



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI EN CONVENIO CON  
LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE ECUADOR**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**“DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES QUE INCIDEN  
EN LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN PACIENTES INGRESADAS  
EN EL ÁREA DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARCO VINICIO  
IZA DE LAGO AGRIO, SUCUMBOS DURANTE EL PERIODO MARZO A  
JUNIO 2011”.**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE: LICENCIADOS EN  
ENFERMERÍA.**

**AUTORES: CÉSAR EFRÉN ENRÍQUEZ CAICEDO**

**ROMEL IGNACIO GUACALÉS FUEL**

**SANDRA LUCIA YELA BURBANO**

**TUTORA: LIC. ELENA MEJIA**

**TULCÁN, OCTUBRE DE 2011.**

## DEDICATORIA.

A Dios y a nuestros Padres. A Dios por que ha estado con nosotros en cada paso, cuidándonos y brindándonos fortaleza para continuar en cada duro momento, a nuestros padres quienes a lo largo de nuestra vida con su gran amor nos enseñaron que únicamente con sacrificio, esfuerzo y dedicación todos los sueños por más grandes e inalcanzables que estos parezcan se pueden llegar a obtener.

A Ustedes este logro.

CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDRA YELA

### **AGRADECIMIENTO.**

A la Universidad Politécnica Estatal del Carchi, Escuela de Enfermería por convertirse en nuestro segundo hogar y a la Universidad Central del Ecuador Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Nacional de Enfermería porque gracias al convenio que establecieron estas dos Instituciones fue posible nuestra formación Académica y hoy ser parte de la primera promoción de futuros profesionales de la Salud.

A mis queridos profesores de la Escuela de Enfermería, por no solo haber transmitido sus valiosos conocimientos, sino por brindarnos su amistad incondicional.

Al Doctor Leonardo Pavón Director del Hospital Marco Vinicio Iza, y a todo el personal Médico, Administrativo, Enfermería y de Servicios de la Institución por las facilidades que nos brindaron a lo largo de nuestra pasantía, como Internos Rotativos de Enfermería.

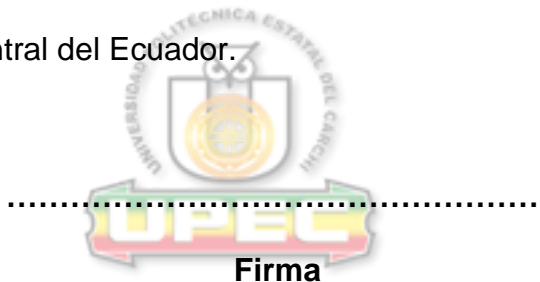
A nuestra Tutora Licenciada Elena Mejía por su asesoramiento en el desarrollo de este proyecto.

A todas las personas que colaboraron con la realización y culminación de este trabajo.

CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDRA YELA

### CESIÓN DE DERECHOS

Yo, ENRIQUEZ CAICEDO CESAR EFREN, con cédula de ciudadanía 040122250-0 cedo los derechos a la Universidad Politécnica Estatal del Carchi y la Universidad Central del Ecuador.



Yo, GUACALES FUEL ROMEL IGNACIO, con cédula de ciudadanía 040136931-9 cedo los derechos a la Universidad Politécnica Estatal del Carchi y la Universidad Central del Ecuador.

.....  
**Firma**

Yo, YELA BURBANO SANDRA LUCIA, con cédula de ciudadanía 1085901116 cedo los derechos a la Universidad Politécnica Estatal del Carchi y la Universidad Central del Ecuador.

.....  
**Firma**

## INDICE GENERAL.

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
CESIÓN DE DERECHOS.....	IV
INDICE GENERAL.....	V
INDICE DE APENDICE Y ANEXOS.....	IX
INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS.....	IX
ILUSTRACIONES.....	X
GRAFICOS.....	X
RESUMEN.....	XI
ABSTRACT.....	XII
CAPITULO I.....	1
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Enunciado del Tema.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Descripción del Problema.....</b>	<b>1</b>
<b>1.3. Enunciado del Problema.....</b>	<b>2</b>
<b>1.4. Justificación.....</b>	<b>2</b>
<b>1.5. Objetivos.....</b>	<b>3</b>
<b>1.5.1. Objetivo General.....</b>	<b>3</b>
<b>1.5.2. Objetivos Específicos.....</b>	<b>3</b>
<b>1.6. Viabilidad y factibilidad.....</b>	<b>3</b>
CAPÍTULO II.....	4
<b>2. MARCO TEORICO.....</b>	<b>4</b>
<b>2.1. Marco Institucional.....</b>	<b>4</b>
<b>Antecedentes: Hospital Provincial Marco Vinicio Iza.....</b>	<b>4</b>
<b>Identificación de la Institución.....</b>	<b>4</b>
<b>2.1.1. Características.....</b>	<b>5</b>
<b>Características de la institución.....</b>	<b>5</b>
<b>Reseña Histórica.....</b>	<b>5</b>
<b>2.1.2. Funcionamiento.....</b>	<b>6</b>

2.1.3.	Talento Humano.....	9
2.1.4.	Servicios que Ofrece.....	16
2.1.5.	Demanda Poblacional.....	19
2.2.	Marco Conceptual.....	21
2.2.1.	Epidemiología.....	21
2.2.2.	Definición.....	24
2.2.3.	Etiología del Parto Pre termino.....	26
2.2.4.	Etiología más Importante.....	27
2.2.5.	Importancia del Parto Pre termino.....	28
2.2.6.	Consulta Prenatal.....	28
2.2.7.	Repercusiones Neonatales de la Prematuridad.....	29
2.2.8.	Factores de Riesgo.....	30
2.2.9.	Signos Premonitorios del Parto Pre termino.....	31
2.2.10.	Clasificación del Parto Pre termino.....	31
2.2.11.	Causales de Amenaza de Parto Prematuro Fetal.....	32
2.2.12.	Fisiopatología.....	33
2.2.12.1.	La Vía Común del Parto.....	33
	Definición y Componentes.....	33
2.2.13.	Importancia de la Infección Intra Amniótica como Causa de Prematuridad y mal Resultado Neonatal.....	34
2.2.14.	Prevalencia de la Infección Intra Amniótica.....	35
2.2.15.	Microbiología de la Infección Intra Uterina.....	36
2.2.15.1.	Importancia de la Inflamación Intra Amniótica.....	36
2.2.15.2.	Diagnóstico De Infección Intra Amniótica.....	38
2.2.16.	Edad Gestacional en la Amenaza de Parto Pre termino.....	38
2.2.17.	Tratamiento y Prevención de la Infección Intra Amniótica.....	39
2.2.18.	Sobre distención Uterina.....	39
2.2.19.	Reacción Holográfica Anormal.....	40
2.2.20.	Reacciones Alérgicas.....	40
2.2.21.	Desordenes Hormonales.....	40
2.2.22.	Embarazo y Estrés.....	41
2.2.23.	Ruptura Prematura de Membranas.....	41

2.2.23.1.	Estructura de las Membranas Oculares.....	42
2.2.23.2.	Etiología de la Ruptura Prematura de Membranas .....	42
2.2.23.3.	Clasificación de la Ruptura Prematura de Membranas .....	42
2.2.23.4.	Diagnóstico de Amenaza de Parto Pre termino .....	43
2.2.24.	Abordaje Del Trabajo De Parto Pre término.....	45
Ilustración 9	Manejo de amenaza de parto prematuro .....	45
2.2.25.	Prevención Del Parto Pre término.....	46
2.2.25.1.	Prevención Primaria.....	46
2.2.25.2.	Prevención Secundaria.....	47
2.2.25.3.	Prevención Terciaria.....	47
2.2.26.	Aspectos Culturales.....	47
2.2.26.1.	Interculturalidad y Políticas Públicas.....	47
Inclusión de la Diversidad.	.....	47
2.2.26.2.	Mejoramiento De La Calidad Y Del Acceso A Los Servicios Con Énfasis En La Salud Sexual Y Reproductiva Para El Ejercicio De Derechos Y La Reducción De La Mortalidad Materna E Infantil. ....	49
2.2.26.3.	Participación de los Gobiernos Locales en la Reducción de las Muertes Maternas. ....	50
2.2.27.	Aspectos Socio Económicos.....	51
2.3.	Hipótesis, Variables y Operacionalización.....	62
2.3.1.	Hipótesis.....	62
2.3.2.	Variable Dependiente e Independiente.....	62
CAPITULO III	.....	65
3.	DISEÑO METODOLOGICO.....	65
3.1.	Tipo de Estudio.....	65
3.2.	Universo y Muestra.....	66
3.3.	Métodos y Técnicas.....	66
3.3.1.	Métodos de Investigación.....	66
3.3.2.	Fuentes o Técnicas de Investigación.....	67
3.4.	Diseño del Instrumento.....	68
3.4.1.	Prueba Piloto.....	69
3.5.	Procedimiento de Recolección de Datos.....	69

3.5.1. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos. ....	70
<b>CAPITULO IV</b> .....	70
<b>4. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS</b> .....	70
4.1. Interpretación de Resultados.....	70
4.2. Plan de Intervención. ....	92
4.2.1. Introducción. ....	92
4.2.2. Objetivos. ....	93
<b>CAPITULO V</b> .....	96
<b>5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.</b> .....	96
5.1. Conclusiones. ....	96
5.2. Recomendaciones .....	98
<b>CAPITULO VI</b> .....	100
<b>6. BIBLIOGRAFIA</b> .....	100
6.1. Bibliografía Citada. ....	100
6.3. Referencias Electrónicas .....	107
<b>CAPITULO VII</b> .....	109
<b>7. APENDICE Y ANEXOS.</b> .....	109
7.1. Presupuesto. ....	109
7.2. Cronograma de Actividades. ....	110
7.3. Cuestionario .....	111
7.4. Consentimiento Informado.....	114
7.5. Autorización Institucional.....	115
7.6. Certificado de Tutora .....	117
7.7. Oficio de Corrección de Tesis. ....	118
7.8. Certificado de Corrección de Tesis.....	120
7.9. Perfil de Tesis. ....	121
7.10. Glosario. ....	133
7.11. Asociación Empírica De Variables .....	136





## INDICE DE APENDICE Y ANEXOS.

7.	APENDICE Y ANEXOS.....	¡Error! Marcador no definido.
7.1.	Presupuesto.....	¡Error! Marcador no definido.
7.2.	Cronograma de Actividades.....	¡Error! Marcador no definido.
7.3.	Cuestionario.....	¡Error! Marcador no definido.
7.4.	Consentimiento Informado.....	¡Error! Marcador no definido.
7.5.	Autorización Institucional.....	¡Error! Marcador no definido.
7.6.	Certificado de Tutora.....	¡Error! Marcador no definido.
7.7.	Oficio de Corrección de Tesis.....	¡Error! Marcador no definido.
7.8.	Certificado de Corrección de Tesis.....	¡Error! Marcador no definido.
7.9.	Perfil de Tesis.....	¡Error! Marcador no definido.
7.10.	Glosario.....	¡Error! Marcador no definido.
7.11.	Asociación Empírica De Variables.....	¡Error! Marcador no definido.

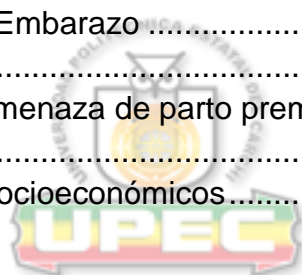


## INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS.

Tabla 1	Edad.....	71
Tabla 2	Ocupación.....	72
Tabla 3	Estado Civil.....	73
Tabla 4	Raza.....	74
Tabla 5	Situación Geográfica.....	76
Tabla 6	Escolaridad.....	77
Tabla 7	No de personas en el Hogar.....	78
Tabla 8	Tipo de Vivienda.....	79
Tabla 9	Ingreso Económico.....	81
Tabla 10	Institución de Salud.....	82
Tabla 11	Controles Prenatales.....	84
Tabla 12	Información sobre App.....	86
Tabla 13	Antecedentes Obstétricos.....	87
Tabla 14	No de Abortos.....	89
Tabla 15	No de Hijos.....	90
Tabla 16	No de Hijos Muertos.....	90
Tabla 17	Plan de Intervención.....	94
Tabla 18	Cronograma de Charlas.....	95
Tabla 19	Recursos.....	109
Tabla 20	Cronograma de Actividades.....	110

## ILUSTRACIONES.

Ilustración 1 Prematurez .....	23
Ilustración 2 Síntomas .....	25
Ilustración 3 Etiología.....	27
Ilustración 4 Carnet Prenatal.....	29
Ilustración 5 Factores de Riesgo.....	31
Ilustración 6 Diagnostico .....	38
Ilustración 7 Estrés en el Embarazo .....	41
Ilustración 8 Diagnostico .....	44
Ilustración 9 Manejo de amenaza de parto prematuro.....	45
Ilustración 10 Cultura .....	50
Ilustración 11 Aspectos Socioeconómicos.....	53



## GRAFICOS.

Grafico 1 Edad.....	71
Grafico 2 Ocupación .....	72
Grafico 3 Estado Civil .....	73
Grafico 4 Raza .....	75
Grafico 5 Situación Geográfica .....	76
Grafico 6 Nivel de Estudio .....	77
Grafico 7 Personas que viven en el Hogar .....	78
Grafico 8 Vivienda.....	80
Grafico 9 Ingreso Económico.....	81
Grafico 10 Institución de Afluencia.....	83
Grafico 11 Controles Prenatales.....	85
Grafico 12 Información de Amenaza de Parto Prematuro .....	86
Grafico 13 Gestas .....	88
Grafico 14 Abortos .....	89
Grafico 15 Hijos Vivos.....	91
Grafico 16 Hijos Muertos .....	91

## RESUMEN.

La amenaza de parto pre término es un fenómeno que está latente, y en aumento en la sociedad de Lago Agrio debido a lo cual hemos considerado relevante la investigación de este tema y los factores que lo determinan. Nuestro estudio se basa en las mujeres que acudieron al Hospital Marco Vinicio Iza dentro de un periodo establecido, para la recolección de datos se acudió directamente a la fuente que fueron dichas madres.

El objetivo del presente trabajo pretende establecer la situación socioeconómica y cultural en pacientes con amenaza de parto pre-término atendidas en el Hospital durante periodo marzo a junio del 2011, en relación con los antecedentes gineco-obstetricos. Con la finalidad de disminuir la mortalidad materna y neonatal, beneficiando a las madres gestantes por medio de la educación y cuidados durante el embarazo. Tomamos como punto base la investigación explicativa, debido a la variedad de características que presenta nuestra investigación. El instrumento que se utiliza es la encuesta por medio de preguntas abiertas, cerradas y de selección múltiple.

Lo más relevante que se obtuvo de esta investigación es la vinculación de los factores socio económicos y culturales con las patologías asociadas a la amenaza de parto pre término en las madres que acudieron al Hospital Marco Vinicio Iza.

Recomendamos mejorar acciones de atención primaria de salud enfocadas a planes educativos para reforzar la importancia del control prenatal.

**PALABRAS CLAVES:** Pre-termino, factores socioeconómicos y culturales, antecedentes gineco-obstetricos, mortalidad materna y neonatal.

## **ABSTRACT.**

The threat of pre-term birth is a phenomenon that is dormant, and increasing in Lago Agrio society because of which we considered relevant to investigate this issue and the factors surrounding it. Our study is based on women attending the Hospital Marco Vinicio Iza within a set period, for the collection of data went directly to the source were those mothers.

The aim of this study aims to establish the socioeconomic and cultural situation in patients with threatened preterm delivery treated at the Hospital during the period March to June 2011 in relation to gynecological and obstetric history. In order to reduce maternal mortality and neonatal benefit to pregnant women through education and care during pregnancy. We take as base point explanatory research, due to the variety of features found in our research.

The instrument used is the survey by means of open questions, closed and multiple choice.

The highlight was obtained from this research is the linking of socio economic and cultural pathologies associated with the threat of preterm delivery in mothers who attended the Marco Viniciolza Hospital.

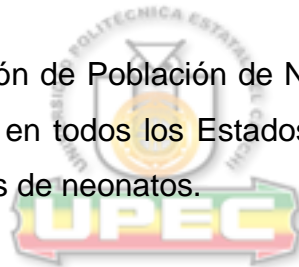
Recommend actions to improve primary health care focused on education plans to reinforce the importance of prenatal care.

**KEY WORDS:** Pre-term, economic and cultural factors, gynecological and obstetric history, maternal mortality and neonatal.

## INTRODUCCION.

El parto pre término ha sido y continúa siendo un problema obstétrico y de salud pública importante, en relación a su contribución a la morbi-mortalidad perinatal total. Es responsable del 50 al 70% de todas las muertes perinatales en la mayoría de reportes.

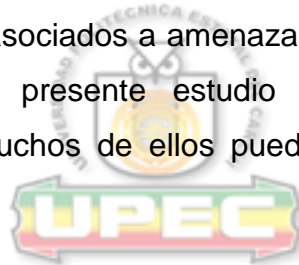
Estimaciones de la División de Población de Naciones Unidas, dan cuenta que en el período 2000-2003 en todos los Estados Miembros de la OMS murieron anualmente; 3,91 millones de neonatos.



La frecuencia con que se presenta el parto pre-término varía según los estudios. A nivel mundial se reporta para países desarrollados entre el 7 al 9% en EE. UU, 4% en Nueva Zelanda; 4,8% en Suecia y 19,4% en Hungría. “Sin embargo la mayor parte de esos nacimientos ocurren en países en vías de desarrollo. Constituyéndose de esta manera en un problema de suma importancia, especialmente en Latinoamérica. Así tenemos 10.3% en Cuba, Chile con 5,7%; Costa Rica 4,9% y Uruguay 8,1 %, cifras que han permanecido relativamente estables en las últimas décadas en la mayoría de estos países”. (GOLDENBERG, 2003, p, 1020).

En Ecuador, los reportes evidencian una incidencia creciente en la presentación de dicho síndrome clínico “a nivel de los hospitales Enrique Garcés, Pablo Arturo Suárez y Gineco obstétrico Isidro Ayora en Quito que va desde cifras en 1981: 5,45%,1982: 7,93 2%,1983: 6,06%, 1984-85: 5,54%, en 1986: 8,08%, 1993: 8,32% en el 95 fue de 9,43% hasta llegar a incidencias tan elevadas como un 11, 33% en el 2006”. (CHRISTOPH, 1988, p, 11-50).

En la provincia de Sucumbíos en la que se origina nuestra investigación la incidencia de mujeres con amenaza de parto prematuro es significativo, el número promedio de hijos por hogar es de cinco con este panorama es importante también resaltar que la mayoría de mujeres tienen su primer hijo entre los 14 y 18 años esto debido a que empiezan su vida sexual activa a muy temprana edad, la importancia radica en la gran problemática que genera el parto pre término y sus secuelas a corto y largo plazo en cuanto a mortalidad, discapacidad, costos económicos, emocionales en las familias y comunidades. La variedad de factores asociados a amenaza de parto pre término que hemos podido observar en el presente estudio tienen una importancia socio-económica intrínseca. Muchos de ellos pueden ser prevenibles y en ciertos casos recuperables.



Nuestro trabajo pretende analizar no solo el aspecto clínico del problema sino también la parte social la misma que implica observar factores tanto económicos como culturales propios de cada sociedad, con esta visión queremos dejar un espacio abierto para que se profundice el tema en posteriores investigaciones pues no se ha dado una publicación de estas características donde el fenómeno revisado no sea un hecho aislado, y más aún en esta provincia en la que la amenaza de parto pre termino está en aumento.

## CAPITULO I

### 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

#### 1.1. Enunciado del Tema.

Determinantes socioeconómicos y culturales que inciden en la amenaza de parto prematuro en pacientes ingresadas en el área de ginecología del Hospital Marco Vinicio Iza durante el periodo marzo a junio 2011.

#### 1.2. Descripción del Problema.

Los casos de amenaza de parto prematuro presentados en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Marco Vinicio Iza constituyen un marcado precedente dentro del funcionamiento de la sociedad en la que realizamos nuestra investigación.

El nacimiento pre término afecta aproximadamente del 10 al 15% de todos los nacimientos, presentando diferencias según el nivel de desarrollo de cada país, la prematurez continua siendo la mayor causa de morbi mortalidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido en el Ecuador. La prematurez, es el principal factor que contribuye al retraso de desarrollo, al deterioro visual y auditivo, neuropatías crónicas y parálisis cerebral. Más del 50% de estos trastornos se ocasionan en nacimientos menores a 34 semanas. Todo lo anteriormente expuesto se ve reflejado en un alto índice de hospitalización por amenaza de parto prematuro en dicho hospital, cabe señalar que en el año 2010 se han registrado un total de 244 pacientes.

### **1.3. Enunciado del Problema.**

De qué manera influye los factores socioeconómicos y culturales en las amenaza de parto prematuro.

### **1.4. Justificación.**

Durante el presente trabajo se pretende investigar las determinantes que influyen directamente en el apareamiento de la amenaza de parto prematuro en las pacientes que son atendidos en el servicio de GÍNECO-OBSTETRICIA del Hospital Marco Vinicio Iza en la ciudad de Lago Agrio , ya que existe un alto nivel de incidencia, registrándose en el periodo enero junio del presente año un total de 135 pacientes atendidas, que es un número considerable en comparación al año 2010 que son de 244 casos. Sin embargo a pesar de tener este panorama el hospital no cuenta con un programa educativo que se enfoque en la prevención de dichas complicaciones en mujeres en periodo de embarazo promoviendo la concientización de la importancia del control prenatal.

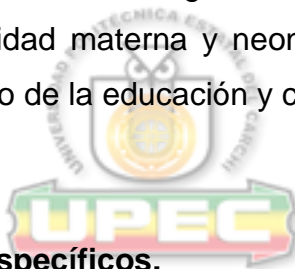
En esta provincia la mayoría de la población de mujeres que no han recibido información antes, durante y después del embarazo pueden verse afectadas por la amenaza de parto prematuro, por lo que sus consecuencias inciden de manera directa en la vida del binomio madre e hijo, por lo que consideramos relevante el estudio de esta investigación la misma que contribuirá a mejorar la calidad de vida de las pacientes a través de un plan estratégico que estará enfocado hacia la educación. Para ello se requerirá de la colaboración de todo el personal de salud ya que no existen investigaciones anteriores sobre este tema.



## **1.5. Objetivos.**

### **1.5.1. Objetivo General.**

Establecer la situación socioeconómica y cultural de las pacientes con amenaza de parto que acudieron al servicio de gineco-obstetricia del Hospital Marco Vinicio Iza en el periodo marzo-junio del 2011, en relación con los antecedentes gineco-obstetricos. Con la finalidad de disminuir la mortalidad materna y neonatal, beneficiando a las madres gestantes por medio de la educación y cuidados durante el embarazo.



### **1.5.2. Objetivos Específicos.**

- a) Determinar las características socioeconómicas y culturales que influyen en el bajo control prenatal.
- b) Determinar si hay una relación directa entre las características sociales de las pacientes en estudio como: edad materna, estado civil y ocupación, y la situación de amenaza de parto prematuro de las mismas.
- c) Establecer la incidencia de la amenaza de parto prematuro de las gestantes en estudio.
- d) Elaborar un folleto informativo acerca de la condición clínica de la paciente con amenaza de parto prematuro.

## **1.6. Viabilidad y factibilidad.**

La presente investigación es viable, ya que el problema se encuentra ubicado en un marco que engloba la realidad de esta provincia, se añade la bibliografía la cual es actualizada, es factible ya que existe un buen acercamiento y apoyo de las autoridades, quienes están de acuerdo y

prestarán las facilidades necesarias para realizar este proyecto en el Hospital Marco Vinicio Iza en el servicio de Ginecología y Obstetricia.


## **CAPÍTULO II.**

### **2. MARCO TEORICO.**

#### **2.1. Marco Institucional.**

**Antecedentes: Hospital Provincial Marco Vinicio Iza.**

#### **Identificación de la Institución.**



El Hospital General Provincial Marco Vinicio Iza, se encuentra ubicado en nuestro Oriente Ecuatoriano, en la provincia de Sucumbíos, cantón Lago Agrio, parroquia Nueva Loja, zona fronteriza que limita con Colombia, y que conforme a lo establecido en el Sistema Regionalizado de los Servicios de Salud del MSP, se encuentra catalogado como unidad operativa de referencia Provincial, que atiende a una población de 91.744 habitantes según datos publicados por el INEC obtenidos del último censo el cantón Lago Agrio, a la que se suma la atención a usuarios o pacientes colombianos, por estar dentro del cordón fronterizo.

Esta Casa de Salud, es una unidad operativa que presta servicios de salud de primer y segundo nivel en las cuatro especialidades básicas como: traumatología, ginecología, pediatría, anestesiología y cirugía general. Fortaleciendo en la atención y la presencia de médicos tratantes, devénganles de post grado.

### **2.1.1. Características.**

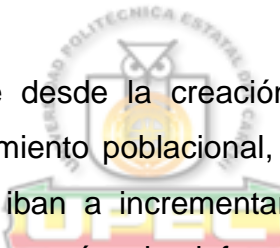
#### **Características de la institución.**

##### **Reseña Histórica.**

El Ministerio de Salud Pública, dispone la construcción y equipamiento del Centro de Salud Hospital Lago Agrio, mediante Registro Oficial No. 117 del 17 de junio de 1976 y fue creado el 12 de Febrero de 1986 con el Gobierno del Ingeniero León Febres Cordero, inició su funcionamiento con 15 camas y con déficit de recursos humanos, por cuanto no se proyectó con el incremento de la población a futuro; es así, que inicia su atención de primer nivel, disponiendo entonces a más del personal administrativo y técnico, con tres partidas presupuestarias para médicos tratantes (Consulta Externa) y cuatro partidas para médicos residentes, (Emergencia y Hospitalización), tres enfermeras profesionales y catorce auxiliares de enfermería, presumiblemente en aquel tiempo las necesidades institucionales no requerían más personal. Actualmente, el Hospital cuenta con una plantilla de personal de veintinueve partidas presupuestarias individuales bajo la LOSEP y treinta y dos partidas del Contrato Colectivo; es decir, el área operativa conformada con cinco partidas de médicos tratantes, cuatro de médicos residentes, uno de Odontología, tres de enfermeras profesionales, cuatro Asistentes Administrativos B (Auxiliares de Enfermería), bajo el régimen de la LOSEP y del Contrato Colectivo catorce Auxiliares de Enfermería y un Auxiliar de Odontología, el resto están distribuidas en el área técnica y administrativa.

El Ministerio de Salud Pública, mediante Acuerdo Ministerial No 00584, de fecha 11 de Mayo del 2001, cambia su denominación de Centro de Salud Hospital a Hospital Marco Vinicio Iza, luego con Acuerdo Ministerial No. 00782, de 14 de diciembre del 2001, se lo eleva a la

categoría de Hospital Provincial, brindando atención en las cuatro especialidades básicas Medicina Interna, Ginecología, Cirugía, Pediatría, Neonatología, Traumatología, Psicología, contando con una capacidad hospitalaria de cuarenta camas, con un porcentaje ocupacional de 82,7 % y cuidado intermedio en el área de neonatología con cuatro incubadoras y cinco cunas de alojamiento conjunto para pacientes patológicos. Con fecha 04 de julio del 2006, mediante Acuerdo Ministerial No. 305, se incrementa la capacidad hospitalaria a setenta y tres camas.



