dicha patología.

#### **3.2. Modalidad de investigación**

La modalidad de este presente estudio es de tipo cuantitativa, ya que se recopilará datos que nos ayude a determinar la prevalencia de ciertos factores de riesgo presente en las gestantes con diagnóstico de parto pretérmino del Hospital General IESS Babahoyo, septiembre 2022 – agosto 2023.

#### **3.3 Tipo de investigación**

El tipo de investigación a utilizar en el presente estudio es de tipo descriptivo retrospectivo transversal, se basará en la recolección de datos mediante análisis de casos. Se tendrá previamente la información antes de la elaboración del presente proyecto de investigación, se observará y se analizará el tema a estudiar.

#### **3.4 Técnica e instrumentos**

##### **3.4.1 Técnica.**

Se hará uso como técnica la observación de datos recolectados de las historias clínicas pertenecientes a las pacientes que cumplen con el perfil de estudio, previa autorización se

realizará búsqueda de información que corresponda al periodo septiembre 2022 hasta agosto 2023 mediante la base de datos del servicio de Gineco-Obstetricia, para el presente estudio en el Hospital General IESS Babahoyo.

### **3.4.2 Instrumentos.**

Toda la información extraída de los archivos clínicos de las pacientes mediante el sistema AS400 del Hospital General IESS Babahoyo, en base a las variables de factores de riesgo y conducta obstétrica que se llevó a cabo.

De esta forma, el instrumento idóneo será la ficha de recolección de datos que propiciará acopiar información importante de las historias clínicas otorgadas por el servicio Gineco – Obstetricia, la cual, comprenderá una estructura organizada por información general de la paciente, además características obstétricas, médicas y estilos de vida materna, con el propósito de determinar los factores asociados al parto pretérmino.

## **3.5 Población y muestra de investigación**

### **3.5.1 Población**

Todas aquellas gestantes que acudieron al Hospital General IESS Babahoyo, septiembre 2022 - agosto 2023 atendidas por el área de gineco – obstetricia y requirieron hospitalización.

#### **Criterios de inclusión**

Toda gestante con historia clínica completa que acudieron al Hospital General IESS Babahoyo y que fueron hospitalizadas en el área de Gineco-Obstetricia con diagnóstico de parto pretérmino, amenaza de parto pretérmino, trabajo de parto pretérmino, cesárea de emergencia

realizada antes de las 37 semanas completas; todo esto determinado por fecha de última regla confiable o ecografía obstétrica del primer trimestre, septiembre 2022 - agosto 2023.

### **Criterios de exclusión**

Toda gestante con menos de 22 semanas o mayor a 36.6 semanas de gestación, además que no cuenten con historia clínica completa y que se les haya realizado cesárea de emergencia después de las 37 semanas de gestación.

### **3.5.2 Muestra**

Toda aquella gestante que fue hospitalizada en el área de Gineco-Obstetricia por presentar diagnóstico de parto pretérmino, amenaza de parto pretérmino y cesárea realizada de emergencia <36.6 semanas de gestación.

La muestra para el presente proyecto es de 60 pacientes que presentaron parto pretérmino, las cuales fueron seleccionadas de un total de 2124 partos atendidos en el periodo septiembre 2022 – agosto 2023, por ser una muestra pequeña menor a 100 se procede a tomar en cuenta a todos los casos.

### 3.6 CRONOGRAMA DE PROYECTO

CRONOGRAMA																									
MESES - SEMANAS	Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				
ACTIVIDAD	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Selección del tema				X																					
Aprobación del tema							X																		
Recopilación de la información									X	X	X														
Desarrollo del capítulo I													X	X											
Desarrollo capítulo II															X	X	X								
Desarrollo capítulo III																			X	X					
Tamización de la información																				X					
Desarrollo capítulo IV																					X				
Elaboración de conclusiones y recomendaciones																					X				
Presentación de tesis																						X			
Sustentación de la previa																							X		

### 3.8. Recursos

#### 3.8.1. Recursos Humanos

**Tabla 1**

*Recursos Humanos*

RECURSOS HUMANOS	NOMBRES
------------------	---------



### 3.9.2. Procesamiento y análisis de datos

El tipo de muestreo a utilizar es el no probabilístico intencional o por conveniencia, se seleccionaron las pacientes que presentaron parto pretérmino, amenaza de parto pretérmino, trabajo de parto pretérmino y sometidas a cesárea de emergencia antes de las 37 semanas de gestación, entre los cie-10 filtrados por la base de datos del Hospital General IESS Babahoyo, están:

- CIE-10 O470
- CIE-10 O821
- CIE-10 O141
- CIE-10 O363
- CIE-10 O602
- CIE-10 O680
- CIE-10 O300
- CIE-10 N883

Las pacientes que resaltan en la imagen anterior referente a la base de datos son todas aquellas pacientes que fueron sometidas a cesárea de emergencia, pero en semanas a término, posterior se realiza el análisis de cada una de las pacientes categorizando las variables.

La información que se obtendrá será ingresada en una tabla en el programa Microsoft Excel 2016, después de examinar los datos, se muestran los hallazgos utilizando tablas de frecuencia absoluta y representaciones visuales, como gráficos, de las variables de interés.

## CAPITULO IV

### 4. Resultados de la investigación

#### 4.1. Resultados obtenidos de la investigación

**Tabla 3**

*Factores de riesgo asociados a desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en gestantes del Hospital General IESS Babahoyo en el periodo septiembre 2022 – agosto 2023.*

<b>Factor de riesgo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Antecedente De PP	5	13%
Trastornos HTA	6	16%
Embarazo Gemelar	2	5%
Incompetencia Cervical	4	11%
ITU	8	21%
Infección Vaginal	4	11%
PIG corto	4	11%
Anemia	3	8%
Malformación Congénita	2	5%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

Fuente: tabla elaborada por las investigadoras

En la tabla 1 se tomo en cuenta todos los factores de riesgo presentados por las pacientes en las que el embarazo culmino con un parto pretérmino y fueron hospitalizadas en el área de Gineco -Obstetricia del Hospital general IESS Babahoyo.

**Tabla 4**

*Semanas de gestación en la que se suscitó el parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital General IESS Babahoyo periodo septiembre 2022 – agosto 2023.*

<b>Semana de Gestación del PP</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
22 - 27,6 SG	4	7%
28 - 31,6 SG	6	10%
32 - 33,6 SG	19	32%
34 - 36,6 SG	31	52%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Fuente: tabla elaborada por las investigadoras

En la tabla 2 se detalla las semanas de gestación en las que se suscito el parto pretérmino, categorizando de acuerdo a la clasificación del recién nacido prematuro según edad gestacional establecida por la Organización Mundial de la Salud.

