



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**Factores de riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino en gestantes adultas en el
Hospital General Monte Sinaí período 2022-2023.**

AUTOR:

Hernández León Ronald Francisco

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Médico**

TUTORA:

Dra. María Daniela Rendón Salazar

Guayaquil, Ecuador

6 de mayo del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Hernández León Ronald Francisco**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTORA



firmado electrónicamente por:
**MARIA DANIELA
RENDON SALAZAR**

f. _____

Dr. Rendón Salazar María Daniela

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, a los 6 del mes de mayo del año 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Hernández León Ronald Francisco**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Factores de riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino en gestantes adultas en el Hospital General Monte Sináí período 2022-2023**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias obibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 6 de mes de mayo del año 2024

EL AUTOR:

f. _____



Firmado electrónicamente por:
**RONALD FRANCISCO
HERNANDEZ LEON**

Hernández León Ronald Francisco



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Hernández León Ronald Francisco**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Factores de riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino en gestantes adultas en el Hospital General Monte Sinaí período 2022-2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 6 del mes de mayo del año 2024

EL AUTOR:



Firmado electrónicamente por:
RONALD FRANCISCO
HERNANDEZ LEON

f. _____

Hernández León Ronald Francisco

REPORTE DE URKUND



Factores de riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino en gestantes adultas en el Hospital General Monte Sinaí período 2022-2023



Nombre del documento: Factores de riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino en gestantes adultas en el Hospital General Monte Sinaí período 2022-2023.pdf
ID del documento: b2db51a4c2867b4554058f8ac2567e41708ee5a8
Tamaño del documento original: 506,48 kB

Depositante: Daniel Eloy Ocampo Vera
Fecha de depósito: 2/5/2024
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 2/5/2024

Número de palabras: 10.343
Número de caracteres: 66.287

TUTORA



Firmado electrónicamente por:
MARIA DANIELA
RENDON SALAZAR

f. _____

Dra. Rendón Salazar María Danie

AGRADECIMIENTO

A todas las personas que supieron estar en los momentos más difíciles de la carrera, a los médicos docentes que pese al arduo trabajo que requiere estar en un hospital y luego en la Universidad demanda un gran esfuerzo para compartir el conocimiento y abrir el horizonte de que siempre debemos aspirar a más cosas.

Hernández León Ronald Francisco

DEDICATORIA

A Dios, ya que todo se hace según su voluntad.

A mis padres que durante todo este largo trayecto hicieron lo imposible para que en ningún momento me faltara algo durante la carrera. Todo se lo debo a ellos.

Hernández León Ronald Francisco



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Dr. Vásquez Cedeño Diego Antonio

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	3
CAPÍTULO II.....	5
MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 EPIDEMIOLOGIA	5
2.1.1 MORTALIDAD	6
2.1 ETIOLOGÍA.....	6
2.2 FISIOPATOLOGIA	7
2.3 FACTORES DE RIESGO.....	9
2.3.1 IMC.....	9
2.3.2 GRUPO ETARIO	9
2.3.3 INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS.....	10
2.3.4 PREECLAMPSIA	11
2.3.5 OLIGOHIDRAMNIOS.....	12
2.3.6 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	13
2.3.7 EDAD GESTACIONAL	14
2.3.8 CONTROL PRENATAL	14
2.3.9 PERIODO INTERGENSICO.....	15
2.4 TRATAMIENTO.....	15
2.4.1 SULFATO DE MAGNESIO.....	15
2.4.2 CORTICOIDES.....	16
2.5 COMPLICACIONES.....	16
2.6 PREVENCION	18
2.6.1 EVALUACIÓN POR ULTRASONIDO DE LA DISTANCIA DEL CÉRVIX	18
2.6.2 GESTAS GENERALES	18
2.6.3 TAMIZAJE DE DISTANCIA DEL CERVIX CORTA.....	19
2.6.4 RAZÓN DE USO DE PROGESTERONA EN PACIENTES CON DISTANCIA DEL CÉRVIX CORTO	20
CAPÍTULO III.....	21
METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE INVESTIGACIÓN.....	21
3.1 METODOLOGÍA.....	21
3.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	21

3.3	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	21
3.3.1.	ORGANIZACIÓN ESTADÍSTICA DE LOS DATOS	22
3.4	POBLACIÓN Y MUESTRA	22
3.4.3.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	23
	CAPÍTULO IV	39
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	39
4.1	CONCLUSIONES	39
4.2	RECOMENDACIONES	40
	REFERENCIAS	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.-	Representación según porcentajes de la relación entre grupo etario y parto pretérmino	45
Gráfico 2.-	Representación según porcentajes de la relación entre ITU y parto pretérmino	45
Gráfico 3.-	Representación según porcentajes de la relación entre Preeclampsia y parto pretérmino	46
Gráfico 4.-	Representación según porcentajes de la relación entre Ruptura Prematura de Membranas y Parto Pretérmino	46
Gráfico 5.-	Representación según porcentajes de la relación entre Oligohidramnios y Parto Pretérmino	47
Gráfico 6.-	Representación según porcentajes de la relación entre IMC y Parto Pretérmino	47
Gráfico 7.-	Representación según porcentajes de la relación entre Edad Gestacional y Parto Pretérmino	48
Gráfico 8.-	Representación según porcentajes de la relación entre Período Intergenésico y Parto Pretérmino	48
Gráfico 9.-	Representación según porcentajes de la relación entre Control Prenatal y Parto Pretérmino	49

RESUMEN

Introducción: La amenaza de parto pretérmino, abarca la existencia de contracciones del útero irregulares relacionadas a los cambios del cuello uterino, que acontece posterior de las 20 semanas y previo a las 37 semanas de gestación, indistintamente del peso al alumbramiento y es de etiología multifactorial. **Objetivo:** Identificar los factores asociados en pacientes hospitalizados/emergencia con amenaza de parto pretérmino en gestantes adultas en el Hospital General Monte Sinaí período 2022-2023. **Metodología:** Este fue un trabajo de investigación de clase retrospectivo, observacional y transversal en el Hospital General Monte Sinaí (HGMS), desde el año 2022 al 2023, llevado a cabo en Guayaquil, Ecuador. Se examinaron 140 archivos clínicos de pacientes con APP, no obstante se descartaron pacientes posterior al uso de las normas de inclusión y exclusión estableciéndose una población de 109 pacientes con APP. Se recolectaron las siguientes variables: grupo etario, semana gestacional, control prenatal, periodo intergenésico, IMC, infección de las vías urinarias, preeclampsia, oligohidramnios, ruptura prematura de membranas. La estadística analítica se ejecutó mediante el programa de SPSS. **Resultados:** Los factores que obtuvieron una estadística significativa a través de la prueba de chi cuadrado ($p \leq 0,05$), fueron grupo etario ($p = 0,023$; OR 1,453), infecciones del tracto urinario ($p = 0,001$; OR 3,153), preeclampsia ($p = 0,017$; OR 1,314), ruptura prematura de membranas ($p = 0,010$; OR 1,255), oligohidramnios ($p = 0,001$; OR 2,224). **Conclusión:** Los factores de riesgo que predisponen amenaza de parto pretérmino son variados, por lo que es obligatorio la creación de un protocolo de manejo de pacientes de forma rápida y oportuna.

Palabras claves: Amenaza de Parto Pretérmino, Preeclampsia, Edad Gestacional, Ruptura Prematura de Membranas.

ABSTRACT

Introduction: The threat of preterm labor encompasses the existence of irregular uterine contractions related to changes in the cervix, which occurs after 20 weeks and before 37 weeks of gestation, regardless of birth weight and is of multifactorial etiology. **Objective:** Identify the factors associated in hospitalized/emergency patients with threat of preterm birth in adult pregnant women at the Monte Sinaí General Hospital during the period 2022-2023. **Methodology:** This was a retrospective, observational and transversal class research work at the Monte Sinaí General Hospital (HGMS), from 2022 to 2023, carried out in Guayaquil, Ecuador. 140 clinical files of patients with PPA were examined; however, patients were discarded after using the inclusion and exclusion rules, establishing a population of 109 patients with PPA. The following variables were collected: age group, gestational week, prenatal care, interpregnancy period, BMI, urinary tract infection, preeclampsia, oligohydramnios, premature rupture of membranes. Analytical statistics were executed using the SPSS program. **Results:** The factors that obtained a significant statistic through the chi-square test ($p \leq 0.05$) were age group ($p = 0.023$; OR 1.453), urinary tract infections ($p = 0.001$; OR 3.153), preeclampsia ($p = 0.017$; OR 1.314), premature rupture of membranes ($p = 0.010$; OR 1.255), oligohydramnios ($p = 0.001$; OR 2.224). **Conclusion:** The risk factors that predispose the threat of preterm birth are varied, so it is mandatory to create a patient management protocol quickly and in a timely manner.

Keywords: Threat of Preterm Birth, Preeclampsia, Gestational Age, Premature Rupture of Membrane

INTRODUCCIÓN

Se lo determina como el nacimiento que se obtiene precedente de las 37 semanas de embarazo y es la causa primaria de morbilidad y mortandad del neonato; asimismo el motivo de mortalidad materna, por consiguiente se ha transformado en una preocupación a nivel de salud, de la sociedad y financiero a nivel mundial (1).

El nacimiento precoz es un conjunto de síntomas y signos de múltiples orígenes. Aunque, existe interés en la actualidad por las participaciones en los distintos niveles de salud, ya sea primaria, secundario o terciario, pretenden reducir estos grados de amenaza de parto pretérmino, la frecuencia de la precocidad aún se mantiene fluctuando en un 7% en regiones de ingresos elevados y por encima del 20% las regiones de ingreso bajo (2).

A nivel internacional hay nacimientos alrededor de 16 millones de recién nacidos todos los años. Los índices mayores estuvieron en el continente africano y Norteamérica y las menores en el continente europeo. No obstante, los sacrificios de los organismos médicos en la previsión de la amenaza de parto pretérmino no se han reducido de forma representativa en la estadística, y en la generalidad de regiones, el índice aumenta, a causa de la divulgación en las doctrinas de la salud en los procedimientos de reproducción por asistencia, vinculadas con los embarazos múltiparas, en las que la precocidad es muy habitual (3).

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los Factores de riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino en gestantes adultas en el Hospital General Monte Sinaí período 2022-2023?

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto, es necesario actuar desde la prevención primaria, ya que una parte de los partos prematuros son evitables cuando se incide sobre los factores de riesgo. La identificación anticipada de estos factores, así como una adecuada y oportuna intervención durante los controles en el embarazo, ayudará a reconocer y actuar sobre las comorbilidades que se presentan, y sobre todo reducir las cifras de morbilidad neonatal, así como sus complicaciones.

1.3 OBJETIVOS

1.4 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores asociados en pacientes hospitalizados/emergencia con amenaza de parto pretérmino en gestantes adultas en el Hospital General Monte Sinaí período 2022-2023

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los factores sociodemográficas maternos en mujeres con diagnóstico

amenaza de parto pretérmino, atendidas en el área de ginecología del Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022-2023

- Analizar los antecedentes obstétricos de las mujeres que dieron a luz a niños prematuros (embarazos, controles prenatales, partos) , atendidas en el área de ginecología del Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022-2023
- Identificar la relación entre la amenaza de parto pretérmino y los factores de riesgo en el área de ginecología del Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022-2023

1.6 HIPOTÉISIS

- **H0:** Los factores de riesgo están asociados para amenaza de parto pretérmino en gestantes adultas en el Hospital General Monte Sinaí.
- **H1:** Los factores de riesgo no están asociados para amenaza de parto pretérmino en gestantes adultas en el Hospital General Monte Sinaí.

1.7 JUSTIFICACIÓN

El nacimiento precoz es la complejidad más reiterada en medicina de madre y feto. De acuerdo a número del INEC (2018), figura un 6-10% del número general de alumbramientos que se fabrican en nuestra sociedad, pese a que estos datos es posible que sean elevados como un 13% en centros de salud. El nacimiento precoz es la primera causa de proporción de personas que enferman en un lugar durante un periodo de tiempo determinado y mortalidad neonatal y la segunda en niños menores a los 5 años de edad. El predominio de estas dificultades es al inversamente distributivo a la edad del embarazo en la que se origina el nacimiento. Las consecuencias de la prematuridad en los recién nacidos, los padres y la comunidad ejercen del alumbramiento precoz un asunto notable del Ministerio de Salud Pública. También, los análisis del nacimiento prematuro es una de las preferencias de la OMS para los siguientes años. Asimismo es uno de

las metas esenciales en las pericias mundiales de disminuir la mortalidad de neonatos de las Naciones Unidas.

A pesar de que se cataloga el nacimiento prematuro respecto a su edad en el embarazo al alumbramiento, previo a la semana 37 de gestación, el desarrollo del feto es un desarrollo ininterrumpido. Entre las 37 y 38.8 semanas se encuentra un daño potencial de morbilidad del sistema respiratorio (taquipnea breve, obligación de oxígeno), bilirrubina por encima de las cantidades normales, glucosa disminuida o problemas en el período de lactancia del recién nacido. He allí la trascendencia de planificar las inducciones electivas luego de la semana 39.2 de embarazo (4).

