

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

**CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

Factores de riesgo médicos relacionados a parto prematuro en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2023- 2024.

**AUTOR (ES):**

Luna Villalta Zaida Yadira  
Rosero Salazar David Alejandro

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

**TUTOR:**

Altamirano Rodas Diana Carolina

**Guayaquil, Ecuador**

**21 de mayo del 2025**



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 **Luna Villalta Zaida Yadira, Rosero Salazar David Alejandro** como requerimiento para la obtención del título de **MEDICO**

**TUTOR (A)**



Diana Carolina  
Altamirano Rodas



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

**DRA. ALTAMIRANO RODAS DIANA CAROLINA**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

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

**DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTINEZ**

**Guayaquil, a los 21 del mes de mayo del año 2025**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotros, **Luna Villalta Zaida Yadira,**  
**Rosero Salazar David Alejandro**

**DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Factores de riesgo médicos relacionados a parto prematuro en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2023- 2024**, previo a la obtención del título de **MEDICO**, 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 21 del mes de mayo del año 2025**

**LOS AUTORES:**

f.  **Zaida Yadira Luna  
Villalta**  
  
\_\_\_\_\_  
**Luna Villalta Zaida Yadira**

f.  **Rosero Salazar David Alejandro**  
\_\_\_\_\_  
**Rosero Salazar David Alejandro**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA**

**AUTORIZACIÓN**

Nosotros, **Luna Villalta Zaida Yadira,**  
**Rosero Salazar David Alejandro**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Factores de riesgo médicos relacionados a parto prematuro en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2023- 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 21 del mes de mayo del año 2025**

**LOS AUTORES:**

f.  **Zaida Yadira Luna  
Villalta**  
  
\_\_\_\_\_  
**Luna Villalta Zaida Yadira**

f.  **DAVID ALEJANDRO  
ROSERO SALAZAR**  
Firmado electrónicamente por:  
DAVID ALEJANDRO  
ROSERO SALAZAR  
Validar únicamente con Firm@EC  
\_\_\_\_\_  
**Rosero Salazar David Alejandro**

# REPORTE ANTIPLAGIO



## LUNA VILLALTA, ROSERO SALAZAR, TT, P74, TESIS FINAL

4%  
Textos sospechosos



< 1% Similitudes  
0% similitudes entre comillas  
0% entre las fuentes mencionadas  
4% Textos potencialmente generados por la IA

Nombre del documento: LUNA VILLALTA, ROSERO SALAZAR, TT, P74, 3ER BORRADOR (1).docx  
ID del documento: a5a881e2fe7a1c180b7ce5021dad55235a913fb6  
Tamaño del documento original: 604,57 kB

Depositante: Zaida Luna  
Fecha de depósito: 7/5/2025  
Tipo de carga: interface  
fecha de fin de análisis: 7/5/2025

Número de palabras: 8392  
Número de caracteres: 56.263

Ubicación de las similitudes en el documento:



Diana Carolina Altamirano Rodas



FIRMA DEL TUTOR

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo y esta etapa significativa de nuestras vidas a Dios, que a lo largo de los años nos ha brindado salud, fortaleza y bienestar en nuestra formación de médicos. A quien fue refugio y apoyo en momentos difíciles, dándonos esperanza para salir adelante.

A Mary Salazar; mi madre, por ser el pilar fundamental en mi vida, cada paso que he dado ha sido de tu mano, quien nunca dejó de creer en mí. La persona que soy hoy, mis valores, mis virtudes, mis principios, son gracias a ti. Estoy en deuda con Dios por haberme bendecido con una madre tan maravillosa.

A Eduardo Rosero; mi padre, por su ejemplo de valores y carácter inquebrantables que forjaron una persona honesta y decidida en sus acciones, cada consejo me permitió seguir el camino correcto. Hoy podrás sentirte orgulloso de que tus 3 hijos son ahora profesionales, y que uno de ellos, alcanzó el sueño de ser médico.

A Carlos Rosero y Diana Rosero; mis hermanos, por procurar que nunca me falte nada en mi formación y educación como profesional, gracias por siempre brindarme su apoyo, no hay distancia que evite tenerlos cerca en mi corazón.

A Olga Gavilánez; mi abuelita, siendo el pilar principal de toda nuestra familia, ejemplo de amor, entrega y sabiduría. Hoy celebro este logro en tu presencia, tu voz y tus abrazos. Te llevo y llevaré en mi corazón toda la vida.

A cada persona de la carrera que creyó en mí, a María, mi compañera especial que hoy comparte mis logros y fue mi apoyo en esta última etapa de carrera, a mis mascotas, fieles compañeros de estudio en cada noche en mi habitación, por su compañía cálida y silenciosa, a cada uno los guardo en mi corazón.

*Rosero Salazar David Alejandro*

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo de titulación en primer lugar a Dios por guiarme a lo largo de este camino, darme salud, sabiduría e inteligencia para formarme como médico. A mi mamá Zaida Villalta por ser mi ejemplo de perseverancia y superación, por demostrarme que todo objetivo que me proponga puedo cumplirlo siempre con la ayuda de Dios y gracias por nunca haber dudado de mí cuando elegí esta carrera. A mi angelito en el cielo Benilda Tapia, a quien le debo mis valores, principios y todo lo que soy, no pudo acompañarme en este camino en vida, pero siempre me daba una señal para no rendirme, y sé que desde el cielo está muy orgullosa de mí. A Miguel Jordan, quien es como mi papá y no dudo ningún segundo en apoyarme y aconsejarme cuando le dije que quería estudiar medicina, el que procuro durante todo este camino que no me faltara nada para que siguiera estudiando y que siempre me dio palabras de aliento en esos días que quería rendirme. A mi hermana Genesis Luna, por confiar en mí, por acompañarme en esos días largos de estudio, dándome aliento y motivándome a ser cada día mejor. A mi novio Joshua Briones, a quien conocí en esta maravillosa carrera y quien desde el 2022 ha sido mi soporte durante esta última etapa, gracias por no dudar de mí y por esos días donde me alentaste con palabras bonitas, me diste un abrazo o me brindaste tu hombro para desahogarme y seguir. A los amigos que hice durante la carrera y que de alguna manera hicieron de esta etapa más llevadera.

*Luna Villalta Zaida Yadira*

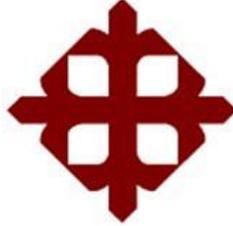
## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a Dios por mantener unidas a nuestras familias, derramando Bendiciones a las familias Rosero Salazar y Luna Villalta, quienes son testigos de vernos culminar tan bonita y maravillosa carrera, sin ellos nada de esto sería posible También agradecemos al Hospital General Monte Sinaí por abrirnos las puertas en nuestro período de internado y permitir que sea posible esta investigación. A los excelentes médicos especialistas y médicos residentes de las distintas rotaciones por compartir generosamente sus conocimientos y experiencias.

Y nuestro más sincero agradecimiento, al Dr. Diego Vásquez Cedeño, docente y coordinador de Titulación de la Carrera de Medicina, y a nuestra tutora Dra. Diana Altamirano Rodas, quienes con paciencia, conocimientos y orientación nos permitieron desarrollar este trabajo con responsabilidad y claridad.

*Rosero Salazar David Alejandro*

*Luna Villalta Zaida Yadira*



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

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

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

**DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTINEZ**  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

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

**DR. DIEGO ANTONIO VÁSQUEZ CEDEÑO**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

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

**(NOMBRES Y APELLIDOS)**  
OPONENTE

## ÍNDICE

RESUMEN .....	XIII
ABSTRACT .....	XIV
INTRODUCCION .....	2
CAPITULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACION .....	4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA .....	5
1.3. JUSTIFICACION .....	5
1.4. OBJETIVOS .....	6
1.4.1. OBJETIVOS GENERALES .....	6
1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	6
CAPITULO II. MARCO TEORICO .....	8
2.1. PARTO PREMATURO .....	8
2.1.1. DEFINICIÓN .....	8
2.1.2. ETIOLOGÍA .....	8
2.1.3. EPIDEMIOLOGIA .....	8
2.1.3. CLASIFICACION DE PARTO PREMATURO SEGÚN LA EDAD .....	9
2.2 FACTORES DE RIESGO MEDICO ASOCIADOS AL PARTO PREMATURO 11	
2.2.1 CONTROLES PRENATALES .....	11
2.2.2 TRASTORNOS HIPERTENSIVOS .....	13
2.2.3 DIABETES MELLITUS .....	15
2.2.4 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA .....	16
2.2.5 INFECCIONES DE LAS VÍAS URINARIAS .....	17
2.2.6 INFECCIONES TRANSPLACENTARIAS .....	18
2.3 COMPLICACIONES MÁS COMUNES DE LOS PREMATUROS .....	20
2.3.1 SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA .....	20
2.3.2 DISPLASIA BRONCOPULMONAR .....	20
2.3.3 APNEA Y BRADICARDIA .....	20
2.3.4 RETINOPATÍA DEL PREMATURO .....	21
2.3.5 HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR .....	21
2.3.6 ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE .....	21
2.3.7 ICTERICIA NEONATAL .....	21
CAPITULO III. MATERIALES Y MÉTODOS .....	23

3.1 METODOLOGÍA .....	23
3.1.1 MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACION .....	23
3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	23
3.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	23
3.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	24
3.3. MUESTRA .....	24
3.4. TÉCNICA DE MUESTREO .....	24
3.5. MATERIALES .....	25
3.6. SELECCIÓN DE DATOS.....	25
3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	26
CAPITULO IV. RESULTADOS .....	28
4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	28
4.2 DISCUSION.....	35
4.3 CONCLUSIONES.....	37
4.4 RECOMENDACIONES .....	38
BIBLIOGRAFIAS .....	40
ANEXOS .....	42
BASE DE DATOS DE LAS HISTORIAS CLINICAS .....	42