- Prematuros tardíos (34 a 36 semanas 6 días)
- Prematuros moderados (32 a 33 semanas 6 días)
- Muy prematuros (28 a 31 semanas 6 días)
- Prematuros extremos (menor o igual a 27 semanas 6 días)

**Tabla 5**

*Manejo para parto pretérmino que fue llevado a cabo en las gestantes entendidas en el Hospital General IESS Babahoyo periodo septiembre 2022 – agosto 2023*

<b>Manejo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Reposo	5	9%
Uteroinhibidores	8	14%
AINES	3	5%
Cerclaje del cuello uterino	3	5%
Neuroprotección	3	5%
Maduración Pulmonar	7	13%
Progesterona	4	7%
Monitorización	11	20%
Profilaxis antibiótica	12	21%
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>

**Fuente: tabla elaborada por investigadoras**

En la tabla 3 se desglosa el manejo o conducta obstétrica llevada a cabo a las gestantes con diagnostico de amenaza, trabajo y parto pretérmino que fueron atendidas en el Hospital General IESS Babahoyo.

**Tabla 6**

*Incidencia de parto vaginal y cesárea en los partos atendidos en el Hospital General IESS Babahoyo periodo septiembre 2022 – agosto 2023*

Vía del parto pretérmino	Frecuencia	Porcentaje
Parto Vaginal	11	18%
Cesárea	49	82%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Extraída de la base de datos

En la tabla 6 se muestra el porcentaje de incidencia de la vía de parto (parto fisiológico o cesárea) que presentaron aquellas pacientes con diagnóstico de parto pretérmino atendidas por el área de Gineco-Obstetricia del Hospital IESS Babahoyo.

**Tabla 7**

*Eficacia del manejo para la prolongación del embarazo en gestantes que fueron diagnosticadas con trabajo de parto pretérmino en el Hospital General IESS Babahoyo periodo septiembre 2022 – agosto 2023*

Eficacia	Frecuencia	Porcentaje
Casos donde la gestación se prolongo	35	66%
Casos de parto inminente	18	34%
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

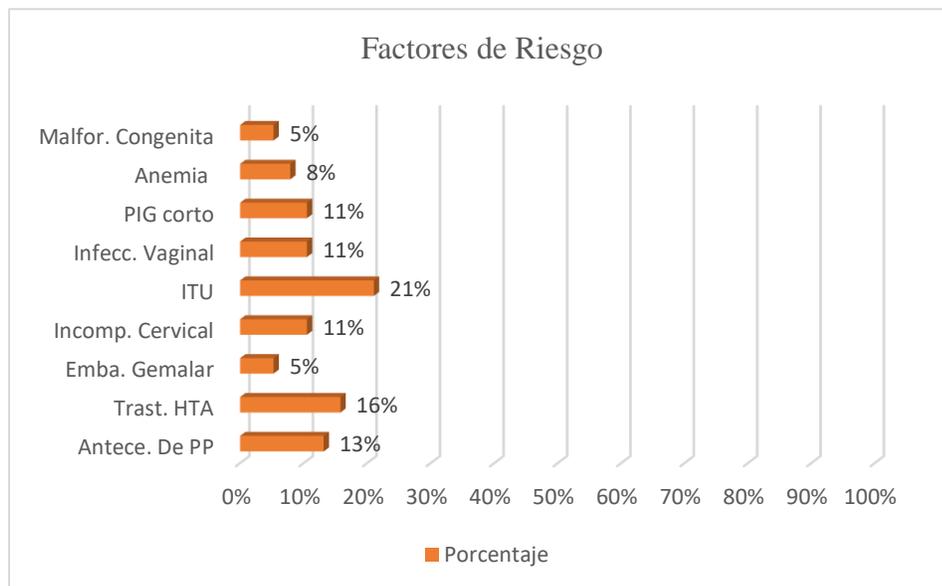
**Fuente:** Extraída de la base de datos

En la tabla 5 se tomo en cuenta aquellos casos donde las pacientes presentaron una prolongación de la gestación, es decir se aproximaron a las semanas a término gracias al tratamiento empleado y también aquellos casos donde el manejo fue poco favorable ya que se trataron de partos inminentes donde la dilatación se encontraba ya avanzada o fueron admitidas en la fase expulsiva del trabajo de parto.

## 4.2. Análisis e Interpretación de datos

### Ilustración 4

*Porcentaje de cada uno de los factores de riesgo asociados a trabajo de parto pretérmino presentados por las gestantes del Hospital General IESS Babahoyo periodo septiembre 2022 – agosto 2023.*



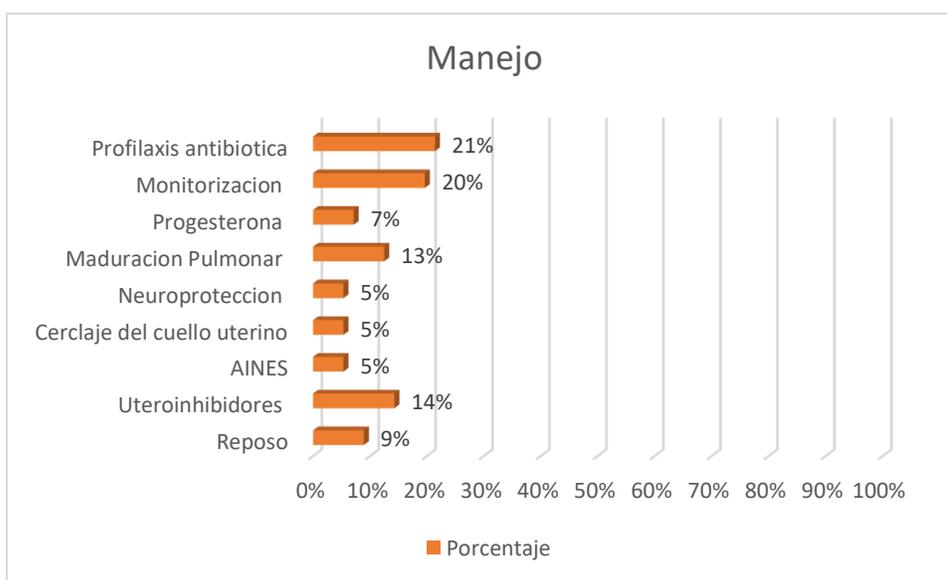
**Fuente:** Grafico elaborado por investigadoras

La muestra de estudio estuvo conformada por 60 gestantes, de las cuales se observa en la gráfica que el 21% tienen como factor de riesgo con mayor prevalencia una infección de tracto urinario (ITU), y un 11% con infección vaginal, estos datos nos indican que el cuidado e higiene durante la gestación suele ser ineficiente por parte de las gestantes, lo que predispone el trabajo de parto pretérmino. También se determinan entre los factores de riesgo con mayor prevalencia al trabajo de parto pretérmino que los trastornos hipertensivos durante el embarazo forman el 16% siendo esta la segunda causa más común entre las gestantes, añadiendo que esta pone en compromiso el bienestar materno-fetal, requiriendo actuación rápida y eficiente por parte de los

médicos, obstetras y especialistas. Los antecedentes de partos pretérminos constituyen el 13%, lo que determina que si una mujer que ya ha tenido un parto pretérmino previo, es probable que vuelva a tener un parto pretérmino en un nuevo embarazo. Por otro lado, gestantes con incompetencia cervical diagnosticadas antes de las 20 semanas de gestación y después de estas, constituyen en un 11% al riesgo de parto pretérmino.

