



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**Perfil epidemiológico y caracterización de trabajo parto pretérmino  
en primigestas del hospital del Guasmo Sur de Guayaquil durante  
el periodo 2019-2022**

**AUTORES:**

**Rengifo Salvatierra Caprice de Los Ángeles  
Moreira Velásquez Dana Milena**

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

**TUTOR:**

**Dr. Gómez Landires Eduardo Alfredo**

**Guayaquil, Ecuador  
8 de octubre del 2024**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Rengifo Salvatierra Caprice de Los Ángeles y Moreira Velásquez Dana Milena**, como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**

### TUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:  
**EDUARDO ALFREDO  
GOMEZ LANDIRES**

f. \_\_\_\_\_  
Dr. Gómez Landires Eduardo Alfredo

### DIRECTOR DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_  
Juan Luis Aguirre Martínez

**Guayaquil, a los 3 del mes octubre del año 2024**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotros, **Rengifo Salvatierra Caprice de Los Ángeles**  
**MoreiraVelásquez Dana Milena**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Perfil epidemiológico y caracterización de trabajo parto pretérmino en primigestas del hospital del Guasmo Sur de Guayaquil durante el periodo 2019-2022** previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

**Guayaquil, a los 3 del mes octubre del año 2024**

### **LAS AUTORAS:**

f. \_\_\_\_\_



firmado electrónicamente por:  
CAPRICE DE LOS  
ANGELES RENGIFO  
SALVATIERRA

Rengifo Salvatierra Caprice De Los Ángeles

f. \_\_\_\_\_



firmado electrónicamente por:  
DANA MILENA  
MOREIRA  
VELASQUEZ

Moreira Velásquez Dana Milena



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA

## AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Rengifo Salvatierra Caprice de Los Ángeles**  
**MoreiraVelásquez Dana Milena**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Perfil epidemiológico y caracterización de trabajo parto pretérmino en primigestas del hospital del Guasmo Sur de Guayaquil durante el periodo 2019-2022**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 3 del mes octubre del año 2024**

### LAS AUTORAS:

f.



Firmado electrónicamente por:  
CAPRICE DE LOS  
ANGELES RENGIFO  
SALVATIERRA

\_\_\_\_\_

Rengifo Salvatierra Caprice De Los Ángeles

f.



Firmado electrónicamente por:  
DANA MILENA  
MOREIRA  
VELASQUEZ

\_\_\_\_\_

Moreira Velásquez Dana Milena

# REPORTE DE COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS  
magister

## TT, P73,Rengifo Salvatierra, Moreira Velásquez (1)



firmado electrónicamente por:  
EDUARDO ALFREDO  
GOMEZ LANDIRES

5%  
Textos  
sospechosos



2% Similitudes

0% similitudes entre  
comillas  
< 1% entre las fuentes  
mencionadas

4% Idiomas no reconocidos  
(ignorado)

3% Textos potencialmente  
generados por la IA

Nombre del documento: TT, P73,Rengifo Salvatierra, Moreira Velásquez (1).docx  
ID del documento: 3200f20b6840261c53afaac10d88276d38b5d73c  
Tamaño del documento original: 3,21 MB  
Autores: []

Depositante: Julio Adrian León Solorzano  
Fecha de depósito: 18/9/2024  
Tipo de carga: interface  
fecha de fin de análisis: 18/9/2024

Número de palabras: 8788  
Número de caracteres: 61.615

Ubicación de las similitudes en el documento:



### TUTOR (A)



firmado electrónicamente por:  
EDUARDO ALFREDO  
GOMEZ LANDIRES

f. \_\_\_\_\_

Dr. Gómez Landires Eduardo Alfredo

## AGRADECIMIENTO

Para comenzar mis agradecimientos, quiero expresar el más profundo de estos a Dios, quien ha sido mi guía y fortaleza a lo largo de todo este viaje. A mi abuelo Saúl Rengifo que siempre está conmigo acompañándome en este largo camino, por su amor y apoyo durante todo este tiempo. Hoy, al celebrar este logro, sé que él me está observando desde el cielo y me acompaña en esta alegría.

A mis padres, Jimmy y Virginia, a quienes les debo mi más grande admiración y gratitud por su amor incondicional y por ser mi ejemplo de vida. Me han enseñado valores esenciales que me han moldeado y me han convertido en la mujer que soy hoy. Su sacrificio y dedicación para darme la oportunidad de ser una profesional hoy dan sus frutos.

A mis hermanos, Yuleidy y Saúl, quiero agradecerles por su amor constante ya que han sido una pieza muy importante en este camino y me han dado fuerza para seguir adelante. Aunque la distancia a veces nos separa, siempre están conmigo.

A mi abuela, mi querida mami Evelina, quiero agradecer por las atenciones cuando las he necesitado más, por preocuparse por que no me falte nada y cuidar de mi con el calor de una madre. En conjunto con mi tía Johanna, les estoy profundamente agradecida por siempre alentarme a ser mejor y enseñarme que el límite está en nadie más que en mi misma. Su fe y apoyo incondicional han sido una fuente constante de inspiración.

Quiero agradecer también a mi tío Christian y a mi tía Evelyn, quienes han jugado un papel fundamental en los inicios de mis estudios. Por cuidarme y por siempre estar dispuestos a compartir momentos juntos, hasta en los momentos más sencillos del día a día.

A mi primo Aarón, le agradezco por siempre estar para darme un hombro en el que apoyarme y escucharme en los momentos difíciles. Por orientarme y motivarme a dar lo mejor de mí en todo momento.

A mi mejor amiga y compañera de tesis Dana, me siento profundamente agradecida por la amistad que me ha brindado desde el primer día hasta donde

estamos hoy. Por las largas noches de estudio donde nos acompañamos, y por los buenos y malos momentos a lo largo de la carrera. A mi mejor amiga María Paz, mi nanita, que aunque hayamos coincidido después en la vida, es como si la hubiera conocido desde siempre. Gracias por cada ocurrencia que me ha provocado una sonrisa cuando más lo he necesitado o simplemente porque sí, por acogerme en su familia y hacerme sentir como en casa. Ustedes se han convertido en una pieza fundamental en mi vida, y espero que nuestra amistad perdure para siempre. Su amistad es una verdadera bendición para mí.

Quiero agradecer a Carlos, por todo el amor y apoyo que me ha brindado en estos últimos años. Por ser mi lugar seguro después de cada día, sea bueno o malo siempre tuve un lugar donde refugiarme que fueron tus brazos, por recordarme siempre que soy capaz en momentos donde ni yo misma lo creía. La persona que me enseñó el amor incondicional, que cada sacrificio realizado vale la pena y lo importante que es tener un gran compañero a tu lado. Dicen que uno está con una pareja que es su reflejo, una persona digna de admirar, y hoy doy fe que es cierto, me inspiró a ser mi mejor versión y a crecer a su lado.

A mis compañeros y futuros colegas quienes compartieron esta travesía conmigo, y en especial a Milena, agradezco su sincera amistad y por cuidar de mí. Aunque nuestras trayectorias se separen, la distancia nunca ha disminuido el valor de nuestra conexión.

Finalmente, quiero agradecer a mi yo del pasado, por su coraje y por no rendirse a pesar de las dificultades. Cada sacrificio, cada noche de estudio sin parar, cada reunión que me perdí, cada vez que no pude viajar a ver a mis seres amados, cada día disfrutado, cada momento que llevo conmigo de este largo camino ha valido la pena, y ahora puedo decir con satisfacción que llegué. Este es solo el comienzo de una larga travesía, pero este logro me ha enseñado de todo lo que soy capaz y más.

A todos ustedes, mi más sincero agradecimiento. Este logro es tanto suyo como mío

**CAPRICE DE LOS ANGELES RENGIFO SALVATIERRA**

Quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a mis padres. Mi mamá quien ha sido un pilar fundamental en mi vida, el motor y gasolina de mis días, quien nunca me ha permitido rendirme en este camino, su amor incondicional y apoyo infinito. Mi papá quien guió durante estos años me enseñó a ser constante y ha sido una fuente inagotable de motivación para mí. A mis tíos Jorge y Malena, quienes también han sido una parte esencial de mi crecimiento y éxito. Su aliento y apoyo me han impulsado a seguir adelante con determinación. Mi hermano, por su compañía y por estar siempre allí para ofrecerme palabras de aliento y su apoyo incondicional durante este proceso.

A Caprice quien ha sido mi amiga durante todos estos años de carrera, mi compañera de tesis y próximamente futura colega. Tu dedicación, compromiso y espíritu de equipo han hecho este proyecto menos agotadora, más divertido y mucho más llevadero, gracias por siempre estar. A María Paz quien se ha mantenido a nuestro lado estos últimos años de carrera, en los buenos y malos momentos de la carrea, brindando siempre su hermosa amistad, dándome apoyo y palabras de aliento. Sin ustedes dos nada de este proceso hubiera sido igual.

A la universidad, por brindarme las herramientas y el entorno académico necesarios para desarrollar esta tesis. Su infraestructura y recursos han sido fundamentales para mi investigación. Y al Hospital General Guasmo Sur, por proporcionarme la base de datos esencial para mi estudio. Tu colaboración ha sido crucial para la realización de esta investigación.

A todos ustedes, mi más sincero agradecimiento por su apoyo, confianza y contribuciones invaluable a lo largo de este viaje.

**DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ**

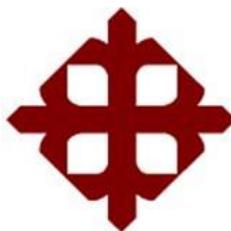
## **DEDICATORIA**

Este proyecto de titulación se lo dedico a mis padres, Jimmy y Virginia, que a pesar de todas las adversidades que se presentaron, siempre vieron la manera para poder llegar hasta aquí. A mi familia, por ese constante apoyo tanto en los buenos y malos momentos y por las palabras de aliento que me impulsaron a dar lo mejor de mi cada día. A mis mejores amigas que son mi refugio y alegría constante, y a mi pareja, por su amor, paciencia y por caminar a mi lado en esta travesía.