La destreza aumentada en el estudio del médico profesional en el trabajo de parto y el alumbramiento precoz es fundamental para la previsión y la terapéutica. A medida que el índice de alumbramientos precoces siga creciendo, las profesionales de la salud con estudios actualizados consiguen la ocasión de aportar nuevas prácticas, diagnósticos y mensajes por medio de protocolos a la hora de proceder con resoluciones en conjunto. Instruir a las mujeres gestantes sobre la identificación anticipada de la sintomatología de amenaza de trabajo de parto pretérmino faculta una valoración, medicación y terapéutica pertinente.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 EPIDEMIOLOGIA

Se conoce que el comienzo precoz figura sobre el 70% de la proporción de personas enfermas y mortandad de neonatos y es una circunstancia riesgosa para el crecimiento de carencias del sistema nervioso y daño de la constitución corporal, fisiología y sistema cardíaco. No obstante, se cree la inexistencia de consecuencias a futuro para el embrión, recién nacido o lactante si el alumbramiento es en el plazo determinado, teniendo en cuenta de una lesión que no reviste gravedad el suceso de alumbramiento precoz y en situaciones encasillando como “amenaza de parto prematuro”. La evidencia gradual obtenida en los últimos tiempos propone que este desenlace puede ser incorrecto y se requiere más investigación con rastreo a largo plazo (5).

2.1.1 MORTALIDAD

Aproximadamente 16 millones de recién nacidos que vienen al mundo de forma prematura todos los años a nivel global. Más de 1 millón fallecen previo al primer lustro a causa de un alumbramiento precoz y sus complejidades. En las últimas décadas se ha evidenciado una reducción de la mortandad de los niños previo a sus 5 años dado a la baja de muertes por patologías sistémicas como la neumonía, así como las deposiciones diarreicas, malaria y sarampión. En definitiva, las agravaciones relacionados con este tipo de nacimientos son hoy en día la primordial etiología de fallecimiento entre niños con un porcentaje aproximado de 20% por debajo de los 5 años. A nivel global, existen modificaciones en distintos países: en particular, en Norteamérica y occidente de Europa abarca un 28%, a diferencia de un 13% en la subsahariana del continente africano y 25% en Asia del Sur. No obstante, gran parte suceden en estos 2 últimos mencionados. Una diferencia importante es la brecha de sobrevivencia a tener en cuenta. En regiones desarrolladas en que poco más o menos de los nacimientos son ocupados por un servicio de salud experto, la mitad de estos logran sobrevivir, a diferencia

de un país de bajos recursos, inclusive un recién nacido a las 32 semanas tiene un 50% de sobrevivencia por la ausencia servicios de salud y mínima calidad de la especialidad médica necesaria para acrecentar la sobrevivencia de un recién nacido prematuro (6).

2.1 ETIOLOGÍA

El origen del parto pretérmino con habitualmente es de causa desconocida, inherente al parto pretérmino natural con sus epitelios íntegros casi en la mitad de los eventos; la separación precipitada de los tejidos y origen medicamentoso en un 25% de las situaciones que incumben al estímulo que se hace por elección del alumbramiento o cesárea por aviso terapéutica que insertan: trastornos hipertensivos del embarazo, restricción de crecimiento intrauterino (RCIU), estado fetal no tranquilizador y desprendimiento de la placenta. Alrededor el 50% de las embarazadas con dictamen médico de PP no posee un alumbramiento antes de terminar su período. La APP sin causa aparente que culmina en PP, que demuestra la mitad de los PP, y es el principio más significativo de mortandad (mortalidad) antes del nacimiento (prenatal) en los estados en crecimiento, siendo el encargado del 75% de las defunciones perinatales. El precedente de PP anterior es un factor de riesgo muy trascendental para que ocurra un nuevo en PP en embarazos posteriores. Además, existen otros factores de riesgo tales como adulto mayor, etnia negra, tabaco, infecciones vaginales y del tracto urinario (7).

La causa del nacimiento antes de término inserta una serie diversa de principios, de determinados entornos médicos actuales. Los nacimientos logran aligerar terapéuticamente en situaciones de padecimientos maternos como la preeclampsia o certeza de inoculación ascendente materna (corioamnionitis). La inoculación por sí se consigue ejecutar como origen del nacimiento precoz. No obstante, el conjunto más usual de nacimientos precoces se obtiene preciso al comienzo natural del alumbramiento ante la falta de agentes precipitantes infecciosos evidentes. Se ha reconocido diversas alianzas con el nacimiento precoz natural, implicando la etnia, precedentes propios o consanguíneos de nacimiento precoz y marcadores de estrés de la madre como la angustia o

tristeza, baja categoría social y educacional e IMC de la madre (8).

2.2 FISIOPATOLOGIA

La inflamación es un dictamen complicado del revestimiento a los agentes nocivos, como microorganismos infecciosos, células afectadas y otros inflamaciones. Se determina por diversos medios esenciales, adjuntando la secreción de proteínas plasmáticas, la movilización de glóbulos blancos y la estimulación de intermediarios congestivos de la célula provenientes de la sangre. En tanto que en la gestación, la mutabilidad del entorno carente de movimiento a una proinflamatorio comienza el nacimiento y conlleva un procedimiento de tres pasos determinado por contracciones uterinas, desarrollo del cérvix y ruptura de mucosas. Las citoquinas son fundamentales para comenzar y ordenar esta fase. El nacimiento inicia con un incremento en la manifestación de los genes de interleucina, impulsado por los glóbulos blancos, que impregnan la pared muscular del útero y el cérvix. La ampliación de IL 1-Beta ($IL1\beta$) y del factor de necrosis tumoral alfa ($TNF\alpha$) impulsa la espasticidad del miometrio al incrementar el paso de calcio en las células de la región lisa de la pared muscular del útero (9).

Es un suceso en el nacimiento a demanda como en el precoz. Después, las citoquinas inflamatorias inducen la manifestación de otros modificadores de la tumefacción, como las metaloproteinasas de la matriz (MMP), que fomentan la degeneración de la matriz extracelular y del cérvix. El desgarro de mucosas a terminación y precoz aplaza la función quimiotáctica local y la elaboración de quimiocinas/citocinas vinculados, por lo que propone medios desgarros diferenciales (9).

Asimismo, diversas investigaciones proponen que el nacimiento precoz y ruptura precoz de revestimiento se mancomunan con una solución congestiva del hospedador a un agente externo. Gilman-Sachs y sus copartícipes declararon que la congestión estimula el nacimiento precoz, contemplando edemas intraamnióticos en un 25-60% de las mujeres. También, existen otros medios

comprometidos en el curso del alumbramiento, como los cambios en la inmunidad. Marcelino y sus copartícipes manifestaron una estimulación del sistema inmunitario (9).

2.3 FACTORES DE RIESGO

2.3.1 IMC

Es muy habitual, las categorías de obesidad no se emplean en el orden de la gestación ni en la praxis médica. Sin embargo, se encuentran investigaciones que avalan su función. La expectativa de que las madres progresan a diabetes en la gestación acrecienta 3.5 para la categoría I de la obesidad, 5.5 categoría II y III; pesar de esta última es la más infrecuente, se encuentra incrementando velozmente, según datos del Reino Unido, por lo cual se alega una indagación. Asimismo, hay una tendencia de la obesidad excesiva de las madres (IMC mayor a 50 kg/m²) a causa del acrecentamiento de los riesgos entre la demografía (10).

Las mujeres embarazadas con un índice de masa elevado previa a la gestación, rotundamente insertadas en la condición de exceso de peso, tuvieron más posibilidades de examinar la amenaza de parto pretérmino. Este descubrimiento estuvo concurrente para cada linaje. El índice anterior a la gestación es uno de los escasos causantes de alteración vinculados con el nacimiento precoz. Las modificaciones en la forma de vivir asociados con la conservación de un índice de masa corporal vigoroso pueden perjudicar a madres con enfermedades cardíacas y diabéticas, situaciones tanto para el sobrepeso como para la amenaza de parto pretérmino (11).

2.3.2 GRUPO ETARIO

Las mujeres gestantes de edad extrema, sea por ser desmesuradamente adolescente, (≤ 18 años) o muy mayores (≥ 40 o 45 años), constantemente poseen un elevada proximidad de daño de tener deficientes desenlaces en la gestación, lo que sucede no es únicamente para el feto, sino además para la madre. Asimismo, este conjunto de personas igualmente posee un elevado riesgo de malnutrición. Por lo que, coopera al riesgo desde un punto de vista estadístico superior de alumbramiento precoz o aborto. Puesto que, extraña

identificar que la gestación en adolescentes tiene un elevado riesgo de nacimiento precoz. En términos de disminuir la ingeniosidad de nacimiento precoz, la enseñanza y el estudio de anticoncepción y relaciones carnales protegidas es fundamental para alumnos de colegio y adolescentes, porque tienen un riesgo elevado de situaciones sexuales inseguras, con la subsiguiente acontecimiento de gestación no deseada e incidental (12).

2.3.3 INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

La gestación provoca considerables modificaciones en el organismo de la mujer, las cuales acrecientan la posibilidad de un contagio de la porción urinaria; diversas alteraciones endocrinas y físicos fomentan el estancamiento de la orina y el reflujo vesicoureteral. Estas modificaciones, próxima a la uretra pequeña, también el impedimento de una apropiada higienización durante la gestación sumado a la laxitud de la pelvis, hace todo ello, al contagio de la porción urinaria, un suceso muy habitual en la gestación.

Las irregularidades acrecientan el daño de potencial de progresar a un contagio urinaria son:

- Incremento de la capacidad de la vejiga sumado a una reducción de la contracción del músculo detrusor
- La progesterona provoca una laxitud de las uretras a causa de la distensión del músculo liso; asimismo, el útero pesado logra estrechar el uréter originando hidronefrosis, predominantemente del borde derecho.
- En la gestación, el riñón elimina glucosa, lo cual coopera el desarrollo de bacterias
- En la gestación se modifica la resolución del sistema inmunológico, y estas eventualidades pueden proveer un aumento de daño potencial de las infecciones

- La uretra femenina es reducida, lo que involucra una elevada probabilidad de que suban los microorganismos a la vejiga
- Se encuentra una relación entre la repetición coital y el progreso de contagios de la porción urinaria.

En varias infecciones existe un período de inicio, en la cual el microorganismo se fija a una región exclusiva del hospedador. Esta unión anticipada auxilia al microorganismo a desafiar con la inherente microflora del hospedador, de igual manera a sobreponerse a otros riesgos que es capaz de impedir la implantación del microorganismo (13).

2.3.4 PREECLAMPSIA

Las mujeres que resisten a la preeclampsia poseen una seguridad de supervivencia reducida, con grandes daños potenciales de sobrellevar enfermedad cerebrovascular, cardíacas y diabetes mellitus, mientras tanto los niños de una gestación de tipo preecláptica, conserva grandes peligros de nacimientos precoces, mortalidad antes del nacimiento, atraso en el progreso del sistema nervioso y patologías cardíacas y endocrinas a largo plazo (14).

En una gestación de tipo preecláptica, la mamá y el feto tienen tendencias opuestas. Para la madre, la eliminación de la placenta mitigará los síntomas; no obstante, esto puede provocar un nacimiento prematuro y los agravamientos obtenidos de la precocidad del recién nacido (14).

La consecuencia a futuro de la preeclampsia en el bienestar del niño es a causa fundamentalmente a la restricción del crecimiento fetal y al nacimiento precoz terapéuticamente indicado; por lo que, estas secuelas se relacionan de forma reiterada con la preeclampsia precoz. Se ha evidenciado que los niños con exhibición fetal a la preeclampsia de visión anticipada son más susceptibles a alteraciones cardíacas e hipertensión. También, los niños son más susceptibles a

sufrir imperfecciones en su competencia de conocimiento y los rendimientos del progreso del sistema nervioso central (14).

La eclampsia antes del nacimiento continúa siendo un origen fundamental de riesgo para las madres que dan alumbramiento y para los bebés. Las personas que padecen de preeclampsia de comienzo anticipado se agravan progresivamente luego de las 30 semanas de embarazo. A causa de carencia de escalas diagnósticas propias, una vez que se manifieste el cuadro clínico como edema y proteínas en orina, la patología se desarrolla vertiginosamente y es complicada de regular. El nacimiento precoz a causa de medicamentos suele ser ocasionado por varios agravamientos. Los pulmones del feto con preeclampsia poseen el portento de pubertad precoz y el índice de asfixia de recién nacidos y mortandad de los sucesos de preeclampsia a las 36 semanas de embarazo están al descenso (15).

2.3.5 OLIGOHIDRAMNIOS

El oligohidramnios logra vaticinar un daño representativo de amenaza para el embrión, particularmente en la fase precoz lenta. Ciertas investigaciones manifestaron una relación entre ambas patologías durante la etapa precoz tardía y embriones reducidos para la edad del embarazo que no se localiza previo al alumbramiento. Esto provoca desasosiego sobre el funcionamiento que llevó a la disminución en la cuantía de líquido amniótico, a lo mejor existe una perfusión hacia la placenta yacente cuya exhibición clínica sea una disminución en la magnitud del líquido amniótico (16).