### Ilustración 5

*Manejo para trabajo de parto pretérmino utilizado en gestantes hospitalizadas en el Hospital General IESS Babahoyo periodo septiembre 2022 – agosto 2023*



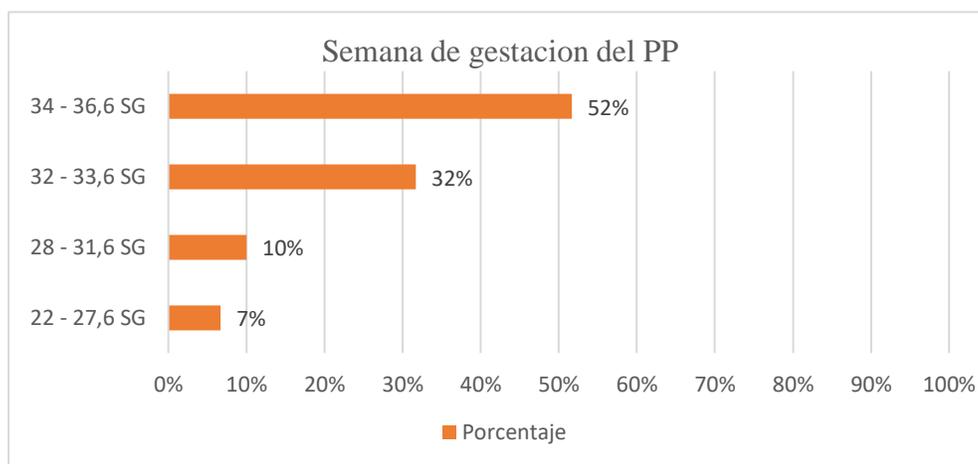
**Fuente:** Grafico elaborado por las investigadoras

En este estudio tanto el manejo activo, como el manejo expectante, constituyen en gran importancia al beneficio de la gestación. Entre los manejos llevados a cabo con las gestantes diagnosticadas con trabajo de parto pretérmino, destaca la profilaxis antibiótica en un 21% y la monitorización de la gestante en un 20%, seguido por el uso de uteroinhibidores en el 14% de los casos y dosis de corticoides en el 13% siendo estos últimos pieza clave para el manejo de el trabajo de parto pretérmino, beneficiando así la prolongación de la gestación y a su vez

permitiendo la maduración pulmonar fetal. El uso de medicamentos para la neuroprotección fue indicado específicamente a pacientes con trastornos hipertensivos con datos de severidad y bajo monitorización materno-fetal constante, constituyendo este un 5% de los casos.

### Ilustración 6

*Semanas de gestación en la que se suscitó el parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital General IESS Babahoyo periodo septiembre 2022 – agosto 2023*

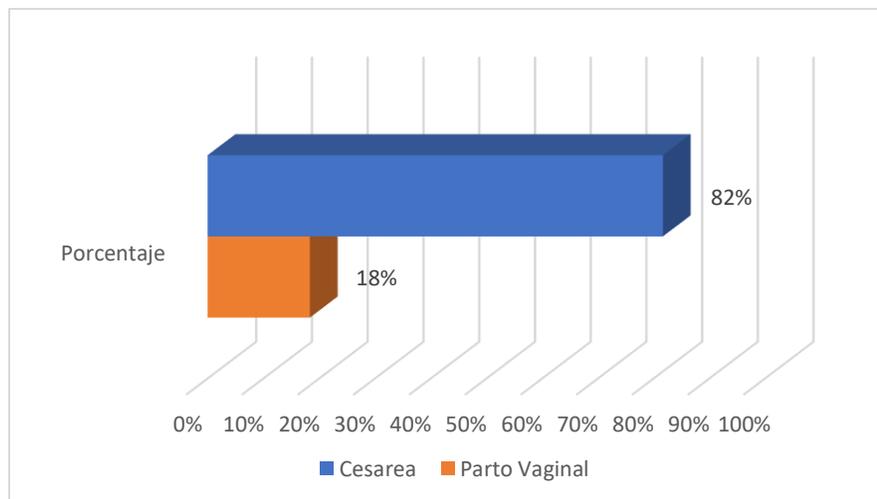


**Fuente:** Extraído de la base de datos.

Entre las estadísticas suscitadas en este estudio el índice de parto pretérmino se clasifica por rango de edad gestacional en el cual el grupo de 22 – 27,6 semanas de gestación con mayor riesgo de morbi-mortalidad neonatal constituyó el 7% de los casos

### Ilustración 7

*Porcentaje de partos vaginales y cesáreas en pacientes con diagnóstico de parto pretérmino del Hospital General IESS Babahoyo periodo septiembre 2022 - agosto 2023*

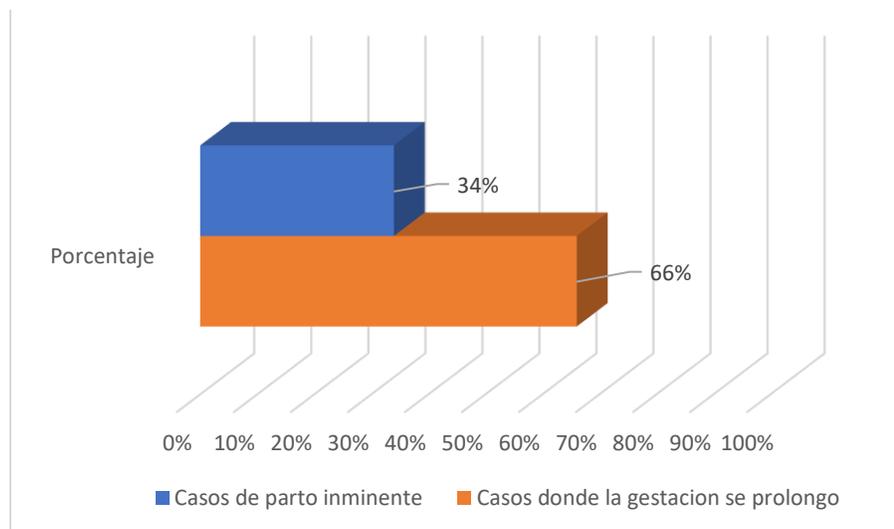


**Fuente:** Extraído de la base de datos

El mayor porcentaje de nacimientos pretérmino (82%) fueron por medio de cesárea, esto debido a antecedente de cicatriz uterina previa, trastornos hipertensivos sin respuesta a los tratamientos dados y el deseo materno de esterilización definitiva.