## **CAPRICE DE LOS ANGELES RENGIFO SALVATIERRA**

Esta tesis de grado realizada con todo el esmero, dedicación, y amor se la dedico primeramente a Dios, Johana y Jorge, mis padre, a mi hermano y a toda mi familia que supieron brindarme todo el apoyo moral en los momentos que más necesité y han desarrollado en mi un ser fuerte que no se deja caer ante las adversidades. A mis mejores amigas que me acompañaron en esta travesía y se mantuvieron a mi lado en cada momento. A todos mis docentes que llegaron a mí y dejaron un granito en esta formación.

## **DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

JUAN LUIS AGUIRRE MARTÍNEZ  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

DIEGO ANTONIO VASQUEZ CEDEÑO  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**(NOMBRES Y APELLIDOS)**

OPONENTE

# ÍNDICE

RESUMEN .....	XIII
ABSTRACT .....	XIV
INTRODUCCIÓN .....	2
CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
OBJETIVOS.....	5
Objetivo General:.....	5
Objetivos Específicos:.....	5
HIPÓTESIS.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	5
CAPITULO II MARCO TEORICO .....	7
ANTECEDENTES.....	7
EPIDEMIOLOGÍA .....	8
FACTORES DE RIESGO.....	9
DIAGNOSTICO Y MANEJÓ.....	13
METODOLOGÍA .....	15
Materiales y métodos .....	15
TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	15
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN .....	16
POBLACIÓN Y MUESTRA .....	16
CRITERIOS DE SELECCIÓN .....	17
Criterios de Inclusión .....	17
Criterios de Exclusión .....	17
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	17
REPRESENTACIÓN ESTADÍSTICA DE RESULTADOS.....	21
ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS BÁSICAS.....	21
REPRESENTACIÓN GRÁFICA:.....	21
Resultado de análisis estadístico.....	22
Resultados del Estudio .....	22
Discusión de los resultados.....	24
Conclusiones y Recomendaciones.....	26
CONCLUSIONES .....	26
Recomendaciones .....	28
ANEXOS .....	30
REFERENCIAS.....	37

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad.....	43
Tabla 2. Semanas de gestación.....	44
Tabla 3. Ocupación.....	46
Tabla 4. Modo de parto.....	47
Tabla 5. Complicaciones obstétricas .....	47
Tabla 6. Antecedentes Maternos .....	48
Tabla 7. Complicaciones Gineco-obstetricas .....	49

## INDICE DE GRAFICOS

Gráfica 1. Edad estadística descriptiva .....	43
Gráfica 2. Semanas de gestación estadística descriptiva .....	44
Grafica 3. Estado civil .....	45
Gráfico 5. Comorbilidades .....	46
Grafica 6. Hábitos .....	46

## RESUMEN

**Introducción:** El parto pretérmino representa una de las principales fuentes de morbilidad y mortalidad en neonatos. Este estudio se llevó a cabo con el fin de identificar el perfil epidemiológico y los factores de riesgo relacionados con el parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil, durante el período comprendido entre 2019 y 2022.

**Metodología:** se desarrolló un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal en una muestra de 110 primigestas diagnosticadas con trabajo de parto pretérmino. La recolección de datos se realizó a través de la revisión de las historias clínicas registradas en el sistema del hospital. Los criterios de inclusión fueron mujeres con diagnóstico de trabajo de parto pretérmino atendidas durante el periodo del estudio.

**Resultados:** La muestra final incluyó a 110 primigestas, con una edad promedio de 21.2 años. Del total de partos pretérminos, el 61.5% se realizaron mediante cesárea. Los factores de riesgo identificados con mayor frecuencia fueron la ruptura prematura de membranas (18.1%), el oligohidramnios (15.4%) y la preeclampsia (12.3%). Además, se observó que el 80.9% de las participantes eran solteras, y el 69.1% habían completado la educación secundaria.

**Conclusión:** La alta incidencia de complicaciones obstétricas y factores de riesgo vinculados al parto prematuro en mujeres primigestas subraya la necesidad de fortalecer la atención prenatal, así como de implementar estrategias de intervención temprana que permitan reducir la ocurrencia de nacimientos prematuros y sus consecuencias adversas.

**Palabras Claves:** Parto Prematuro, Factores de Riesgo, Primigesta, Epidemiología, Ruptura prematura de membranas, Complicaciones Obstétricas

## ABSTRACT

**Introduction:** Preterm birth is one of the leading causes of neonatal morbidity and mortality. This study was conducted to identify the epidemiological profile and risk factors associated with preterm birth in primigravidas treated at the Hospital General Guasmo Sur in Guayaquil, during the period from 2019 to 2022.

**Methodology:** An observational, descriptive, and cross-sectional study was carried out on a sample of 110 primigravidas diagnosed with preterm labor. Data collection was conducted through the review of medical records registered in the hospital's system. The inclusion criteria were women diagnosed with preterm labor who were attended during the study period.

**Results:** The final sample included 110 primigravidas, with a mean age of 21.2 years. Of the total preterm births, 61.5% were performed by cesarean section. The most frequently identified risk factors were premature rupture of membranes (18.1%), oligohydramnios (15.4%), and preeclampsia (12.3%). Additionally, it was observed that 80.9% of the participants were single, and 69.1% had completed secondary education.

**Conclusion:** The high prevalence of obstetric complications and risk factors associated with preterm birth in primigravidas underscores the importance of improving prenatal care and early intervention strategies to reduce the frequency of preterm birth and its potential complications. A multidisciplinary approach is crucial to optimize perinatal outcomes in this context.

**Keywords:** Preterm Birth, Risk Factors, Primigravida, Epidemiology, Premature Rupture of Membranes, Obstetric Complications.

## INTRODUCCIÓN

En 2015, los nacimientos prematuros impactaron a más de 15 millones de embarazos en todo el mundo. Las estimaciones más recientes indican que aproximadamente 13.4 millones de bebés nacieron prematuramente en 2020, manteniéndose como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal (1,2). Estas cifras demográficas muestran una considerable variación según el país; por ejemplo, en España, los datos del Instituto Nacional de Estadística para 2018 indican que los partos prematuros representaron entre el 6.5% y el 9% del total de nacimientos en ese contexto (3). En la región de América Latina y el Caribe, la tasa estimada de nacimientos prematuros en 2010 y 2020, según las regiones de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, refleja una prevalencia del 8.9%, con aproximadamente 870,000 bebés nacidos prematuramente (2).

En 2019, las complicaciones derivadas del parto prematuro se constituyeron como la principal causa de fallecimiento entre niños menores de 5 años a nivel global, representando el 17.7% de todas las muertes en este grupo de edad (900.000 defunciones) y el 36.1% de las defunciones neonatales (4).

En los últimos años, se han conseguido avances significativos en el desarrollo de marcadores bioquímicos, biofísicos y microbiológicos para identificar el riesgo de parto prematuro, tales como la fibronectina fetal, la ecografía transvaginal para evaluar la longitud cervical y el estudio de la disbiosis vaginal, especialmente en el contexto de la vaginosis bacteriana (VB). Un rasgo común de estos métodos diagnósticos es que presentan una sensibilidad limitada en comparación con su especificidad. Esto implica que, aunque existe una proporción considerable de resultados falsos positivos, un resultado negativo generalmente indica un riesgo bajo de parto prematuro. (5).

A pesar de los avances en el ámbito de la investigación, las directrices actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen una serie de intervenciones prioritarias para la prevención del parto prematuro. Estas recomendaciones incluyen: la orientación sobre una alimentación saludable y equilibrada, así como la eliminación del consumo de tabaco y otras sustancias perjudiciales. Igualmente, se resalta la importancia de llevar a cabo evaluaciones fetales tempranas, como la ecografía precoz para la determinación de la edad gestacional y la identificación de embarazos múltiples (6).

Adicionalmente, se aconseja la realización de al menos ocho consultas prenatales con profesionales de la salud a lo largo del embarazo, iniciando la primera antes de la semana 12 de gestación, con el propósito de identificar y manejar de manera adecuada factores de riesgo, tales como las infecciones (6).

# CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parto prematuro espontáneo resulta del trabajo de parto pretérmino, un síndrome que abarca una amplia variedad de etiologías causales y factores asociados. De acuerdo con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (2020), la amenaza de parto prematuro o trabajo de parto pretérmino se define como "una condición clínica caracterizada por la aparición de contracciones uterinas regulares acompañadas de cambios en el cuello uterino". Esta situación ocurre entre las 22.0 y 36.6 semanas de gestación en mujeres embarazadas con membranas amnióticas intactas (7)

Diversos factores de riesgo se han vinculado con la prevalencia del trabajo de parto pretérmino o su amenaza, los cuales pueden clasificarse en factores obstétricos, maternos y sociodemográficos (7). Entre las múltiples causas que pueden llevar a esta condición se encuentran la corioamnionitis, hemorragia decidual, enfermedades vasculares, sobredistensión uterina, patologías cervicales, alteraciones en la tolerancia materno-fetal, senescencia decidual, procesos mediados por el sistema inmunológico, estrés materno, y la reducción de la actividad de la progesterona, entre otros factores (8).

En Ecuador, las directrices más recientes emitidas desde el ámbito gubernamental datan de 2015. Estas directrices enfatizan la prevención de complicaciones en el contexto del trabajo de parto pretérmino, promoviendo estrategias preventivas como la administración de corticoides prenatales para la maduración pulmonar fetal y la infusión de sulfato de magnesio para la neuroprotección (9).

En base a lo anterior este estudio se enfoca en la pregunta: ¿Cuál es perfil epidemiológico (prevalencia) y características (factores de riesgo, estrategias

de detección) del trabajo parto pretérmino en primigestas del hospital del Guasmo Sur de Guayaquil durante el periodo 2019-2022?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Analizar el perfil epidemiológico y caracterizar el trabajo de parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital General Guasmo Sur durante el periodo 2019-2022.

