



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TÍTULO:

**Frecuencia de Parto pre Término en gestantes de 18 a 30 en
la sala de ginecología de un Hospital de la Ciudad de
Guayaquil**

AUTORES:

**Cagua Nivecela, Diana Marisol
Villón Valencia, Carlos Geovanny**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de:
LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

Lic. Silva Lima, Norma Esperanza, Mgs

Guayaquil, Ecuador

8 de Marzo, 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Cagua Nivecela Diana Marisol y Villón Valencia Carlos Geovanny**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciados de enfermería**.

TUTORA

f. _____

Lic. Silva Lima, Norma Esperanza, Mgs

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Lic. Mendoza Vincés, Ángela Ovilla, Mgs

Guayaquil, a los 8 días de Marzo del 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

NOSOTROS, **Cagua Nivecela, Diana Marisol y Villón Valencia, Carlos Geovanny**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Frecuencia de Parto pre Término en gestantes de 18 a 30 en la sala de ginecología de un Hospital de la Ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del Título de Licenciados en enfermería ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 8 días de Marzo del 2019

AUTORES

f. _____

Cagua Nivecela Diana Marisol

f. _____

Villón Valencia Carlos Geovanny



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

NOSOTROS, Cagua Nivecela, Diana Marisol y Villón Valencia, Carlos Geovanny

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Frecuencia de Parto pre Término en gestantes de 18 a 30 en la sala de ginecología de un Hospital de la Ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 8 días de Marzo del 2019

AUTORES

f. _____
Cagua Nivecela Diana Marisol

f. _____
Villón Valencia Carlos Geovanny

REPORTE DE URKUND

URKUND

Documento [Tesis Villon - Cagua 13-Marzo-2019.docx \(D49083468\)](#)

Presentado 2019-03-14 00:18 (-05:00)

Presentado por jion-david_g@hotmail.com

Recibido cristina.gonzalez01.ucsg@analysis.urkund.com

0% de estas 23 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

Lista de fuentes **Bloques** **TRY THE BETA** **Cristina González (cristina_gonzalez01)**

Enlace/nombre de archivo
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/9371/1...
https://docplayer.es/90889599-Universidad-priv...
http://v-beta.urp.edu.pe/pdf/rid/9174/in/factores-...
http://scielo.iics.una.py/pdf/hm/v4n2/v4n2a02.pdf

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA
CARÁTULA

TÍTULO: Frecuencia de Parto pre Término en gestantes de 18 a 30 en la sala de ginecología de un Hospital de la Ciudad de Guayaquil

AUTORES: Cagua Nivecela, Diana Marisol Villón Valencia, Carlos Geovanny

Mgs. Cristina González
C.I.: 1201511027
DOCENTE UCSC

También de titulaciones previas a la obtención del Título de...

AGRADECIMIENTO

A Dios, por haberme acompañado en todo momento, por ser nuestra guía en los momentos de debilidad y por darnos sabiduría a lo largo de mi carrera profesional.

A nuestros padres, por brindarnos su apoyo incondicional, sobre todo por sus valores inculcados en nuestra vida y permitirnos tener una excelente educación.

A los docentes, por cada una de sus conocimientos adquiridos y su tiempo prestado.

A nuestra tutora, Lic. Silva Lima Norma Esperanza, Mgs, por su orientación y tiempo dedicado para la culminación de este trabajo. Gracias, por la revisión cuidadosa que ha venido realizando a este texto y sus valiosas sugerencias en momentos de dudas.

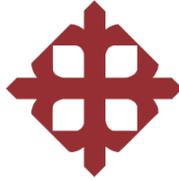
Al Hospital Universitario, por abrirnos sus puertas, a los jefes, coordinadoras, al personal profesional y no profesional de enfermería por su recibimiento, acogida y ayuda para la realización de la investigación y dar cumplimiento así a nuestro trabajo de titulación.

**Cagua Nivecela Diana Marisol
Villón Valencia Carlos Geovanny**

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo primeramente a Dios quien nos dio sabiduría en el desarrollo de esta investigación. A nuestros padres por su apoyo incondicional, por su ayuda brindada en cada obstáculo, quienes a través de sus consejos nos ayudaron lograr esta meta.

Cagua Nivecela Diana Marisol
Villón Valencia Carlos Geovanny



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LIC. MENDOZA VINCES, ANGELA OVILDA, MGS.
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LIC. HOLGUÍN JIMÉNEZ, MARTHA LORENA, MGS.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL

f. _____

LIC. SILVA LIMA NORMA, ESPERANZA, MGS.
TUTORA

LIC. RIVERA SALAZAR, GENY MARGOTH, MSC.
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VIII
ÍNDICE GENERAL.....	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XI
RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I.....	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	6
1.3. OBJETIVOS.....	7
1.3.1. Objetivo General.....	7
1.3.2. Objetivos específicos.....	7
CAPITULO II	8
2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	8
2.1. ANTECEDENTES.....	8
2.2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	10
2.3. MARCO LEGAL.....	25
CAPITULO III	26
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
3.1. Tipo de estudio	26
3.2. Población y muestra:	26
3.3. Procedimiento para la recolección de la información.....	26
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	27
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	29
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	38

CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES.....	41
BIBLIOGRAFÍA.....	42
ANEXOS	47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1 Edad	29
Gráfico No. 2 Procedencia	30
Gráfico No. 3 Controles prenatales.....	31
Gráfico No. 4 Nivel Educativo	32
Gráfico No. 5 Hábitos.....	33
Gráfico No. 6 Edad gestacional	34
Gráfico No. 7 Número de paridad	35
Gráfico No. 8 Antecedentes obstétricos.....	36
Gráfico No. 9 Patología durante el embarazo	37

RESUMEN

El parto pretérmino se considera como al acaecido antes de las 37 semanas completas de gestación. Los índices de parto prematuro oscilan entre el 6% y el 12% en los países desarrollados y en vías de desarrollo. Es una de los principales tipos de partos que se pudo observar en un Hospital de la ciudad de Guayaquil, este tema es muy preocupante debido a las cifras de su frecuencia. El **objetivo** es determinar la frecuencia de parto pre término en gestantes de 18 a 30 años en la sala de hospitalización del Hospital Universitario de la ciudad de Guayaquil. **Tipo de estudio** descriptivo, **método:** cuantitativo, **tiempo:** prospectivo y para la **recolección de datos**, se aplica una matriz de observación indirecta, **La población** estuvo constituida por 50 gestantes que presentaron parto pre término. **Resultados** se evidenció que el 58% tenía una edad de 28 a 30 años, el 48% solo son bachilleres, el 84% era de procedencia urbana, el 64% acude de 1 a 3 controles, el 56% consume alcohol, el 44% tiene edad gestacional de 33 a 34 semanas, el 64% primípara, el 24% hipertensión arterial y el 64% ha presentado ruptura de membranas. Llegando a la **conclusión**, que existen ciertas características que presentaron las gestantes de este estudio, las cuales deben ser tomadas en cuenta para una intervención oportuna por parte del personal de enfermería, para evitar su desarrollo y el riesgo para salud de la gestante.

Palabras clave: Frecuencia, parto pretérmino, gestantes, edad, ruptura prematura de membranas

ABSTRACT

Preterm delivery is considered to be that occurring before 37 completed weeks of gestation. Preterm birth rates range between 6% and 12% in developed and developing countries. It is one of the main types of deliveries that could be observed in a Hospital in the city of Guayaquil, this issue is very worrying due to the figures of its frequency. The **objective** is to determine the frequency of preterm delivery in patients aged 18 to 30 years in the hospitalization ward of the University Hospital of the city of Guayaquil. The **methodology** used was descriptive, quantitative and for the collection of data, an indirect observation guide is applied, by means of ten items with dichotomous and multiple options. The universe consisted of 50 pregnant patients who presented preterm labor. As a **result**, it was evident that 58% were between 26 and 30 years old, 48% were only high school graduates, 84% were of urban origin, 64% came from 1 to 3 controls, 56% consumed alcohol, 44% % have gestational age of 33 to 34 weeks, 64% primiparous, 24% hypertension and 64% have ruptured membranes. We **conclude** that there are certain characteristics presented by the pregnant patients of this study, which should be taken into account for a timely intervention by the nursing staff, to prevent their development and the risk to the pregnant woman's health.

Keywords: Frequency, preterm birth, pregnant women

INTRODUCCIÓN

Esta investigación tiene como propósito de analizar la frecuencia de parto pretérmino en gestantes de 18 a 30 años en la sala de Ginecología del Hospital Universitario de la ciudad de Guayaquil, que permitirá obtener datos actualizados sobre esta patología de gran demanda en este hospital, además se desarrollará estrategias de prevención y protocolos de manejo adecuados, que ayuden a preservar el futuro de la madre y del hijo.

Se establecerá los factores causales y relación con edad, estancia hospitalaria, enfermedades coexistentes, y se determinará los resultados favorables y los que tuvieron complicaciones obstétricas. Se espera que este estudio sea base para futuras investigaciones comparativas con otros métodos de tratamiento y así a través de los resultados que se obtengan se conocerá la incidencia de las complicaciones de los factores de riesgo del parto pretérmino en nuestra población más vulnerable.

La Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología define el parto pretérmino, aquel que se presenta previo a la semana 37 de gestación, o antes de los 259 días contados desde el primer día de la última menstruación (1). Caracterizado por sangrado intrauterino de causa no precisada con dinámica uterina, contracciones uterinas dolorosas, ruptura prematura de la membranas y modificaciones del cuello uterino (2).

En Europa por medio de una revisión que se realizó a diferentes países tales como Bélgica, Austria, Italia, Dinamarca, Finlandia, Reino Unido, España, Polonia, entre otros, se determinó que el parto pretérmino resulta grave, debido a su incidencia refleja en el 16% de los casos de embarazos dentro de toda Europa. En Estados Unidos, representa aproximadamente 12% de los partos; El parto prematuro en Estados Unidos provoca el 35% de las muertes en el primer año de vida

y se calcula un costo anual que excede los 26 mil millones de dólares. Por lo tanto, el parto prematuro sigue siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal en países desarrollados y no desarrollados (3).

La tasa de nacimientos pretérmino (<37 semanas de EG) fue para el 2014 el 11% en Norte América, 8 % en Latinoamérica y Caribe, y 6% en Europa. En Centroamérica fue de 9-10 %. Los nacimientos pretérmino se están incrementando en todo el mundo, a expensas de los pretérminos tardío (34 a 36 semanas de gestación). (4)

Mientras tanto, en Brasil, a través de un estudio transversal y descriptivo, se estudió la incidencia del parto pretérmino en base a las historias clínicas sobre las mujeres que se les dio atención dentro de algunas instituciones de salud, en el periodo comprendido desde enero hasta octubre del dos mil trece. Se analizaron cerca de 396 historia clínicas de gestantes, donde se determinaron 126 casos de parto pretérmino (3).

En Ecuador la tasa de parto pretérmino varía del 4.9 al 7% siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal. Las complicaciones se agravan dependiendo del grado de prematurez, pudiendo prevalecer estas en años posteriores así incrementando el costo de los servicios de salud. (5)

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente estudio se relaciona con la línea de investigación es Salud y Bienestar Humano y la Sub línea Materno infantil. El parto pretermino se considera como al acaecido antes de las 37 semanas completas de gestación. Durante las prácticas pre profesionales se evidenció que existe gran afluencia de embarazadas que presentan parto pretérmino, además según datos estadísticos de dicha unidad de salud, nos da a conocer que existe un elevado número de gestantes que presenta este tipo de parto (2).