### Ilustración 8

*Porcentaje de la eficacia del manejo para la prolongación del embarazo en gestantes que fueron diagnosticadas con trabajo de parto pretérmino en el Hospital General IESS Babahoyo periodo septiembre 2022 – agosto 2023*



**Fuente:** Extraído de la base de datos

Entre los casos de la muestra de este estudio también determinamos casos de parto inminente, de gestantes en periodo expulsivo que llegaron a la institución de los cuales constituye el 34% y como parte del estudio se pudo evidenciar que el manejo oportuno en las pacientes diagnosticadas con trabajo de parto pretérmino prolongaron el parto en un 66% de los casos, pudiendo lograr la aplicación del esquema completo de inductores de la maduración fetal, beneficiando así la vida extrauterina del feto.

### **4.3 Conclusiones**

En el presente estudio se identificaron los siguientes factores de riesgo asociados a trabajo de parto pretérmino en gestantes que fueron atendidas en el Hospital General IESS Babahoyo periodo septiembre 2022 – agosto 2023.

- Antecedente De PP
- Trastornos HTA
- Embarazo Gemelar
- Incompetencia Cervical
- ITU
- Infección Vaginal
- PIG corto
- Anemia
- Malformación Congénita

Entre los factores de riesgo de trabajo de parto pretérmino, la mayor prevalencia está indicada a pacientes con infección del tracto urinario, pero no deja de importar la incidencia en

otros factores, que pueden a su vez, poner en riesgo la vida de la madre o el feto, como lo serían los trastornos hipertensivos.

En el transcurso de la investigación se concluyó que el uso adecuado del manejo activo, en conjunto con el manejo expectante, benefician a la prolongación de la gestación, permitiendo la maduración pulmonar fetal, y en caso de terminar en parto prematuro, mejorar la calidad de vida extrauterina del recién nacido; sin embargo, cada caso debe ser individualizado al momento de aplicar el manejo, tomando en cuenta los beneficios o riesgos que tendría a futuro la gestación o el recién nacido.

#### **4.4 Recomendaciones**

La historia clínica perinatal es esencial para garantizar una atención médica adecuada durante el embarazo, el parto y el período postparto. Al registrar cuidadosamente los antecedentes médicos, los factores de riesgo y las preocupaciones específicas de cada paciente, los profesionales de la salud pueden identificar y abordar de manera proactiva cualquier problema potencial, lo que puede mejorar significativamente los resultados tanto para la madre como para el neonato. La detección temprana y el control adecuado de los riesgos durante el embarazo son fundamentales para prevenir complicaciones y garantizar un parto con resultados favorables.

La prematuridad en los recién nacidos es una condición compleja influenciada por varios factores, lo que hace difícil identificar una única causa. Los hijos de madres con enfermedades relacionadas con el embarazo, como anemia o hipertensión arterial, así como aquellas que han experimentado modificaciones cervicales o abortos previos, tienen un mayor riesgo de nacer

antes de término. Estos factores maternos son considerados riesgos para los nacimientos prematuros. Para abordar esto, se necesitan cambios en el estilo de vida, no solo para entender las causas, sino también para modificar o reducir los factores contribuyentes. Esto implica cambios en la forma de pensar y actuar tanto para las parejas como para los profesionales de la salud.

Se deberían implementar programas de prevención de las infecciones del tracto urinario durante el embarazo, dado que constituyen un factor de alta incidencia de parto prematuro en la comunidad de mujeres embarazadas que reciben atención en el Hospital General IESS Babahoyo.

## CAPITULO V

### 5. PROPUESTA TEORICA DE APLICACIÓN

#### 5.1. Título de la propuesta de Aplicación

Estrategia edu- comunicacional y formativa sobre la importancia de alcanzar semanas a término durante el embarazo, orientada a gestantes y personal de salud del Hospital General IESS Babahoyo.

#### 5.2. Antecedentes

El trabajo de parto prematuro no solo afecta al binomio madre e hijo como tal sino también puede afectar a las familias, ya que puede requerir atención médica especializada y generar estrés emocional y financiero. Además, tiene implicaciones en los sistemas de salud, ya que el tratamiento y la atención para el parto pretérmino pueden representar una carga adicional para los servicios médicos y los recursos hospitalarios. En resumen, el trabajo de parto prematuro es un problema que afecta a las mujeres embarazadas, a sus familias y a los sistemas de atención médica.

La frase "a término" en el contexto de un recién nacido se refiere a que el producto ha completado un período de gestación de al menos 37 semanas antes del nacimiento. La importancia radica en varios factores clave para su salud y desarrollo. Todo lo mencionado incluye:

- Desarrollo cerebral: Durante las últimas semanas del embarazo, el cerebro del feto continúa desarrollándose rápidamente. Los recién nacidos antes de término

pueden tener un mayor riesgo de problemas neurológicos, incluidos trastornos del desarrollo y del aprendizaje.

- **Maduración pulmonar:** Los pulmones del feto maduran principalmente en las últimas semanas del embarazo. Un recién nacido prematuramente puede tener dificultades para respirar debido a la falta de desarrollo completo de sus pulmones, lo que puede requerir intervenciones médicas como la administración de surfactante pulmonar o la ventilación mecánica.
- **Regulación térmica:** Los recién nacidos pretérmino a menudo tienen dificultades para mantener una temperatura corporal estable debido a la falta de grasa subcutánea y al desarrollo incompleto del sistema de regulación térmica. Esto puede aumentar su riesgo de hipotermia o hipertermia y requerir intervenciones para mantener una temperatura corporal adecuada.
- **Alimentación y digestión:** Los bebés prematuros pueden tener dificultades para alimentarse y digerir la leche materna o la fórmula debido a la inmadurez de su sistema digestivo. Esto puede resultar en problemas como la alimentación por sonda o la intolerancia a la alimentación oral.
- **Inmunidad:** Los recién nacidos prematuramente tienen un sistema inmunológico menos desarrollado, lo que los hace más susceptibles a infecciones y enfermedades. Además, pueden tener niveles más bajos de anticuerpos maternos si nacen antes de que se complete el período de gestación.

En líneas generales, los resultados para un recién nacido tienden a ser más favorables a medida que avanza la edad gestacional; sin embargo, la supervivencia en cualquier período de

gestación puede variar según el peso al nacer. Además, factores como la etnia y el género también tienen un impacto en la supervivencia y el riesgo de problemas neurológicos.