### **Objetivos Específicos:**

- Identificar y evaluar los factores de riesgo relacionados con el trabajo de parto pretérmino en primigestas, considerando elementos obstétricos, maternos y sociodemográficos específicos en el contexto del periodo de estudio.
- Describir de manera exhaustiva las manifestaciones clínicas y los resultados asociados al trabajo de parto pretérmino en primigestas atendidas en el hospital, poniendo énfasis en las particularidades observadas.
- Comparar los resultados obtenidos con los de investigaciones similares a nivel nacional e internacional, para contextualizar los hallazgos del Hospital General Guasmo Sur en un marco comparativo más amplio.

## **HIPÓTESIS**

Existe una relación significativa entre la edad de la madre y el riesgo de trabajo de parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital General Guasmo Sur.

## **JUSTIFICACIÓN**

La investigación sobre el perfil epidemiológico y la caracterización del trabajo de parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil durante el periodo 2019-2022 en Ecuador responde a la

necesidad urgente de comprender y abordar una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal a nivel global. El contexto ecuatoriano, con sus características demográficas, socioeconómicas y culturales particulares, requiere un análisis detallado que aporte información específica adaptada a esta realidad, superando así las limitaciones de estudios que se basan en datos de otras regiones o contextos globales.

Este estudio es fundamental para diseñar estrategias de prevención y manejo clínico que se ajusten a las condiciones específicas de cada hospital en Ecuador, favoreciendo una mejora notable en la salud materna e infantil del país. Es crucial actualizar las directrices nacionales basándose en evidencia concreta y adaptada al contexto local, para garantizar una atención prenatal y obstétrica más eficaz. Esto permitirá reducir de manera significativa la frecuencia de partos prematuros y mitigar sus efectos adversos en la población de primigestas en Ecuador.

La importancia de este estudio se centra en su enfoque específico en el periodo 2019-2022, un intervalo caracterizado por desafíos particulares, como los efectos de la pandemia de COVID-19. Este análisis exhaustivo del trabajo de parto pretérmino en primigestas durante este tiempo proporcionará una comprensión más profunda de las tendencias actuales y emergentes, lo que permitirá identificar nuevas áreas de intervención y desarrollar políticas de salud pública más efectivas y alineadas con las necesidades del contexto ecuatoriano.

## **CAPITULO II MARCO TEORICO**

### **ANTECEDENTES**

El parto prematuro, definido como aquel que ocurre antes de las 37 semanas completas de gestación, es un resultado adverso en salud que puede estar relacionado con discapacidades significativas a lo largo de la vida del recién nacido. La Organización Mundial de la Salud clasifica el parto prematuro en tres tipos: extremadamente prematuro (antes de las 28 semanas de gestación), muy prematuro (entre las 28 y 32 semanas), y moderado o tardío (entre las 32 y 37 semanas de gestación) (6). Se calcula que las complicaciones asociadas con el parto prematuro son la principal causa de mortalidad neonatal. (10)

Según el informe de la Carga Mundial de Enfermedad, el parto prematuro ocupa el octavo lugar en términos de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), destacando su relevancia en el ámbito de la salud pública mundial. (11)

En un estudio retrospectivo realizado por Bouchra Koullali y su equipo, se analizaron nacimientos vivos únicos (a partir de las 22 semanas de gestación) de mujeres en su primer, segundo, tercer, cuarto o quinto embarazo en los Países Bajos, entre 2010 y 2014. El resultado principal evaluado fue el riesgo de parto prematuro espontáneo antes de las 37 semanas, mientras que como resultados secundarios se analizaron los partos prematuros espontáneos antes de las 32 y 28 semanas (12).

En este estudio, se analizaron un total de 802,119 embarazos, de los cuales 30,237 resultaron en un parto prematuro espontáneo antes de las 37 semanas de gestación. Se encontró un riesgo mayor de parto prematuro espontáneo antes de las 37 semanas en mujeres nulíparas (OR 1.95, IC 95%: 1.89-2.00) y en mujeres en su quinto embarazo (OR 1.26, IC 95%: 1.13-1.41) en comparación con aquellas que estaban en su segundo embarazo. Resultados

similares se observaron en los casos de partos prematuros espontáneos antes de las 32 y 28 semanas.

## **EPIDEMIOLOGÍA**

Cada año, nacen más de 130 millones de niños en todo el mundo, de los cuales aproximadamente 15 millones son prematuros, lo que representa más de uno de cada diez nacimientos. Lamentablemente, más de un millón de estos bebés prematuros fallecen en los primeros días de vida. No obstante, es importante destacar que las tasas de nacimientos prematuros varían significativamente a nivel mundial: regiones como el norte de Europa y Japón presentan tasas más bajas, mientras que en los países en desarrollo con ingresos bajos o medios se observan las tasas más elevadas. Este contraste subraya la importancia de abordar los factores socioeconómicos y de salud pública que influyen en la incidencia del parto prematuro en diferentes contextos globales (13,14).

La incidencia de nacimientos prematuros en bebés nacidos de madres afroamericanas es aproximadamente un 50% mayor en comparación con la de madres caucásicas. Además, los neonatos afroamericanos presentan una tasa de mortalidad más alta que la de sus pares caucásicos con la misma edad gestacional. Por otro lado, aunque las mujeres hispanas/latinas comparten muchos de los factores de riesgo de parto prematuro que se observan en mujeres afroamericanas, sus tasas de nacimientos prematuros son similares a las de mujeres blancas no hispanas. Este fenómeno es conocido como la "paradoja hispana", destacando las diferencias significativas en los resultados perinatales entre distintos grupos étnicos y raciales, incluso cuando existen factores de riesgo en común (15).

En la investigación dirigida por Reza Arabi Belaghi y su equipo, se analizó una cohorte retrospectiva basada en la población, focalizando en mujeres nulíparas (N = 112,963) que experimentaron una gestación única y dieron a luz entre las 20 y 42 semanas de gestación en hospitales de Ontario desde el 1 de abril de 2012 hasta el 31 de marzo de 2014. De este grupo, 6,955 mujeres

(6.2%) tuvieron partos prematuros, con 3,695 de estos casos (53%) correspondiendo a partos prematuros espontáneos (16).

Dentro de esta población, aproximadamente el 5% de las pacientes eran menores de 20 años, y el 13% superaban los 35 años. Un 2% de las mujeres habían experimentado tres o más abortos previos, incluyendo abortos espontáneos. Más de la mitad de las pacientes presentaban un Índice de Masa Corporal (IMC) no ideal previo al embarazo, con un 17.34% clasificado como sobrepeso y un 12.58% como obesidad. Alrededor del 17% de las mujeres en la cohorte padecía al menos una condición médica preexistente. Además, únicamente el 78.67% de las pacientes contaba con una cita prenatal documentada durante el primer trimestre (16).

### **FACTORES DE RIESGO**

El nacimiento prematuro es un síndrome complejo que puede ser desencadenado por múltiples factores, tales como infecciones e inflamaciones intrauterinas, isquemia, hemorragias uteroplacentarias, distensión uterina excesiva, incompetencia cervical, desequilibrios hormonales, y otros procesos inmunológicos. El análisis de los factores de riesgo maternos relacionados con el parto prematuro a través de estudios epidemiológicos proporciona un entendimiento valioso de las vías que conducen a este evento, lo que permite identificar de manera temprana a las mujeres en mayor riesgo. Este conocimiento es esencial para diseñar e implementar estrategias terapéuticas y recomendaciones preventivas adaptadas a cada caso, contribuyendo de esta forma a reducir el riesgo de partos prematuros (12).

Se han identificado diversos factores de riesgo maternos que están asociados con el parto prematuro. Entre estos se encuentran la falta de consultas de atención prenatal (APN), complicaciones obstétricas, la edad de la madre, el estado nutricional, infecciones maternas, hipertensión gestacional, antecedentes de abortos y el bajo peso al nacer. Estos factores pueden aumentar la susceptibilidad de las mujeres gestantes a complicaciones

durante el embarazo, lo que puede incrementar el riesgo de parto prematuro. Asimismo, estudios han evidenciado una relación significativa entre la infección del tracto urinario (ITU) y la vaginosis bacteriana con un mayor riesgo de nacimientos prematuros. Estos hallazgos subrayan la relevancia de la detección temprana y el manejo adecuado de estos factores de riesgo durante la atención prenatal, con el fin de reducir la incidencia de partos prematuros y optimizar los resultados de salud tanto para la madre como para el neonato (17).

Un factor estudiado corresponde al origen étnico de la madre, siendo así que un estudio realizado por Egbe, et al. llevaron a cabo un estudio de cohorte transversal retrospectivo con mujeres que tuvieron un nacimiento vivo en Pensilvania entre 2011 y 2014, abarcando un total de 4,499,259 casos, mediante el empleo de análisis de regresión logarítmica binomial y multinomial, se evaluaron los riesgos relativos de parto prematuro dentro de cada estrato por categoría racial determinando que las mujeres que no nacieron en Estados Unidos presentan una menor incidencia de partos prematuros en comparación con aquellas nacidas en el país (5.1% frente a 7.5%, respectivamente,  $P = 0.001$ ). Dentro del grupo de mujeres nacidas en el extranjero, las de origen blanco no hispano registraron las tasas más bajas de nacimiento prematuro (5.1%), mientras que las mujeres afroamericanas no hispanas exhibieron las tasas más elevadas (7.4%). Este contraste refleja cómo los factores de riesgo asociados al parto prematuro pueden variar significativamente en función del origen étnico y el lugar de nacimiento, subrayando la importancia de considerar estas variables al desarrollar estrategias de prevención y atención. (18)

La paridad es otro factor asociado con el riesgo de parto prematuro, observándose las tasas más altas de este evento en mujeres que no han tenido hijos previamente (nulíparas) y las más bajas en aquellas que están en su segundo embarazo (19). La relación entre una alta paridad y los resultados adversos durante el embarazo ha sido ampliamente estudiada, mostrando resultados contradictorios. Mientras que algunos estudios indican una

asociación entre alta paridad y complicaciones en el embarazo, otros sugieren que, bajo condiciones socioeconómicas favorables y con un acceso adecuado a los servicios de salud, una alta paridad no necesariamente incrementa el riesgo de desenlaces negativos en el embarazo (12). Una revisión sistemática realizada en 2010 señaló que ni la multiparidad significativa ni la muy alta estuvieron relacionadas con un aumento en el riesgo de parto prematuro, lo que sugiere que otros factores contextuales pueden tener una influencia más significativa en este desenlace (20).