Tomando en consideración los sucesos de que la estimulación del alumbramiento precoz, se agrava por un riesgo de secuelas vinculadas con la precocidad y un mayor grado de fallo de la estimulación, por lo cual es fundamental definir estos posibles daños o riesgos del oligohidramnios y el rendimiento del pronto parto (16).

Las mujeres cuya cantidad de líquido amniótico es inferior a la esperada para la edad gestacional del bebé precoz tuvieron un grado superior de estímulo del nacimiento que las mujeres con una cifra habitual de humor del saco que envuelve y protege el embrión. La estimulación del alumbramiento aparente ser de utilidad tanto para el neonato como para la madre, como se visualiza un índice inferior de cesárea segmentaria se desarrolla en este conjunto, así como una mínima morbilidad de la madre y del recién nacido a diferencia con la agrupación conservadora. Por lo cual las madres con oligohidramnios en la estancia de prematuridad lograron favorecerse de la estimulación del parto (16).

En las correspondencias complejas entre estas dificultades del embarazo, característicamente en pacientes con amenaza de parto prematuro, se ha debatido la asociación entre el índice de líquido amniótico y el perjuicio del control perinatal. Varios análisis comprobaron el producto perinatal en gestaciones complejas por oligohidramnios en la fase precoz y dedujeron que está vinculado con un desenlace desfavorable, que aparenta estar ligado primordialmente con el mayor índice de parto precoz indicado o por cesárea, no obstante ante la existencia de oligohidramnios por sí sola (16).

2.3.6 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Los primordiales agentes de riesgo de ruptura prematura de membranas son precedentes de un nacimiento prematuro, irregularidades del cuello uterino previo a la gestación, flujo vaginal, reducción del cérvix en el período de gestación, inoculación de los órganos sexuales por clamidia y gonorrea e infección intrauterina. La generalidad de los pacientes, no obstante, no manifiestan factores de riesgo. El daño potencial reiterado entre tanto gestaciones siguientes fluctúan entre el 5% y 15% indistintamente del período del embarazo (17).

El alumbramiento precoz y la infestación dentro del útero son las primeras complejidad de la ruptura prematura de membranas. Otros agravamientos como la caída del cordón umbilical o separación placentaria son menos comunes, pero

asimismo perjudican la predicción y, por lo tanto, la terapéutica. La proximidad de daño se reduce con el incremento de la edad de gestación en la ruptura prematura de membranas. Indistintamente del motivo de alumbramiento, la edad de gestación es la primera causante concluyente de la sobrevivencia al recién nacido prematuro (17).

Es perspicaz ya que es muy indispensable pronosticar y resolver los factores de riesgo de ruptura prematura de membranas y parto precoz. Así como la proporción de personas que enferman en un lugar durante un periodo de tiempo determinado tanto de la madre como el recién nacido son características más evidentes cuando suceden en el caso de parto prematuro; lo cual los hace más suspicaces a resultados desfavorables (18).

2.3.7 EDAD GESTACIONAL

El índice de parto antes de término en mujeres de raza negra en los EEUU son un 49% en confrontación de otra clase social. En el 2015, estas mismas pacientes percibieron nacimiento precoz en períodos de gestación anticipados y el 38% de la totalidad de alumbramientos precoces sucedieron previo a las 33 semanas, a diferencia del 29% para la totalidad de las etnias (1).

El apoyo al neonato precoz asume un notable reto sanitario a causa de riesgo aumentado de mortandad y morbilidad a futuro existiendo como primer motivo de fallecimiento en niños menores de 5 años. Se conserva también otro conjunto de neonatos que en el último lustro son el propósito de estudio por un aumento de agravamiento como son los neonatos cercanos a término, precoces extemporáneo o prematuro (19).

2.3.8 CONTROL PRENATAL

La atención antes de la concepción otorga una conveniencia para estimar los riesgos potenciales y suministrar recomendaciones para las mujeres con aquellos

que son capaces de cambiar como el hábito tabáquico o monitoreo de enfermedades crónicas de base. Con la finalidad de impedir un nacimiento precoz en aquellas pacientes con alumbramiento espontáneo anterior, se tiene que conseguir un historial clínico minucioso, especificando sus antecedentes y riesgos asegurando si es postulante para control preventivo (20).

Las inspecciones antenatales se descubrieron como riesgo para la prematuridad, debido a que el 18% de las mujeres que gestionaron con nacimiento precoz relataron no haber asistido por lo menos a 5 asesoramientos antenatales (según datos de la OMS) por todo el progreso de la gestación. Aunque siempre existe un sesgo, según Osorno-Covarrubias et al., visto que al nacimiento precoz existirá menores cifras de asesoramientos antenatales, puesto que en tanto el último trimestre en el momento que se elabora más asesoramientos (21).

2.3.9 PERIODO INTERGENSICO

La conjetura de la “pérdida maternal” es la primer proceso que fabrica las secuelas obstétricas desfavorables en el período intergenésico y se examina la posibilidad de “retroceso somático” es el curso planteado para la asistencia de complicaciones obstétricas contrarios en el período intergenésico. Esta suposición se relaciona con un ciclo por encima de los 5 años después de un nacimiento mediante parto o por medio de una cesárea, las capacidades proliferativas funcionales decaen, alcanzando a ser semejante a las mujeres que están en su primera gestación. Se ha analizado que el período intergenésico exhibe mayor riesgo para exponer parto precoz (22).

2.4 TRATAMIENTO

2.4.1 SULFATO DE MAGNESIO

La certeza revela que la terapéutica en los controles prenatales con el sulfato de magnesio aplicado a embarazadas con daño potencial próximo disminuye de forma representativa el riesgo y atraso de movilidad gruesa en los recién nacidos

inferiores a las 34 semanas, indistintamente de la dosificación de carga o de regularización utilizada (23).

La utilidad del sulfato de magnesio es obligación efectuar en embarazadas con alto riesgo próximo de nacimiento precoz, determinado cuando existe una función de parto con alargamiento del cérvix por encima de los 4 cm de longitud, indistintamente de la separación de membranas o cuando se ha planificado terminar la gestación antes de término por indicador materno o fetal (23).

2.4.2 CORTICOIDES

En las situaciones de APP, la dosificación de corticoide prenatal a la mujer inicia el desarrollo del sistema respiratorio del feto y reduce la mortandad perinatal, la prevalencia y gravedad del Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido precoz. El mayor rendimiento en asociación al SDR se analiza cuando el transcurso de duración en la terapéutica y el nacimiento se origina entre las 48 horas y 7 días (23).

Se advierte aplicar corticoide en situaciones de APP entre las 26 y 34 semanas de embarazo, aparte de la cercanía del nacimiento (23).

2.5 COMPLICACIONES

Varios estudios advierten que la aparición de la primera menstruación anticipada en mujeres precoces, no se descubrieron disparidades. La investigación más extensa, que implica a un conjunto de 2800 mujeres precoces y 75000 inspecciones a terminación, exhibió que los nacimientos precoces logran una menarquia promedio de 0.10 años previo a los alumbramientos a terminación, un descubrimiento que se relaciona con los estudios de James et al. como una totalidad. Un metaanálisis de investigaciones que incorporó una media y una desviación estándar que expuso una edad media en la primera menstruación de 12

años para las precoces y de 12.5 para los nacimientos a terminación con un intervalo de confianza del 95%, lo que propone que se halla un verídico resultado natural del nacimiento antes del término de la gestación sobre el período de la menarquia (8).

Las pruebas determinantes del vínculo entre el alumbramiento precoz y modificaciones a futuro en la fisiología de la glucosa y la insulina son reiteradamente sin consistencia. Un análisis a gran escala reveló una alianza en los primeros años de vida a través de la sensibilidad disminuida a la insulina (un daño potencial a la diabetes mellitus tipo 2) y el parto antes de término, sin embargo el decrecimiento de la solidez de esta unión en la infancia y vida adulta. Respecto al tejido adiposo, un metaanálisis reconoció un incremento representativo en las proteínas de densidad baja en los recién nacidos antes de término, no obstante no existió disparidad importante en el IMC de los adultos (8).

Para los efectos cardiacos y metabólicos, aparente un compacto resultado regulador de la alimentación de la infancia, siendo los recién nacidos precoces que incrementan de peso aceleradamente luego del alumbramiento con mayores posibilidades de desenvolver características asociadas con daño mayor de síndrome metabólico a future (8).

El parto antes de término se vincula con una diversidad de patologías del progreso del sistema nervioso central, como el trastorno del espectro autista, demencia y ansiedad. También estas severas complicaciones, hay certezas de aquellos que nacen en una diversidad de embarazos tiene un manifestación variable del genotipo de la conducta, determinado por ausencia de vigilancia, desasosiego y problemas para relacionarse con la sociedad (8).

2.6 PREVENCIÓN

2.6.1 EVALUACIÓN POR ULTRASONIDO DE LA DISTANCIA DEL CÉRVIX

Existen unas extensas pruebas determinantes de la medida de la dilatación del cérvix a través de ultrasonido transvaginal en el centro del embarazo la cual otorga un procedimiento valioso para pronosticar un alumbramiento precoz después tanto para un bebé como para un mellizo y una gran cantidad de análisis desarrollados en los diez últimos años ha evidenciado que la administración de progestágenos a mujeres con elevado riesgo de una gesta única disminuye casi un 50% del alumbramiento precoz espontáneo. Efectivamente, este medicamento ya había sido estudiado muchos años atrás y en los últimos años se demostró la efectividad con cérvix pequeño entre los 4 y 6 meses (24).

El procedimiento común para la localización prenatal del parto a demanda se fundamenta en las representaciones maternas como la longevidad, etnia, hábito tabáquico y precedentes ginecológicos. Se ha evidenciado clasificaciones de valoración de riesgo, que procura determinar a las mujeres a riesgo elevado o disminuido según estas características maternas. Una opción para establecer el alto riesgo es a través del ultrasonido transvaginal del cérvix entre las 20 y 24 semanas de embarazo (24).

2.6.2 GESTAS GEMERALES

En las gestas gemelares, el índice de alumbramiento precoz es próximo al 10%, en relación con el 2% de los gestas singulares. En una investigación, la distancia del cérvix se valoró entre las semanas 20 – 24 en más de 1000 embarazos gemelares que asistieron a su evaluación periódica. El registro de alumbramiento estuvo opuestamente correlacionado con la distancia del cérvix, siendo 65% para 9.5 mm, 20% para 18 mm, 10% para 22 mm y 5% para 35 mm. Un solo cálculo de la distancia del cérvix a las 20 semanas de

embarazo facilita un pronóstico sensible del alumbramiento precoz y faculta la especificación de proximidad de dicha complejidad (24).

2.6.3 TAMIZAJE DE DISTANCIA DEL CERVIX CORTA

La advertencia de la función de la progesterona vaginal en gestantes precedentes de parto prematuro natural, pero con un cérvix pequeño previa a las 24 semanas sugiere la discusión de la medida de la distancia del cérvix entre las 18 y 24 semanas. La resolución es complicada y propone tres situaciones: primero, dado la disminución de proporción de casos del cérvix corto que la extensión entre 10 y 20 mm previo de las 24 semanas en personas de forma habitual entre el 1.5-2.5%, es imprescindible ejecutar un tamizaje entre gestantes, para impedir un parto precoz. No obstante, la cifra de acontecimientos con cérvix corto que se requiere aplicar es solo de 7 a 14% para evitar un alumbramiento precoz; en segundo lugar, la divulgación del mencionado tamizaje solicita el avance de modelos de índole para la medida del cérvix corto mediante ultrasonografía transvaginal; y por último, se conserva la proximidad de un daño de una forma inconsistente las normas de uso, como ultrasonidos reiterados efectuados fuera de las 18-24 semanas, terapéutica suministrada fuera de los márgenes del cérvix corto y por consiguiente, complicaciones con inyecciones intramusculares de 17 progesterona (24).

En realidad, la ultrasonografía que mide el cérvix corto es un examen de descubrimiento efectivo para la previsión de un alumbramiento precoz porque cumple todas las normas. No obstante, las organizaciones del mundo no aconsejan el tamizaje periódico del cérvix corto. Aunque el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) como la Sociedad de Medicina Materno-Fetal (SMFM) admiten que se puede valorar dicho plan de localización (24).

2.6.4 RAZÓN DE USO DE PROGESTERONA EN PACIENTES CON DISTANCIA DEL CÉRVIX CORTO

La progesterona desempeña mecanismos metabólicos a nivel de la pared muscular del útero, tejido corioamniótico y en el cérvix. La separación o reducción de uso de la progesterona aparenta ser fundamental para la regulación del desarrollo del cérvix (24).