La realización de una cesárea antes de que se alcance la madurez fetal completa, puede presentar varias desventajas, que incluyen:

1. **Riesgos para el recién nacido prematuro:** Los neonatos nacidos por cesárea temprana pueden enfrentar mayores riesgos de complicaciones de salud asociadas con la prematuridad, como problemas respiratorios, inmadurez de órganos y dificultades para regular la temperatura corporal, Síndrome de membrana Hialina, etc.
2. **Problemas respiratorios:** Los recién nacidos por cesárea temprana pueden tener un mayor riesgo de desarrollar síndrome de dificultad respiratoria (SDR), ya que pueden no haber tenido suficiente tiempo intrauterino para desarrollar completamente sus pulmones y producir suficiente surfactante pulmonar.
3. **Dificultades de adaptación:** La transición del ambiente intrauterino al extrauterino puede ser más difícil para los pacientes nacidos por cesárea temprana, ya que pueden no haber completado en su totalidad los procesos fisiológicos necesarios para la adaptación fuera del útero.
4. **Riesgos para la madre:** La cesárea temprana conlleva riesgos adicionales para la madre en comparación con un parto vaginal o una cesárea programada en una etapa más avanzada del embarazo. Estos riesgos incluyen complicaciones quirúrgicas, aumento del riesgo de infección y prolongación del tiempo de recuperación.
5. **Posibles problemas de lactancia:** Los productos nacidos por cesárea temprana pueden enfrentar dificultades adicionales para establecer la lactancia materna, ya que pueden

tener una adaptación más difícil a la alimentación y pueden requerir cuidados especiales en las primeras etapas de su vida.

La prematuridad no solo acarrea problemas médicos para el binomio madre e hijo, sino además de las consecuencias a largo plazo como dificultad en desarrollo cognitivo y de aprendizaje hasta una patología neurológica, también la afectación es emocional por parte de las familias y económica debido a costos médicos asociados a la atención neonatal intensiva, traslados e intervenciones terapéuticas que resultan financieramente desafiantes para las familias.

### **5.3 Justificación**

Existen ciertas creencias o mitos por partes de las gestantes y familiares una vez el embarazo llega a semanas avanzadas (tercer trimestre) lo que conlleva a un “apuro” y creer erróneamente que el feto está en mejores condiciones afuera que dentro de la cavidad uterina, entre aquellos mitos se encuentran:

- **"La cesárea debe realizarse antes de la fecha de parto"**: Este mito sugiere que la cesárea debe realizarse antes de la fecha de parto estimada para evitar complicaciones. En realidad, la mayoría de los embarazos saludables pueden continuar hasta el trabajo de parto espontáneo o hasta que haya indicaciones médicas específicas para una cesárea.
- **"La cesárea es más segura que el parto vaginal"**: Existe la creencia errónea de que la cesárea es una opción más segura que el parto vaginal. Sin embargo, la cesárea conlleva riesgos inherentes, como infecciones, complicaciones quirúrgicas y una recuperación más prolongada en comparación con el parto vaginal.
- **"Es mejor programar una cesárea para evitar el dolor del parto"**: Algunas personas creen que programar una cesárea es una forma de evitar el dolor asociado con el parto

vaginal. Sin embargo, la cesárea también puede ser dolorosa y conlleva riesgos adicionales.

- **"La cesárea es menos traumática para el bebé":** Algunas personas creen que la cesárea es menos traumática para el recién nacido que el parto vaginal. Sin embargo, la cesárea puede exponer al producto a un mayor riesgo de complicaciones respiratorias y otras dificultades asociadas con la adaptación al nacimiento.

La elección del método de parto durante el trabajo de parto pretérmino depende de la presentación fetal y la etapa de gestación. En casos de presentación cefálica, el parto vaginal se considera generalmente seguro y se reserva la cesárea para situaciones obstétricas específicas. Se ha observado que el parto vaginal en prematuros está asociado con una menor morbilidad materna en comparación con la cesárea. Sin embargo, se deben tener en cuenta factores individuales y las indicaciones médicas al tomar decisiones sobre el método de parto en estos casos.

Es por ello que es crucial individualizar los casos en que si no existe una razón de peso que sustente o justifique la indicación de una cesárea no sea realizada con el fin de que se alcance la mayor maduración fetal posible y no llegas a instancia donde las consecuencias son mayores que los beneficios.

Esta propuesta está encaminada a desarrollar una estrategia promocional de salud que nos permita transmitir la importancia de que un recién nacido alcance su madurez fetal y las desventajas de someterse a una cesárea temprana, siempre y cuando se esté cursando con un embarazo normal, la implementación de dicha estrategia estaría enfocada a aquel grupo de gestantes que acuden a sus controles prenatales y que forme parte de sesiones ya existentes

como: nutrición en el embarazo, lactancia materna adecuada, signos de alarma, plan de parto, etc.

En un estudio realizado por (Salazar Pousada, Danny; Velez Saenz , Natasha;, 2008) en la Maternidad Enrique C. Sotomayor de Guayaquil acerca de “Incidencia y principales causas de cesárea en pacientes atendidas en la maternidad “Enrique C. Sotomayor”, período comprendido entre julio 2005 a septiembre 2005” en el cual se estudia a un total de 563 donde se demuestra que el 42% de las cesáreas realizadas fueron injustificadas; este mismo inconveniente lo presentan diversos países y especialmente en América Latina .

Los autores encontraron cifras de cesárea injustificadas en países como: España 24%, Brasil 51%, Chile 37.2%, Perú 25.7%, Puerto Rico 37.8% y México 25.4%. Observaron que todos los índices de cesárea están por encima de lo establecido por la Organización Mundial de la Salud. En dicho estudio se concluye que cuando se realizan cesáreas en pacientes sin una justificación médica adecuada, podría indicar una mala valoración por parte del personal médico hacia la paciente. El aumento en el número de cesáreas podría estar relacionado con factores que afectan al médico, como menor ganancia y mayor esfuerzo adicional requerido en comparación con los partos vaginales. (Salazar Pousada, Danny; Velez Saenz , Natasha;, 2008)

## **5.4. Objetivos**

### **5.4.1. Objetivo general**

- Desarrollar una estrategia comunicativa que promueva la importancia de alcanzar un embarazo a término con el fin de reducir casos de parto pretérmino, dirigido a gestantes y personal de salud del Hospital

#### **5.4.2. Objetivo específico**

- Determinar las consecuencias a corto y largo plazo de la prematuridad en los recién nacidos
- Identificar entre los gestantes los mitos que conllevan a la toma de decisiones erróneas referente a la cesárea
- Describir los beneficios del trabajo de parto espontáneo para el feto a término en el ambiente extrauterino

#### **5.5. Aspectos básicos de la propuesta de aplicación**

Mediante la presente propuesta se pretende contribuir en la concientización de las gestantes haciendo que opten por un mejor cuidado y decisiones favorables a futuro, no solo para si mismas sino para el recién nacido, todo esto con enfoque a la reducción de los partos pretérminos. Con respecto al personal de salud, considerar mejor las indicaciones de cesárea sobre todo si no existe un justificante importante de por medio.