Un estudio de relevancia fue llevado a cabo por Themistoklis Dagklis y su equipo, en el cual participaron mujeres embarazadas nulíparas con embarazos únicos y sin antecedentes médicos u obstétricos previos. El objetivo principal del estudio fue determinar la incidencia de factores de riesgo modificables específicos para el parto prematuro espontáneo (PPE) y examinar las correlaciones entre estos factores de riesgo asociados con el PPE (21).

De un total de 2027 mujeres que cumplieron con los criterios de elegibilidad y consintieron participar en el estudio, el 4.9% experimentó un (PPE). Un 25.5% (n=518) de las participantes se encontraban en una edad materna extrema (menores de 20 años o mayores de 35 años), el 34.5% (n=701) presentaban un índice de masa corporal (BMI, por sus siglas en inglés) anormal ( $<18.5$  o  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>), el 4.4% (n=89) reportaron el uso de tecnologías de reproducción asistida (ART, por sus siglas en inglés) y el 10.9% (n=220) se identificaron como fumadoras durante el embarazo. En el análisis multivariado, el (PPE) estuvo significativamente correlacionado con la concepción a través de ART, presentando un odds ratio (OR) de 2.494 con un intervalo de confianza (CI) del 95% de 1.196-5.199.(21)

En conclusión, aproximadamente una de cada veinte mujeres primíparas en este estudio experimentó un (PPE). Aunque una proporción considerable de la población del estudio estaba compuesta por mujeres de edad materna avanzada, con BMI anormal y fumadoras, estas características no influyeron

en la incidencia. Sin embargo, la concepción mediante ART duplicó el riesgo de experimentarlo, destacando la importancia de considerar este factor en el manejo clínico de embarazos resultantes de tecnologías de reproducción asistida.

Actualmente existe se promueve un cambio del enfoque tradicional que examina el parto prematuro a través de factores de riesgo, una metodología más reciente lo clasifica según características clínicas distintivas. Esta clasificación integral y uniforme del parto prematuro, basada en presentaciones clínicas, fue desarrollada durante la Conferencia Internacional sobre Prematuridad y Muerte Fetal, organizada por la Alianza Global para Prevenir la Prematuridad y la Muerte Fetal, con el fin de "fenotipar" el parto prematuro en términos de una o más condiciones maternas, fetales y placentarias, en combinación con dos componentes adicionales: signos de inicio del parto y caminos hacia el parto. (22)

Los objetivos de este fenotipado incluyen aplicar una clasificación clínica estándar del parto prematuro a todos los casos, mejorar la vigilancia del nacimiento a través de las poblaciones, aumentar la comprensión de las variaciones por tiempo y región, y consecuentemente, desarrollar intervenciones efectivas. Este enfoque promete avanzar significativamente en la identificación y manejo de los partos prematuros, alineando la investigación y las estrategias de intervención con las causas subyacentes específicas y las manifestaciones clínicas de cada caso. (23)

En el estudio realizado por Siavash Maghsoudlou y su equipo, se valoró esta clasificación fenotípica, en la cual se analizó una cohorte poblacional compuesta exclusivamente por mujeres nulíparas con embarazos únicos de más de 20 semanas de gestación, quienes dieron a luz en un hospital de Ontario entre 2012 y 2014. Se emplearon modelos de regresión logística para calcular los odds ratio (OR) ajustados, siguiendo la Clasificación II del Grupo de Trabajo Canadiense. (24)

De las 113,942 mujeres nulíparas incluidas en el estudio, el 6.1% tuvo partos prematuros (antes de las 37 semanas de gestación), con una edad gestacional media de 33.9 semanas. Dentro de este grupo, el 34.1% no presentó ningún fenotipo clínico asociado al parto prematuro; el 42.3% exhibió alguna condición materna, fetal o placentaria; el 22.3% mostró dos condiciones clínicas; y el 1.3% presentó tres condiciones. Los fenotipos más frecuentes asociados al parto prematuro fueron el deterioro de enfermedades maternas (24.0%), restricción del crecimiento intrauterino (23.5%), y sufrimiento fetal (23.0%). Comparativamente, los partos prematuros asociados a fenotipos maternos, fetales o placentarios mostraron una probabilidad significativamente mayor de terminar en cesárea, con OR ajustadas de 2.70 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 2.30-3.17) para fenotipos maternos, 1.66 (IC del 95%: 1.36-2.03) para fenotipos fetales, y 6.49 (IC del 95%: 4.29-9.80) para fenotipos placentarios, respectivamente. (24)

## DIAGNOSTICO Y MANEJÓ

A nivel mundial, varios países han implementado servicios de detección y prevención dirigidos a identificar a las mujeres en riesgo de parto prematuro. Por ejemplo, en Australia Occidental, se utiliza la ecografía para evaluar el riesgo de parto prematuro mediante la medición del acortamiento cervical, lo que permite establecer medidas preventivas para mitigar estas complicaciones. Sin embargo, en África Oriental, muchos nacimientos prematuros continúan pasando desapercibidos y las causas subyacentes aún no se han identificado completamente para prevenir su ocurrencia y las complicaciones asociadas. (14)

Existen ciertos estudios como el de Reza Arabi Belaghi y colaboradores, que examinaron la capacidad de predecir el parto prematuro en mujeres nulíparas mediante la aplicación de modelos de regresión logística y técnicas de aprendizaje automático. Este análisis incluyó a mujeres nulíparas (N = 112,963) con embarazos únicos que dieron

a luz entre las 20 y 42 semanas de gestación en hospitales de Ontario desde el 1 de abril de 2012 hasta el 31 de marzo de 2014. (16)

Los resultados revelaron que, durante el primer trimestre, la regresión logística identificó 13 variables significativamente asociadas con el parto prematuro, siendo la diabetes (tanto Tipo I como Tipo II) y la concentración anormal de proteína A plasmática asociada al embarazo los predictores más relevantes. En el segundo trimestre, se identificaron 17 variables significativas, destacando las complicaciones durante el embarazo como las de mayor impacto. La nuliparidad no encontró una asociación significativa durante el estudio.

# METODOLOGÍA

## Materiales y métodos

El presente estudio se diseñó como una investigación de tipo transversal, retrospectiva y observacional, llevada a cabo en el Hospital General Guasmo Sur. La metodología se centró en una revisión exhaustiva de los casos documentados que involucraron trabajo de parto pretérmino en primigestas atendidas durante el período 2019-2022. La recopilación de datos se efectuó mediante un análisis riguroso de las historias clínicas electrónicas, complementado por registros de exámenes diagnósticos, tales como ultrasonidos y resultados de pruebas de laboratorio relevantes. Este enfoque metodológico permitió una evaluación detallada de la prevalencia, los factores de riesgo y las características clínicas asociadas al trabajo de parto pretérmino, fundamentándose en información clínica y diagnóstica recopilada retrospectivamente para ofrecer una comprensión más profunda sobre el perfil epidemiológico de estas complicaciones obstétricas en la población de estudio.

## TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

**Transversal:** Los datos serán recolectados en un solo punto temporal para evaluar la prevalencia y las características clínicas del trabajo de parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital General Guasmo Sur durante el periodo 2019-2022.

**Observacional:** No se llevará a cabo ninguna intervención activa por parte de los investigadores; en su lugar, se utilizarán datos existentes para analizar el perfil epidemiológico y la caracterización del trabajo de parto pretérmino en primigestas.

**Retrospectivo:** La muestra del estudio se obtendrá a partir de historias clínicas electrónicas ya registradas, lo que facilita el acceso a información completa sin requerir un seguimiento a largo plazo.

**Analítico:** El estudio evaluará la relación entre diferentes variables, como los factores de riesgo obstétricos, maternos y sociodemográficos, y el trabajo de

parto pretérmino. No solo se describirá la prevalencia, sino que también se investigarán correlaciones y posibles factores causales.

### TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

En esta investigación de tipo transversal, retrospectivo y observacional sobre el trabajo de parto pretérmino en primigestas, se emplearon diversas técnicas e instrumentos con el fin de garantizar la precisión y fiabilidad de los datos recopilados.

El proceso de recolección de información se basó en una revisión exhaustiva de las historias clínicas electrónicas disponibles, complementada por registros de estudios de diagnóstico por imágenes, como ecografías obstétricas, y resultados de pruebas de laboratorio pertinentes, todos almacenados en la base de datos del Hospital General Guasmo Sur. Las historias clínicas fueron recopiladas a través de un documento en formato de hoja de cálculo de Excel, el cual contenía la información correspondiente a la operacionalización de las variables presentadas. Posteriormente, estos datos fueron sometidos a un análisis mediante el uso del software estadístico SPSS, versión 26.

Este enfoque permitió identificar patrones significativos y establecer correlaciones relevantes entre las diferentes variables estudiadas, proporcionando una comprensión integral de los aspectos epidemiológicos y clínicos del trabajo de parto pretérmino en primigestas atendidas en el hospital durante el período de estudio.

### POBLACIÓN Y MUESTRA

**Población Objetivo:** El estudio se centró en primigestas atendidas en el Hospital General Guasmo Sur.

**Período de Estudio:** Se incluyeron todos los casos atendidos entre 2019 y 2022 para garantizar una muestra representativa y actualizada.

