

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI



FACULTAD DE INDUSTRIAS AGROPECUARIAS Y CIENCIAS AMBIENTALES

CARRERA DE ENFERMERÍA

Tema: “Factores de riesgo de partos pretérmino en el Hospital Francisco de Orellana”

Trabajo de Integración Curricular previo a la obtención del
título de Licenciada en Enfermería

AUTORA: Flores Santander Naomi Salomé

TUTORA: Lcda. Caicedo Mina Johanna E, MSc.

Tulcán, 2023.

CERTIFICADO DEL TUTOR

Certifico que la estudiante Flores Santander Naomi Salomé, con el número de cédula 100458092-2 ha desarrollado el Trabajo de Integración Curricular: "Factores de riesgo de partos pretérmino en el Hospital Francisco de Orellana"

Este trabajo se sujeta a las normas y metodología dispuesta en el Reglamento de la Unidad de Integración Curricular, Titulación e Incorporación de la UPEC, por lo tanto, autorizo la presentación de la sustentación para la calificación respectiva

Lcda. Caicedo Mina Johanna Elizabeth MSc.

TUTORA

Tulcán, noviembre de 2023

AUTORÍA DE TRABAJO

El presente Trabajo de Integración Curricular constituye un requisito previo para la obtención del título de Licenciada en la Carrera de enfermería de la Facultad de Industrias Agropecuarias y Ciencias Ambientales

Yo, Flores Santander Naomi Salomé con cédula de identidad número 10045092-2 declaro que la investigación es absolutamente original, auténtica, personal y los resultados y conclusiones a los que he llegado son de mi absoluta responsabilidad.

Flores Santander Naomi Salomé

AUTORA

Tulcán, noviembre de 2023

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Yo, Flores Santander Naomi Salomé declaro ser autor de los criterios emitidos en el Trabajo de Integración Curricular: "Factores de riesgo de partos pretérmino en el Hospital Francisco de Orellana" y eximo expresamente a la Universidad Politécnica Estatal del Carchi y a sus representantes de posibles reclamos o acciones legales.

Flores Santander Naomi Salomé

AUTORA

Tulcán, noviembre de 2023

AGRADECIMIENTO

Esta tesis es el resultado de un largo y arduo proceso de investigación, aprendizaje y superación personal. Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que me han apoyado, guiado y acompañado en este camino.

Agradezco a Dios, por mantenerme con vida, salud y sabiduría para acabar esta hermosa etapa de Universidad y por protegerme siempre en cada momento, etapa y paso dado.

En primer lugar, a mi familia, especialmente a mis padres y Abuelito, por su amor incondicional, su ejemplo de vida y su apoyo inquebrantable. Sin ellos, nada de esto habría sido posible. Mis Tías, por su alegría y su compañerismo. A mi pareja, por su comprensión, paciencia, cariño y su ánimo, porque nunca me dejo sola en cada etapa de esta profesión.

En segundo lugar, a mis amigos y compañeros de la universidad, por compartir conmigo tantos momentos de estudio, diversión y solidaridad. Gracias por hacer más llevadero el camino y por estar siempre ahí.

En tercer lugar, a mi Tutora de tesis, la Msc. Johanna Caicedo por su confianza, paciencia y sabiduría. Su asesoría ha sido fundamental para el desarrollo y la calidad de este trabajo.

Finalmente, dedico esta tesis a todas las personas que luchan por un mundo más justo, más humano y más sostenible. Espero que este trabajo contribuya, aunque sea modestamente, a ese objetivo.

Flores Santander Naomi Salomé

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación, mi esfuerzo y perseverancia a Dios, por no dejarme caer cuando las cosas se ponían difíciles, mis triunfos y mis logros, además por su infinita bondad, amor y sabiduría para seguir adelante.

A mi Abuelito Gonzalo Flores y mis padres Jorge Vinueza y Mariela Flores por ser el pilar fundamental en mi vida, por demostrarme su apoyo incondicional, su cariño y amor en todo momento, por sus consejos, valores y por permitirme ser una guerrera y enseñarme lo grande de la vida.

A mi pareja, Alex Silva por su apoyo incondicional, su paciencia y su amor durante este proceso. Gracias por estar siempre a mi lado, por creer en mí y por motivarme a seguir adelante. Eres una parte fundamental de este logro y te dedico esta tesis con todo mi corazón.

A mis tías Jessica y Gladys Flores por siempre apoyarme en todo momento, a pesar de la distancia, siempre han estado para mí en todo momento y dificultad. Mis hermanos Anahi Vnueza y Georgy Vinueza por su compañía y amor que me dan, para ser un ejemplo para ellos.

De igual manera a mi Prima Lennys Flores y mis primas/os Jade Ulcuango, Damian Rosero, Clarita Rosero y demás familia, por su amor, bondad y cariño que me brindan para ser mejor cada día.

Asimismo, quiero dar las gracias a mis compañeros y amigos, especialmente a Karen Vinueza, Diana Lema, Andrés Inapanta, Ismael Sevillano, por su apoyo y compañía durante todo este proceso y su amistad durante estos años. Son un ejemplo de amistad verdadera y leal. Les dedico este trabajo con mucho cariño y gratitud.

Flores Santander Naomi Salomé

ÍNDICE

RESUMEN	10
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	12
I. EL PROBLEMA	14
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.3. JUSTIFICACIÓN	16
1.4. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	17
1.4.1. Objetivo General	17
1.4.2. Objetivos Específicos	17
1.4.3. Preguntas de Investigación.....	17
II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	19
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	19
2.2. MARCO TEÓRICO	21
2.2.1. Parto pretérmino	22
2.2.2. Tipos de partos pretérmino	22
2.2.3. Primer control prenatal	23
2.2.4. Factores de riesgo	25
2.2.5. Tratamiento farmacológico, vacunas y maduración pulmonar.....	26
2.2.6. Tratamiento no farmacológico	26
2.2.7. Cuidados de enfermería	27
2.2.8. Recién Nacido	28
2.2.9. Síndrome de distrés respiratorio	29
2.2.10. Sepsis Neonatal	29
2.2.11. Bajo peso al nacer.....	30
2.2.12. Ictericia Neonatal	30

2.2.13. Asfixia Neonatal.....	31
2.2.14. Teorizantes de enfermería.....	31
2.2.15. Marco legal.....	33
III. METODOLOGÍA.....	36
3.1. ENFOQUE METODOLÓGICO	36
3.1.1. Enfoque.....	36
3.1.2. Tipo de Investigación.....	36
3.2. HIPÓTESIS	38
3.3. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	38
3.3.1. Definición de las variables	38
3.3.2. Operacionalización de variables	38
3.4. MÉTODOS UTILIZADOS	39
3.4.1. Técnicas e Instrumentos	40
3.4.2. Población	40
3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	40
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	41
4.1. RESULTADOS	41
4.1.1. Factores de riesgo modificables.....	41
4.1.2. Factores de riesgo no modificables	43
4.1.3. Parto pretérmino.....	46
4.1.4. Relación de los factores de riesgo y los partos pretérmino.	47
4.2. DISCUSIÓN.....	48
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
5.1. CONCLUSIONES	52
5.2. RECOMENDACIONES	53
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
VII. ANEXOS	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores de riesgo.....	25
Tabla 2. Operacionalización de variables	38
Tabla 3. Controles Prenatales.....	41
Tabla 4. Exámenes de Laboratorio.....	42
Tabla 5. Nivel de Educación	42
Tabla 6. Tipo de parto en base a la edad	43
Tabla 7. Comorbilidades en base a la etnia.....	44
Tabla 8. Semanas de gestación en base a la edad	46
Tabla 10. Factores de riesgo relacionados con el parto pretérmino	47

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Acta de la sustentación de Predefensa del TIC	57
Anexo 2. Certificado del abstract por parte de idiomas.....	58
Anexo 3. Solicitud de revisión historia clínica.....	60
Anexo 4. Evidencia datos de historias clínicas	61

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo de analizar los factores de riesgo relacionados con los partos pretérminos que se atendieron en el Hospital Francisco de Orellana en el año 2022; el estudio tuvo un enfoque cuantitativo, se empleó tipos de investigación como la exploratoria, retrospectiva, descriptiva y correlacional. La población objeto de estudio fueron 121 casos de parto pretérmino del Hospital Francisco de Orellana; se utilizó como técnica el análisis documental y como instrumento la Historia Clínica, el cual permitió la recolección de información sobre datos personales. Es así que, se observó que la población estudiada tiene niveles educativos más comunes en secundaria (56.2%), y la mayoría de las mujeres que experimentaron partos prematuros tienen edades de 18 a 23 años (30%). También, se destaca un grupo significativo de adolescentes embarazadas de 12 a 17 años (14.9%). La etnia predominante es Shuar/Waorani (71.9%), seguida de pacientes mestizos (10.7%). Además, se evidencia que un porcentaje importante de mujeres no recibe la cantidad adecuada de controles prenatales, lo que plantea preocupaciones sobre la atención prenatal. Se detecta que una parte considerable de la población presenta anemia y alteraciones en los niveles de glucosa en sangre, resaltando la importancia de abordar estos problemas de salud. En cuanto a los factores de riesgo de partos pretérmino, se identifican comorbilidades como la placenta previa, ruptura de membrana prematura, hipertensión arterial y diabetes, que requieren un seguimiento y manejo adecuado. Los factores de riesgo modificables son predominantes en el parto prematuro en el Hospital Francisco de Orellana en el año 2022.

Palabras Claves: Factores de riesgo, parto pretérmino, edad gestante.

ABSTRACT

The objective of this research is to analyze the risk factors related to preterm births that were attended at the Francisco de Orellana Hospital in 2022; The study had a quantitative approach, using types of research such as exploratory, retrospective, descriptive and correlational. The population under study were, 121 cases of preterm birth from the Francisco de Orellana Hospital; Document analysis was used as a technique, and Clinical History as an instrument, which allowed the recollection of information on personal data. Thus, it can be observed that the population studied, had the same educational level in secondary school (56.2%), and most women who experience premature births are between 18 and 23 years old (30%). Also, a significant group of pregnant adolescents between 12 and 17 years old (14.9%) stands out. The predominant ethnic group is Shuar/Waorani (71.9%), followed by mestizo patients (10.7%). Furthermore, a significant percentage of women do not receive an adequate number of prenatal checkups, raising concerns about prenatal care. It is detected that a considerable part of the population has anemia and alterations in blood glucose levels, highlighting the importance of addressing these health problems. Regarding the risk factors for preterm birth, comorbidities, such as placenta previa, premature rupture of the membrane, high blood pressure, and diabetes are identified, which require adequate monitoring and management. Modifiable risk factors are predominant in premature birth at the Francisco de Orellana Hospital in 2022.

Keywords: Risk factors, preterm birth, gestational age.

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino representa no solo un reto en el campo de la obstetricia, sino que también se convierte en un problema de salud pública a nivel global. Esta situación conlleva un impacto significativo, contribuyendo aproximadamente al 70% de la tasa de mortalidad neonatal en todo el mundo y generando una considerable carga de enfermedad, tanto a corto plazo como a lo largo de la vida. Se estima que anualmente, en todo el mundo, nacen alrededor de 13 millones de niños antes de completar el término completo de gestación, y de estos, aproximadamente el 7.5% sufren lesiones permanentes con diversos grados de parálisis cerebral debido a hemorragias intraventriculares (Sasintuña y Velastegui, 2020).

Por ello, el propósito de esta investigación fue el análisis de los factores de riesgo de partos pretérmino en el Hospital Francisco de Orellana en el año 2022; de esta manera, el presente trabajo se divide en 7 capítulos estructurados de la siguiente manera:

En el primer capítulo se exponen los aspectos fundamentales y las problemáticas identificadas en el área de estudio. A partir de estas observaciones, se presentan las razones que respaldan la realización de esta investigación, junto con los objetivos y las preguntas de investigación que contribuyen al avance de este estudio.

En el segundo capítulo, se presentan los antecedentes que respaldan la investigación y se explica el marco teórico que sustenta el desarrollo del trabajo. En este contexto, se hace referencia a las teorías de enfermería y se analizan los aspectos clave relacionados con las variables de estudio.

El tercer capítulo detalla la metodología empleada en el proceso de investigación. Se adopta un enfoque cuantitativo debido a la recopilación de datos numéricos y el análisis estadístico para poner a prueba la hipótesis propuesta. Además, se describen los diversos tipos de investigación utilizados, como la exploratoria, retrospectiva, descriptiva y correlacional. También se proporciona la definición y operacionalización de las variables, los métodos aplicados y el análisis estadístico.

El cuarto capítulo presenta los resultados obtenidos a través del análisis documental sobre la información de los casos de partos pretérmino en el Hospital Francisco de Orellana en el año 2022. Estos resultados conducen a una discusión que tiene en cuenta los hallazgos más significativos.

El quinto capítulo expone las conclusiones alcanzadas tras analizar la información relacionada con las variables de estudio. También se ofrecen recomendaciones dirigidas a los actores involucrados.

El sexto capítulo proporciona la bibliografía que respalda el desarrollo de la investigación y finalmente, el séptimo capítulo incluye los anexos necesarios para respaldar la información presentada en este estudio.

I. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parto pretérmino y sus factores han sido un problema de salud pública durante muchos siglos, y en la actualidad, este tema adquiere una importancia significativa a nivel mundial. Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han centrado su atención en las complicaciones neonatales que pueden surgir como resultado de un parto prematuro, como el Síndrome de Distrés Respiratorio, la Sepsis Neonatal, el Bajo Peso al Nacer, la Ictericia Neonatal y la Asfixia al Nacer. Es importante destacar que se considera un parto prematuro cuando ocurre antes de las 37 semanas de gestación, en contraste con las 37 a 41 semanas y 6 días que se consideran como el rango de tiempo aparentemente normal para el nacimiento. Este enfoque en la prevención y el manejo de los partos prematuros es fundamental para abordar las complicaciones que pueden surgir y promover la salud neonatal (Arellano et al., 2023).