## Índice de tablas

Tabla 1: Clasificación de parto prematuro según la edad.....	9
Tabla 2: Variables de estudio .....	26

## Índice de Gráficos

Gráfico 1: Edad.....	28
Gráfico 2: Clasificación de parto prematuro con mayor frecuencia de acuerdo a su clínica.....	29
Gráfico 3: Controles prenatales realizados.....	30
Gráfico 4: Enfermedades Crónicas presentes.....	31
Gráfico 5: Infecciones de transmisión vertical.....	32
Gráfico 6: Complicaciones frecuentes de los partos prematuros.....	33
Gráfico 7: Clasificación de edad gestacional al nacer con mayor frecuencia.....	34

## RESUMEN

**Introducción:** El parto prematuro se define como el parto que se produce antes de completar las 37 semanas de gestación. Entre los factores de riesgo nos encontramos con la hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, infecciones, infecciones transplacentarias. La identificación y manejo de estos factores de riesgo es esencial para reducir la incidencia de partos prematuros, disminuyendo las complicaciones a largo plazo para el recién nacido. **Objetivo:** Identificar los principales factores de riesgo médicos relacionados a parto prematuro en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2023-2024 **Metodología:** El estudio realizado es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, y transversal con enfoque cuantitativo, basado en datos obtenidos de las historias clínicas que son proporcionadas por el Hospital General Monte Sinaí. **Resultados:** Se observa que el 70% de los casos de parto prematuro son en gestantes adolescentes entre 14 y 18 años. El 67% de las gestantes sufren de infecciones de vías urinarias en el año de embarazo. La sífilis representa el 71% de los casos de transmisión vertical en los partos prematuros. El síndrome de dificultad respiratoria representa el 73% de los casos siendo la complicación más frecuente en el recién nacido. **Conclusiones:** Los embarazos a temprana edad se atribuye directamente a factores socioculturales, educación sexual y reproductiva. El principal agente infeccioso encontrado fue la Escherichia coli en los casos de IVU recurrente.

**Palabras claves:** Parto prematuro, gestación, infecciones de vías Urinarias, Escherichia coli, Síndrome de dificultad respiratoria.

## ABSTRACT

**Introduction:** Premature birth is defined as birth that occurs before completing 37 weeks of gestation. Risk factors include high blood pressure, diabetes mellitus, infections, and transplacental infections. Identification and managing are essential, decreasing the risk of long-term complications for the newborn. **Objective:** to identify the main medical risk factors related to premature birth in pregnant women treated at the Hospital General Monte Sinaí during the period 2023 – 2024. **Methodology:** The study was an observational, descriptive, retrospective, and cross-sectional study with a quantitative approach, based on data obtained from medical records provided by Hospital General Monte Sinaí. **Results:** It is observed that 70% of premature birth cases are in pregnant adolescents between 14 and 18 years of age. 67% of pregnant women suffer from urinary tract infections during the year of pregnancy. Syphilis accounts for 71% of vertical transmission cases in premature birth. Respiratory distress syndrome accounts for 73% of cases, making it the most common complication in newborns. **Conclusions:** Early pregnancies are directly attributed to sociocultural factors and sexual reproductive education. The main infectious agent found was *Escherichia coli* in cases of recurrent UTI.

**Keywords:** Premature birth, pregnancy, urinary tract infections, *Escherichia coli*, Respiratory distress syndrome.

## INTRODUCCION

La organización mundial de la salud define como parto prematuro un nacido vivo antes de que se completen las 37 semanas de gestación. El parto prematuro es una afección que se complica por múltiples factores de riesgo, muchas veces por falta de educación e información a las pacientes durante la etapa prenatal. Generalmente las enfermedades maternas tienen una amplia relación con el trabajo de parto prematuro, entre ellas está la hipertensión arterial, alteraciones uteroplacentarias, enfermedades infecciosas, rotura prematura de membranas. Otros factores que influyen es la edad temprana o tardía del embarazo (menor de 18 años o mayor de 35 años), periodo intergenésico corto y embarazos múltiples. Además, la falta de controles prenatales conduce no solo a un posible parto prematuro, sino también a complicaciones neonatales. (1)

Actualmente la OMS estima que la tasa más alta de parto prematuro se presenta en los países de vías de desarrollo. De acuerdo con los datos estadísticos, indican que la preeclampsia es una de las causas más comunes de morbi-mortalidad durante y/o después del embarazo, siendo una complicación que se puede dar en cualquier trimestre de gestación, acompañado de problemas neonatales como pueden ser respiratorios, cardiovasculares, neurológicos y visuales poniendo en riesgo la vida y desarrollo del bebé. Como segunda causa más común de parto prematuro es la ruptura prematura de membranas, en el embarazo está relacionada con peores resultados, no solo aumentando el número de cifras de tasa de mortalidad de la madre y el recién nacido o de ambos, sino que también produce muchas secuelas graves, como parálisis cerebral, deterioro del desarrollo neurológico, retinopatía y displasia. Diversos estudios demuestran que una parte de estos factores son prevenibles, es

decir, modificables, por otro lado, también se reconocen factores de riesgo no modificables. (2) (3)

Sin duda, el parto prematuro es un grave problema de salud pública global siendo una tendencia que han ido en aumento con el pasar de los años. En Ecuador, estos problemas prenatales se relacionan con pobreza, falta de educación, falta de recursos, entre otros factores. Por lo tanto, la OMS reconoce la salud materno infantil como prioridad a nivel global. El MSP fomenta la aplicación y conocimiento de normativas de ESAMYN en los hospitales de salud pública del Ecuador, con el objetivo de disminuir la morbi-mortalidad materna y neonatal además de mejorar la calidad e integralidad de la atención prenatal. (4) (5) (6)

# CAPITULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACION

## 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Ecuador, el sistema sanitario enfrenta desafíos significativos. A pesar de los esfuerzos gubernamentales por fortalecerlo, la atención sigue siendo deficiente en algunas áreas urbanas y casi inexistente en ciertas zonas rurales del país. Esto es especialmente preocupante en regiones donde la población depende en gran medida de los servicios e insumos proporcionados por estas instituciones.

De acuerdo con la “Organización Manos Unidas” (7) los partos prematuros se consideran como la segunda causa de mortalidad en menores de cinco años de edad. De los datos recopilados por diferentes estudios, se determina que la mortalidad de niños se acerca alrededor de un millón a lo largo del año, no obstante, hay una pequeña población que logra sobrevivir, sin embargo, estos quedan con secuelas consideradas discapacidades específicas.

El Ministerio de Salud Pública (6) reportan que el índice de nacimiento prematuro es de 5,1 niños por cada 1.000 nacidos. Representando una tasa de baja de mortalidad. De acuerdo con la OPS, Ecuador se encuentra entre los países con tasa más bajas de nacimientos prematuros del mundo, correspondiendo una tasa de 7,9%. El Instituto de Estadística y Censo señala que la primera causa de mortalidad infantil es la corta duración de la etapa de gestación.

A nivel nacional, los datos reportan aumento de estas cifras. El gobierno ha optado por la promoción de programas de educación prenatal en todos los centros de salud a nivel nacional con el fin de informar a la población desde el uso de métodos anticonceptivos, prevención de embarazo adolescente, educar sobre los signos de

alarma de embarazo, la importancia de llevar controles mes a mes, hasta el periodo postparto y de lactancia materna. Con el fin de reducir los porcentajes de muerte materno infantil en Ecuador. (6)

Para tener un mejor enfoque. El estudio radica en determinar los principales factores de riesgo asociados al parto prematuro presentes en la población atendida en el Hospital General Monte Sinaí. De manera que podamos tener un enfoque guiado a nuestro campo de estudio. Lo que contribuirá a diseñar nuevas estrategias específicas para reducir la mortalidad materno-infantil en esta población (5)

## **1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los factores de riesgo médicos asociados a parto prematuro en mujeres embarazadas atendidas en el “Hospital General Monte Sinaí” durante el periodo 2023 – 2024?

## **1.3. JUSTIFICACION**

A pesar de los avances en la medicina, la prematuridad sigue siendo una de las principales causas de muerte neonatal en Latinoamérica. Sin embargo, se evidencia que un gran número de estos casos pueden ser prevenibles. El conocimiento de estos factores nos permitirá distinguir a las pacientes de alto y bajo riesgo para optimizar las estrategias preventivas. Por lo tanto, tener un seguimiento óptimo durante el embarazo es de vital importancia. (8)

Con esta información no solo tendrá implicaciones en las prácticas de manejo inmediato, sino que también contribuye al avance del conocimiento científico en el campo de la obstetricia, y abrir nuevas vías de investigación y tratamiento, potenciando la capacidad de los profesionales de salud para abordar estas

complicaciones. Con el objetivo de que todos los niveles de atención tengan enfoques basados en la prevención, dando como resultado, la disminución de cifras de muerte materno y neonatal. (9)

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. OBJETIVOS GENERALES**

Identificar cuáles son los principales factores de riesgo médicos relacionados a parto prematuro en mujeres embarazadas atendidas en el hospital general monte Sinaí durante el periodo 2023-2024

### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Determinar el factor de riesgo más común de parto prematuro en las pacientes embarazadas
2. Categorizar los factores de riesgo modificables y no modificables en el parto prematuro
3. Reconocer cuáles son los factores de alto riesgo y de bajo riesgo que puedan ocasionar un parto prematuro
4. Comparar los factores de riesgo asociados a parto prematuro con fuentes similares enfocados en este estudio
5. Valorar y analizar las diversas complicaciones que pueden darse en el recién nacido prematuro