**Delimitación de la Población:** Se empleó la selección de todas las historias clínicas de primigestas con diagnóstico de trabajo de parto pretérmino que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión establecidos durante el período de estudio, lo que correspondió a un total de 110 pacientes.

## CRITERIOS DE SELECCIÓN

### Criterios de Inclusión

- Se consideraron únicamente mujeres en su primer embarazo.
- Se incluyeron aquellos embarazos con diagnóstico de trabajo de parto pretérmino, caracterizado por ocurrir antes de las 37 semanas de gestación.
- Las pacientes seleccionadas debían haber sido atendidas en el Hospital General Guasmo Sur durante el periodo de investigación.

### Criterios de Exclusión

- Se excluirán los casos de embarazos múltiples debido a su mayor riesgo inherente de parto prematuro.
- Pacientes con condiciones médicas preexistentes conocidas por afectar el riesgo de trabajo de parto prematuro serán excluidas.
- Historias clínicas con datos insuficientes o inexactos no serán consideradas.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE VARIABLES	INDICADOR	TIPO	RESULTADO FINAL
---------------------	-----------	------	-----------------

Edad	Rango de edad [14, 20), [21, 25), [26, 30), [31, 35), [36, 40)	Cuantitativa discreta	Frecuencia y porcentaje por rangos de edad
Semanas de Gestación	Rango de semanas de gestación [20, 24), [24, 30), [30, 35), [35, 40), [40, 45)	Cuantitativa discreta	Frecuencia y porcentaje por rangos de semanas de gestación
Estado Civil	Estado civil (soltera, unión de hecho, casada)	Cualitativa nominal	Distribución de frecuencias por estado civil
Nivel Educativo	Nivel educativo alcanzado (primaria, secundaria, terciaria)	Cualitativa nominal	Distribución por nivel educativo
Ocupación	Tipo de ocupación (ama de casa, comerciante, estudiante, cajera, cocinera)	Cualitativa nominal	Frecuencia de ocupación de las pacientes

Comorbilidades	Presencia de comorbilidades (ej. diabetes mellitus, sífilis)	Cualitativa nominal	Frecuencia de comorbilidades como diabetes mellitus, sífilis
Hábitos	Consumo de sustancias (ej. drogas, opiáceos)	Cualitativa nominal	Frecuencia de hábitos como consumo de drogas y opiáceos
Complicaciones Obstétricas	Historial de complicaciones obstétricas (ej. ruptura prematura de membranas, oligohidramnios, distocia de presentación)	Cualitativa nominal	Frecuencia de complicaciones obstétricas como ruptura prematura de membranas, oligohidramnios
Antecedentes Maternos	Historial médico de patologías maternas (ej. infecciones del tracto urinario, vaginosis, anemia, diabetes mellitus)	Cualitativa nominal	Frecuencia de patologías maternas como infecciones urinarias, vaginosis, diabetes mellitus

Complicaciones Gineco-obstétricas	Condiciones de salud materna complicadas (ej. preeclampsia, hipertensión gestacional, placenta previa, anemia)	Cualitativa nominal	Frecuencia de complicaciones maternas registradas
-----------------------------------	--	---------------------	---

## **REPRESENTACIÓN ESTADÍSTICA DE RESULTADOS**

La representación estadística de los datos en esta investigación se diseñó con el objetivo de proporcionar una comprensión detallada y precisa de los resultados relacionados con el trabajo de parto pretérmino en primigestas, utilizando la información recopilada según los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Para alcanzar este objetivo, se aplicaron diversas técnicas estadísticas que facilitaron el análisis, la síntesis y la presentación de los resultados, de manera coherente con los objetivos del estudio y las preguntas de investigación formuladas al inicio.

### **ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS BÁSICAS**

Análisis Descriptivo:

Para Variables Cuantitativas (Edad Materna): Se utilizará el promedio y la desviación estándar para describir la distribución de la edad.

Para Variables Cualitativas (antecedentes obstétricos, factores sociodemográficos, manifestaciones clínicas, diagnóstico de trabajo de parto pretérmino, manejo del trabajo de parto pretérmino): Se calcularán frecuencias y porcentajes para describir la prevalencia de estos factores y prácticas.

### **REPRESENTACIÓN GRÁFICA:**

Los datos se presentaron mediante tablas, lo que facilitó la interpretación de la información derivada de las distintas variables y las posibles interrelaciones entre ellas. Este enfoque visual permitió identificar de manera directa las tendencias y patrones observados, favoreciendo una comparación clara entre diversas categorías y grupos de interés. Así, se obtuvo una perspectiva comprensible y detallada del análisis de los datos, lo que contribuyó a una mejor comprensión de los hallazgos obtenidos.

## Resultado de análisis estadístico

### Resultados del Estudio

El estudio realizado en el Hospital General Guasmo Sur se centró en el perfil epidemiológico y la caracterización del trabajo de parto pretérmino en primigestas atendidas durante el periodo 2019-2022. A continuación, se presentan los resultados más relevantes obtenidos en esta investigación.

**Universo de Estudio:** La población de estudio incluyó a todas las primigestas atendidas en el Hospital General Guasmo Sur con diagnóstico de trabajo de parto pretérmino durante el periodo mencionado. Inicialmente, se incluyeron un total de 160 casos. Sin embargo, se excluyeron 40 pacientes debido a datos incompletos en las historias clínicas, resultando en una muestra final de 110 primigestas para el análisis.

**Características Sociodemográficas:** La media de edad de las pacientes fue de 21.18 años con una desviación estándar de 3.91 años. La mayoría de las participantes se encontraba en el rango de edad de 14 a 20 años (50.91%), seguido del rango de 21 a 25 años (34.55%). Además, el 80.9% de las pacientes eran solteras, mientras que el 14.5% estaban en unión de hecho y el 4.5% casadas.

**Factores de Riesgo Obstétricos y Maternos:** Se identificaron diversos factores de riesgo en la población estudiada. El 19.8% de las pacientes presentó infecciones del tracto urinario y el 11.2% vaginosis. La ruptura prematura de membranas fue la complicación obstétrica más frecuente, con un 18.1% de los casos, seguida de oligohidramnios con un 15.4%. Un 12.3% de las pacientes no tuvo control prenatal adecuado, y otro 12.3% presentó preeclampsia. Estos factores fueron determinantes en el desarrollo de trabajo de parto pretérmino.

**Metodologías Diagnósticas y Manejo Clínico:** Se observó que, durante el periodo de estudio, no se utilizó de manera amplia metodologías diagnósticas avanzadas, como la ecografía transvaginal para la medición de la longitud cervical o la prueba de fibronectina fetal. La mayoría de los partos prematuros fueron manejados mediante cesárea, constituyendo el 61.5% de los casos, en comparación con el 38.5% de los partos vaginales. Este hallazgo sugiere una posible sobreutilización de la cesárea en el manejo de embarazos complicados.

**Manifestaciones Clínicas:** Las manifestaciones clínicas más comunes en las pacientes con trabajo de parto pretérmino incluyeron oligohidramnios (15.4%), bradicardia fetal (4.7%) y distocia de presentación (4.0%). Además, un 30.2% de las pacientes no presentó complicaciones obstétricas adicionales al parto prematuro, lo que sugiere que la mayoría de los casos no tuvo complicaciones adicionales al momento del parto.

**Comorbilidades y Hábitos:** El 98.2% de las pacientes no refirió comorbilidades previas significativas, mientras que se registraron casos aislados de diabetes mellitus (0.9%) y sífilis (0.9%). En términos de hábitos, el 94.4% de las participantes no refirió consumo de sustancias, aunque un 4.6% informó consumo de drogas y un 0.9% de opiáceos, lo que podría influir en los resultados obstétricos.

## Discusión de los resultados

Los hallazgos del estudio llevado a cabo en el Hospital General Guasmo Sur, enfocado en el perfil epidemiológico y la caracterización del trabajo de parto pretérmino en primigestas durante el periodo 2019-2022, muestran una prevalencia considerable de partos pretérmino y una variedad de factores de riesgo asociados que requieren un manejo obstétrico específico. Estos resultados concuerdan con investigaciones previas, aunque también presentan algunas diferencias notables que deben ser analizadas en detalle. Por ejemplo, el estudio muestra una prevalencia del 34.5% de partos pretérmino, lo que es considerablemente alto en comparación con los datos reportados por **Koullali et al. (2016)** en Países Bajos, donde se observó un 12% de partos pretérmino-espontáneos en mujeres nulíparas. En el contexto ecuatoriano, estos resultados sugieren la necesidad de una mejora en las prácticas de detección temprana y manejo integral del embarazo de alto riesgo.

Además, los factores de riesgo más comunes identificados en el presente estudio, como la corioamnionitis y la ruptura prematura de membranas, son consistentes con los hallazgos de **Belaghi et al. (2014)**, quienes encontraron que estas condiciones estaban significativamente asociadas con un mayor riesgo de parto prematuro en mujeres nulíparas. Sin embargo, la prevalencia de infecciones del tracto urinario como factor de riesgo (19.8% en este estudio) contrasta con otros estudios, como el de **Egbe et al. (2018)**, que sugieren que la asociación con el parto prematuro puede variar considerablemente en función del contexto epidemiológico y las características demográficas de la población.

En términos de la distribución del tipo de parto, el **61.5%** de las pacientes en este estudio dieron a luz por cesárea, lo cual es alto en comparación con las cifras globales reportadas por **Dagklis et al. (2019)**, quienes señalaron una tasa de cesárea del 30% en mujeres con riesgo de parto prematuro en un entorno europeo. Esta variación podría deberse a prácticas clínicas locales que priorizan la cesárea ante complicaciones identificadas, lo que sugiere una

posible sobreutilización de este tipo de intervención que debe ser revisada para alinear las prácticas con estándares internacionales.