La Organización Mundial de la Salud reconoce la salud materno-infantil como una prioridad a nivel global. Cada día, alrededor de 1500 mujeres pierden la vida debido a complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el período posparto. En la región de América Latina y el Caribe, se estima un promedio de 130 fallecimientos materno-neonatales por cada 100,000 nacimientos, ocasionados por razones relacionadas con el embarazo, el parto y puerperio (OMS, 2023).

Existen factores que contribuyen a la prematuridad, algunos de los cuales se consideran no susceptibles de modificación, como el historial de partos prematuros previos, los embarazos múltiples, los embarazos en adolescentes y condiciones médicas crónicas, como hipertensión, diabetes mellitus y la rotura prematura de las membranas fetales, que pueden dar lugar a un parto prematuro de forma espontánea.

Otros factores son modificables, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el uso de drogas, el estrés, la preeclampsia grave y la restricción del crecimiento intrauterino, que pueden conducir a un parto prematuro de forma iatrogénica (Tacchino, 2018).

A nivel mundial, la Organización Panamericana de la Salud a nivel global, se estima que la tasa de nacimientos prematuros se sitúa en alrededor del 11%. Este porcentaje varía en distintas regiones, siendo del 5% en áreas de Europa y del 18% en zonas de África. Esto se traduce en aproximadamente 15 millones de niños que nacen prematuros en todo el mundo cada año. De estos nacimientos prematuros, el 84% ocurre entre las 32 y 36 semanas de gestación, el 10% se produce entre las 28 y 32 semanas, y el 5% tiene lugar antes de las 28 semanas de gestación (OPS, 2019).

Entre el 70% y el 80% de los nacimientos prematuros son de naturaleza espontánea, es decir, se desencadenan debido a un inicio prematuro del trabajo de parto, siendo aproximadamente el 40% al 50%, y un 20% al 30% se atribuyen a la rotura prematura de las membranas. Por otro lado, el 20% al 30% restante de los nacimientos prematuros resultan de complicaciones materno-fetales que representan un riesgo para la salud tanto de la madre como del feto. Entre estas complicaciones se incluyen la preeclampsia, eclampsia, condiciones médicas maternas concurrentes, placenta previa, desprendimiento de placenta, restricción del crecimiento intrauterino y embarazos múltiples (OPS, 2019).

En Ecuador, en el año 2019 los partos prematuros alcanzaron el 11,7% (Rodríguez M. , 2019); por otra parte, se menciona que estos casos han generado diversas situaciones, un 26% padecen de infecciones severas, 23% asfixia neonatal y bajo peso al nacer, es decir <2.500g que está asociada con trastornos del embarazo, pobreza, falta de educación, entre otros factores de riesgo. En Quito, en el Hospital Pablo Arturo Suarez se encontró que, en un 20,9% se atendieron partos prematuros con 20,3% adolescentes y 11,1% mujeres mayores a >18 a 45 años (Ayala, 2019).

En la Provincia de Orellana, en el Hospital General Francisco de Orellana, no se evidencia ningún estudio sobre los factores de riesgo relacionados con el parto pretérmino, no obstante, se ha podido observar la problemática planteada; por ello, con la presente investigación se pretende generar información que permita

implementar estrategias de salud que ayuden a modificar los factores para que se disminuyan los casos de partos pretérminos en la provincia.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo de partos pretérmino en mujeres gestantes en el Hospital Francisco de Orellana en el año 2022?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El parto pretérmino no solo constituye un desafío en el ámbito obstétrico, sino que se erige como un problema de salud pública a escala global. Esta situación tiene un impacto significativo, ya que contribuye a aproximadamente el 70% de la tasa de mortalidad neonatal en todo el mundo y ocasiona una considerable carga de enfermedad tanto a corto plazo como a lo largo de la vida. Se estima que anualmente nacen en todo el mundo alrededor de 13,000,000 de niños antes de alcanzar el término completo de gestación y de estos un 7.5 % presentaron lesiones permanentes con grados variables de parálisis cerebral a causa de hemorragia intraventricular (Sasintuña y Velastegui, 2020).

En Ecuador, se documentaron 293.139 nacimientos en total. De estos, 32.831 fueron nacimientos prematuros, y aproximadamente el 45% de los bebés prematuros desarrollaron parálisis cerebral infantil (PCI). Asimismo, el 35% de los recién nacidos prematuros experimentaron discapacidad visual, mientras que el 25% presentó discapacidad cognitiva o auditiva (MSP, 2015).

Este estudio se justifica desde una perspectiva académica, de investigación y epidemiológica debido a la prevalencia del parto prematuro en Ecuador, que oscila entre el 6% y el 10%, y su impacto negativo en la calidad de vida tanto de las madres como de los bebés; además, este tema se encuentra dentro de las áreas de investigación prioritarias a nivel nacional, según las directrices de la Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud y la Dirección de Inteligencia en Salud, ambas pertenecientes al Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Los factores que desencadenan los partos prematuros son una preocupación, ya que pueden dar lugar a complicaciones neonatales como el Síndrome de Distrés Respiratorio, la Sepsis Neonatal, el Bajo peso al nacer, la Ictericia neonatal y la Asfixia neonatal. A pesar de que Ecuador presenta una de las tasas más bajas de nacimientos prematuros en el

mundo, con un 5.1%, es paradójico que siga siendo la principal causa de mortalidad infantil en el país (INEC, 2021).

Es por ello por lo que, la presente investigación permitió determinar los factores de riesgos que desencadenan un parto pretérmino en pacientes atendidas en el área de Gineco – Obstetricia en el Hospital Francisco de Orellana en el año 2022. La investigación será trascendental, ya que, servirá como guía a futuros investigadores de la Provincia de Orellana y del país para que puedan generar estrategias de mejora frente a la problemática presentada, de igual manera genera un gran impacto en las madres gestantes como en el personal de salud mediante la implementación de estrategias que permitan identificar y manejar de forma oportuna los factores desencadenantes de parto pretérmino.

1.4. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo General

Analizar los factores de riesgo relacionados con los partos pretérminos en mujeres gestantes que se atendieron en el Hospital Francisco de Orellana en el año 2022.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas en las mujeres que presentaron parto pretérmino en el Hospital Francisco de Orellana en el año 2022.
- Determinar los factores de riesgo presentes en las mujeres que presentaron parto pretérmino en el año 2022 en el Hospital Francisco de Orellana.
- Establecer la relación existente entre los factores de riesgo y los partos pretérmino que se atendieron en el Hospital Francisco de Orellana en el año 2022.

1.4.3. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas en las mujeres que presentaron parto pretérmino en el año 2022?

- ¿Cuáles son los factores de riesgos que presentaron las mujeres gestantes en parto pretérmino en el 2022?
- ¿Cuál es la relación existente entre los factores de riesgo y los partos pretérminos que se atendieron en el Hospital Francisco de Orellana en el año 2022?

II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En esta sección se exponen algunas investigaciones que fueron tomadas como fundamentos para la elaboración de este estudio, ya que proporcionaron contribuciones teóricas y metodológicas sobre las cuales se apoya la investigación.

La primera investigación considerada es el trabajo realizado por Ahumada et al. (2019) denominado: "Factores de riesgo de parto pretérmino en Bogotá D.C., Colombia". Esta investigación tuvo como objetivo la identificación de los factores de riesgo asociados al parto prematuro en un grupo de mujeres embarazadas a través de un estudio de cohorte retrospectivo. La muestra consistió en 452 pacientes que habían participado previamente en un estudio primario y que ya habían dado a luz. La incidencia de parto prematuro se situó en el 10.40% y se identificaron los siguientes factores de riesgo: el diagnóstico de preeclampsia severa, con un riesgo relativo (RR) de 7.47; la presencia de preeclampsia (tanto severa como no severa), con un RR de 5.05 y la ocurrencia de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), con un RR=4.40. Según los resultados obtenidos en este estudio, se plantea la necesidad de desarrollar e implementar estrategias y políticas públicas que promuevan prácticas de atención prenatal mejoradas. Estas estrategias permitirán la detección temprana de condiciones como la preeclampsia y la RCIU, con el objetivo de reducir la incidencia de partos prematuros.

También, se tomó en cuenta el trabajo realizado por Rodríguez et al., (2019) denominado: "Factores de riesgo asociados al parto pretérmino". El propósito de este estudio descriptivo y correlacional de corte transversal fue identificar los factores de riesgo asociados al parto prematuro. Se llevaron a cabo dos series de casos que involucraron a un total de 678 mujeres embarazadas en la provincia de Cienfuegos. Estas se dividieron en dos grupos: uno compuesto por 226 mujeres que experimentaron partos prematuros, ocurridos entre las semanas 28 y 36.6 de gestación, y otro grupo de 452 mujeres cuyos partos se produjeron después de las 37 semanas de gestación.

Se evaluaron varios parámetros, incluyendo la edad gestacional en el momento de ingreso al estudio, factores de riesgo de prematuridad y la presencia de cambios cervicales detectados tanto en el examen clínico como en el ultrasonido transvaginal. Se aplicaron pruebas estadísticas como el Chi cuadrado con un nivel de confianza del 95% y el cociente de posibilidades para analizar las diferencias entre los grupos. Se encontró que las edades extremas y el nivel de escolaridad en el rango de séptimo a noveno grado influyeron significativamente a favor de las mujeres con partos prematuros. Además, otros factores, como el hábito de fumar, el consumo de bebidas alcohólicas, la presencia de un embarazo pretérmino anterior (OR=2.32), la preeclampsia (OR=6.31), el crecimiento intrauterino retardado (OR=3.77), infecciones urinarias (OR=3.41) y vaginales, la rotura prematura de membranas y las modificaciones cervicales (OR>2), mostraron diferencias altamente significativas en las mujeres con partos prematuros. En conclusión, la preeclampsia, el crecimiento intrauterino retardado y las infecciones urinarias presentaron los mayores cocientes de posibilidad como factores de riesgo para el parto prematuro, aunque también se identificaron otros factores contribuyentes. La modificación y gestión de estos factores desempeñan un papel fundamental en la reducción de la incidencia de partos prematuros.

De igual manera, se menciona la investigación llevada a cabo por Huarcaya et al. (2021) titulada: "Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú"; el objetivo de este estudio fue identificar los factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en madres jóvenes que recibieron atención en un hospital de Lima, Perú. El estudio se llevó a cabo de manera no experimental, analítica y retrospectiva, y se incluyeron 32 madres que dieron a luz prematuramente y 292 madres que completaron el período de gestación a término, seleccionadas al azar, durante el período de enero a agosto de 2016 en el hospital mencionado. Se utilizaron pruebas de estadística como la prueba de Ji al cuadrado o el test de Fisher, según fuera necesario, y se calculó el odds ratio (OR) junto con sus intervalos de confianza al 95%. Los resultados indicaron que los factores sociodemográficos, como nivel de educación, ocupación y estado civil, no mostraron una relación significativa con el parto prematuro. Por otro lado, los factores pregestacionales, como el índice de masa corporal y el historial de parto prematuro, se asociaron de manera significativa con el parto prematuro. Además, los factores clínicos, como infección del tracto urinario, rotura prematura de membranas y

preeclampsia, demostraron una asociación estadísticamente significativa. Específicamente, se encontró que tener un índice de masa corporal pregestacional de ≥ 25 kg/m², un historial previo de parto prematuro, una infección del tracto urinario, la rotura prematura de membranas y la preeclampsia, aumentaron significativamente el riesgo de experimentar un parto prematuro.

Otro trabajo que contribuyó con la presente investigación es el desarrollado Sasintuña y Velastegui (2020) con el tema: "Prevención de factores de riesgo de riesgo asociado a la amenaza de parto pretérmino. Riobamba, 2019 – 2020"; el objetivo principal de esta investigación es identificar las medidas de prevención relacionadas con los factores de riesgo principales en la amenaza de parto prematuro en Riobamba durante el período 2019 – 2020. Este proyecto de investigación se llevó a cabo a través de un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Los datos se recopilaron a partir de la base de datos de pacientes ingresadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia entre enero de 2019 y junio de 2020. De un total de 77 casos de amenaza de parto prematuro, se observó que la población más afectada estaba compuesta principalmente por gestantes con edades comprendidas entre 30 y 34 años, y el 50.6% de estos casos estaban relacionados con infecciones vaginales bacterianas. El 88.3% de las pacientes recibieron tratamiento antibiótico, que en su mayoría se debió a infecciones urinarias. Además, el 59.7% de las pacientes tenían registrados 5 o más controles prenatales. Como resultado, se destaca la importancia de implementar medidas de prevención que abarquen un conjunto de acciones desde la etapa preconcepcional y durante todo el período de gestación. Estas medidas están dirigidas a abordar condiciones endocrino-metabólicas, infecciones vaginales y urinarias, y la identificación de factores de riesgo que puedan perturbar el desarrollo normal del embarazo.

2.2. MARCO TEÓRICO

La elaboración de la investigación requirió de la construcción de un marco teórico que involucra la exploración de temas y conceptos significativos relacionados con las variables de estudio.

2.2.1. Parto pretérmino

Un bebé se clasifica como prematuro cuando nace con vida antes de alcanzar las 37 semanas de gestación, y esta categorización se realiza teniendo en cuenta la edad gestacional; esto se clasifica en: Extremadamente prematuro (menos de 28 semanas), prematuro (28 a 32 semanas), prematuro moderado y tardío (32 a 37 semanas) (OMS, 2023).