Cabe señalar, que desde la creación del hospital no se estimó el fenómeno de crecimiento poblacional, que con ello las necesidades de atención de salud iban a incrementar y que para responder a estas necesidades se requería de infraestructura, recursos económicos, equipamiento, y algo muy importante el talento humano, acorde con la evolución de las ciencias de la salud y la prestación de servicios que sin lugar a duda debe ser brindada con eficiencia y calidad, garantizando la capacidad operativa en beneficio de la comunidad.

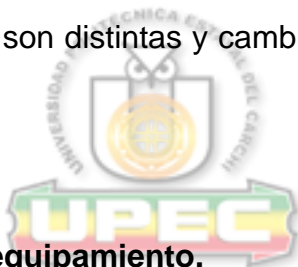
En la actualidad con la presencia de catorce Internos Rotativos de Enfermería, desde el mes de octubre del presente año, los cuales se encuentran distribuidos en los diferentes servicios que dispone el Hospital Marco Vinicio Iza, cabe señalar que la incorporación de los internos ha favorecido a la prestación de servicios, funcionamiento y desarrollo de la Institución.

### **2.1.2. Funcionamiento.**

La Gestión Financiera, se encarga de receptor y ejecutar el Presupuesto Institucional entregado por el Estado Ecuatoriano, por medio del Plan

Operativo Anual que se lo realiza en conjunto con el equipo técnico de presupuesto a nivel central en el Ministerio de Salud Pública, se elabora las proformas presupuestarias en los tiempos determinados y establecidos por la ley.

Es importante indicar, que las proformas establecidas en conjunto con el equipo técnico del Ministerio de Salud, no son aceptadas por el Ministerio de Economía y Finanzas, ya que las directrices de estas dos carteras de estado son distintas y cambian en función de la inflación y la plusvalía.



### **Infraestructura y equipamiento.**

El Hospital mantiene aún la infraestructura con la que se inició desde hace 20 años, pero debido a que este Hospital está considerado como referencia provincial y sobretodo el incremento de su población, sus necesidades también han ido en aumento, por lo tanto las autoridades en turno se han visto obligados a incrementar o ampliar también su infraestructura, con construcciones realizadas por el proyecto MODERSA en aquel tiempo, mismas que probablemente no reúnen las condiciones específicas que garanticen absoluta confiabilidad, en tanto que actualmente se requiere la construcción de los siguientes ambientes:

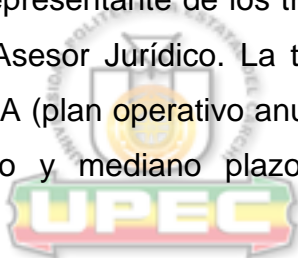
- Construcción de un espacio físico para cuarto de máquinas.
- Construcción de un espacio físico para Bodega del Hospital.
- Construcción del área de Laboratorio Clínico.

En lo que a equipamiento se refiere, se ha realizado adquisiciones de acuerdo a las necesidades institucionales, a la capacidad operativa científico técnico de los procesos de salud que se entregan a los clientes

que acuden en busca de nuestros servicios, en general los equipos en su mayoría se encuentran funcionando y en buen estado.

### **Funcionamiento de la Dirección.**

La institución, cuenta con el Comité de Modernización precedido por el Director, el Subdirector Médico, la Coordinadora de la Gestión de Enfermería, el Líder de Gestión Financiera, un representante de los empleados, y un representante de los trabajadores (sindicato), contando con el apoyo del Asesor Jurídico. La tarea principal del Comité, es la formulación del POA (plan operativo anual), realizar control de procesos, Planificar a corto y mediano plazo la Gestión e intervención institucional.



En la actualidad y respondiendo a la nueva tendencia de mejorar los servicios de los procesos en salud, se ha implementado la participación institucional de planificación, ejecución, evaluación y control, lo que permite en gran medida potencializar la gestión institucional.

### **Control de procesos.**

Se lo realiza en base a la trilogía cliente – costo – beneficio, tomando en cuenta que los clientes hospitalarios son la base del desarrollo de las unidades operativas, se mide la capacidad técnica operativa, la celeridad en el servicio está en dependencia de la capacidad de reacción y de la organización del mismo. Dicho tiempo varía en dependencia del evento de que se trate y del servicio involucrado. Una demora o la pérdida de la integridad o previsibilidad, puede provocar un aumento de los costos por

área de responsabilidad o por patología, por agravamiento del paciente, si no se actúa a tiempo y acertadamente, la calidad no existe.

### 2.1.3. Talento Humano.

<b>CEDULA DE CIUDADANIA</b>	<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>GRUPO OCUPACIONAL</b>
1705990271	PAVON CALDERON LEONARDO ENRIQUE	DIRECTOR
1707255921	ZUMARRAGA GALARZA RAMIRO FERNANDO	SUBDIRECTOR
1801473016	JATIVA GAVILANES MARIA ELEVACION	TRABAJADORA SOCIAL
0801512302	PLAZA PONCE ALEXANDRA DEL PILAR	TRABAJADORA SOCIAL
0103017885	MONTES ABARCA TERESA BEATRIZ	MEDICO CIRUJANO
907507370	PANTA MOREIRA KLEBER IGNACIO	MEDICO CIRUJANO
0702722802	BLACIO VILLA CARLOS OMAR	MEDICO CIRUJANO
0401102751	SANCHEZ MEDINA CRISTHIAN MAURICIO	MEDICO ANESTESIOLOGO
909444036	HUAYAMAVE SALAS JORGE REINALDO	ANESTESIOLOGO
1709047763	SALINAS TANDAZO ROSA ENID	AUXILIAR DE SERVICIO DE SALUD
2100793088	CUESTA CHIRIBOGA LILIANA ALEJANDRA	AUXILIAR DE SERVICIO DE SALUD
2100582366	GALARZA CUESTAS BARBARA JESSENIA	AUXILIAR DE SERVICIO DE SALUD

1703961308	ALMEIDA ARROBA HERNAN AMILCAR	MEDICO TRATANTE
0917346447	VILLA SOXO SERGIO MARLON	MEDICO TRATANTE
1713629069	BERMEO CASTRO RICHARD PATRICIO	MEDICO TRATANTE
1704324902	VIERA NORONA JOSE VIDAL	MEDICO TRATANTE
910514975	REINOSO MOLINA EDGAR ANIVAL	MEDICO TRATANTE
098514235	ZAPATA CEVALLOS RAFAEL LEONIDAS	MEDICO TRATANTE
1304763368	SANCHEZ CARPIO WINER EDIZON	MEDICO TRATANTE
0502761133	CONDOR SALAZAR NATALY PAULINA	DERMATOLOGA
0801952144	PALACIOS SALAZAR JAIME ARMANDO	PSIQUIATRA
1309840385	BERMUDEZ SOLORZANO CARLOS ALBERTO	TRAUMATOLOGO
1714395009	HERRERA QUIMBAYO ANDREA ISABEL	MEDICO INTERNISTA
1712480266	VILLACRES GUERRERO SILVIA PATRICIA	PSICOLOGA
1308114188	QUIROZ SUAREZ NORMA PATRICIA	FISIOTERAPEUTA
1708354442	ORTIZ GUERRA GRACE MONSERRATE	TERAPISTA DE LENGUAJE
1720016359	ALBARRACIN ARMAS SUSANA ELIZABETH	TERAPISTA DE LENGUAJE



0502498215	CRUZ MONTESINOS EDUARDO SANTIAGO	EMERGENCIOLOGO
1310933658	CANTOS VERA NELLY MONSERRATE	MEDICO RESIDENTE
1308442852	CABALLERO VERGARA EDUARDO XAVIER	MEDICO RESIDENTE
1309783072	BATALLAS TERRANOVA JOSE GABRIEL	MEDICO RESIDENTE
1309549788	CALDERON DELGADO TYRONE BERNARDINO	MEDICO RESIDENTE
1103127781	POMA VELEZ WILMER OLMEDO	MEDICO TRATANTE
1704362787	ARROYO RAMIREZ MARIO ROBERTO	MEDICO TRATANTE
0916279359	VINUEZA BADILLO VINKO HUGO	MEDICO RESIDENTE
1310854995	OSEJOS GONZALEZ JOSE GABRIEL	MEDICO RESIDENTE
1724036023	LATA GUACHO WILLIAMS ROBERTO	MEDICO RESIDENTE
1311676827	PAZMINO ZAMBRANO YINA CECIBEL	MEDICO RURAL
1309655148	VERA ZAMBRANO YOMAYRA LILIBETH	MEDICO RURAL
1305091751	BELLO VINUEZA ANDRES IGNACIO	MEDICO RURAL
0603127861	CIFUENTES OCHOA GABRIEL ALBERTO	MEDICO RURAL
0917587164	COTTO DOMENECH JOSE DAVID	MEDICO RURAL

0911302008	PUENTE TENEZACA MANUEL ALFONSO	MEDICO RURAL
1104205339	RAMON JIMENES ELADIO FABRICIO	MEDICO RURAL
1312220120	VERA SALTOS ANGEL RICARDO	MEDICO RURAL
2100019955	VILLACIS MESTANZA KERLY YESENIA	OBSTETRIZ
1500364367	BUENO NAVARRETE AMPARITO EUGENIA	OBSTETRIZ
0502485014	PILA CANDO KLEBER MARCELO	GINECOLOGO
1710595297	TOAPANTA MAILA JORGE WELLINGTON	GINECOLOGO
1305100099	SALAZAR BERMEO ADOLFO FERNANDO	GINECOLOGO
701165284	RODRIGEZ BLANCA FANNY	OBSTETRIZ
1801071802	LLERENA TORRES FRANKILN OVIDIO	MEDICO TRATANTE
1801071802	PALMA MOREIRA ANGEL ALFREDO	MEDICO RESIDENTE
0920341591	BETANCOURT CUADRADO DANIEL JOSE	MEDICO RESIDENTE
1310306095	GUADAMUD GOMEZ WINER JEANCARLOS	MEDICO RESIDENTE
1310483779	VERA RIVAS PEDRO PABLO	MEDICO RESIDENTE
1305401315	VERA BARCIA VICENTE STALIN	MEDICO REIDENTE
0917454407	SANTANDER CAICEDO MONICA EDILMA	PEDIATRA

1707990352	SANCHEZ QUISHPE DINE JUAN	PEDIATRA
1706985999	MANTILLA YOLANDA PATRICIA	ENFERMERA
1711770444	DIAZ VILLARRUEL EDDITH ELIZABETH	ENFERMERA
1001908910	MENDEZ CHALA JULY FLOR	ENFERMERA
2100015540	ORTIZ VASQUEZ SONIA MARIBEL	ENFERMERA
0401146972	JIMENEZ NAVARRETE NUVIA LORENA	ENFERMERA
0201555463	PATIN GUAQUIPANA MANUEL ANGEL	ENFERMERO
0401234083	NAVARRETE PRADO BETYY EUGENIA	ENFERMERA
1002392593	CUASQUE GUERRA EDGAR GUSTAVO	ENFERMERO
1002819405	CUASAPAS LUNA NORMA SALOME	ENFERMERA
10022715323	SANCHEZ PADILLA BERTHA MARLENE	ENFERMERA
1002824157	LARA FIERRO DALVA DIANA	ENFERMERA
1103443360	GRANDA VERA MARCIA MARIVEL	ENFERMERA
1707918064	MOROCHO HEREDIA ELENA MARGOT	ENFERMERA
1002759171	ANTAMBA VALENCIA MARIELA ALEXANDRA	ENFERMERA
1003191101	VERA DELGADO SANDRA LORENA	ENFERMERA

1002344149	OBANDO ROMERO MARIA ELENA	ENFERMERA
1802911857	PEREZ LEON NATHALIA PAULINA	ENFERMERA
0502486202	MORENO RODRIGUEZ CECILIA ELIZABETH	ENFERMERA
0401442843	PORTILLA PORTILLA VERONICA FERNANDA	ENFERMERA
1003442827	AGUIRRE IMBAQUINGO DORIS ELENA	ENFERMERA
1312022997	MEDINA ORTIZ LUCIA FERNANDA	ENFERMERA
1720677192	IMBAQUINGO ASIMBAYA SILVIA VERONICA	ENFERMERA
0802438432	MORA CASTRO ISABEL VERONICA	ENFERMERA RURAL
040 1353487	CHAVEZ MORENO BLANCA ROCIO	ENFERMERA RURAL
1719774372	SANTILLANA CAHUATIJO ADRIANA JEANETH	ENFERMERA RURAL
0401577101	GUERRON CORAL JAVIER RENE	ENFERMERO RURAL
0401636709	ROJAS RODRIGUEZ DIANA CATERINE	IRE
0401426259	REVELO MENESES JESSICA LILIANA	IRE
0401222500	ENRIQUEZ CAICEDO CESAR EFREN	IRE
0401591664	VERA GUERRERO ROBERTO CARLOS	IRE

0401369319	GUACALES FUEL ROMEL IGNACIO	IRE	
1085901116	YELA BURBANO SANDRA LUCIA	IRE	
0401304308	CHILQUINGA RUIZ SONIA GUADALUPE	IRE	
0401476213	PADILLA YEPEZ GABRIELA NATHALY	IRE	
0401545564	BOLANOS POLITH LAURA ESTE	IRE	
0401648480	ITIAGO TULCAN DIANA ISABEL	IRE	
0401626924	LIMA POZO MIRIAN NATHALY	IRE	
0401350772	ROMO TORRES ALICIA DANIELA	IRE	
0401643952	LOPEZ HERNANDEZ PAOLA.	IRE	
0401796610	ROSERO SOTO JIMMY ADRIAN	IRE	
0700622822	SANDOVAL RAMOS AGUEDA TERESA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	
1802806354	AGUAYO RIOS LOURDES LUPE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	
1711982679	TORRES BRAVO LUCIA BEATRIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	
1708616139	ESCOBAR MAGDA ALEXANDRA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	
1704095320	MESTANZA PACHECO DESA DAISY	AUXILIAR DE ENFERMERIA	
1702988328	AMAY COSTA MARIA	AUXILIAR DE	

	HORTENCIA	ENFERMERIA
1708086622	MENDOZA GERMANIA CONCEPCION	AUXILIAR DE ENFERMERIA
1500186927	ANDI ANDI FELICIA BOLIVIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA
1102435912	BECERRA PATINO AUDA GERMANIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA
1500280928	TORRES MANITIO ELVIA MORJIANA	AUXILIAR DE ENFERMERIA
1706631536	CASTILLO CUEVA MARIA MELVA	AUXILIAR DE ENFERMERIA
0501430524	GUAITA CHANCUSING MARIA ROSARIO	AUXILIAR DE ENFERMERIA
1702913896	POZO JACOME BLANCA PIEDAD	AUXILIAR DE ENFERMERIA
1703777613	TAPIA VILCAPI BELGICA OLIVIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA
1500301955	CERDA ANDI MARIBEL ANGELITA	AUXILIAR DE ENFERMERIA
1600090029	LOPEZ CALAPUCHA LOIDA R	AUXILIAR DE ENFERMERIA

**Elaborado por:** Enríquez Cesar, Guacales Romel, Yela Sandra.

**Fuente:** Talento Humano del Hospital Marco Vinicio Iza.

#### **2.1.4. Servicios que Ofrece.**

##### **Distribución de áreas de atención.**

##### **Atención de primer nivel primaria de Salud.**

Se brinda atención al usuario ambulatorio, para el efecto se dispone de ocho consultorios de atención especializada y general, la sala de Terapia Directa Observada, para atención de pacientes con tuberculosis,

quienes acuden diariamente a recibir medicación, actualmente se ha incrementado el programa de VIH SIDA y una sala de preparación de pacientes, curaciones e inyecciones. Se atiende de lunes a viernes en horario de ocho horas en dos jornadas; en esta área, se realiza la recepción (retiro de historia clínica de estadística) preparación (toma de signos vitales y medidas antropométricas) y la distribución de pacientes a los consultorios médicos según especialidad. Atención de cuidado directo, curaciones, inyecciones, retiro de puntos, administración de medicación y pos consulta. Se atiende un aproximado de 150 usuarios por día.



### **Atención de segundo nivel.**

Para prestar atención en internación, se la ha dividido por servicios así:

#### **Servicio de Emergencia.**

Se atiende la afluencia espontánea de pacientes durante las 24 horas del día, los 365 días del año, con **6** camillas para atención general y de especialidad, se dispone de una sala para atención y cuidado de pacientes en observación con **6** camas, se brinda cuidados y una sala de labor con 2 camillas, donde se encuentran las pacientes en labor de parto.

#### **Servicio de Gineco-obstetricia y Cirugía.**

Este servicio se encuentra distribuido de la siguiente forma: 17 camas ginecológicas, 5 camas de cirugía donde se atienden pacientes de cirugía general y de traumatología.

#### **Servicio de Pediatría y Clínica.**

**Pediatría.**- Contamos con 10camas y una extensión de 3 camas para aislamiento de pacientes pediátricos.

**Clínica.-** Este servicio cuenta con 9 camas para atención de pacientes que requieren tratamiento de medicina interna, e inclusive también se ha asignado el cuidado de los pacientes de Salud Mental, donde se brinda atención a pacientes con trastornos de la conducta específicamente.

Si bien es cierto el Hospital no debería atender pacientes neonatos, pero no es menos cierto que por ser una institución de referencia y por dar una oportunidad de vida a los pacientes recién nacidos, mantenemos el Área de Neonatología, la cual está siendo equipado para brindar una mejor atención a los neonatos que son ingresados, prestando cuidados intermedios, con 4 incubadoras, 4 termo cunas, se realiza también cuidado de pacientes de alojamiento conjunto con patología, llegando a recibir hasta 8 y 10 pacientes, en esta área que técnicamente a este nivel no nos corresponde atender, pero por ser una unidad de referencia provincial se lo ha venido haciendo y todos los casos que no se pueden resolver en niveles primarios ni en centros privados acuden a esta Casa de Salud.

En estas dos últimas áreas, los cuidados que se proporcionan son de segundo y tercer nivel de complejidad, pese a no disponer de una infraestructura adecuada ni de los equipos necesarios a nuestra realidad, es importante indicar que este centro de internación es el que más consume y existe un sub – registro, por lo que no podemos citar indicadores.

### **Servicio de Centro Quirúrgico.**

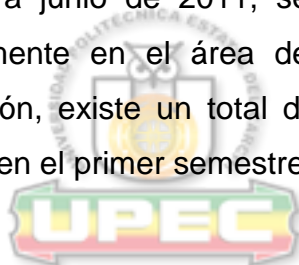
En esta área funcionan 2 quirófanos, una sala de partos con 2 mesas ginecológicas, 4 camillas para recuperación de pacientes en el post quirúrgico inmediato y una camilla alterna. Es importante destacar que el personal en esta área, a más de cumplir con sus actividades propias



debe cumplir con funciones de auxiliares de servicios varios, ya que aquí no existe un personal que se encargue de la limpieza de equipos, instrumental, pisos y paredes.

### **2.1.5. Demanda Poblacional**

El Hospital Provincial Marco Vinicio Iza, siendo una Institución de segundo nivel atiende a un promedio de 46503 pacientes al año, y en el periodo de enero a junio de 2011, se atendieron un total de 26097 usuarios, puntualmente en el área de ginecología donde se realiza nuestra investigación, existe un total de 1643 usuarios con patologías gineco obstétricas en el primer semestre que lleva del año 2011.



### **Políticas Institucionales.**

#### **Marco Filosófico Institucional.**

#### **Misión.**

“El Hospital Marco Vinicio Iza” es una unidad de referencia provincial que brinda atención de salud curativa y preventiva en las cuatro especialidades básicas con eficiencia y eficacia a toda la población de su influencia, respondiendo a las necesidades del usuario interno y externo”.

#### **Visión.**

Esta Unidad Hospitalaria de referencia provincial, tiene como visión brindar atención de salud gratuita a la población de su área de influencia, integrando fuentes de financiamiento del presupuesto general del Estado y otros organismos de cooperación internacional, con integración de

equipos multidisciplinarios de trabajo, que atienden en las cuatro especialidades básicas en los centros de internación, de emergencia, y de atención primaria, a fin de satisfacer las necesidades del usuario interno y externo con capacitación, motivación del recurso humano, en miras de lograr un alto sentido de pertenencia.

### Valores Corporativos.

- **Atención al cliente:** La razón de ser de nuestra institución son los pacientes o clientes, por ello catalogamos a cada uno de ellos como una unidad bio-psico-social, en lo posible tratamos de brindar atención de calidad y calidez.
- **Respeto mutuo:** En el desarrollo de nuestro diario quehacer, nos esforzamos por fomentar las buenas relaciones interpersonales y el respeto del rol que cada miembro de equipo de salud cumple.
- **Atención directa:** Para los clientes internos y externos brindando atención de acuerdo a la patología al paciente y familiares, de modo que logremos obtener colaboración que sirva para mejorar las condiciones de salud.
- **Compromiso:** Con la institución para encaminar el cumplimiento de la visión y misión y objetivos corporativos.

## 2.2. Marco Conceptual.

### 2.2.1. Epidemiología.

En diversas partes del mundo, los partos pre término continúan representando entre el 5 y el 12% de todos los nacimientos

Su frecuencia varía de 5 a 11% en las regiones desarrolladas y hasta 40% en algunas regiones muy pobres. Como referente, en los Estados Unidos se presenta un 9% de nacimientos antes de las 37 semanas y un 5% antes de las 36 semanas de gestación. En Latinoamérica, un estudio de 333 974 nacimientos en 69 maternidades en 11 países determinó un promedio de 9%.

Sin embargo, en algunos grupos de la población se han reportado cifras aún mayores, como en el de adolescentes, en el que la frecuencia alcanza 21,3%.

Según GONZALEZ, (1992) “Todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros” (p, 295). La mayor parte de esos nacimientos ocurren en países en desarrollo y constituyen la proporción más extensa de la morbilidad y la mortalidad perinatales que se registran anualmente en todo el mundo, constituyéndose de esta manera en un problema de salud pública de suma importancia, especialmente en Latinoamérica.

Los partos prematuros representan cerca de 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo “en América Latina y el Caribe cada año nacen cerca de 12 millones de niños: 400 000 mueren antes de cumplir cinco años, 270 000 en el

primer año de vida, 180 000 durante el primer mes de vida y 135 000 por prematuridad". (ESPINOZA, 2008, p, 15-21).

La situación es aún más grave en infantes con prematuridad extrema (menos de 32 semanas de embarazo), entre quienes una quinta parte no supervive el primer año y hasta 60% de los supervivientes tiene discapacidades neurológicas (problemas de lenguaje y aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral).

Por lo anterior, además de la pérdida de vidas, el nacimiento prematuro representa costos económicos y emocionales considerables para las familias y las comunidades.

A pesar del progreso de las tecnologías para su detección y de los tratamientos establecidos, su frecuencia aumenta sobre todo por infecciones durante el embarazo que pueden identificarse y tratarse oportunamente en los cuidados prenatales.

Según IMPAC. (2000) manifiesta que:

La tasa de prematurez en Latinoamérica es de 11 %, mientras que en Europa varía entre 5 a 7 %. A pesar de los avances en la atención obstétrica, estas cifras no han disminuido en los últimos 40 años. La prematurez sigue siendo la principal causa de morbimortalidad neonatal en los países subdesarrollados, y es responsable del 60 a 80 % de las muertes neonatales de los recién nacidos sin malformaciones, llegando a

ocupar una de las primeras cinco causas de mortalidad en la población general, y el mayor problema clínico asociado con la prematurez.

En Quito – Ecuador “en el Hospital "Patronato Municipal San José de Quito" se observó, en un total de 7702 mujeres embarazadas un 3,1% con amenaza de parto prematuro y, en 6,4% (489) se presentó parto prematuro”. (CASTILLO, 2011, párr., 6).

De igual forma “en el Hospital Gineco - Obstétrico “Isidro Ayora” (HGOIA) de Quito, en el año 1998 se reportó un total de 11 551 nacimientos, de los cuales 11 221 nacieron vivos y 236, muertos; el 79,7% de estos fueron neonatos pre término, es decir 1 de cada 59,5 nacimientos”. (CASTILLO, 2011, párr., 6).

En base a este entorno la amenaza de parto prematuro ha sido por mucho tiempo un grave problema de salud, debido a la gran mortalidad neonatal.

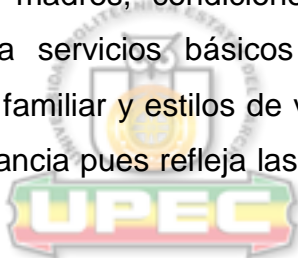


Ilustración 1 Prematurez

<http://www.google.com.ec/imgres?q=dolor+abdominal>

De todos los recién nacidos, del 7% al 10% son prematuros y representan el 75% de la morbilidad y mortalidad neonatal.

La tasa de mortalidad neonatal refleja la situación de salud de las madres referida a la atención de su salud durante el embarazo, parto y puerperio: estados nutricionales, riesgos a la salud, acceso a atención médica, presencia de toxemias en el embarazo, además de los niveles educativos de las madres, condiciones sociales y sanitarias de los hogares, acceso a servicios básicos y de saneamiento ambiental, pobreza, bienestar familiar y estilos de vida. Es un indicador multicausal de suprema importancia pues refleja las condiciones de desarrollo de los países.



### **2.2.2. Definición.**

Amenaza de Parto Pre término. Según GONZALES, (1992). “Son Contracciones uterinas (por lo menos 3 en 30 minutos), sin cambios cervicales mayores con dilatación menor a 3 cm antes de las 37 semanas (259 días desde la FUM)” (p, 295).

Trabajo Parto Pre término.- Contracciones uterinas (por lo menos 3 en 30 minutos), acompañadas de cambios cervicales: borramiento (50%) o dilatación (igual o mayor a 3 cm), antes de las 37 semanas (259 días desde la FUM).



**Ilustración 2 Síntomas**

<http://www.google.com.ec/search?hl=es&biw=1024&bih>

Partiendo de estas definiciones resaltamos que todo esfuerzo para prevenir el parto pre término representa la medida más importante para reducir la mortalidad perinatal, ya que el 75% de ella, es debida a la prematuridad. De ahí, que el gran desafío para aumentar el número de sobrevivientes sanos, es la prevención y el tratamiento del parto pre término.

La amenaza de parto pre término continúa siendo una de las complicaciones más frecuentes en la obstetricia, a pesar de los grandes avances de la medicina moderna, por lo que constituye un reto y punto de atención continua para el obstetra.

Los avances en los cuidados prenatales durante las últimas décadas, en especial en la detección del "embarazo de alto riesgo", han permitido disminuir la morbi mortalidad materna, sin embargo es poco lo que se ha logrado disminuir la frecuencia de prematuridad.

La identificación oportuna de factores de riesgo de parto prematuro es imprescindible para instaurar un tratamiento adecuado y así poder

entregar al pediatra productos de mayor madurez y peso, y a la madre un bebé sano, como es el objetivo final de la obstetricia.