## **CAPITULO II. MARCO TEORICO**

### **2.1. PARTO PREMATURO**

#### **2.1.1. DEFINICIÓN**

Se define como parto prematuro cuando este ocurre menor a las 37 semanas de gestación. Esto es producido por un inicio prematuro de la actividad uterina, por las alteraciones cervicales, además, de que se produce una dilatación de más menos dos centímetros, cabe recalcar, que el parto prematuro es considerado como una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad en los recién nacidos, no solamente a nivel local, si no que, también lo es considerado a nivel mundial. Los factores asociados al parto prematuro pueden ser modificables o no modificables, sin embargo, es de suma importancia identificar que estos factores no son causales, si no que están asociados con el parto prematuro. Además, actualmente no se ha demostrado alguna causa específica, por ende, es considerado como un trastorno multifactorial. (8) (10)

#### **2.1.2. ETIOLOGÍA**

Actualmente existen varias causas desencadenantes de trabajo de parto prematuro, si bien es cierto, suele ser idiopático, por tal motivo se debe tener en cuenta los factores relacionados con la madre. Tener un control y manejo ayuda a disminuir su prevalencia, así como posibles complicaciones y secuelas en un recién nacido. Los factores más comunes de parto prematuro en gestantes son las infecciones vaginales, infecciones del tracto urinario, problemas hipertensivos (preeclampsia), ruptura prematura de membrana, edad materna, anemia, entre otras. (5) (11)

#### **2.1.3. EPIDEMIOLOGIA**

De acuerdo con la “Organización Mundial de la Salud” (OMS), la mortalidad materna ha ido en aumento, con más de 303 mil muertes, que se producen, durante, o después

del embarazo, estas cifras son a Nivel mundial. Por ende, las cifras de muertes materno infantil se encuentran en un pico alto, en países que están en desarrollo, a diferencia de países que cuentan con mayor tecnología, y una mejor calidad de atención, por lo tanto, los riesgos disminuyen. De acuerdo con el Ministerio de salud Pública (MSP), Ecuador está ubicado entre los países que poseen una tasa baja en partos prematuros a nivel mundial, indicando que el índice de nacimiento prematuro oscila entre 5,1 niños por cada 1.000 nacidos, sin embargo, esto sigue siendo una problemática poca atendido debido a que no se refleja una disminución en la tasa de mortalidad. (4) (7)

### 2.1.3. CLASIFICACION DE PARTO PREMATURO SEGÚN LA EDAD

Podemos clasificar al parto prematuro de acuerdo con la edad gestacional en la que ocurre. El grado de inmadurez del feto tiene impacto significativo en el pronóstico y también en las necesidades al nacer.

*Tabla 1: Clasificación de parto prematuro según la edad*

<b>GRUPO</b>	<b>EDAD GESTACIONAL</b>	<b>CARACTERISTICAS</b>
PREMATURO TARDIO	34 a 37 semanas	Pueden presentar dificultad respiratoria, hiperbilirrubinemia, problemas de alimentación y un tamaño pequeño
PREMATURO MODERADO	32 a 33 semanas	Requieren cuidados especiales, soporte respiratorio, apoyo nutricional, control de temperatura. Presentan ictericia y poco desarrollo corporal

PREMATURO EXTREMO	28 a 31 semanas	Riesgo de complicaciones debido a inmadurez, problemas respiratorios, digestivos y de desarrollo neurológico.
PREMATURO MUJ EXTREMO	Menos de 28 semanas	Son los más vulnerables y de alto riesgo de complicaciones y discapacidades.

También podemos clasificar al parto prematuro de acuerdo con su presentación clínica:

- Espontáneo
- Ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP)
- Terapéutico

Cuando la actividad de parto regular se presenta con contracciones, borramiento de membrana y dilatación cervical antes de las 37 semanas, lo podemos categorizar como parto prematuro espontáneo. La ruptura del saco amniótico se puede presentar en cualquier momento del embarazo, los casos que suceden antes del inicio de trabajo de parto a las 37 semanas de gestación, se denominan ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP). En caso de que un embarazo es interrumpido intencionalmente antes de las semanas de gestación a término, con fines de proteger la salud de la madre, del bebé, o de ambos, es considerado como parto terapéutico. En base a esta última, llamamos parto iatrogénico, cuando existe una intervención terapéutica sin evidencia de riesgo mayor que la justifiquen, significa que se trata de conveniencia y deseo materno sin ningún motivo médico. (12)

## **2.2 FACTORES DE RIESGO MEDICO ASOCIADOS AL PARTO PREMATURO**

El parto prematuro o parto pretérmino se define como una enfermedad multifactorial, con diferentes etiologías que se pueden conjugar de forma sucesiva y pueden coexistir simultáneamente para desencadenar este problema obstétrico. A continuación, se mencionarán los siguientes factores:

### **2.2.1 CONTROLES PRENATALES**

De acuerdo con el “Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, 2023” (13) Los controles prenatales tienen el objetivo de examinar el desarrollo y crecimiento del feto, acorde a cada trimestre, además, los controles nos permiten evaluar el estado nutricional de las embarazadas, y del bebe, por otra parte, también nos da la posibilidad de detectar complicaciones, y circunstancias negativas que no permita un embarazo compatible con la vida. El objetivo de controles prenatales durante el embarazo es permitir un embarazo viable, con la posibilidad de antelar cualquier complicación. Por otra parte, la inexistencia de los controles prenatales puede ser fatal, debido a que no posee ningún dato específico de cómo está avanzando el embarazo, además de esto, está estrechamente relacionada con un parto prematuro, hay que tener en cuenta que el mínimo de controles que deben poseer las embarazadas es de 5 controles, mientras que el número máximo es de 15 controles. Sin embargo, El primer trimestre es crucial, ya que en este periodo se tomarán decisiones clave al valorar la salud de la madre para asegurar un desarrollo óptimo del bebé.

Se debe tener en cuenta que las zonas que poseen un mayor riesgo de tener mas casos de parto prematuro son las zonas marginales y las rurales, debido a los escasos de centros de salud, también hay que tener en cuenta que un bajo nivel socio educativo puede influir en el desconocimiento de los controles prenatales.

Para los controles prenatales se explicarán todas las condiciones y cuidados que debe tener la gestante durante todo este periodo, donde debe cambiar su estilo de vida, desde la fiesta hasta su actividad física. Los controles se deben iniciar de inmediato, con la finalidad de identificar y descartar alguna patología o complicación que se pueda presentar a un futuro. Se evaluarán todas las condiciones independientemente de la edad gestacional, se realizará la medición de la talla y peso durante el primer trimestre, además de ver todos los factores de riesgos como múltiples compañeros sexuales, condiciones de vida, estado laboral, estatura materna, peso, programa de planificación, estatus y condición social. Durante el primer trimestre se realizarán múltiples exámenes de laboratorio como B-HCG, tipo de sangre, hematocritos, hemoglobinas, pruebas de VIH, sífilis, Hepatitis B, urocultivo, examen odontológico. Desde este control se evalúan los factores de riesgo, en caso de que la gestante se encuentre laboralmente activa, debe evitar estar parada por más de 3 horas, evitar hacer fuerza, se debe tener en cuenta que no puede ser fumadora activa ni pasiva, debido a su asociación con el bajo peso del feto, esto incluye el factor de ganancia de peso de la madre, por otra parte este también puede causar riesgo de mortalidad perinatal, muerte súbita infantil, embarazo ectópico, parto prematuro y ruptura prematura de membranas. El consumo de bebidas alcohólicas trae como consecuencia, afectación del coeficiente intelectual de los niños, además de esto también es un indicador para un crecimiento inadecuado.

El segundo trimestre se realiza diferentes controles que pueden ir desde la semana 12 a la 24 con la finalidad de evaluar la frecuencia cardiaca fetal, toma de la tensión arterial para identificar la aparición de preeclampsia, además se realizan exámenes de proteinuria y estudio de ecografía.

Con el estudio ecográfico que se realiza a partir del segundo trimestre se puede detectar distintas anomalías fetales como:

Tabla 2: Anomalías Fetales en Ecografía

Ecografía anomalías fetales	Sistema nervioso central
	Vías urinarias
	Pulmonares
	Gastrointestinales
	Óseas
	Cardiacas

Durante la semana 34 se hace seguimiento del embarazo y se verifica que todo se encuentre dentro de los parámetros normales, se informa cuál sería la fecha probable de parto, también se habla sobre los signos de alarma. Para la semana 36 a 38 se realiza exploración física y diferentes maniobras como la de Leopold para determinar la posición y situación fetal, si el producto no se encuentra en posición cefálica se debe referir a especialistas. Y por último tenemos la semana 40 en adelante, se indica que si hay un parto postérmino hay medidas de prevención, y debe ser evaluado por un gineco-obstetra.

### 2.2.2 TRASTORNOS HIPERTENSIVOS

Los trastornos hipertensivos pueden afectar hasta un 10% a las gestantes, y de esta manera puede llevar desde una hipertensión crónica a una eclampsia. Aunque la mayoría de los casos se presentan después de las 34 semanas (tercer trimestre), algunos ocurren en el posparto, generalmente en los primeros 4 días, aunque en ocasiones pueden surgir hasta 6 semanas después del parto. Hay que tener en cuenta que la preeclampsia es una enfermedad multisistémica que generara un daño en el

endotelio, esta se representa con un 3%, además, esta tiene una significativa morbimortalidad materna y no neonatal, esto se debe principalmente a necesidad de un parto pretérmino, el cual está asociado al incremento intrauterino. Las gestantes al presentar HTA previa tienden a sufrir un parto prematuro, además de esto incide mucho en que el neonato nazca con un bajo peso y talla, otro riesgo que puede presentar es la muerte fetal tras las 20 semanas de gestación otras complicaciones que puede presentar a medio y largo plazo es un desarrollo neurológico disminuido o presentar complicaciones patológicas en la adultes como problemas cardiacos, o desarrollar Diabetes mellitus (14).