Los índices de parto prematuro oscilan entre el 6% y el 12% en los países desarrollados y generalmente son más altos en los países en vías de desarrollo. Aproximadamente el 40% de todos los partos prematuros se produce antes de las 34 semanas y el 20% antes de las 32 semanas. El aporte de estos partos prematuros a la morbimortalidad perinatal general es superior al 50%. Estos antecedentes son preocupantes para el equipo de salud, pero muy poco es considerado en los textos, ya que no hay referencias bibliográficas actuales de los casos de parto prematuro en el Ecuador (6).

Es uno de los principales tipos de partos que se pudo observar en un Hospital de la ciudad de Guayaquil, este tema es muy preocupante ya que existen cifras elevadas de gestantes con esta alteración, debido a varios factores, como preeclampsia, alteración fetal, restricción del crecimiento fetal, desprendimiento prematuro de placenta, o muerte fetal y trabajo de parto pretérmino espontáneo. Existen otros factores que también inciden, como lo es la edad joven o avanzada de la gestante, bajo nivel económico, factores ocupacionales como estar mucho tiempo en pie o caminar por largo periodo, o tener jornadas laborales que sean exhaustas para la gestante (7).

1.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia del parto pre término en de la sala de Ginecología del Hospital Universitario de la ciudad de Guayaquil?

¿Cuáles son las características socio demográficas en gestantes con parto pre término de la sala de Ginecología del Hospital Universitario de la ciudad de Guayaquil?

¿Cuáles son los factores asociados al parto pre término en las gestantes atendidas en la sala de Ginecología del Hospital Universitario de la ciudad de Guayaquil?

¿Qué semana de gestación es más frecuente en el parto pre término en la sala de Ginecología del Hospital Universitario de la ciudad de Guayaquil?

1.2. JUSTIFICACIÓN

Realizamos el presente estudio de investigación, para determinar la incidencia del parto pretérmino en gestantes 18 a 30 años en la sala de hospitalización del Hospital Universitario de la ciudad de Guayaquil, y a su vez poder determinar los motivos por las cuales las gestantes presentan este tipo de parto, de esta manera serán orientadas sobre el estilo de vida que deben tener en la etapa de gestación, ya que esta enfermedad puede llegar a ocasionar descompensación de la gestante y alteraciones en el feto (8).

El parto pretérmino es un problema relevante para el equipo sanitario, pues en la actualidad su incidencia es cada vez mayor, en Ecuador existe muy pocos estudios actualizado sobre el tema. De tal manera, el Ministerio de Salud Pública da a conocer que el parto pretérmino, es una de las razones por la cual las gestantes necesitan atención médica de forma rápida y oportuna para que así se pueda evitar las futuras complicaciones en el parto (9).

El siguiente estudio es descriptivo prospectivo lo que es de gran beneficio tanto para la institución como para los autores, debido a que permitirá obtener información confiable y actualizada, al ser parte de la atención de salud, deben actualizarse los conocimientos y aportar nuevas evidencias científicas a futuros lectores. La investigación es factible porque se realizó con la autorización del Hospital Universitario de la ciudad de Guayaquil (9).

Este trabajo es relevante desarrolla un hecho actual y con trascendencia, a su vez tiene viabilidad debido a que la información será recopilada mediante las historias clínicas. Así mismo este trabajo servirá de referencia para el desarrollo de futuras investigaciones, debido a que posee datos actualizados sobre partos pretérminos en esta institución de salud. (8).

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Determinar la frecuencia de parto pre término en gestantes de 18 a 30 años en la sala de Ginecología del Hospital Universitario de la ciudad de Guayaquil.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar las características socio demográficas de las gestantes con parto pre término de la sala de ginecología del Hospital Universitario de Guayaquil.

Describir los factores asociados a parto pre término que presentan las gestantes de la sala de ginecología del Hospital Universitario de Guayaquil.

Definir la semana de gestación de las mujeres con parto pre término de la sala de ginecología del Hospital Universitario de Guayaquil.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. MARCO REFERENCIAL

Flores (4), en su trabajo titulado “Factores determinantes de parto pretérmino en gestantes atendidas en la maternidad Dra. Matilde Hidalgo de Procel”, el cual tuvo como objetivo Determinar los factores de riesgo de parto pretérmino en gestantes que ingresaron al área de emergencia en la Maternidad Dra. Matilde Hidalgo de Procel. La Amenaza de Parto Pretérmino constituye un problema a nivel mundial, manteniéndose a su vez como problemática para los obstetras y neonatólogos, y es considerada como la mayor causa de mortalidad y morbilidad Perinatal. Se puede producir entre las semanas 21 y antes de las 37 semanas de gestación, pero en este estudio, se evidenció en el 64% de gestantes. A través de los resultados de estudio se señala que las contracciones uterinas se presentan una por cada diez minutos, con una duración palpatoria de alrededor de treinta minutos, la cual dura hasta cerca sesenta minutos, con una dilatación menor o similar a tres centímetros, entre la 21 y 36 semanas de gestación (10).

En otro estudio similar, desarrollado por Vargas (11), el cual tuvo por objetivo Determinar la frecuencia de factores de riesgo de las complicaciones del parto pretérmino, estudio a realizarse en el hospital universitario de Guayaquil periodo 2014-2015. Este estudio estuvo conformado por un total de 116 gestantes embarazadas entre 10 a 19 año. Los resultados del estudio reflejaron que el grupo de edad de Parto Pretérmino en este estudio es más frecuente es de 35 a 45 años de edad con un 71% de los casos. El 48% de las gestantes presentaban de 4-6 controles prenatales durante su Embarazo. El 57 % de las embarazadas prevenían de zona urbana urbanas. La Preeclampsia y la ruptura prematura

de membrana fueron las patologías obstétricas más comunes con un 47% y 39% de los casos. El 48% de las gestantes cursaban entre las semanas 33-34 en el momento del parto pretérmino. Alrededor del 45% de las gestantes presentaron hipertensión arterial, mientras que el 25% presentó diabetes mellitus.

Pero Genes (7), desarrolla un artículo en el año 2014 en San Lorenzo, presentando sobre los Factores de riesgo asociados al parto pretérmino, tuvo como objetivo el establecer los factores que inciden en este tipo de parto, se obtuvo que dentro del segundo trimestre, es evidente el cuello uterino acortado, además de preeclampsia, múltiples embarazos o el haber tenido anteriormente parto pretérmino. No se ha establecido relación entre el consumo del tabaco, con la paridad previa o la rotura prematura de membranas. De esta forma, se estable que los factores que se relacionaron con este tipo de parto, fueron el presentar un cuello uterino acortado dentro del segundo trimestre de embarazo, el haber tenido varios embarazos o el haber tenido preeclampsia.

Para lo cual añade Carnero (12) en su trabajo relacionado con factores que inciden en parto pretérmino del Instituto Nacional Materno Perinatal, mediante el cual se buscó conocer los factores que inciden en este tipo de alteración durante los meses de enero a junio del 2015. El estudio, fue de tipo cuantitativo, transversal, en base a ciento cincuenta historias clínicas de casos de parto pretérmino, durante los meses de enero a junio del año dos mil quince. Los resultados obtenidos fueron que, de las 450 historias clínicas, la frecuencia de partos pretérminos fue 33.3%; además que el 60% presentaron ruptura prematura de membranas. Entre los factores se describe, el haber presentado casos de infecciones en las vías urinarias y el de haber tenido anemia, ambas altamente significativas.

En conclusión Shessira (13), en un estudio que se refirió a los factores de riesgo relacionado a parto pretérmino en embarazadas, donde tuvo como objetivo determinar dichos factores. Estudio observacional, retrospectivo, analítico, controles y casos. La muestra fue de cuatrocientas embarazadas atendidas en el mencionado hospital el cual se divide en casos a las embarazadas con parto pretérmino y los controles a las embarazadas sin parto pretérmino. Se efectuó un análisis univariado y bivariado. A través de los análisis, se evidenció una relación de varios factores de riesgo con el parto pretérmino, confianza en un noventa y cinco por ciento. El estado civil, edad, control prenatal inadecuado, número de paridad, preeclampsia, infección al tracto urinario, y la laceración prematura tiene estadísticamente un valor ($p < 0.5$) además de ser considerado factores de riesgo para parto pretérmino (7).

2.2. MARCO CONCEPTUAL

PARTO PRETÉRMINO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido que el parto prematuro o pretérmino es aquel nacimiento que tiene lugar después de las 20 semanas y antes de las 37 semanas de edad de gestación. Parto pretérmino o prematuro: es aquel que se presenta entre las 28 y las 36 semanas de gestación. (14) (14)

En todo el mundo quince millones de neonatos llegan a término, de tal manera, más de uno en diez nacimientos es parto pretérmino. Hay que recalcar que más de un millón de neonatos prematuros mueren cada año por complicaciones presentadas en el parto (13). La prematuridad es la principal causa de muerte en niños menores de cinco años. Mayormente en países que poseen datos confiables relacionados; a los porcentajes de neonatos pretérmino están creciendo. Presentando entre el cinco y diez por ciento de embarazos donde sólo el veinte por ciento de las embarazadas

diagnosticadas con trabajo de parto pretérmino terminan en un parto pretérmino produciendo entre el setenta y cinco y ochenta por ciento de mortalidad del neonato y del cincuenta por ciento de los daños neurológicos.

A pesar de los progresos en la investigación clínica, el parto pretérmino sigue incrementándose en todo el mundo.¹ México no es la excepción, en 1990 se reportó su frecuencia en 10.6% y en 2001 ascendió a 11.9%.² En el estado de Guanajuato se registra el porcentaje más elevado de casos, que en 2009 fue de 12.7%.³ La prematurez es la primera causa de mortalidad perinatal y de ingreso a terapia intensiva neonatal, con toda la carga económica que esto representa para nuestro sistema de salud. (15)

Existen tres causales principales que conllevan a esta problemática, como es el caso del inicio temprano del parto, alteraciones en las membranas oculares por lo que el líquido amniótico sale y la interrupción del embarazo, ya sea a causa de una iatrogenia o una indicación médica, como también por alguna patología presente en la madre o en feto (16)

A través de las guías desarrolladas por parte de la American Academy of Pediatrics y la American College of Obstetricians and Gynecologists, para el diagnóstico de este tipo de parto, es necesario considerar los signos relevantes, como es las contracciones del útero que se dan cuatro cada veinte minutos o en algunos casos ocho por cada hora, las alteraciones dadas en el cuello uterino; se puede considerar también la longitud cervical como un valor predictivo, tanto en pacientes asintomáticas, como en aquellas que presentan alteraciones del útero, conizaciones previas o legrados uterinos. (16)

Parto prematuro: Es aquel nacimiento ocurrido entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación. Amenaza de Parto Pretérmino: se presenta entre las 22 y 36,6 semanas de gestación acompañado de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, una duración de 25-30 segundos y en un lapso de 60 minutos, además borramiento del cuello uterino en un 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm. (17)