1. Los responsables de llevar a cabo la estrategia serán todo aquel profesional de la salud que tenga como parte de su rol dar seguimiento del embarazo, como, por ejemplo: obstetras, médicos familiares, gineco-obstetras, etc.
2. Todo lo mencionado anteriormente se realizará en el Hospital General IESS Babahoyo, cabe mencionar que de manera general se podría aplicar en instituciones de primer y segundo nivel de atención ya que el tema es de importancia en la salud pública del país.
3. Las actividades a realizar son charlas con enfoque en promoción en salud acerca de la importancia que conlleva para un embarazo alcanzar las semanas a término, las mismas

que se llevarán a cabo a toda gestante que a cada una de sus visitas prenatales o en sesiones grupales de embarazadas.

## 5.5. Estructura general de la propuesta

**Tabla 8**

*Estructura general de la propuesta de aplicación*

Fases	Actividades	Participantes
<b>1. Planificación</b>	Revisión bibliográfica Elaboración de material educativo	Médicos, Gineco-obstetras, enfermeras
<b>2. Ejecución</b>	Intervención de los expositores Realización de conversatorio Ronda de preguntas y respuestas	
<b>3. Seguimiento y control</b>	Desarrollo de encuestas a los asistentes para evaluar el avance la propuesta	

### 1. Introducción:

- Las cesáreas realizadas de manera temprana pueden aumentar el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el producto, y se deben considerar cuidadosamente los riesgos y beneficios antes de optar por este procedimiento. Es fundamental que las decisiones sobre el método de parto se basen en una evaluación individualizada de cada caso y en las indicaciones médicas específicas.

### 2. Revisión de literatura:

Se examinó el impacto de la cesárea en los nacimientos pretérminos intermedios (de 32 a 33 semanas) y tardíos (de 34 a 36 semanas), y se encontró que, en estos dos grupos,

independientemente de cualquier factor de riesgo conocido, la realización de una cesárea primaria puede implicar un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad neonatal. Por lo tanto, la evidencia reciente sobre este tema presenta discrepancias. Se sugiere que la cesárea no mejora la supervivencia de fetos únicos nacidos de cefálicos y con un peso muy bajo al nacer, y no se debería recomendar de manera rutinaria a menos que existan otras indicaciones obstétricas.

### 3. **Marco teórico:**

- La definición de "prematuro" se refiere a un recién nacido que nace antes de que se cumpla el período completo de gestación, que generalmente se considera como al menos 37 semanas completas de gestación.
- Alcanzar las semanas completas de gestación es fundamental para garantizar un desarrollo óptimo del producto, reducir el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el neonato, y facilitar un comienzo saludable y exitoso para la vida extrauterina.

### 4. **Preparación:**

- Reclutar y capacitar al personal necesario para llevar a cabo la implementación de la propuesta.
- Asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios, como equipos, materiales y espacio físico, en este caso una sala dirigida a conversatorios y el uso además de distribución del material educativo

- Comunicar la propuesta y sus objetivos a todas las partes interesadas relevantes, incluidos el personal y los beneficiarios, en este caso los profesionales de salud encargados y las gestantes.

## 5. Ejecución

Implementar las actividades según lo planificado, siguiendo el plan de acción establecido.

Supervisar y monitorear el progreso de la implementación, asegurándose de que se cumplan los plazos y los estándares de calidad.

### 5.5.2 Componentes

1. **Investigación y planificación:** Comprender las necesidades y preocupaciones específicas de las pacientes objetivo. Esto implica identificar los factores de riesgo comunes y comprender las barreras culturales o sociales que podrían afectar la atención prenatal.
2. **Desarrollo de contenido:** Crear materiales educativos claros y accesibles que expliquen la importancia de que se alcance la madurez en el embarazo, los riesgos asociados con el parto pretérmino y las medidas preventivas que se pueden tomar durante la gestación. Estos materiales deben adaptarse al nivel de comprensión del público objetivo y tener en cuenta las diferencias culturales. Se haría uso de carteles, trípticos, videos instructivos, etc.
3. **Selección de oradores o facilitadores capacitados:** Identificar profesionales de la salud, como obstetras, parteras, médicos familiares, ginecólogos o enfermeras especializadas en salud materno infantil, con experiencia en la materia y habilidades para comunicarse de manera efectiva con el público. Estos oradores deben poder responder preguntas y proporcionar información adicional de manera clara y comprensible.

4. **Colaboraciones interinstitucionales:** Establecer asociaciones con centros de salud locales, organizaciones comunitarias y otros grupos relevantes para llegar al público objetivo y promover la estrategia. Estas colaboraciones pueden ayudar a aumentar la asistencia y la participación en los eventos educativos.
5. **Promoción y difusión:** Utilizar una variedad de canales de comunicación para promocionar las charlas, como redes sociales, carteles en lugares comunitarios, anuncios y colaboraciones con medios de comunicación. Es importante asegurarse de que la información esté fácilmente disponible.
6. **Logística y organización de eventos:** Planificar fechas, horarios y ubicaciones convenientes para el público objetivo. Asegurarse de contar con el equipo técnico necesario, como proyectores y sistemas de sonido, y de tener materiales impresos disponibles para distribuir durante las charlas.
7. **Evaluación y seguimiento:** Recopilar comentarios y evaluar el impacto de las charlas mediante encuestas, cuestionarios, etc. Analizar la asistencia, la participación y el nivel de comprensión de las pacientes para identificar áreas de mejora y hacer ajustes en futuras sesiones.

## **5.6. Resultados esperados de la propuesta de aplicación**

### **5.6.1. Alcance de la alternativa**

Con la estrategia se espera que la comunidad tenga un mejor entendimiento sobre la importancia de que un recién nacido alcance en lo mayor posible las semanas a término para la

salud del binomio madre e hijo. Esto puede llevar a una mayor atención prenatal y a un mejor cuidado de la salud durante el embarazo.

Al educar a las personas sobre las consecuencias de la prematuridad y los riesgos asociados con el parto pretérmino, se puede ayudar a prevenir algunos casos de nacimientos prematuros. Esto podría conducir a una disminución en las tasas de complicaciones neonatales y maternas.