Los trastornos Hipertensivos que se ve con mayor frecuencia es la preeclampsia, caracterizado por ser un trastorno multisistémico, que es originario por la presión arterial, donde la PA sistólica se encontrará en 140mmHg y su PA diastólica será 90 mmHg sin proteinuria, sin embargo, también encontramos preeclampsia con signos de gravedad donde la PA sistólica es >160 mmHg y la diastólica <110 con afectación de órgano blanco, y la preeclampsia sin signos de alarma será >140 mmHg y <160 mmHg, con diastólica >90 y <110 mmHg . Esta se puede identificar durante el primer trimestre de embarazo, donde se deben aplicar medidas preventivas, con la finalidad de reducirla de forma prolongada y asi evitar complicaciones. Por otra parte, también se deben tener en cuenta otros trastornos hipertensivos como:

*Tabla 3: Trastornos Hipertensivos*

Eclampsia	Se presenta con convulsiones tonica-clonica generalizadas y/o paciente en coma durante embarazo, parto o puerperio
-----------	--

Hipertensión gestacional	PA sistólica $\geq$ 140 mmHg y PA diastólica $\geq$ 90 mmHg, se evidencia desde la semana 20 sin presencia de proteinuria.
Hipertensión crónica	PA Sistólica $\geq$ 140 mmHg PA Diastólica $\geq$ 90 mmHg, ocurre antes del embarazo, o antes de las 20 semanas de gestación, o continúan después de 12 semanas del posparto, no hay proteinuria

**Elaborado:** Información tomada de la “Guía Práctica de trastornos Hipertensivos del embarazo, 2016”

### 2.2.3 DIABETES MELLITUS

Esta enfermedad es una de las alteraciones metabólicas que en la actualidad se ven asociadas con mayor frecuencia en las gestantes, aproximadamente el 1% de todas las gestantes se manifiestan con diabetes mellitus pregestacional, el cual se estima que alrededor del 87,5% tiene diabetes mellitus gestacional. Actualmente se ha registrado que las mujeres con diabetes mellitus o gestacional tienen mayor incidencia de cursar un parto pretérmino, el cual puede ocasionar diferentes complicaciones al neonato, estas se pueden presentar como hipoxia, problemas cardiovasculares, hemorragias cerebrales (15).

Una de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo, es la diabetes gestacional, por ende, se estima que, durante los controles prenatales, se busque controlar la glucemia, en un periodo de ayuna para poder descartar esta complicación,

a continuación, se describen los valores establecidos para determinar si existe o no un diagnóstico de DMG:

- Se considera Diabetes preexistente cuando los valores de glicemia superan los 126mg/dL.
- Se denomina como Diabetes Gestacional cuando los valores de la glucemia esta 92-125mg/dL.

La diabetes gestacional puede aumentar el riesgo de parto prematuro principalmente en el tercer trimestre del embarazo. Sin embargo, también puede haber complicaciones que contribuyan a un parto prematuro en el segundo trimestre, especialmente si la diabetes no está bien controlada. Es de suma importancia, atender a pacientes que hayan desarrollado diabetes Gestacional, debido a las complicaciones que pueden tener, por lo tanto, deben seguir las recomendaciones médicas con la finalidad de disminuir estas complicaciones.

A las gestantes se les recomienda realizarse, controles ecográficos de rutina, con la finalidad de monitorizar el crecimiento fetal, la cantidad de líquido amniótico y las características placentarias.

#### **2.2.4 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA**

Se define como la ruptura de las membranas corioamnióticas que sucede después de las 21.6 semanas de gestación y hasta dos horas antes del inicio del trabajo de parto. Este evento ocurre en un 3% a un 18% de los embarazos, con una de cada cinco rupturas ocurriendo antes de las 37 semanas, lo que representa el 30% de los partos prematuros. La causa de ruptura prematura de membrana es desconocida, sin embargo, esta se asocia a múltiples patológicas, esta se produce cuando se debilitan las membranas a causa de una disminución de colágeno, además la membrana se

encontrará edematizada y con depósitos de material fibrinoide. (16). Por otra parte, hay que tener en cuenta que una vez que hay una ruptura de membrana, esta tiene la posibilidad de contraer infecciones y así generar un parto pretérmino, por otra parte, esta se clasifica en:

- RPM término: después de las 37 semanas.
- RPM pretérmino (RPMP): antes de las 37 semanas.
- RPM prolongado: más de 24 horas de ruptura. Que es la combinación de las dos anteriores.
- RPM Pre-viable (RPMpv): es la que ocurre antes de las 24 semanas

### **2.2.5 INFECCIONES DE LAS VÍAS URINARIAS**

La complicación más frecuente en gestantes es la infección de las vías urinarias, aunque estas infecciones pueden presentarse en cualquier etapa del embarazo, si no se tratan de manera adecuada, pueden desencadenar complicaciones como la ruptura prematura de membranas o el inicio prematuro del trabajo de parto, especialmente en las fases más avanzadas del embarazo. A su vez pueden generar distintas condiciones clínicas, desde una bacteriuria asintomática hasta una pielonefritis. La prevalencia de estas infecciones se sitúa entre el 5% y el 10%, y el embarazo es un factor que aumenta el riesgo de su desarrollo debido a los cambios anatómicos fisiológicos continuos que ocurren en el cuerpo de la mujer durante esta etapa.

Las infecciones del tracto urinario son producidas por agentes infecciosos que alteran las funciones y la morfología de la vejiga, los riñones, normalmente afecta con mayor frecuencia a las mujeres, donde las embarazadas son las que tienen un número mayor de complicaciones. Estas pueden ser bacteriuria asintomática (2-10%), puede

producir una pielonefritis aguda (0.5-2%) o también puede originar una cistitis aguda (1-4%) (17). Los agentes infecciosos que se presentan con mayor frecuencia son:

Tabla 4: Agentes Infecciosos de Tracto urinario

Escherichia coli	80%
Klebsiella pneumoniae	1%
Proteus mirabillis	5%
Staphylococcus saprophyticus	8%
Enterobacter	11%

## 2.2.6 INFECCIONES TRANSPLACENTARIAS

Durante el embarazo, las infecciones transplacentarias se observan con mayor frecuencia durante el segundo y el tercer trimestre, destacando que el riesgo incrementa durante el tercer trimestre de embarazo, se debe considerar que al contraer una de estas infecciones, se incrementa el riesgo. Puede existir un riesgo significativo de complicaciones como el parto prematuro y la posibilidad de transmisión al feto. Entre estas infecciones, algunas de las más relevantes incluyen:

1. **Sífilis:** es una infección de transmisión sexual, que afecta la salud pública a nivel mundial, el agente etiológico de esta enfermedad es la espiroqueta treponema pallidum. Esta enfermedad puede afectar a cualquier órgano generando daños graves. Se debe tener en cuenta que esta enfermedad se puede presentar con o sin transmisión congénita, afectando potencialmente el desarrollo del feto. Los neonatos con sífilis congénita suelen nacer de forma prematura, además, presentan otros síntomas como abdomen abultado, piel arrugada incluso desnutrición aguda. Esta enfermedad es tratable y se puede prevenir por medio de

tratamiento con penicilina, y con ayuda de pruebas de VDRL para su detección (17).

2. **Toxoplasmosis:** Esta infección parasitaria puede afectar gravemente al feto y es transmitida transplacentaria, especialmente peligrosa en el primer trimestre, debido a que se puede presentar un aborto espontáneo, complicaciones auditivas y del sistema nervioso central. Esta infección es una amenaza creciente para la salud a nivel mundial, a causa de su elevada morbimortalidad y esta se ve con mayor frecuencia en países del continente africano y Latinoamericano (18).
3. **Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH):** Aunque el VIH no siempre se transmite de madre a hijo, representa un riesgo si no se maneja adecuadamente durante el embarazo. Al momento de realizar un diagnóstico precoz, se puede implementar un tratamiento antirretroviral, con la finalidad de disminuir la posibilidad de transmisión durante el parto, el puerperio, además de esto hay que tener en cuenta, que si una gestante con VIH positivo puede presentar hemorragias posparto, sepsis puerperal, parto pretérmino y mortalidad. Hay que recalcar que al ser VIH positivo puede contraer diferentes ETS que incrementan la susceptibilidad de infección, estas pueden desencadenar inflamación en el útero y provocar contracciones prematuras (19).
4. **Enfermedad periodontal:** Aunque menos conocida como infección transplacentaria, está asociada con hallazgos en la placenta como la vellositis e intervillositis, lo que podría contribuir a un parto prematuro o complicaciones adicionales.

La presencia de estas infecciones subraya la importancia del control prenatal y el manejo adecuado de cualquier infección para reducir riesgos y mejorar el pronóstico tanto de la madre como del feto.

## **2.3 COMPLICACIONES MÁS COMUNES DE LOS PREMATUROS**

### **2.3.1 SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA**

Se debe a los pulmones inmaduros del bebé debido a la falta de surfactante que impide que los pulmones se mantengan expandidos. Se caracteriza por que al nacer en las primeras horas de vida aparece la dificultad respiratoria que puede ser moderada hasta ser intensa, además esta se acompaña de aleteo nasal, tiraje intercostal, cianosis. Esto es un factor de riesgo para desarrollar una enfermedad pulmonar grave ando origen a complicaciones extrapulmonares. Se debe tratar con la administración de un surfactante exógeno, que va de forma traqueal, con la finalidad de mejorar la oxigenación y su función pulmonar. También se debe emplear oxigenoterapia con el objetivo de mantener la pO<sub>2</sub> entre 50-60 mmHg (21).