### 2.2.3. Etiología del Parto Pre termino.

Sin causa aparente = 50%

Por interrupción electiva del embarazo por indicaciones maternas o fetales = 25%

Resto: enfermedades maternas, fetales, accidentes obstétricos.

- Factores maternos: - Generales: infecciones, enfermedades endocrinas y metabólicas, cardiopatías, hipertensión arterial (HTA), anemias, nefropatías.
- Factores locales: malformaciones uterinas, tumores.
- Accidentes maternos: traumatismos, cirugía, actividad sexual, estrés.
- Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas.
- Factores ovulares: - Fetales: embarazo múltiple, malformaciones, muerte fetal prematura.
- Factores de los anexos: rotura de membrana, desprendimiento placental..
- Factores ambientales: Edad materna < 20 ó > 35 años. Trabajo, asistencia prenatal, estado nutricional.





Ilustración 3 Etiología

<http://www.google.com.ec/imgres?q=mujer+embarazada>

#### 2.2.4. Etiología más Importante.

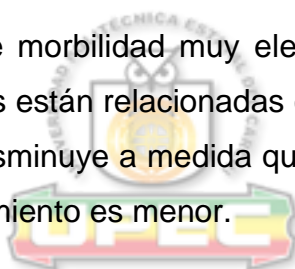
- Infección urinaria: dos o más cultivos de orina y más de 100.000 colonias de bacterias patógenas. El mecanismo que desencadena el parto pre término es una pielonefritis.
- Anomalías uterinas: 1-3% útero bicorne, útero tabicado, incompetencia cervical. Mecanismos que desencadenan el parto pre término.
- Anomalías placentarias: lo produce la placenta previa, en las placentas de parto pre término encontramos insuficiencia vascular, aceleración de la madurez bioquímica pulmonar.
- Rotura prematura de membranas: 30% de los casos.  
Produce una corioamnionitis y permite que los gérmenes lleguen al útero para replicarse e infectar membranas amnióticas, cordón umbilical y líquido amniótico.
- También se puede producir una corioamnionitis sub clínica con aumento de prostaglandinas y contracciones uterinas.
- Actividad sexual: incidencia más elevada de orgasmos después de la semana 30 de amenorrea en mujeres con parto pre término. El

aumento de la actividad sexual produce un aumento en el porcentaje de infecciones de líquido amniótico.

- Parto pre término de repetición: la existencia del acontecimiento anterior triplica el riesgo de tener otro antes de la semana 37. Si hay 2 antecedentes, multiplica por seis.

### **2.2.5. Importancia del Parto Pre termino.**

Tiene un índice de morbilidad muy elevado, en España el 50% de las muertes perinatales están relacionadas con el parto Pre termino, además la supervivencia disminuye a medida que la edad de gestación en la que se produce el nacimiento es menor.



Causas de muerte en estos RN:

- Inmadurez bioquímica de sus pulmones.
- Hemorragia interventricular, en sus formas graves es letal.
- Enfermedad de la membrana hialina.
- Hipoxia fetal: puede originar rotura de los vasos sanguíneos y congestión venosa.
- Anomalías congénitas.

### **2.2.6. Consulta Prenatal.**

Identificación de la población de riesgo.

Según IMPAC. (2000). "La exploración se debe realizar por: tacto vaginal, ecografía transvaginal (cuando se realiza entre las semanas 12 y 36 de amenorrea, aquí encontramos longitud inferior a 3 centímetros, dilatación cervical, adelgazamiento del 1/3 inferior uterino y prominencia

de membranas en el canal endo cervical, esto indica un aumento de riesgo de parto Pre término”.

Ilustración 4 Carnet Prenatal

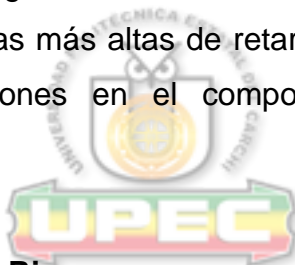
<http://www.google.com.ec/imgres?q=carnet+prenatal>

### 2.2.7. Repercusiones Neonatales de la Prematuridad

La Organización Mundial de la Salud define como pre término a aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos de 37. Según CALDERON (2001).” La tasa de prematurez en los EEUU es de 11 %, mientras que en Europa varía entre 5 a 7 %. La prematurez sigue siendo la principal causa de morbilidad neonatal en los países desarrollados, y es responsable del 60 a 80 % de las muertes neonatales de los recién nacidos sin malformaciones”.

El riesgo de estas patologías se relaciona directamente con la edad gestacional y el peso al nacer. Por ejemplo, la parálisis cerebral se presenta en aproximadamente el 2 por mil del total de nacimientos, siendo 40 veces más alta la probabilidad de presentarla en un parto de pre término.

Aproximadamente el 8 al 10 % de los recién nacidos vivos con peso menor a los 1000 gramos desarrollarán parálisis cerebral. Estos niños además tienen tasas más altas de retardo mental y discapacidad visual, así como alteraciones en el comportamiento neurológico y pobre desarrollo escolar.



### **2.2.8. Factores de Riesgo**

El parto pre término se ha asociado a múltiple factores, entre ellos socioeconómicos, complicaciones médicas y obstétricas durante la gestación, mala historia obstétrica, hábitos de consumo de tabaco y drogas.

La raza es un factor de riesgo significativo de parto pre término. Las mujeres de raza blanca tienen una tasa de prematuridad del 16 al 18 %, comparado con el 7 al 9 % en mujeres negras. La edad es también otro factor de riesgo, las mujeres menores de 17 y mayores de 35 años, tienen mayor riesgo de presentar parto pre término. El bajo nivel de escolaridad, así como varios factores conductuales aumentan el riesgo de padecer esta complicación. Tanto la ganancia de peso escasa como la excesiva, y el bajo índice de masa corporal (menos de 19.8 kg/m<sup>2</sup>)<sup>8</sup> aumentan el riesgo de parto pre término, también las costumbres y creencias propias de esta población en estudio.



Ilustración 5 Factores de Riesgo

<http://www.google.com.ec/imgres?q=madres+embarazadas>

### 2.2.9. Signos Premonitorios del Parto Pre termino

- Dolores tipo menstrual por encima del pubis.
- Dolor lumbar.
- Sensación de presión en la pelvis.
- Dolor abdominal con o sin diarrea.
- Aumento cantidad o cambio de características del flujo vaginal.
- Pérdida de líquido a través de la vagina.
- Hemorragia vaginal.
- Contracciones uterinas cada 10 o menos minutos.

### 2.2.10. Clasificación del Parto Pre termino

Según IRAGORRI, (2000). "Guía de Manejo de Trabajo de Parto Pre término" plantea la siguiente clasificación:

**"PREMATURIDAD EXTREMA**, al parto pre término que ocurre antes de las 28 semanas de gestación. Representa un 5% de los partos prematuros.

**PREMATURIDAD SEVERA**, al que se produce entre las 28-31 semanas. Representa el 15% de los partos pre término.

**PREMATURIDAD MODERADA**, al que se produce entre las 32- 33 semanas. Representa el 20% de los partos prematuros.

**PREMATURIDAD LEVE**, que representa la mayoría de partos pre términos (60-70%) y define al que se produce entre las 34-36 semanas de gestación.

**ELECTIVO**, Cuando se finaliza de forma prematura por indicaciones maternas o fetales.

**ESPONTANEO**, con membranas íntegras

**ESPONTÁNEO**, secundario a rotura prematura de membranas. Aproximadamente un 30-35% de los partos pre término son electivos, el 40-45% son espontáneos con membranas íntegras y el 25-30%, secundarios a una rotura prematura de membranas.

### 2.2.11. Causales de Amenaza de Parto Prematuro Fetal

Muerte intrauterina, malformación fetal grave e incompatible con la vida y trisomías 13 y 18, deterioro del grado de bienestar fetal, maduración pulmonar suficiente.

#### **OBSTÉTRICAS:**

- Absolutas: pre eclampsia, eclampsia, corioamnionitis, placenta previa con hemorragia, trabajo de parto avanzado.

- Relativas: rotura prematura de membranas, infección urinaria no tratada, vulvo vaginitis.

## **MATERNAS**

Afección médica que contraindique la prolongación del embarazo (hipertiroidismo, hipertensión arterial (HTA) crónica, enfermedad renal crónica,...). Contraindicación de cada fármaco.

### **2.2.12. Fisiopatología**

La fisiopatología subyacente del parto pre término es desconocida. Varias etiologías están involucradas en la patogénesis del parto prematuro, lo que explica porque es tan difícil de diagnosticar y de prevenir.

El paradigma implícito que ha gobernado la mayor parte del estudio del parto pre término es que los denominados parto a término y trabajo de parto pre término son fundamentalmente el mismo proceso, excepto por la edad gestacional en el que ocurren y que comparten, una vía común. “Los componentes uterinos de esta vía consisten en incremento en la contractilidad uterina, maduración cervical (dilatación e incorporación) y activación de la decidua y membranas cori amnióticas” (Sociedad de Médicos, 1985).

#### **2.2.12.1. La Vía Común del Parto.**

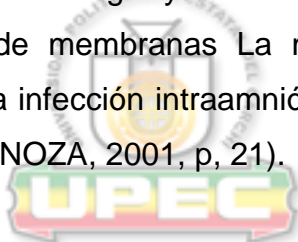
##### **Definición y Componentes.**

La vía común del parto en el ser humano es definida como los cambios anatómicos, fisiológicos, bioquímicos, endocrinológicos,

inmunológicos y clínicos que ocurren en la madre y/o feto, tanto en el parto a término como pre término.

### **2.2.13. Importancia de la Infección Intra Amniótica como Causa de Prematuridad y mal Resultado Neonatal**

De las causas conocidas, la más frecuente es la infección intraamniótica, responsable, “en un 10-12% de los casos, del parto prematuro espontáneo con bolsa íntegra y hasta en un 30-50% de los casos, de la rotura prematura de membranas. La mortalidad neonatal relacionada directamente con la infección intraamniótica es superior al 10% en estos prematuros”. (ESPINOZA, 2001, p, 21).



Según SEYMOUR (1972).

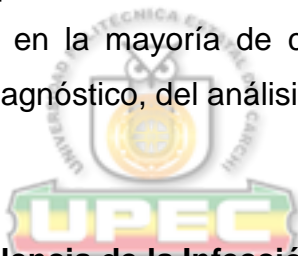
La infección intraamniótica es causa no sólo de parto pre término, sino también de rotura prematura de membranas, corioamnionitis clínica, corioamnionitis histológica, test de Apgar más bajo, mayor porcentaje de admisión a Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, distrés respiratorio neonatal, neumonía, sepsis, hemorragia interventricular, displasia broncopulmonar, bajo peso al nacimiento y morbilidad a largo plazo como la parálisis cerebral, diversas alteraciones cognitivas y la enfermedad crónica pulmonar. (p, 964).

“A nivel materno, la infección intraamniótica incrementa el riesgo de hemorragia posparto y de otras complicaciones quirúrgicas como la infección de herida quirúrgica, el absceso pélvico y la endometritis postparto”. (HOLMES, 2009, párr., 8)



Complicaciones más graves como el shock séptico y el síndrome de distrés respiratorio del adulto son infrecuentes en nuestro medio debido a la disponibilidad que en la actualidad se tiene de la antibioterapia de amplio espectro y del manejo intra hospitalario de este tipo de infecciones.

Uno de los principales desafíos en el manejo de la infección intraamniótica en pacientes con amenaza de parto prematuro es su predicción ya que, en la mayoría de casos, el curso es sub clínico y requiere, para su diagnóstico, del análisis de líquido amniótico.



#### **2.2.14. Prevalencia de la Infección Intra Amniótica**

La prevalencia de invasión microbiana dependerá de la presentación clínica y la edad gestacional. Así, en pacientes con amenaza de parto pre término y bolsa íntegra, el porcentaje de invasión microbiana del líquido amniótico es del 10-12%. En pacientes con rotura prematura de membranas.

Sin embargo, no existen diferencias en el porcentaje de corioamnionitis clínica, dilatación cervical y resultados neonatales entre las gestantes a término con cultivos positivos versus las gestantes con cultivos negativos.

Una posible explicación es que la invasión microbiana de la cavidad amniótica en estas gestantes a término se produce probablemente durante el momento del parto, incluso con las membranas íntegras. Explicaría además que la frecuencia de afectación fetal sea extremadamente baja así como la intensidad de la respuesta inflamatoria mediada por citoquinas.

Aunque la literatura sugiere que a menor edad gestacional, mayor el riesgo de inflamación e infección intraamniótica aún no se ha establecido un punto de corte de edad gestacional a partir del cual el riesgo de inflamación / infección intraamniótica sea bajo.

(SEYMOUR, 1979, p, 964).

### **2.2.15. Microbiología de la Infección Intra Uterina**

El microorganismo más frecuentemente implicado en la infección intraamniótica es el *Mycoplasma genital* y en particular el *Ureaplasma urealyticum*, presente en el tracto genital inferior en más del 80% de las mujeres embarazadas. Son gérmenes de baja virulencia que debutan con escasa clínica sistémica materna.

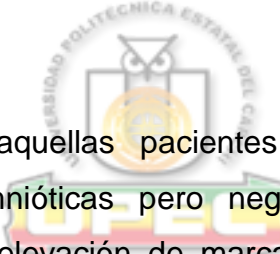
Otros microorganismos frecuentes se aíslan comúnmente en cuadros de vaginosis bacteriana como el *Peptostreptococci* y el *Bacteriodes* especies. También son gérmenes comunes, el *Streptococcusagalactiae*, la *Escherichiacoli*, el *Fusobacteriumspecies* y la *Gardnerellavaginalis*. (IMPAC. 2000).

#### **2.2.15.1. Importancia de la Inflamación Intra Amniótica**

En la actualidad, la inflamación intraamniótica, en pacientes con amenaza de parto prematuro, se considera el mayor predictor de infección intraamniótica. La inflamación intraamniótica se desencadena como respuesta a la presencia de microorganismos, que induce la producción de leucocitos y citoquinas inflamatorias en el líquido amniótico, estimulando la producción de prostaglandinas en

el amnios, corion, decidua y miometrio y permitiendo la contractibilidad uterina, la dilatación cervical y la exposición de las membranas a la entrada de microbios.

La inflamación intraamniótica puede estar presente en ausencia de un cultivo de líquido amniótico positivo. El porcentaje de colonización microbiana en el espacio corioamniótico es superior al observado. Si la infección se localiza en la decidua o en el espacio entre amnios y corion, los microorganismos pueden no ser detectados en la cavidad amniótica.



Generalmente aquellas pacientes con cultivos positivos en las membranas amnióticas pero negativos en el líquido amniótico, presentan una elevación de marcadores de inflamación como en líquido amniótico. Según ROMERO (1999) “La presencia de inflamación intraamniótica en ausencia de cultivos positivos puede ser un reflejo de infección intrauterina en el espacio extra amniótico. Aunque la literatura es aún incipiente, las consecuencias de la inflamación intraamniótica en relación a morbilidad materna y neonatal son similares a las del grupo con infección intraamniótica”.

La infección e inflamación intraamniótica son los dos únicos procesos patológicos en los que existe evidencia científica sobre su relación causal con la prematuridad. Hasta en un 50% de las mujeres que presentan un parto pre término se detectan signos histológicos de corioamnionitis aunque, en la mayoría, no aparece clínica previa de infección. La búsqueda e identificación de marcadores de inflamación intraamniótica, de lectura más rápida que los cultivos microbiológicos, pretende proporcionar una información diagnóstica en una etapa más precoz de la infección.

### 2.2.15.2. Diagnóstico De Infección Intra Amniótica

El diagnóstico clásico de infección intraamniótica es clínico. Es conocido como corioamnionitis clínica y se basa en.

- 1.- Fiebre  $\geq 37.8^{\circ}$  C y dos o más de los siguientes criterios menores:
- 2.- Taquicardia materna ( $\geq 100$ -120 latidos por minuto (lpm)),
- 3.- Taquicardia fetal ( $\geq 160$  lpm),
- 4.- Irritabilidad uterina,
- 5.- Líquido amniótico purulento y
- 6.- Leucocitosis materna ( $>15000$ -18000 células/mm<sup>3</sup>).

Sin embargo, “la corioamnionitis clínica ocurre únicamente en aproximadamente un 12.5% de pacientes con parto pre término y bolsa íntegra y refleja la manifestación sistémica materna a la invasión microbiana”. (SAVALETA, 2009, párr.17).



Ilustración 6 Diagnostico

<http://www.google.com.ec/imgres?q=ecografias&hl>

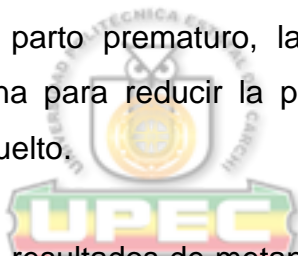
### 2.2.16. Edad Gestacional en la Amenaza de Parto Pre termino

La edad gestacional ha demostrado ser un factor independiente de infección intraamniótica. A menor edad gestacional, mayor el riesgo de inflamación e infección intra amnióticas elaboraron una tabla en la que se estimaba el riesgo de invasión microbiana de la cavidad amniótica en

pacientes con amenaza de parto pre término y bolsa íntegra en función de la edad gestacional y de la longitud cervical demostrando que, a menor longitud cervical y a menor edad gestacional, mayor el riesgo de infección intraamniótica.

### **2.2.17. Tratamiento y Prevención de la Infección Intra Amniótica.**

Aunque la infección intraamniótica es considerada la causa conocida más frecuente de parto prematuro, la eficacia del tratamiento de la infección intrauterina para reducir la prematuridad continúa siendo un interrogante no resuelto.



A raíz de los resultados de metanálisis de la década de los 90 y de estudio resulta evidente que la antibioterapia en la rotura prematura de membranas reduce el porcentaje de infección materna, retrasa el parto, reduce el porcentaje de infecciones neonatales, de distrés respiratorio, de secuelas neurológicas mayores así como la mortalidad antenatal y neonatal. (SEGOVIA, 2005, párr., 11).

### **2.2.18. Sobre distención Uterina.**

Las pacientes con anomalías de los ductos müllerianos, poli hidramnios y embarazo múltiple tienen riesgo aumentado para trabajo de parto pre término. La presión intraamniótica permanece relativamente constante durante la gestación, a pesar del crecimiento del feto y la placenta.

### **2.2.19. Reacción Holográfica Anormal.**

La unidad feto placentaria ha sido considerada „el injerto más adecuado de la naturaleza. Los inmunólogos han sugerido que las anomalías en el reconocimiento y adaptación a antígenos fetales puedan ser un mecanismo responsable de las pérdidas del embarazo recurrente, restricción del crecimiento intrauterino y pre eclampsia.

### **2.2.20. Reacciones Alérgicas.**

Otro mecanismo potencial para el trabajo de parto pre término es un fenómeno inmunológicamente mediado inducido por un mecanismo alérgico. El término “alergia” se refiere a desórdenes causados por la respuesta del sistema inmunológico a un antígeno inofensivo. Los componentes requeridos en una reacción alérgica son: 1) alérgeno; 2) producción de IgE por células B (Th-2); y, 3) el sistema efector formado por los mastocitos, los mediadores liberados por estas células y los órganos blanco, como el músculo liso bronquial en el asma o el músculo liso gastrointestinal en las alergias alimentarias.

### **2.2.21. Desordenes Hormonales.**

La progesterona es central al mantenimiento del embarazo. La progesterona promueve relajación miométrial, limita la formación de gap junctions, inhibe la maduración cervical y disminuye la producción de citoquinas, como la IL-8, que participa en la activación decidual y de las membranas. La progesterona es considerada importante para el mantenimiento del embarazo, porque la inhibición de la acción de progesterona podría causar el parto.

### **2.2.22. Embarazo y Estrés.**

La tensión materna es un factor de riesgo para parto pre término. La naturaleza de los estímulos estresantes incluye trabajos pesados y disturbios emocionales. El factor estresante podría ocurrir durante el embarazo o en el período pre concepcional.



Ilustración 7 Estrés en el Embarazo

<http://www.google.com.ec/imgres?q=mujer+embarazadas>.

### **2.2.23. Ruptura Prematura de Membranas.**

La ruptura prematura de las membranas ovulares (RPM) es la solución de continuidad de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto en embarazos menores de 37 semanas de gestación y mayores de 20 semanas 1 hora antes del inicio del trabajo de parto.

Según la literatura mundial su incidencia oscila en un 20% del total de causales de Parto Pre término. Correspondiendo un 2.7% en total de embarazos.

Esta complicación del embarazo tiene una prevalencia del 10% de los embarazos y 20% de los casos ocurre en gestaciones de pre término. “La RPM en embarazos es responsable de un tercio de los casos de partos prematuros y del 10% de las muertes perinatales; también se asocia a un aumento en la morbilidad materna infecciosa dada por corioamnionitis e infección puerperal”. (GONZÁLEZ, 2008).

### **2.2.23.1. Estructura de las Membranas Ovulares**

Las membranas se encuentran estructuradas por diversos tipos celulares y matriz extracelular, cumpliendo una diversidad de funciones entre las que destacan: síntesis y secreción de moléculas, recepción de señales hormonales materno y fetales, participando en el inicio del parto, homeostasis y metabolismo del líquido amniótico, protección frente a infecciones, permite el adecuado desarrollo pulmonar y de extremidades fetales, preservando su temperatura y de protección ante traumatismos abdominales maternos

### **2.2.23.2. Etiología de la Ruptura Prematura de Membranas**

La causa de la ruptura prematura de membranas es multifactorial al igual que la amenaza de parto prematuro: tabaquismo, déficit de vitamina C, sobre distensión uterina, hemorragia preparto. Pero sobre todo destacan:

- Parto pre término previo y/o antecedente de RPM.
- Lesiones mecánicas como la amniocentesis genética.
- Infección del tracto genital o intraamniótica.

### **2.2.23.3. Clasificación de la Ruptura Prematura de Membranas**

Según CABALLERO (2001) la localización la RPM se clasifica en:



- “Rotura alta (persiste bolsa amniótica por delante de la presentación)
- Rotura baja (no hay bolsa amniótica por delante de la presentación)
- En ambas ocasiones se actúa de la misma manera, no hay diferencias de cara al tratamiento porque no se ha demostrado menor riesgo de infección en la rotura alta” (p, 143-147).

#### 2.2.23.4. Diagnóstico de Amenaza de Parto Pre termino

##### ANAMNESIS.

En la evaluación exhaustiva de la paciente 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 pre término como es el caso de la lumbalgia y la pubalgia de las embarazadas en el tercer trimestre del embarazo.
- Presencia de descarga vaginal y sus características.
- Síntomas asociados al motivo de consulta principal.

Es de vital importancia interrogar por síntomas urinarios sugerentes de infección urinaria y otros como las infecciones genitales. Igualmente se hace necesario preguntar sobre las posibles

situaciones desencadenantes del evento, incluyendo las emocionales que pueden llevar a irritabilidad uterina momentánea y temporal.

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. Como causa de esta situación se documenta en algunos casos infecciones o patologías urinarias dolorosas como es el caso de las urolitiasis. “Además se debe averiguar sobre enfermedades concomitantes que contraindiquen el uso de determinados medicamentos, sobre todo a la hora de medicar a la paciente”. (GONZÁLEZ, 2008).



**Ilustración 8 Diagnostico**

<http://www.google.com.ec/imgres?q=mujer+embarazada>

### 2.2.24. Abordaje Del Trabajo De Parto Pre término.

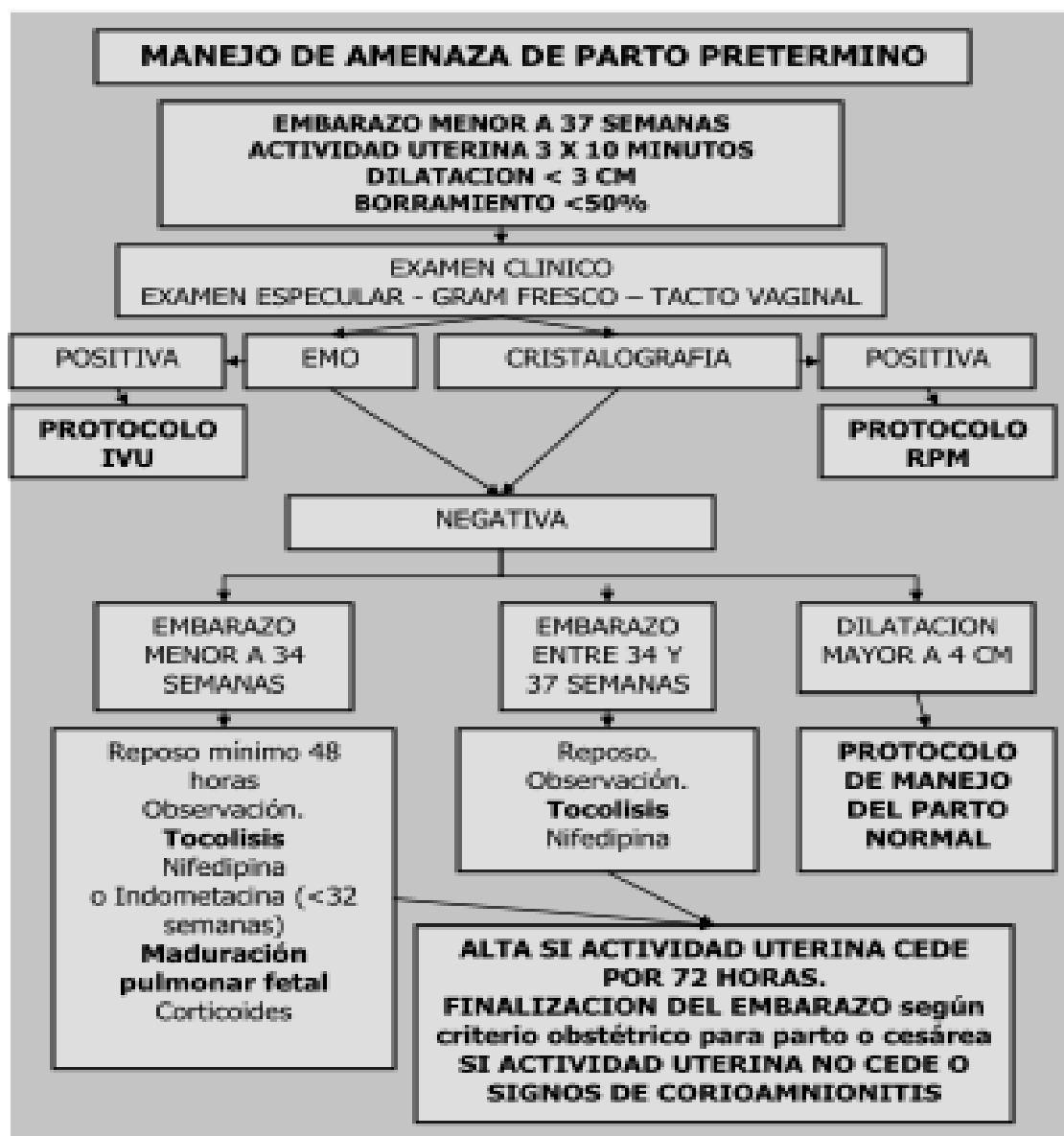
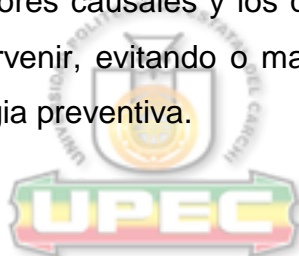


Ilustración 9 Manejo de amenaza de parto prematuro

### **2.2.25. Prevención Del Parto Pre término.**

El intento de minimizar los efectos de la patología, una vez que estos han aparecido clínicamente, dirigiéndose a prevenir el agravamiento de la misma y de sus complicaciones, lo que se ha denominado prevención terciaria, debe considerarse como tratamiento clínico.