Al entender la importancia de la madurez fetal, los padres pueden sentirse más capacitados para tomar decisiones informadas sobre su atención prenatal y el manejo de su embarazo. Esto puede llevar a una mayor participación en su cuidado de salud y una mejor adherencia a las recomendaciones médicas y despejar mitos y verdades sobre la duración de la gestación para así no tomar decisiones apresuradas.

Una disminución en los partos pretérmino y las complicaciones asociadas puede llevar a una reducción en los costos de atención médica, tanto para los individuos como para los sistemas de salud en general.

## Referencias Bibliográficas

- Cabrera, J. A. (2023). Manual de Ginecología y Obstetricia. Obtenido de [https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2023/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2023-FINAL\\_compressed.pdf](https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2023/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2023-FINAL_compressed.pdf)
- Crowther, C., Brown, J., McKinlay, C., & Middleton, P. (2014). *Cochrane Library*. Obtenido de <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001060.pub2/full/es>
- Encalada Marin, F., Aguirre Realpe, K., & Calero Correa, A. (2020). Principales factores de riesgos de morbilidad y mortalidad en neonatos pretérminos extremos. Hospital IESS Babahoyo durante el periodo 2019. *Recimundo*, 7. Obtenido de <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/727/1152>
- Española, R. A. (2023). *Diccionario Pahispanico del Español*. Obtenido de <https://dpej.rae.es/lema/tratamiento-m%C3%A9dico>
- Espinoza, J. (2008). *Fisiopatología del síndrome de parto pretermino*. Obtenido de [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54\\_n1/pdf/a05v54n1.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n1/pdf/a05v54n1.pdf)
- Huertas Tacchino, E. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Rev Peru Ginecol Obstet*. doi:<https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104>
- Iza Quieta, L. L. (2023). Amenaza de parto prematuro: predicción, prevención y manejo. Obtenido de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/38776/1/Iza%20Quieta%20Lesly%20Lilian.pdf>

- Meller, C., Izbizky, G., & Otaño, L. (2015). Actualización sobre el uso de sulfato de magnesio como neuroprotector en el parto prematuro. *Servicio de Obstetricia y Unidad de Medicina Fetal, Hospital Italiano de Buenos Aires*, 5-7.  
doi:<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.345>
- Ministerio de Salud Publica. (2015). *Guia de Practica Clinica*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>
- Ministerio de Salud Publica. (2015). *Guia de Practica Clinica Control Prenatal*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
- Moncayo Rivera, D., Moncayo Rivera, C., Serpa Calderon, J., & Chacha Suscal, N. (2021). Cesárea Electiva como Factor de Riesgo Asociado al Síndrome de Distress Respiratorio Neonatal. Obtenido de <https://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/AnatomiaDigital/article/view/1561/3960>
- Montesdeoca Tamayo, E., & Ramírez Haro, A. (2021). ASPECTOS BIOPSIKOSOCIALES ASOCIADOS AL PARTO PREMATURO EN GESTANTES ADOLESCENTES. Obtenido de <https://repositorio.ug.edu.ec/server/api/core/bitstreams/089f1261-8719-4309-8c47-869ea01e8e7e/content>
- Morones Rodríguez, L. (2024). *EFICACIA DE LOS TOCOLÍTICOS EN EL MANEJO DE LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO PARA LA PROLONGACIÓN DEL EMBARAZO A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE*

- AGUASCALIENTES*. Obtenido de <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/11317/2872/468606.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Murillo, C., Ferrero, S., Herranz, A., Izquierdo, M., Iriondo, M., Cobo, T., & Palacios, M. (2022). *Corticoides para maduración pulmonar fetal*. Obtenido de <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/corticoidesmaduracionpulmonar.pdf>
- Ochoa, a., & Pérez Dettoma, J. (2009). *Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis*. Obtenido de Scielo: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200011](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200011)
- Organizacion Panamericana de la Salud. (2 de Mayo de 2012). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/2-5-2012-prematuros-15-millones-bebes-nacen-demasiado-pronto>
- Organizacion Panamericana de la Salud. (2019). Manual de recomendaciones en el embarazo y el parto prematuro. *Organizacion Panamericana de la Salud*, 15-70.
- Organizacion Panamericana de la Salud. (15 de Junio de 2023). *Organizacion Mundial de la salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/15-6-2023-152-millones-bebes-nacieron-prematuramente-ultima-decada>
- Ovalle, A., & Figueroa, J. (2021). Beneficios de los antibióticos en la rotura prematura de membranas de pretérmino y factores que intervienen en la eficacia del tratamiento. Obtenido de <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v86n5/S0717-75262021000500474.pdf>

- Pérez Olivera, D. (2020). Índices doopler de la arteria uterina como indicadores de amenaza de parto pretermino en gestantes del Hospital Regional Docente de Trujillo, durante el periodo comprendido del 01 de julio al 31 de diciembre de 2020. Obtenido de <https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/7239ae04-80b8-48c7-9c31-1d328322bd92/content>
- Pino Anaya, R., Zorrilla Delgado, V., Rodriguez Lizana, M., & Ochoa Yupanqui, W. (2021). Frecuencia e indicaciones de cesáreas electivas y de urgencia en el Hospital Regional de Ayacucho, Perú. doi:<https://doi.org/10.37711/rpcs.2021.3.1.264>
- Porto, J. P. (13 de Agosto de 2021). *Definicion.de*. Obtenido de <https://definicion.de/factores-de-riesgo/>
- Prado Murrieta, A. (2020). LA CESÁREA RUTINARIA COMO UNA FORMA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA: EXPERIENCIAS DE MUJERES Y MÉDICOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO EN LA CIUDAD DE MÉXICO. Obtenido de <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol6.num1.4/33139>
- ProSEGO. (2012). *Corticoides antenatales para acelerar la maduración fetal*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0304501312002440&r=151>
- Reyna Villasmil, E., Torres Cepeda, D., Mejia Montilla, J., Reyna Villasmil, N., Rondón Tapia, M., Fernandez Ramírez, A., & Briceño Perez, C. (2022). Índice de pulsatilidad de la arteria uterina y parto pretérmino inminente en pacientes sintomáticas. Obtenido de <https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/10/8-AO-82-2-Indice-de-pulsatilidad->

de-la-arteria-uterina-en-la-prediccion-de-parto-pretermino-inminente-en-pacientes-sintomaticas.pdf

Ruoti, M. (2020). Tocolíticos en la amenaza de parto prematuro. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*. Obtenido de <http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v53n3/1816-8949-anales-53-03-115.pdf>

Salazar Pousada, Danny; Velez Saenz , Natasha;. (2008). Incidencia y principales causas de cesarea en pacientes atendidas en la maternidad Enrique C. Sotomayor periodo comprendido entre julio a septiembre del 2005. *Revista medica de la Universidad Catolica de Santiago de Guayaquil*, 213-215.