### **2.3.2 DISPLASIA BRONCOPULMONAR**

La displasia broncopulmonar, también es considerada como una enfermedad pulmonar de afección crónica, debido a que los recién nacidos, en ocasiones requieren asistencia de oxígeno durante un periodo de tiempo que puede durar desde días hasta meses. Es una complicación que se puede superar, sin embargo, esta deja secuelas graves.

### **2.3.3 APNEA Y BRADICARDIA**

Es una pausa temporal de más de 20 segundos en la respiración que es común en bebés prematuros que a su vez se asocia con una disminución en la frecuencia cardiaca y con disminución de oxígeno en la sangre. estas se deben controlan con un oxímetro. La mayoría supera esta afección cuando dejan el hospital.

#### **2.3.4 RETINOPATÍA DEL PREMATURO**

Es una enfermedad ocular en las que las retinas no están completamente desarrolladas, la mayoría se resuelve por sí solo, en los casos graves se podría necesitar cirugía láser.

#### **2.3.5 HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR**

La hemorragia intraventricular en los prematuros es originario por los vasos sanguíneos, quienes se ven afectados debido a que no se cumplió el proceso de maduración, por ende, al nacer ante de las 37 semanas hay la posibilidad de que estos vasos se rompan con facilidad, además, se puede observar que los prematuros tendrán un peso menor a 1.500 gramos, considerado como bajo peso.

#### **2.3.6 ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE**

Enfermedad más común y grave, ocurre cuando el tejido del intestino delgado o grueso se inflama causando necrosis del tejido. En pocas situaciones se puede perforar la pared del intestino. La mayoría afecta a bebés nacidos antes de las 32 semanas de gestación y se presenta generalmente entre las primeras dos o cuatro semanas después del nacimiento. Los síntomas incluyen abdomen distendido y dificultad para alimentarse.

#### **2.3.7 ICTERICIA NEONATAL**

Ocurre cuando la bilirrubina se acumula en los vasos sanguíneos del bebé lo que podría adquirir la piel un tono amarillento y puede ocurrir en cualquier raza o color de piel. Se denomina Hiperbilirrubinemia cuando la bilirrubina plasmática se encuentra aumentada más de 5 mg/dl. Esta aparece primero en la cara y luego el tronco y las

extremidades. La ictericia fisiológica es frecuente en el 60% de los recién nacidos, se caracteriza porque puede aparecer en el segundo al séptimo día y con bilirrubinas con predominio de la indirecta menores a 12,9 mg/dl si recibe alimentación con fórmula o 15 mg/dl si se alimenta de leche materna. La ictericia patológica se inicia en las primeras 24 horas de vida, con valores de bilirrubina superiores a 5 mg/dl diarios, bilirrubina directa superior a 2 mg/dl o dure más de una semana en el recién nacido a término que se alimente de fórmula ya que en el si se alimenta de leche materna puede durar 3 semanas o más. Para detectarla es importante interrogar antecedentes maternos, familiares y el inicio de la ictericia. Se debe mantener una hidratación adecuada y se puede resolver colocando al bebé bajo luces especiales mientras se protegen sus ojos y genitales (Fototerapia). (20)

## **CAPITULO III. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **3.1 METODOLOGÍA**

#### **3.1.1 MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACION**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, y transversal con enfoque cuantitativo. A partir de la base de datos obtenido de las historias clínicas proporcionadas por el Hospital General Monte Sinaí. Con la finalidad de determinar los factores de riesgo que están asociados a parto prematuro en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital.

#### **3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población por estudiar para esta investigación son los pacientes atendidos en el área materno infantil del “Hospital General Monte Sinaí” durante el periodo 2023 – 2024, donde se estudiarán a pacientes que tengan consultas continuas en esta casa de salud, además, también se evaluarán las pacientes que sean referidas de otras casas de salud, para esto, deben cumplir con los criterios de inclusión que se mencionan a continuación.

##### **3.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes que al momento del parto tengan edad gestacional menor a 37 semanas, sin contemplar a las pacientes que llegan a parto a término.
- Pacientes embarazadas atendidas en el Hospital General Monte Sinaí.
- Pacientes que tengan infecciones recurrentes (ETS, urinarias)
- Pacientes con enfermedades crónicas.
- Multíparas, o embarazos múltiples.

- Pacientes con antecedentes de placenta previa o ruptura prematura de membranas en embarazos anteriores.

### **3.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes sin datos de afiliación en la historia clínica
- Pacientes con muerte fetal.
- Pacientes con historial clínico incompleto para la revisión de variables a estudiar
- Pacientes con parto pretérmino producto a aborto terapéutico de causas no viables

### **3.3. MUESTRA**

No aplica

### **3.4. TÉCNICA DE MUESTREO**

Para la selección de la muestra de estudio, se utilizó una técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia, por la facilidad que se le brinda al investigador, para usar datos que estén disponibles y sobre todo que cumplan con los criterios, por ende, se usan las primeras 100 historias clínicas que cumplan estas condiciones y se encuentren registradas en el sistema del Hospital. El estudio tiene un enfoque retrospectivo, y se utiliza esta técnica debido a que no se posee una base de datos completa, por lo tanto, no se puede realizar un muestreo aleatorio.

La técnica de muestreo para la selección de pacientes en este estudio fue aleatoria simple, debido a que es una forma fácil de interpretar los datos recogidos, además de reducir la posibilidad de sesgos.

### **3.5. MATERIALES**

La información que se recopiló, serán analizados por medio de herramientas estadísticas, como Excel, con la finalidad de poder describir, los datos, para posteriormente, calcular las frecuencias absolutas y así obtener los porcentajes para las variables categóricas (tipo de parto, controles prenatales, presencia de enfermedades/infecciones, complicaciones neonatales, edad materna agrupada, edad gestacional agrupada). Los resultados se presentaron mediante gráficos de pastel y texto descriptivo

### **3.6. SELECCIÓN DE DATOS**

Los datos se obtuvieron a partir de la revisión y autorización correspondiente de las historias clínicas, pruebas complementarias y CIE-10 de las pacientes atendidas en el área materno-infantil del Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2023 – 2024 que hayan cumplido con los criterios de inclusión y exclusión.

Códigos CIE-10 utilizados para esta investigación

- O601 TRABAJO DE PARTO PREMATURO ESPONTANEO CON PARTO PREMATURO. (PRINCIPAL)
- O600 TRABAJO DE PARTO PREMATURO SIN PARTO.
- O602 TRABAJO DE PARTO PREMATURO ESPONTANEO CON PARTO ATERMINO.
- O603 PARTO PREMATURO SIN TRABAJO DE PARTO ESPONTANEO.
- O821 PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA.
- O420 RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, E INICIO DEL TRABAJO DE PARTO DENTRO DE LAS 24 HORAS.
- O421 RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, E INICIO DEL TRABAJO DE PARTO DESPUES DE LAS 24 HORAS.
- O429 RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRAESPECIFICACION.
- P011 FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR RUPTURA PREMATURA DELAS MEMBRANAS.
- O233 INFECCION DE OTRAS PARTES DE LAS VIAS URINARIAS EN ELEMBARAZO.

- O234 INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN ELEMBARAZO.
- O862 INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS CONSECUTIVA AL PARTO.
- O983 OTRAS INFECCIONES CON UN MODO DE TRANSMISION PREDOMINANTEMENTE SEXUAL QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO.
- O987 ENFERMEDAD POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO.
- O981 SIFILIS QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO.
- O243 DIABETES MELLITUS PREEXISTENTE, SIN OTRA ESPECIFICACION, EN EL EMBARAZO.
- O244 DIABETES MELLITUS QUE SE ORIGINA CON EL EMBARAZO.
- O249 DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, EN EL EMBARAZO.

### 3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 5: Variables Descriptivas y factores de Riesgo

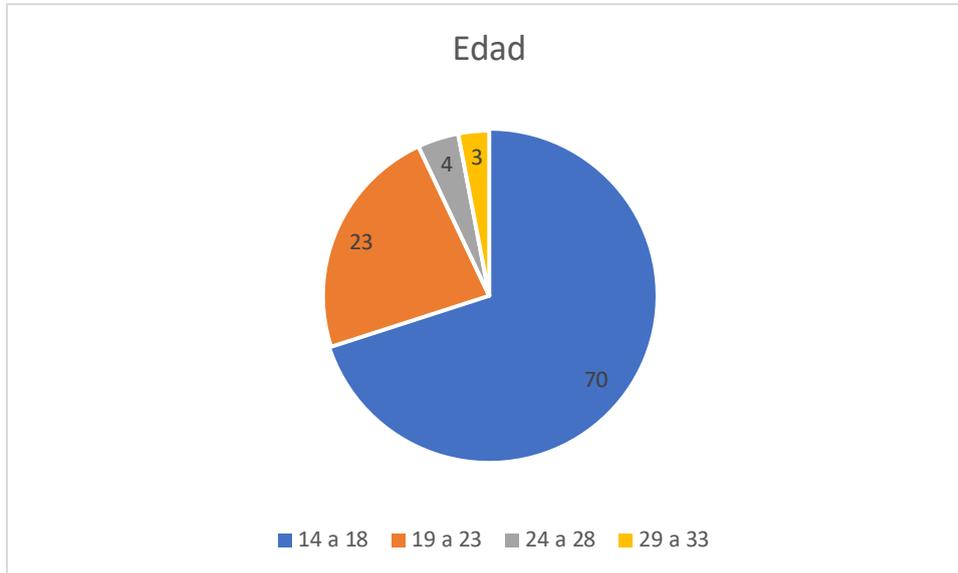
Variables	Indicadores	Valor	Tipos de Variables
Controles prenatales (Variable independiente)	Número de controles realizados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin control</li> <li>• 1 a 2</li> <li>• 3 a 4</li> <li>• Mayor a 5</li> </ul>	Cuantitativas discretas
Enfermedades crónicas (Variable independiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión arterial</li> <li>• Diabetes Mellitus</li> <li>• Ruptura prematura de membranas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Cualitativa nominal dicotómica
Infecciones (Variable independiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones urinarias</li> <li>• VIH</li> <li>• Sífilis</li> <li>• Toxoplasmosis (21)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Cualitativa nominal dicotómica
Edad	Número de años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 14 a 18</li> <li>• 19 a 23</li> <li>• 24 a 28</li> <li>• 29 a 33</li> </ul>	Cuantitativa continua
Edad Gestacional al nacer	Semanas completadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor a 26 semanas</li> <li>• 27 a 30</li> <li>• 31 a 33</li> </ul>	Cualitativa nominal dicotómica