Trabajo de parto pretérmino: Es la presencia de dinámica uterina igual o mayor 1 cada 10 minutos, pero con modificaciones cervicales tales como borramiento mayor al 50% y dilatación de 4 cm o más. El parto pretérmino más que un problema o trastorno constituye un verdadero síndrome, es decir, un conjunto de signos y síntomas, cuyas etiologías son diferentes. La etiopatogenia del parto pretérmino es variada, ya que un sin número de factores se encuentran involucrados en la génesis de este síndrome. (18)

En una revisión se estimó que el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial fueron pretérmino, es un problema para la salud pública, ya que provoca complicaciones neonatales a corto plazo, como la depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia interventricular, sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante, ductus arterioso persistente, displasia broncopulmonar o apneas. A largo plazo se dan parálisis cerebral, retraso mental, compromiso de visión y pérdida de audición. (15)

Cerca de quince millones de partos se dan a nivel mundial, de los cuales, por cada diez se presenta un caso de parto pretérmino. Pero así mismo cada año mueren cerca de un millón de recién nacidos a causa de este tipo de parto. Es por esto, que es un tipo de morbilidad común en los menores de cinco años (14). Mayormente en países que poseen datos confiables relacionados; a los porcentajes de neonatos pretérmino están creciendo. Presentando entre el cinco y diez por ciento de embarazos

donde sólo el veinte por ciento de las embarazadas diagnosticadas con trabajo de parto pretérmino terminan en un parto pretérmino produciendo entre el setenta y cinco y ochenta por ciento de mortalidad del neonato y del cincuenta por ciento de los daños neurológicos. (15)

CLASIFICACIÓN

El parto pretérmino se subdivide en 4 grupos en función de la edad gestacional:

- Pretérmino tardío: entre las 34 y las 37 semanas de gestación.
- Moderadamente pretérmino: entre las 32 y las 34 semanas de gestación.
- Muy pretérmino: entre las 28 y las 32 semanas de gestación.
- Extremadamente pretérmino: son los menores de 28 semanas de gestación. (5)

Podemos clasificar el parto pretérmino en función del peso al nacimiento:

- Bajo peso al nacimiento: peso inferior a los 2500 g.
- Muy bajo peso al nacimiento: peso inferior a los 1500 g.
- Extremado bajo peso al nacimiento: peso inferior a los 1000 g. (5)

Se puede clasificar el parto pretérmino de acuerdo al agente etiológico:

- Idiopático o espontáneo
- Asociado a Rotura Prematura de Membranas Pretérmino
- Indicado (por indicación materna o fetal) (5)

FACTORES DE RIESGO

Entre estos podemos describir:

- Nivel socioeconómico bajo

- Ascendencia afroamericana
- Peso extremo (bajo peso u obesidad)
- Edad extrema (< 16 o > 35 años)
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Estrés
- Infección del tracto genital (vaginosis) y urinario (infección vía urinaria).
- Anormalidades uterinas congénitas
- Antecedente de parto pretérmino anterior
- Ausencia del control prenatal
- Embarazo Múltiples
- Hemorragias del 2do y 3er Trimestre
- Preeclampsia
- Diabetes
- Incompetencia ístmico-cervical
- Oligohidramnios
- Polihidramnios
- Rotura Prematura de Membranas
- Corioamnionitis
- Tratamientos de fertilidad
- Periodo intergenésico < 1 año
- Miomatosis (19)

En la prematuridad se encuentra un amplio conjunto de factores relacionados y cada vez se tiende más a una explicación multicausal, multifactorial y compleja en la que pueden intervenir factores inflamatorios, isquémicos, inmunológicos, mecánicos y hormonales. Se debe pensar que inciden en la prematuridad la condición socioeconómica regulando diversos aspectos ambientales, psicológicos e incluso comportamentales de la gestación. (19)

FACTORES MATERNOS

Hemorragias del 1ro y 2do trimestre: Si el sangrado se presentó en el primer trimestre habrá un riesgo relativo de parto prematuro, pero si el sangrado se presenta en el segundo trimestre existirá doble riesgo de trabajo de parto pretérmino y triple riesgo si el sangrado está presente en el primero como en el segundo trimestre. Este sangrado al presentarse en más de un trimestre incrementa más el riesgo de ruptura prematura de membranas. (20)

Infección del tracto genital y urinario: En México a través de un estudio las infecciones de las vías urinarias, se presentó como causal principal en el 53% de los casos, así mismo fue evidente que a través de la aplicación de la bacteriuria en pacientes gestantes, se logra reducir el riesgo de que se presente este tipo de parto. (17) (21)

Preeclampsia: En la Preeclampsia encontramos la dificultad de la placenta en el transporte de oxígeno al feto, provocando la disminución aguda y crónica de oxígeno para el feto, produciendo alteraciones en su bienestar y conllevando a un parto prematuro. En un estudio se encontró Preeclampsia en 57 casos y 26 casos del grupo control de 232 gestantes, estadísticamente significativo los resultados como un riesgo de parto pretérmino. (22)

Periodo intergenésico < 1 año: Se evidencio en el Hospital Civil de Culiacán, México el parto prematuro en 328 casos y en 376 gestantes en controles; que tuvieron un periodo intergenésico posparto menor o igual a un año, lo que demostró el riesgo de parto prematuro subsecuente. En un periodo intergenésico corto se activan mecanismos causales de una alteración hormonal posparto, como es el envejecimiento del ovocito producto de una fase folicular prolongada del primer ciclo ovulatorio, además de la presencia de estrés materno originado por el nuevo embarazo y la disminución materna de nutrientes, presumiblemente de folatos. (22)

Incompetencia cervical: La alteración cervical puede ser consecuencia de malformación congénita, traumatismo quirúrgico o cualquier pérdida de la integridad del cérvix, pueden estar asociadas a infección intrauterina (hasta un 50%). La incompetencia cervical es manifestación precoz de parto pretérmino al presentarse en el segundo trimestre. (23)

Antecedente de parto pretérmino anterior: Como antecedente materno la presencia de partos pretérmino previos aumenta el riesgo de parto pretérmino en un 95%, el cual disminuye progresivamente al aumentar la edad gestacional del parto anterior. (23)

Anormalidades uterinas congénitas: Los partos pretérmino a consecuencia de anomalías uterinas tienen una incidencia del 1 al 3 %, las más importantes es el útero tabicado y el útero bicorne. Las mujeres expuestas in útero a dietilestilbestrol pueden presentar útero en forma de T siendo un riesgo de amenaza de parto pretérmino y parto pretérmino. (23)

Tratamientos de fertilidad: La inducción de la ovulación tiene como consecuencia las gestaciones múltiples siendo una causa de partos prematuros. (22)

FACTORES AMBIENTALES

Raza: De acuerdo a estudios las gestantes de raza negra e indígenas tienen mayor riesgo de parto pretérmino que las gestantes de raza blanca. (24)

Edad extrema (< 16 o > 35 años): Las gestantes menores de 20 años se las vincula con los partos pretérmino espontáneos mientras

que con las gestantes mayores de 35 años el parto prematuro es una indicación médica por sus factores asociados. (25)

Tabaquismo, alcoholismo: Las mujeres con síndrome de dependencia al alcohol y el abuso al tabaco tienen considerable riesgo de parto pretérmino y bajo peso al nacer. (25)

Ausencia del control prenatal: Las gestantes con menos controles prenatales tienen mayor riesgo de parto pretérmino, como evidencia las gestantes con 0 a 3 controles prenatales presentan el 95% de riesgo, las gestantes con 4 a 6 controles prenatales presentan el 58.7% de riesgo mientras que el grupo de gestantes con más de 7 controles prenatales presentan el 21.2% de riesgo de parto prematuro. (25)

Estrés materno fetal: En el estrés materno (físico o emocional), el factor liberador de la hormona adrenocorticotropa, que se encuentra en el hipotálamo y la placenta, activa la vía común del parto estimulando la hormona adrenocorticotropa fetal, inhibiendo la producción de progesterona por la placenta y aumentando la síntesis de prostaglandinas provocando el riesgo de parto. (24)

Peso extremo (bajo peso u obesidad): El Índice de Masa Corporal bajo (<19) incrementa el riesgo de parto pretérmino mientras la obesidad influye sobre la vía inflamatoria aumentando el riesgo de parto prematuro. (24)

FACTORES OVULARES

Embarazo Múltiples: En el embarazo gemelar existe el 30 a 50% de riesgo de parto prematuro, caracterizándose con una edad gestacional promedio de 37semanas, mientras que los embarazos triple con 33 semanas, y en el cuádruple de 31 semanas. (16)

Rotura prematura de las membranas: El parto prematuro a consecuencia de rotura prematura de membranas se presenta en 32.5% de los casos, considerándose como factor de riesgo (21). Tanto en el caso del parto pretérmino, como el de la rotura de membranas, se presentan procesos infecciosos, lo cual incrementa la síntesis de las enzimas o de las prostaglandinas las cuales causan cambios cervicales como también al desarrollo de contracciones uterinas, de esta forma se incrementa la tensión en las membranas ovulares, lo cual se da debido a la acción de elastasas y enzimas proteolíticas producidas por los agentes bacterianos. (16)

Oligohidramnios: Es considerado factor de riesgo de parto prematuro en un 0.6-10% ya que se encuentra asociado a la rotura prematura de membranas que también es considerado como factor de riesgo. (16)

FISIOPATOLOGÍA

El parto pretérmino es un evento multifactorial con diferentes mecanismos fisiopatológico involucrando diferentes procesos bioquímicos. Las causas patológicas que conllevan a un parto son las siguientes, activación del eje hipotálamo hipófisis adrenal materno, la inflamación, la hemorragia decidual y la distensión patológica del miometrio. La causa más frecuente en un 18% es la infección/inflamación intraamniótica subclínica. La fisiopatología del

trabajo de parto pretérmino es caracterizada por la activación de mediadores de inflamación que son las citoquinas, producidas en la placenta, amnios, corion y decidua. (26)

Otro mecanismo es la hemorragia decidual que origina trombina a nivel local, uniéndose a los receptores celulares en la decidua para incrementar las proteasas locales y prostaglandinas. Las gestaciones múltiples, hidramnios y anomalías uterinas producen distensión de membranas, miometrio o ambos, provocando distensión patológica del útero causando activación miometrial y producción de citoquinas en las membranas. El aumento de proteasas y uterotoninas de membranas fetales y decidua que llevan a la ruptura de membranas, cambios cervicales y contracciones uterinas progresivas. (26)

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO

Reposo y relaciones sexuales. Se recomienda la disminución del desarrollo de labores o el evitar tener actos sexuales, en aquellas gestantes con una cérvix menor a 25 mm antes de las 28 semanas. (27)

Tabaco y otras drogas. Con la implementación de programas de desintoxicación en el abuso del tabaco, drogas (heroína, cocaína) se ha evidenciado la reducción del riesgo de parto pretérmino, así como la disminución en el porcentaje de peso bajo al nacer. (27)

Progesterona: se ha demostrado su utilidad en un 14 % en gestante con antecedente de parto prematuro anterior. Se recomienda en gestantes con antecedentes y un cérvix < 25 mm en segundo trimestre; como también en gestantes asintomáticas sin antecedentes con un cérvix < 20 mm en segundo trimestre. (28)