Sanchez Orbe, J., Rodriguez Vargas, N., Batista Garabitos, D., Hernández Castillo, Y., & Montesano, Y. (2022). FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2018. Obtenido de <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/2404/2782#:~:text=Dentro%20de%20los%20factores%20de%20riesgo%20asociados%20a%20los%20partos,pre%20Declaracion%20de%20diabetes%20gestacional%20y>

Silva Fernandez , L. (2024). Efectividad de la 17 alfa- hidroprogesterona caproato intramuscular comparada con la progesterona vía vaginal para la prevención de recurrencia de parto prematuro. Obtenido de [https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/22392/REP\\_LEDY.SILVA\\_HIDROXIPROGESTERONA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/22392/REP_LEDY.SILVA_HIDROXIPROGESTERONA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (Mayo de 2014). *ProSEGO*. Obtenido de <https://sego.es/documentos/gap/3-PDF-Amenaza-de-parto-pretermino21.pdf>

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2020). Guía de Práctica Clínica Parto Pretermino. *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 284-285. Obtenido de [https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto\\_pretermino\\_2020.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf)

Walters, A., McKinlay, C., Middleton, P., Harding, J., & Crowther, C. (2022). *Cochrane Library*. Obtenido de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003935.pub5/full/es>

## ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS						
TEMA: FACTORES DE RIESGO Y MENEJO ASOCIADO A TRABAJO DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES QUE FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL IESS BABAHOYO DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2022 - AGOSTO 2023						
OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo prevalentes que inciden en el inicio de trabajo de parto prematuro y el manejo obstétrico a seguir en el Hospital General IESS Babahoyo 2022-2023						
VARIABLES						
DATOS GENERALES						
EDAD						
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	G:	A:	C:	P:	PIG:	ANTCE QX:
FACTORES MATERNOS	DG:	TRAS HIPERT:	ANEMIA:	ITU:X	PATOL UTERI:	OTRAS:
FACTORES FETALES	ANOMALIAS:	CORIOAMN:	MACROSO:	SFR FETAL:	OLIGO U POLIH:	OTRAS:
RESULTADO MATERNO						
SEMANA DE GESTACION AL INGRESO TP	22-27,6 SG:		28-31,6 SG:		32-33,6 SG:	
SEMANA DE GESTACION DEL PARTO	22-27,6 SG:		28-31,6 SG:		32-33,6 SG:	
VIA DEL PARTO	CESAREA:		PARTO VAGINAL:			
CAUSA DEL TPP O PP						
RESULTADO FETAL	VIVO:	MUERT:	OBITO:	MALFOR:	OTRO:	
TRATAMIENTO	PROF ANTB:	UTEROINH:	AINES:	NEUROPRO:	MADURA PUL:	REPOSO:
	MONITORIZACION:		TRASLADO:			PROGES:

MATRIZ DE CONSISTENCIA				
PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	MÉTODO DE INVESTIGACIÓN
<b>Problema general.</b>	<b>Objetivo general.</b>	<b>Hipótesis general.</b>	<b>Variables independientes.</b>	<b>Método de investigación</b> Este trabajo de investigación hace uso del método descriptivo, ya que el mismo nos va a permitir explicar y caracterizar un fenómeno o situación, sin intervenir en ello, en este caso sería los factores de riesgo asociados a parto pretérmino
¿Cuáles son los factores de riesgo y el manejo asociado al trabajo de parto prematuro en las gestantes que fueron atendidas en el Hospital General IESS Babahoyo durante el periodo Septiembre 2022 – Agosto 2023?	Determinar los factores de riesgo y el manejo asociado al trabajo de parto prematuro en el Hospital General IESS Babahoyo 2022-2023	Existe un mayor riesgo de trabajo de parto prematuro en gestantes con patologías presentes durante el embarazo atendidas en el Hospital General IESS Babahoyo durante el periodo Septiembre 2022 – Agosto 2023	Factores de riesgo	<b>Modalidad de investigación</b> Cuantitativa <b>Tipo de investigación</b> Descriptiva retrospectiva transversal
<b>Problema específico.</b>	<b>Objetivo específico.</b>	<b>Hipótesis específicas.</b>	<b>Variables dependientes.</b>	<b>Técnicas</b> Se hará uso como técnica la observación de datos recolectados de las historias clínicas pertenecientes a las pacientes que cumplen con el perfil de estudio <b>Instrumentos</b> Sistema AS400 utilizado por el Hospital General IESS Babahoyo
¿Cuál es la incidencia que presenta el trabajo de parto prematuro en las gestantes que fueron atendidas en el Hospital General IESS Babahoyo durante el periodo Septiembre 2022 – Agosto 2023?	Identificar la incidencia de trabajo de parto pretérmino en el Hospital General IESS Babahoyo 2022-2023	La falta de información sobre el cuidado e higiene durante el embarazo constituye un importante factor de riesgo que, como consecuencia se realizan actos que predisponen el trabajo de parto prematuro	Manejo	<b>Población</b> Se estima una población de 61 pacientes
¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al trabajo de parto pretérmino en las gestantes que fueron atendidas en el Hospital General IESS Babahoyo durante el periodo Septiembre 2022 – Agosto 2023?	Identificar los factores de riesgo asociados al trabajo de parto pretérmino en gestantes que fueron atendidas en el Hospital General IESS Babahoyo 2022-2023.	Las infecciones de vías urinarias tienen gran incidencia con la estimulación de actividad uterina		<b>Muestra</b> Obtenemos una muestra de 61 pacientes
¿Cómo se previene el parto prematuro en las gestantes que fueron atendidas en el Hospital General IESS Babahoyo durante el periodo Septiembre 2022 – Agosto 2023?	Determinar el manejo a seguir ante el cuadro clínico del trabajo de parto pretérmino en las gestantes que fueron atendidas en el Hospital General IESS Babahoyo 2022-2023.	El manejo activo es una alternativa positiva para el tratamiento de la amenaza de parto pretérmino		

**INDICE TABLAS**

<b>Tabla 1</b> .....	54
<b>Tabla 2</b> .....	55
<b>Tabla 3</b> .....	57
<b>Tabla 4</b> .....	57
<b>Tabla 5</b> .....	58
<b>Tabla 6</b> .....	59
<b>Tabla 7</b> .....	59
<b>Tabla 8</b> .....	74

**INDICE DE GRAFICOS**

<b>Ilustración 1</b> .....	33
<b>Ilustración 2</b> .....	48
<b>Ilustración 3</b> .....	55
<b>Ilustración 4</b> .....	60
<b>Ilustración 5</b> .....	61
<b>Ilustración 6</b> .....	62
<b>Ilustración 7</b> .....	63
<b>Ilustración 8</b> .....	63