Diversas documentaciones avalan el rol de la progesterona en el desarrollo del cérvix. Los fármacos antiprogestágenos en el segundo trimestre y a terminación estimula el desarrollo cervical y no obligatoriamente va agregado de modificaciones en el dinamismo miometrial, y la solución a ellos se incrementa con el progreso de la edad gestacional. Por otra parte, la articulación por el cual la inhibición de la progesterona puede impulsar modificaciones del cérvix es complicado y poco entendible. Un acortamiento de la actividad de la progesterona posiblemente provoque modificaciones a nivel del cérvix al incitar mediadores de inflamación (24).

Un asunto no decidido es el por qué el complemento con la progesterona a las pacientes gestantes, que ya posee una cantidad elevada de progesterona adyacente, sostendría un efecto curativo. En realidad, se ha analizado que la cantidad de progesterona sobrepasa lo indispensable para impregnarse en los receptores de progesterona. No obstante, estas contemplaciones químicas progresan antes de que la progesterona aislados de sus receptores nucleares. Asimismo es probable que las modificaciones en las cantidades de progesterona en el tiempo que del parto espontáneo en la mujer gestante suceda a nivel local y no de forma sistematizada (24).

Durante 2005 hasta 2020, se divulgaron varios estudios científicos que determinó el resultado de la progesterona para la evitación de parto prematuro. Se administraría por distintos medios: bucal, vaginal e intramuscular. Por el contrario, la alternativa preferible correspondería a la vía vaginal por mayor

cantidad de sustancia en el útero y por los resultados no anhelados como las arcadas, cefalea y letargo cuando la vía es bucal (24).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE INVESTIGACIÓN

3.1 METODOLOGÍA

Esta investigación desarrollada es metodología retrospectiva, transversal y analítica. Se llevó a cabo en el Hospital General Monte Sinaí, ubicado en Guayas, Guayaquil. El HGMS es una unidad operativa de segundo nivel de referencia a nivel regional.

3.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo de titulación es considerado de nivel relacional y de tipología observacional, retrospectivo, transversal y de análisis. Se lo determinó como observacional porque no existió intervención; es “retrospectivo” ya que se recogieron los datos por medio de los archivos clínicos de las pacientes con riesgo en gestantes adultas con Amenaza de Parto Pretérmino en el Hospital General Monte Sinaí en el período 2022-2023. Asimismo, es evaluado “transversal y analítico” puesto que se evaluaron en una sola ocasión las magnitudes que se relacionaron en las pacientes con Amenaza de Parto Pretérmino.

3.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Para obtener los datos de los archivos clínicos se redactó una carta dirigida al área de Estadística del Hospital General Monte Sinaí para la obtención de la base de datos de las pacientes con factores de riesgo de Amenaza de Parto Pretérmino durante el período 2022-2023, posteriormente se procedió a revisar cada uno de los archivos clínicos del sistema SIGHOS empleado en el hospital, inmediatamente se utilizaron los criterios de inclusión y exclusión para recoger la indagación de las variables que fueron: grupo

etario, semana gestacional, control prenatal, periodo intergenésico, IMC, infección de las vías urinarias, preeclampsia, oligohidramnios, ruptura prematura de membranas.

3.3.1. ORGANIZACIÓN ESTADÍSTICA DE LOS DATOS

Los elementos recolectados se ordenaron en una base de datos fabricada en el programa Microsoft Excel versión 2305, inmediatamente se agruparon y se analizaron en el programa estadístico de SPSS statistics 26.0, donde se crearon las tablas de acuerdo a los objetivos planteados en el trabajo de titulación, mientras que los gráficos fueron creados con la versión de Microsoft Excel previamente descrita. Se inspeccionó e interpretó frecuencias y porcentajes para todas las variables y se aplicó la prueba de asociación de variables con “chi cuadrado”. Además, se verificó la evaluación de riesgo a través de “Odds ratio” en las variables con asociación estadísticamente significativa. La hipótesis fue comprobada mediante las pruebas estadísticas señaladas.

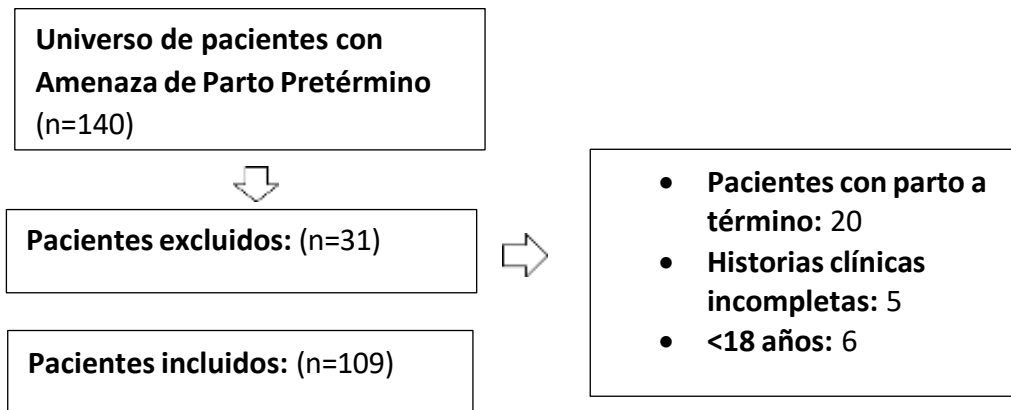
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. POBLACIÓN

Se contó con una población de 140 pacientes con los diagnósticos CIE-10 de O470 que corresponde a “Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación”, en pacientes gestantes adultas ingresadas en el Hospital General Monte Sinaí en el período 2022-2023. Del universo correspondiente a 140 pacientes, 31 pacientes se excluyeron y las mismas se subdividieron en 20 pacientes con parto a término, 5 pacientes con historias clínicas incompletas y 6 pacientes con edad menor a 18 años.

3.4.2. MUESTRA

No se necesitaron de técnicas de muestreo ya que nuestra población no fue abundante y por lo tanto la muestra se obtuvo mediante los criterios de inclusión y exclusión, definiendo un total de 109 pacientes gestantes adultas con Amenaza de Parto Pretérmino, con las que se realizó este trabajo.



Fuente: Base de recolección de datos. Hospital General Monte Sinaí

3.4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes con amenaza de parto pretérmino (< 37 semanas de gestación)
- Pacientes ingresados en el área de emergencia del Hospital General Monte Sinaí
- Pacientes con diagnóstico CIE-10 de O470

Criterios de Exclusión

- Pacientes con historia clínica incompleta

3.4.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Cuadro 1. Variables del estudio

4

NOMBRE VARIABLES	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	TIPO	RESULTADO
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN			
GRUPO ETARIO	Grupo etario	Categórica Ordinal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • 18 a 30 • 31 a 45
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	Presencia de infección de vías urinarias durante embarazo	Categórica Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
PREECLAMPSIA	Desarrollo de preeclampsia durante embarazo	Categórica Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Ruptura prematura de membranas en el transcurso del embarazo	Categórica Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
OLIGOHIDRAMNIOS	Curso del embarazo con oligohidramnios (valor < 500 ml ILA)	Categórica Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
IMC	Índice de masa corporal	Categórica Ordinal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Obesidad Tipo I • Obesidad Tipo II • Obesidad Tipo III
EDAD GESTACIONAL	Edad gestacional cursada en el momento de la amenaza de parto pretérmino	Categórica Ordinal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • 34 a 36 semanas 6 días • 32 a 33 semanas 6 días • 28 a 31 semanas 6 días • ≤ 27 semanas 6 días
PIG	Período intergenésico	Categórica Ordinal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Primigesta • Corto < 2 años • Normal 2 - 5 años • Largo > 5 años
CONTROL PRENATAL	Cantidad de controles prenatales realizados hasta la amenaza de parto	Categórica Ordinal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • (< 5) • (> 5)

	pretérmino		
VARIABLE DE INTERÉS			
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	Riego de desarrollar parto pretérmino	Categórica Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

Fuente: Cuadro de Operacionalización de Variables. Hospital General Monte Sinai

4.1.1. RESULTADOS

Tabla 1.- Relación entre grupo etario y parto pretérmino en el estudio de factores de riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino en gestantes adultas en el Hospital General Monte Sinai período 2022-2023

TABLA CRUZADA GRUPO ETARIO – PARTO PRETERMINO					
			PARTO PRETERMINO		Total
			1 (Si)	2 (No)	
GRUPO ETARIO	1 (18 - 30 años)	Recuento	76	17	93
		% dentro de GRUPO ETARIO	81,7%	18,3%	85,32%
	2 (31 – 45 años)	Recuento	9	7	16
		% dentro de GRUPO ETARIO	56,2%	43,8%	14,68%
Total		Recuento	85	24	109
		% dentro de GRUPO ETARIO	78,0%	22,0%	100,0%
Prueba de Chi Cuadrado			P = 0,023 (P < 0,05)		
Estimación de riesgo			OR: 1,453		

Fuente: Base de recolección de datos. HGMS

En la tabla 1, se observa la relación entre el grupo etario y parto pretérmino. Con respecto a la frecuencia y porcentaje, se halla un dominio en el grupo que comprende los 18 a 30 años con una frecuencia del 85,32% y una tasa de 81,7% de parto pretérmino sobre el conjunto de 31 a 45 años que posee un porcentaje

de 56,2%. Respecto al análisis estadístico a través de la prueba chi cuadrado se obtuvo un valor de $P = 0,023$ ($P < 0,05$), lo cual señala que, existe una significancia estadística, por lo que, el grupo etario de 18 a 30 años es un factor de riesgo asociado a parto pretérmino. Por otro lado, la estimación de riesgo, el primer grupo etario analizado tiene 1,453 más riesgo de tener parto pretérmino a diferencia del segundo grupo etario estudiado.

Tabla 2.- Relación entre las infecciones de vías urinarias y parto pretérmino en el estudio Factores de riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino en gestantes adultas en el Hospital General Monte Sinaí período 2022-2023

TABLA CRUZADA ITU – PARTO PRETERMINO					
		PARTO PRETERMINO			Total
		1 (Si)	2 (No)		
ITU	1 (Si)	Recuento	73	6	79
		% dentro de ITU	92,4%	7,6%	72,47%
	2 (No)	Recuento	3	27	30
		% dentro de ITU	10,0%	90,0%	27,53%
Total		Recuento	76	33	109
		% dentro de ITU	69,7%	30,3%	100,0%
Prueba de Chi Cuadrado			P = 0,001 ($P < 0,05$)		
Estimación de riesgo			OR: 3,153		

Fuente: Base de recolección de datos. HGMS

En la tabla 2 se contempla la correspondencia entre las ITU (infección de vías urinarias) y el parto pretérmino. Acerca de la frecuencia y porcentaje, se encuentra una posesión en las que tuvieron ITU con una frecuencia que oscila el 72,47% y una tasa de 92,4% que corresponde a parto pretérmino a diferencia de los que no tuvieron ITU con un 10,0%. Utilizando la prueba de chi cuadrado, el producto fue de $P = 0,001$ ($P < 0,05$) indicando una estadística significativa. Por otra parte, la valoración del riesgo, las pacientes que presentaron ITU tuvieron 3,153 más riesgo de tener un parto pretérmino de los que no tuvieron una ITU

Tabla 3.- Relación entre preeclampsia y parto pretérmino en el estudio Factores de riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino en gestantes adultas en el Hospital General Monte Sinai período 2022-2023

TABLA CRUZADA PREECLAMPSIA – PARTO PRETERMINO					
			PARTO PRETERMINO		Total
			1 (Si)	2 (No)	
PREECLAMPSIA	1 (Si)	Recuento	23	1	24
		% dentro de PREECLAMPSIA	95,8%	4,2%	22,01%
	2 (No)	Recuento	62	23	85
		% dentro de PREECLAMPSIA	72,9%	27,1%	77,99%
Total		Recuento	85	24	109
		% dentro de PREECLAMPSIA	78,0%	22,0%	100,0%
Prueba de Chi Cuadrado			P = 0,017 (P < 0,05)		
Estimación de riesgo			OR: 1,314		

Fuente: Base de recolección de datos. HGMS

En la tabla 3 se examina la equivalencia entre la preeclampsia y el parto pretérmino. Con relación a la frecuencia y porcentaje, se descubre una tendencia en el grupo que no tuvieron preeclampsia con un 77,99% con una tasa de 72,9%. Pese a esto, el grupo que si tuvo preeclampsia con una frecuencia de 22,01% obtuvo una tasa de 95,8% que si obtuvo parto pretérmino. Usando la prueba de chi cuadrado, el resultado fue de $P = 0,017$ ($P < 0,05$) denotando una significancia estadística. Por otro lado, la evaluación de riesgo, las pacientes que exhibieron preeclampsia sostuvieron 1,314 más riesgo de tener parto pretérmino de los que no tuvieron preeclampsia.