Hierro: La falta de hierro, también aumenta las posibilidades de presentar este tipo de parto dentro del segundo trimestre de gestación, además que incrementa la baja de hemoglobina. A la mujer gestante se recomienda una alimentación balanceada compuesta por proteínas, vitaminas y minerales, además de ácidos grasos, Omega-3. El Omega-3 reduce las concentraciones de citoquinas pro inflamatorias. (28)

Probióticos: Por medio de la combinación de probióticos juntos con antibióticos se puede contrarrestar la vaginosis junto con sus complicaciones, debido a que disminuye el pH vaginal, evita la adhesión de patógenos y modula la inmunidad. (28)

MANEJO DE PACIENTE

A partir de las 35 semanas se suspende el tratamiento tocolítico endovenoso y se indica el reposo. Es opcional, la administración de tocólisis vía oral respetando el reposo nocturno. A partir de la 36 semana se debe suspender todo tratamiento tocolítico. En gestantes de bajo riesgo de parto pretérmino acompañado de actividad uterina se sugiere reposo y observación de 2-3 horas para valorar si hay cambios cervicales. Si se suspende la dinámica uterina y no hay modificaciones cervicales, se indica la alta domiciliaria con reposo relativo de 24 horas. En el caso que no ceda la dinámica uterina, pero no hay modificaciones cervicales. (29)

CUADRO CLÍNICO

El trabajo de parto pretérmino se considera un síndrome caracterizado por el borramiento y dilatación del cuello uterino, o por aumento de la irritabilidad uterina a causa de diversos factores que varían según la edad gestacional, como la infección sistémica e intrauterina, la isquemia uteroplacentaria, la excesiva distensión del

útero y las respuestas inmunológicas anormales del feto o la madre. La ruptura prematura de membranas es quizá la patología relacionada con esta alteración, en general cuando existen varias complicaciones infecciosas que conllevan a la septicemia neonatal o la corioamnionitis. (29)

DIAGNÓSTICO

Anamnesis

En la evaluación exhaustiva de las gestantes se debe realizar la anamnesis incluyendo y haciendo énfasis en lo siguiente: Percepción de los síntomas, características, inicio, duración, desencadenantes. En este punto es muy importante explorar las características del dolor para tratar de aclarar su origen, incluyendo otras situaciones dolorosas que no constituyen una amenaza de parto pretérmino como es el caso de la lumbalgia y la pubalgia de las embarazadas en el tercer trimestre del embarazo. (30)

Edad gestacional actual, para esto se utilizará una fecha de última menstruación confiable y/o ultrasonido del primer trimestre o segundo trimestre en caso de faltar el anterior. Interrogar sobre los antecedentes personales, se debe valorar si existen enfermedades que puedan ser las causantes de los síntomas o ser contribuyentes en los mismos, empeorando así su cuadro de manifestaciones clínicas. (30)

Examen físico

En la evaluación clínica de la gestante se debe realizar un adecuado examen físico que tiene como objeto aclarar el diagnóstico, descartar otras entidades etiológicas y posibles causas desencadenantes. Este examen físico debe incluir Exploración médica general que incluye los signos vitales. (31)

Exhaustiva y detenida Exploración Abdominal

Este punto es de vital importancia, se debe realizar con la mayor precisión y destreza posible, buscando determinar la altura uterina, posición, presentación, encajamiento y frecuencia cardíaca fetal. Es de suma importancia determinar clínicamente la actividad uterina, valorando su frecuencia, duración y es crucial determinar su relación con el dolor manifestado por la gestante. El patrón anormal de contracciones uterinas durante el embarazo se caracteriza por ser progresivas, dolorosas o causar molestias a la gestante y su frecuencia supera la máxima normal para la edad gestacional del embarazo. Lo anterior se traduce de manera práctica en tener 4 o más contracciones durante 20 minutos de evaluación clínica. (31)

Exploración ginecológica

Llevar a cabo exploración de los genitales externos, además de examen con espéculo de los genitales internos cuando se considere pertinente. Realizar un tacto vaginal para valorar las características del cérvix uterino, determinando su posición, consistencia, dilatación y longitud. Valorar la presencia y características de descargas cervicovaginales. (31)

Contracciones uterinas

Consideramos como trabajo de parto pretérmino a todas las gestantes que están entre las 37 semanas y las semanas 20 que presentan hiperactividad uterina. Esta se caracteriza por presentar cuatro contracciones en 20 minutos o también 8 en 60 minutos. Estas pueden ser muy dolorosas. (14) (31)

Ecografía transvaginal y Longitud cervical

Este eco se realiza desde las 20 semanas y las 34 semanas de gestación, en lo posible para complementar el análisis cervical, si las modificaciones cervicales son dudosas. Una longitud cervical menor a

25mm se relaciona con un riesgo relativo de parto prematuro de 4,8. Por lo tanto, una extensión cervical de 25 mm con aparición de contracciones y tener las características anteriormente mencionadas es diagnóstico de APP. (31)

TRATAMIENTO

Reposo en cama e Hidratación Endovenosa

Es la más común de todas las intervenciones orientadas a disminuir el parto de pretérmino. A pesar de ello, no existe ningún trabajo prospectivo canonizado que haya evaluado en forma independiente la efectividad del reposo en cama para la prevención del trabajo de parto pretérmino o su tratamiento en embarazos de fetos únicos. Existen cuatro investigaciones clínicas aleatorizadas que evaluaron el reposo hospitalario para la prevención y/o tratamiento del parto pretérmino en el embarazo gemelar; dos estudios no encontraron beneficios y dos mostraron un aumento en el parto pretérmino. (32)

Por lo tanto, si bien parecería razonable indicar la reducción de la actividad física en gestantes con riesgo de prematurez, no existe evidencia de que esta intervención, especialmente cuando se extiende a reposo en cama absoluto, reduzca el parto pretérmino. De hecho, en el embarazo gemelar puede ser perjudicial. La hidratación oral o endovenosa es otra de las intervenciones más comunes. Algunos profesionales la utilizan para diferenciar el falso del verdadero parto de pretérmino. Existen pocos estudios aleatorizados que evalúen esta intervención y ninguno de ellos demostró que la hidratación fuera efectiva. Por otra parte, esta práctica puede asociarse con una mayor incidencia de edema agudo de pulmón por sobre hidratación. (32)

ASISTENCIA DEL PARTO PRETÉRMINO

Equipo y Personal para Atender el Parto Pretérmino

El nacimiento antes de la semana 32-34 de gestación debe realizarse en instituciones que cuenten con unidades de cuidados intensivos neonatales, habiéndose comprobado que en estas circunstancias las cifras de mortalidad neonatal son menores, esto puede requerir el traslado de la parturienta a dichos centros, especialmente en neonatos cuyo peso estimado sea inferior a 1.500 g. Resulta conveniente que el parto esté planificado con conocimiento previo por parte del equipo pediátrico, permitiéndole dicha planificación estar presente en el momento del nacimiento. No obstante el personal obstétrico debería estar entrenado en reanimación de urgencia de fetos prematuros ya que el nacimiento ocurre en ocasiones inevitablemente antes de la llegada del equipo pediátrico (33)

Monitorización del parto pretérmino

El objetivo de la vigilancia del feto durante el parto pretérmino es detectar los posibles indicadores de hipoxia que nos permitan intervenir de forma precoz, ya que se ha demostrado reiteradamente que la asfixia intraparto es uno de los determinantes más importantes de la morbimortalidad del prematuro, incluyendo la hemorragia intraventricular y el síndrome de distres respiratorio, y el prematuro presenta acidosis con mayor rapidez que el feto a término, dada su capacidad relativamente pequeña de amortiguamiento de la homeostasis ácido-básica. (33)

Por ello se deben extremar las medidas de control del bienestar fetal en la amenaza de parto prematuro y en el parto prematuro, siendo obligada la monitorización fetal cardiotocográfica continua en estas situaciones. El control del estado fetal durante el parto se realiza mediante la monitorización cardiotocográfica, la determinación del

equilibrio ácido-base fetal y posiblemente en el futuro con la pulsioximetría fetal. La interpretación del registro cardiotocográfico puede presentar dificultades debidas a la edad gestacional y la toma de agentes tocolíticos (33).

2.3. MARCO LEGAL

El Derecho A La Salud En La Constitución De La República

Sección segunda Salud

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional. (34)

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social. (34)

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. (34).

CAPÍTULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de estudio

Nivel: Descriptivo.

Métodos: Cuantitativa

Tiempo: Prospectiva

Diseño: Transversal

3.2. Población y muestra:

La población estuvo conformada por 50 gestantes atendidas en la sala de ginecología del hospital Universitario de la Ciudad de Guayaquil, de las cuales 15 presentaron parto pretérmino, siendo esta la cantidad de la muestra con la que trabajaremos el presente estudio.

3.3. Procedimiento para la recolección de la información

Se utilizó una matriz para la recolección de información a través de la observación indirecta en la historia clínica de las usuarias ingresadas en la sala de ginecología del Hospital Universitario de la Ciudad de Guayaquil.

3.4. Técnica de Procesamiento y análisis de datos

El proceso de datos se realizó utilizando el programa Excel, se elaboraron gráficos tipo barras, para la demostración de los resultados estadísticos, de acuerdo con el marco conceptual del problema de estudio

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable: Parto Pretérmino

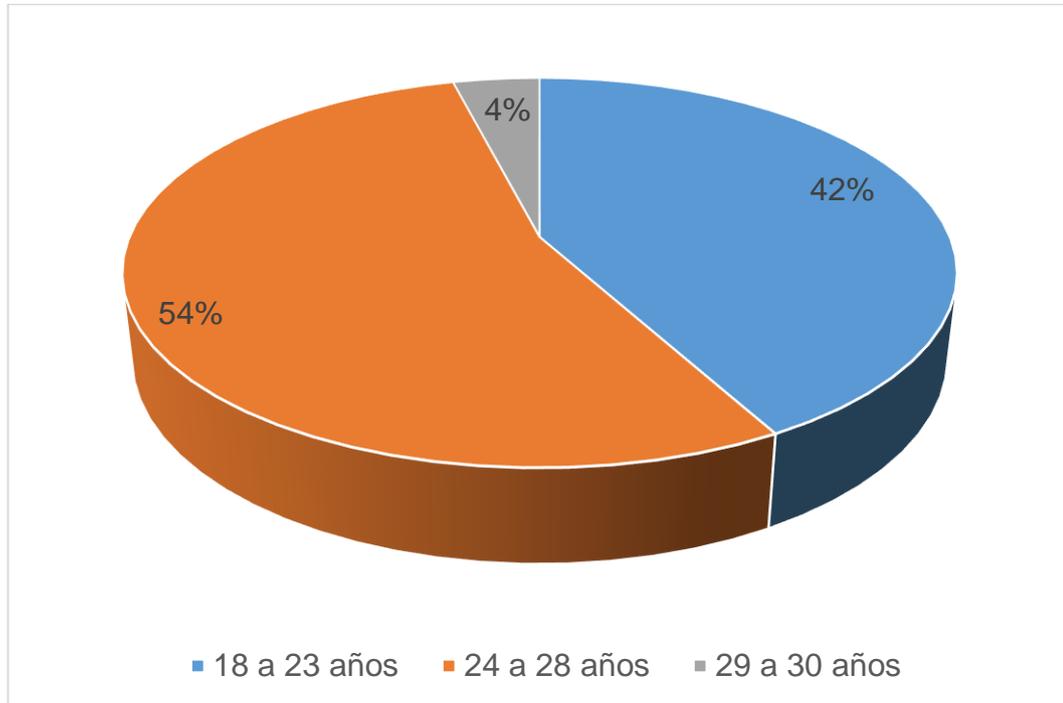
DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	FUENTE
Parto que se presenta antes de la 37 semana de gestación.	Características sociodemográficas	<p>Edad</p> <p>Procedencia</p> <p>Escolaridad</p> <p>Hábitos</p> <p>Número de paridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 18 a 23 años • 24 a 28 años • 29 a 30 años • Urbana • Rural • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Bachiller • Superior • Alcohol • Drogas • Tabaco • Primípara • Multípara 	Historia clínica