La prevención primaria necesita conocer la etiología de la enfermedad, incluyendo los factores causales y los que predisponen a la misma y la posibilidad de intervenir, evitando o manipulando dichos factores como parte de la estrategia preventiva.



La prevención secundaria requiere, no sólo el conocimiento de los componentes sociales, económicos y culturales de la enfermedad, sino también disponibilidad de métodos de detección precoz (diagnóstico precoz) o al menos de detección o corrección de las alteraciones (intervención médica adecuada) para cambiar la evolución perinatal.

#### **2.2.25.1. Prevención Primaria.**

Comprende las medidas destinadas a evitar la aparición de la enfermedad. Requiere un conocimiento adecuado de su patogenia (que no se tiene) ya que se basa en disminuir o eliminar una serie de factores de riesgo relacionados con la enfermedad.

Habría que incluir aquí la prevención de todas aquellas enfermedades maternas o fetales que pueden inducir la terminación electiva de la gestación de forma prematura, que constituye un 25 % de la prematuridad.

“Se han desarrollado estrategias destinadas a modificar ciertos comportamientos y evitar factores como el tabaco, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, el estrés, mejorar la nutrición o evitar la gestación multifocal”. (MANZANARES, 2002, p, 29).

#### **2.2.25.2. Prevención Secundaria.**

Comprende las medidas destinadas a disminuir el impacto de la enfermedad una vez desarrollada mediante una detección y atención precoz, basándose por tanto en la selección de pacientes de riesgo para someterlas a un control más exhaustivo y/o a un tratamiento profiláctico.

#### **2.2.25.3. Prevención Terciaria.**

Comprende las medidas destinadas a reducir los efectos producidos por complicaciones secundarias de la enfermedad, mediante el tratamiento de una paciente una vez diagnosticada, sin influencia por tanto en la incidencia de la enfermedad, pero con el objetivo de disminuir sus consecuencias, es decir, la morbimortalidad a ella asociada.

### **2.2.26. Aspectos Culturales.**

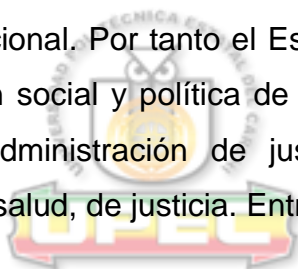
#### **2.2.26.1. Interculturalidad y Políticas Públicas.**

##### **Inclusión de la Diversidad.**

Los pueblos indígenas desde tres décadas atrás han formulado este proyecto político social, lo han sostenido con un proceso dinámico de

movilización social, esto implica un reconocimiento de la diversidad de entidades históricas y políticas, entidades históricas pre existentes a la creación del Estado Ecuatoriano, que también son fundentes de los nuevos Estados plurinacionales.

Es decir que, como entidades históricas son actores y sujetos de derechos propios, con sus propias culturas, conocimientos, saberes e instituciones sociales, económicas y políticas incorporados por el Estado Plurinacional. Por tanto el Estado no legisla sobre las formas de organización social y política de los pueblos indígenas, o de sus sistemas de administración de justicia, o de sus instituciones ancestrales de salud, de justicia. Entre otros.



El estado los reconoce y establece niveles de coordinación, competencias, funciones, con la estructura estatal y los sistemas judiciales, de educación de salud, en esa medida construye formas democráticas de interculturalidad.

El Estado Plurinacional en expresión jurídica y política de la diversidad, debe necesariamente rediseñar una nueva Institucionalidad pública asegurando la participación colectiva e individual de los pueblos indígenas en la toma de decisiones y representación política.

Por otra parte se debe garantizar el ejercicio pleno a su autonomía en sus ámbitos territoriales ancestrales. Es decir, los pueblos indígenas

deben fortalecer sus formas institucionales propias de organización social, política, económica y espiritual.

#### **2.2.26.2. Mejoramiento De La Calidad Y Del Acceso A Los Servicios Con Énfasis En La Salud Sexual Y Reproductiva Para El Ejercicio De Derechos Y La Reducción De La Mortalidad Materna E Infantil.**

América Latina es el continente con mayores desigualdades e inequidades sociales, políticas y económicas, si lo comparamos con el resto del mundo, y ello necesariamente se refleja en los indicadores de calidad de vida relacionados con la educación y la salud. Según el especialista argentino B. Kliksberg (2009:133) señala que las desigualdades de la región se expresan en los deteriorados ingresos salariales de los trabajadores, en el desempleo y el subempleo; en la precaria escolaridad de los conjuntos sociales populares; en el difícil y diferencial acceso a la tierra, la vivienda, la alimentación, el agua. Los servicios de salud, pero también falta de accesibilidad a los créditos financieros y al uso de la tecnología digital.

La pobreza en América Latina es el producto de la desigualdad y la creciente pobreza, la migración obligatoria a campos agrícolas productivos, a las grandes ciudades y a las naciones más desarrolladas como EE.UU, España, no son más que el reflejo de las equivocadas políticas adoptadas por los gobiernos neoliberales. En este sentido, en las últimas décadas existe un relevante proceso de valoración y reconocimiento de los derechos de los pueblos originarios, emanados de normas y declaraciones internacionales

como el Convenio 169 de OIT y de la declaración de las Naciones Unidas sobre Derechos Indígenas, que se puede condensar en el derecho por la no discriminación; el derecho a la integridad cultural; los derechos relacionados con la propiedad, el uso, control y acceso a las tierras, territorios y recursos; el derecho al desarrollo y bienestar social y los derechos de participación política.



Ilustración 10 Cultura

<http://www.google.com.ec/imgres?q=cultura+del+oriente+ecuatorian>

### **2.2.26.3. Participación de los Gobiernos Locales en la Reducción de las Muertes Maternas.**

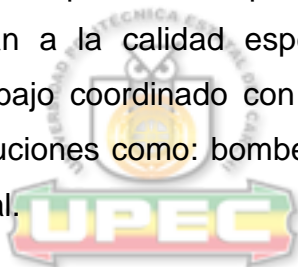
La muerte materna es un grave problema social que genera una pérdida de productividad económica y disminución de los ingresos familiares. Los niños están más expuestos al abandono, al maltrato, a la inestabilidad familiar, y a la necesidad de desertar de las escuelas e insertarse a la vida laboral de forma precoz.

Las causas de muerte materna además de ser médicas, son sociales, debido al desconocimiento en la identificación de los riesgos obstétricos por la comunidad, el temor y la desconfianza en los servicios de salud por la discriminación racial, o por el desencuentro cultural e idiomático, sigue siendo una barrera que no permite el acercamiento y uso de sus derechos; pero también obedece a



factores socioeconómicos y políticos, como la pobreza, la falta de educación escolar, la falta de autonomía de la mujer, la accesibilidad a los servicios por dificultades geográficas.

En este sentido la reducción de muerte materna será posible solamente, mejorando la calidad de servicios de salud, y adecuándolos culturalmente, pero además abordando este tema de forma integral, eso quiere decir que además de que los servicios de salud respondan a la calidad esperada por el usuario, se debe abordar, un trabajo coordinado con los diversos actores, y con las diferentes instituciones como: bomberos, policía, juntas parroquiales, y Gobierno local.

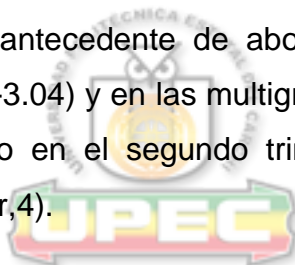


### **2.2.27. Aspectos Socio Económicos**

Las madres que pertenecen a los estratos socio-económicos menos favorecidos están en mayor riesgo de sufrir un parto prematuro, si a esta condición asociamos insuficiente control prenatal, intervalo intergenésico corto, edad materna inferior a 24 años, desnutrición materna, hipertensión arterial, infección de vías urinarias, ruptura prematura de membranas, la posibilidad de parto prematuro es mayor.

Además, en la incidencia de parto prematuro influyen factores socio-económicos, entre los que destaca la frecuencia significativamente mayor en embarazadas jóvenes (sobre todo menores de 17 años de edad), de bajo nivel socio-económico, soltero o sin apoyo social y fumadoras. En el estudio multicéntrico EUROPOP (European Program of Occupational Risks and Pregnancy Outcome), realizado en España entre

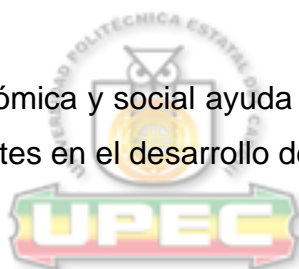
el 1 de octubre de 1995 y el 31 de septiembre de 1996, se demostró que las diferencias sociales representadas por el grado de escolaridad materna y los ingresos familiares son factores que influyen en el riesgo de parto prematuro, y también las edades extremas de la vida reproductiva y los antecedentes obstétricos adversos. En específico, el riesgo de parto prematuro de 32 semanas de embarazo o menos fue superior en las mujeres que interrumpieron sus estudios antes de los 15 años "(RM: 1.79; IC 95%, 1.07-2.98), en las de 35 años de edad o mayores (RM: 2.53; IC 95%, 1.42-4.52), en las primíparas o multigrávidas con antecedente de aborto en el primer trimestre (RM: 1.86; IC 95%, 1.13-3.04) y en las multigrávidas con antecedente de parto prematuro o aborto en el segundo trimestre (RM: 5.55; IC 95%)".(LAS MADRES,2011,párr,4).



Está demostrado que el nivel de pobreza influye en la presencia de un parto pre-término, lo cual se refleja en este estudio, al observarse que existe diferencia en los lugares donde habitan ambos grupos (socio-económicamente diferentes). El carecer de medios económicos impide que una persona pueda tener educación y control prenatal adecuados, que permitan detectar los riesgos antes de que estos puedan generar el daño correspondiente. Las personas que viven en lugares considerados socio-económicamente bajos presentan niños antes de las 37 semanas 2,5 veces más que aquellas que provienen de lugares considerados altos. De igual forma se pudo observar que las personas provenientes de las regiones consideradas geográficamente pobres son las que con mayor frecuencia presentan este tipo de problema; por ejemplo, las mujeres que nacieron en la selva tienen 3,3 veces el riesgo de tener un niño pre-término en comparación a aquellas nacidas en la Costa

Los indicadores socioeconómicos dibujan un entorno en el cual se desarrolla la sociedad la misma en la que se da una interrelación entre factores tanto económicos como sociales, de esta relación dependerá en gran medida el curso que tome una sociedad, estos factores infieren directamente con la vida de las personas, es innegable el hecho de que la economía es el determinante principal en las sociedades pues se espera que se refleje en la vida de sus pueblos, generando un mayor bienestar y equidad entre el pueblo.

La coyuntura económica y social ayuda a detectar los aspectos positivos y negativos existentes en el desarrollo de la sociedad.



La economía es la columna vertebral de la sociedad, una población sana y educada es una fuerza de trabajo productiva y creativa, la relación del ser humano y la economía consiste en ser un factor productivo, de otro lado la importancia del ser humano por sí mismo, se considera al ser humano como una herramienta de producción.



**Ilustración 11 Aspectos Socioeconómicos**

<http://www.google.com.ec/imgres?q=aspectos+socioeconomicos>

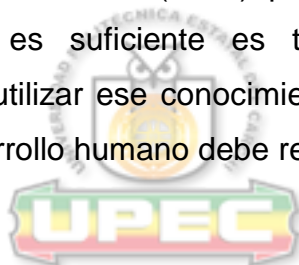
Por otro lado en el enfoque del desarrollo humano las políticas sociales se justifican independientemente de su rendimiento económico o de que aumenten o no la productividad, el mejoramiento de la calidad de vida es el objetivo primordial del desarrollo.

La consecución de crecimiento económico si bien puede ser una condición necesaria para superar la pobreza no es suficiente. El crecimiento económico puede ser inequitativo y por lo tanto beneficiar solo a determinados grupos, las desigualdades sociales constituyen un aspecto importante de las sociedades actuales y su erradicación un objetivo de las políticas públicas.

Es necesario contar con un crecimiento económico y desarrollo humano que se refuercen y retroalimenten recíprocamente, el crecimiento económico es importante para aumentar las oportunidades de empleo, mejorar los salarios y distribuir equitativamente los recursos, sin embargo este vínculo no es automático y necesita de políticas públicas que lo refuercen.

El desarrollo humano es un proceso en el que se amplían las opciones de la gente. En este proceso la consecución de un empleo adecuado que garantice a las personas y a sus hogares un ingreso es necesario para aumentar las opciones de la gente y por tanto su bienestar, esto también lo permite el incremento de salarios o de ingresos de la población ocupada, vemos por lo tanto que el bienestar está asociado al crecimiento económico.

Dentro de esta especie de juego dialectico en que se desenvuelve la sociedad vemos el desarrollo del ser humano en medio de sus relaciones económicas y sociales. “La importancia del crecimiento económico sostenido se sustenta en la capacidad humana, la población educada utiliza más eficientemente el capital, es capaz de innovar los procesos de producción y difunde sus conocimientos entre sus iguales aumentando así la productividad”, EUMED (2011). pero mejorar el nivel de educación de la gente no es suficiente es también necesario ampliar las oportunidades de utilizar ese conocimiento, por lo que la relación entre crecimiento y desarrollo humano debe reforzarse continuamente.



La consecución de un empleo y por ende de un ingreso permite a la población satisfacer sus necesidades básicas, mayores ingresos familiares implican la mejora de las dietas alimenticias y poder contar con mayores recursos destinados a la educación de los hijos.

A nivel del Estado y su papel en las sociedades podemos decir que el crecimiento económico al general mayores recursos permite ampliar el gasto social, esto nos lleva a visualizar el bienestar de la población como una compleja estructura en la cual están inmersos varios factores, uno de mayor importancia es la educación pues la mejora del nivel educativo de la población en general aumenta la productividad de la fuerza de trabajo, podemos constatar esto en un sencillo ejemplo tomando como referencia a las mujeres, pues si el nivel educativo de estas aumenta se disminuye la tasa de fecundidad e incrementara a las vez el nivel educativo de los hijos.

El crecimiento económico debe ir relacionado directamente con la mayor igualdad de oportunidades económicas como el acceso a empleos, información y tecnología, acceso a vivienda apropiada, agua potable, enseñanza básica y servicios de salud, acceso a infraestructuras físicas como buenas carreteras, redes de suministro de electricidad y comunicaciones adecuadas, oportunidades sociales y políticas como la libertad de movimiento, expresión, creencia cultural y religiosa en si la posibilidad de llevar una vida con autodeterminación y respeto propio en tanto miembro de una sociedad.

La determinante más importante de la desigualdad del ingreso en el Ecuador es la desigual distribución del capital humano en especial la educación lo que llevara a determinar grandes brechas entre trabajadores con altos y bajos niveles de educación.

Podemos visualizar como los factores económicos y sociales propios de cada sociedad constituyen un elemento vital en la forma de vida de la población, estos están relacionados directamente con la forma en que las personas pueden construir su vida. Los lazos familiares o comunitarios pueden ser afectados por las crisis que se puedan presentar, asociado a esto tenemos el incremento de la pobreza que lleva al aumento de la violencia doméstica y social. Además los recortes del gasto social pueden generar un deterioro significativo de la salud pública.

Las familias afectadas por la crisis enfrentan el constante empeoramiento de sus condiciones de vida por lo cual realizan un conjunto de ajustes y estrategias para adaptarse a la nueva situación, esto se refleja en varios ámbitos como la alimentación, la educación, la salud, el empleo.

## **POBREZA Y DESIGUALDAD EN EL ECUADOR.**

Podemos referirnos al concepto de pobreza de manera general como las privaciones de las personas u hogares en la satisfacción de sus necesidades básicas.

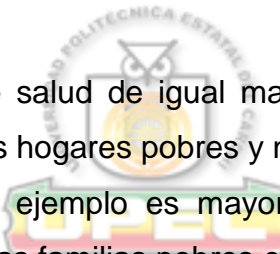
En el Ecuador la incidencia de la pobreza afecta en mayor medida al área rural, según el INEC más del 60% de la población vivía en hogares cuyo consumo era inferior al valor de la línea de pobreza ya nivel regional las diferencias también son marcadas, mientras la incidencia de la pobreza en la Costa llegó a 40,3% en la Sierra era de 33.7% y en la Amazonia de 59.7% vemos como este último sector ha sido y sigue siendo relegado del desarrollo económico del país.

Estudios realizados por el Ministerio de Inclusión Económica y social evidencian la diferencia entre hogares pobres y no pobres, en los primeros considerando las características educativas los jefes de hogar presentan en promedio de escolaridad 4.9 años, en los jefes de hogar de familias no pobres será 9.2 años, respecto al conyugue el promedio de escolaridad en las familias no pobres representara el promedio de 3.6 años y en los no pobres de 6.2 años.

SEGÚN INEC (2011).

Los datos evidencian que la educación es un factor importante en la caracterización de la pobreza, esto también se refleja cuando se examina el nivel educativo alcanzado por el jefe de hogar, en cuanto a la primaria completa en promedio solo el 53.42% de los

jefes de hogar de familias pobres tienen primaria completa mientras que del otro grupo el 81.20% contarán con primaria completa, en cuanto a la secundaria y estudios superiores se tiene un 5.97% y 1.87% respectivamente para jefes de hogares pobres, para el otro grupo en hogares no pobres los índices serán de secundaria completa 38.80% y 24.70% en educación superior.



Los indicadores de salud de igual manera ponen de manifiesto claras diferencias entre los hogares pobres y no pobres. La tasa de desnutrición crónica infantil por ejemplo es mayor para las familias pobres, cabe recalcar que entre las familias pobres en promedio el 80.10% de los jefes del hogar no tienen ningún seguro de salud.

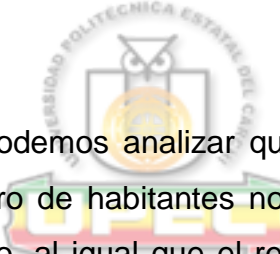
Estos datos fueron tomados de un mapa de pobreza y desigualdad publicado por la Secretaria Técnica del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social.

Una vez realizada una breve descripción general de los factores económicos y sociales y cómo influyen directamente en el desarrollo de la sociedad, y en la vida de la población, nos ubicaremos en una provincia en especial en la cual se dio nuestra investigación como lo es la provincia de Sucumbíos la misma que está formada por 7 cantones y 38 parroquias, su población es de 184.522 habitantes, siendo la más poblada de la Región Amazónica el porcentaje de crecimiento es del 30.71%.



La tasa de crecimiento de la provincia es de 3.48%, el porcentaje de personas con seguro de salud privado es de 7.4, los hogares que tratan el agua antes de beberla es del 64.1%, las viviendas con servicios básicos públicos es del 25.4%.

Según datos publicados por el INEC obtenidos del último censo el cantón de Lago Agrio cuenta con 91.744 habitantes de los cuales 44.778 son mujeres y 46.966 son hombres.



Con estos datos podemos analizar que la provincia a pesar de contar con un gran número de habitantes no está inmersa en un proceso de desarrollo avanzado, al igual que el resto de la región ha sido olvidada en muchos aspectos por los gobiernos de turno, lo que ha generado que se dé un incremento de problemas económicos y sociales para su población la misma que es muy heterogénea debido a un creciente y desequilibrante fenómeno migratorio, lo que ha ido marcando con características particulares a esta población, diríamos que un factor evidente de esto es el aumento de desigualdades económicas que se refleja en las condiciones no tan favorables en que viven sus habitantes.

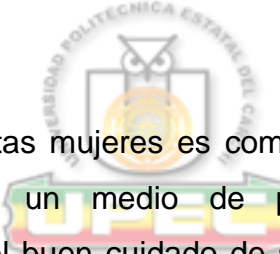
Hemos hecho una breve descripción de la situación económica de este grupo tomando en cuenta diversos factores que si bien no son parte de nuestro campo de acción son importantes para la comprensión global de nuestro problema estudiado en el ámbito de salud pues está claro que las condiciones económicas de las personas interfieren en gran medida en ciertos casos con la salud de las personas, en nuestro caso en particular como el la amenaza de parto prematuro, hemos considerado importante relacionar los aspectos antes mencionados pues este

fenómeno está en aumento y si bien se ha considerado la parte clínica creemos que es importante tomar en cuenta la parte social para tener una mejor visión del problema.

Buscamos por lo tanto una comprensión no aislada del mismo, pues ay que tomar en cuenta también que la sociedad en la cual se está dando este fenómeno cuenta con características propias, la misma en la que nos hemos centrado teniendo contacto directo tanto a nivel netamente profesional es decir desarrollándonos dentro de las funciones específicas de nuestra profesión , ámbito dentro del cual conocimos el problema estudiado, de esta vinculación directa nace el interés por profundizar en el tema, y llevarlo más halla considerando la parte social del mismo que serían los factores externos a nuestro campo de competencia como es la realidad social del grupo de personas que enfrentan este problema.

Una vez analizado y estudiada detenidamente la parte clínica consideramos que la situación económica y por tanto social de las mujeres que presentaron la amenaza de parto prematuro también influenciaron para que se de dicha situación, pues el bajo nivel económico que presentaron crea inevitablemente una condición de riesgo para su salud. Factores como el nivel de escolaridad, situación familiar compleja, falta de recursos, hacen que estas mujeres estén en una posición de riesgo, para centrarnos más en este análisis encontramos un conector claro entre los ya mencionados factores y el problema como lo es el control prenatal, a lo largo del desarrollo de nuestro trabajo recalcamos la importancia de este control, pues hemos visto que el correcto seguimiento de este no es prioritario para las mujeres de nuestro grupo de estudio y al ser llevado de mala manera si influye en que la amenaza de parto llegue a presentarse.

Este bajo control prenatal parte de la poca información de las mujeres respecto de la importancia del mismo, y lo que conlleva a esta situación en el hecho que estas mujeres no cuentan con un buen nivel de escolaridad, debido a sus desfavorables condiciones económicas que generan otros problemas de igual forma relacionados en nuestro escenario de estudio, pues esto influye en la estructura de sus hogares que en su mayoría son inestables.



La situación de estas mujeres es complicada pues se ven obligadas a desenvolverse en un medio de prioridades donde la salud y preocupación por el buen cuidado de su embarazo queda relegada por otros factores diríamos que la prioridad en su medio es la subsistencia propia y de su familia la que por lo general es bastante amplia agudizando aún más su situación pues al no contar con los medios económicos suficientes el panorama no es óptimo, no tiene tiempo para ella está inmersa por completo en los cuidados de sus otros hijos y familiares que conforman su hogar.

A todo esto le sumamos la situación geográfica pues el sector rural al que mayormente pertenecen no cuenta con una red de instituciones de salud bien equipada ni técnica ni humanamente, pues el personal es escaso para cubrir todas las necesidades de los diferentes sectores rurales, debido a esto ay la necesidad de acudir al hospital el que se encuentra en el centro urbano, y para hacerlo es necesario contar con recursos económicos suficientes, y disponer de tiempo para hacerlo, componentes con lo que no cuentas estas madres debido a la situación anteriormente descrita en la que se encuentran.

Cabe mencionar que una de las formas más dramáticas de expresión de la ausencia de desarrollo social es la muerte y en especial de los recién nacidos, creemos importante mencionarlo ya que la situación de desarrollo social de la población es un determinante importante en estos aspectos con esto queremos resaltar la relación de lo social con la salud. Y nuestro tema de estudio es parte de esta realidad.

### 2.3. Hipótesis, Variables y Operacionalización



#### 2.3.1. Hipótesis.

Los factores socioeconómicos y culturales contribuyen al apareamiento y agudización de las condiciones clínicas que llevaran a la amenaza de parto prematuro en la mujer.

#### 2.3.2. Variable Dependiente e Independiente.

**Variable Independiente:** Determinantes socioeconómicos y culturales.

**Variable Dependiente:** condiciones clínicas que llevaran a la amenaza de parto prematuro.

### 2.3.4. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
1. Etnia cultural	población humana en la cual los miembros se identifican entre ellos y tienen una misma característica	Tipo de raza	Se valora el tipo de etnia  Mestizo  Blanco  Negro  Indígena.
2. Edad	Espacio de años que han corrido de un tiempo a otro.	Grupos etarios.	Se valora:  Adolescentes.  Adulto joven.  Adulto.
3. ubicación geográfica	Lugar en que se encuentra algo, indicado como coordenadas de longitud y latitud	Lugar de residencia.	Se especifica el lugar  Urbano  Rural.
4. Nivel de estudio	desarrollo de aptitudes y	Integración de conocimientos	Se determina los

	habilidades mediante la incorporación de conocimientos nuevos;		niveles de estudio Primaria Secundaria Superior Ninguna.
5. Vivienda	La <b>vivienda</b> es el <b>lugar cerrado y cubierto</b> que se construye para que sea habitado por <b>personas</b> , ofrecen <b>refugio</b> a los seres humanos y les protegen de las condiciones climáticas adversas	Tipo de vivienda.	Se especifica el tipo de vivienda Propia arrendada Prestada Otras.
6. Aborto.	Interrupción del embarazo por causas naturales o provocadas antes de las 20 semanas.	Precocidad.	Se valora el número de abortos en cada paciente.
7. Gestas.	Número de embarazos en edad fértil.	Número de hijos.	Se valora el número de gestas en cada paciente encuestada.

## CAPITULO III

### 3. DISEÑO METODOLOGICO.

#### 3.1. Tipo de Estudio.

La investigación científica pretende dar soluciones a una problemática conflicto o problema, en la consecución del objetivo del presente trabajo de investigación se emplea métodos y técnicas de acuerdo a las necesidades de la investigación, para lo cual como punto base tomamos la investigación explicativa, debido a la variedad de características que presenta nuestra investigación.

La investigación explicativa trata de dar cuenta del porqué del objeto que se investiga, de la realidad para lo cual requiere la combinación de los métodos analítico y sintético en conjugación con el deductivo y el inductivo.

Los pasos a desarrollar en el proceso de investigación son los siguientes:

- Formulación del problema, determinando el tema a ser investigado
- Determinación de los factores que resultan de la investigación, producto de la observación directa en la cual está inmersa la descripción y explicación del fenómeno, es decir las incidencias en la amenaza del parto prematuro.
- Establecer las variables del problema, tomando en cuenta las correlaciones existentes tanto estadísticas como causales.

- Búsqueda de información en la cual se realiza la recolección de datos con los que se afirmara o negara lo planteado, el escenario para esto será el área de ginecología del hospital.
- Los resultados obtenidos de la investigación serán tabulados, y presentados en gráficos estadísticos, que permiten presentar un escenario claro de los factores que confluyen en el problema.
- Después de la obtención de información y análisis del mismo entorno al problema investigado se obtiene la conclusión.