En el Ecuador el MSP (2015) creó la Guía de Práctica Clínica 2015 llamada Recién Nacido Prematuro, donde hace énfasis a la clasificación de acuerdo a la edad gestacional, los cuales son:

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

Es así que, un parto pretérmino, es cuando un bebé nace antes de que se complete el período de gestación de 37 semanas. Esto significa que el parto se produce antes de que el bebé tenga la oportunidad de desarrollarse completamente en el útero materno. Los bebés nacidos prematuramente pueden enfrentar desafíos de salud significativos debido a la inmadurez de sus órganos y sistemas, y a menudo requieren cuidados especiales en una unidad de cuidados neonatales para sobrevivir y crecer adecuadamente (Arellano et al., 2023).

2.2.2. Tipos de partos pretérmino

Parto pretérmino espontáneo: se refiere a que el 15% de las pacientes tienen antecedentes de PPT y 85% son primigestas o han tenido embarazos a término. El parto pretérmino espontáneo se refiere a un tipo de parto prematuro en el cual el inicio del parto y el nacimiento del bebé ocurren antes de que se complete el período de gestación de 37 semanas sin una causa aparente o inducción médica. En otras palabras, no se ha realizado una intervención médica para iniciar el parto, y el bebé nace de manera espontánea antes de lo esperado. Este tipo de parto prematuro es más común que el parto prematuro que se induce por razones médicas, como complicaciones en el embarazo o la salud de la madre o el feto; el parto prematuro

espontáneo puede estar relacionado con factores de riesgo o condiciones médicas, pero en muchos casos, la causa exacta no se conoce (Huarcaya et al., 2021).

Parto pretérmino iatrogénico: aquel que se produce por indicación médica ante la aparición de una complicación e el embarazo que impida continuar con las gestaciones al poner en grave riesgo la vida de la madre y del feto. Un parto pretérmino iatrogénico se refiere a un parto prematuro que es inducido o provocado deliberadamente por razones médicas (Ayala, 2019).

En este caso, el médico o el equipo médico toma la decisión de adelantar el parto antes de que se complete el período de gestación de 37 semanas debido a preocupaciones médicas o condiciones que ponen en riesgo la salud de la madre o el feto. Esto puede ser necesario en situaciones en las que la vida o la salud de la madre o el bebé están en peligro, y el parto anticipado se considera la mejor opción para maximizar las posibilidades de un resultado favorable (Huarcaya et al., 2021).

Algunas de las razones comunes para realizar un parto pretérmino iatrogénico incluyen complicaciones graves en el embarazo, como preeclampsia, diabetes gestacional, restricción del crecimiento fetal, problemas con la placenta, infecciones graves, entre otros. El objetivo principal de un parto pretérmino iatrogénico es proporcionar una atención médica adecuada y oportuna para garantizar la salud y la seguridad de la madre y el bebé, incluso si esto implica un parto prematuro (Arellano et al., 2023).

2.2.3. Primer control prenatal

El primer control debe ser realizado en el primer trimestre de embarazo y debe enfocarse en identificar y descartar patologías especiales, por ello, independientemente en la primera consulta el profesional de salud debe realizar las siguientes acciones:

- Apertura de historia clínica prenatal base y carnet perinatal
- Calcular la fecha probable de parto por FUM y corroborar con la primera ecografía realizada
- Medir y registrar presión arterial
- Medir y registrar el peso y talla IMC
- Determinar factores de riesgo (modificables y no modificables)
- Solicitar grupo sanguíneo y factor Rh, biometría hemática y VDRL

- Descartar anemia
- Suplementar ácido fólico 0.4mg +60mg de hierro elemental diario
- Detectar patologías o diabetes gestacional
- Solicitar una ecografía entre las 11-14 semanas y 18-24 semana de gestación (MSP, 2015).

La importancia de los controles radica en su capacidad para detectar oportunamente cualquier afección relacionada con la salud tanto de la madre como del feto. Por lo tanto, se recomienda realizar un mínimo de 5 a 6 consultas médicas prenatales y someterse a 4 ecografías. Además, es fundamental llevar a cabo pruebas de bienestar fetal, que incluyen el uso de estetoscopio, Doppler fetal y, en ocasiones, la campana de Pinard (Freire, 2020). Además, se recalca que la etapa de gestación se enfoca en tres trimestres en el cual se realiza diferentes pruebas en cada trimestre las cuales se encuentra:

2.2.3.1. Primer trimestre de embarazo: <12 semanas

- Anamnesis (FUM, Violencia intrafamiliar, depresión)
- Examen físico completo (Incluyendo IMC y TA)
- Exámenes de laboratorio: BHCG, HB, Urocultivo, Citología Vaginal
- Exámenes de VIH, Hepatitis B, VDRL
- Citología vaginal
- Examen Odontológico
- Informar acerca de signos de alarma
- Seguimiento de factores de riesgo modificables (MSP, 2015).

2.2.3.2. Segundo trimestre: (12-24 semanas)

- Examen físico completo
- Frecuencia cardiaca fetal
- Ecografía
- Detectar preeclampsia mediante toma de TA y valoración con proteinuria en 24horas
- Seguimiento de factores de riesgo modificables
- Socializar la existencia de las sesiones de educación prenatal
- Informar acerca de signos de alarma (MSP, 2015).

2.2.3.3. Tercer trimestre: a partir de las 34 semanas

- Pacientes con tratamiento de anemia, seguir las indicaciones de la guía
- Embarazo normal informar fecha probable de parto
- Referencia según el caso para decisión de lugar y momento de terminación del embarazo de riesgo
- Asesoría en planificación familiar (MSP, 2015).

2.2.4. Factores de riesgo

Diversos factores contribuyen a la ocurrencia de partos prematuros, lo que motiva la realización de estudios a nivel global y la preocupación por reducir la mortalidad tanto neonatal como materna. Estos factores se dividen en dos categorías: aquellos que no pueden ser modificados, que tienden a resultar en partos prematuros espontáneos, y aquellos que pueden ser modificados y que pueden dar lugar a partos prematuros iatrogénicos (Ahumada et al., 2019).

Tabla 1. Factores de riesgo

Factores de riesgo modificables	Factores de riesgo no modificables
<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuado soporte familiar y de pareja • Controles insuficientes menor a 4 visitas o 1 visita después de la semana 20 de gestación • Esfuerzo físico excesivo • Exposición a agentes físicos, químicos y biológicos • Infección urinaria baja • Fumadora habitual • Consumo de drogas y alcohol • Anemia moderada (Hb: 7 a 10g/dL) • Anemia grave (Hb: <7g/mL) • Amenaza de parto prematuro < a 37 semanas de gestación • Violencia familiar, historial de abuso sexual, físico y emocional • Disminución o ausencia de movimientos fetales • Pielonefritis • Estrés • Restricción del crecimiento intrauterino 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja escolaridad • Múltiples compañeros sexuales • Vivienda y condiciones sanitarias deficientes • Condiciones socioeconómicas desfavorables • Anomalía pelviana identificada clínica y/o radiológicamente • Incremento del peso excesivo o insuficiente >15kg • Bajo peso preconcepcional IMC <20 • Infertilidad previa: dos años o mas • Incompatibilidad RH • Enfermedades hereditarias • Parto prematuro anterior • Embarazos múltiples • Embarazos en adolescencia • Afecciones médicas crónicas como la hipertensión, diabetes mellitus • Ruptura prematura de membranas fetales • Antecedente de sangrado en 2do y 3er trimestre • Polihidramnios u oligoamnios • Enfermedad infecciosa de tipo TORCHs • Sospecha de malformación fetal • Placenta previa • Preeclampsia grave T/A: >140 y <110 mmHg • VIH + con o sin tratamiento, SIDA

Fuente: Información obtenida del MSP (2015)

2.2.5. Tratamiento farmacológico, vacunas y maduración pulmonar

Durante el embarazo se debe administrar mediación a la madre gestante, pero sin dañar la integridad del binomio materno – fetal, en este caso se debe administrar micronutrientes las cuales son:

- Ácido fólico 0.4mg + 60 mg de hierro elemental por vía oral al día, se debe ingerir 1 hora antes o 2 horas después de la comida.
- Ácido fólico 5mg por vía oral hasta las 12 semanas de gestación y previene las enfermedades anencefalia, mielomeningocele y encefalocele.
- Hierro elemental 30 a 60mg vía oral cada día durante todo el embarazo
- Se recomienda la administración oral 75 a 100 mg de ácido acetil salicílico todos los días a partir de las 12 semanas de embarazo hasta el parto en mujeres con alto riesgo para desarrollar preeclampsia o hipertensión gestacional (MSP, 2015).

La única vacuna que se aconseja durante el embarazo es la Antitoxina tetánica, específicamente para prevenir el tétanos. La recomendación consiste en aplicar la primera dosis antes de las 20 semanas de gestación y la segunda dosis entre las semanas 27 y 29. Además, una vez que la paciente se encuentra en el entorno de atención médica, se le administrará betametasona en una dosis de 12 mg cada 24 horas durante dos ocasiones, o dexametasona en una dosis de 6 mg cada 12 horas durante dos días, mediante inyección intramuscular; esto tiene como propósito favorecer la maduración pulmonar del feto (Arellano et al., 2023).

2.2.6. Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico, a menudo llamado terapia no farmacológica, se refiere a un enfoque de tratamiento que no implica el uso de medicamentos o productos farmacéuticos para abordar una condición médica o un problema de salud. En cambio, se basa en intervenciones y prácticas que no involucran la administración de sustancias químicas o medicamentos (Ahumada et al., 2019).

Los tratamientos no farmacológicos son valiosos en una variedad de situaciones y se utilizan para evitar o reducir la necesidad de medicamentos o cirugía, o para complementarlos. Cada enfoque no farmacológico está diseñado específicamente

para abordar una condición o problema de salud particular y puede ser parte integral del plan de tratamiento de un paciente (Ayala, 2019).

Se recomienda ejercicios para fortalecer el piso pélvico con el fin de minimizar el riesgo de incontinencia urinaria al menos 30m al día y es muy necesario no excederse en la fuerza realizada. Cuando la gestante está ya en labor de parto, se recomienda los siguientes procedimientos en el cual ayudara a la madre a disminuir el dolor y son los siguientes: Inmersión en agua caliente, acompañamiento, masajes, deambulacion, ejercicios de respiración, meditación, aromaterapia (MSP, 2021).

2.2.7. Cuidados de enfermería

En los cuidados de enfermería nos basaremos en la normativa sanitaria de ESAMyN, de acuerdo con MSP (2021) tiene la finalidad de disminuir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal a través de atención adecuada desde el primer control de embarazo hasta el alumbramiento y sus cuidados. La normativa se compone de 4 componentes, los cuales son los siguientes: General, Prenatal, Parto y Posparto, Lactancia materna, nos enfocaremos en el componente tres y cuatro.

2.2.7.1. Componente de parto y posparto

- Permitir el acompañamiento por una persona de elección de la madre antes, durante y después del parto
- Brindar atención respetuosa durante el parto y posparto a todas las mujeres de manera que mantengan su dignidad, privacidad y confidencialidad
- Asegurar un espacio físico, equipamiento, insumos, materiales y profesionales de la salud capacitados para atender partos en libre posición
- Proporcionar a la embarazada, métodos y estrategias para el alivio del dolor durante el trabajo de parto
- Evitar procedimientos invasivos y cesáreas innecesarias
- Garantizar las practicas integradas durante la atención del parto
- Realizar los procedimientos preventivos al recién nacido frente a la madre
- Fortalecer las capacidades de los profesionales de salud en el manejo estandarizado de complicaciones que amenazan la vida de la mujer y del recién nacido

- Promover unidades de neonatología de puertas abiertas para permitir el contacto de la madre y el padre o familiar con el recién nacido, así como también proveer la información sobre la evolución de recién nacidos que requieran internación (MSP, 2021).

2.2.7.2. Componente de Lactancia Materna

- Brindar apoyo a las mujeres para iniciar y mantener la lactancia materna, incluso en caso de separación del recién nacido con excepción en las usuarias con diagnóstico de VIH
- No ofrecer a los recién nacidos amamantados ningún alimento o líquido que no sea leche materna, salvo por razones médicas
- Practicar alojamiento conjunto, permitiendo a las mujeres y sus recién nacidos permanecer juntos en cohabitación las 24 horas del día.
- Fomentar la lactancia materna a libre demanda
- No dar biberones ni chupones a los neonatos que amamantan
- Fomentar grupos de apoyo a la lactancia materna, referir a las mujeres lactantes a estos grupos al momento del alta del establecimiento de salud
- Cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna (MSP, 2021).

2.2.8. Recién Nacido

En el proceso de parto, es crucial que el personal médico posea un conocimiento sólido respaldado por la ciencia. Por lo tanto, es fundamental evitar procedimientos invasivos que puedan tener un impacto negativo tanto en la madre como en el bebé. Una vez que se ha evaluado el estado de la madre y el nacimiento del recién nacido ha tenido lugar, es esencial brindarles los cuidados necesarios para asegurar que tengan un inicio de vida exitoso después de su salida del útero materno; esto implica evitar cualquier procedimiento o intervención que pueda resultar perjudicial para el recién nacido (Sasintuña y Velastegui, 2020). Durante este proceso de atención al recién nacido, se llevan a cabo diversas actividades para garantizar que nazca en buen estado de salud y prevenir posibles enfermedades, las cuales son:

2.2.9. Síndrome de distrés respiratorio

El síndrome de dificultad respiratoria, también conocido como síndrome de distrés respiratorio, es un trastorno pulmonar caracterizado por la incapacidad de los alvéolos (los pequeños sacos de aire en los pulmones) para mantenerse abiertos debido a la insuficiente producción o falta de una sustancia llamada surfactante, que normalmente los recubre. Por lo general, la producción de surfactante comienza en la mayoría de los embarazos alrededor de la semana 24 de gestación, y hacia las semanas 34 a 36, ya se ha acumulado suficiente surfactante en los pulmones del feto para permitir que los alvéolos se mantengan abiertos. En consecuencia, la cantidad de surfactante disponible disminuye a medida que la prematuridad del recién nacido es mayor (Lattari, 2021).