En cuanto a las manifestaciones clínicas del trabajo de parto pretérmino, el estudio destaca una alta incidencia de oligohidramnios y bradicardia fetal, hallazgos que coinciden con la investigación realizada por **Maghsoudlou et al. (2017)**, donde se identificaron complicaciones similares en un alto porcentaje de mujeres con partos prematuros. Estos resultados subrayan la necesidad de un monitoreo exhaustivo y un manejo clínico específico que minimice los riesgos tanto para la madre como para el neonato.

La investigación también reveló que la mayoría de las participantes tenían niveles educativos secundarios completos o incompletos, con un 80.91% de mujeres identificadas como solteras. Esta información es coherente con la denominada "paradoja hispana" descrita por **Egbe et al. (2018)**, la cual identifica que los factores socioeconómicos y el acceso a la educación desempeñan un papel crucial en la incidencia de partos prematuros.

## 4. Conclusiones y Recomendaciones

### CONCLUSIONES

El estudio realizado en el Hospital General Guasmo Sur sobre el perfil epidemiológico y la caracterización del trabajo de parto pretérmino en primigestas revela una prevalencia considerable de este tipo de partos, destacando la importancia de implementar estrategias preventivas y de manejo adecuadas, además en base de los objetivos planteados, identificamos las siguientes conclusiones:

- **Prevalencia del Trabajo de Parto Pretérmino:** El análisis realizado en el Hospital General Guasmo Sur indica una prevalencia significativa de trabajo de parto pretérmino en primigestas, representando un **34.5%** de los casos registrados en el periodo de estudio. Este hallazgo resalta la necesidad de mejorar las estrategias de prevención y diagnóstico temprano, enfocándose en la población de alto riesgo para reducir la incidencia de nacimientos prematuros.
- **Factores de Riesgo Asociados:** Los factores de riesgo obstétricos, maternos y sociodemográficos identificados en el estudio presentan una relación directa con la incidencia de trabajo de parto pretérmino. El **52.6%** de las pacientes no presentó antecedentes maternos significativos; sin embargo, las infecciones del tracto urinario fueron reportadas en el **19.8%** de los casos, y la vaginosis en el **11.2%**. Estos resultados enfatizan la importancia de la atención prenatal y el manejo adecuado de infecciones para prevenir complicaciones obstétricas.
- **Diagnóstico Oportuno de Partos Pretérmino:** Se determinó que un **57.02%** de los casos no tuvo complicaciones significativas durante el embarazo; no obstante, el **12.3%** de los casos presentó preeclampsia y un **12.3%** no contó con control prenatal adecuado. La identificación temprana y el monitoreo constante son esenciales para disminuir los riesgos relacionados con los partos pretérmino, particularmente en contextos con recursos limitados.

- **Metodologías Diagnósticas Avanzadas:** A lo largo del periodo de estudio, se observó una limitada utilización de metodologías diagnósticas avanzadas para la detección temprana del riesgo de parto pretérmino. Este hallazgo resalta la necesidad de incorporar tecnologías como la ecografía transvaginal y las pruebas de fibronectina fetal en la práctica clínica.
- **Manifestaciones Clínicas y Consecuencias:** Las manifestaciones clínicas del trabajo de parto pretérmino, como la ruptura prematura de membranas (**18.1%**) y el oligohidramnios (**15.4%**), fueron frecuentes en las pacientes estudiadas, lo que subraya la necesidad de un enfoque multidisciplinario para el manejo de estas condiciones. La alta prevalencia de complicaciones obstétricas, como bradicardia fetal (**4.7%**) y distocia de presentación (**4.0%**), refuerza la importancia de la vigilancia clínica constante durante todo el embarazo.
- **Prácticas de Manejo y Comparativa Internacional:** El **61.5%** de los partos registrados fueron por cesárea, una proporción considerable que sugiere la influencia de prácticas clínicas locales o la necesidad de manejar de manera más efectiva los riesgos identificados. Comparativamente, estos resultados se alinean con estudios internacionales que señalan una alta incidencia de cesáreas en casos de riesgo obstétrico elevado, lo que destaca la importancia de revisiones constantes de protocolos de manejo en relación con las prácticas de otros países.

## Recomendaciones

En el contexto del estudio sobre el perfil epidemiológico y la caracterización del trabajo de parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital General Guasmo Sur entre 2019 y 2022, se identificaron varias áreas para mejorar la prevención y el manejo de los partos prematuros. Con base en los resultados obtenidos, se plantean las siguientes recomendaciones:

**Elaboración de Guías Clínicas Actualizadas:** Es crucial desarrollar y actualizar guías de práctica clínica para la detección temprana y el manejo integral del trabajo de parto pretérmino. Estas guías deben basarse en la evidencia científica más reciente e incluir protocolos claros para gestionar factores de riesgo como la corioamnionitis, la ruptura prematura de membranas y el oligohidramnios, asegurando su difusión entre ginecólogos, obstetras y otros profesionales de salud involucrados en la atención prenatal.

**Desarrollo de Programas Educativos para Pacientes y Profesionales de la Salud:** Tomando en consideración la elevada prevalencia de partos prematuros y los factores de riesgo relacionados, se propone la creación de programas educativos dirigidos tanto a pacientes como a profesionales de la salud. Estos programas deberían enfocarse en resaltar la importancia de realizar controles prenatales periódicos, fomentar la identificación temprana de signos de alerta y promover prácticas de salud que contribuyan a disminuir la incidencia de nacimientos prematuros.

**Mejora de la Atención Prenatal:** Es esencial fortalecer la calidad de la atención prenatal en el hospital, asegurando que se realicen al menos ocho controles prenatales completos y a tiempo durante el embarazo, conforme a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esto permitirá una detección temprana y un manejo adecuado de factores de riesgo como infecciones del tracto urinario, hipertensión gestacional y la falta de control prenatal, que afectan al 12.3% y 19.8% de las pacientes, respectivamente.

**Integración de Metodologías Diagnósticas Avanzadas:** Se recomienda integrar herramientas diagnósticas avanzadas, como la ecografía transvaginal para la medición de la longitud cervical y la prueba de fibronectina fetal. La adopción de estas técnicas podría optimizar la precisión en la predicción de riesgo de presentar parto pretérmino y facilitar una mejor planificación del manejo clínico, contribuyendo así a la prevención de complicaciones asociadas de éste.

**Desarrollo de Protocolos para el Manejo Individualizado del Parto Pretérmino:** Dado que el 61.5% de los partos pretérminos fueron por cesárea, es importante diseñar protocolos específicos para la evaluación y manejo personalizado de cada paciente, teniendo en cuenta los riesgos obstétricos y las condiciones individuales. Esto incluiría la creación de vías de referencia rápidas para la consulta con especialistas en casos de complicaciones detectadas de manera temprana.

**Campañas de Concienciación y Educación Comunitaria:** Para abordar los factores sociodemográficos y de comportamiento que afectan la prevalencia de partos prematuros, se recomienda implementar campañas de concienciación dirigidas a la comunidad. Estas campañas deben promover la educación en salud, la prevención del embarazo adolescente y la planificación familiar para reducir los riesgos asociados a los nacimientos prematuros.

**Monitoreo y Evaluación Continua de los Protocolos de Atención:** Es necesario establecer un sistema de monitoreo y evaluación continua de los protocolos de atención obstétrica en el hospital, con el objetivo de identificar oportunidades de mejora y asegurar la adherencia a guías de manejo basadas en evidencia. Este sistema debe incluir una revisión periódica de los resultados perinatales y de la satisfacción de las pacientes con la atención recibida.

## ANEXOS

Tabla 1. Edad

	Frecuencia	Porcentaje (%)
[14, 20)	56	50.91
[21, 25)	38	34.55
[26, 30)	14	12.73
[31, 35)	2	1.82
[36, 40)	0	0

*Fuente:* Departamento de estadística del Hospital General Guasmo Sur

*Elaborado por:* Rengifo Salvatierra Caprice, Moreira Velásquez Dana

Gráfica 1. Edad estadística descriptiva



*Fuente:* Departamento de estadística del Hospital General Guasmo Sur

*Elaborado por:* Rengifo Salvatierra Caprice, Moreira Velásquez Dana

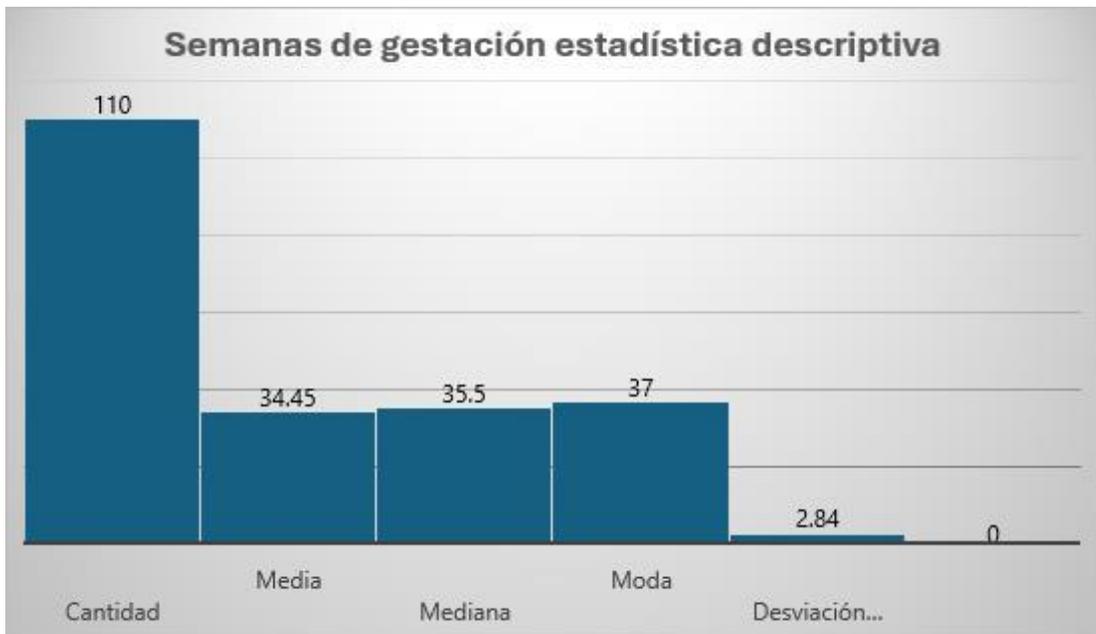
**Tabla 2. Semanas de gestación**

	Frecuencia	Porcentaje (%)
[20, 24)	0	0
[24, 30)	10	9.09
[30, 35)	37	33.64
[35, 40)	63	57.27
[40, 45)	0	0.00