### **3.2. Universo y Muestra.**

El universo de nuestra investigación será el total de amenazas de partos prematuros presentados en pacientes ingresadas en el área de ginecología del Hospital Marco Vinicio Iza en el periodo de marzo a junio del 2011, de este total tomaremos muestras aleatoria.

### **3.3. Métodos y Técnicas.**

La utilización de un tipo de investigación implica por lo general la aplicación de métodos, los cuales son de mucha importancia puesto que permiten recolectar la información de cualquier problema investigativo.

#### **3.3.1. Métodos de Investigación.**

Los métodos de investigación forman una parte fundamental en el desarrollo de cualquier investigación, pues son el conjunto de procedimientos lógicos a través de los cuales se plantean los problemas y se ponen a prueba las hipótesis, en el desarrollo de nuestra investigación utilizamos los siguientes:



### **Método analítico-sintético.**

Se diferencian los elementos de un fenómeno para luego proceder a construir un todo, el análisis de un objeto se hace desde la relación que existe entre los elementos que conforman dicho objeto como un todo y la síntesis se producirá sobre la base de los resultados previos del análisis, en nuestra investigación están determinados varios elementos dentro de la realidad socioeconómica que gira alrededor de nuestro objeto de estudio.



### **Método Inductivo.**

Este método científico obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares, se puede considerar algunas etapas de carácter básico para su ejecución como la observación y registro de los hechos, análisis y clasificación de los mismos.

Por lo tanto mediante el cual podemos conocer los factores socioeconómicos de las pacientes con amenaza de parto, con lo cual pretendemos estructurar un plan de acción que priorice la necesidad de información sobre la amenaza de parto prematuro.

### **3.3.2. Fuentes o Técnicas de Investigación.**

La información que se adquiere en el desarrollo de la investigación viene de las fuentes de información.

**Fuentes primarias:** las técnicas para la obtención de información son:

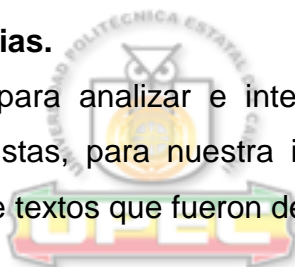
**La observación:** conocer el desarrollo de nuestro objeto de estudio sin influenciar es su proceso, el mismo que hace referencia a la amenaza de

parto de mujeres atendidas en el Hospital Marco Vinicio Iza, de este grupo tomamos la información necesaria para el desarrollo de nuestra investigación, con estos datos obtenidos y analizados nos planteamos posteriormente elaborar un folleto informativo acerca de la condición clínica de la paciente con amenaza de parto prematuro.

Síntesis de las consultas realizadas al personal de salud que se desempeñan en el servicio de gineco-obstetricia.

#### **Fuentes secundarias.**

Estas nos sirven para analizar e interpretar a las fuentes primarias, pueden libros, revistas, para nuestra investigación contamos con una amplia selección de textos que fueron de gran ayuda.



#### **3.4. Diseño del Instrumento.**

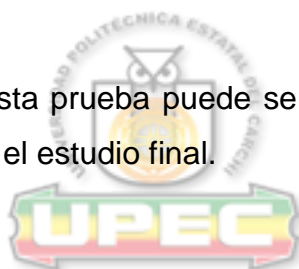
Tanto el método como la técnica se refieren a medios orientados hacia un fin, pero las técnicas son diferentes maneras de aplicar el método, con la correcta aplicación de esto se quiere identificar los factores que rodean nuestro objeto de estudio y así poder determinar el espacio donde podemos aportar.

Utilizamos como instrumento la encuesta que consta de preguntas abiertas, cerradas y de selección múltiple, la misma que fue dirigida a las madres con amenaza de parto prematuro que acudieron al Hospital Marco Vinicio Iza en los meses de marzo a junio del 2011.

### 3.4.1. Prueba Piloto.

La prueba piloto es un proceso de ensayo en la aplicación de la técnica seleccionada para la recolección de datos y su administración respectiva, que permita evaluar su eficiencia en la función al problema motivo de investigación. La muestra para la prueba piloto debe ser de un tamaño mucho menor al de la muestra para el estudio definitivo, el cálculo de su tamaño y de su selección de las unidades de análisis componentes de dicha muestra dependerán de la disponibilidad de recursos.

La muestra para esta prueba puede ser equivalente al 10% del tamaño de la muestra para el estudio final.



### 3.5. Procedimiento de Recolección de Datos.

Para este punto acudimos a la encuesta dirigida a las madres con amenaza de parto que acudieron al servicio de gineco-obstetricia del Hospital Marco Vinicio Iza para lo cual contamos con la autorización del director del hospital y de la líder del servicio de ginecología, estas encuestas fueron realizadas en el periodo de marzo a junio del 2011.

La observación directa es una técnica en la que se da una observación atenta de un fenómeno tomando información y registrándola para su posterior análisis, siendo por lo tanto la observación un elemento de vital importancia en todo proceso investigativo. Cuando se lleva a cabo una observación científica el investigador sabe lo que desea observar y para que quiere hacerlo.

Para realizar una correcta observación directa se debe considerar algunos pasos, como determinar el objeto a observar, los objetivos de dicha observación, la forma como se registrarán los datos obtenidos, analizar e interpretar estos datos y elaborar conclusiones. Una vez dada una breve visión de lo que conlleva la observación en una investigación podemos decir que es la que nos servirá para alcanzar nuestro fin investigativo, dentro del que esta esquematizar los factores y condición que presentan las mujeres con amenaza de parto que han sido tratadas en el servicio de ginecología dentro del periodo ya mencionado.

### **3.5.1. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.**

La encuesta es un estudio de observación en el cual no se modifica ni controla el proceso que se observa, los datos surgen de una serie de preguntas que han sido adecuadas a las necesidades de nuestra investigación.

Algunas de las ventajas por lo que elegimos aplicar encuestas son por su bajo costo, es posible introducir métodos científicos y objetivos de medición para corregir errores, mayor rapidez en la obtención de resultados, es la técnica más utilizada y permite obtener información de casi cualquier tipo de población, gran capacidad para estandarizar datos lo que permite su tratamiento informático y el análisis estadístico.

## **CAPITULO IV**

### **4. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

#### **4.1. Interpretación de Resultados**

**EDAD PROMEDIO DE LAS MADRES GESTANTES CON APP QUE  
ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL MARCO VINICIO IZA EN EL PERIODO MARZO-JUNIO DEL  
2011**

**TABLA No1.**

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
16-21	24	40%
22-27	15	25%
28-33	14	23.33%
34-39	5	8.33%
40-45	2	3.33%

Tabla 1 Edad

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDRA YELA  
FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

**GRAFICO No1**

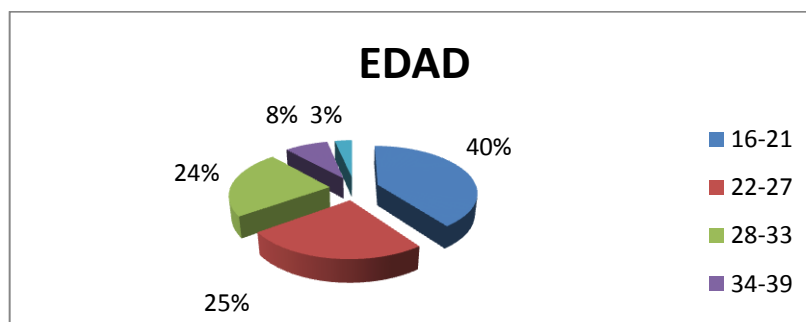


Gráfico 1 Edad

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDRA YELA  
FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

**ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS:** de las pacientes encuestadas en el Hospital Marco Vinicio Iza, el 40% se encuentra en edades comprendidas entre 16-21 años, el 25% edades entre 22-27, el 23.33% edades entre 28-33, el 8.33% edades entre 34-39 y el 3.33% edades entre 40-45, estos porcentajes indican que a pesar de la accesibilidad a la

educación e información que se tiene sobre planificación y métodos anticonceptivos, aún persisten los embarazos a temprana edad, por lo que es necesario la educación en este grupo para prevenir amenazas de parto prematuro.

**OCUPACION DE LAS MADRES GESTANTES CON APP QUE ACUDEN  
AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
MARCO VINICIO IZA EN EL PERIODO MARZO-JUNIO DEL 2011**

**TABLA No 2**

OCUPACION	NUMERO	PORCENTAJE
QUEHACERES DOMESTICOS	56	93.33%
ESTUDIANTE.	4	6.66%

Tabla 2 Ocupación ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

**GRAFICO No2**



Grafico 2 Ocupación

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

**ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS:** De las madres con amenaza de parto prematuro encuestadas en el Hospital Marco Vinicio Iza el 93.33% se dedican a quehaceres domésticos mientras que 6.66% son estudiantes,

con estos resultados se puede decir que las mujeres tienen poco acceso a la educación e información respecto a las complicaciones que pueden presentarse en el embarazo.

**ESTADO CIVIL DE LAS MADRES GESTANTES CON APP QUE  
ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL MARCO VINICIO IZA EN EL PERIODO MARZO-JUNIO DEL  
2011**

**TABLA No 3.**

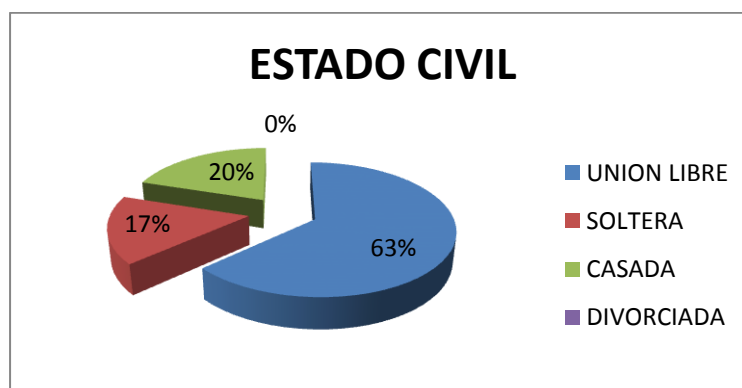
ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
UNION LIBRE	38	63.33%
SOLTERA	10	16.66%
CASADA	12	20%
DIVORCIADA	0	0%

**Tabla 3 Estado Civil**

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

**GRAFICO No3**



**Grafico 3 Estado Civil**

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

**ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS:** de las pacientes encuestadas en el Hospital Marco Vinicio Iza el 63.33%, viven en unión libre, el 16.66% son solteras, y el 20% son casadas, por lo que se puede decir que el matrimonio ya no es considerado como una prioridad en cuanto a la conformación de un hogar estable, nos encontramos frente a una sociedad diversa, se evidencia que la unión libre está muy marcada lo que genera hogares inestables, y esto a su vez influye en la prioridad que la madre le da a los cuidados durante su embarazo.



**RAZA DE LAS MADRES GESTANTES CON APP QUE ACUDEN AL  
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARCO  
VINICIO IZA EN EL PERIODO MARZO-JUNIO DEL 2011**

**TABLA No 4**

<b>RAZA</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
MESTIZO	32	53.33%
BLANCO	5	8.33%
NEGRO	9	15%
INDIGENA	14	23.33%

**Tabla 4 Raza**

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.



GRAFICO No 4

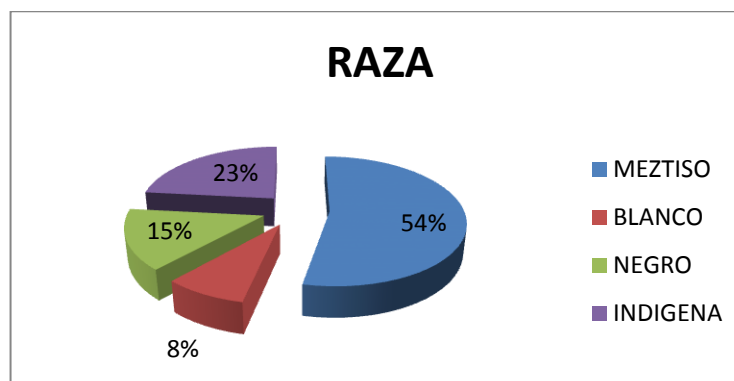


Gráfico 4 Raza

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

**ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS:** de las pacientes encuestadas en el Hospital Marco Vinicio Iza el 53.33% es mestiza, el 15% es negra, y el 23.33% es indígena, vamos a enfocarnos en los grupos más representativos que arrojó nuestra encuesta, por lo que podemos decir que la mayor demanda del servicio de ginecología es por mujeres mestizas con Amenaza de parto prematuro, mientras que las mujeres indígenas que acudieron al servicio en el periodo estudiado es relativamente bajo considerando la realidad poblacional de la ciudad, intentaremos atribuir a este hecho las características socio culturales de este grupo de mujeres.

**PROCEDENCIA DE LAS MADRES GESTANTES CON APP QUE  
ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL MARCO VINICIO IZA EN EL PERIODO MARZO-JUNIO DEL  
2011**

TABLA No 5.

SITUACION GEOGRAFICA	NUMERO	PORCENTAJE
URBANO	20	33.33%

RURAL	40	66.66%
-------	----	--------

**Tabla 5 Situación Geográfica**

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

### GRAFICO No 5

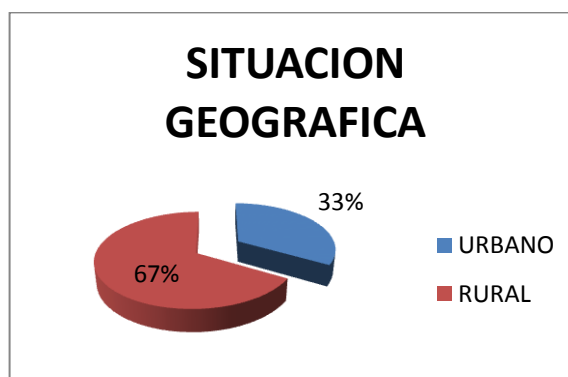


Gráfico 5 Situación Geográfica

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

**ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS:** de las pacientes encuestadas en el Hospital Marco Vinicio Iza la mayoría reside en una zona rural siendo un 66.66% mientras que la residencia en la zona urbana es de tan solo 33% con esta realidad podemos indicar que la mayoría de la población se dedica a trabajos del campo y por ende la accesibilidad a las casas de salud es limitada, lo que obviamente perjudica el correcto control del embarazo en estas pacientes.

**ESCOLARIDAD DE LAS MADRES GESTANTES CON APP QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA EN EL PERIODO MARZO-JUNIO DEL 2011**

TABLA No 6

ESCOLARIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
PRIMARIA	27	45%
SECUNDARIA	25	41.66%
SUPERIOR	4	6.66%
NINGUNA	4	6.66%

Tabla 6 Escolaridad

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDRA YELA

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

GRAFICO No 6

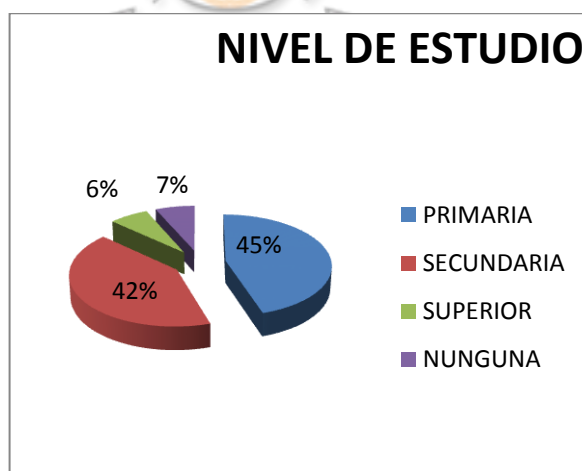


Grafico 6 Nivel de Estudio

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDRA YELA

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

**ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS:** Dentro del nivel de escolaridad de las mujeres encuestadas se evidencio un similar porcentaje entre la primaria y secundaria, 45% y 41.6% respectivamente, la instrucción superior es baja de tan solo 6.6%, quienes no tienen ninguna instrucción conforman el 7%. Por lo tanto el grupo de mujeres en estudio presenta un nivel de escolaridad medio, lo que llevaría a establecer una relación con la poca información que tienen acerca de la amenaza de parto prematuro.

**NUMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR DE LAS MADRES  
GESTANTES CON APP QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA  
Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA EN EL PERIODO  
MARZO-JUNIO DEL 2011  
TABLA No 7**

# de Personas por hogar	NUMERO	PORCENTAJE
DOS	10	16,6%
TRES	9	15%
CUATRO	16	26.6%
MAS DE CINCO	25	41.6%

Tabla 7 No de personas en el Hogar

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

**GRAFICO No 7**



Grafico 7 Personas que viven en el Hogar

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDRA YELA

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

**ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS:** Un 41.6% nos indican que en los hogares de las mujeres encuestadas hay más de cinco personas lo que evidencia que su situación familiar es complicada, y si relacionamos el número de personas con el nivel económico podemos decir que no cuentan con una situación estable que cubra todas sus necesidades, también con esta realidad podemos ver que la madre no dispone de tiempo suficiente para preocuparse por hacer un seguimiento de la gesta actual, esta despreocupación podría llevar a una posible amenaza de parto prematuro.

**VIVIENDA DE LAS MADRES GESTANTES CON APP QUE ACUDEN AL  
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARCO  
VINICIO IZA EN EL PERIODO MARZO-JUNIO DEL 2011**

**TABLA No 8**

<b>VIVIENDA</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
PROPIA	23	38%
ARRENDADA	30	50%
PRESTADA	7	11.6%
OTRAS	0	0%

**Tabla 8 Tipo de Vivienda**

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

GRAFICO No 8

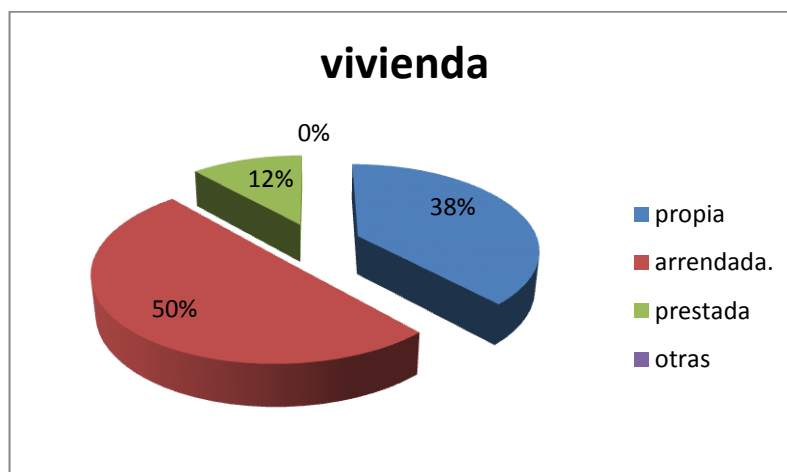


Grafico 8 Vivienda

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.  
 FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

**ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS:** Sucumbíos es una provincia en desarrollo por lo que la situación económica de la población es media baja, observamos que una gran parte de nuestra población analizada tiene un tipo de vivienda arrendada constituyendo un 50%, mientras que el tipo de vivienda propia está representada en un 38%, el tipo de vivienda prestada es el 12% aunque es un índice relativamente bajo vale la pena tomarlo en cuenta pues también refleja el problema económico que está latente en la sociedad de este sector, el mismo que de alguna manera complica a las madres a prestar atención en el adecuado control de su embarazo.

**INGRESO ECONOMICO FAMILIAR DE LAS MADRES GESTANTES  
 CON APP QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y  
 OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA EN EL PERIODO  
 MARZO-JUNIO DEL 2011**

TABLA No 9

INGRESO ECOMICO	NUMERO	PORCENTAJE
200	25	41.6%
300	19	31.6%
400	10	16.6%
MAS DE 500	6	10%

Tabla 9 Ingreso Económico

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA

GRAFICO No 9

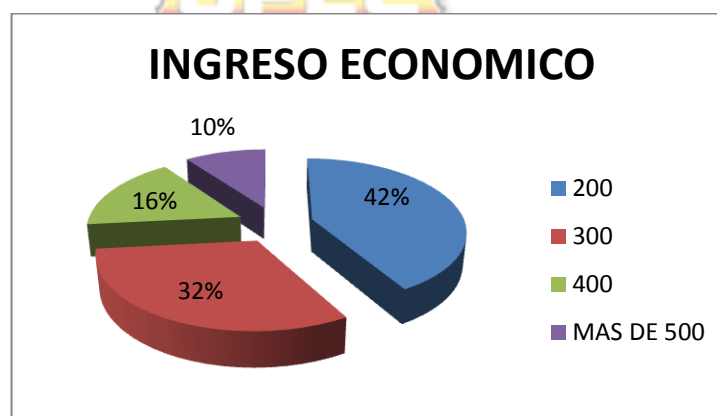


Gráfico 9 Ingreso Económico

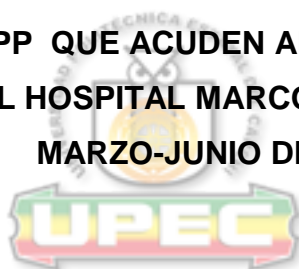
ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

**ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS:** Los ingresos económicos evidencian la realidad de los hogares, este aspecto es de mucha importancia ya que de esto se derivan otros factores que intervienen en el desarrollo de la vida familiar en nuestro caso nos interesa enfocarnos en cómo afecta esto a la madre con amenaza de parto prematuro pues creemos que esto influye en que ella este pendiente de otros aspectos como el cuidado de los demás miembros de la familia, en que los ingresos de los

que dispone cubran las necesidades más básicas de su hogar como alimentación y vivienda principalmente, y al estar inmersa en esta situación deja de lado el cuidado correcto de su embarazo por lo que acudirían al hospital solo en el momento en que se presentan una sintomatología agravada.

**INSTITUCION DE SALUD A LA CUAL ACUDEN LAS MADRES  
GESTANTES CON APP QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA  
Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA EN EL PERIODO  
MARZO-JUNIO DEL 2011**



**TABLA No 10**

<b>INSTITUCION</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
HOSPITAL	23	38.33%
CENTRO DE SALUD	26	43.33%
MEDICINA NATURAL	11	18.33%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>

**Tabla 10 Institución de Salud**

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.



GRAFICO No 10

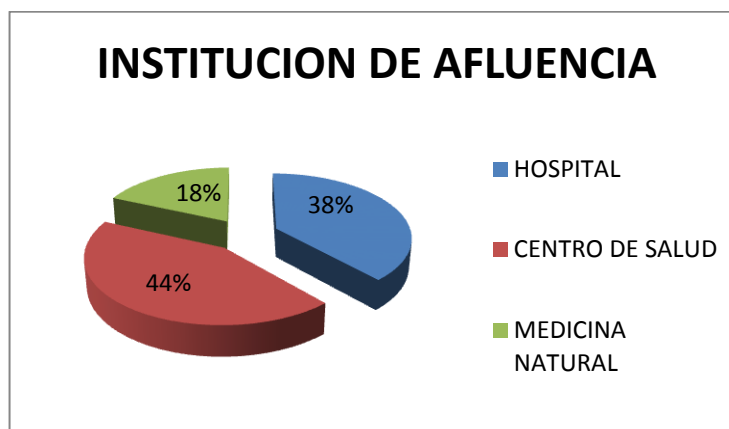


Gráfico 10 Institución de Afluencia

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

**INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.-** el 44% acude al centro de salud, el 38% al Hospital Marco Vinicio Iza, el 18% opta por la medicina natural, con estos resultados podemos observar que los centros de salud tienen mayor concurrencia, esta realidad es lógica pues la mayoría de nuestro grupo de análisis vive en el sector rural, y si sumamos a esto la situación económica es razonable que se de esta preferencia por los centros de salud pues es más cómodo para ellas, el problema radica en que estas instituciones no cuentan con un adecuado programa que informe la gravedad de tener amenaza de parto prematuro ,para fomentar la concientización de la importancia de los controles prenatales pues si se diera un adecuado cuidado del embarazo se podría prevenir la presencia de la amenaza app; aunque las pacientes en condiciones críticas son remitidas de inmediato al hospital provincial. Con estos resultados creemos que es necesaria la implementación de un programa de promoción de los servicios para la atención dirigida a las madres gestantes que permita disminuir la morbi mortalidad materna-neonatal.

**NUMERO DE CONTROLES PRENATALES DE PACIENTES CON APP  
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL MARCO VINICIO IZA EN EL PERIODO MARZO-JUNIO DEL  
2011**

**TABLA No 11**

<b>No CONTROLES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1	16,00%
2	15,00%
3	5,00%
4	11,66%
5	8,33%
6	8,33%
7	3,33%
8	5,00%
NINGUNO	26,66%
TOTAL	100%

**Tabla 11 Controles Prenatales**

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

GRAFICO No 11

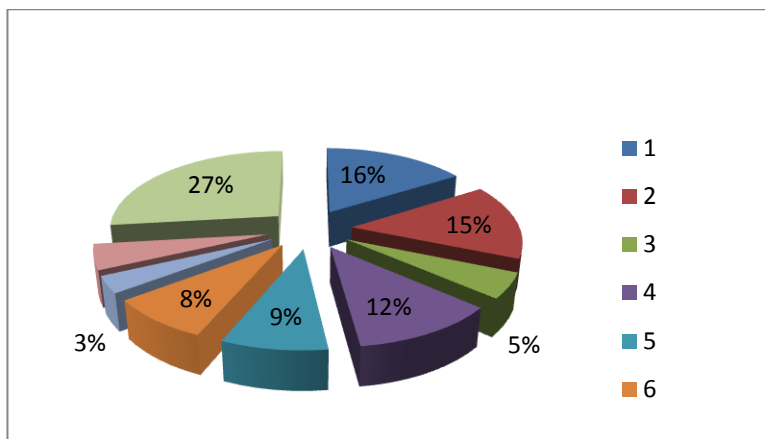
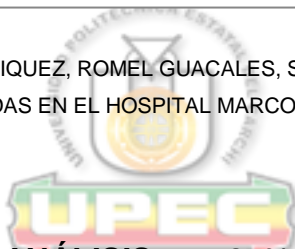


Gráfico 11 Controles Prenatales

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.



**INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.**- un 27% de las pacientes encuestadas en el Hospital Marco Vinicio Iza manifiestan que no se han realizado controles. El 16% de las paciente se han realizado un control prenatal durante todo su embarazo, el 15% dos controles prenatales, 12% cuatro controles, el 9% cinco controles prenatales, el 8% de las madres se han realizado seis controles, el 5% tres controles.

Por lo tanto podemos ver que el mayor porcentaje de las pacientes no se había realizado un control prenatal previo a la amenaza app, esto concuerda con lo que habíamos planteado anteriormente respecto a otros factores en especial los que arrojan información del bajo nivel de información que conlleva a que las madres no acudan a los controles prenatales.