Tabla 4.- Relación entre ruptura prematura de membrana y parto pretérmino en el estudio Factores de riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino en gestantes adultas en el Hospital General Monte Sinaí período 2022-2023

TABLA CRUZADA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS – PARTO PRETERMINO					
			PARTO PRETERMINO		Total
			1 (Si)	2 (No)	
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	1 (Si)	Recuento	33	1	34
		% dentro de RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	97,1%	2,9%	31,19%
	2 (No)	Recuento	58	17	75
		% dentro de RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	77,3%	22,7%	68,81%
Total		Recuento	91	18	109
		% dentro de RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	83,5%	16,5%	100,0%
Prueba de Chi Cuadrado			P = 0,010 (P < 0,05)		
Estimación de riesgo			OR: 1,255		

Fuente: Base de recolección de datos. Hospital General Monte Sinaí

En la tabla 4 se investiga el paralelismo entre ruptura prematura de membranas y el parto pretérmino. Sobre la frecuencia y el porcentaje, se manifiesta una predilección a las pacientes que no tuvieron ruptura prematura de membranas con una frecuencia de 68,81% con una tasa de 77,3% que si obtuvo parto pretérmino. No obstante, las pacientes que, si gozaron de ruptura prematura de membranas con una frecuencia de 31,19%, consiguieron una tasa de 97,1% de parto pretérmino. Operando con la prueba de chi cuadrado, el producto fue de $P = 0,010$ ($P < 0,05$) expresando una estadística significativa. Por otra parte, la valoración

de riesgo, las pacientes que mostraron ruptura prematura de membrana mantuvieron 1,255 de más riesgo de tener un parto pretérmino de las que no presentaron ruptura prematura de membrana

Tabla 5.- Relación entre oligohidramnios y parto pretérmino en el estudio Factores de riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino en gestantes adultas en el Hospital General Monte Sinai período 2022-2023

TABLA CRUZADA OLIGOHIDRAMNIOS – PARTO PRETERMINO					
			PARTO PRETERMINO		Total
			1 (Si)	2 (No)	
OLIGOHIDRAMNIOS	1 (Si)	Recuento	34	2	36
		% dentro de OLIGOHIDRAMNIOS	94,4%	5,6%	33,02 %
	2 (No)	Recuento	31	42	73
		% dentro de OLIGOHIDRAMNIOS	42,5%	57,5%	66,98 %
Total		Recuento	65	44	109
		% dentro de OLIGOHIDRAMNIOS	59,6%	40,4%	100,0 %
Prueba de Chi Cuadrado			P = 0,001 (P < 0,05)		
Estimación de riesgo			OR: 2,224		

Fuente: Base de recolección de datos. Hospital General Monte Sinai

En la tabla 5 se busca la semejanza entre oligohidramnios y el parto pretérmino. Relativo a la frecuencia y porcentaje, se expresa una preferencia a las pacientes que no tuvieron oligohidramnios con una frecuencia de 66,98% con una tasa de 42,5% que tuvieron parto pretérmino. Al contrario de los que tuvieron oligohidramnios con una frecuencia de 33,02%, alcanzaron una tasa de 94,4% de parto pretérmino. Ejecutando la prueba de chi cuadrado, el resultado fue de $P = 0,001$ ($P < 0,05$) se declara una significancia estadística. Por lo que se refiere a la evaluación de riesgo, las pacientes que presentaron oligohidramnios se conservaron 2,224 de más riesgo de tener un parto pretérmino a diferencia de las pacientes que no tuvieron oligohidramnios.

Tabla 6.- Relación entre IMC y parto pretérmino en el estudio Factores de riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino en gestantes adultas en el Hospital General Monte Sinaí período 2022-2023

TABLA CRUZADA IMC – PARTO PRETERMINO						
			PARTO PRETERMINO		Total	
			1 (Si)	2 (No)		
IMC	1 (Normal)	Recuento	60	12	72	
		% dentro de IMC	83,3%	16,7%	66,05%	
	2 (Obesidad Tipo I)	Recuento	8	0	8	
		% dentro de IMC	100,0%	0,0%	7,33%	
	3 (Obesidad Tipo II)	Recuento	8	2	10	
		% dentro de IMC	80,0%	20,0%	9,17%	
	4 (Obesidad Tipo III)	Recuento	15	4	19	
		% dentro de IMC	78,9%	21,1%	17,43%	
	Total		Recuento	91	18	109
			% dentro de IMC	83,5%	16,5%	100%
Prueba de Chi Cuadrado			P = 0,582 (P < 0,05)			

Fuente: Base de recolección de datos. Hospital General Monte Sinaí

En la tabla 6 se examina la similitud entre el IMC y el parto pretérmino. Concerniente a la frecuencia y porcentaje, se refleja una parcialidad con las pacientes con IMC normal con una frecuencia de 66,05% y representan una tasa de 83,3% de parto pretérmino, seguido de IMC Obesidad Tipo III con un 17,43%. Realizando la prueba de chi cuadrado, el desenlace fue de $P = 0,582$ ($P < 0,05$), por lo tanto no existe asociación estadística entre IMC y parto pretérmino.

Tabla 7.- Relación entre edad gestacional y parto pretérmino en el estudio Factores de riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino en gestantes adultas en el Hospital General Monte Sinai período 2022-2023

TABLA CRUZADA EDAD GESTACIONAL – PARTO PRETERMINO						
			PARTO PRETERMINO		Total	
			1 (Si)	2 (No)		
EDAD GESTACIONAL	1 (34 a 36 semanas 6 días) Prematuro tardío	Recuento	57	12	69	
		% dentro de EDAD GESTACIONAL	82,6%	17,4%	63,30 %	
	2 (32 a 33 semanas 6 días) Prematuro moderado	Recuento	17	4	21	
		% dentro de EDAD GESTACIONAL	81,0%	19,0%	19,26 %	
	3 (28 a 31 semanas 6 días) Muy prematuro	Recuento	13	1	14	
		% dentro de EDAD GESTACIONAL	92,9%	7,1%	12,84 %	
	4 (≤ 27 semanas 6 días) Prematuro extremo	Recuento	4	1	5	
		% dentro de EDAD GESTACIONAL	80,0%	20,0%	4,58%	
	Total		Recuento	91	18	109
			% dentro de EDAD GESTACIONAL	83,5%	16,5%	100,0 %
	Prueba de Chi Cuadrado			P = 0,784 (P < 0,05)		

Fuente: Base de recolección de datos. HGMS

En la tabla 7 se indaga la semejanza entre la edad gestacional y el parto pretérmino. Conforme a la frecuencia y porcentaje, se revela una preferencia con las pacientes que tuvieron una edad gestacional que comprende las 34 a 36 semanas y 6 días con una frecuencia de 63,30% e interpreta una tasa de 82,6% de parto pretérmino, consecutivo de una edad gestacional de 28 a 31 semanas 6 días con un 12,84%. Efectuando la prueba de chi cuadrado, el resultado fue de $P = 0,784 (P < 0,05)$, por lo que no hay asociación estadística entre la edad gestacional

y parto pretérmino.

Tabla 8.- Relación entre período intergenésico y parto pretérmino en el estudio Factores de riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino en gestantes adultas en el Hospital General Monte Sinaí período 2022-2023

TABLA CRUZADA PIG – PARTO PRETERMINO					
			PARTO PRETERMINO		Total
			1 (Si)	2 (No)	
PIG	1 (Primigesta)	Recuento	33	6	39
		% dentro de PIG	84,6%	15,4%	35,77%
	2 (Corto < 2 años)	Recuento	23	5	28
		% dentro de PIG	82,1%	17,9%	25,68%
	3 (Normal 2 - 5 años)	Recuento	14	2	16
		% dentro de PIG	87,5%	12,5%	14,67%
	4 (Largo > 5 años)	Recuento	21	5	26
		% dentro de PIG	80,8%	19,2%	23,85%
Total		Recuento	91	18	109
		% dentro de PIG	83,5%	16,5%	100,0%
Prueba de Chi Cuadrado			P = 0,940 (P < 0,05)		

Fuente: Base de recolección de datos. HGMS

En la tabla 8 analiza la relación entre el PIG y el parto pretérmino. Acorde a la frecuencia y porcentaje, se descubre una primacía con las pacientes primigestas con una frecuencia de 35,77% y se descifra una tasa de 84,6%, sucesivo a un PIG corto de 25,68%. Verificando la prueba de chi cuadrado, la solución fue de $P = 0,940$ ($P < 0,05$), indicando que no se halla esa asociación estadística entre PIG y parto pretérmino.

Tabla 9.- Relación entre control prenatal y parto pretérmino en el estudio Factores de riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino en gestantes adultas en el Hospital General Monte Sinai período 2022-2023

			PARTO PRETERMINO		Total
			1 (Si)	2 (No)	
CONTROL PRENATAL	1 (< 5)	Recuento	43	11	54
		% dentro de CONTROL PRENATAL	79,6%	20,4%	49,54%
	2 (> 5)	Recuento	48	7	55
		% dentro de CONTROL PRENATAL	87,3%	12,7%	50,46%
Total		Recuento	91	18	109
		% dentro de CONTROL PRENATAL	83,5%	16,5%	100,0%
Prueba de Chi Cuadrado			P = 0,284 (P < 0,05)		

Fuente: Base de recolección de datos. HGMS

En la tabla 9 se examina el nexo entre el control prenatal y parto pretérmino. De acuerdo a la frecuencia y porcentaje, se revela una superioridad de las pacientes con > 5 controles prenatales con una frecuencia de 50,46% con una tasa de 87,3% respecto al parto pretérmino; subsiguiente a < 5 controles prenatales de 49,54%. Se comprueba la prueba de chi cuadrado, el resultado fue de $P = 0,284$ ($P < 0,05$), señalando que no existe asociación estadística entre los controles prenatales y el parto pretérmino.

DISCUSION

Este estudio tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino en gestantes adultas en el Hospital General Monte Sinai período 2022-2023. De 109 pacientes analizados en este trabajo el grupo etario 18

a 30 años tenían un 1,45% más riesgo de tener parto pretérmino. Este hallazgo es similar al de Salazar (25) que es un análisis retrospectivo en donde se recogieron 159 historias clínicas y se informó que las mujeres por debajo de los 20 años de edad, a diferencia de 25 años en adelante, precisaban un riesgo 6,65 veces superior de alumbramiento precoz (OR = 6,63, IC del 95 %: 2,22, 19,82). A diferencia de Frederiksen (26) siendo una vasta investigación de recolección de datos de Dinamarca exhibió riesgo absoluto del 1,5 % (OR 1,6) en pacientes de 35 a 40 años y del 2,1% (OR 1,6) de alumbramiento precoz < 34 semanas de embarazo, sin embargo no se obtuvo en consideración si aquellos fueron por uso indiscriminado de medicamentos o naturales; de igual forma con el estudio de Frick (27) en la cual se llevó a cabo una investigación de cohorte de Gran Bretaña diferenció entre pauta de tipo iatrogénico y natural y no se halló un acrecentamiento en el nacimiento precoz voluntario < 34 semanas de embarazo, al contrario si riesgos absolutos de estos partos de 0,09% (OR 1,29) entre los 35 a 40 años y de 1,1% (OR 1,36) por encima de los 40 años.

En cuanto a las infecciones del tracto urinario las pacientes que presentaron ITU tuvieron 3,15 más riesgo de tener un parto pretérmino de los que no tuvieron una ITU. Estos datos coinciden con Werter (28) de una investigación de cohorte prospectiva regional de los Países Bajos en donde las mujeres con IVU tenían un riesgo superior de nacimiento precoz a diferencia de las que no tenían infección (13% vs 5.6% 5,1%; OR limitado 2,5; IC del 95%: 1,8–3,5). Asimismo, en el estudio de Vicar (29) de 550 pacientes gestantes, 222 casos (40%) dieron positivo para infección de vías urinarias. Existió una relación significativa de forma estadística entre los datos sociales y demográficos, obstétricos y aseo propio ($p < 0,0001$) siendo *Escherichia coli* (27,9%) fue el germen solitario más frecuente.

Por otro lado, las pacientes que exhibieron preeclampsia sostuvieron 1,31 más riesgo de tener parto pretérmino de los que no tuvieron preeclampsia. Según Lisonkova (30) la repercusión aglomerada de los trastornos hipertensivos de comienzo a fin fue debajo de la preeclampsia severa de comienzo precoz (0.88 frente a 1,55 por 1000; censo, 0,58; IC 95% 0.54-0.63) y la frecuencia de trastorno

hipertensivo de comienzo antes de término estuvo por debajo de la preeclampsia grave de comienzo precipitado. Así como Shinar (31) en donde la meta fue analizar la impresión de la reciente descripción sobre el alumbramiento precoz y las secuelas desfavorables de la gestación. El desenlace principal fue neonato vivo antes de las semanas 37, 34 o 32 de gestación. (diciembre 2014 - noviembre 2016; año 2). vs los 2 años previos (abril 2012 - marzo 2014; año 1). En resumen, se incorporaron entre 265,000 y 267,000 partos en el año 1 y 2, correspondiente. Las frecuencias concernientes de trastornos hipertensivos incrementaron expresivamente del 3,10% al 4,5% ($p < 0,001$), carente de modificación en las frecuencias de morbilidad maternal. En pacientes con trastornos hipertensivos, las frecuencias correspondientes de alumbramiento precoz antes de las 37 semanas de gestación fueron 22,0% y 22,8% (RR IC 95% 1,01 - 1,03) con RR significativo para parto pretérmino previa 34 semanas (0,87 IC 95% 0,78 - 0,97) y ante de las 32 semanas (0,80; IC del 95 %: 0,68 a 0,95). Ambos estudios demuestran el riesgo de que la preeclampsia es un factor de riesgo de parto pretérmino así como los resultados de este trabajo.