Los bebés prematuros nacidos de madres con diabetes durante el embarazo tienen un mayor riesgo de desarrollar el síndrome de dificultad respiratoria. Los síntomas incluyen una respiración rápida en los primeros minutos de vida, retracción de los músculos entre las costillas, movimiento nasal rápido, coloración de la piel que puede volverse azul o pálida, y presión arterial baja. Después del nacimiento, se administra surfactante directamente en la tráquea para mejorar la función respiratoria, lo que aumenta la oxigenación y la capacidad de los pulmones para expandirse. Además, se utiliza un soporte ventilatorio no invasivo llamado CPAP, que aplica una presión positiva continua en la vía aérea del bebé. Esta técnica evita la necesidad de la intubación y sus posibles complicaciones, ayuda a mantener las vías respiratorias abiertas y mejora la función pulmonar, reduciendo el riesgo de colapso de los alvéolos (Lattari, 2021).

2.2.10. Sepsis Neonatal

Se refiere a la proliferación de bacterias, virus y hongos en el torrente sanguíneo del recién nacido y se manifiesta dentro de los primeros 28 días de vida, se realiza un hemocultivo dando positivo confirma la sepsis y si arroja negativo se considera sepsis clínica (MSP, 2015). La sepsis neonatal de aparición temprana se presenta más a menudo dentro de las 24 a 48 horas del nacimiento, o contra la infección de la madre antes de nacer o durante el parto, de los cuales los siguientes factores se asocian a contraer esta enfermedad:

- Parto prematuro
- Colonización de estreptococos del grupo B durante el embarazo
- Rompimiento de fuente (ruptura de membranas) que dura más de 18 horas antes del nacimiento
- Infección de tejidos de la placenta y líquido amniótico

2.2.11. Bajo peso al nacer

El bajo peso al nacer representa una preocupación durante el primer año de vida. Un bebé nacido a término, es decir, entre las semanas 37 y 41 de gestación, generalmente tiene un peso que se considera normal y se encuentra en el rango de 2500 gramos a 3500 gramos. Por lo tanto, un bebé nacido prematuramente con un peso inferior a 2500 gramos puede enfrentar problemas tanto a corto como a largo plazo. Estos problemas pueden incluir desnutrición severa, deficiencias en el sistema inmunológico, trastornos neurológicos y complicaciones respiratorias. Esto se debe a que los recién nacidos prematuros a menudo requieren hospitalización prolongada y atención médica especializada para garantizar su salud y desarrollo adecuados (Freire, 2020). Los factores que aumentan la probabilidad de que un recién nacido tenga un peso bajo al nacer incluyen la historia de partos prematuros anteriores, un cuidado prenatal insuficiente, ser una madre primeriza o tener menos de 20 años, y la presencia de retraso en el crecimiento del feto durante el embarazo (Ayala, 2019).

2.2.12. Ictericia Neonatal

La ictericia se caracteriza por la tonalidad amarillenta de la piel y las membranas mucosas debido a un aumento en los niveles de bilirrubina en la sangre. Este fenómeno se origina cuando el feto está en desarrollo dentro del útero materno. Durante el embarazo, la placenta se encarga de eliminar la bilirrubina del organismo del feto, ya que la placenta es el órgano que se desarrolla durante la gestación para proporcionar nutrientes al feto; después del nacimiento, el hígado del recién nacido asume esta función, y la ictericia suele manifestarse aproximadamente de 2 a 4 días después del parto, para luego desaparecer en un plazo de 2 semanas (Ahumada et al., 2019). Existe dos tipos de ictericia en los recién nacidos, los cuales son:

- **Ictericia por lactancia:** Este fenómeno se produce en el transcurso de la primera semana de vida del bebé, siendo más probable cuando los recién

nacidos no se alimentan adecuadamente o cuando la producción de leche materna es lenta, lo que a su vez puede provocar la deshidratación del bebé (Tacchino, 2018).

- **Ictericia de la leche materna:** Surge después del séptimo día de vida, es probable que alcance su punto máximo durante las semanas 2 y 3, aunque puede persistir en niveles bajos durante un mes o incluso más. La causa subyacente de este problema puede estar relacionada con la manera en que ciertas sustancias en la leche materna afectan el proceso de descomposición de la bilirrubina en el hígado del bebé (Tacchino, 2018).

2.2.13. Asfixia Neonatal

Se refiere a una condición que afecta al feto durante el proceso de parto, en la que, debido a diversas causas, no recibe una oxigenación e irrigación adecuada en sus órganos vitales, lo que impacta no solo en el cerebro, sino en todo su sistema corporal. Es de suma importancia contar con un equipo de neonatología siempre disponible durante el trabajo de parto para poder abordar de inmediato cualquier complicación que surja en el recién nacido. Es importante destacar que la asfixia neonatal puede ocurrir en casos de embarazos no controlados, partos prematuros, partos en el hogar, o en presencia de enfermedades como hipertensión, diabetes o infecciones. Además, incluso en un parto normal, es posible que se presente inesperadamente una complicación relacionada con el cordón umbilical o la placenta, lo que podría llevar a la asfixia neonatal (Silva, 2020). Una vez realizado el proceso de parto correcto, el personal de salud debe seguir con los siguientes pasos para que el recién nacido tenga una vida sana y este al ambiente con el mundo exterior.

2.2.14. Teorizantes de enfermería

2.2.14.1. Teoría del Entorno - Florence Nightingale

Se la reconoce como la figura precursora en el campo de la enfermería, debido a su dedicada labor investigativa y su enfoque ético en el cuidado del entorno, con el propósito de facilitar la recuperación de los pacientes. En este contexto, Florence Nightingale identificó cinco elementos fundamentales que una enfermera debía controlar en el ambiente para promover la salud del paciente. Estos elementos

comprendían la gestión de la luz, el control del ruido, la regulación de la ventilación, el suministro de aire fresco y agua limpia y segura, así como la adecuada eliminación de excretas, todos los cuales tenían un impacto beneficioso en la salud del individuo (Torres, 2021). Estos cinco factores contribuyen a una recuperación exitosa y rápida tanto de la madre después del parto como del recién nacido; además, permiten que la enfermera desempeñe un papel esencial al proporcionar cuidados y beneficios a un grupo de población considerado prioritario; asimismo, es fundamental comprender cómo las madres se adaptan a su nuevo rol, su entorno y sus valores culturales, lo que les ayuda a llevar una vida exitosa en un ambiente limpio y saludable.

2.2.14.2. Teoría del déficit del autocuidado – Dorothea Orem

Siguiendo la perspectiva de Dorothea Orem, el propósito principal de esta teoría es asistir al individuo en la realización y mantenimiento de acciones de autocuidado, permitiéndole preservar su salud y vida, recuperarse de la enfermedad y enfrentar las consecuencias de esta. Por lo tanto, se enfatiza la importancia de ofrecer charlas informativas acerca del autocuidado, ya que, especialmente después del período de gestación, el autocuidado se convierte en una necesidad fundamental tanto para la madre como para el recién nacido. Esto les proporciona las habilidades y hábitos necesarios para promover la salud integral del binomio (Lozada, 2021).

2.2.14.3. Teoría del rol materno – Ramona Mercer

Esta teoría proporciona una comprensión del proceso que experimenta una mujer al asumir el papel de madre, identificando las variables que ejercen influencia en dicho proceso desde el inicio del embarazo hasta el primer año después del nacimiento de su hijo. La adaptación a este rol se considera un proceso interactivo y en constante evolución, que se extiende a lo largo de un período específico. Durante este tiempo, la madre establece un vínculo con el niño, adquiere habilidades en el cuidado de acuerdo con los principios de la teoría y experimenta satisfacción al llevar a cabo este papel hasta que el bebé alcanza su primer año de vida (Lozada, 2021).

2.2.9.4 Teoría de promoción de la salud – Nola Pender

Según la teoría propuesta por Nola Pender, se enfoca en que los profesionales de enfermería sean capaces de comprender los comportamientos humanos

relacionados con la salud y, al mismo tiempo, guiar a las personas hacia la adopción de conductas más saludables. En el contexto de esta teoría, nos centraremos en mujeres embarazadas, instándolas a asistir a sus consultas prenatales, seguir un régimen de suplementación con ácido fólico y hierro, someterse a pruebas de bienestar fetal, así como a pruebas de detección de VIH y sífilis para descartar cualquier anomalía en su embarazo; además, se proporcionará información y charlas educativas con el objetivo de promover un crecimiento y desarrollo exitoso tanto para la madre como para el bebé (Borja, 2018).

2.2.15. Marco legal

En este apartado se muestran las diferentes normas y reglamentos en las que se basa y se ampara la presente investigación.

2.2.15.1. Convención de los derechos del niño

La convención de los derechos del niño es el primer tratado internacional que establece los derechos humanos de los niños y niñas, este se adopta en 1989 y presenta 54 artículos que recogen los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos del niño; es así que, se muestra los siguiente:

Art. 24.- Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitario.

2.2.15.1. Constitución de la República del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador (2008) es la norma jurídica suprema vigente; aquí se establece la norma jurídica de mayor jerarquía dentro del ordenamiento jurídico ecuatoriano; dentro de esta se ratifican los derechos de los niños y niñas, además de la seguridad de la madre; por ello, dentro de esta investigación se muestran los artículos que validan la presente investigación.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y

rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 35.- “Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado”.

Art. 43.- el estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

- No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
- La gratuidad de los servicios de salud materna.
- La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo parto y post parto.
- Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

2.2.15.2. Ley de Maternidad gratuita y atención a la infancia

La Ley de Maternidad Gratuita y la Atención Infantil (2014), establece que:

Art. 2.- Cubrir con todos los gastos, medicinas, insumos, nutrientes, exámenes de la madre gestante y recién nacidos hasta la edad de 5 años.

- En el inciso a: indica que asegura la maternidad de las mujeres con atención oportuna en los diversos niveles del desarrollo de la gestación tanto en control prenatal, en enfermedades de transmisión sexual excepto del SIDA, atención al parto normal y de riesgo sea por cesárea o puerperio, emergencias obstétricas parto y post parto.
- En el inciso b: indica que a los recién nacidos menores de 5 años se les asegura la atención oportuna por parto pretérmino, bajo peso y diversas patologías, así como la atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y sus complicaciones.

2.2.15.3. Plan de Creación de Oportunidades 2021 – 2025

Este plan representa la principal guía política y administrativa que orienta la implementación de políticas públicas en Ecuador. Se centra en los objetivos y estrategias relacionados con la salud, con un enfoque específico en la salud de los niños.

Objetivo 6 del eje social. - Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad.

A través de los artículos establecidos, se respaldan y protegen los derechos al crecimiento físico, desarrollo mental y bienestar social. Se enfatiza la importancia de garantizar la supervivencia y el avance de la humanidad, reconociendo a los niños como tanto el presente como el futuro de la sociedad y supervisando la salud de la madre.

III. METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE METODOLÓGICO

3.1.1. Enfoque

La presente investigación se llevó a cabo desde un enfoque cuantitativo, mismo que utiliza la recolección de datos numéricos para ser tratados de forma estadística, con el propósito de probar una hipótesis, establecer la relación existente entre las variables de estudio y probar teorías planteadas (Hernández y Mendoza, 2018); este trabajo adoptó este enfoque debido a que se buscó llevar a cabo un estudio dirigido a los factores de riesgo que se relacionan con los partos pretérmino en el Hospital Francisco de Orellana en el año 2022; de esta manera, se pudo establecer la prueba de hipótesis por medio del análisis estadístico y la recopilación de datos numéricos a través de instrumentos aplicados a las mujeres gestantes que acudieron al Hospital.

3.1.2. Tipo de Investigación

Para el desarrollo del presente trabajo se emplearon los siguientes tipos de investigación:

- **Investigación exploratoria:** Este tipo de investigación sirve para poder familiarizarse con fenómenos que son poco conocidos, obtener información para llevar a cabo un estudio más completo en base a un contexto particular, indagar nuevos problemas, identificar conceptos, establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones y postulados (Hernández y Mendoza, 2018). Se consideró este tipo de investigación con el propósito de recopilar información necesaria para obtener un panorama claro sobre los factores de riesgo que se relacionan con los partos pretérmino en el Hospital Francisco de Orellana en el año 2022.

- **Investigación retrospectiva:** Esta investigación se enfoca en el análisis de datos e información previamente recolectados para ser analizados con la intención de buscar patrones o tendencias en ellos (Hernández y Mendoza, 2018). Fue de utilidad debido a que el análisis que se desarrolla en esta investigación fue de datos generados en el año 2022 en base a los factores de riesgo y los partos pretérmino del Hospital Francisco de Orellana.
- **Investigación descriptiva:** Con los estudios descriptivos se busca detallar las propiedades y características de procesos, grupos o cualquier fenómeno (Alban, 2020). Esta investigación fue de utilidad para especificar las variables de estudio, con la intención de identificar los factores de riesgo en referencia a los los partos pretérmino del Hospital Francisco de Orellana.
- **Investigación de campo:** Se refiere a la adquisición de información directamente de situaciones reales, sin intervenir ni regular las variables, y se enfoca en examinar los fenómenos sociales en su entorno natural (Hernández y Mendoza, 2018). Este tipo de investigación fue de ayuda debido a que hubo la necesidad de recopilar información específica de las mujeres gestantes que acudieron al Hospital Francisco de Orellana en el año 2022 y que presentaron casos de parto pretérmino alcanzando.
- **Investigación transversal:** En este tipo de investigación, la recopilación de datos se lleva a cabo en un solo punto temporal, en un momento específico, con el objetivo de describir las variables y analizar su presencia e interacción en ese momento puntual (Hernández y Mendoza, 2018). Se utilizó este tipo de investigación debido a que la información recolectada sobre las variables de estudio fue de un solo momento.
- **Investigación correlacional:** La investigación correlacional comprende la descripción de la existencia de una relación entre las variables de estudio por medio de coeficientes matemáticos que indiquen la intensidad y la dirección de la relación (Hernández y Mendoza, 2018). De esta manera, mediante este tipo de investigación se pudo establecer el comportamiento de la variable independiente en relación con la variable dependiente.