**INFORMACION SOBRE AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN LAS  
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA EN EL PERIODO  
MARZO-JUNIO DEL 2011**

**TABLA No 12**

INFORMACION APP	PORCENTAJE
SI	8,33%
NO	91,66%
TOTAL	100,00%

**Tabla 12 Información sobre App**

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

**GRAFICO No 12**



**Grafico 12 Información de Amenaza de Parto Prematuro**

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

**INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.-** La información de Amenaza de parto prematuro que consideramos debería tener las pacientes es una información de carácter general y en un lenguaje común para su mejor entendimiento acerca de los factores que pueden llevar a que presenten esta situación. El 92% de los pacientes encuestados manifiestan que no han recibido educación sobre amenaza de parto prematuro, mientras que un 8% si ha recibido educación sobre esta complicación del embarazo. Vemos como es evidente que el desconocimiento del tema es generalizado por lo que recalcamos la necesidad de implementar programas de educación que involucre a todo el personal de salud de esta institución.

**ANTECEDENTES OBSTETRICOS EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN  
AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
MARCO VINICIO IZA EN EL PERIODO MARZO-JUNIO DEL 2011**

**TABLA No 13**

<b>ANTECEDENTES OBSTETRICOS.</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1	16	26.66%
2	25	41.66%
3	10	16.66%
4	6	10%
5	3	5%

**Tabla 13 Antecedentes Obstétricos**

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

GRAFICO No 13

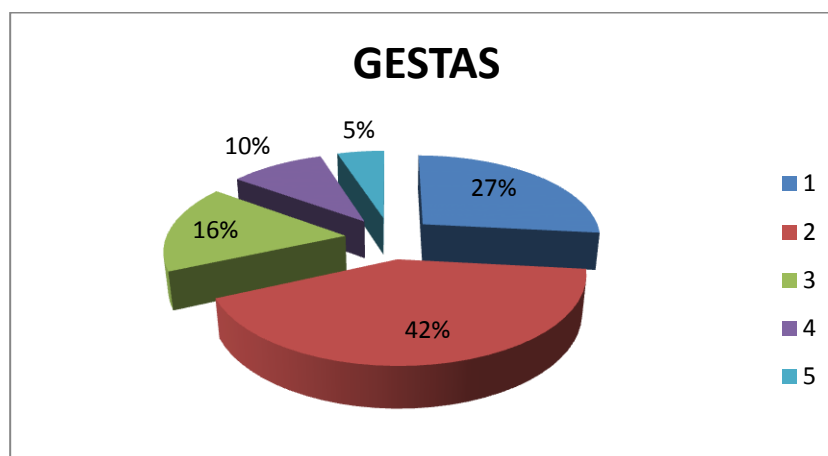


Grafico 13 Gestas

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

**ANALISIS E INTERPRETACION:** De las madres gestantes encuestadas en el Hospital Marco Vinicio Iza el 42% de ellas, nos muestra como resultado dos gestas, por lo que se enfatiza que puede existir un mayor riesgo de presentarse este tipo de complicaciones, si relacionamos con el porcentaje de partos de las mismas pacientes que en promedio es un parto que corresponde al 36,66%. Cabe señalar que este tipo de complicación se puede presentar por diversos factores tanto socioeconómicos como clínicos.

**ABORTOS EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA  
EN EL PERIODO MARZO-JUNIO DEL 2011**

TABLA No 14.

VARIABLE ABORTOS	PORCENTAJE
0	85%

1	13.33%
2	1,66%

**Tabla 14 No de Abortos**

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

### GRAFICO No 14

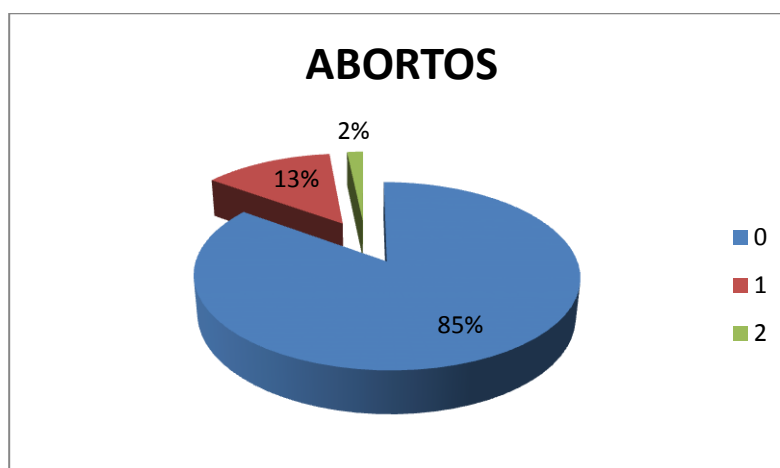


Grafico 14 Abortos

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

**ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTAD:** Según las encuestas aplicadas a las pacientes con amenaza de parto prematuro nos indican que el 85% de estas mujeres no han presentado un aborto lo que nos señala que en este caso este antecedente obstétrico no influye de manera determinante para que se desarrolle estas complicaciones durante el embarazo.

**HIJOS EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA  
EN EL PERIODO MARZO-JUNIO DEL 2011**

**TABLA No 15.**

<b>HIJOS VIVOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	16.66%
1	46.66%
2	16.66%
3	11.66%
4	3.33%
5	1.66%
6	3.33%

**Tabla 15 No de Hijos**

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

**HIJOS MUERTOS EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA  
EN EL PERIODO MARZO-JUNIO DEL 2011**

**TABLA No 16.**

<b>VARIABLE H.M</b>	<b>NUMERO DE PTES.</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	57	95%
1	3	5%

**Tabla 16 No de Hijos Muertos**

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.



GRAFICO No 15.

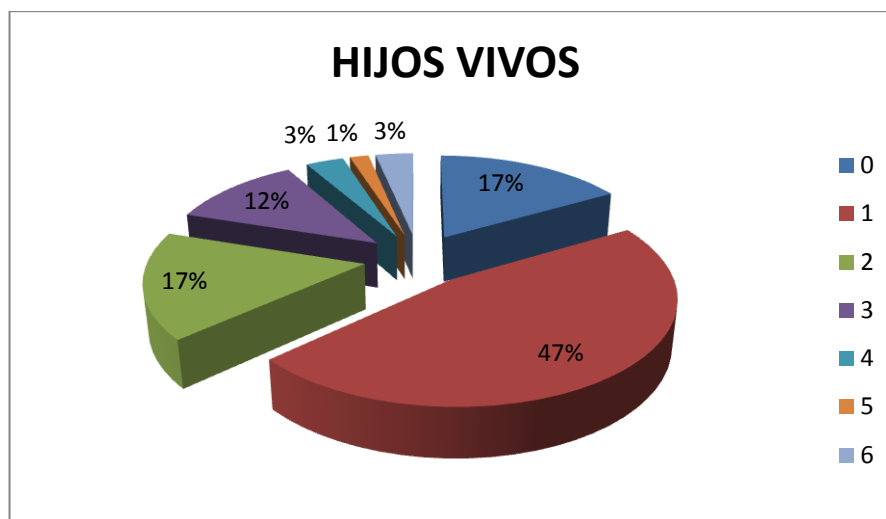


Grafico 15 Hijos Vivos

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

GRAFICO No 16.



Grafico 16 Hijos Muertos

ELABORADO POR: CESAR ENRIQUEZ, ROMEL GUACALES, SANDREA YELA.

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.

**INTERPRETACION Y ANALISIS:** según la encuesta aplicada en el Hospital Marco Vinicio Iza las madres con amenaza de parto prematuro podemos

relacionar los gráficos 17 y 18 que detallan número de hijos vivos y muertos respectivamente. Por lo que podemos manifestar que el 47% de las madres tienen más de un hijo, mientras que el 95% de las pacientes no han registrado muertes neonatales. Evidenciando que esta complicación se puede presentar en el segundo embarazo.

## **4.2. Plan de Intervención.**

### **4.2.1. Introducción.**

El problema de la atención que presenta el Hospital Provincial Marco Vinicio Iza sobre las mujeres que presentan amenaza de parto prematuro ha sido motivo de preocupación para todos los gobiernos provinciales de salud, pero de manera muy especial para quienes tienen el contacto más directo con ellas, como los médicos y enfermeras.

Ya que dichas mujeres tienen una atención similar a las demás patologías por el mismo hecho de que este hospital no cuenta con el espacio y personal suficiente para atender a esta alta demanda de pacientes con este tipo de patologías.

Esto lleva a que exista una despreocupación por parte del personal en orientar y educar a este grupo de mujeres sobre esta enfermedad.

A diferencia de otras ciudades del país cuentan con casa de salud específicas para este tipo de patologías en donde estas mujeres son tratadas por especialistas y personal lo suficientemente capacitado.

Es importante enfrentar este problema de alta prioridad en la casa de salud, tomando en cuenta las necesidades que presentan este grupo de mujeres, buscando técnicas y estrategias correctivas de intervención, considerando la necesidad de este servicio ya que la institución no cuenta con este tipo de programa dirigido a este tipo de mujeres.

#### **4.2.2. Objetivos.**

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

Contribuir al mejoramiento de la atención de las mujeres con Amenaza de parto prematuro, dirigida a lograr la prevención de esta enfermedad en mujeres gestantes.

##### **Objetivos específicos.**

- Crear conciencia sobre la prevención de la amenaza de parto prematuro y sus posibles complicaciones.
- Promover participación de todos los trabajadores de la salud de esta institución en la ejecución del plan de intervención.
- Crear espacios de educación para que las mujeres gestantes se instruyan sobre la amenaza de parto prematuro.

#### **PLAN DE INTERVENCION.**

##### **OBJETIVO GENERAL.**

Mejorar las condiciones clínicas de las mujeres gestantes que sufren de la amenaza de parto prematuro en el hospital Marco Vinicio Iza.

PROBLEMA	ACTIVIDAD	RESPONSABLES	OBSERVACIONES	FECHA
Amenaza de parto prematuro	Brindar charlas educativas sobre la app.	Enríquez Caicedo Cesar Efrén. Guacales fuel Romel Ignacio. Yela Burbano Sandra lucia.	Estas charlas deberían ser ejecutadas por los internos rotativos de enfermería.	A largo plazo dependiendo de la aceptación por personal de salud.
	Crear un folleto informativo a cerca de las condiciones clínicas de las pacientes con amenaza de parto prematuro.	 Enríquez Caicedo Cesar Efrén. Guacales fuel Romel Ignacio. Yela Burbano Sandra lucia.	Este folleto informativo va dirigido a todas las mujeres gestantes que asisten a esta institución.	A largo plazo dependiendo de la aceptación por personal de salud.

Tabla 17 Plan de Intervención

### 4.2.3. Cronograma de Actividades

Tema	Lugar	Tiempo	Grupo al que va dirigido.	responsable
1- Control prenatal.	Área de Gineco obstetricia.	20 min	Mujeres embarazadas y en edad fértil	IRE
2- Higiene personal.	Área de Gineco obstetricia.	20 min	Mujeres embarazadas y en edad fértil	IRE
3- Amenaza de parto prematuro.	Área de Gineco obstetricia.	20 min	Mujeres embarazadas y en edad fértil	IRE
4- Recomendaciones generales para el desarrollo normal del embarazo.	Área de Gineco obstetricia.	20 min	Mujeres embarazadas y en edad fértil	IRE
5- Infección de vías urinarias	Área de Gineco obstetricia.	20 min	Mujeres embarazadas y en edad fértil	IRE
6- Ruptura prematura de membranas	Área de Gineco obstetricia.	20 min	Mujeres embarazadas y en edad fértil	IRE

Tabla 18 Cronograma de Charlas

## CAPITULO V

### 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

#### 5.1. Conclusiones.

- Estos elementos en su conjunto nos permiten identificar un escenario en el cual podríamos asociar a los factores socioeconómicos, a las particularidades de la sociedad en la que se da nuestro estudio con las condiciones clínicas en las mujeres con amenaza de parto prematuro, visualizando un vínculo que lleva a que las condiciones clínicas se desencadenen en cierta parte a partir de ello, es por esto que planteamos y reiteramos frecuentemente la importancia del control prenatal.
- Un hecho importante y general en nuestro grupo de estudio es el bajo control prenatal causado directamente por factores socioeconómicos de las mujeres en estado de gestación, pues el bajo nivel económico que presentan vinculado con su baja escolaridad, dan como resultado un desconocimiento de la importancia de este control, lo que a su vez llevara a que se presenten complicaciones en el embarazo o que no sean detectadas a tiempo.
- El estudio de la amenaza de parto prematuro en mujeres que acudieron al hospital Marco Vinicio Iza no puede ser realizado desde una visión específicamente clínica aunque aceptamos que esta es el vínculo final o directo con nuestro problema.

- Dentro de los factores socio- económico el nivel de escolaridad lo podemos considerar como relativamente medio, podemos vincular este hecho con la ocupación de las mujeres con amenaza de parto prematuro que se inclinan en su mayoría a los quehaceres domésticos, esta duplicidad desemboca en el alto grado de desconocimiento de los actores directos de nuestra investigación que son las mujeres con amenaza de parto prematuro.
- En lo referente a la raza, no podemos afirmar que esta patología es propia de determinado grupo, aunque de nuestra población la mayoría es mestiza.
- El hecho antes mencionado puede explicarse tomando en cuenta el factor cultural que se presenta en esa sociedad puesto que las mujeres indígenas no acuden de manera prioritaria al hospital por motivos propios de su cultura en la que se prioriza a la medicina natural.
- Entre las patologías que elevan el riesgo de parto pre término están :  
Infecciones del tracto urinario, infecciones del tracto genital, anemia, hemorragias obstétricas, pre eclampsia, placenta previa y lo más interesante es que la mayoría de estas patologías pueden diagnosticarse y tratarse en la atención prenatal, por lo que es relevante la asistencia de las madres gestantes a los controles prenatales para detectar factores de riesgo a tiempo.
- La variedad de factores asociados a parto pre término que hemos podido observar en el presente estudio tienen una implicancia socio- económico y cultural. Muchos de ellos pueden ser prevenibles y en ciertos casos recuperables.

## 5.2. Recomendaciones

- Este resultado determina una señal de alarma para los profesionales de la salud, ya que se debe trabajar para que en un futuro no muy lejano, en lo posible inmediato, estas cifras disminuyan; cabe aclarar que este objetivo no se limita a un frío cálculo estadístico, sino a la consecuencia directa de una menor cantidad de partos pre término, que es la disminución de la morbi mortalidad perinatal y una mejor calidad de vida futura de los neonatos.
- Se debe fomentar la concientización de las madres sobre la importancia de llevar un control prenatal, en busca de disminuir la amenaza de parto prematuro pues las pacientes llegan al hospital cuando ya se encuentran en riesgo.
- Es importante que los médicos realicen un diagnóstico oportuno y adecuada valoración para la detección precoz de la amenaza de parto prematuro.
- Dentro del ámbito cultural la capacitación al personal de salud sobre el respeto a las costumbres y derechos de la población indígena. Constituye un factor relevante para el cumplimiento de dichas políticas.
- Dentro de la capacitación al personal de salud también debe haber un enfoque que les permita conocer la realidad de las pacientes que acuden a ellos pues es necesario que manejen un lenguaje entendible pues como arrojo nuestra encuesta su nivel de escolaridad es medio, y más



el socioeconómico su falta de concurrencia a los controles prenatales es baja.

- Debido a la alta incidencia de casos de amenazas de parto pre término, nuestra investigación toca un tema poco o sin haber sido abordado como la importancia de brindar información adecuada y manejando un lenguaje común que oriente y concientice a las mujeres en estado de gestación de la importancia del control del embarazo ya que sin el aumenta las probabilidades de poner en riesgo su estado de embarazo.
- Con lo antes planteado recomendamos la utilización de un folleto informativo acerca de la condición clínica de la paciente con amenaza de parto prematuro, el mismo que deberá ser de carácter informativo, para que sea usado como una herramienta dentro de un plan de estratégico.
- Como resultado de nuestra investigación la afluencia es mayor hacia los centros de salud, por lo tanto estos se convierten en una herramienta clave dentro del plan que se pretende implementar, desde estos debería partir una campaña informativa dentro de cada sector respectivamente, la misma que podría ser implementada dependiendo del personal que se disponga, recomendamos que el personal sea los internos de enfermería que estén cumpliendo su servicio.
- Como hablamos de un plan para dar o ampliar la ya mencionada información, creemos que sería de gran utilidad hacerlo mediante charlas comunitarias, o talleres abiertos sobre el tema de la importancia del control prenatal, y de los cuidados que se debería tener si ya se presentó una amenaza de parto prematuro, todo esto siendo obviamente difundido con anterioridad a la población que sea posible.

- Consideramos que el problema de amenazas de parto es de gran incidencia en la sociedad en que se ha realizado nuestra investigación, por lo que las instituciones de salud deberían darle la importancia necesaria, nos parece que la infraestructura también ayudaría en este proceso, pues se podría crear un espacio específico para este grupo de mujeres con amenaza de parto prematuro, esto permitiría que los casos sean atendidos en forma óptima y que la información que deseamos brindar sea captada de mejor manera.



## 6. BIBLIOGRAFIA.

### 6.1. Bibliografía Citada.

- CABALLERO, G. (2001) ***Frecuencia de Rotura Prematura de Membranas en Parto Pre término y Valoración de Protocolos de Manejo a Corto y Largo Plazo en la Sala de Labor y Parto del Instituto Hondureño de Seguridad Social.*** Revista Médica. Postgrado Universidad Nacional Autónoma de Honduras. 6(2):143-147.
- CALDERÓN, Juvenal, et al. ***Factores de Riesgo Materno Asociados al Parto Pre término.***
- CHRISTOPH, Z. (1988). ***Diccionario Pschyrenbel de Ginecología y Obstetricia***, Editorial Walter de Gruyter C.O, New York, Pág. 11-50
- CHRISTOPH, Z. (1988). ***Diccionario Pschyrenbel de Ginecología y Obstetricia.*** Editorial Walter de Gruyter C.O, New York, Pág. 11-50..

- ESPINOZA, J. (2008). **Fisiopatología del Síndrome de Parto Pre término**. Ginecología y Obstetricia. (54):15-21.
- GOLDENBERG, R.(2003) **The management of preterm labor. Obstetric and Gynecology**. (25):1020- 1037.
- GOLDENBERG, R. (2003). **The management of preterm labor. Obstetric and Gynecology**. (25):1020 - 1037.
- GONZALEZ MERLO J. DEL SOL Jr. (1992). **Obstetricia Cuarta Ed**, Editorial Salvat, Barcelona, España, pag.295
- GONZÁLEZ, Luis, et al. (2008) **Protocolo de Amenaza de Parto Prematuro. Comisión de Farmacia y Terapéutica**. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. (documento)
- IMPAC. 2000. **Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto**: Guía para obstetrices y médicos. OMS/OPS, FNUAP, UNICEF, Banco Mundial.
- INE 2000-2005, MSP. **Mortalidad Infantil y Neonatal**. Estadísticas vitales Ecuador.
- JOHNS, H. (2005). **Ginecología y Obstetricia**. Editorial Marbán, S.L. Madrid, España, pag.121- 127.

- JONES, J, HOWARD, W. (1984). **Tratado de Ginecología de Novak**. Décima edición. Editorial Interamericana y S.A. de C.V, México, Pág.108.
  
- MANZANARES, S., y SANTIAGO, C. (2002) **Diagnóstico y Prevención de la Amenaza de Parto Prematuro Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves**. Actualización en Obstetricia y Ginecología. Granada: 7-29.
  
- OMS. Situación de Salud en las Américas: indicadores básicos, 2007.
  
- RIVERA, R. et al.(2004) **Fisiopatología de la Rotura Prematura de las Membranas Ovulares en Embarazos de Pre término**. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 69(3):249- 255, 2004.
  
- ROMERO, R., ENAMIAN, M. Wan M et al. **The value of the leukocyte esterase test in diagnosing intra-amniotic infection**.Am.J. Perinatol.
  
- SEYMOUR L. ROMNEY otros. (1979). **Ginecología y obstetricia-Cuidado integral de la mujer**. Editorial Salvat S.A, Barcelona, España, Pág. 964
  
- SOCIEDAD DE MEDICOS CIRUGANOS DEL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA N° UNO CUATRO DEL I.M.S.S. (1985). **Procedimientos en obstetricia, México**.
  
- <http://www.hvn.es/serviciosasistenciales/ginecologia/>

- <http://www.uam.es/departamentos/medicina/>
- <http://www.inec.gov.ec/estadisticas/>
- <http://www.desarrollosocial.gob.ec/>
- <http://www.siise.gov.ec/Publicaciones/MapaPobDesigualdadEc.pdf>
- <http://www.eumed.net/>
- <http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/.../72.doc>
- <http://www.inec.gov.ec/estadisticas/>
- <http://www.desarrollosocial.gob.ec/>
- <http://www.siise.gov.ec/Publicaciones/MapaPobDesigualdadEc.pdf>
- <http://www.eumed.net/>
- <http://www.hvn.es/serviciosasistenciales/ginecologia/>
- <http://www.uam.es/departamentos/medicina/>

## 6.2. Bibliografía Consulta.

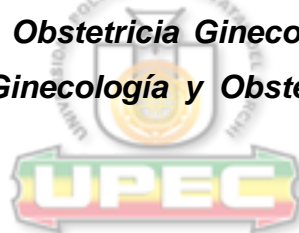
- ✓ ALTIRRIBA, E.(1980). **Obstetricia Tomo I**, Editorial Salvat S.A, Barcelona, España, Pág. 116-123.
- ✓ BARRANCO, M., y MOLINA, F. (2009) **Cervicometría y Estudios Aleatorizados en Gestaciones con Cérvix Corto**. Medicina Materno-Fetal.

- ✓ CABALLERO, G., y OCHOA, A. (2001) ***Frecuencia de Rotura Prematura de Membranas en Parto Pre término y Valoración de Protocolos de Manejo a Corto y Largo Plazo en la Sala de Labor y Parto del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Revista Médica.*** Postgrado Universidad Nacional Autónoma de Honduras. 6(2):143-147.
- ✓ CALDERÓN, J., et al. ***Factores de Riesgo Materno Asociados al Parto Pre término.*** (artículo de revisión)
- ✓ CHRISTOPH, Z. (1988). ***Diccionario Pschyrenbel de Ginecología y Obstetricia,*** Editorial Walter de Gruyter C.O, New York, Pág. 11-50
- ✓ ESPINOZA, J. (2008) ***Fisiopatología del Síndrome de Parto Pre término.*** Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. (54):15-21.
- ✓ GOLDENBERG, R. (2003). ***The management of preterm labor. Obstetric and Gynecology.*** (25):1020- 1037.
- ✓ GOLDENBERG, R. ***The management of preterm labor. Obstetric and Gynecology.*** (25):1020.
- ✓ GONZALEZ, J. DEL SOL Jr. (1992). ***Obstetricia*** Cuarta Edición Salvat, Barcelona, España, pag.295.
- ✓ GONZÁLEZ, Luis, et al. (2008) ***Protocolo de Amenaza de Parto Prematuro.*** Comisión de Farmacia y Terapéutica. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. (documento).

- ✓ HARRISON, E. (2007) **Los Factores que Contribuyen a la Alta Incidencia de Embarazos en Tena Ecuador**. Minnesota Studies in International Development. Fundación CIMAS: 1-25. (documento).
- ✓ INE 2000-2005, MSP Ecuador. **Mortalidad Infantil y Neonatal. Estadísticas vitales**.
- ✓ IRAGORRI, V; RODRÍGUEZ, A. y PERDOMO, D. (2008). **Guía de Manejo de Trabajo de Parto Pre término**. Bogotá. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología.
- ✓ JOHNS, H. (2005). **Ginecología y Obstetricia**. Editorial Marbán, S.L. Madrid, España. pag.121- 127.
- ✓ JONES, JR., HOWARD, W., SEEGAR, J. (1984). **Tratado de Ginecología de Novak**, Sexta edición, Editorial Interamericana y S.A. de C.V, México, Pág. 119.
- ✓ JONES, JR., HOWARD, W., SEEGAR, J. (1984). **Tratado de Ginecología de Novak**, Decima edición, Editorial Interamericana y S.A. de C.V, México, Pág.108.
- ✓ LAWRENCE, M. TIERNEY, JR. Otros. (2004). **Diagnóstico Clínico y Tratamiento**. Editorial El Manual Moderno, México, Pág. 1351.
- ✓ MANZANARES, S. y SANTIAGO, C. (2002). **Diagnóstico y Prevención de la Amenaza de Parto Prematuro Servicio de Obstetricia y Ginecología**.
- ✓ MOZAS, J. (2002). **Nuevas Propuestas Terapéuticas en el Tratamiento de la Amenaza de Parto Prematuro Servicio de**

**Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves.** Actualización en Obstetricia y Ginecología. Granada: 47-64.

- ✓ OCHOA, A., et al.(2009) **Amenaza de Parto Prematuro: rotura prematura de membranas, corioamnionitis Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Virgen del Camino.** Sistema Sanitario Navarra, España, (32):105-119.
- ✓ OLMOS, C., et al. (2002). **Insuficiencia Istmicocervical y Cerclaje. Departamento de Obstetricia Ginecología Hospital Materno Infantil 12 de Octubre. Ginecología y Obstetricia Clínica.** Madrid, España. 3(3):122-128.
- ✓ OMS. *Situación de Salud en las Américas: indicadores básicos, 2007.* (comunicado).
- ✓ RIDLEY, H., LINDE, T. (1978). **Cirugía Ginecológica.** Editorial Interamericana y S.A. de C.V, México, Pág. 56- 62.
- ✓ RIVERA, R., et al. (2004). **Fisiopatología de la Rotura Prematura de las Membranas Ovulares en Embarazos de Pre término.** Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 69(3):249- 255.
- ✓ ROMERO, R., ENAMIAN, M., Wan M et al. (1988.). **The value of the leukocyte esterase test in diagnosing intra-amniotic infection.** Am.J. Perinatol. 5:64.
- ✓ ROJAS, L., ROJAS, J., y CRUZ, B. (1998). **Fundamentos de Manejo del Embarazo de Alto Riesgo.** Editorial pcentro. Riobamba, Ecuador. pp. 9- 20.





- ✓ SELAME, O. (2006). **Biblioteca de Salud Reproductiva**, Vol. N°9, Ginebra OMS. Comentario de la BSR.
- ✓ SEYMOUR, L., ROMNEY otros. (1979). **Ginecología y obstetricia-Cuidado integral de la mujer**. Editorial Salvat S.A, Barcelona, España. Pág. 964
- ✓ SOCIEDAD DE MEDICOS CIRUGANOS DEL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA N° UNO CUATRO DEL I.M.S.S (1985). **Procedimientos en obstetricia**, México, Pág. 54-56.
- ✓ TORRES, W., OROZCO, L., CODINA, L., MARTINEZ, F.(2007) **Evaluación de la implementación de AIEPI neonatal y de la atención perinatal, en 9 maternidades priorizadas del Ecuador. MSP Ecuador, OPS Ecuador, UNICEF.**
- ✓ ZIMMERMAN, M. (2001). **Sexualidad Programa educativo-Embarazo y parto**. Editorial Cultural S.A, Madrid, España. Pág. 27-28.