Por otra parte, las pacientes que mostraron ruptura prematura de membrana mantuvieron 1,25 de más riesgo de tener un parto pretérmino de las que no presentaron ruptura prematura de membrana. Estos resultados se asemejan a Prasad (32) que fue un análisis descriptivo transversal desarrollado del 1 de noviembre de 2021 al 29 de noviembre de 2022. Entre 705 pacientes gestantes, la predominancia de ruptura prematura de membranas previo al alumbramiento fue de 55 (8%) (5,35-10,65, IC 99%). De aquellos, 41 (71,42%) sucedieron a tiempo, en vez de los precoces (previa a las 37 semanas de gestación) acontecieron en 17 (28,58%) del conjunto de gestaciones. Afirmando el riesgo de sufrir un parto pretérmino en estas situaciones.

Referente a oligohidramnios, las pacientes que presentaron oligohidramnios se conservaron 2,22 de más riesgo de tener un parto pretérmino a diferencia de las pacientes que no tuvieron oligohidramnios. De acuerdo a Figueroa (33) De 13,000 pacientes anotados en las agrupaciones de Guatemala, Pakistán, Zambia y la

República Democrática del Congo en el análisis de First Look que se impusieron a una prueba de ecografía en el tercer período de control prenatal, a 88 pacientes se les determinó oligohidramnios, lo que asemeja al 0,8% de las examinadas. Pacientes identificados con alumbramiento precoz con oligohidramnios (OR 2,74; IC95%: 1,77, 4,24) y Chistyakova (34) Esta investigación de tipo retrospectiva de 2018 - 2021 englobó a 160 pacientes gestantes con ruptura prematura de membranas entre las semanas 23 y 34 y 7 días de embarazo. De aquellos, la primera agrupación estaba constituida de 84 pacientes con clínica de oligohidramnios, a diferencia del conjunto de control configurado por 79 pacientes carentes de oligohidramnios. La prueba del paciente a la admisión al hospital incorporó el estudio de tasa de líquido amniótico. Las mujeres con oligohidramnios sostuvieron una fase aparentemente inactiva más reducida ($p = 0,004$), sin embargo las diferencias observadas fueron una mayor tasa de corioamnionitis ($p = 0,025$). Tales estudios demuestran reflejan la similitud de este factor de riesgo con la conclusiones de nuestro estudio.

Acerca del IMC realizando la prueba de chi cuadrado, el desenlace fue de $P = 0,582$ ($P < 0,05$), por lo tanto no existe asociación estadística entre IMC y parto pretérmino. Conforme a Mendola (35) el estudio llevó a cabo con nacimientos exclusivos antes de las 23 semanas de embarazo con un IMC antes del embarazo de $\geq 18,5$ kg/m² y sin preexistencias. El RR de alumbramiento precoz natural se incrementó para las precoces extremos entre las mujeres obesas que nunca han dado alumbramiento 1,27, IC del 95 %: 0,95–1,71 para sobrepeso; 1,89, IC del 95 %: 1,31–2,72 categoría I; 2,00, IC del 95 %: 1,33–3,02 categoría II/III) y se redujo para nacimientos antes de términos entre multigestas con sobrepeso y obesas (0,91, IC del 95 %: 0,84–0,98 para sobrepeso; 0,88, IC del 95 %: 0,79–0,98 categoría I; 0,80 95 % IC: 0,70-0,91 categoría II/III). Esto se diferencia con los datos de nuestro análisis.

Respecto a la semana gestacional efectuando la prueba de chi cuadrado, el resultado fue de $P = 0,784$ ($P < 0,05$), por lo que no hay asociación estadística entre la edad gestacional y parto pretérmino. Como opina Minuche (36) en su

investigación titulado “factores de riesgo obstétrico asociados a parto pretérmino en gestantes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del hospital general Martín Icaza, Babahoyo, realizada de mayo a septiembre del 2019” se lograron los siguientes objetivos. De entre los causales de proximidad de daño relacionados con el parto antes de término sobresale los jóvenes englobado entre los 13 - 16 años con un 36%, siendo el grupo etario más débil se expresa entre las 27 y 32 semanas de gestación. Siendo este estudio un diferencial de que las semanas de gestación si pudiesen tener mayor riesgo de provocar parto pretérmino.

De igual importancia el período intergenésico verificando la prueba de chi cuadrado, la solución fue de $P = 0,940$ ($P < 0,05$), indicando que no se halla esa asociación estadística entre PIG y parto pretérmino. Desde el punto de vista de Amaya (37) en una indagación retrospectiva, se evidenció la frecuencia de alumbramiento precoz en embarazadas con periodo intergenésico largo fue de 32.9%, a diferencias del período intergenésico apropiado fue de 9,5%, terminando que es más prevalente el nacimiento precoz en embarazadas con el periodo intergenésico más largo a diferencia del adecuado. Las embarazadas con un periodo intergenésico largo tuvieron 3.6 veces más probabilidades de tener un parto precoz. (RR: 3.51, IC 95%: 1.85 - 6.67, $p = 0,001$).

Y por último los controles prenatales, se comprobó la prueba de chi cuadrado, el resultado fue de $P = 0,284$ ($P < 0,05$), señalando que no existe asociación estadística entre los controles prenatales y el parto pretérmino. Como señala Jiang (38) El cuidado prenatal de nacimientos precoces y atenciones a término, pese a que la mayoría de las gestantes obtuvieron sus citas periódicas normales, aquellas no fueron recibidas o de forma desigual. No obstante, la ausencia de control se relaciona con un riesgo mayor de nacimiento precoz. Las pacientes a falta de cuidado prenatal durante la gestación mostraron un riesgo 5,20 mayor de alumbramiento precoz (OR = 5,20 IC del 95 %: 3,78, 7,1). Asimismo, las pacientes gestantes con atención prenatal desigual tuvieron un riesgo 2,88 mayor de parto antes de término (OR = 2,88; IC del 95 %: 2,17, 3,81). De esta manera, existe una gran diferencia con los resultados obtenidos en esta tesis.

Ventajas del estudio

El trabajo investigativo se llevó a cabo en el Hospital General Monte Sinaí, un centro de segundo nivel y de referencia en todo el Ecuador que abarca una amplia variabilidad de situaciones clínicas. Se estudiaron varias variables, tanto en la parte sociodemográfica como en la parte ginecobstetricia que posiblemente estaban correlacionados con la amenaza de parto pretérmino. Los elementos se seleccionaron de forma sistematizada y ordenada.

Desventajas del estudio

Esta investigación únicamente se examinó los factores de riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino en gestantes adultas, de manera que no se inspeccionó los factores no correlacionados con las pacientes, como los medios y desafíos del equipo de salud en el hospital, que igualmente podrían prevenir esta situación

Con respecto a la metodología, es un trabajo de tipo retrospectivo y entre las restricciones estaba en la dimensión de la muestra a analizar, debido a que, utilizando ciertas estimaciones de inclusión y exclusión, se logró un censo condicionalmente corto, por lo tanto, fue complejo conseguir resultados y deducciones.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- En el lapso de 2022-2023 se acogieron un conjunto de 109 pacientes con amenaza de parto pretérmino en el Hospital General Monte Sinaí donde se representó un 77,85% de pacientes.
- Entre los factores sociodemográficos el grupo etario perjudicado aborda desde los 18 – 30 años a diferencia del grupo de 31 - 45 años dando un punto de vista de realidad a veces una mayor edad y experiencia podría ayudar a tener un mejor alumbramiento.
- Por otro lado, el IMC más frecuente fue de Obesidad Tipo I, sin embargo en este trabajo no se demostró una estadística significativa.
- Con relación a los factores gineco obstétricos, no se halló una correlación con las variables, no obstante se demostró que la edad gestacional más frecuente comprendió entre las 34 a 36 semanas y 6 días con un 63,30%, así como la mayoría eran primigestas en 35,77% y tuvieron sus respectivos 5 controles prenatales en un 50,46%
- Con respecto a los factores de riesgo, se descubrió que son varios que aportan a la amenaza de parto pretérmino con valores estadísticos significativos, entre estos: infección de vías urinarias, preeclampsia, oligohidramnios y ruptura prematura de membranas.
- Como resolución, en el presente trabajo de titulación se evidenció que los gestantes adultas poseen factores que incrementan el riesgo de tener una amenaza de parto pretérmino.

4.2 RECOMENDACIONES

- Se sugiere que el título investigado en esta investigación sea considerado en el equipo de salud y al mismo tiempo, se motiva a desarrollar indagaciones prospectivos en el cual se analicen más factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pretérmino, así como medidas de prevención que contribuyan a tener un diagnóstico precoz.
- Generalmente, se propone completar de forma meticulosa las historias clínicas que comprendan todos los antecedentes gineco obstétricos y comorbilidades que presente en pacientes con amenaza de parto pretérmino
- Dentro de las barreras de esta tesis fue disponer de un censo condicionalmente corto, por lo que, se recomienda que al momento de efectuar análisis semejantes que incluyan una mayor demografía y se amplifique el periodo de estudio
- Se destaca en el rastreo en la predisposición y atención junto con el gremio médico para la resolución en conjunto al momento de entrada de pacientes en el área de emergencia en los hospitales generales otorgando el mejor servicio posible y proteger tanto a la madre como al hijo en cada institución del país

REFERENCIAS

1. Iza Quieta LL, Bustillos Solórzano ME. Amenaza de parto prematuro predicción prevención y manejo. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento* [Internet]. 2022 [citado 6 de diciembre de 2023];6(3):393-408. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8940177>
2. Daskalakis G, Arabin B, Antsaklis A, Cabero Roura L. Preterm Labor: Up to Date. *BioMed Research International* [Internet]. 9 de mayo de 2019 [citado 6 de diciembre de 2023];2019:e4870938. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2019/4870938/>
3. Espinosa DIM, Negrín MS, Tápanes DYM. Epidemiología del parto pretérmino espontáneo. 2019;13(3).
4. GAP-Parto_pretermino_2020.pdf [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf
5. González J, Vilella M, Ruiz S, Iglesia I, Clavero-Adell M, Ayerza-Casas A, et al. Impact of Suspected Preterm Labor during Pregnancy on Cardiometabolic Profile and Neurodevelopment during Childhood: A Prospective Cohort Study Protocol. *Diagnostics (Basel)* [Internet]. 14 de marzo de 2023 [citado 6 de diciembre de 2023];13(6):1101. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10047113/>
6. Global burden of preterm birth. [citado 6 de diciembre de 2023]; Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.13195>
7. Factores de riesgo para parto pretérmino idiopático según prematuridad | *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*. 13 de octubre de 2022 [citado 6 de diciembre de 2023]; Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/277>
8. Williams TC, Drake AJ. Preterm birth in evolutionary context: a predictive adaptive response? *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 15 de abril de 2019;374(1770):20180121.
9. Inflammatory factors, genetic variants, and predisposition for preterm birth - Couceiro - 2021 - *Clinical Genetics* - Wiley Online Library [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/cge.14001>
10. Slack E, Best KE, Rankin J, Heslehurst N. Maternal obesity classes, preterm and post-term birth: a retrospective analysis of 479,864 births in England. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 21 de noviembre de 2019 [citado 6 de diciembre de 2023];19(1):434. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2585-z>
11. Mayo JA, Stevenson DK, Shaw GM. Population-based associations between maternal pre-pregnancy body mass index and spontaneous and medically indicated preterm birth using restricted cubic splines in California. *Annals of Epidemiology* [Internet]. 1 de agosto de 2022 [citado 6 de diciembre de 2023];72:65-73. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1047279722000886>