Variable: Parto pretérmino

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Parto que se presenta antes de la 37 semana de gestación.	Factores asociados	<p>Antecedentes obstétricos</p> <p>Patología durante el embarazo</p> <p>Controles prenatales</p> <p>Edad gestacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ruptura prematura de membrana • Trastorno de líquido amniótico • Embarazos múltiples • Pre eclampsia • Placenta previa • Anemia • Diabetes • Hipertensión arterial • Enfermedades de transmisión sexual • 1 a 3 controles • 4 a 6 controles • 6 controles • 28-32 semanas • 33-34 semanas • 35-36 semanas

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Gráfico No. 1 Edad

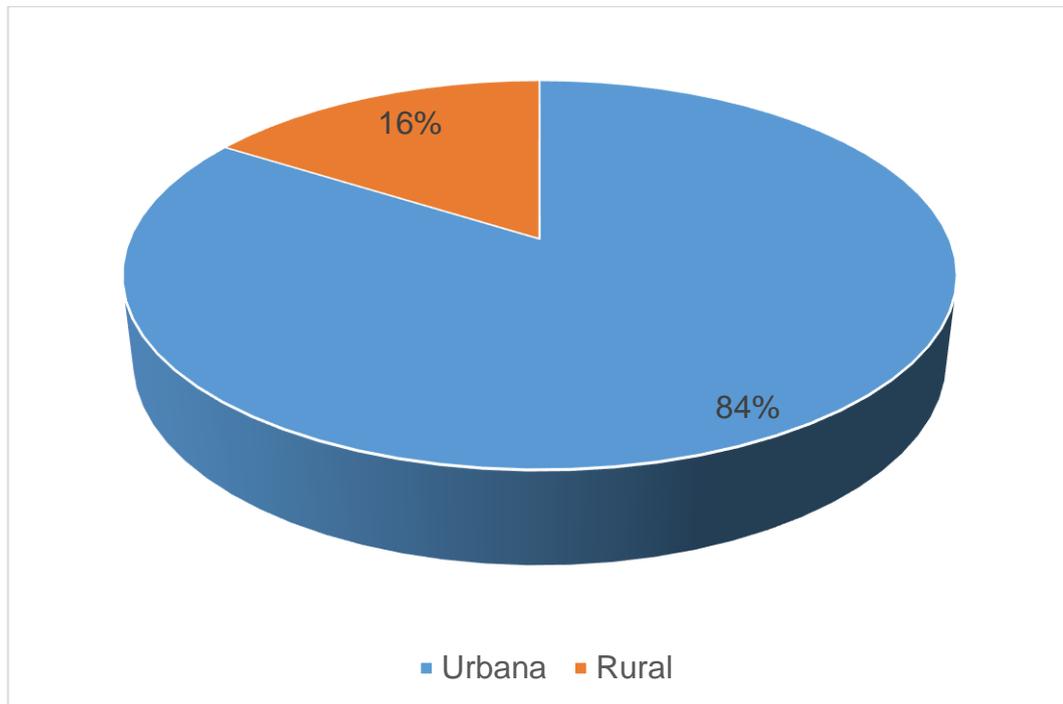


Fuente: Matriz de recolección de información

Elaborado por: Cagua Nivecela Diana Marisol - Villón Valencia Carlos Geovanny

Análisis: Los datos obtenidos a través de la observación indirecta de historias clínicas realizada a las gestantes, permite describir que el 54% posee una edad de 24 a 28 años, mientras que el 42% tiene una edad de 18 a 23 años, y el 4% tiene una edad de 29 a 30 años. La edad es uno de los indicadores de los cuales influye en que las gestantes presenten parto pretérmino es decir a mayor edad aumenta el riesgo de tener un parto pretérmino.

Gráfico No. 2 Procedencia

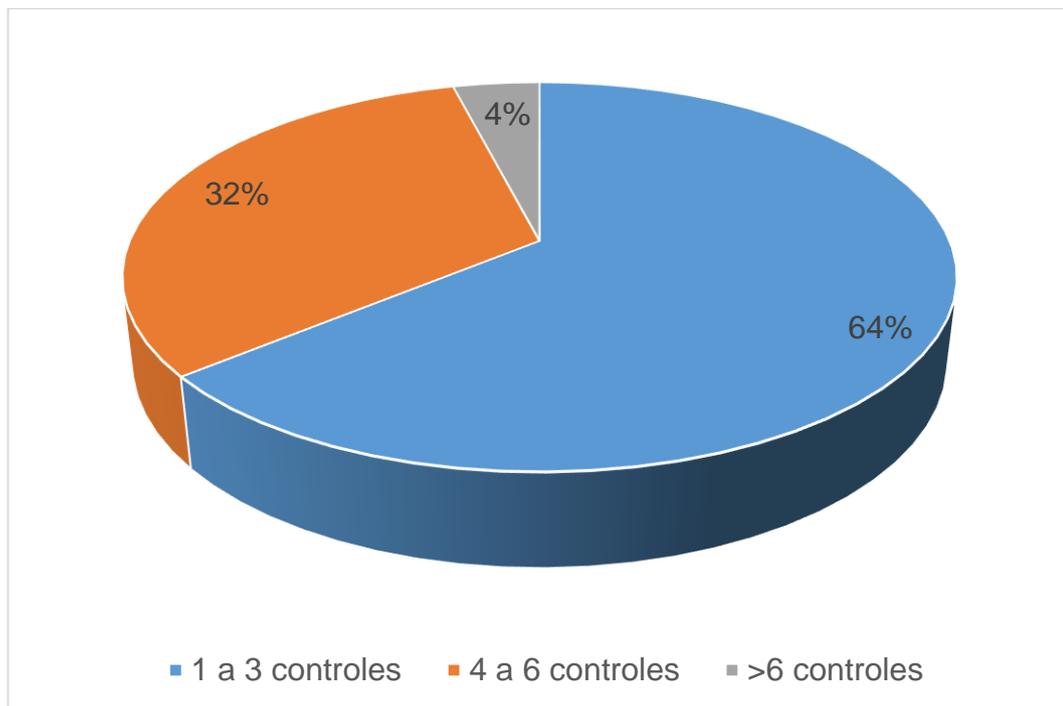


Fuente: Matriz de recolección de información

Elaborado por: Cagua Nivecela Diana Marisol - Villón Valencia Carlos Geovanny

Análisis: Los datos tabulados en la presente tabla, permiten identificar que el 84% de las gestantes atendidas en el área de ginecología, son de áreas urbanas, mientras que el 16% restante son de áreas rurales. Es notable que existe un grupo de gestantes, que provienen de lugares donde no hay accesibilidad a la atención médica, por la zona geográfica donde habitan.

Gráfico No. 3 Controles prenatales

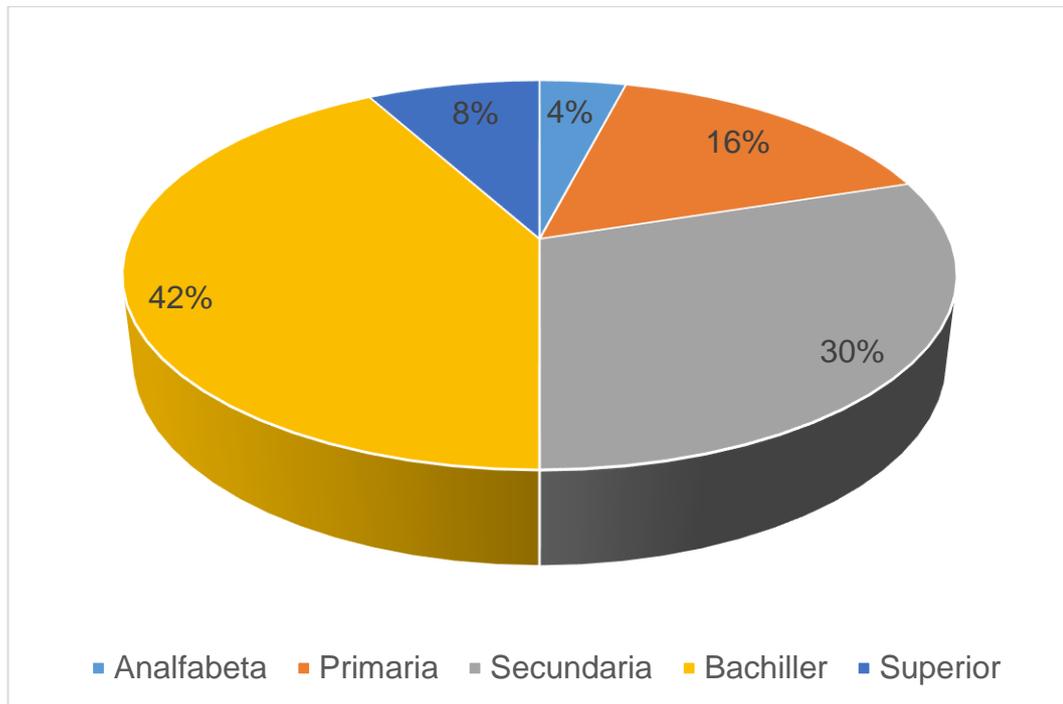


Fuente: Matriz de recolección de información

Elaborado por: Cagua Nivecela Diana Marisol - Villón Valencia Carlos Geovanny

Análisis: Los datos obtenidos a través de la observación indirecta del historial clínicas, permite describir que el 64% de las gestantes, acudieron solo de 1 a 3 controles prenatales, mientras que el 32% acudió de 4 a 6 controles y el 4% a más de seis controles. Es evidente que las gestantes no completaron sus controles durante su embarazo, por lo cual no se detectó a tiempo el riesgo de presentar el parto prematuro. Se debe recomendar a las gestantes que puedan cumplir con los controles señalados por el personal médico.