*Fuente: Departamento de estadística del Hospital General Guasmo Sur*

*Elaborado por: Rengifo Salvatierra Caprice, Moreira Velásquez Dana*

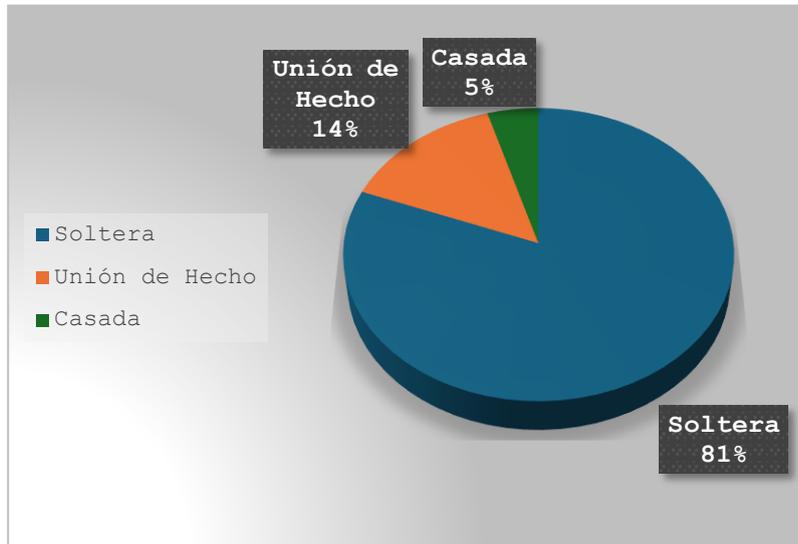
**Gráfica 2. Semanas de gestación estadística descriptiva**



*Fuente: Departamento de estadística del Hospital General Guasmo Sur*

*Elaborado por: Rengifo Salvatierra Caprice, Moreira Velásquez Dana*

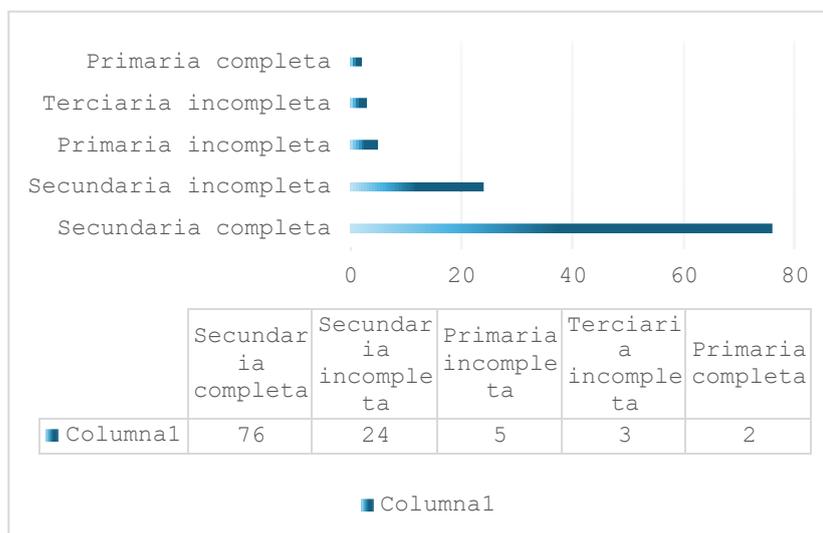
**Grafica 3. Estado civil**



*Fuente: Departamento de estadística del Hospital General Guasmo Sur*

*Elaborado por: Rengifo Salvatierra Caprice, Moreira Velásquez Dana*

**Grafica 4. Estado de formación**



*Fuente: Departamento de estadística del Hospital General Guasmo Sur*

*Elaborado por: Rengifo Salvatierra Caprice, Moreira Velásquez Dana*

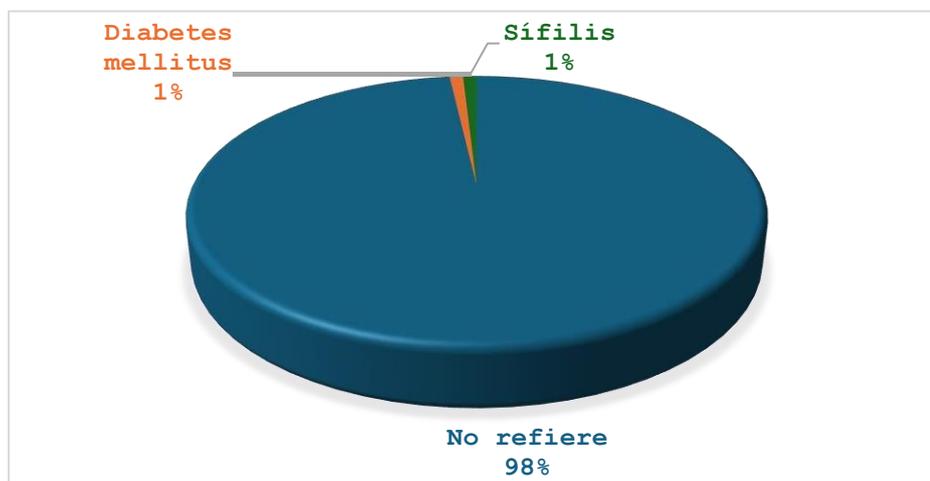
**Tabla 3. Ocupación**

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ama de casa	95	86.36
Comerciante	5	4.55
Estudiante	5	4.55
Cajera	3	2.73
Cocinera	2	1.82

*Fuente: Departamento de estadística del Hospital General Guasmo Sur*

*Elaborado por: Rengifo Salvatierra Caprice, Moreira Velásquez Dana*

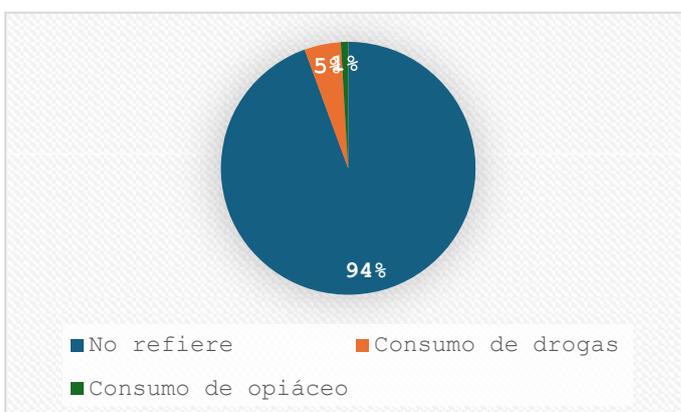
**Gráfico 5. Comorbilidades**



*Fuente: Departamento de estadística del Hospital General Guasmo Sur*

*Elaborado por: Rengifo Salvatierra Caprice, Moreira Velásquez Dana*

**Gráfica 6. Hábitos**



*Fuente: Departamento de estadística del Hospital General Guasmo Sur*

*Elaborado por: Rengifo Salvatierra Caprice, Moreira Velásquez Dana*

**Tabla 4. Modo de parto**

	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Cesárea</b>	67	61.46789
<b>Parto</b>	43	38.53211

*Fuente: Departamento de estadística del Hospital General Guasmo Sur*

*Elaborado por: Rengifo Salvatierra Caprice, Moreira Velásquez Dana*

**Tabla 5. Complicaciones obstétricas**

	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>No refiere</b>	45	30.2013423
<b>Ruptura prematura de membrana</b>	27	18.1208054
<b>Oligohidramnios</b>	23	15.4362416
<b>Bradicardia fetal</b>	7	4.69798658
<b>Fistula amniótica</b>	7	4.69798658
<b>Embarazo múltiple</b>	5	3.3557047
<b>Corioamnionitis</b>	4	2.68456376
<b>Polihidramnios</b>	4	2.68456376
<b>Distocia de presentación</b>	6	4.02684564
<b>DCP Materno</b>	3	2.01342282
<b>Bradicardia fetal</b>	3	2.01342282
<b>Shock séptico</b>	2	1.34228188
<b>Sufrimiento fetal</b>	2	1.34228188
<b>Hemorragia</b>	2	1.34228188
<b>Corioamnionitis</b>	1	0.67114094
<b>Hidrotórax bilateral</b>	1	0.67114094
<b>Anhidramnio</b>	2	1.342281
<b>Circular de cordón</b>	1	0.67114094
<b>Ductus venoso anormal</b>	1	0.67114094
<b>Desprendimiento de membrana</b>	1	0.67114094
<b>Doble circular</b>	1	0.67114094
<b>Focos de infarto placentario</b>	1	0.67114094
<b>Corioamnionitis</b>	45	30.2013423