12. Lin JH, Hsu YH, Wang PH. Risks for preterm premature labor: Many of them are preventable. *Journal of the Chinese Medical Association* [Internet]. mayo de 2020 [citado 6 de diciembre de 2023];83(5):421. Disponible en: https://journals.lww.com/jcma/fulltext/2020/05000/risks_for_preterm_premature_labor_many_of_them.2.aspx
13. Torres Lestrade OD, Hernández Pacheco I, Meneses Nuñez C, Ruvalcaba Ledezma JC. Infección urinaria como factor de riesgo para parto pretérmino. *J negat no posit results* [Internet]. 2020 [citado 6 de diciembre de 2023];1426-43. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-201158>
14. Dimitriadis E, Rolnik DL, Zhou W, Estrada-Gutierrez G, Koga K, Francisco RPV, et al. Preeclampsia. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 16 de febrero de 2023 [citado 6 de diciembre de 2023];9(1):1-22. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41572-023-00417-6>
15. Wen Y, Yang X. Clinical Comparison of Preterm Birth and Spontaneous Preterm Birth in Severe Preeclampsia. *Contrast Media & Molecular Imaging* [Internet]. 15 de septiembre de 2022 [citado 6 de diciembre de 2023];2022:e1995803. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/cmami/2022/1995803/#conclusions>
16. Brzezinski-Sinai NA, Stavsky M, Rafaeli-Yehudai T, Yitshak-Sade M, Brzezinski-Sinai I, Imterat M, et al. Induction of labor in cases of late preterm isolated oligohydramnios: is it justified? *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [Internet]. 18 de julio de 2019 [citado 6 de diciembre de 2023];32(14):2271-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1430134>
17. Schmitz T, Sentilhes L, Lorthe E, Gallot D, Madar H, Doret-Dion M, et al. Preterm premature rupture of the membranes: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* mayo de 2019;236:1-6.
18. Hosny AEDMS, Fakhry MN, El-khayat W, Kashef MT. Risk factors associated with preterm labor, with special emphasis on preterm premature rupture of membranes and severe preterm labor. *Journal of the Chinese Medical Association* [Internet]. marzo de 2020 [citado 6 de diciembre de 2023];83(3):280. Disponible en: https://journals.lww.com/jcma/fulltext/2020/03000/risk_factors_associated_with_preterm_labor,_with.13.aspx
19. Arnáez J. Indicadores de salud perinatal en una región española entre los años 2015 y 2020. *Rev Esp Salud Pública.* 2015; Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol97/originales/RS97C_202310091.pdf
20. Murillo KR. Prevención de parto pretérmino. 2018;35. Disponible en <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v35n1/1409-0015-mlcr-35-01-115.pdf>

21. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención* [Internet]. [citado 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457751260004/html/>
22. Periodo intergenésico: Revisión de la literature [Internet]. [citado 25 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100052
23. GPC-Recén-nacido-prematuro.pdf [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.salud.gov.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Recien-nacido-prematuro.pdf>
24. da Fonseca EB, Damião R, Moreira DA. Preterm birth prevention. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 1 de noviembre de 2020 [citado 6 de diciembre de 2023];69:40-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693420301425>
25. Veloz JMS, Moreira DNG, Vera JED. Causas más frecuentes de amenaza de parto prematuro en el Hospital Universitario. *RECIAMUC* [Internet]. 31 de enero de 2021 [citado 25 de febrero de 2024];5(1):70-7. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/594>
26. Frederiksen LE, Ernst A, Brix N, Braskhøj Lauridsen LL, Roos L, Ramlau-Hansen CH, et al. Risk of Adverse Pregnancy Outcomes at Advanced Maternal Age. *Obstetrics & Gynecology* [Internet]. marzo de 2018 [citado 25 de febrero de 2024];131(3):457. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2018/03000/risk_of_adverse_pregnancy_outcomes_at_advanced.7.aspx
27. Frick AP. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 1 de enero de 2021 [citado 25 de febrero de 2024];70:92-100. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693420301127>
28. Werter DE, Kazemier BM, Schneeberger C, Mol BWJ, de Groot CJM, Geerlings SE, et al. Risk Indicators for Urinary Tract Infections in Low Risk Pregnancy and the Subsequent Risk of Preterm Birth. *Antibiotics* [Internet]. septiembre de 2021 [citado 25 de febrero de 2024];10(9):1055. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2079-6382/10/9/1055>
29. Vicar EK, Acquah SEK, Wallana W, Kuugbee ED, Osbutey EK, Aidoo A, et al. Urinary Tract Infection and Associated Factors among Pregnant Women Receiving Antenatal Care at a Primary Health Care Facility in the Northern Region of Ghana. *Int J Microbiol.* 2023;2023:3727265.
30. Lisonkova S, Bone JN, Muraca GM, Razaz N, Wang LQ, Sabr Y, et al. Incidence and risk factors for severe preeclampsia, hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count syndrome, and eclampsia at preterm and term gestation: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* noviembre de 2021;225(5):538.e1-538.e19.

31. Shinar S, Melamed N, Abdulaziz KE, Ray JG, Riddell C, Barrett J, et al. Changes in rate of preterm birth and adverse pregnancy outcomes attributed to preeclampsia after introduction of a refined definition of preeclampsia: A population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. septiembre de 2021;100(9):1627-35.
32. Prasad Dwa Y, Bhandari S, Bajracharya M. Prelabour Rupture of Membranes among Pregnant Women Visiting a Tertiary Care Centre: A Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 1 de junio de 2023;61(262):506-9.
33. Figueroa L, McClure EM, Swanson J, Nathan R, Garces AL, Moore JL, et al. Oligohydramnios: a prospective study of fetal, neonatal and maternal outcomes in low-middle income countries. *Reprod Health*. 30 de enero de 2020;17(1):19.
34. Scopus - Document details - Microbiological features and perinatal outcomes in patients with preterm premature rupture of membranes and oligohydramnios [Internet]. [citado 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www21.ucsg.edu.ec:2097/record/display.uri?eid=2-s2.0-85143648323&origin=resultlist>
35. Kim S, Mendola P, Zhu Y, Hwang B, Grantz K. Spontaneous and indicated preterm delivery risk is increased among overweight and obese women without prepregnancy chronic disease. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 2017 [citado 25 de febrero de 2024];124(11):1708-16. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1471-0528.14613>
36. Minuche (2017) Factores de riesgo maternos socioeconómicos que inciden en la amenaza de parto pretérmino en pacientes adolescentes del servicio de ginecoobstetricia del hospital alfredo noboa montenegro en el periodo agosto. Ambato: UNIANDES [Internet]. [citado 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ug.edu.ec/server/api/core/bitstreams/f63a430b-f568-458a-8292-f61440197d15/content>
37. Castillo (2019) Periodo intergenesico prolongado como factor de riesgo para parto pretérmino, Hospital Belen de Trujillo, 2014-2018 [citado 25 de febrero de 2024]. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/5660/RE_MED.HUMA_Mario.Amaya_periodo.intergenesico.prolongado.factor.riesgo.parto.PPretermino.Hospital.Belen.Trujillo.2014-2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
38. Jiang M, Mishu MM, Lu D, Yin X. A case control study of risk factors and neonatal outcomes of preterm birth. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 1 de diciembre de 2018 [citado 25 de febrero de 2024];57(6):814-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1028455918302328>

ANEXOS

Gráfico 1.- Representación según porcentajes de la relación entre grupo etario y parto pretérmino

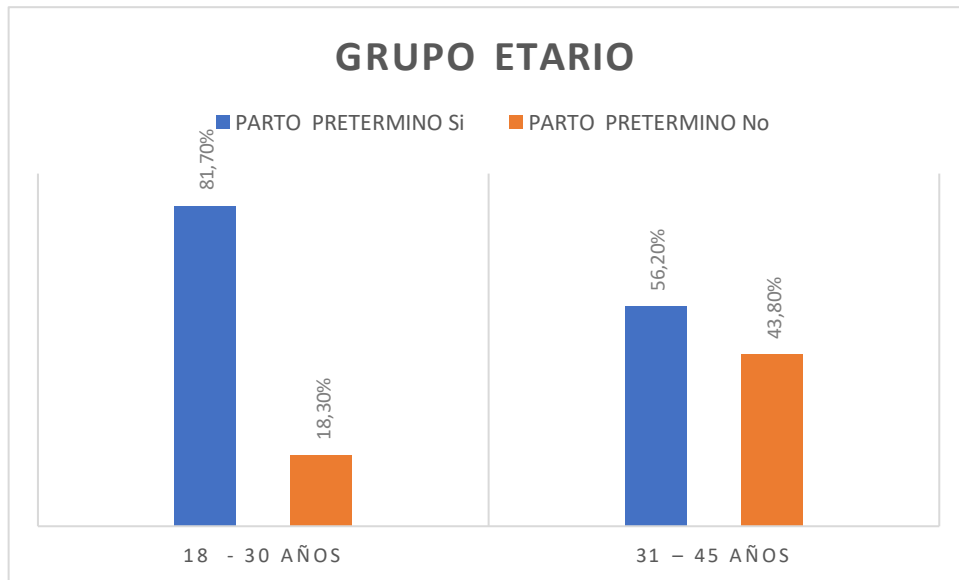


Gráfico 2.- Representación según porcentajes de la relación entre ITU y parto pretérmino

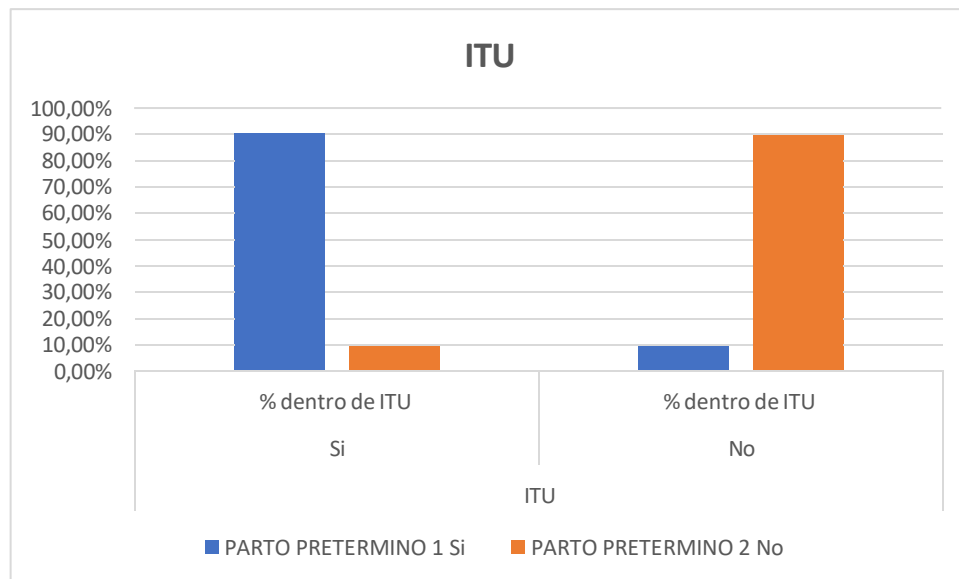


Gráfico 3.- Representación según porcentajes de la relación entre Preeclampsia y parto pretérmino

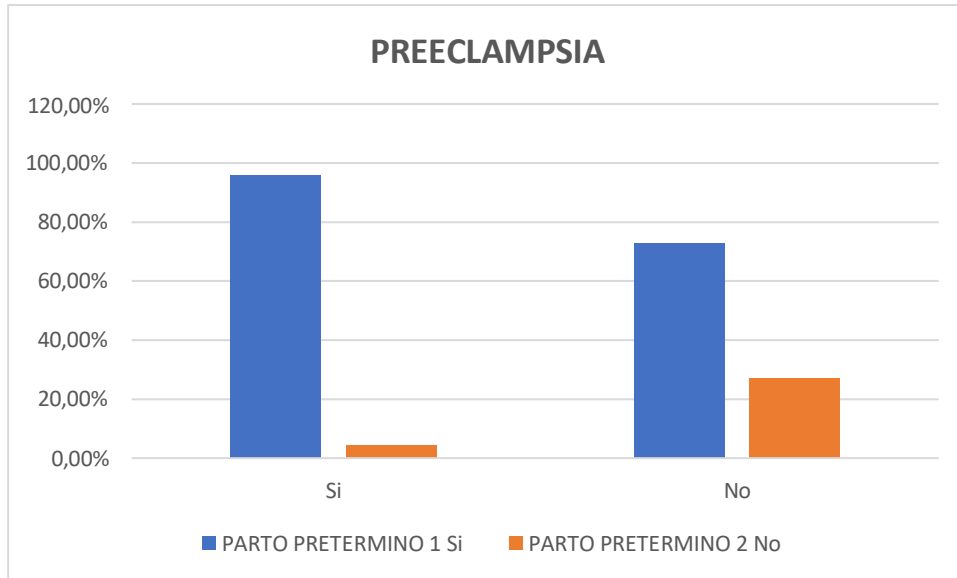


Gráfico 4.- Representación según porcentajes de la relación entre Ruptura Prematura de Membranas y Parto Pretérmino