3.2. HIPÓTESIS

H0: Los Factores de riesgos modificables no son predominantes en el parto pretérmino en el Hospital Francisco de Orellana.

H1: Los Factores de riesgos modificables son predominantes en el parto pretérmino en el Hospital Francisco de Orellana.

3.3. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

3.3.1. Definición de las variables

- **Variable independiente – Factores de riesgo:** Cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o está especialmente expuesto a una enfermedad (INEC, 2021).
- **Variable dependiente – Parto pretérmino:** O recién nacido prematuro, es el nacimiento de un infante antes de completar las 37 semanas de gestación (MSP, 2015).

3.3.2. Operacionalización de variables

Tabla 2. Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicadores	Técnica	Instrumento
VI: Factores de riesgo	Modificables	<ul style="list-style-type: none">• Controles prenatales y ecografías• Anemia Leve, Moderada y Grave• Nivel de educación	Análisis documental	Ficha de recolección de información
	No Modificables	<ul style="list-style-type: none">• Edad• Etnia• Embarazo adolescente• Comorbilidades		

VD: Parto Pretérmino	Edad Gestante	• Prematuros extremos: menor o igual a 27 semanas 6 días	Análisis documental	Ficha de recolección de información
		• Muy prematuro: 28 a 31 semanas 6 días		
		• Prematuros moderados: 32 a 33 semanas 6 días		
		• Prematuros tardíos: 34 a 36 semanas 6 días		

3.4. MÉTODOS UTILIZADOS

Los métodos utilizados en la investigación fueron:

- **El método inductivo – deductivo:** Tanto el método inductivo como el deductivo son formas de razonamiento lógico; el método inductivo comienza con la teoría y deriva en expresiones lógicas conocidas como hipótesis, empleando premisas específicas para llegar a una conclusión general; en contraste, el enfoque deductivo se basa en principios generales para llegar a una conclusión particular (Hernández y Mendoza, 2018). Por ello, dentro de este trabajo hubo la necesidad de implementar este método debido a que se realizó un análisis basado en la recopilación de datos primarios en base a fundamentos teórico – metodológicos de las variables de estudio para conocer la relación existente entre las variables y probar las hipótesis planteadas.
- **El método analítico – sintético:** Implica examinar el proceso de adquirir conocimiento mediante la identificación de las componentes que integran una realidad; de esta forma, se pueden establecer las conexiones entre los elementos que constituyen el objeto de estudio; por otro lado, la síntesis es un procedimiento que descompone la realidad problemática con el propósito de comprender de manera más completa el conjunto en su totalidad (Hernández y Mendoza, 2018). La aplicación de este método surge a partir de la necesidad de comprender tanto la problemática como las variables de investigación, al analizar sus componentes en términos de dimensiones y atributos, con el propósito de comprender la interrelación que existe entre ellos.

- **El método hipotético – deductivo:** Se trata de un enfoque científico empleado para poner a prueba una hipótesis; este método se basa en proporcionar una explicación causal mediante la formulación de hipótesis y la aplicación de razonamiento lógico a fenómenos naturales (Figueroa y Sangerman, 2022). Este método fue de ayuda para analizar la problemática desde una base teórica y que puede ser probada a través del planteamiento de una hipótesis; en este caso, conocer la predominancia de los riesgos modificables en el parto pretérmino en el Hospital Francisco de Orellana.

3.4.1. Técnicas e Instrumentos

Para el desarrollo de la investigación se utilizó como técnica el análisis documental y como instrumento la ficha de recolección de información, el cual permitió la recolección de información sobre información personal: nombres completos, edad, estado civil, cedula, nivel de instrucción y lugar de vivienda , antecedentes patológicos, Diagnóstico del paciente, indicaciones y tratamientos del paciente, a su vez igual podemos observar los diferentes resultados de exámenes de laboratorio, para verificar si los factores de riesgos de partos pretérmino en el Hospital Francisco de Orellana influyen a que se dé un parto pretérmino.

3.4.2. Población

La presente investigación se realizó con una población de mujeres gestantes que acudieron al Hospital Francisco de Orellana en el año 2022 y que presentaron casos de parto pretérmino alcanzando un total de 121 pacientes ginecológicos. Es así que, se utiliza a toda la población de mujeres gestantes menor de 36 semanas y 6 días.

3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la tabulación y organización de la información recolectada se empleó los programas de Microsoft Excel y revisión de Historia Clínica donde se realizó la ficha de recolección de información, el mismo que permitió la realización de gráficas y tablas para demostrar de manera efectiva el comportamiento que tiene la población en estudio. La población objeto de estudio para la presente investigación fue de 121 mujeres gestantes que se presentaron en el Hospital General Francisco de Orellana, donde se encontraron los siguientes resultados:

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos durante el proceso de investigación, correspondiente a los factores de riesgo relacionados con los partos pretérmino en el Hospital Francisco de Orellana año 2022.

4.1.1. Factores de riesgo modificables

Tabla 3. Controles Prenatales

Controles prenatales	Frecuencias	Porcentaje
5 o más controles	43	35.5 %
1 a 4 controles	56	46.3 %
Ninguno	22	18.2 %
Total	121	100.0%

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica, IBM SPSS (2023)

En base a los resultados que muestra la tabla 3 se pueden extraer algunas conclusiones significativas. Primero, es alentador notar que un porcentaje considerable, 35.5%, de las mujeres embarazadas han recibido 5 o más controles prenatales, lo que sugiere un grado de compromiso en la atención médica durante el embarazo. Sin embargo, resulta preocupante que el 46.3% haya recibido de 1 a 4 controles, pues un seguimiento insuficiente durante el embarazo puede aumentar el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el feto.

Adicionalmente, el 18.2% no ha recibido ningún control, esto es motivo de inquietud, porque la atención prenatal es fundamental para monitorear el desarrollo del embarazo y prevenir problemas potenciales. Estos resultados resaltan la importancia de promover una mayor conciencia sobre la necesidad de un cuidado prenatal adecuado y accesible, así como de abordar posibles barreras que puedan estar impidiendo que algunas mujeres reciban la atención necesaria.

Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar la accesibilidad y la conciencia sobre la atención prenatal en el Hospital Francisco de Orellana. Es fundamental implementar estrategias para aumentar la proporción de mujeres que reciben la atención prenatal adecuada y reducir la cifra de aquellas que no reciben ningún control. El seguimiento prenatal es esencial para detectar y gestionar posibles factores de riesgo que podrían contribuir a partos pretérmino o complicaciones durante el embarazo. Por tanto, es necesario mejorar la educación y la disponibilidad de servicios de atención prenatal para garantizar una atención óptima para todas las mujeres embarazadas.

Tabla 4. Exámenes de Laboratorio

Exámenes de laboratorio	Frecuencias	Porcentaje
Anemia Leve	60	49.6 %
Anemia Moderada	37	30.6 %
Anemia Grave	24	19.8 %
Total	121	100.0%

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica, IBM SPSS (2023)

Con los resultados presentados en la tabla 4, se observa que una parte significativa de la muestra presenta algún tipo de anemia, siendo la anemia leve la más prevalente con un 49,6%. La anemia moderada y grave también están presentes, aunque en menor proporción, con un 30,6% y 19,8%, respectivamente. Esto sugiere que la anemia es un problema común en esta población, aunque en su mayoría se encuentra en una forma leve.

Tabla 5. Nivel de Educación

Nivel de educación	Frecuencias	Porcentaje
Primaria	29	24.0 %
Secundaria	68	56.2 %
Superior	24	19.8 %
Total	121	100.0%

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica, IBM SPSS (2023)

Con base en los resultados presentados en la tabla 5 sobre los niveles de educación de la población analizada, se observa una distribución que ofrece información valiosa sobre la composición educativa. Los datos muestran que la educación secundaria es la categoría dominante, representando el 56.2% de la muestra, lo que

indica que la mayoría de la población tiene al menos un nivel de educación secundaria completado.

La educación primaria, con el 24.0%, constituye un grupo significativo, aunque menos numeroso en comparación con la educación secundaria. Por otro lado, la educación superior representa el 19.8% de la población estudiada, lo que sugiere que un porcentaje considerable ha alcanzado un nivel de educación más avanzado.

4.1.2. Factores de riesgo no modificables

Tabla 6. Tipo de parto en base a la edad

	Tipo de parto						
	Parto		Cesárea		Total		
	F	%	F	%	F	%	
EDAD	12 a 17 años	8	7%	10	8%	18	15%
	18 a 23 años	26	21%	10	8%	36	30%
	24 a 29 años	10	8%	16	13%	26	21%
	30 a 35 años	22	18%	8	7%	30	25%
	Mayor a 36 años	9	7%	2	2%	11	9%
	Total	75	62%	46	38%	121	100%

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica, IBM SPSS (2023)

Según los datos que presenta la tabla 6, la distribución de edades de las mujeres en el Hospital Francisco de Orellana que experimentaron partos pretérminos, se pueden destacar varios puntos de análisis. En primer lugar, llama la atención que casi el 30% de las mujeres en el estudio se encuentran en el rango de edad de 18 a 23 años, seguido por un 24.8% en el grupo de 30 a 35 años. Esto sugiere que los grupos de edad más jóvenes y adultos jóvenes son los más representados entre las pacientes que experimentaron partos pretérminos en el hospital.

Además, se observa que el grupo de mujeres de 12 a 17 años representa el 14.9% del total, lo que indica que un porcentaje significativo de adolescentes también se ve afectado por partos pretérmino. Por otro lado, el grupo de mujeres mayores de 36 años, que generalmente se considera de alto riesgo para partos pretérmino, representa un 9.1%, lo que es menor en comparación con otros grupos. Este análisis sugiere que la edad de la madre podría desempeñar un papel importante como un factor de riesgo en los partos pretérmino en el Hospital Francisco de Orellana. En cuanto al tipo de parto se puede observar que existe una prevalencia del 62% en cuanto a la categoría parto, lo cual indica que, la mayoría de los casos llevan a cabo un parto normal.

Tabla 7. Comorbilidades en base a la etnia

	Etnia										
	Afroecuato riana		Indígena		Shuar/Wa orani		Mestiza		Total		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Ruptura de Membrana Prematuro	1	1%	4	3%	8	7%	13	11%	26	21%	
Hipertensión Arterial	4	3%	2	2%	1	1%	10	8%	17	14%	
Placenta Previa	6	5%	4	3%	2	2%	18	15%	30	25%	
Diabetes	3	2%	2	2%	0	0%	9	7%	14	12%	
Ruptura de Membrana Prematuro + Preclampsia	2	2%	0	0%	2	2%	0	0%	4	3%	
Placenta Previa + Hipertension Arterial	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	1	1%	
Hipertensión Arterial + Diabetes	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%	
Placenta Previa + Preclampsia	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%	
Hipertensión Arterial + Preclampsia	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	
Hipertensión Arterial + Eclampsia	0	0%	1	1%	0	0%	5	4%	6	5%	
Ninguno	0	0%	0	0%	3	2%	17	14%	20	17%	
Total	17	14%	14	12%	17	14%	73	60%	121	100%	

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica, IBM SPSS (2023)

Los resultados de la tabla 7 revelan datos interesantes sobre la etnia de las pacientes ginecológicas en el Hospital Francisco de Orellana. En particular, se destaca una presencia significativa de pacientes pertenecientes a las etnias Shuar/Waorani, que representan el 71.9% de la muestra. Esto demuestra una concentración notable de pacientes indígenas de estas comunidades en el hospital.

Aunque representan una proporción menor que los Shuar/Waorani, los pacientes mestizos también son relevantes en el estudio con un porcentaje de 10,7%. El análisis de este grupo podría compararse con las otras etnias para identificar cualquier diferencia significativa en los factores de riesgo. La población mestiza podría tener un acceso relativamente mejor a los servicios de salud y condiciones de vida diferentes en comparación con las poblaciones indígenas.

Aunque representan una proporción relativamente menor de la muestra con 9,1 %, las pacientes afroecuatorianas aún son un grupo significativo. Las pacientes

indígenas constituyen otro grupo importante en el estudio representando el 8,3 %. Es importante destacar que las condiciones de salud y los factores de riesgo pueden variar entre diferentes grupos étnicos, por ello, es necesario un análisis detallado para determinar los factores de riesgo específicos para cada población.

Este análisis detallado de cada etnia resalta la importancia de considerar las particularidades de cada grupo étnico al investigar los factores de riesgo de partos pretérmino en el Hospital Francisco de Orellana. La comprensión de estas diferencias puede contribuir a estrategias de atención médica más efectivas y culturalmente sensibles para reducir la incidencia de partos pretérmino en estas comunidades diversas.