Gráfico No. 4 Escolaridad

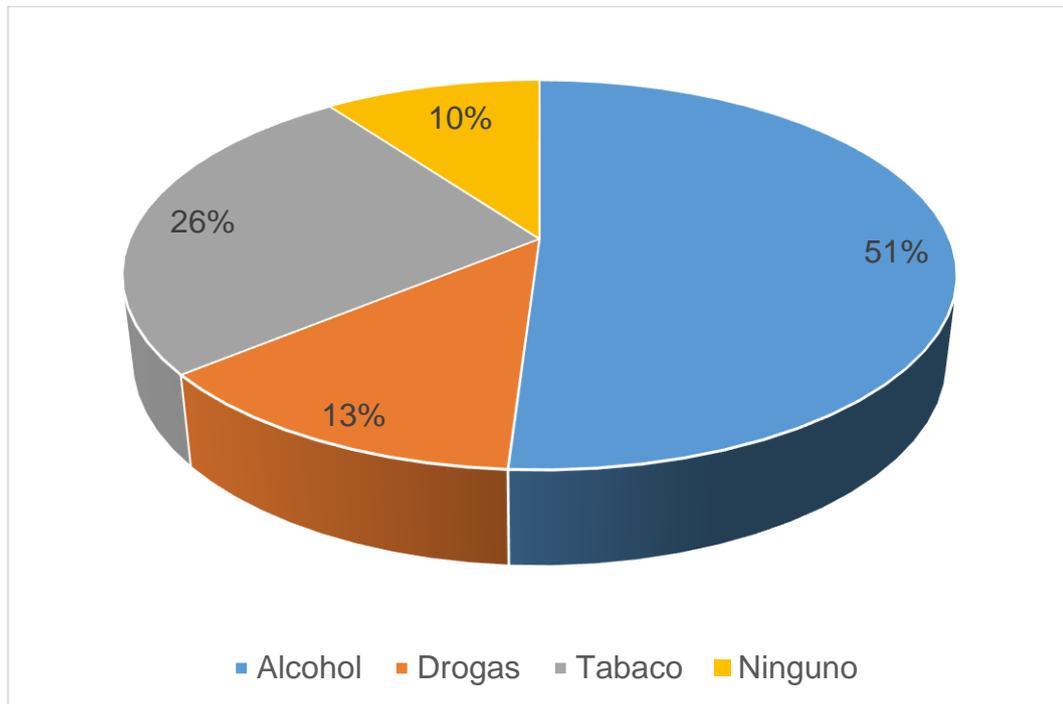


Fuente: Matriz de recolección de información

Elaborado por: Cagua Nivecela Diana Marisol - Villón Valencia Carlos Geovanny

Análisis: Los datos obtenidos a través de la observación indirecta de las historias clínicas realizada a las gestantes, permite describir que el 42% posee un nivel educativo de bachiller, el 30% secundaria, el 16% primaria, el 4% analfabeta y el 8% superior. Esto permite evidenciar que existe un grupo minoritario pero importante de gestantes, que no tienen un nivel educativo adecuado a su edad.

Gráfico No. 5 Hábitos

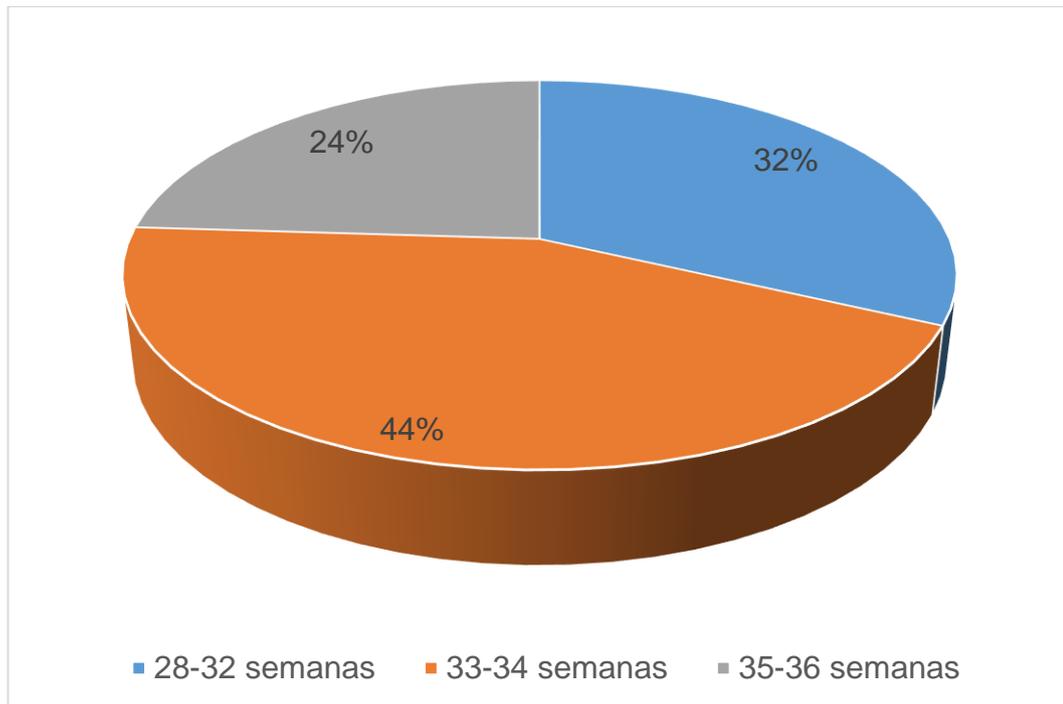


Fuente: Matriz de recolección de información

Elaborado por: Cagua Nivecela Diana Marisol - Villón Valencia Carlos Geovanny

Análisis: Los datos tabulados en la presente tabla, permiten identificar que el 56% de las gestantes consume alcohol, el 28% tabacos y el 16% drogas, mientras que el 10% señaló no consumir estas sustancias. En base a estas cifras es evidente que las gestantes consumen diferentes tipos de sustancias psicotrópicas y estupefacientes, sin concienciar sobre los efectos nocivos para su embarazo o la salud del neonato.

Gráfico No. 6 Edad gestacional

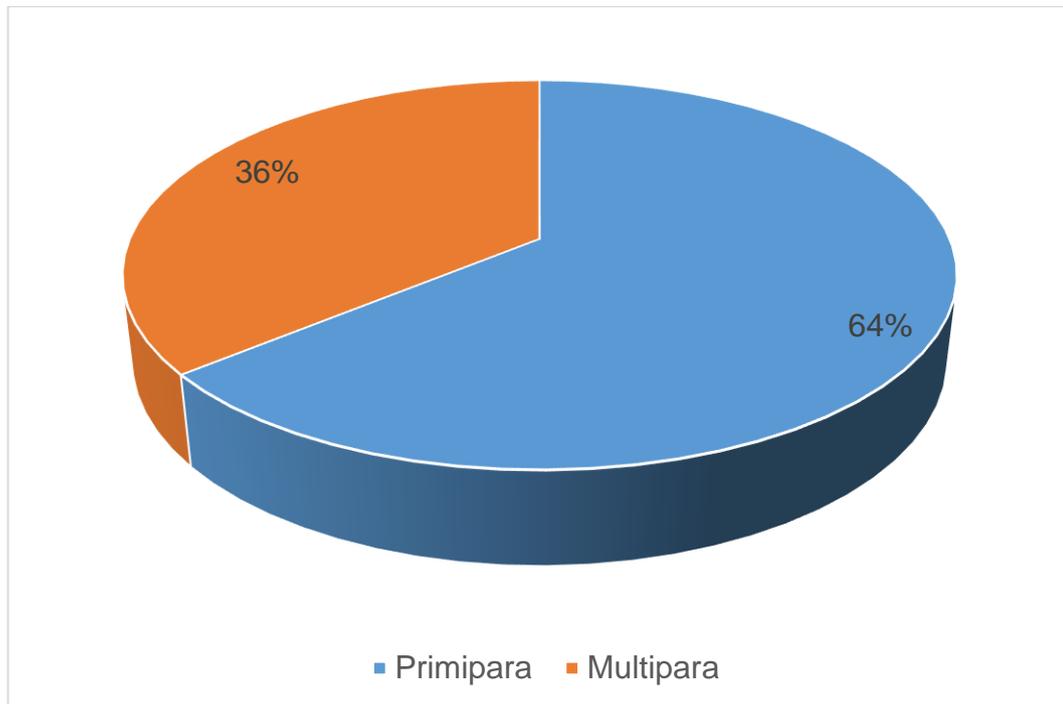


Fuente: Matriz de recolección de información

Elaborado por: Cagua Nivecela Diana Marisol - Villón Valencia Carlos Geovanny

Análisis: Los datos obtenidos a través de la observación indirecta de las historias clínicas a las gestantes, permite describir que el 44% de las gestantes están en su edad gestacional de 33 a 34 semanas, el 32% en la 28 a 35 semanas y el 24% de 35 a 36 semanas. Estos datos nos permiten conocer que el embarazo pretérmino es común dentro del rango de gestantes que se encuentran en la 34ava a la 36ava semana de embarazo, por lo que se debe tener un mayor control a las gestantes que están dentro de esta edad gestacional.

Gráfico No. 7 Número de paridad

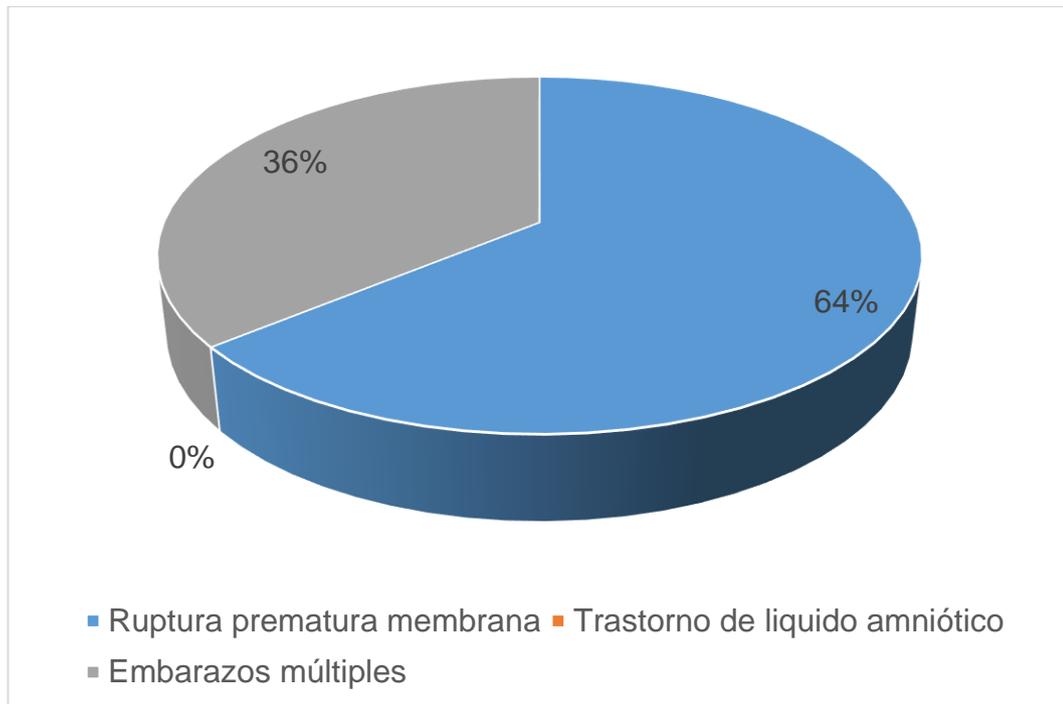


Fuente: Matriz de recolección de información

Elaborado por: Cagua Nivecela Diana Marisol - Villón Valencia Carlos Geovanny

Análisis: Los datos representados en el presente cuadro estadístico permite conocer que el 64% de las gestantes es primípara y el 36% múltipara. Lo que permite evidenciar que el parto pretérmino suele presentarse con mayor frecuencia en las gestantes que son primíparas, las cuales debido a su poca experiencia no saben cómo conllevar la etapa del embarazo y sus cuidados.