*Fuente: Departamento de estadística del Hospital General Guasmo Sur*

*Elaborado por: Rengifo Salvatierra Caprice, Moreira Velásquez Dana*

**Tabla 6. Antecedentes Maternos**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>No refiere</b>	61	52.58600
<b>Infección de tracto urinario</b>	23	19.82759
<b>Vaginosis</b>	16	13.76008
<b>Miomatosis uterina</b>	1	0.862069
<b>Hemorragia segundo trimestre</b>	1	0.862069
<b>Anemia</b>	1	0.862069
<b>Bradicardia fetal</b>	1	0.862069
<b>Ovarios poliquísticos</b>	1	0.862069
<b>Laparotomía por quiste de ovario hemorrágico</b>	1	0.862069
<b>Colecistitis aguda</b>	1	0.862069
<b>Sepsis de foco a determinar</b>	1	0.862069
<b>Hidronefrosis</b>	1	0.862069
<b>Condilomatosis</b>	1	0.862069
<b>No Refiere</b>	1	0.862069
<b>Colecistitis</b>	1	0.862069
<b>Síndrome metabólico</b>	1	0.862069
<b>Pielonefritis</b>	1	0.862069
<b>Epilepsia</b>	1	0.862069
<b>Disautonomía</b>	1	0.862069

*Fuente: Departamento de estadística del Hospital General Guasmo Sur*

*Elaborado por: Rengifo Salvatierra Caprice, Moreira Velásquez Dana*

**Tabla 7. Complicaciones Gineco-obstetricas**

	Frecuencia	Recalculado (%)
No refiere	65	57.0175439
No control prenatal	14	12.2807018
Preeclampsia	14	12.2807018
Dilatación cervical	5	4.38596491
Anemia	4	3.50877193
Hemorragia post parto	2	1.75438596
Eclampsia	1	0.87719298
Diabetes gestacional	1	0.87719298
HTA gestacional	2	1.75438596
Hipermadurez placentaria	1	0.87719298
Placenta previa	1	0.87719298
Anemia	1	0.87719298
Desprendimiento de placenta	1	0.87719298
DGP materno	1	0.87719298
Hiperreflexia	1	0.87719298

*Fuente: Departamento de estadística del Hospital General Guasmo Sur*

*Elaborado por: Rengifo Salvatierra Caprice, Moreira Velásquez Dana*

## REFERENCIAS

1. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller AB, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health*. 2019 Jan 1;7(1): e37-46.
2. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. *The Lancet*. 2023 Oct 7;402(10409):1261-71.
3. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de Asistencia Práctica Parto Pretérmino. *Prog Obstet Ginecol*. 2020;63:283-321.
4. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet Child Adolesc Health*. 2022 Feb 1;6(2):106-15.
5. Lamont RF. Spontaneous preterm labour that leads to preterm birth: An update and personal reflection. Vol. 79, *Placenta*. W.B. Saunders Ltd; 2019. p. 21-9.
6. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 12]. p. 1-5. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de Asistencia Práctica Parto pretérmino. *Prog Obstet Ginecol*. 2020;63:283-321.
8. Gomez-Lopez N, Galaz J, Miller D, Farias-Jofre M, Liu Z, Arenas-Hernandez M, et al. The immunobiology of preterm labor and birth: intra-amniotic inflammation or breakdown of maternal-fetal homeostasis. Vol. 164, *Reproduction*. BioScientifica Ltd.; 2022. p. R11-45.

9. Ministerio de Salud Pública Ecuador. GPC Recién nacido prematuro. 2015.
10. Usynina AA, Postoev VA, Grijbovski AM, Krettek A, Nieboer E, Odland JØ, et al. Maternal Risk Factors for Preterm Birth in Murmansk County, Russia: A Registry-Based Study. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2019 Sep 1;30(5):462-72.
11. Najjarzadeha M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Abbasalizadeh S, Asghari-Jafarabadi M, Mirghafourvand M. Technology-free predictors of preterm birth in singleton women with threatened preterm labor: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Dec 1;22(1).
12. Koullali B, Van Zijl MD, Kazemier BM, Oudijk MA, Mol BWJ, Pajkrt E, et al. The association between parity and spontaneous preterm birth: A population based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 Apr 21;20(1).
13. Wagura P, Wasunna A, Laving A, Wamalwa D, Ng'ang'a P. Prevalence and factors associated with preterm birth at kenyatta national hospital. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Apr 19;18(1).
14. Omar AI, Mohamed AD, Farah MG, Mahad IA, Mohamed SA, Dimbil AH, et al. Maternal Risk Factors Associated with Preterm Births among Pregnant Women in Mogadishu, Somalia. *Children*. 2022 Oct 1;9(10).
15. Montoya-Williams D, Williamson VG, Cardel M, Fuentes-Afflick E, Maldonado-Molina M, Thompson L. The Hispanic/Latinx Perinatal Paradox in the United States: A Scoping Review and Recommendations to Guide Future Research. *J Immigr Minor Health* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2024 Feb 13];23(5):1078-91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33131006/>
16. Belaghi RA, Beyene J, McDonald SD. Prediction of preterm birth in nulliparous women using logistic regression and machine learning. *PLoS One*. 2021 Jun 1;16(6 June).

17. Jiang M, Mishu MM, Lu D, Yin X. A case control study of risk factors and neonatal outcomes of preterm birth. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2018 Dec 1;57(6):814-8.
18. Egbe TI, Montoya-Williams D, Wallis K, Passarella M, Lorch SA. Risk of Extreme, Moderate, and Late Preterm Birth by Maternal Race, Ethnicity, and Nativity. *Journal of Pediatrics.* 2022 Jan 1;240:24-30.e2.
19. Auger N, Hansen A V., Mortensen L. Contribution of maternal age to preterm birth rates in Denmark and Quebec, 1981-2008. *Am J Public Health.* 2013 Oct;103(10).
20. Shah PS. Parity and low birth weight and preterm birth: A systematic review and meta-analyses. Vol. 89, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 2010. p. 862-75.
21. Dagklis T, Tsakiridis I, Mamopoulos A, Dardavessis T, Athanasiadis A. Modifiable risk factors for spontaneous preterm birth in nulliparous women: A prospective study. *J Perinat Med.* 2020 Feb 1;48(2):96-101.
22. Villar J, Papageorghiou AT, Knight HE, Gravett MG, Iams J, Waller SA, et al. The preterm birth syndrome: A prototype phenotypic classification. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(2):119-23.
23. Esplin MS, Manuck TA, Varner MW, Christensen B, Biggio J, Bukowski R, et al. Cluster analysis of spontaneous preterm birth phenotypes identifies potential associations among preterm birth mechanisms. In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* Mosby Inc.; 2015. p. 429.e1-429.e9.
24. Maghsoudlou S, Yu ZM, Beyene J, McDonald SD. Phenotypic Classification of Preterm Birth Among Nulliparous Women: A Population-Based Cohort Study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.* 2019 Oct 1;41(10):1423-1432.e9.



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Rengifo Salvatierra Caprice de Los Ángeles con CC 1207949072 y Moreira Velásquez Dana Milena, con C.C: #1350190912** autor/a del trabajo de titulación **Perfil epidemiológico y caracterización de trabajo parto pretérmino en primigestas del hospital del Guasmo Sur de Guayaquil durante el periodo 2019-2022** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 3 de octubre 2024

### LOS AUTORES



Firmado electrónicamente por:  
**CAPRICE DE LOS  
ANGELES RENGIFO  
SALVATIERRA**

f. \_\_\_\_\_  
Rengifo Salvatierra Caprice De Los Ángeles  
C.C. 1207949072



Firmado electrónicamente por:  
**DANA MILENA  
MOREIRA  
VELASQUEZ**

f. \_\_\_\_\_  
Moreira Velásquez Dana Milena  
C.C. 1350190912



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Perfil epidemiológico y caracterización de trabajo parto pretérmino en primigestas del hospital del Guasmo Sur de Guayaquil durante el periodo 2019-2022		
<b>AUTOR(ES)</b>	Rengifo Salvatierra Caprice de Los Ángeles Moreira Velásquez Dana Milena		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Dr. Gómez Landires Eduardo Alfredo		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias de la salud		
<b>CARRERA:</b>	Medicina		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Médico		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	3 de octubre del 2024	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	38
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Ginecología, Epidemiología, Obstetricia		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Parto Prematuro, Factores de Riesgo, Primigesta, Epidemiología, Ruptura prematura de membranas, Complicaciones Obstétricas		
<b>RESUMEN/ABSTRACT :</b>	<p><b>Introducción:</b> El parto pretérmino representa una de las principales fuentes de morbilidad y mortalidad en neonatos. Este estudio se llevó a cabo con el fin de identificar el perfil epidemiológico y los factores de riesgo relacionados con el parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil, durante el período comprendido entre 2019 y 2022.</p> <p><b>Metodología:</b> se desarrolló un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal en una muestra de 110 primigestas diagnosticadas con trabajo de parto pretérmino. La recolección de datos se realizó a través de la revisión de las historias clínicas registradas en el sistema del hospital. Los criterios de inclusión fueron mujeres con diagnóstico de trabajo de parto pretérmino atendidas durante el periodo del estudio.</p> <p><b>Resultados:</b> La muestra final incluyó a 110 primigestas, con una edad promedio de 21.2 años. Del total de partos pretérminos, el 61.5% se realizaron mediante cesárea. Los factores de riesgo identificados con mayor frecuencia fueron la ruptura prematura de membranas (18.1%), el oligohidramnios (15.4%) y la preeclampsia (12.3%). Además, se observó que el 80.9% de las participantes eran solteras, y el 69.1% habían completado la educación secundaria.</p> <p><b>Conclusión:</b> La elevada prevalencia de complicaciones obstétricas y factores de riesgo relacionados con el parto pretérmino en primigestas resalta la importancia de mejorar la atención prenatal y las estrategias de intervención temprana para disminuir la frecuencia de nacimientos prematuros y sus posibles complicaciones. Un enfoque multidisciplinario es crucial para optimizar los resultados perinatales en este contexto</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	SI		NO
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593983575275	<b>E-mail:</b> Cap_rengifo2001@hotmail.com Danamilenamorei@hotmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre: Diego Antonio Vásquez Cedeño</b>		
	<b>Teléfono:</b> 0982742221		
	<b>E-mail:</b> diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			