En el análisis de los factores de riesgo de partos pretérmino en el Hospital Francisco de Orellana, se observa una variedad de comorbilidades presentes en las embarazadas. Uno de los hallazgos más destacados es la alta prevalencia de la "Placenta previa" se presenta en un 27.3%, lo que también es un factor importante a considerar, ya que puede contribuir a partos prematuros debido a complicaciones placentarias. Además, la "Ruptura de Membrana Prematuro" con un 26.4%. Este factor puede ser un indicador crítico de partos prematuros, pues la rotura de membranas antes de la semana 37 de embarazo puede aumentar significativamente el riesgo de un parto prematuro.

La "Hipertensión Arterial" y la "Diabetes" son comorbilidades significativas, presentes en el 14.0% y el 10.7% de las embarazadas, respectivamente. La combinación de "Hipertensión Arterial + Diabetes" y otras combinaciones de hipertensión con complicaciones, como "Hipertensión Arterial + Eclampsia" y "Hipertensión Arterial + Preeclampsia", también se observa en un porcentaje menor, pero no debe pasarse por alto, ya que estas condiciones pueden desencadenar partos prematuros y presentan riesgos adicionales para la madre y el feto.

Es importante destacar que un 16.5% de las embarazadas no presentan comorbilidades evidentes. Estos resultados iniciales sugieren la necesidad de un seguimiento cuidadoso de las pacientes con comorbilidades específicas, como la ruptura prematura de membranas y la placenta previa, así como la importancia de gestionar adecuadamente la hipertensión y la diabetes durante el embarazo para reducir los riesgos de partos prematuros en el Hospital Francisco de Orellana.

4.1.3. Parto pretérmino

Tabla 8. Semanas de gestación en base a la edad

		Semanas de gestación									
		Menor o igual a 27 semanas y 6 días		28 a 31 semanas y 6 días		32 a 33 semanas y 6 días		34 a 36 semanas y 6 días		Total	
EDAD		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
12 a 17		2	2%	1	1%	6	5%	9	7%	18	15%
18 a 23		1	1%	7	6%	3	2%	25	21%	36	30%
24 a 29		1	1%	2	2%	2	2%	21	17%	26	21%
30 a 35		1	1%	3	2%	2	2%	24	20%	30	25%
Mayor a 36		2	2%	1	1%	0	0%	8	7%	11	9%
Total		7	6%	14	12%	13	11%	87	72%	121	100%

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica, IBM SPSS (2023)

La tabla 8 indica que es evidente que la mayoría de los partos se encuentran en el rango de 34 a 36 semanas y 6 días, representando un notable 72% de los casos. Esto indica que la mayoría de los partos en este hospital ocurren en la fase final del tercer trimestre, lo que generalmente se considera a término. Por otro lado, es importante destacar que un porcentaje significativo de partos se producen en las categorías de 28 a 31 semanas y 32 a 33 semanas y 6 días, representando el 12% y el 11% respectivamente.

En cuanto a la edad se puede observar que la edad se centra en la categoría de los 18 a 23 años y el rango de 34 a 36 semanas y 6 días, indicando que las madres son relativamente jóvenes y que los partos pretérminos se generan en la fase final del tercer trimestre dando un total de 21%.

Estos resultados indican una necesidad de examinar más a fondo los factores de riesgo asociados con estos grupos de gestación más temprana, esto porque los partos pretérminos en estas categorías pueden conllevar un mayor riesgo para el recién nacido. Estos hallazgos proporcionan una base valiosa para futuras investigaciones y medidas preventivas dirigidas a reducir los partos pretérminos y mejorar la atención materna en el Hospital Francisco de Orellana.

4.1.4. Relación y predominancia de los factores de riesgo y los partos pretérmino.

Tabla 9. Factores de riesgo relacionados con el parto pretérmino

		Pruebas de Chi - Cuadrado		
		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
CONTROLES PRENATALES Y ECOGRAFIAS	Chi - Cuadrado de Pearson	4,49 ^a	1	0,0085
	N de casos válidos	121		
NIVEL DE ANEMIA	Chi - Cuadrado de Pearson	5,53 ^a	1	0,0062
	N de casos válidos	121		
NIVEL DE EDUCACIÓN	Chi - Cuadrado de Pearson	3,99 ^a	1	0,0055
	N de casos válidos	121		
EDAD	Chi - Cuadrado de Pearson	4,47 ^a	1	0,0072
	N de casos válidos	121		
ETNIA	Chi - Cuadrado de Pearson	2,63 ^a	1	0,0853
	N de casos válidos	179		
COMORBILIDADES	Chi - Cuadrado de Pearson	3,88 ^a	1	0,0061
	N de casos válidos	179		

Fuente: Un valor P menor a 0.05 establece significancia o correlación.

En la tabla 10 se evidencia a los principales factores de riesgo que se relacionan con los partos pretérmino en el Hospital Francisco de Orellana en el año 2022, en base a la prueba Chi – Cuadrado de Pearson, el cual es una medida estadística que indica la asociación o relación de dos variables cualitativas; en donde se encontró que los factores que se relacionan con el parto pretérmino son los controles prenatales, los niveles de anemia, el nivel de educación, la edad y las comorbilidades; cabe destacar que no se encontró una relación directa en base a la etnia.

Todos estos factores presentan un grado de libertad de 1 encontrando un Chi – Cuadrado crítico del 3,84 que es mucho menor al Chi – Cuadrado calculado presentado en los factores sociales mencionados; además, se encuentra niveles de significancia asintótica menores al 0,05 de significancia utilizado dentro de esta investigación a excepción de la etnia, lo que significa que, existe una relación fuerte entre los factores de riesgo que se relacionan con los partos pretérmino en el Hospital Francisco de Orellana en el año 2022. Además, se pudo establecer que los factores de riesgo que predominan son los riesgos modificables, por lo cual, se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula.

4.2. DISCUSIÓN

El parto pretérmino representa uno de los desafíos más significativos en el ámbito de la obstetricia actual, siendo responsable del 85% de las defunciones neonatales. A pesar de que Ecuador registra una de las tasas más bajas de nacimientos prematuros a nivel mundial, con un 5.1%, este fenómeno sigue siendo la principal causa de mortalidad infantil en el país (Sasintuña y Velastegui, 2020).

Los resultados arrojan conclusiones significativas. En primer lugar, es alentador observar que un 35.5% de las mujeres embarazadas han recibido más de 4 controles prenatales, indicando un grado de compromiso con la atención médica durante el embarazo. Sin embargo, es preocupante que el 46.3% haya tenido menos de 4 controles, ya que un seguimiento insuficiente aumenta el riesgo de complicaciones para la madre y el feto. Además, el 18.2% de las mujeres no ha recibido ningún control, lo que es motivo de inquietud, ya que la atención prenatal es esencial para monitorear el desarrollo del embarazo y prevenir problemas potenciales. Estos resultados resaltan la importancia de concienciar sobre la necesidad de un cuidado prenatal adecuado y de abordar las posibles barreras que impiden que algunas mujeres reciban la atención necesaria. En vista de la situación, es de vital importancia la prevención de los factores de riesgo mencionados con el fin de reducir la incidencia de parto pretérmino y, por consiguiente, sus complicaciones. Para lograrlo, es necesario fomentar la consulta preconcepcional, desarrollar intervenciones preventivas dirigidas a estos factores, promover la planificación familiar, asegurar la disponibilidad de atención médica, establecer programas de prevención nutricional y autocuidado para reducir infecciones, y llevar a cabo cribados de enfermedades prevalentes durante el embarazo (Ahumada et al., 2019).

Además, se observa que una parte significativa de la muestra presenta algún grado de anemia, siendo la anemia leve la más común con un 14.9%. La anemia moderada y grave también están presentes, pero en menor medida, con un 10.7% y un 5.0%, respectivamente. Esto indica que la anemia es un problema común en esta población, aunque en su mayoría se presenta en una forma leve; en cuanto a los niveles de glucosa en sangre, el 13.2% de la población muestra hipoglucemia, lo que sugiere que un porcentaje importante de los pacientes tiene niveles de azúcar en sangre más bajos de lo normal. Por otro lado, el 10.7% presenta hiperglucemia, lo que podría indicar problemas relacionados con la diabetes o la regulación de la glucosa.

La proteinuria es un hallazgo interesante, ya que se observa en el 24.0% de la población, lo que podría ser un indicador de daño renal u otras condiciones médicas. Esto podría señalar la necesidad de un seguimiento más exhaustivo en términos de salud renal en esta población. Finalmente, es relevante destacar que un 21.5% de la muestra no mostró resultados anormales en los exámenes de laboratorio. Estos resultados enfatizan la importancia de detectar y dar seguimiento a trastornos sanguíneos, niveles de glucosa y problemas renales en esta población, lo que podría ser esencial para la atención médica y la implementación de estrategias de salud pública (Huarcaya et al., 2021).

En cuanto a los niveles de educación en la población analizada, se destaca que la educación secundaria es la categoría más común, abarcando el 56.2% de la muestra; esto indica que la mayoría de la población ha completado al menos la educación secundaria. La educación primaria, con un 24.0%, también representa un grupo significativo, aunque es menos numeroso en comparación con la educación secundaria; por otro lado, la educación superior abarca el 19.8% de la población estudiada, lo que sugiere que un porcentaje considerable ha alcanzado un nivel de educación más avanzado.

Según los datos del Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos del año 2021, de un total de 251,106 nacimientos vivos, 10,282 (4%) correspondieron a bebés nacidos entre las semanas 21 y 35 de gestación, lo que los clasifica como nacimientos prematuros, es decir, antes de alcanzar las 37 semanas de gestación; sin embargo, la identificación de los factores de riesgo que contribuyen al parto prematuro sigue siendo incierta (Arellano et al., 2023). En cuanto a la edad, se puede observar que el grupo de mujeres adolescentes, con edades comprendidas entre 12 y 17 años, representa el 14.9% del total, lo que indica que un porcentaje considerable de adolescentes también experimenta partos prematuros. Por otro lado, el grupo de mujeres mayores de 36 años, que generalmente se considera de alto riesgo para partos prematuros, constituye el 9.1% de la muestra, lo que es menor en comparación con otros grupos; este análisis sugiere que la edad de la madre podría desempeñar un papel relevante como factor de riesgo en los partos prematuros en el Hospital Francisco de Orellana. Esta información se contrasta con la información proporcionada por Rodríguez et al. (2019) donde menciona que las mujeres de 20 a 34 años fueron las más comunes tanto en los partos prematuros (63,3%) como en los

partos a término (77,9%). Sin embargo, en los grupos de mujeres menores de 19 años y de 35 años en adelante, se observaron diferencias significativas en favor de los partos prematuros, con tasas de 1,74 y 1,87 veces más altas respectivamente en comparación con los partos a término. Para el grupo de 20 a 34 años, la diferencia significativa se encontró en los partos a término.

El estudio muestra una concentración significativa de pacientes de origen étnico Shuar/Waorani, que constituyen el 71.9% de la muestra. Los pacientes mestizos, aunque en menor proporción que los Shuar/Waorani, también son relevantes, con un 10.7%. La población mestiza podría tener un acceso relativamente mejor a los servicios de salud y diferentes condiciones de vida en comparación con las poblaciones indígenas. Las pacientes afroecuatorianas, aunque representan un porcentaje menor (9.1%), son un grupo significativo. Las pacientes indígenas también son importantes en el estudio, con un 8.3%. Dado que las condiciones de salud y los factores de riesgo pueden variar entre diferentes grupos étnicos, se necesita un análisis detallado para identificar los factores de riesgo específicos para cada población. Este análisis resalta la importancia de considerar las particularidades de cada grupo étnico al investigar los factores de riesgo de partos prematuros. Comprender estas diferencias puede contribuir a estrategias de atención médica más efectivas y culturalmente sensibles para reducir la incidencia de partos prematuros en estas comunidades diversas (Vinueza et al., 2020).