### 6.3. Referencias Electrónicas

- <http://www.geosalud.com/embarazo>
- <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/>
- <http://www.saludcapital.gov.co/>
- <http://www.uam.es/departamentos/>

- [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia/](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia/)
- <http://www.hvn.es/serviciosasistenciales/ginecologia/>
- <http://www.elcomprimido.com/>
- <http://www.scielo.cl/scielo.php>
- <http://www.hvn.es/serviciosasistenciales/ginecologia/>
- <http://www.nexusediciones.com/>
- <http://www.recyt.fecyt.es/index.php/>
- Publicaciones/DesarrollodeServicios/GuiasparalaatencionMaternoPerinat  
al/



## CAPITULO VII

### 7. APENDICE Y ANEXOS.

#### 7.1. Presupuesto.

RECURSOS	COSTOS
Fotocopias	25,00
Papel	40,00
Anillados	10,00
Computador(horas de uso)	40,00
Memoria flash	30,00
Empastado	70,00
Impresión	200,00
Impresión (borrador)	80,00
Internet	40,00
Movilización	50,00
Pasajes	100,00
Alimentación	60,00
Folder	10,00
Folletos	150,00
Copias de guía a entregar en el servicio	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>1005,00</b>

Tabla 19 Recursos

## 7.2. Cronograma de Actividades.

ACTIVIDADES	FEB RER O	MAR ZO	ABRI L	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS TO	SEPTI EMBR E
1.Elaboración del Anteproyecto	X							
2.Elaboración del Marco Teórico			X	X				
3.Recolección de Datos		X	X	X	X			
4.Procesamiento y análisis de datos						X	X	
5.Conclusiones y Recomendaciones							X	
6.Entrega del BORRADOR DE TESIS								X
7.Presentación y Defensa								X

Tabla 20 Cronograma de Actividades

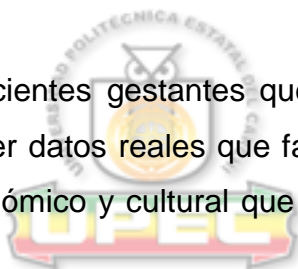
### 7.3. Cuestionario

**UNIVERSIDAD POLITECNICA ESTATAL DEL CARCHI.**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.**

**ESCUELA DE ENFERMERIA.**

Encuesta realizada a pacientes gestantes que se hacen atender en el HMVI con la finalidad de obtener datos reales que faciliten la investigación sobre las determinantes socio económico y cultural que inciden en la amenaza de parto prematuro.



FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

1. USTED SE CONSIDERA

- a) Blanco
- b) Mestizo
- c) Negro
- d) Indígena

2. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

- a) Urbano
- b) Rural

3. CUAL ES SU NIVEL DE ESTUDIO?

- a) Primaria.
- b) Secundaria.
- c) Superior.
- d) Ninguna.

4. SU VIVIENDA ES?

- a) Propia.
- b) Arrendada.
- c) Empeñada.
- d) Otras.



5. CUAL ES SU INGRESO ECONOMICO FAMILIAR MENSUAL?

- a) 200.
- b) 300.
- c) 400.
- d) Más de 500.

6. Cuenta con todos los servicios básicos.

- a) Agua
- b) Luz
- c) Alcantarillado
- d) Todos
- e) Ninguno

7. La construcción de su casa es:

- a) Madera
- b) Ladrillo
- c) Bloque

8. Cuando se enferma donde acude:

- a) Hospital
- b) Dentro de salud
- c) Medicina natural

9. Cuantos controles prenatales se ha realizado

Numero  ninguno

10. Ha recibido educación sobre Amenaza de Parto Prematuro?

- a) Si
- b) No

11. Antecedentes obstétricos

Gestas \_\_\_\_\_

Partos \_\_\_\_\_

Abortos \_\_\_\_\_

Cesáreas \_\_\_\_\_

Hijos vivos \_\_\_\_\_

Hijos muertos \_\_\_\_\_



#### 7.4. Consentimiento Informado

NUEVA LOJA FEBRERO 15 DE 2011.

DOCTOR:

LEONARDO PAVON.

**DIRECTOR DEL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.**

Cordial saludo.

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted para solicitarle comedidamente se nos autorice aplicar instrumentos para recolección de datos, los mismos que servirán para la realización de tesis **“Determinantes socioeconómicos y culturales que inciden en la amenaza de parto prematuro en pacientes ingresadas en el área de ginecología del Hospital Marco Vinicio Iza durante el periodo marzo a junio 2011.”** Requisito para nuestra incorporación.

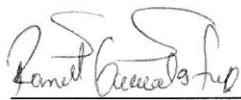
Por su gran sentido de colaboración desde ya anticipamos nuestros agradecimientos.

Atentamente:



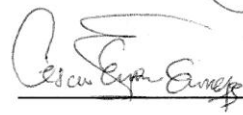
---

SANDRA YELA.



---

ROMEL GUACALES.



---

CESAR ENRIQUEZ





## 7.5. Autorización Institucional



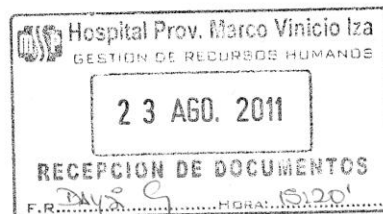
NUEVA LOJA, 23 DE AGOSTO DEL 2011.

ING:

ADELA SANTAMARÍA.

**LIDER DE GESTION DE TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.**

Cordial saludo.

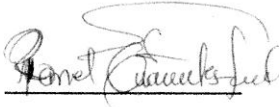


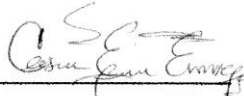
Por medio de la presente, nos dirigimos a usted para solicitarle comedidamente nos facilite la nomina del personal que trabaja en el hospital Marco Vinicio Iza, la misma que servirán para la realización de tesis **“Determinantes socioeconómicos y culturales que inciden en la amenaza de parto prematuro en pacientes ingresadas en el área de ginecología del Hospital Marco Vinicio Iza durante el periodo marzo a junio 2011.”** Requisito para nuestra incorporación.

Por su gran sentido de colaboración desde ya anticipamos nuestros agradecimientos.

Atentamente:

  
SANDRA YELA.

  
ROMEL GUACALES.

  
CESAR ENRIQUEZ

7.5.1.



NUEVA LOJA ABRIL 15 DE 2011.

LIC:

MARLENE SANCHEZ.

**LIDER DEL AREA DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA.**

Cordial saludo.

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted para solicitarle comedidamente se nos autorice aplicar instrumentos para recolección de datos, los mismos que servirán para la realización de tesis **“Determinantes socioeconómicos y culturales que inciden en la amenaza de parto prematuro en pacientes ingresadas en el área de ginecología del Hospital Marco Vinicio Iza durante el periodo marzo a junio 2011.”** Requisito para nuestra incorporación.

Por su gran sentido de colaboración desde ya anticipamos nuestros agradecimientos.

Atentamente:

*Re cibco  
23/04/11  
de H. Sánchez*

  
SANDRA YELA.

  
ROMEL GUACALES.

  
CESAR ENRIQUEZ

## 7.6. Certificado de Tutora

Tulcan, 10 de septiembre del 2011.

Sra. Msc.  
Ruth Salgado.  
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD  
POLITECNICA ESTATAL DEL CARCHI.  
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio del presente CERTIFICO haber leído, revisado y asesorado la tesis  
**“Determinantes socioeconómicos y culturales que inciden en la amenaza de parto  
prematuro en pacientes ingresadas en el área de ginecología del Hospital Marco  
Vinicio Iza durante el periodo marzo a junio 2011”**.Elaborada por Sandra Yela,  
Romel Guacales, Cesar Enriquez.

Es todo cuanto puedo certificar: pueden hacer uso del presente como creyeren  
necesario.

Atentamente,

  
Lic. Elena Mejía  
TUTORA DE TESIS

## 7.7. Oficio de Corrección de Tesis.

Tulcán, 27 de septiembre del 2011

Magister  
Ruth Salgado  
**DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA – UPEC.**  
Presente

De nuestras consideraciones:

Por medio del presente nos permitimos exponer nuestro informe y respectivas correcciones luego de haber realizado la lectura y análisis de la temática abordada en la Investigación titulada "DETERMINANTES SOCIO-ECONOMICOS Y CULTURALES QUE INCIDEN EN LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN PACIENTES INGRESADAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA DE LAGO AGRIO – SUCUMBIDOS DURANTE EL PERIODO MARZO A JUNIO DEL 2011" realizada por los estudiantes: Srta. Sandra Yela, Sr. Cesar Enríquez y Sr. Romel Guacales.

En Salud Pública los casos de Amenaza de parto prematuro constituyen un problema alarmante q necesita cada día mayor atención por parte de las autoridades sanitarias del País ya q su incidencia es muy alta, guarda relación con un sin número de patologías durante el embarazo pero las condiciones socioeconómicas y culturales de la embarazada es un puntal fundamental para desarrollar amenaza de parto prematuro, constituyendo un alto riesgo obstétrico que puede desencadenar en el aumento de la mortalidad perinatal o dejar secuelas graves en la madre e hijo a futuro.

Por lo dicho anteriormente el tema abordado en el proyecto de tesis tiene gran valía científica ya q trata una temática de importancia en salud para nuestro país y trata de enfocar aspectos sociales, económicos y culturales q son los q a su vez pueden provocar los aspectos clínicos q permiten valorar y diagnosticar a la patología obstétrica.

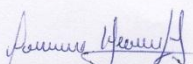
Luego del análisis del documento de investigación estimo las siguientes correcciones:


- Identificar el área de investigación como Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Marco Vinicio Iza.
- Se sugiere ampliar la redacción del primer y tercer párrafo del agradecimiento.

- Realizar las correcciones ortográficas y caligráficas del texto mediante el buen uso de mayúsculas, y redacción para lo cual favor guiarse en los correctivos hechos en el mismo documento.
- Sustentar la importancia del tema mediante la exposición de datos estadísticos propios de la Institución, los mismos q deben ser incluidos en el Planteamiento del Problema.
- En el Marco Teórico lo correspondiente al tratamiento en Amenaza de parto prematuro favor regirse a los Protocolos de Atención maternos del Ministerio de Salud Pública, ya q la Institución donde se realizó la investigación es parte del MSP y está regida por sus políticas.
- Identificar Variables Dependientes e Independientes, además realizar la operacionalización de las mismas.
- Mejorar el análisis e interpretación de algunos datos obtenidos, para esto favor guiarse en correcciones realizadas en el texto.
- Ampliar en lo posible el Plan de Intervención, se sugiere formación de grupos focales, capacitación al personal, entre otras.
- Presentar cronograma de charlas dirigido a usuarios con temas acordes a mejorar la calidad de vida.

Por la atención q se brinde a lo anteriormente expuesto anticipamos nuestros agradecimientos.

Atentamente,

  
Lic. Mariana Herrera Esp.  
DOCENTE DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA.

  
Lic. Fernanda Vinuesa Msc.  
DOCENTE DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA.



## 7.8. Certificado de Corrección de Tesis.



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DE CARCHI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

En calidad de Asesoras de la Tesis, **“DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES QUE INCIDEN EN LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN PACIENTES INGRESADAS EN EL ÁREA DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA DE LAGO AGRIO, SUCUMBOS DURANTE EL PERIODO MARZO A JUNIO 2011”.**

, presentada por la señorita: YELA BURBANO SANDRA LUCIA, y los señores: ENRIQUEZ CAICEDO CESAR EFREN, Y GUACALES FUEL ROMEL IGNACIO, como requisito previo para optar por el Título de Licenciada de enfermería, luego de haber revisado minuciosamente, damos fe de que las observaciones y sugerencias emitidas con anterioridad han sido incorporadas satisfactoriamente al presente documento.

Msc. Fernanda Vinuesa  
ASESORA

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a horizontal stroke, positioned above a dotted line.

FIRMA

Msc. Mariana Herrera  
ASESORA

A handwritten signature in blue ink, written in a cursive style, positioned above a dotted line.

FIRMA

### 7.9. Perfil de Tesis.

## FORMATO PARA DECLARAR TEMA Y PROBLEMA PARA TRABAJO FINAL DE GRADO

### FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DE:

Propuesta de Proyecto de Investigación

Propuesta de Proyecto de Tesis

Propuesta de Proyecto Globalizador

### Datos Generales



Información general del proyecto de tesis					
<b>Tema de Investigación: “DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES QUE INCIDEN EN LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN PACIENTES INGRESADAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA DE LAGO AGRIO, SUCUMBIOS DURANTE EL PERIODO MARZO A JUNIO 2011”.</b>					
<b>Escuela:</b> ENFERMERIA					
<b>Línea de Investigación (Marque con una X, la que corresponda)</b>					
Negociación Comercial	Comercio Exterior y Aduanas	Desarrollo Empresarial	Productividad	Emprendimiento e Innovación	
Impactos Ambientales	Mercadeo y Marketing	Promoción y desarrollo	Cultura y saberes	Planta turística	

			turístico y eco turístico		ancestrales		
Biosegurida d y factores de riesgo	Medicina ancestral y/o tradicional		Prevención, promoción, curación y rehabilitación en salud	X	Biotecnología agropecuaria		Manejo y conservac ión de recursos naturales
Producción agropecuari a	Pos cosecha		Transformaci ón de materias primas				
<b>Duración del Proyecto</b>		1	año				
<b>Cooperantes en el proyecto de investigación:</b>							
Instituciones Educativas	X	ONG y/o Fundacion es	Entidades de Gobierno		Gobierno Seccional		Ninguno
Centros de Investigación		Empresas Privadas	Empresas Públicas	X	Otro		
<b>Información de las instituciones cooperantes:</b>							
<b>Nombre de la Institución:</b>		HOSPITAL MARCO VINICIO IZA					
<b>Cooperante:</b>	Dr. LEONARDO PAVON		<b>Cargo:</b>	Director Hospital			
<b>Dirección:</b>	HMVI				<b>Ciudad/ País:</b>	Lago Agrio/Ecuador	
<b>Email:</b>		<b>Teléfono:</b>		<b>Fax:</b>			
<b>Nombre de la Institución:</b>							
		UNIVERSIDAD POLITECNICA ESTATAL DEL CARCHI					
<b>Cooperante:</b>	RUTH SALGADO		<b>Cargo:</b>	DIRECTORA DE ESCUELA			
<b>Dirección:</b>	UPEC				<b>Ciudad/</b>	Tulcán/Ecuador	



				<b>País:</b>			
<b>Email:</b>				<b>Teléfono:</b>		<b>Fax:</b>	
<b>Financiación del proyecto, los fondos serán:</b>							
Propios		<input checked="" type="checkbox"/>		Externos			
				Mixtos			
<b>Monto total del proyecto en USD: 1500 USD</b>							
<b>Información de las instituciones aportantes:</b>							
<b>Nombre de la Institución:</b>							
<b>Contacto:</b>				<b>Cargo:</b>			
<b>Dirección:</b>				<b>Ciudad/ País:</b>			
<b>Email:</b>				<b>Teléfono:</b>		<b>Fax:</b>	
<b>Nombre de la Institución:</b>							
<b>Contacto:</b>				<b>Cargo</b>			
<b>Dirección:</b>				<b>Ciudad/ País:</b>			
<b>Email:</b>				<b>Teléfono:</b>		<b>Fax:</b>	

### Datos de los Investigadores

<b>Nombre (Incluyendo estudiantes)</b>	<b>Cargo Actual en la UPEC</b>	<b>Cargo en el proyecto de Investigación</b>
Enríquez Caicedo Cesar Efrén.	Interno Rotativo de Enfermería	Investigador
Guacales Fuel Romel Ignacio.	Interno Rotativo de Enfermería	Investigador
Yela Burbano Sandra Lucia	Interna Rotativa de Enfermería	Investigadora.

### Formulación de problema.

Describa la situación problema; cuál es el problema que pretende resolver?, sea concreto y señale las variables.

Las amenazas de parto prematuro presentadas en el servicio de ginecología del Hospital Marco Vinicio Iza constituyen un precedente marcado dentro del funcionamiento de la sociedad en la que realizamos nuestra investigación.

El nacimiento pre término afecta aproximadamente del 10 al 15% de todos los nacimientos, presentando diferencias según el nivel de desarrollo de cada país, la prematurez continua siendo la mayor causa de morbi mortalidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido en el Ecuador. La prematurez, es el principal factor que contribuye al retraso de desarrollo, al deterioro visual y auditivo, neuropatías crónicas y parálisis cerebral. Más del 50% de estos trastornos se ocasionan en nacimientos menores a 34 semanas. Todo lo anteriormente expuesto se ve reflejado en un alto índice de hospitalización por amenaza de parto prematuro en dicho hospital, cabe señalar que en el año 2010 se han registrado un total de 244 pacientes.

### Justificación y alcance del proyecto

Responda a las siguientes inquietudes: ¿Por qué es importante investigar el problema?, ¿para qué investiga este problema?, ¿Qué impactos genera esta investigación?, ¿Quiénes son los beneficiarios? ¿Factibilidad: Económica, técnica, Bibliográfica, etc.?

**Porque es importante investigar el tema?** Actualmente a la Amenaza de parto prematuro se la considera un problema a nivel mundial, en nuestro país y según datos del MSP la App es una de las causas de muerte materna y

neonatal. Uno de los ejes para el manejo y control es el manejo adecuado de estas pacientes y conocer los factores socioeconómicos y culturales, ya que estos influyen de manera directa para que se presente esta complicación en el embarazo.

**Para que investigar el problema?** Para conocer si los factores socioeconómicos y culturas influyen en la amenaza de parto prematuro y de esta manera poder mejorar para poder tener un correcto y adecuado desarrollo del embarazo. Con una buena concientización y cambio de mentalidad de la paciente y de la familia podemos ver los resultados a corto y largo plazo.

**Qué impactos genera esta investigación?** Que la población tanto con amenaza de parto prematuro y pacientes en gestación conozcan de la importancia de esta complicación y así poder disminuir los altos índices de App en mujeres embarazada.

**Quiénes son los beneficiarios?** Los usuarios y familiares de los usuarios que asisten a esta casa de salud en lago agrio, profesionales de la salud y la población en general.

**Factibilidad: Económica, técnica, Bibliográfica?**

La presente investigación es viable, ya que el problema se encuentra ubicado en un marco que engloba la realidad de esta provincia, se añade la bibliografía la cual es actualizada, es factible ya que existe un buen acercamiento y apoyo de las autoridades, quienes están de acuerdo y prestarán las facilidades necesarias para realizar este proyecto en el Hospital Marco Vinicio Iza en el servicio de Ginecología y Obstetricia.

### **Antecedentes de la investigación.**

Resultados de investigaciones anteriores, teorías que permiten deducir el problema.

El parto pre término es la mayor causa de mortalidad perinatal en el mundo desarrollado y ocurre en aproximadamente un 7% de todos los nacimientos. Los niños pre término presentan causas severas de morbilidad como dificultad respiratoria del recién nacido, hemorragias intraventriculares, displasia broncopulmonar y enterocolitis necrotizante. También se pueden presentar complicaciones a largo plazo como parálisis cerebral, pérdida visual y auditiva.

Existe evidencia clara que demuestra como algunas intervenciones realizadas en el campo de la salud pueden comprar tiempo, ayudar a madurar al feto y disminuir la morbi-mortalidad asociada a esta patología. Una guía clínica basada en evidencia puede facilitar el proceso de la investigación a la práctica.

Uno de los problemas más importantes en la perinatología actual es la patología inherente a la prematuridad, puesto que constituye un porcentaje alto de nuestra población con diferencias ostensibles entre países y entre poblaciones estudiadas y con un impacto sobre la morbi-mortalidad perinatal muy destacado, mayor cuanto más prematuro es el recién nacido. Si a ello añadimos las connotaciones socioeconómicas, se delimita en su conjunto una de las problemáticas más serias de los sistemas sanitarios (1).

En los últimos 10 años se han dado 3 grandes progresos en lo que se refiere al parto pre término: 1) conceptualizar al parto pre término como un síndrome. Lo que les permite a los epidemiólogos establecer acciones en los tres niveles de atención para la salud. El nivel primario está encaminado a eliminar o disminuir los factores de riesgo de en toda población, el secundario se orienta al diagnóstico oportuno de la enfermedad en pacientes con factores de riesgo, el

terciario tiene como objeto reducir la morbilidad y mortalidad en las pacientes que desarrollan parto pretermo. El segundo progreso importante ha sido el desarrollo de marcadores bioquímicos y biofísicos que permiten predecir el parto pretermo con mayor confiabilidad. Uno de los obstáculos más difíciles de vencer ha sido el diagnóstico inexacto del parto pre término, ya que la mitad de las pacientes que solicitan atención médica por esta patología no presentan datos ni si quiera de amenaza de parto pretermo. El tercer avance ha sido el esclarecimiento de la eficacia de los corticoides para reducir la morbilidad y mortalidad neonatal (2).



### **Objetivo general y objetivos específicos**

**Objetivo General:** Identifica la finalidad hacia la cual deben dirigirse los recursos y esfuerzos. El objetivo debe responder a las preguntas "qué" y "para qué". Es el conjunto de resultados cualitativos que el programa o proyecto se propone alcanzar a través de determinadas acciones.

#### **Objetivo general.**

Establecer la situación socioeconómica y cultural de las pacientes con amenaza de parto que acudieron al servicio de gineco-obstetricia del Hospital Marco Vinicio Iza en el periodo marzo-junio del 2011, en relación con los antecedentes gineco-obstetricos. Con la finalidad de disminuir la mortalidad materna y neonatal, beneficiando a las madres gestantes por medio de la educación y cuidados durante el embarazo.

#### **Objetivos Específicos**

- e) Determinar las características socioeconómicas que influyen en el bajo

control prenatal.

- f) Determinar si hay una relación directa entre las características sociales de las pacientes en estudio como: edad materna, estado civil y ocupación, y la situación de amenaza de parto prematuro de las mismas.
- g) Establecer la incidencia de la amenaza de parto prematuro de las gestantes en estudio.

Elaborar un folleto informativo acerca de la condición clínica de la paciente con amenaza de parto prematuro

### **Hipótesis o idea a defender:**

Hipótesis cuando el proyecto tenga mayor carga cuantitativa, es decir, el uso de modelos estadísticos matemáticos.

Idea a defender, cuando el proyecto tenga mayor carga cualitativa, y el uso de estadística descriptiva.

### **Hipótesis**

Los factores socioeconómicos y culturales están vinculados en la amenaza de parto prematuro pues forman parte del apareamiento y agudización de las condiciones clínicas que llevarán a la amenaza de parto prematuro en la mujer.

### **Objeto De Estudio**

- Salud Publica

### **Campo De Acción**

- Embarazadas con Amenaza de Parto

### **Tipo de investigación**

Se describe el tipo de investigación que se considere pertinente, teniendo en cuenta el tema y los objetivos propuestos

La investigación científica pretende dar soluciones a una problemática conflicto o problema, en la consecución del objetivo del presente trabajo de investigación se emplea métodos y técnicas de acuerdo a las necesidades de la investigación, para lo cual como punto base tomamos la investigación explicativa, debido a la variedad de características que presenta nuestra investigación. La investigación explicativa trata de dar cuenta de los por que del objeto que se investiga, intenta dar cuenta de un aspecto de la realidad para lo cual requiere la combinación de los métodos analítico y sintético en conjugación con el deductivo y el inductivo

<b>CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO DE PROYECTO</b>						
<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS - INSUMOS</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>CANT.</b>	<b>VALOR TOTAL</b>	<b>TIEMPO</b>
OBJETIVO 1	1.1. Guía de observación 1.2. Encuestas	Hojas Hojas	0.10 0.10	200 30	25.00 3.00	25 horas 10 horas
OBJETIVO 2	1.1. Tabulación de datos	Estadístico Hojas 60 hojas de trabajo	00 0.10 0.10	200 50	20.00 5.00	10 horas
OBJETIVO 3	1.1. Marco Teórico 1.2. Elaboración del informe final y comprobación de hipótesis	Hojas de papel 300 Copias Empastados Elaboración de cuadros estadísticos	0.10 3.00 10.00 10.00	300 300 5 25	30.00 30.00 50.00 250.00	120 horas
OBJETIVO 4 (TRANSFERENCIA DE RESULTADOS)	1.1. Edición 1.2. Socialización	50 horas de trabajo	10.00	50	500.00	50 horas
<b>SUBTOTAL</b>					943.00	215 horas
<b>10% DE IMPREVISTOS</b>					300.00	
<b>TOTAL</b>					1243.00	215 horas



**Bibliografía y otra producción científica citada**

1. ROMERO, R., ENAMIAN, M. Wan M et al.  
*The value of the leukocyte esterase test in diagnosing intra-amniotic infection.*Am.J. Perinatol.
2. SEYMOUR L. ROMNEY otros.  
(1979). *Ginecología y obstetricia- Cuidado integral de la mujer.*  
Editorial Salvat S.A, Barcelona, España, Pág. 964
3. SOCIEDAD DE MEDICOS CIRUGANOS DEL HOSPITAL DE GINECO  
OBSTETRICIA Nº UNO CUATRO DEL I.M.S.S.  
(1985). *Procedimientos en obstetricia, México.*
4. [www.hvn.es/serviciosasistenciales/ginecologia/documentos/prem\\_diagnos.pdf](http://www.hvn.es/serviciosasistenciales/ginecologia/documentos/prem_diagnos.pdf)  
2009 05 20
5. [www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/.../72.doc](http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/.../72.doc)
6. [www.inec.gov.ec/estadisticas/](http://www.inec.gov.ec/estadisticas/)
7. [www.desarrollosocial.gob.ec/](http://www.desarrollosocial.gob.ec/)

## Declaración Final

Los abajo firmantes declaramos bajo juramento que el proyecto descrito en este documento no ha sido presentado a otra institución nacional o internacional para su financiamiento, no causa perjuicio al ambiente, es de nuestra autoría y no transgrede norma ética alguna.

**Lugar:** Tulcán

**Fecha:** 9 de Abril 2011



ENRIQUEZ CESAR  
C.I. 0401222500

GUACALES ROMEL  
C.I. 0401369319

YELA SANDRA  
C.I.1085901116

### Espacio Reservado para la Comisión de Investigaciones

Funcionario

responsable:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

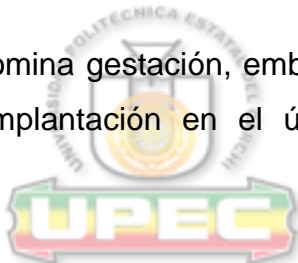
\_\_\_\_\_  
Fecha de  
Recepción

## 7.10. Glosario.

**CRECIMIENTO ECONÓMICO SOSTENIDO.-** Crecimiento económico y mejoramiento del nivel material de vida, y las condiciones ecológicas y sociales.

**EDUCACIÓN.-** Acción y efecto de educar. Desarrollar o perfeccionar las facultades intelectuales y morales del niño o del joven por medio de preceptos, ejercicios, ejemplos, etc.