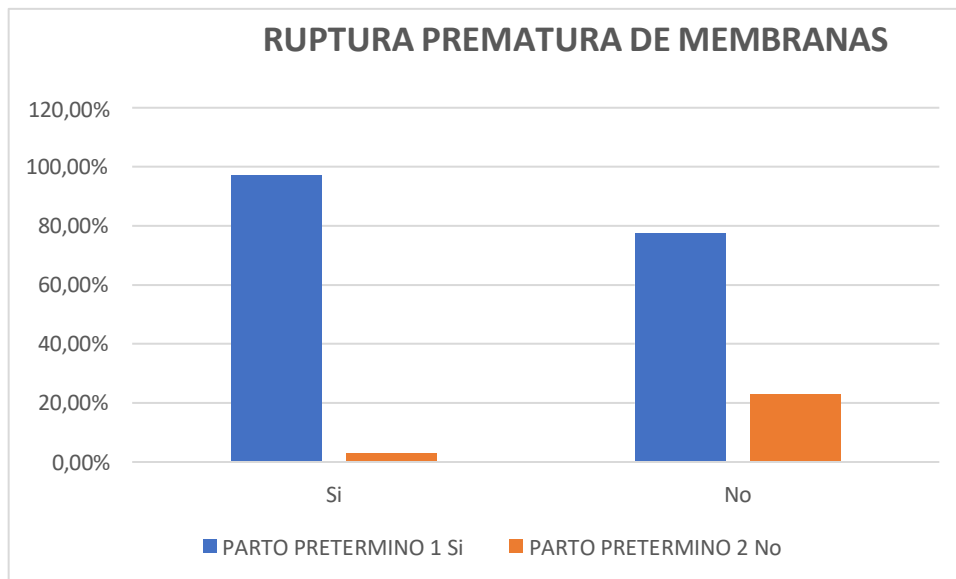


Gráfico 5- Representación según porcentajes de la relación entre Oligohidramnios y Parto Pretérmino

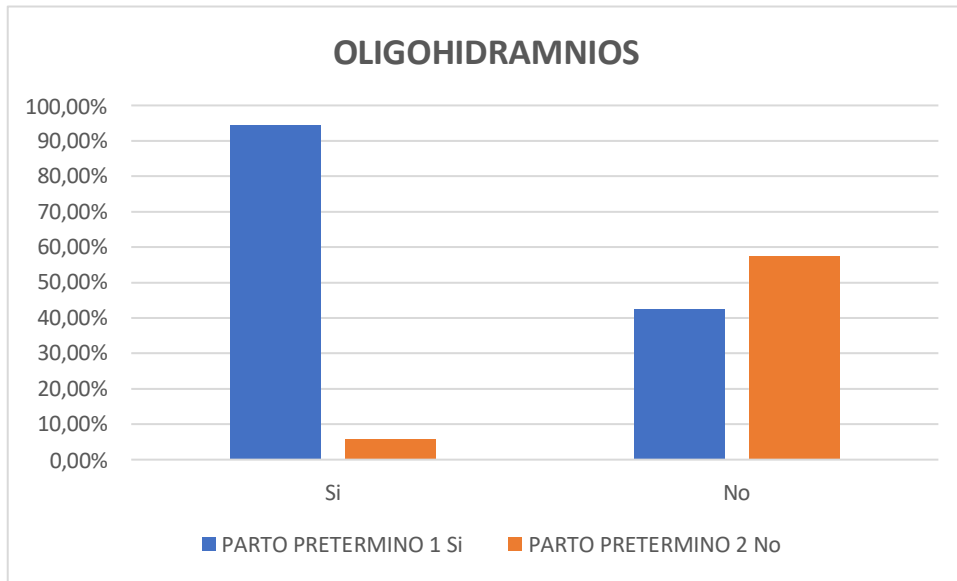


Gráfico 6.- Representación según porcentajes de la relación entre IMC y Parto Pretérmino

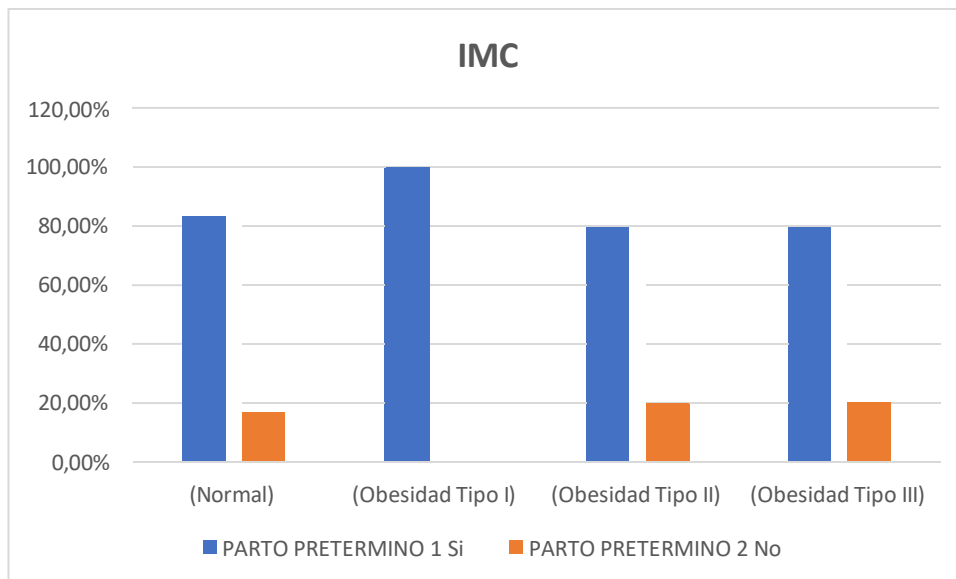


Gráfico 7.- Representación según porcentajes de la relación entre Edad Gestacional y Parto Pretérmino

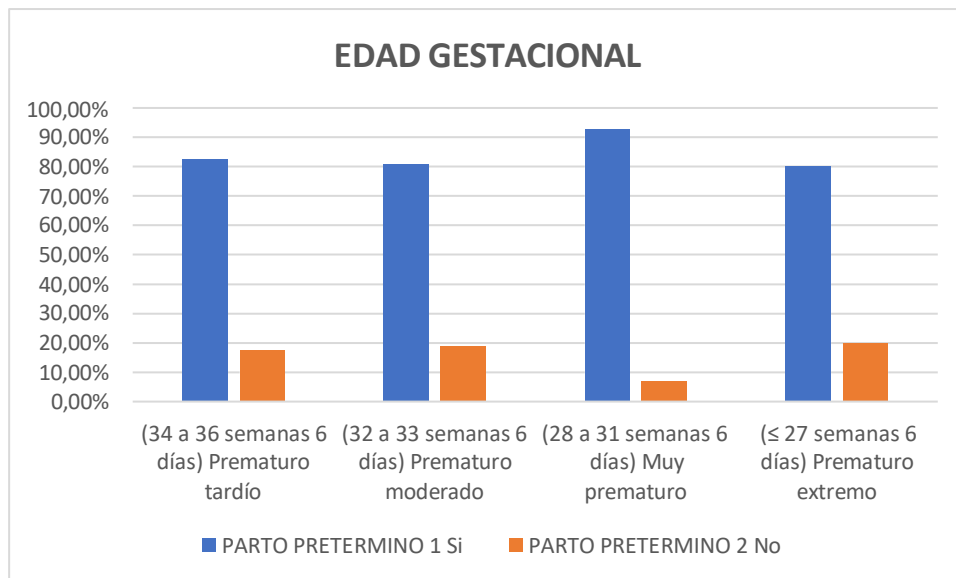


Gráfico 8.- Representación según porcentajes de la relación entre Período Intergenésico y Parto Pretérmino

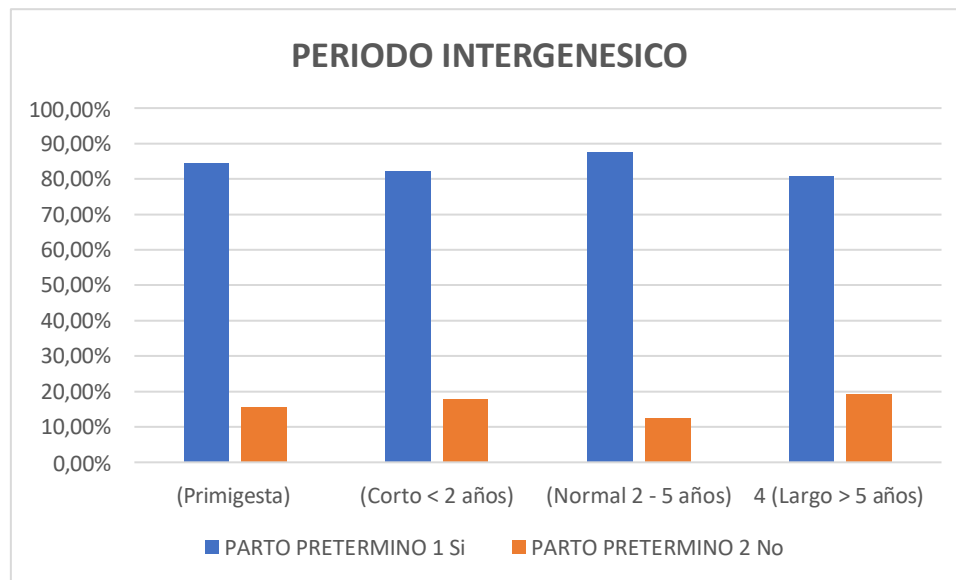
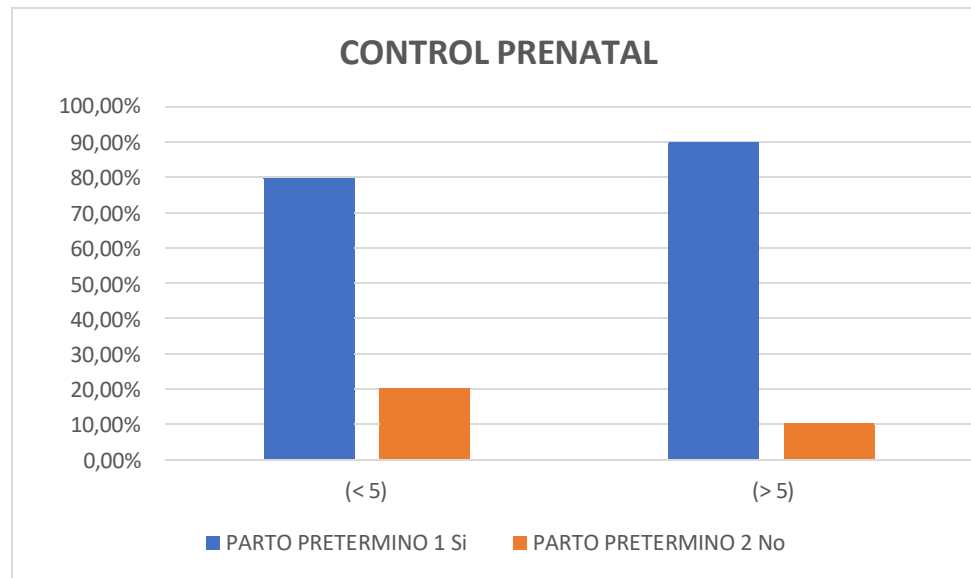


Gráfico 9.- Representación según porcentajes de la relación entre Control Prenatal y Parto Pretérmino



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Hernández León Ronald Francisco**, con C.C: # **0929115673** autor del trabajo de titulación: **Factores de riesgo para Amenaza de Parto Pretermino en gestantes adultas en el Hospital General Monte Sinai, período 2022-2023**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro 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.- Autorizo 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, 6 de mayo del 2024



Firmado electrónicamente por:
**RONALD FRANCISCO
HERNANDEZ LEON**

f. _____
Hernández León Ronald Francisco



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Factores de riesgo para Amenaza de Parto Pretermino en gestantes adultas en el Hospital General Monte Sinai, período 2022-2023		
AUTOR(ES)	Hernández León, Ronald Francisco		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Daniela Rendón		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Medicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	6 de mayo del 2024	No. DE PÁGINAS:	49
ÁREAS TEMÁTICAS:	Parto Pretérmino, Ginecología y Obstetricia		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Amenaza de Parto Pretérmino, preeclampsia, edad gestacional, ruptura prematura de membranas.		
RESUMEN:	<p>Introducción: La amenaza de parto pretérmino, abarca la existencia de contracciones del útero irregulares relacionadas a los cambios del cuello uterino, que acontece posterior de las 20 semanas y previo a las 37 semanas de gestación, indistintamente del peso al alumbramiento y es de etiología multifactorial Objetivo: Identificar los factores asociados en pacientes hospitalizados/emergencia con amenaza de parto pretérmino en gestantes adultas en el Hospital General Monte Sinaí período 2022-2023.</p> <p>Metodología: Este fue un trabajo de investigación de clase retrospectivo, observacional y transversal en el Hospital General Monte Sinaí (HGMS), desde el año 2022 al 2023, llevado a cabo en Guayaquil, Ecuador.</p> <p>Resultados: Los factores que obtuvieron una estadística significativa a través de la prueba de chi cuadrado ($p \leq 0,05$), fueron grupo etario ($p = 0,023$; OR 1,453), infecciones del tracto urinario ($p = 0,001$; OR 3,153), preeclampsia ($p = 0,017$; OR 1,314), ruptura prematura de membranas ($p = 0,010$; OR 1,255), oligohidramnios ($p = 0,001$; OR 2,224)</p> <p>Conclusión: Los factores de riesgo que predisponen amenaza de parto pretérmino son variados, por lo que es obligatorio la creación de un protocolo de manejo de pacientes de forma rápida y oportuna.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR:	Teléfono: +593-99-418-8111	E-mail: ronald.hernandez01@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN(COORDINADO R DEL PROCESO UTE):	Nombre: Diego Antonio Vázquez Cedeño		
	Teléfono: +593-98-274-2221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			