El análisis de los factores de riesgo de partos prematuros en el Hospital Francisco de Orellana revela una serie de comorbilidades presentes en las embarazadas. Entre los hallazgos significativos, destaca la alta prevalencia de "Placenta previa" con un 27.3%, lo que podría contribuir a partos prematuros debido a complicaciones placentarias. Asimismo, la "Ruptura de Membrana Prematura" se observa en un 26.4%, siendo un indicador crítico de partos prematuros. La "Hipertensión Arterial" y la "Diabetes" son comorbilidades importantes, presentes en el 14.0% y el 10.7% de las embarazadas, respectivamente. Combinaciones de hipertensión con complicaciones, como "Hipertensión Arterial + Eclampsia" y "Hipertensión Arterial + Preeclampsia," también se identifican en porcentajes menores pero relevantes, ya que pueden desencadenar partos prematuros y presentar riesgos adicionales para la madre y el feto. Es relevante señalar que un 16.5% de las embarazadas no presentan comorbilidades evidentes. Estos resultados iniciales subrayan la necesidad

de un seguimiento cuidadoso de pacientes con comorbilidades específicas, como la ruptura prematura de membranas y la placenta previa, y la importancia de gestionar adecuadamente la hipertensión y la diabetes durante el embarazo para reducir los riesgos de partos prematuros en el Hospital Francisco de Orellana.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- En el análisis de los niveles de educación en la población estudiada, se destaca que la educación secundaria es la más común, representando el 56.2%. En cuanto a la distribución de edades de las mujeres que experimentaron partos prematuros en el Hospital Francisco de Orellana, se observa que el grupo de 18 a 23 años es el más representado, con un 30%, además, se destaca que un 14.9% de las pacientes son adolescentes de 12 a 17 años. La etnia predominante en la muestra es Shuar/Waorani, representando el 71.9%, seguida por pacientes mestizos con un 10.7%. Las pacientes afroecuatorianas y otras etnias también están presentes en proporciones significativas.
- Se observó que en el Hospital Francisco de Orellana hay un grupo considerable de mujeres embarazadas que no reciben la cantidad adecuada de controles prenatales, lo que plantea preocupaciones sobre la atención prenatal y la necesidad de promover una mayor conciencia y accesibilidad a estos cuidados para reducir riesgos de complicaciones durante el embarazo y partos prematuros. Además, se detecta que un porcentaje significativo de la población muestra anemia en sus diferentes niveles, junto con alteraciones en los niveles de glucosa en sangre, lo que destaca la importancia de abordar estos problemas de salud en la población.
- Por último, en el análisis de los factores de riesgo de partos pretérmino, se identifican comorbilidades como la placenta previa, ruptura de membrana prematura, hipertensión arterial y diabetes, que requieren un seguimiento y manejo adecuado. Es esencial considerar estas condiciones médicas en la atención prenatal para reducir el riesgo de partos prematuros y se establece que los factores de riesgos modificables son predominantes en el parto pretérmino en el Hospital Francisco de Orellana en el año 2022.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las mujeres embarazadas que tomen en consideración los resultados encontrados en esta investigación, son fundamentales para garantizar un embarazo saludable y el bienestar tanto de la madre como del futuro bebé.
- Es crucial abordar la accesibilidad y la conciencia sobre la atención prenatal en el Hospital Francisco de Orellana; se deben implementar estrategias para aumentar la proporción de mujeres que reciben atención prenatal adecuada y reducir aquellas que no reciben ningún control.
- Se recomienda al Ministerio de Salud Pública el desarrollo de estrategias para el seguimiento prenatal para detectar y gestionar posibles factores de riesgo que podrían contribuir a partos pretérmino o complicaciones durante el embarazo; por lo tanto, es necesario mejorar la educación y la disponibilidad de servicios de atención prenatal para garantizar una atención óptima para todas las mujeres embarazadas.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


- Ahumada, J., Barrera, A., Canosa, D., Cárdenas, L., Uriel, M., Ibáñez, E., y Romero, X. (2019). Factores de riesgo de parto pretérmino en Bogotá D.C., Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 68(4), 556-563. doi:<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v68n4.79702>
- Alban, G. P. (01 de Julio de 2020). *Revista Científica Mundo de la Investigación y el conocimiento*. Obtenido de *Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción)*: file:///C:/Users/Acer/Downloads/Dialnet-MetodologiasDeInvestigacionEducativaDescriptivasEx-7591592.pdf
- Arellano, A., Suárez, D., y López, M. (2023). Método Multicriterio Neutrosófico para la evaluación del riesgo de parto pretérmino. *Neutrosophic Computing and Machine Learning*, 1(26), 158-165.
- Ayala, A. (2019). Prevalencia de parto pretérmino y factores maternos. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16479/Trabajo%20de%20titulacion-%20Ariel%20Ayala.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Borja, R. y. (13 de Abril de 2018). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. *Enfermería Universitaria*, Mexico. Obtenido de <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/248#:~:text=El%20Modelo%20de%20Promoci%C3%B3n%20de%20la%20Salud%20propuesto%20por%20Nola,la%20generaci%C3%B3n%20de%20conductas%20saludables>.
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Registro Oficial No. 449.
- Freire, A. y. (2020). Factores maternos asociados a bajo peso al nacer en un hospital de Cuenca, Ecuador. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.
- Hernández, R., y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: Mc Graw Hill Education. Obtenido de https://books.google.com.co/books?id=5A2QDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_rycad=0#v=onepage&qyf=false

- Huarcaya, R., Cerda, M., y Barja, J. (2021). Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú. *MEDISAN*, 25(2), 346-356.
- INEC. (2021). Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Obtenido de *Métodos y Proyectos*: <https://www.inec.es/DEFine/es/concepto.htm?c=4583>
- Lattari, A. (Julio de 2021). Síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos. Obtenido de *Manual MSD*: <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-infantil/problemas-pulmonares-y-respiratorios-en-reci%C3%A9n-nacidos/s%C3%ADndrome-de-dificultad-respiratoria-s%C3%ADndrome-de-distr%C3%A9s-respiratorio-en-reci%C3%A9n-nacidos#:~:text=El%20s%C3%ADndrome%20de%20>
- Lozada, M. F. (Noviembre de 2021). Aplicación de los modelos y teorías de enfermería en el cuidado durante la gestación y el parto. Obtenido de <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/4395/MONOGRAFIA%20FINAL%20-%20MARIA%20FERNANDA%20MOLANO%20%281%29.pdf?sequence=1>
- MSP. (Noviembre de 2015). *Guía de Práctica Clínica*. Obtenido de *Sepsis Neonatal*.
- MSP. (2015). *Guía de Práctica Clínica Control Prenatal*. Quito.
- MSP. (2015). *Guía de Práctica Clínica Recién Nacido Prematuro*. Quito. Obtenido de *Recién nacido prematuro*.
- MSP. (16 de Diciembre de 2021). *Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño*. Obtenido de ESAMyN: <https://www.hgdz.gob.ec/wp-content/uploads/2022/05/2021-DIC-16-ESAMYN.pdf>
- OMS. (22 de Febrero de 2023). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de *Mortalidad Materna*: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- OPS. (2019). *Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro*. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53940/9789974860247_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Plan de Creación de Oportunidades. (2021). Secretaría Nacional de Planificación.
- Rodríguez, A., Hernández, E., Villafuerte, J., Mesa, S., Hernández, Y., y López, A. (2019). Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. *Medisur*, 14(7), 505-513. Obtenido de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4214>
- Rodríguez, M. (Febrero de 2019). *Prevalencia de Amenaza de Parto Pretérmino y factores asociados*. Obtenido de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31943/1/Tesis.pdf>


- Sasintuña, K., y Velastegui, M. (2020). Prevención de factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pretérmino. Riobamba, 2019 - 2020. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo.
- Silva, C. (2020). Asfixia neonatal. Obtenido de Blog Salud: <https://www.ucchristus.cl/blog-salud-uc/abc-de-la-salud/a/asfixia-neonatal#:~:text=Es%20una%20complicaci%C3%B3n%20que%20afecta,que%20a%20todo%20su%20organismo.>
- Tacchino, E. H. (23 de Julio de 2018). Parto pretérmino causas y medidas de prevención. Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttextypid=\\$2304-51322018000300013](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttextypid=$2304-51322018000300013)
- Torres, D. (Octubre de 2021). Aplicación de La Teoría de Florence Nightingale en los servicios de salud en Cuba. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextypid=\\$1028-48182021000500014#:~:text=Nightingale%20cre%C3%ADa%20que%20para%20mantener,manteniendo%20su%20vigilancia%20hoy%20d%C3%ADa.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextypid=$1028-48182021000500014#:~:text=Nightingale%20cre%C3%ADa%20que%20para%20mantener,manteniendo%20su%20vigilancia%20hoy%20d%C3%ADa.)
- UNICEF. (2016). Convención sobre los derechos del niño. Fundación UNICEF - comité español.
- Vinueza, Vallejo, Montero, y Sinche. (21 de Mayo de 2020). Morbilidad neonatal en la Amazonia Ecuatoriana. Obtenido de Correo Científico Médico: [https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3654/1878#:~:text=Las%20enfermedades%20m%C3%A1s%20frecuentes%20en,hipoglucemia%20\(5%2C03%25\).](https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3654/1878#:~:text=Las%20enfermedades%20m%C3%A1s%20frecuentes%20en,hipoglucemia%20(5%2C03%25).)
- Vinueza; Vallejo; Montero; Sinche. (21 de Mayo de 2020). Morbilidad neonatal en la Amazonia ecuatoriana aracterización epidemiológica en el Hospital General Puyo. Obtenido de Correo Científico Médico: [https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3654/1878#:~:text=Las%20enfermedades%20m%C3%A1s%20frecuentes%20en,hipoglucemia%20\(5%2C03%25\).](https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3654/1878#:~:text=Las%20enfermedades%20m%C3%A1s%20frecuentes%20en,hipoglucemia%20(5%2C03%25).)

VII. ANEXOS

Anexo 1. Acta de la sustentación de Predefensa del TIC



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI



FACULTAD DE INDUSTRIAS AGROPECUARIAS Y CIENCIAS AMBIENTALES
CARRERA DE ENFERMERÍA
ACTA
DE LA SUSTENTACIÓN ORAL DE LA PREDEFENSA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR


ESTUDIANTE: FLORES SANTANDER NAOMI SALOMÉ		CÉDULA DE IDENTIDAD: 0401822366	
PERIODO ACADÉMICO: 2023 A		DOCENTE TUTOR: MSC. JOHANNA ELIZABETH CAICEDO MINA	
PRESIDENTE TRIBUNAL: MSC. NELLY BLANCA GORDON DIAZ		DOCENTE: MSC. JACQUELINE DE LOS ANGELES REALPE SANDOVAL	
TEMA DEL TIC: FACTORES DE RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL FRANCISCO DE ORELLANA			

No.	CATEGORÍA	Evaluación cuantitativa	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
1	PROBLEMA - OBJETIVOS	8,50	Formulación del problem ay objetivo general falta población objeto de estudio
2	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	9,00	
3	METODOLOGÍA	7,67	fortalecer los métodos y tipos de la investigación; reformular el instrumento.
4	RESULTADOS	7,33	Reformular la prueba de asociación de variables y fortalecer análisis de resultados
5	DISCUSIÓN	7,00	Exponer la discusión
6	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	8,00	Recomendaciones contextualizar de forma específica
7	DEFENSA, ARGUMENTACIÓN Y VOCABULARIO PROFESIONAL	9,00	
8	FORMATO, ORGANIZACIÓN Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN	9,00	Revisar normas APA séptima edición en para tablas y ortografía.

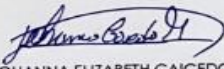
Ocupando una nota de: **8,35** Por lo tanto, **APRUEBA** ; debiendo el o los investigadores acatar el siguiente artículo:

Art. 36.- De los estudiantes que aprueban el informe final del TIC con observaciones.- Los estudiantes tendrán el plazo de 10 días para proceder a corregir su informe final del TIC de conformidad a las observaciones y recomendaciones realizadas por los miembros del Tribunal de sustentación de la pre-defensa.


Para constancia del presente, firman en la ciudad de Tulcán el **lunes, 30 de octubre de 2023**



MSC. NELLY BLANCA GORDON DIAZ
PRESIDENTE TRIBUNAL



MSC. JOHANNA ELIZABETH CAICEDO MINA
DOCENTE TUTOR



MSC. JACQUELINE DE LOS ANGELES REALPE SANDOVAL
DOCENTE

Anexo 2. Certificado del abstract por parte de idiomas



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI
FOREIGN AND NATIVE LANGUAGE CENTER**

ABSTRACT- EVALUATION SHEET				
NAME: Flores Santander Naomi Salomé				
DATE: 6 de noviembre de 2023				
TOPIC: "Factores de riesgo de partos pretérmino en el Hospital Francisco de Orellana"				
MARKS AWARDED		QUANTITATIVE AND QUALITATIVE		
VOCABULARY AND WORD USE	Use new learnt vocabulary and precise words related to the topic	Use a little new vocabulary and some appropriate words related to the topic	Use basic vocabulary and simplistic words related to the topic	Limited vocabulary and inadequate words related to the topic
	EXCELLENT: 2 <input checked="" type="checkbox"/>	GOOD: 1 Vera Játiva Edwin Andrés,5 <input type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
WRITING COHESION	Clear and logical progression of ideas and supporting paragraphs.	Adequate progression of ideas and supporting paragraphs.	Some progression of ideas and supporting paragraphs.	Inadequate ideas and supporting paragraphs.
	EXCELLENT: 2 <input checked="" type="checkbox"/>	GOOD: 1,5 <input type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
ARGUMENT	The message has been communicated very well and identify the type of text	The message has been communicated appropriately and identify the type of text	Some of the message has been communicated and the type of text is little confusing	The message hasn't been communicated and the type of text is inadequate
	EXCELLENT: 2 <input checked="" type="checkbox"/>	GOOD: 1,5 <input type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
CREATIVITY	Outstanding flow of ideas and events	Good flow of ideas and events	Average flow of ideas and events	Poor flow of ideas and events
	EXCELLENT: 2 <input type="checkbox"/>	GOOD: 1,5 <input checked="" type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
SCIENTIFIC SUSTAINABILITY	Reasonable, specific and supportable opinion or thesis statement	Minor errors when supporting the thesis statement	Some errors when supporting the thesis statement	Lots of errors when supporting the thesis statement
	EXCELLENT: 2 <input type="checkbox"/>	GOOD: 1,5 <input checked="" type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
TOTAL/AVERAGE	9 - 10: EXCELLENT 7 - 8,9: GOOD 5 - 6,9: AVERAGE 0 - 4,9: LIMITED	TOTAL 9		



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL
CARCHI FOREIGN AND NATIVE LANGUAGE
CENTER**

Informe sobre el Abstract de Artículo Científico o Investigación.

Autor: Flores Santander Naomi Salomé

Fecha de recepción del abstract: 6 de noviembre de 2023

Fecha de entrega del informe: 6 de noviembre de 2023

El presente informe validará la traducción del idioma español al inglés si alcanza un porcentaje de: 9 – 10 Excelente.

Si la traducción no está dentro de los parámetros de 9 – 10, el autor deberá realizar las observaciones presentadas en el ABSTRACT, para su posterior presentación y aprobación.

Observaciones:

Después de realizar la revisión del presente abstract, éste presenta una apropiada traducción sobre el tema planteado en el idioma Inglés. Según los rubrics de evaluación de la traducción en Inglés, ésta alcanza un valor de 9, por lo cual se valida dicho trabajo.

Atentamente



Ing. Edison Peñafiel Arcos MSc
Coordinador del CIDEN

Anexo 3. Solicitud de revisión historia clínica



Tulcán, 30 de agosto del 2023

Ing. Johana Herrera

RESPONSABLE DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL GENERAL FRANCISCO DE ORELLANA

Quien suscribe.

Msc. Johanna Caicedo

DOCENTE CARRERA DE ENFERMERÍA/ TUTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

ASUNTO: Solicitud revisión de historia clínica

De mi consideración:

Por medio del presente me dirijo a usted para expresarle un cordial saludo y a la vez, desearle éxitos en sus funciones a usted encomendadas, me permito solicitar de la manera más comedida se permita que la señorita Flores Naomi en calidad de mi tutelada, tenga acceso a la revisión de las historias clínicas de las pacientes atendidas en el 2022 para dar cumplimiento al trabajo de titulación "Factores de Riesgos de Parto Pretérmino en el Hospital Francisco de Orellana" cabe recalcar que esta información se tomara estrictamente con fines de investigación académica.

En espera de una favorable respuesta a esta solicitud, me despido.

Atentamente,



Identificación electrónica con:
JOHANNA ELIZABETH
CAICEDO MINA

Johanna Caicedo
DOCENTE UPEC

Calle Antisana y Av. Universitaria
Telf: (06) 2980837 - 2984435
info@upec.edu.ec
www.upec.edu.ec
Tulcán - Ecuador

Anexo 4. Evidencia datos de historias clínicas

H11									
Placenta Previa									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
	SEMANAS DE GESTACIÓN	EDAD	Nivel de Educación	Etnia	Controles Prenatales	Tipo de parto	EXAMENES DE LABORATORIO	Comorbilidades	SEMANAS DE
1									
2	27,6	12	Primaria	Afroecuatoriano	Mas de 4 controles	Cesarea	Anemia Grave	Diabetes	27,6
3	28,6	18	Primaria	Mestiza	Ningun control	Parto	Anemia Leve	Ruptura de Membrana Prematuro	28,6
4	31,1	19	Secundaria	Mestiza	Ningun control	Cesarea	Anemia Grave	Ruptura de Membrana Prematuro	31,1
5	25,6	21	Secundaria	Mestiza	Ningun control	Parto	Anemia Leve	Ruptura de Membrana Prematuro	25,6
6	29,5	17	Primaria	Afroecuatoriano	Mas de 4 controles	Parto	Hiperglucemia	Ruptura de Membrana Prematuro + Preclampsia	29,5
7	31,6	30	Primaria	Afroecuatoriano	Ningun control	Cesarea	Hiperglucemia	Ruptura de Membrana Prematuro + Preclampsia	31,6
8	34,1	20	Primaria	Shuar/Waorani	Ningun control	Parto	Hiperglucemia	Ruptura de Membrana Prematuro	34,1
9	32,1	23	Primaria	Mestiza	Ningun control	Cesarea	Anemia Leve	Diabetes	32,1
10	36,6	19	Primaria	Mestiza	Ningun control	Parto	Anemia Grave	Ruptura de Membrana Prematuro	36,6
11	33,6	13	Secundaria	Indigena	Mas de 4 controles	Cesarea	Anemia Grave	Placenta Previa	33,6
12	32,5	21	Secundaria	Afroecuatoriano	Ningun control	Parto	Anemia Leve	Placenta Previa	32,5
13	35,2	23	Secundaria	Afroecuatoriano	Ningun control	Cesarea	Anemia Grave	Ruptura de Membrana Prematuro	35,2
14	33,4	31	Secundaria	Afroecuatoriano	Ningun control	Parto	Anemia Leve	Hipertensión Arterial	33,4
15	29,6	32	Primaria	Afroecuatoriano	Ningun control	Parto	Hiperglucemia	Diabetes	29,6
16	34,6	22	Secundaria	Afroecuatoriano	Menos de 4 controles	Cesarea	Hiperglucemia	Hipertensión Arterial	34,6
17	35,2	29	Superior	Afroecuatoriano	Menos de 4 controles	Cesarea	Hiperglucemia	Diabetes	35,2
18	36,1	21	Secundaria	Mestiza	Menos de 4 controles	Cesarea	Anemia Leve	Ruptura de Membrana Prematuro	36,1
19	34,2	40	Superior	Mestiza	Mas de 4 controles	Parto	Anemia Leve	Hipertensión Arterial	34,2
20	30,5	23	Secundaria	Mestiza	Menos de 4 controles	Parto	Anemia Leve	Ruptura de Membrana Prematuro	30,5
21	35,4	18	Secundaria	Mestiza	Menos de 4 controles	Parto	Anemia Leve	Placenta Previa	35,4
22	36,6	19	Secundaria	Mestiza	Menos de 4 controles	Parto	Anemia Grave	Placenta Previa	36,6
23	23,8	28	Superior	Indigena	Mas de 4 controles	Cesarea	Anemia Grave	Hipertensión Arterial	23,8
24	34	18	Secundaria	Mestiza	Menos de 4 controles	Cesarea	Anemia Grave	Placenta Previa	34
25	33,6	14	Primaria	Shuar/Waorani	Mas de 4 controles	Parto	Anemia Grave	Ruptura de Membrana Prematuro	33,6
26	32,6	36	Secundaria	Mestiza	Mas de 4 controles	Parto	Hipoglucemia	Ninguna	32,6
27	35,9	27	Secundaria	Indigena	Mas de 4 controles	Parto	Hipoglucemia	Diabetes	35,9
28	28,4	26	Superior	Shuar/Waorani	Mas de 4 controles	Parto	Hipoglucemia	Ruptura de Membrana Prematuro + Preclampsia	28,4
29	32,4	19	Secundaria	Indigena	Menos de 4 controles	Cesarea	Hipoglucemia	Diabetes	32,4
30	36,5	18	Secundaria	Indigena	Menos de 4 controles	Cesarea	Hipoglucemia	Ruptura de Membrana Prematuro	36,5
31	31,6	21	Secundaria	Indigena	Menos de 4 controles	Parto	Hipoglucemia	Placenta Previa	31,6
32	32,6	19	Secundaria	Indigena	Menos de 4 controles	Cesarea	Anemia Moderada	Placenta Previa	32,6
33	36,3	20	Secundaria	Indigena	Menos de 4 controles	Parto	Anemia Moderada	Placenta Previa	36,3
34	30,6	30	Primaria	Afroecuatoriano	Ningun control	Cesarea	Anemia Moderada	Hipertensión Arterial	30,6
35	36,1	25	Superior	Shuar/Waorani	Mas de 4 controles	Parto	Anemia Leve	Ninguna	36,1
36	32,1	30	Primaria	Afroecuatoriano	Ningun control	Cesarea	Anemia Leve	Placenta Previa	32,1
37	29,5	15	Primaria	Shuar/Waorani	Mas de 4 controles	Parto	Anemia Leve	Hipertensión Arterial	29,5
38	33,6	21	Secundaria	Shuar/Waorani	Menos de 4 controles	Cesarea	Anemia Leve	Ruptura de Membrana Prematuro	33,6
39	34,2	24	Superior	Shuar/Waorani	Mas de 4 controles	Parto	Anemia Leve	Ruptura de Membrana Prematuro + Preclampsia	34,2
40	29,5	35	Primaria	Shuar/Waorani	Ningun control	Cesarea	Hipoglucemia	Ruptura de Membrana Prematuro	29,5
41	35,6	22	Secundaria	Mestiza	Menos de 4 controles	Parto	Hipoglucemia	Placenta Previa	35,6
42	35,1	29	Superior	Mestiza	Mas de 4 controles	Cesarea	Hipoglucemia	Placenta Previa	35,1
43	29,6	29	Superior	Mestiza	Mas de 4 controles	Parto	Hipoglucemia	Hipertensión Arterial	29,6
44	36,6	34	Secundaria	Indigena	Menos de 4 controles	Cesarea	Anemia Moderada	Ruptura de Membrana Prematuro	36,6

Anexo 5. Evidencias fotográficas documento de historias clínicas

HISTORIA PERINATAL - MSP

CC/INCUI: 23002150887

TELEF.: _____ FECHA DE NACIMIENTO: día 12, mes 2, año 2021

ALFABETIZACIÓN E INSTRUCCIÓN: Edu. Básica Jovenes y Adultos: Sí / No

ESTADO CIVIL: Casado / Soltero / Viudo / Divorciado / Otro

ESTABLECIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL: _____

ESTABLECIMIENTO DEL LUGAR DE PARTO: _____

DOMICILIO: Salvador

ANTECEDENTES

FAMILIARES: TBC, Diabetes, Hipertensión, Preeclampsia, Eclampsia, Cirugía, VIH, etc.

PERSONALES: Ginecología, Obstetricia, etc.

OBSTÉTRICOS: Último embarazo, gestas previas, abortos, nacidos vivos, etc.

GESTACIÓN ACTUAL

FECHA INICIAL: 05/06/2021

TALLA (cm): 153

EG COMPLETAR por FUM Eco <20 a.:

ECODIAGNÓSTICO: 11-13 semanas, 14-20 semanas, etc.

FUM ACT: 14.5

FUM PAS: 13.3

ROGAS: Sí / No

ALCOHOL: Sí / No

VIOLENCIA: Sí / No

ANTIRREÚBICA: Sí / No

ANTITÉTANICA: Sí / No

EX. NORMAL: Sí / No

CONTROL PRENATAL

Edad gest.: _____

Peso: _____

Ganancia adecuada peso: Sí / No

TA: _____

FC: _____

FR: _____

T°C: _____

Sat: _____

Protel. nurna: _____

Est. conc: _____

Altura uterina: _____

Presen. tación: _____

FCP (FPM): _____

Movim. fetal: _____

Signos vaginal: _____

Exámenes, tratamientos, SCORE MAMA: _____

PARTO

FECHA DE INGRESO: 30/01/2022

CONSULTAS PRENATALES: 05

HOSPITALIZACIÓN EMBARAZO: completo, parcial, ninguna

CORTICOIDES ANTENALES: 34

UTERINOHIBIDORES: 30

INICIO: espontáneo, inducido, cesárea

RUPTURA DE MENBRANAS ANTEPARTO: día, mes, año

EG AL PARTO/ABORTO: 35

PRESENTACIÓN SITUACIÓN: cefálica, pélvica, transversa

ACOMPANANTE

Partera Familiar: Sí / No

Partera Otro: Sí / No

PRÁCTICAS INTERCULTURALES

Vestimenta: Sí / No

Entrega Placenta: Sí / No

Ingesta fluidos: Sí / No

Posición Parto: de pie, modificada, supina, etc.

NACIMIENTO

Establecimiento de salud: casa, otro

VIVO: día, mes, año, hora, min

MUERTO: Parto, Anteparto, Si ignora

TERMINACIÓN

espont. cesárea, fórceps, vacío, otra

INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO

Preeclampsia + podalico

PLACENTA

completa, retenida

LIGADURA CORDÓN AL CESAR

inducido, conductión en TDP

RECIBIO

Antibióticos, Analgésicos, Anest. local, Anest. gen. oral, Trastón, Sulfato de Mg, preclám. ectam

POSTPARTO

hora	temperatura	TA	FR	pulso	Sat	ref. ore	ref. ure	loguero	problemas
30/12/19	36.7	140/80	88	97	97	0-1	1	4	
30/13/19	36.9	140/80	87	97	97	0-1	1	4	
30/15/19	36.1	140/80	87	98	98	0-1	1	4	
30/17/19	36.2	140/80	85	98	98	0-1	1	4	
30/19/19	36.5	140/80	80	97	97	0-1	1	4	
30/21/19	36	140/80	88	97	97	0-1	1	4	
30/23/19	36	140/80	89	97	97	0-1	1	4	
30/25/19	36	140/80	88	97	97	0-1	1	4	
30/27/19	36	140/80	88	97	97	0-1	1	4	
30/29/19	36	140/80	88	97	97	0-1	1	4	

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS

Eclampsia, Previa con proteinuria, Previa, Preeclampsia

INFECCIONES

SIRS, Mastitis, Gonorrea, Parasitosis, Infección genital, Infección herida cesárea, Bacteriuria asintomática, Infección epitelial, Pielonefritis

HEMORRAGIA

Post abortivo, Mola hidatiforme, Embarazo ectópico, Placenta previa, Acretismo placentario, DPNP, Ruptura uterina, Hemorragia postparto, Atrofia uterina, Desgarros, Restos, Defecto de coagulación

TRASTORNOS METABÓLICOS

Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Crisis tiroidea, Otro trastorno metabólico

OTROS TRASTORNOS

Hipertensión gravídica, Trombosis venosa prof., Tromboembolismo pulm., Embolia LA, Cardiopatía, Valvulopatía, Convulsiones, Anemia ferropérvica, Anemia foliculiforme, Enfermedad renal, Neoplasia maligna, Trastorno síquico

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Parto obstinado, Ruptura prolongada de membranas, Oligoamnionia, Polihidramnion, Sufrimiento fetal agudo, Restricción de crecimiento intrauterino

INTERVENCIONES

Alumbramiento manual, Uterotónicas para fto. hemorragia, Administración de hemoderivados, Laparotomía (excluy. cesárea), Ingreso a UCI >7 días, Uso de ATB/IV para fto. de complicación infecciosa, Cuál(es)?

PROCEDIMIENTOS PARA DETENER/CONTENER LA HEMORRAGIA

Ligaduras hemostáticas de las arterias uterinas / hipogástricas, Embolicaciones, traje antishock no neumático, Balones hidrostáticos

MSP/DNEAIS/INCSS/form.051/mayo/2016 ADAPTADO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE CLAP-OPS/OMS Este color significa ALERTA