Gráfico No. 8 Antecedentes obstétricos

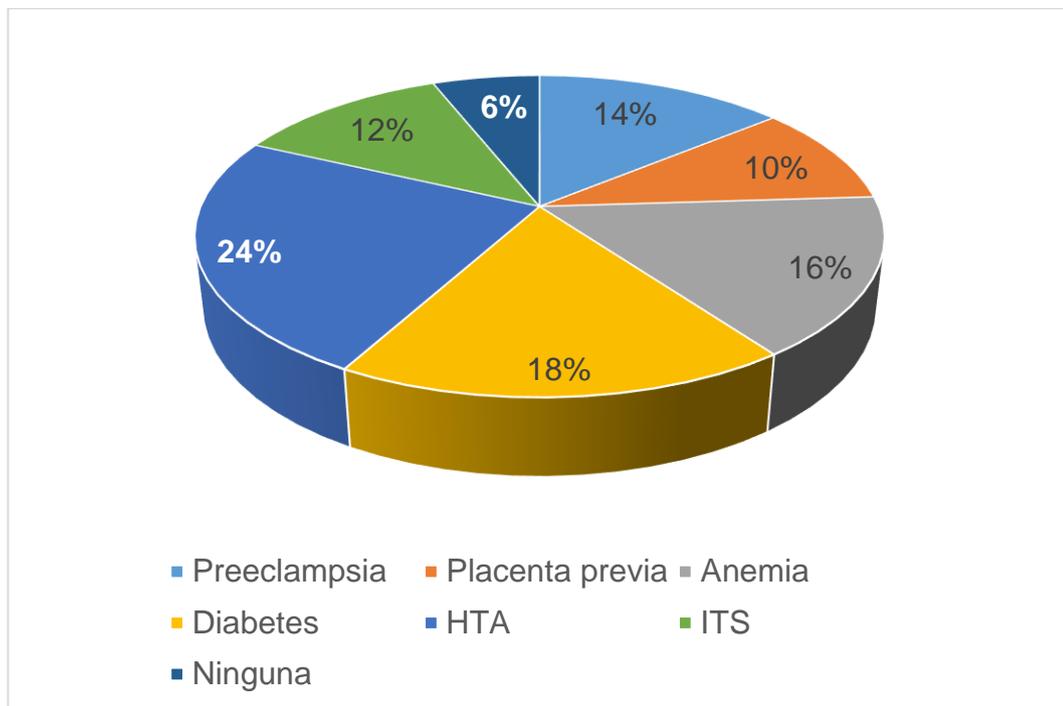


Fuente: Matriz de recolección de información

Elaborado por: Cagua Nivecela Diana Marisol - Villón Valencia Carlos Geovanny

Análisis: Los datos representados en el presente cuadro estadístico permite conocer que el 64% de las gestantes presentó como manifestación clínica la ruptura prematura de membrana, mientras que el 36% de las gestantes restantes, señalaron que presentaron embarazos múltiples. A través de estos datos es evidente que existen ciertos antecedentes, que deben ser valorados previamente, para intervenir de forma inmediata y prevenir que pueda presentarse un parto pretérmino en las gestantes de ésta área.

Gráfico No. 9 Patología durante el embarazo



Fuente: Matriz de recolección de información

Elaborado por: Cagua Nivecela Diana Marisol - Villón Valencia Carlos Geovanny

Análisis: Los datos tabulados en la presente tabla, permiten identificar que el 24% de las gestantes durante el embarazo presentaron hipertensión arterial, el 18% diabetes, el 16% anemia, el 14% preeclampsia, el 12% Infecciones de Transmisión Sexual, el 10% placenta previa y el 6% no presentó ninguna patología

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Referente a las características sociodemográficas, a través del análisis de los resultados en base a las historias clínicas de las gestantes del área de Ginecología, se evidenció que la mayor parte de las gestantes, tenía una edad de 28 a 30 años, el 20% estudió solo la primaria, el 84% son de áreas urbanas. Estos datos poseen cierta semejanza con los resultados obtenidos por Vargas (11), en su estudio que determinó la frecuencia de los factores de riesgos de las complicaciones en el parto pretérmino, obtuvo que el 71% de las gestantes, tenía una edad de 25 a 30 años, además que el 57% de estas vivían en zonas urbanas. Estos datos permiten conocer, la frecuencia con que se presenta el parto pretérmino en las gestantes con estas características, por lo cual es necesario, durante la evaluación tomar en cuenta estas dos variables, para actuar de manera inmediata en aquellas que presenten estas características, para prevenir el desarrollo de un parto pretérmino.

En relación a los controles prenatales, se obtuvo que el 64% de los gestantes de ésta área, solamente acudió a uno hasta tres controles prenatales, así mismo el 56% señaló haber consumido alcohol y el resto otro tipo de sustancias (tabaco y drogas). En un estudio, desarrollado por Shessira (13), el cual también tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo que se relacionan con esta enfermedad, pudo determinar que así mismo las gestantes que presentaban esta anomalía en su embarazo, era mayormente en aquellas que no llevaban un continuo control prenatal (75%), y además en aquellas que tenían hábitos inadecuadas, como es el consumo del alcohol (68%). Ante estas dos características, es necesario intervenir en aquellas gestantes que tengan estos malos hábitos en su embarazo, para poder llevar un mejor control neonatal y a la vez evitar ciertos factores que son considerados como de riesgo, para el desarrollo del parto pre término.

Sobre los antecedentes obstétricos fue evidente que el 44% de las gestantes se encontraba entre la semana 33 a 34, mientras que el resto tenía menos semanas de gestación. Además de estas el 64% de las gestantes, eran primíparas. Estos datos poseen cierta similitud, con los datos obtenidos por Flores (4), el cual en su estudio que buscaba determinar así mismo los factores de riesgos, señaló que los partos pretérminos eran comunes en las gestantes que tenían una edad gestacional de 21 a 37 semanas (64%), así mismo Genes (7), en un estudio que desarrolló, para la búsqueda de los factores de riesgo que se presentan en este tipo de gestantes, el 79% de las gestantes señaló ser primíparas. El personal de enfermería, en el desarrollo de la recolección de las gestantes, a través de las historias clínicas, deben tomar en cuenta aquellas que presenten estas características, para que así mismo puedan ser orientadas sobre el proceso de gestación y la importancia de llevar a cabo los cuidados para llevar a buen término su etapa de gestación.

En referencia a los antecedentes obstétricos, se obtuvo que las gestantes presentaron mayormente ruptura prematura de membranas y otras presentaron embarazos múltiples. Así mismo en relación a las patologías que presentaron durante el embarazo, la mayoría se les diagnosticó hipertensión arterial y a otro grupo similar se le diagnosticó diabetes mellitus. Estos resultados, también pudieron ser evidenciados en el estudio que llevo a cabo Carnero (12), el cual también determinó los factores de riesgo que inciden en el parto pretérmino, hallando que el 60% de las gestantes habían presentado ruptura prematura de membranas, pero referente a las patologías, Vargas (9) pudo constatar así mismo que las gestantes habían presentado hipertensión arterial (45%) y diabetes mellitus (25%). A través de estos resultados, es evidente que existen signos mediante los cuales se puede determinar la posibilidad de que las gestantes puedan llegar a presentar parto prematuro, por lo que es necesario intervenir para su diagnóstico oportuno, para aplicar las medidas necesarias y evitar el desarrollo del parto pretérmino.

CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas que presentan las gestantes, de entre 15 a 30 años, tienen un nivel educativo primario y en su mayoría habitan en zonas urbanas.

En referencia a los antecedentes obstétricos, los datos permitieron describir que gran parte de las gestantes, habían presentado ruptura de membranas, como también embarazos múltiples. Presentan además hipertensión arterial y la diabetes mellitus, las cuales son causantes de alteraciones en el embarazo.

A través de la interpretación de resultados, pudo conocerse que el mayor número de gestantes tenían una edad gestacional de 33 hasta las 34 semanas de gestación, de las cuales también un gran número señaló ser primíparas.

RECOMENDACIONES

A las autoridades de salud conocer, las características sociodemográficas de las gestantes, para que tomen acciones y prevenir el parto pretérmino.

Recomendar al personal de enfermería que labora en esta institución de salud, desarrollar planes de cuidados preventivos dirigidos a las gestantes que se encuentra en la edad gestacional desde las 33 hasta las 34 semanas de gestación, debido a que, en esta edad gestacional, existe una mayor frecuencia de los partos pretérminos.

A través de nuestro trabajo realizado de investigación podemos sugerir a las autoridades de la institución la continua retroalimentación al personal de salud acerca del parto pretermino y los factores que inciden en el parto pretermino para que puedan desarrollar estrategias para que las gestantes identifiquen los factores o patologías asociadas y así ayudar a prevenir el parto pretermino.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alarcón, JC. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre - Niño "San Bartolomé" - 2016. [Online]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017 [cited 2018 Noviembre 4. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6436/Alarcon_cj.pdf?%20sequence=2&isAllowed=y.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía Práctica de Urgencias en Obstetricia y Ginecología. [Online].; 2010 [cited 2018 Octubre 26. Available from: http://www.sego.es/Content/pdf/Guia_Pract_Urg.pdf.
3. Genes, V. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino San Lorenzo, Paraguay: Universidad Nacional de Asunción; 2014.
4. Flores D. Factores determinantes de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la maternidad Dra. Matilde Hidalgo de Procel Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2015.
5. Meléndez C.; Saldaña C. Relación entre el índice de masa corporal bajo previo al embarazo y el riesgo de parto prematuro Scielo , editor. Ciudad de México: Ginecología y Obstetricia de México; 2017.
6. Estrada, O. Factores que desencadenan la amenaza de parto pretérmino Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2014.
7. Genes V. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. [Online]. San Lorenzo, Paraguay: Revista Nacional de la Asunción; 2014 [cited 2018 Noviembre 16. Available from: <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v4n2/v4n2a02.pdf>.
8. Rodríguez, L. Intervención de Enfermería sobre la educación en Parto pretermino. [Online].; 2014 [cited 2018 Julio 12. Available from: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/13669/TFG_Enfermaria_Rodríguez_Pedreira_%20Laura%20María.pdf?sequence=2&isAllowed=y.

9. Ministerio de Salud Pública. Parto Pretérmino. [Online].; 2014 [cited 2018 Mayo 23. Available from: <http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias%202014/GPC%20parto%20pretermino.pdf>.
10. Voto L. Parto pretérmino. [Online]. Buenos Aires, Argentina; 2014 [cited 2018 Noviembre 21. Available from: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Part_Pretermino.pdf.
11. Vargas, Y. Factores de riesgo de las complicaciones del parto pretermino en pacientes del Hospital Universitario Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2016.
12. Carnero, Y. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. [Online]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016 [cited 2018 Diciembre 1. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6436/Alarcon_cj.pdf?
13. Lozada, H. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del hospital I Nuestra Señora de las Mercedes Paita Lima, Perú: Universidad Nacional de Piura; 2017.
14. Shessira GH. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. [Online].; 2015 [cited 2018 Diciembre 4. Available from: <http://v-beta.urp.edu.pe/pdf/id/9174/n/factores-de-riesgo-asociados-a-parto-pretermino-en-gestantes-del-servicio-de-gineco-obstetricia-de>.
15. Vallecillo K.; Ramos G. Nivel de cumplimiento del Protocolo de la Amenaza de Parto Pretérmino en pacientes embarazadas con edad gestacional mayor de 22 semanas ingresadas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico Managua, Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2017.

16. Rojas PS. Complicaciones obstétricas del tercer trimestre de embarazo en el Hospital Vitarte. [Online]. Lima, Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2018 [cited 2019 Noviembre 24. Available from: <https://docplayer.es/90889599-Universidad-privada-san-juan-bautista.html>.
17. Latorra E, Andina E. Guía de prácticas clínicas. Amenaza de parto prematuro. [Online].; 2003 [cited 2018 Diciembre 5. Available from: <https://www.redalyc.org/html/912/912222107/>.
18. Dúaz D.; Retureta S.; Vega Y. Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el Policlínico Norte del Ciego de Ávila La Habana, Cuba: Mediciego, Policlínico Norte del Ciego de Ávila; 2015.
19. Pacheco J. Factores de riesgos que inciden en el parto pretérmino Lima, Perú: Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia; 2015.
20. Alvarez D.; Pérez C. Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel La Habana, Cuba: Scielo; 2017.
21. Chira, JL; Sosa, JL. Factores de Riesgo para parto pretermino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. [Online]. Lambayeque, Perú: Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque; 2015 [cited 2018 Diciembre 11. Available from: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/download/201/222>.
22. Aguilera N.; Vega G.; Montañez M.; Montesinos L. Riesgo de trabajo de parto pretérmino espontáneo y su relación con estrés y ansiedad Scielo , editor. Guanajato, México: Index Enferm vol. 23 no. 1-2; 2014.
23. Espinoza J. Fisiopatología del Síndrome de Parto Pretérmino San Isidro, Perú: Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 54, num. 1; 2015.
24. Ortiz R.; Castillo A. Relación entre estrés durante el embarazo y nacimiento pretérmino España: Revista Colombiana de Psiquiatría; 2016.

25. Guerrero M. Parto pretérmino, Diagnóstico San Isidro, Perú: Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia; 2014.
26. Escobar B.; Gordillo L.; Martínez H. Factores de riesgo asociados en un hospital de segundo nivel de atención México: UAEM Redalyc; 2016.
27. Leal M.; Giacomini L. Predictores de parto pretérmino San José, Costa Rica: Acta Médica Costarricense, vol. 57 núm. 1; 2015.
28. Couto D.; Nápoles D.; Montes de Oca P. Manejo de pacientes con riesgo de parto prematuro. [Online]. Santiago de Cuba, Cuba: Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camaguey; 2014 [cited 2019 Enero 10. Available from: <https://medicinafetal.barcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/manejo>.
29. Valenti E.; Enríquez D. Parto pretérmino provocado Buenos Aires, Argentina: Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda; 2015.
30. Rite S.; Pérez A.; Sanz E. Criterios de alta hospitalaria del recién nacido a término sano tras el parto España: Asociación Española de Pediatría; 2016.
31. Barrera L.; Manrique F.; Ospina J. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá Medellín, Colombia: Revista Virtual Universidad Católica del Norte, núm. 48.; 2016.
32. Martínez G.; Díaz J.; Romero A. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes Villahermosa, México: Salud en Tabasco, vol. 23, núm. 1-2; 2017.
33. Molina F.; Touzet G.; Martínez T. Cribado de parto pretérmino en el primer trimestre de la gestación España: Elsevier; 2014.
34. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador Ciudad Alfaró, Ecuador: Asamblea Constituyente; 2008.
35. Sánchez, J.; Flores, A. Sistema Generador de Dietas en Pacientes Diabéticos. [Online]. México: Instituto Politécnico Nacional; 2016 [cited 2018 Agosto 1. Available from: <file:///C:/Users/downb/>

Downloads/Sistema%20generador%20de%20dietas%20sugeridas
%20para%20pacientes%20diabéticos%20(2).pdf.

36. Cabello, N. Factores de riesgo asociados a infecciones por catéter intravascular central en pacientes críticos de la unidad de cuidados intensivos Lima, Perú: Universidad Peruana; 2017.
37. Rivera G.; Suárez R.; Velasco I.; Espinoza H. Disminución de las infecciones asociadas a dispositivos intravasculares centrales aplicando un manejo de medidas (Bundle). Áreas críticas UCIP y UCIC Hospital pediátrico. Guayaquil-Ecuador año 2015. Reciamuc Revista científica de investigación actualización del mundo de las ciencias. 2018 Febrero; 2.(1): p. 517-531.
38. Soto, L. Catéter central de acceso periférico: experiencia en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Universitario Central de Asturias Oviedo, España: Universidad de Oviedo; 2017.
39. Coello, R. Atención de enfermería a los neonatos pre términos con hiperbilirrubinemia en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor, periodo 2011 – 2012 Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2016.
40. Seila, M. manejo del catéter intravascular central en los neonatos críticos del Área de Neonatología del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C Sotomayor Cantabria, España: Universidad de Cantabria; 2014.
41. Villamar, A. Cuidados de enfermería de una vía percutánea en neonatos y prematuros de estado crítico Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2015.
42. Lozada, HA. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita Piura, Perú: Universidad Nacional de Piura; 2018.

ANEXOS

ANEXO 1. AUTORIZACIÓN



Guayaquil Febrero del 2019

Sr. CARLOS GEOVANNY VILLON VALENCIA

Interno Rotativo de enfermería

Universidad Católica Santiago de GUAYAQUIL

Srta. DIANA MARISOL CAGUA NIVECELA

Interno Rotativo de enfermería

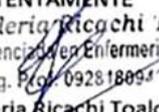
Universidad Católica Santiago de GUAYAQUIL

De mi consideración:

Por medio de la presente reciba un cordial saludo en relación al oficio s/n suscrito por ustedes a esta subdirección solicitando autorización para la ejecución de su trabajo de titulación previo a la obtención del título de licenciado en enfermería cuyo tema es FRECUENCIA DE PARTO PRETERMINO EN PACIENTES DE 18 A 30 AÑOS EN LA SALA DE GINECOLOGIA DE U HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL comunico lo siguiente.

Luego de revisar el perfil de proyecto, la subdirección de docencia autoriza la ejecución del mencionado trabajo de titulación se les recuerda que se debe cumplir los principios de bioética de la legislación vigente aplicable y de más estándares nacionales e internacionales en la materia.

ATENTAMENTE


Valeria Ricachi T.
Licenciada en Enfermería
Reg. P.º 092818094

Lcda. Valeria Ricachi Toalombo

SUBDIRECTORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

ANEXO 2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

Tema: Frecuencia de Parto pre Término en gestantes de 18 a 30 en la sala de ginecología de un Hospital de la Ciudad de Guayaquil.

ETAPA	ACTIVIDADES	Nov/18				Diciem/18				Ener/19				Febr/19			
		Semanas				Semanas				Semanas				Semanas			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Inicial	Recepción del trabajo de titulación y asignación de estudiantes																
	Revisión y corrección del tema																
	Revisión del planteamiento del problema																
	Revisión de preguntas de investigación																
	Introducción																
	Justificación																
	Objetivos: general y específico																
	Fundamento conceptual																
Intermedia	Metodología de estudio: operacionalización de variables																
	Recolección de datos																
	Análisis y presentación de resultados																
Semi-final	Conclusiones y recomendaciones																
	Referencias bibliográficas																
	Anexos																
	Primer borrador anillado a la carrera																
Tutor/ oponente	Revisión de pares																

ANEXO 3. FORMATO DE ENCUESTA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

Tema: Frecuencia de Parto pre Término en gestantes de 18 a 30 en la sala de ginecología de un Hospital de la Ciudad de Guayaquil

Objetivo: Recolectar datos de los expedientes clínicos.

Instrucciones para el observador:

- Escriba una X en la información requerida.

MATRIZ DE OBSERVACIÓN INDIRECTA

1. Edad

18 a 25 años

26 a 30 años

31 a más

2. Procedencia

Urbana

Rural

3. Controles prenatales

1 a 3 controles

4 a 6 controles

>6 controles

4. Escolaridad

Analfabeta

Primaria

Secundaria

Bachiller

Superior

5. Hábitos

Alcohol
Drogas
Tabaco

6. Edad gestacional

28-32 semanas
33-34 semanas
35-36 semanas

7. Número de paridad

Nulípara
Primípara

8. Antecedentes Obstétricos

Ruptura prematura membrana
Trastorno de líquido amniótico
Embarazos múltiples

9. Patología durante el embarazo

Preeclampsia
Placenta previa
Anemia
Diabetes
Hipertensión arterial
Enfermedades de transmisión sexual
Ninguna

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Cagua Nivecela Diana Marisol** con **C.I 0921903258** y **Villón Valencia Carlos Geovanny** con **C.I 0925690349**, autores del trabajo de titulación: **“Frecuencia de Parto pre Término en gestantes de 18 a 30 en la sala de ginecología de un Hospital de la Ciudad de Guayaquil”**.
Previo a la obtención del título de **Licenciado en Enfermería** de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 8 de Marzo del 2019

AUTORES

f. _____

Cagua Nivecela Diana Marisol

f. _____

Villón Valencia Carlos Geovanny



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Frecuencia de Parto pre Término en gestantes de 18 a 30 años en la Sala de Ginecología de un Hospital de la Ciudad de Guayaquil		
AUTORES	Villón Valencia Carlos Geovanny Cagua Nivecela Diana Marisol		
REVISOR/TUTORA	Lic. Silva Lima, Norma Esperanza, Mgs		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciados en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	8 de Marzo del 2019	No. DE PÁGINAS:	65
ÁREAS TEMÁTICAS:	Materno Infantil		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Frecuencia, parto pretérmino, gestantes, edad, ruptura prematura de membranas.		
RESUMEN:	<p>El parto pretérmino se considera como al acaecido antes de las 37 semanas completas de gestación. Los índices de parto prematuro oscilan entre el 6% y el 12% en los países desarrollados y en vías de desarrollo. Es una de los principales tipos de partos que se pudo observar en un Hospital de la ciudad de Guayaquil, este tema es muy preocupante debido a las cifras de su frecuencia. El objetivo es determinar la frecuencia de parto pre término en gestantes de 18 a 30 años en la sala de hospitalización del Hospital Universitario de la ciudad de Guayaquil. Tipo de estudio descriptivo, método: cuantitativo, tiempo: prospectivo y para la recolección de datos, se aplica una matriz de observación indirecta, La población estuvo constituida por 50 gestantes que presentaron parto pre término. Resultado se evidenció que el 58% tenía una edad de 28 a 30 años, el 48% solo son bachilleres, el 84% era de procedencia urbana, el 64% acude de 1 a 3 controles, el 56% consume alcohol, el 44% tiene edad gestacional de 33 a 34 semanas, el 64% primípara, el 24% hipertensión arterial y el 64% ha presentado ruptura de membranas. Llegando a la conclusión, que existen ciertas características que presentaron las gestantes de este estudio, las cuales deben ser tomadas en cuenta para una intervención oportuna por parte del personal de enfermería, para evitar su desarrollo y el riesgo para salud de la gestante.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTORES: Villón Valencia Carlos Cagua Nivecela Diana	Teléfono: 0939891161 0967593203	E-mail: jhon-david_g@hotmail.com marisolcagua@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Lic. Martha Lorena Holguín Jiménez, Mgs Teléfono: +593-4-0993142597 E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			