**EMBARAZO.-** Se denomina gestación, embarazo o gravidez al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto.



**FACTORES.-** Elementos con causa o condicionante que contribuye a lograr un resultado.

**INFLUENCIA.-** Poder, autoridad, actuar sobre la manera de ser o de obrar de otra persona o cosa.

**MORBILIDAD.-** Número de personas que enferman en una población y en un período de tiempo determinado.

**MORTALIDAD.-** Número de muertes de una población en un período de tiempo determinado.

**RIESGO.-** Probabilidad de un efecto adverso, proximidad a un daño o factor que aumenta esta probabilidad.

**PREVENCIÓN.-** Acción y efecto de prevenir. Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo.

**PROGRAMA.-** Serie ordenada de operaciones necesarias para llevar a cabo un proyecto.

**PREVALENCIA.-** Número de casos nuevos

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA GESTANTE.-** Entre las que consideramos:

**ANALFABETA.** Primaria incompleta. Primaria completa. Secundaria incompleta. Secundaria completa. Superior.

**EDAD.-** Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.

**ESCOLARIDAD.-** Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

**ESTADO CIVIL.-** Tipo de enlace establecido por una pareja. Soltera. Casada. Divorciada. Viuda. Unión libre.

**RESIDENCIA.-** Ubicación geográfica de donde vive una persona. Urbano. Sub urbano. Rural.

**PATOLOGÍAS ASOCIADAS.-** Aquí se incluyen todos los padecimientos que complican la gestación, y que como resultado dan algún grado de insuficiencia placentaria que conduce a hipoxia fetal crónica y un menor aporte de nutrientes necesarios para el desarrollo normal del feto, así tenemos: Hemorragias obstétricas. Ruptura prematura de membranas. Placenta previa/ implantación baja. Desprendimiento prematuro de Placenta. Poli hidramnios, Pre eclampsia/Eclampsia. Ruptura Prematura de Membranas. Anemia. Infección del tracto genital. Infección del Tracto Urinario.

**ANTECEDENTES GÍNECO-OBSTÉTRICOS.-** Todos aquellos antecedentes obstétricos que puedan agravar la morbi mortalidad perinatal o materna como:

**ABORTOS.-** Es la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos.

**ANTECEDENTES DE PARTO PRE TÉRMINO.-** Presencia de por lo menos un embarazo que culminó antes de cumplidas las 37 semanas de gestación.

**CONTROL PRENATAL.-** Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.

Sin control. Insuficiente (1-4 controles). Mínimo eficiente (5 controles). Seis o más controles.

**EDAD GESTACIONAL.-** Es el tiempo transcurrido desde la última menstruación y se expresa en semanas

**GESTAS.-** El número de embarazos que ha tenido la mujer, excepto el actual.

**INTERVALO INTERGENÉSICO.-** Tiempo entre la terminación de un embarazo y la fecundación del siguiente

**PARIDAD.-** Número de hijos nacidos vivos y fetos muertos mayores de 20 semanas de gestación que haya tenido la madre.

Nulípara.- Mujer que nunca ha parido por vía vaginal

Primípara.- Mujer que ha tenido un niño por vía vaginal

Múltipara.- Mujer que ha tenido 2 o más niños por vía vaginal

Gran múltipara.- Mujer que ha tenido más de 5 niños por vía vaginal.


### 7.11. Asociación Empírica De Variables

#### Identificación:

Incidencia de amenaza parto pre término.

- Características demográficas de las gestantes: Edad, escolaridad, residencia, estado civil
- Patologías de riesgo: Hemorragias obstétricas, ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de Placenta , poli hidramnios, pre eclampsia /eclampsia, anemia , infección del tracto genital, infección del tracto urinario
- Antecedentes Gineco-obstétricos: Gestas, partos, abortos, hijos muertos, intervalo intergenésico, edad gestacional, control prenatal, antecedentes de parto pre término.

ORD.	CÉDULA DE CIUDADANÍA	APELLIDOS Y NOMBRES	DENOMINACION DEL PUESTO	
			GRUPO OCUPACIONAL	DENOMINACION INSTITUCIONAL
1	1705990271	<b>PROCESO GOBERNANTE GESTIÓN ESTRATEGICA HOSPITALARIA</b>	DIRECTOR TECNICO DE AREA	DIRECTOR
		PAVON CALDERON LEONARDO ENRIQUE		
3	1707255921	<b>GESTIÓN TÉCNICA HOSPITALARIA</b>	SERVIDOR PUBLICO 7-8HD	SUBDIRECTOR MEDICO
		ZUMARRAGA GALARZA RAMIRO FERNANDO		
5	1801473016	<b>PROCESOS DE VALOR AGREGADO CALIFICACION DE DEMANDA Y OFERTA HOSPITALARIA</b>	SERVIDOR PUBLICO 4	TRABAJADORA SOCIAL
		JATIVA GAVILANEZ MARIA ELEVACION		
6	0801512302	PLAZA PONCE ALEXANDRA DEL PILAR	SERVIDOR PUBLICO 2	TRABAJADORA SOCIAL
		<b>OPERATIVACION DE NORMAS DE</b>		

		<b>GESTIÓN EN SERVICIOS HOSPITALARIOS CENTRO QUIRÚRGICO</b>			
7	0000000000	VACANTE		SERVIDOR PUBLICO 7-4HD	MÉDICO CIRUJANO
8	0103017885	MONTES ABARCA TERESA BEATRIZ		SERVIDOR PUBLICO 7-8HD	MÉDICO CIRUJANO
9	907507370	PANTA MOREIRA KLEBER IGNACIO		SERVIDOR PUBLICO 7-8HD	MEDICO CIRUJANO
10	0702722802	BLACIO VILLA CARLOS OMAR		SERVIDOR PUBLICO 7-8HD	MEDICO CIRUJANO
11	0000000000	VACANTE		SERVIDOR PUBLICO 4-4HD	MEDICO ANESTESIOLOGO
12	0000000000	VACANTE		SERVIDOR PUBLICO 7-8HD	MEDICO ANESTESIOLOGO
13	0401102751	SANCHEZ MEDINA CRISTHIAN MAURICIO		SERVIDOR PUBLICO 7-8HD	MEDICO ANESTESIOLOGO
14	909444036	HUAYAMAVE SALAS JORGE REINALDO		SERVIDOR PUBLICO 3-8HD	ANESTESISTA
15	1709047763	SALINAS TANDAZO ROSA ENID		SERVIDOR PUBLICO DE	AUXILIAR DE



16	2100793088	CUESTA CHIRIBOGA LILIANA ALEJANDRA	APOYO 1 SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1	SERVICIOS DE SALUD AUXILIAR DE SERVICIOS DE SALUD
----	------------	---------------------------------------	-------------------------------------------	---------------------------------------------------------

17	2100582366	GALARZA CUESTA BARBARA JESSENIA	SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1	AUXILIAR DE SERVICIOS DE SALUD
		CONSULTA EXTERNA		
18	1703961308	ALMEIDA ARROBA HERNAN AMILCAR	SERVIDOR PUBLICO 6- 4HD	MEDICO TRATANTE
19	0917346447	VILLA SOXO SERGIO MARLON	SERVIDOR PUBLICO 7- 8HD	MEDICO TRATANTE
20	1713629069	BERMEO CASTRO RICHARD PATRICIO	SERVIDOR PUBLICO 7- 8HD	MEDICO TRATANTE
21	1704324902	VIERA NOROÑA JOSE VIDAL	SERVIDOR PUBLICO 7- 8HD	MEDICO TRATANTE
22	910514975	REINOSO MOLINA EDGAR ANIBAL	SERVIDOR PUBLICO 7- 8HD	MEDICO TRATANTE
23	908514235	ZAPATA CEVALLOS RAFAEL	SERVIDOR PUBLICO 7-	MEDICO TRATANTE

		<b>LEONIDAS</b>	<b>8HD</b>	
24	<b>1304763368</b>	<b>SANCHEZ CARPIO WINER EDIZON</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO 7-8HD</b>	<b>MEDICO TRATANTE</b>
25	<b>0502761133</b>	<b>CONDOR SALAZAR NATALY PAULINA</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO 7-8HD</b>	<b>DERMATOLOGA</b>
26	<b>0801952144</b>	<b>PALACIOS SALAZAR JAIME ARMANDO</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO 7-8HD</b>	<b>PSIQUIATRA</b>
27	<b>1309840385</b>	<b>BERMUDEZ SOLORZANO CARLOS ALBERTO</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO 7-8HD</b>	<b>TRAUMATOLOGO</b>
28	<b>1714395009</b>	<b>HERRERA QUIMBAYO ANDREA ISABEL</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO 7-8HD</b>	<b>MEDICO INTERNISTA</b>
29	<b>1712480266</b>	<b>VILLACRES GUERRERO SILVIA PATRICIA</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO 4-8HD</b>	<b>PSICÓLOGA</b>
30	<b>1308114188</b>	<b>QUIROZ SUÁREZ NORMA PATRICIA</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO 3-8HD</b>	<b>FISIOTERAPEUTA</b>
31	<b>1708354442</b>	<b>ORTIZ GUERRA GRACE MONSERRATH</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO 3-8HD</b>	<b>TERAPISTA DE LENGUAJE</b>
32	<b>1720016359</b>	<b>ALBARRACIN ARMAS SUSANA ELIZABETH</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO 3-8HD</b>	<b>TERAPISTA DE LENGUAJE</b>
33	<b>1500320989</b>	<b>ANDI ANDI GLORIA MAGDALENA</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO DE</b>	<b>AUXILIAR DE</b>



34	1500202831	CERDA COQUINCHE LORENZO	APOYO 1 SERVIDOR PUBLICO DE SERVICIOS 1	SERVICIOS DE SALUD PROMOTOR DE SALUD
		<b>EMERGENCIA</b>		
35	0000000000	VACANTE	SERVIDOR PUBLICO 7- 8HD	EMERGENCIOLOGO
36	0502498215	CRUZ MONTESINOS EDUARDO SANTIAGO	SERVIDOR PUBLICO 7- 8HD	EMERGENCIOLOGO
37	1310933658	CANTOS VERA NELLY MONSERRATE	SERVIDOR PUBLICO 4- 8HD	MÉDICO RESIDENTE
38	1308442852	CABALLERO VERGARA EDUARDO XAVIER	SERVIDOR PUBLICO 4- 8HD	MÉDICO RESIDENTE
39	1309783072	BATALLAS TERRANOVA JOSE GABRIEL	SERVIDOR PUBLICO 4- 8HD	MÉDICO RESIDENTE
40	1309549788	CALDERON DELGADO TYRONE BERNARDINO	SERVIDOR PUBLICO 4- 8HD	MÉDICO RESIDENTE
41	1103127781	POMA VELEZ WILMER OLMEDO	SERVIDOR PUBLICO 5- 8HD	MEDICO TRATANTE
42	1704362787	ARROYO RAMIREZ MARIO ROBERTO	SERVIDOR PUBLICO 7- 8HD	MEDICO TRATANTE

43	0916279359	VINUEZA BADILLO VINKO HUGO	SERVIDOR PUBLICO 4-8HD	MEDICO RESIDENTE
47	1309655148	VERA ZAMBRANO YOMAYRA LILIBETH	SERVIDOR PUBLICO 3-8HD	MÉDICO RURAL
48	1305091751	BELLO VINUEZA ANDRES IGNACIO	SERVIDOR PUBLICO 3-8HD	MÉDICO RURAL
49	0603127861	CIFUENTES OCHOA GABRIEL ALBERTO	SERVIDOR PUBLICO 3-8HD	MÉDICO RURAL
50	0917587164	COTTO DOMENECH JOSE DAVID	SERVIDOR PUBLICO 3-8HD	MÉDICO RURAL
51	0911302008	PUENTE TENEZACA MANUEL ALFONSO	SERVIDOR PUBLICO 3-8HD	MÉDICO RURAL
52	1104205339	RAMON JIMENES ELADIO FABRICIO	SERVIDOR PUBLICO 3-8HD	MÉDICO RURAL
53	1312220120	VERA SALTOS ANGEL RICARDO	SERVIDOR PUBLICO 3-8HD	MÉDICO RURAL
54	2100019955	VILLACÍS MESTANZA KERLY YESENIA	SERVIDOR PUBLICO 2-4HD	OBSTETRIZ
55	1500364367	BUENO NAVARRETE AMPARITO EUGENIA	SERVIDOR PUBLICO 3-8HD	OBSTETRIZ

56	2100060157	CUZCO CAIZA ALEXANDRA GUADALUPE	SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1	AUXILIAR DE SERVICIOS DE SALUD
57	2100089636	MALLA GUTIÉRREZ CARMEN DEL ROCIO	SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1	AUXILIAR DE SERVICIOS DE SALUD
58	601733439	VILLAFUERTE CLEMENCIA MARIANA	SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1	AUXILIAR DE SERVICIOS DE SALUD
		<b>GINECOBSTETRICIA</b>		
62	0502485014	PILA CANDO KLEBER MARCELO	SERVIDOR PUBLICO 7- 8HD	GINECÓLOGO
63	1710595297	TOAPANTA MAILA JORGE WELLINGTON	SERVIDOR PUBLICO 7- 8HD	GINECÓLOGO
64	0000000000	VACANTE	SERVIDOR PUBLICO 7- 4HD	GINECÓLOGO
65	1305100099	SALAZAR BERMEO ADOLFO FERNANDO	SERVIDOR PUBLICO 6- 4HD	GINECÓLOGO
66	701165284	RODRÍGUEZ BLANCA FANNY	SERVIDOR PUBLICO 2- 4HD	OBSTETRIZ
67	1718145624	MACÍAS ROSERO EDWIN JAIRO	SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1	AUXILIAR DE SERVICIOS DE SALUD
		<b>HOSPITALIZACION</b>		

68	<b>1801071802</b>	<b>LLERENA TORRES FRANKLIN OVIDIO</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO 7- 8HD</b>	<b>MEDICO TRATANTE</b>
69	<b>1307320067</b>	<b>PALMA MOREIRA ANGEL ALFREDO</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO 4- 8HD</b>	<b>MÉDICO RESIDENTE</b>
70	<b>0920341591</b>	<b>BETANCOURT CUADRADO DANIEL JOSE</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO 4- 8HD</b>	<b>MEDICO RESIDENTE</b>
71	<b>1310306095</b>	<b>GUADAMUD GOMEZ WINER JEANCARLOS</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO 4- 8HD</b>	<b>MÉDICO RESIDENTE</b>
72	<b>1310483779</b>	<b>VERA RIVAS PEDRO PABLO</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO 4- 8HD</b>	<b>MÉDICO RESIDENTE</b>
73	<b>1305401315</b>	<b>VERA BARCIA VICENTE STALIN</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO 4- 8HD</b>	<b>MÉDICO RESIDENTE</b>
74	<b>701198376</b>	<b>ESPINOZA TANDAZO JOSÉ MARÍA</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1</b>	<b>AUXILIAR DE SERVICIOS DE SALUD</b>
75	<b>1102580105</b>	<b>FAJARDO RAMÍREZ LIGIA ENITH</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1</b>	<b>AUXILIAR DE SERVICIOS DE SALUD</b>
76	<b>1707939961</b>	<b>VERA RIERA ALBINA MARGOTH</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1</b>	<b>AUXILIAR DE SERVICIOS DE SALUD</b>
77	<b>2100150859</b>	<b>JUMBO CÓRDOVA VERÓNICA NATIVIDAD</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1</b>	<b>AUXILIAR DE SERVICIOS DE SALUD</b>

78	2100208343	MANZANO FIALLO SILVIA NOEMÍ	SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1	AUXILIAR DE SERVICIOS DE SALUD
79	2100053038	ALVARADO CENTENO GRETA MARÍA	SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1	AUXILIAR DE SERVICIOS DE SALUD
80	2100125075	VILLOTA TORRES LOURDES ROCÍO	SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1	AUXILIAR DE SERVICIOS DE SALUD
81	1500276355	CERDA TANGUILA PIEDAD LEONOR	SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1	AUXILIAR DE SERVICIOS DE SALUD
82	2100439849	LOMBEIDA MORA JUAN PABLO	SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1	AUXILIAR DE SERVICIOS DE SALUD
83	2100107917	SOLORZANO PINOS DELFA MARCELA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
84	0915435721	TORRES SUAREZ ROBERTO JAVIER	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
		<b>PEDIATRIA</b>		
85	0917454407	SANTANDER CAICEDO MONICA EDILMA	SERVIDOR PUBLICO 7-8HD	PEDIATRA
86	1707990352	SANCHEZ QUISHPE DINO JUAN	SERVIDOR PUBLICO 6-4HD	PEDIATRA
87	0000000000	VACANTE	SERVIDOR PUBLICO 7-	PEDIATRA

88	0000000000	VACANTE	8HD SERVIDOR PUBLICO 7- 8HD	PEDIATRA
		<b>ECOSONOGRAFIA</b>		
89	0000000000	VACANTE	SERVIDOR PUBLICO 7	ECOGRAFISTA
90	1703688687	VILLAVICENCIO HIDALGO FERNANDO ENRIQUE	SERVIDOR PUBLICO 7	MEDICO TRATANTE
	2100502422	LUMBE LUMBI ERIKA MARIBEL	SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1	SECRETARIA
		<b>LABORATORIO</b>		
91	1711251148	TORRES MERINO PABLO ANTONIO	SERVIDOR PUBLICO 7- 8HD	PATOLOGO CLINICO
92	1000703924	BARRENO YUNDA VICENTE MILTON	SERVIDOR PUBLICO 1- 6HD	LABORATORISTA
93	0501053631	MALDONADO VASQUEZ TARCISIO HOMERO	SERVIDOR PUBLICO 7- 8HD	PATÓLOGO CLÍNICO
94	1307689032	ZÚÑIGA ANCHUNDIA JUAN CARLOS	SERVIDOR PUBLICO 2	LABORATORISTA
95	603593328	LLANGARI TZAQUI LUIS ALBERTO	SERVIDOR PUBLICO 3- 8HD	LABORATORISTA
96	1307607455	LOOR PINCAY FREDY DAGOBERTO	SERVIDOR PUBLICO 3-	LABORATORISTA



97	1803180221	CAISA LOMAS EDWIN MAURICIO	8HD SERVIDOR PUBLICO 3-8HD	BIOQUIMICO LABORATORIO
98	1311574543	NAVARRETE BERMUDEZ TANYI MERCEDES	SERVIDOR PUBLICO 3-8HD	LABORATORISTA
99	2100154000	GÓMEZ MALDONADO CECILIA NOEMÍ	SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1	ASISTENTE DE LABORATORIO
100	2100258082	PIEDRA NOLE ANGÉLICA MARÍA	SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1	ASISTENTE DE LABORATORIO
101	2100350228	GOMEZ MALDONADO ALICIA MAGALY	TRABAJADOR SANITARIO	TRABAJADOR SANITARIO
102	210039273- 3	MUÑOZ FREIRE NELLY VERÓNICA	SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1	SECRETARIA
		<b>RAYOS X</b>		
103	0702951302	CARRILLO ALVERCA SEGUNDO PLACIDO	SERVIDOR PUBLICO 1-6HD	RADIÓLOGO
104	0000000000	VACANTE	SERVIDOR PUBLICO 7-8HD	IMAGENÓLOGO
105	1309323085	AVILA FRANCO ANGELA JOHANNA	SERVIDOR PUBLICO 2-6HD	RADIÓLOGO

106	1717614349	BUSTOS ZAPATER NORMAN SANTIAGO	AUXILIAR DE RADIOLOGIA	AUXILIAR DE RADIOLOGIA
-----	------------	-----------------------------------	---------------------------	---------------------------

		<b>PROCESO HABILITANTE DE APOYO DESARROLLO ORGANIZACIONAL GESTIÓN DE FARMACIA</b>		
107	1500125040	AÑAZCO MAGNO EUGENIA DEL PILAR	SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1	ASISTENTE DE FARMACIA
108	2100091632	ALTAMIRANO BORJA SUSANA GERMANIA	SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1	ASISTENTE DE FARMACIA
109	1709378986	CASTRO NARANJO NORMA EVANGELINA	AUXILIAR DE FARMACIA	AUXILIAR DE FARMACIA
110	1500361165	MONTALVAN ERAS FLOR MARGARITA	AUXILIAR DE FARMACIA	AUXILIAR DE FARMACIA
111	110252472-3	LUZURIAGA MIGUEL AUGUSTO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SALUD	AUXILIAR DE FARMACIA
112	0101857779	MORALES PAREDES EDITH DEL	SERVIDOR PUBLICO 4-	QUÍMICO

	<b>PILAR</b>	<b>8HD</b>	<b>FARMACEÚTICO</b>
	<b>GESTION DE ENFERMERIA</b>		
113	170698599-9 MANTILLA YOLANDA PATRICIA	SERVIDOR PUBLICO 6	ENFERMERA
114	171177044-4 DIAZ VILLARRUEL HEDDITH ELIZABETH	SERVIDOR PUBLICO 4	ENFERMERA
115	100190891-0 MENDEZ CHALA JULY FLOR	SERVIDOR PUBLICO 4	ENFERMERA
116	210001554-0 ORTIZ VASQUEZ SONIA MARIBEL	SERVIDOR PUBLICO 2	ENFERMERA
117	040114697-2 JIMENEZ NAVARRETE NUVIA LORENA	SERVIDOR PUBLICO 2	ENFERMERA
118	020155546-3 PATIN GUAQUIPANA MANUEL ANGEL	SERVIDOR PUBLICO 2	ENFERMERO
119	040123408-3 NARVAEZ PRADO BETTY EUGENIA	SERVIDOR PUBLICO 2	ENFERMERA
120	100239259-3 CUASQUE GUERRA EDGAR GUSTAVO	SERVIDOR PUBLICO 2	ENFERMERO
121	100281940-5 CUASAPAS LUNA NORMA SALOME	SERVIDOR PUBLICO 2	ENFERMERA
122	100227153-2 SANCHEZ PADILLA BERTHA MARLENE	SERVIDOR PUBLICO 2	ENFERMERA
123	100282415-7 LARA FIERRO DALVA DIANA	SERVIDOR PUBLICO 2	ENFERMERA
124	110344336-0 GRANDA VERA MARCIA MARIBEL	SERVIDOR PUBLICO 2	ENFERMERA
125	170791806-4 MOROCHO HEREDIA ELENA	SERVIDOR PUBLICO 2	ENFERMERA

		<b>MARGOT</b>		
126	<b>100275917-1</b>	<b>ANTAMBA VALENCIA MARIELA</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO 2</b>	<b>ENFERMERA</b>
135	<b>1720677192</b>	<b>IMBAQUINGO ASIMBAYA SILVIA VERONICA</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO 3- 8HD</b>	<b>ENFERMERA</b>
136	<b>0802438432</b>	<b>MORA CASTRO ISABEL VERONICA</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO 2- 8HD</b>	<b>ENFERMERO RURAL</b>
137	<b>0401353487</b>	<b>CHAVEZ MORENO BLANCA ROCIO</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO 2- 8HD</b>	<b>ENFERMERA RURAL</b>
138	<b>1719774372</b>	<b>SANTILLAN CAHUATIJO ADRIANA JEANETH</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO 2- 8HD</b>	<b>ENFERMERA RURAL</b>
139	<b>0401577101</b>	<b>PORTILLA PORTILLA VERONICA GUERRON CORAL JAVIER RENE FERNANDA</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO 2- 8HD</b>	<b>ENFERMERO RURAL</b>
140	<b>100235994-9</b>	<b>LOPEZ GRIJALVA CONSUELO DE LAS MERCEDES</b>	<b>SERVIDOR PUBLICO 2</b>	<b>ENFERMERA</b>
141	<b>040163670-9</b>	<b>ROJAS RODRIGUEZ DIANA CATERINE</b>	<b>INTERNO ROTATIVO</b>	<b>INTERNO ROTATIVO</b>
142	<b>040142625-9</b>	<b>REVELO MENESES JESSICA LILIANA</b>	<b>INTERNO ROTATIVO</b>	<b>INTERNO ROTATIVO</b>
143	<b>040122250-0</b>	<b>ENRIQUEZ CAICEDO CESAR EFREN</b>	<b>INTERNO ROTATIVO</b>	<b>INTERNO ROTATIVO</b>
144	<b>040159166-4</b>	<b>VERA GUERRERO ROBERTO CARLOS</b>	<b>INTERNO ROTATIVO</b>	<b>INTERNO ROTATIVO</b>

145	040136931-9	GUACALES FUEL ROMEL IGNACIO	INTERNO ROTATIVO	INTERNO ROTATIVO
146	1.085.901.116	YELA BURBANO SANDRA LUCIA	INTERNO ROTATIVO	INTERNO ROTATIVO
147	040130430-8	CHILINQUINGA RUIZ SONIA GUADALUPE	INTERNO ROTATIVO	INTERNO ROTATIVO
148	0401476213	PADILLA YEPEZ GABRIELA NATHALY	INTERNO ROTATIVO	INTERNO ROTATIVO
149	0401545645	BOLAÑOS POLITH LAURA STEFANIA	INTERNO ROTATIVO	INTERNO ROTATIVO
150	0401648480	INTRIAGO TULCAN DIANA ISABEL	INTERNO ROTATIVO	INTERNO ROTATIVO
151	0401626924	LIMA POZO MIRIAM NATALY	INTERNO ROTATIVO	INTERNO ROTATIVO
152	0401350772	ROMO TORRES ALICIA DANIELA LOPEZ HERNANDEZ PAOLA	INTERNO ROTATIVO	INTERNO ROTATIVO
153	0401643952	ALEXANDRA	INTERNO ROTATIVO	INTERNO ROTATIVO
154	0401796610	ROSETO SOTO JIMMY ADRIAN	INTERNO ROTATIVO	INTERNO ROTATIVO
155	070062282-2	SANDOVAL RAMOS AGUEDA TERESA	SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1	AUXILIAR DE SERVICIOS DE SALUD
156	180280635-4	AGUAYO RIOS LURDES LUPE	SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1	AUXILIAR DE SERVICIOS DE SALUD
157	171198267-9	TORRES BRAVO LUCIA BEATRIZ	SERVIDOR PUBLICO DE APOYO 1	AUXILIAR DE SERVICIOS DE SALUD
158	170861613-9	ESCOBAR MAGDA ALEXANDRA	SERVIDOR PUBLICO DE	AUXILIAR DE

			<b>APOYO 1</b>	<b>SERVICIOS DE SALUD</b>
159	170409532-0	MESTANZA PACHECO DESA DAISY	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
160	170298832-8	AMAY COSTA MARIA HORTENCIA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
161	170808662-2	MENDOZA GERMANIA CONCEPCION	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
162	150018692-7	ANDI ANDI FELICIA BOLIVIA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
163	110243591-2	BECERRA PATIÑO AUDA GERMANIA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
164	150028092-8	TORRES MANITIO ELVIA MORJIANA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
165	170663153-6	CASTILLO CUEVA MARIA MELVA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
166	050143052-4	GUAITA CHANCUSIG MARIA ROSARIO	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
167	170291389-6	POZO JACOME BLANCA PIEDAD	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
168	170377761-3	TAPIA VILCAPI BELGICA OLIVA	AUXILIAR DE	AUXILIAR DE

169	150030195-5	CERDA ANDI MARIBEL ANGELITA	ENFERMERÍA AUXILIAR DE ENFERMERÍA	ENFERMERÍA AUXILIAR DE ENFERMERÍA
170	160009002-9	LOPEZ CALAPUCHA LOIDA REBECA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
171	170923703-4	CARVAJAL VASCONEZ TERESA AMABLE	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
172	050111916-8	GUANOTUÑA CHICAIZA MARTHA LUCRECIA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SALUD	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
173		VACANTE	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
174	210008733-3	GALARZA CUESTA MELINA CANDIDA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA