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 33 a 36</li> </ul>	
Complicaciones neonatales	Sintomatología que indica cambios en la salud del niño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• síndrome de dificultad respiratoria</li> <li>• Apnea y bradicardia</li> <li>• Hemorragia intraventricular</li> <li>• Retinopatía del prematuro</li> </ul>	Cuantitativa continua

## CAPITULO IV. RESULTADOS

### 4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Gráfico 1: Edad

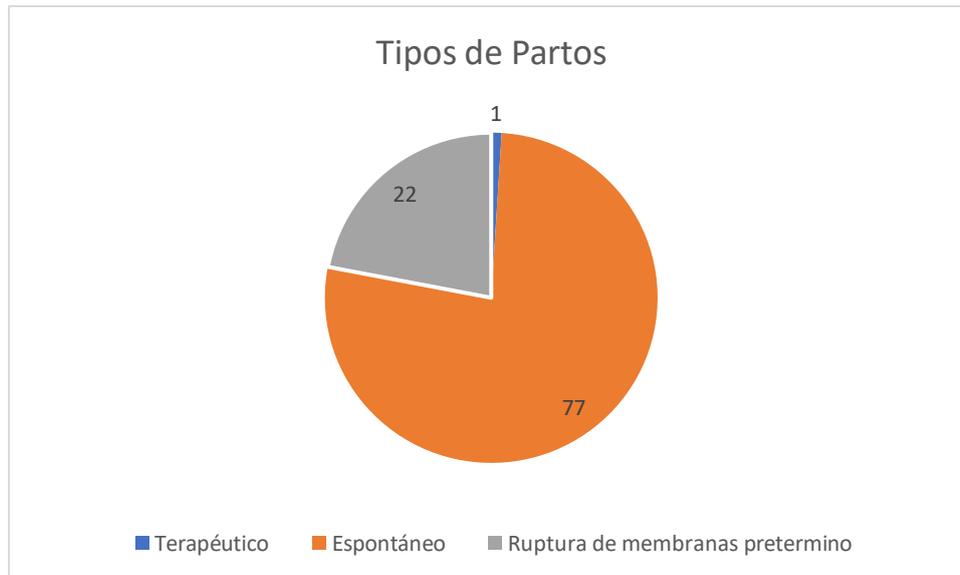


**Fuente:** Revisión de Historias clínicas

**Elaborado por:** Zaida Luna-David Rosero

**Análisis:** De acuerdo con los datos obtenidos, se observa un alto índice de gestantes que terminan en parto prematuro en un rango de edad de 14 a 18 años, equivalente al 70%, demostrando una situación crítica para el sistema de salud pública, debido a embarazos no programados, que pueden generar complicaciones. En la población adulta, corresponde el otro 23%, Por esta parte, se observa una transición de un grupo de jóvenes adolescentes entre 19 a 23 que son equivalente al 23% de la población de estudio, muestran una ligera disminución en el riesgo de parto prematuro.

Gráfico 2: Clasificación de parto prematuro con mayor frecuencia de acuerdo a su clínica

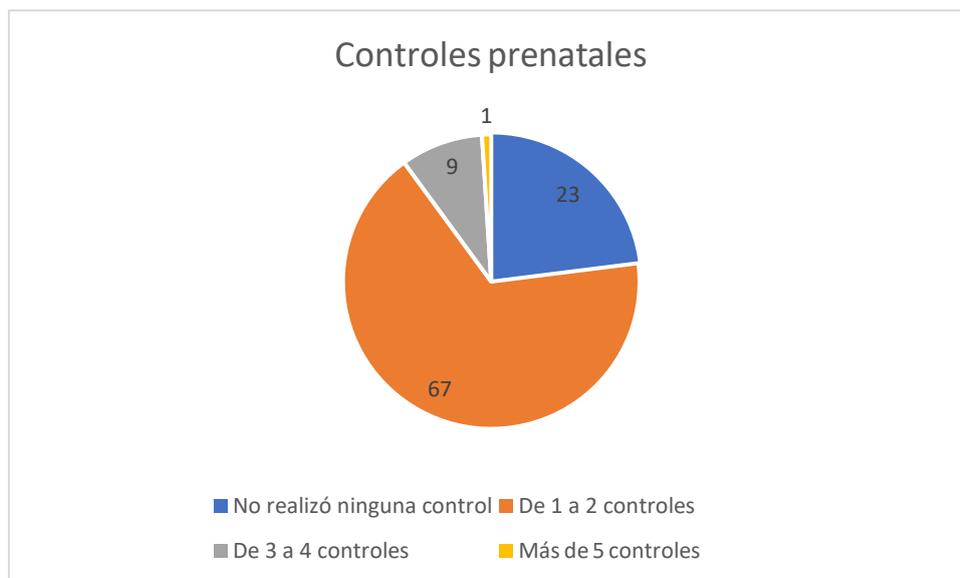


**Fuente:** Revisión de Historias clínicas

**Elaborado por:** Zaida Luna-David Rosero

**Análisis:** Según los datos obtenidos, los partos espontáneos se presentan con el 77% de frecuencia, indicando que es una de las complicaciones más frecuentes, sin embargo, este tipo de parto son las que menos están asociadas a intervenciones médicas. Por otra parte, las rupturas de membranas pretérmino se presentan significativamente con un 22%, esto puede presentar un incremento para generar riesgos de partos prematuros. El parto terapéutico o iatrogénico (1%), lo consideramos en la población a estudiar siempre y cuando se trate de un parto viable. En nuestro análisis solo se registró 1 partos prematuros de tipo iatrogénico. Caso contrario, fueron excluidos de nuestro estudio.

Gráfico 3: Controles prenatales realizados durante el embarazo

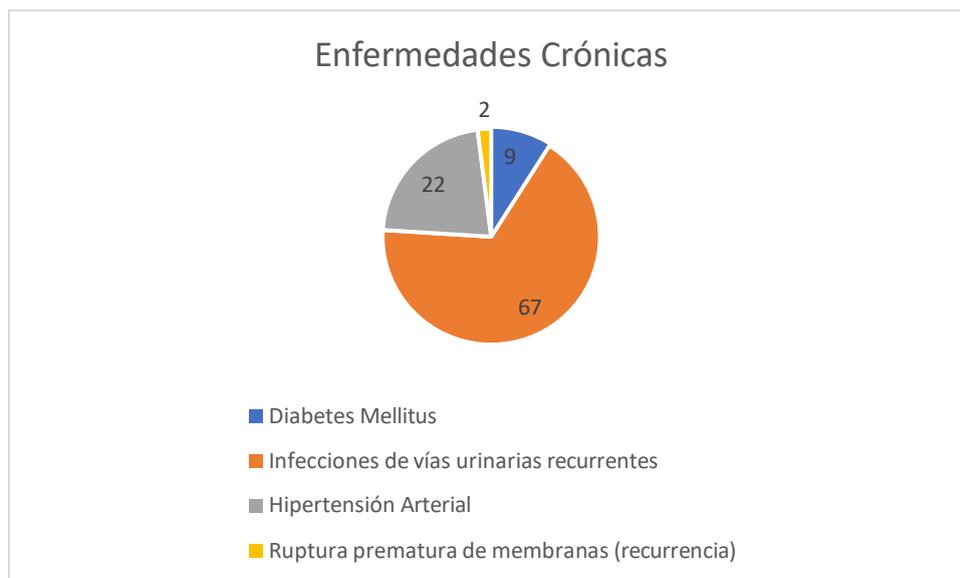


**Fuente:** Revisión de Historias clínicas

**Elaborado por:** Zaida Luna-David Rosero

**Análisis:** Según los datos obtenidos de las historias clínicas, el 67% de las gestantes ha asistido a entre 1 y 2 controles prenatales durante el embarazo, lo que permite identificar y abordar posibles complicaciones de manera temprana. Sin embargo, como se observa en la gráfica el 23% de las gestantes no ha realizado ningún control prenatal, por lo tanto, las gestantes no tendrán conocimiento de las posibles complicaciones, que puede tener la madre como el bebé, especialmente en casos de partos prematuros. Es recomendable realizar capacitaciones para garantizar el acceso y la concienciación sobre la importancia del cuidado prenatal.

Gráfico 4: Enfermedades Crónicas presentes

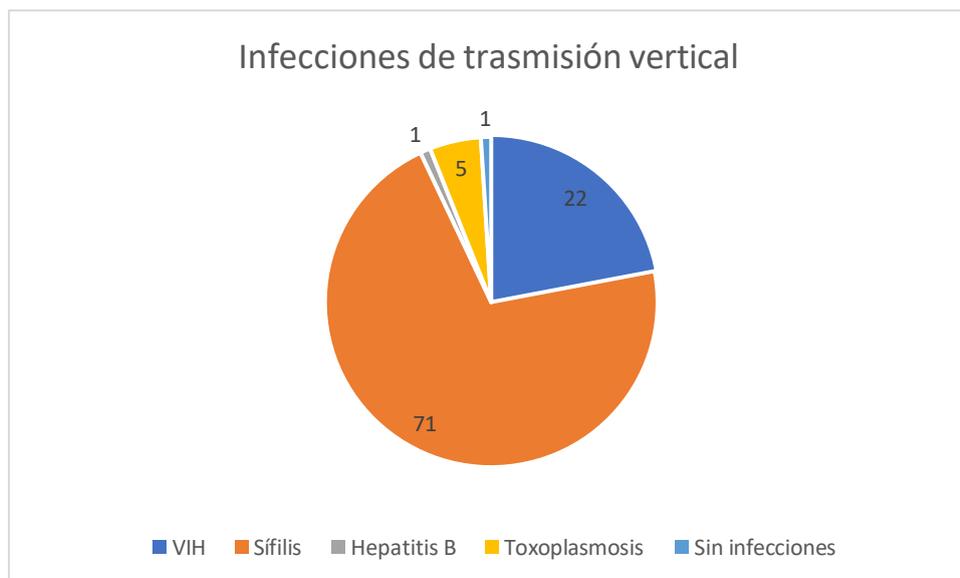


**Fuente:** Revisión de Historias clínicas

**Elaborado por:** Zaida Luna-David Rosero

**Análisis:** De los datos recolectados de las historias clínicas, se observa que el 67% de la población de estudio presenta infecciones recurrentes de las vías urinarias, demostrando que es un factor de riesgo importante a valorar, debido a que se encuentra estrechamente relacionada con la inflamación uterina, y con la ruptura prematura de membranas, generando partos prematuros. Mientras que la Hipertensión arterial se encuentra en segunda posición con un 22%, un problema significativo, debido a que este incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas como preeclampsia, entre otras. La diabetes mellitus también se encuentra asociada con el parto prematuro, además esta genera complicaciones perinatales como macrosomía fetal o restricción del crecimiento intrauterino.

Gráfico 5: Infecciones de transmisión vertical

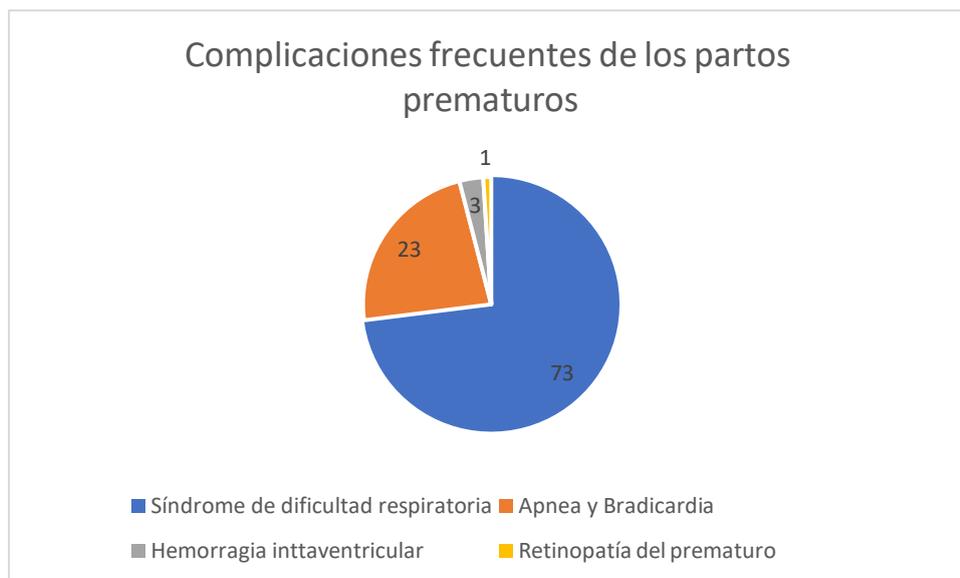


**Fuente:** Revisión de Historias clínicas

**Elaborado por:** Zaida Luna-David Rosero

**Análisis:** De acuerdo con los datos obtenidos de las historias clínicas, la sífilis se presenta el 71% de los casos, por lo tanto, se debe informar la forma de transmisión vertical durante el embarazo, esto puede generar complicaciones como abortos espontáneos, muerte fetal y otras complicaciones como sífilis congénita, además que incrementa el índice de tener un parto prematuro. Por otra parte, el VIH (22%) no es una causa directa para ocasionar un parto prematuro, pero si es una de las primeras causas para contraer infecciones secundarias. Mientras que la toxoplasmosis no es muy frecuente.

Gráfico 6: Complicaciones frecuentes de los partos prematuros

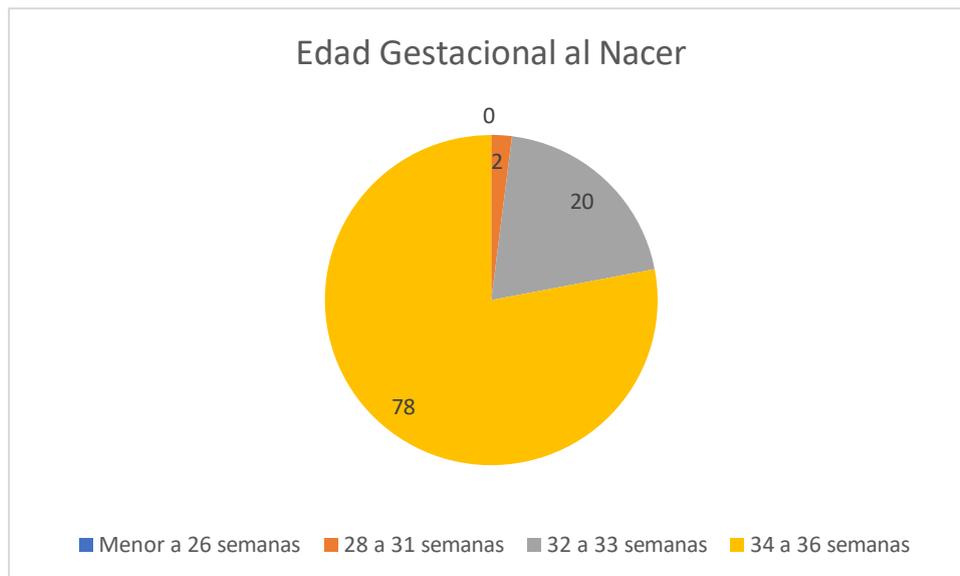


**Fuente:** Revisión de Historias clínicas

**Elaborado por:** Zaida Luna-David Rosero

**Análisis:** según con los datos obtenidos, el síndrome de dificultad respiratoria es una de las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia en neonatos prematuros, el 73% de esta población llega a presentar inmadurez pulmonar, también hay que tener en cuenta a la apnea y la bradicardia, estas dos son complicaciones que se reflejan debido a que el sistema nervioso central no se encuentra totalmente desarrollado.

Gráfico 7: Clasificación de edad gestacional al nacer con mayor frecuencia



**Fuente:** Revisión de Historias clínicas

**Elaborado por:** Zaida Luna-David Rosero

**Análisis:** Los datos recolectados, nos indican que el 78% de los casos pertenecen a partos prematuros tardíos, aunque el bebé se encuentre cerca del término, mientras que los que son prematuro de 28 a 31 semanas pueden presentar complicaciones más severas como hemorragias cerebrales, síndrome de dificultad respiratoria entre otras. Los menores a 28 semanas se los considera prematuros extremos, los cuales no son compatibles con la vida.

## 4.2 DISCUSION

En base a la investigación y a la recolección de datos se identificó que nuestra población contiene las siguientes variables: edad, clasificación de parto prematuro, controles prenatales realizados, enfermedades crónicas presentes, infecciones de transmisión vertical, complicaciones frecuentes y edad gestacional al nacer. En Ecuador la prevalencia del parto prematuro ha aumentado durante los últimos años (5,1 niños por cada 1.000 nacidos), podemos contar con registros confiables durante este periodo donde es importante señalar que el mayor índice de parto prematuro se encuentra en la población entre 14 y 18 años, siendo el 70% de la población de estudio en nuestra muestra.

En el siguiente estudio realizado en Cuba, por parte del hospital Provincial Ginecobstétrico Fe Del Valle Ramos (22), se observó que las gestantes de 20 – 24 años representan el 30,9% de partos prematuros, seguidos con el 28,5% en gestantes menores de 20 años. Esto sugiere que la edad materna temprana es un factor de riesgo consistente, en ambos estudios los factores socioeconómicos y el bajo nivel de educación son los principales motivos de esta condición gestacional

(23) Señaló en su estudio que las causas de parto prematuro fueron idiopáticas en un 39.3%, seguido de la ruptura prematura de membranas con un 33,3%, e iatrogénicas con un 27,3% donde la principal causa fue el síndrome hipertensivo (52,2%), por encima de gestantes con diabetes mellitus tipo 2. Al momento de analizar el comportamiento de nuestra población podemos observar que el 22% de la población comparte esta patología, aumentando el riesgo de preeclampsia y así, el desenlace de parto prematuro en estas pacientes.

En el artículo realizado en Brasil, quienes describen la tendencia temporal de tasas de detección de sífilis gestacional y congénita (24), encontraron una creciente detección en pacientes menores de 19 años, seguidas de tendencias crecientes en gestantes de 20 años en adelante. Otro artículo (19), donde se estudia las condiciones de embarazo en mujeres con VIH positivo. Se observó que las mujeres seropositivas embarazadas comparten un factor socioeconómico en común, indicando que las mujeres que tienen menor cantidad de recursos y bajo nivel educacional son de mayor riesgo a presentar casos de parto prematuro.

Mejorar el acceso diagnóstico, sistemas con el objetivo de detección y vigilancia pueden ayudar a disminuir estas tendencias crecientes. El no tener conocimiento de terapias y de sus efectos adversos, crecen las posibilidades de que la enfermedad sea transmitida hacia el producto o de acelerar el proceso de parto antes de completar las semanas de gestación.

En la publicación de (25) se estudia el síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos. Señalando también que la incidencia de SDR aumenta mientras menos semanas de gestación tengan los bebés. Esto concuerda con nuestro estudio donde el 73% de nuestra población llega a presentar inmadurez pulmonar al nacer <34 - 36 semanas, por lo que el SDR es una condición que requiere cuidados especiales.

Los resultados obtenidos son consistentes con los datos de la literatura existente. Los hallazgos obtenidos de esta investigación podrían influir en cuanto a la toma de decisiones en cómo podríamos reducir la prevalencia de parto prematuro en nuestra sociedad, iniciando con la población en riesgo que son las adolescentes con un nivel socioeconómico bajo, enfocándose en la principal problemática de este fenómeno. Además, que nos permite a nuevas líneas de investigación asociados al parto

premature, basándose en el nuevo estilo de vida en la sociedad actual, patologías que siguen en aumento y características paternas durante el embarazo.

### **4.3 CONCLUSIONES**

Se define como parto prematuro cuando este ocurre menor a las 37 semanas de gestación, existiendo múltiples causas que desencadenan esta complicación.

- Tenemos el grupo de Infecciones de vías urinarias como el principal factor presente en el parto prematuro. El principal agente infeccioso presente en el 80% de los casos es la Escherichia Coli, una bacteria que puede traspasar la placenta e inducir a un parto prematuro.
- Dentro de los antecedentes y enfermedades crónicas presentes, el 67% de casos presentó mínimo un episodio de infección de vías urinarias durante su embarazo, siendo tratadas y curadas en ese periodo.
- Se identificaron cuales son los trastornos hipertensivos más frecuentes y se determinó que la mayoría de las pacientes sufre de preeclampsia, eclampsia, hipertensión gestacional entre otras complicaciones.
- Tenemos una alta incidencia de parto prematuro en los pacientes jóvenes en nuestro país. El 70% de los partos prematuro corresponden a pacientes jóvenes entre 14-18 años.
- Encontramos factores de riesgo adicionales en adolescentes. El consumo de sustancias psicoactivas, aunque en menor medida, está presente en la población. Sin embargo, el embarazo prematuro se relaciona directamente a factores socioculturales, educación sexual y reproductiva

- El 77% de los partos prematuros de la población fue espontáneo, demostrando una influencia de factores biológicos como la edad materna y enfermedades crónicas.
- El 67% de gestantes asistió entre una a dos consultas prenatales durante su embarazo. Siendo insuficiente para una vigilancia adecuada del embarazo y determinar algún factor de riesgo oportuno.
- El síndrome de dificultad respiratoria se identificó como principal complicación en los neonatos prematuros, el 73 % de los casos por la inmadurez pulmonar y deficiencia de surfactante en el desarrollo.
- Los neonatos que nacieron durante las 34 y 36 semanas de gestación representan el 78% de los partos prematuros.
- La Hipertensión Arterial ocupó el 22% de los casos siendo la segunda causa de parto prematura por las complicaciones de Preeclampsia

#### **4.4 RECOMENDACIONES**

- Realizar programas educativos enfocados a la promoción y capacitación continua y a la concienciación sobre las complicaciones asociadas al embarazo, dirigidas a las poblaciones vulnerables de escasos recursos.
- Reforzar la vigilancia y manejo oportuno de las infecciones de transmisión sexual y del tracto urinario, con énfasis en la detección temprana debido a su alta prevalencia de inducir partos prematuros.
- Dar seguimiento a las gestantes con trastornos hipertensivos, y con antecedentes de preeclampsia, eclampsia e hipertensión gestacional mediante controles prenatales, con el fin de evitar complicaciones materno – fetales.

- Es fundamental fortalecer la atención neonatal especializada, de esta manera garantizamos la disponibilidad de unidades de cuidados intensivos neonatales prematuros, esto incluye personal capacitado y equipos de soporte vital capaces de manejar complicaciones respiratorias y neurológicas asociados a la inmadurez neonatal.

## BIBLIOGRAFIAS

1. Mirella G NMAHEI. Factores maternos que influyen en los nacimientos prematuros. Janaskakua. 2024 Abril;(12).
2. Lee Wing CWWP. Risk factors associated with preterm premature rupture of membranes (PPROM). Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. 2021 Sep; 60(5).
3. Diego C JZYCMZ. Relación entre preeclampsia y parto prematuro: Impacto en la vida del feto y la madre. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2023 Jan; 8(1).
4. OMS. [Online].; 2024 [cited 2024 07 29. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
5. F. XdC. Factores de riesgo y parto pretérmino: Risk factors and preterm delivery. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. 2023 Dec; 4(6).
6. Ministerio de Salud Publica. MSP. [Online].; 2024 [cited 2024 07 29. Available from: <https://www.salud.gob.ec/establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-esamyn/>.
7. Carreño M. Manos Unidas. [Online].; 2025. Available from: <https://www.manosunidas.org/noticia/atencion-a-ninos-prematuros-ecuador#:~:text=Los%20nacimientos%20prematuros%20son%20la,ni%C3%B1os%20por%20cada%201.000%20nacidos.>
8. Hugo F YG. Factores de riesgo asociados al parto prematuro, Policlínico Universitario "Hermanos". Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2023 Dec; 27(6).
9. Vaggione G TNGAPE. Caracterización de los controles prenatales de salud en la Ciudad en Córdoba durante el período 2021. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba. 2022 Oct; 79(23).
- 10 Griggs KM HDWNMCMCR. Preterm Labor and Birth: A Clinical Review. MCN Am J Matern Child Nurs. 2020;; p. 45.
- 11 I L, B M. Amenaza de parto prematuro prediccion, prevención y manejo. RECIMUNDO. 2022;; p. 16.
- 12 Renato Teixeira Souza JGC. A Comprehensive Integrative Review of the Factors Associated with Spontaneous Preterm Birth, Its Prevention and Prediction, Including Metabolomic Markers. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2020;; p. 10.
- 13 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Controles y cuidados en el embarazo. [Online].; 2023. Available from: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/embarazo/controles-y-cuidados-en-el-embarazo>.
- 14 Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Controles y cuidados en el embarazo. ; 2020.

- 15 Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Diabetes mellitus y embarazo. Guía de práctica . clínica actualizada 2021. ; 2021.
- 16 Vásquez DMO. Ruptura prematura de membranas. ; 2020.
- 17 Maria Fuensanta Salazar Cañero MDMMRGD. Sífilis y embarazo. Pautas de tratamiento: Enferm. . Cuid; 2022.
- 18 Jeinny Lucero Ruiz Muñoz LPMHDCSLJVR. Toxoplasmosis neonatal, una infección prevenible: . Revista pediatría organo oficial de la sociedad colombiana de pediatria regional bogotá; 2022.
- 19 Francisca Loyola ARAV. El embarazo y los efectos que produce en la salud de las mujeres VIH . positivas: Revista chilena de obstetricia y ginecología; 2021.
- 20 Healthy children. Problemas de salud en bebés prematuros: Healthy children; 2024.
- 21 Araya-Castillo CTHV. Tendencia temporal y factores asociados al parto prematuro en Chile. Salud . Colect. 2023.
- 22 Elida M. DJ,LL,YP,SN. Determinantes maternos de parto pretérmino en el Hospital Provincial . Ginecobstétrico Fe del Valle Ramos. Revista Informatica Cientifica. 2024 May; 103(e4494).
- 23 Daniela Suazo KSMC. Relación entre características sociodemográficas, obstétricas y psicosociales . con el desenlace del parto prematuro en un hospital de alta complejidad. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2021;; p. 11.
- 24 Giovana G. IS,LV. Detección de sífilis gestacional y congénita en el estado de Paraná, Brasil, 2007- . 2021: un análisis de series de tiempo. Revista de Ciencias Sociales y Humanas. 2024 May; 33(e2024188).
- 25 María Garcia KMMFED. Riesgos del síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos. . RECIAMUC. 2021;; p. 9.



Tipo de parto con mayor frecuencia de acuerdo a Edad	Edad	¿cuántos controles prenatales se realizaron?	Enfermedades Crónicas Presentes	Infecciones de Transmisión Vertical	Complicaciones frecuentes de los partos prematuros	Clasificación de edad gestacional al nacer con el
Espontáneo	14 a 18	De 1 a 2 controles	Hipertensión Arterial	SÍEs	Síndrome de dificultad respiratoria	24 a 26 semanas
Ruptura de membranas prematuro	19 a 23	No realizó ninguna control	Hipertensión Arterial	SÍEs	Apnea y Bradicardia	34 a 36 semanas
Espontáneo	19 a 23	De 3 a 4 controles	Infecciones de vías urinarias recurrentes	SÍEs	Síndrome de dificultad respiratoria	34 a 36 semanas
Espontáneo	19 a 23	De 3 a 4 controles	Ruptura prematura de membranas (pcur)	SÍEs	Apnea y Bradicardia	34 a 36 semanas
Espontáneo	14 a 18	No realizó ninguna control	Hipertensión Arterial	SÍEs	Síndrome de dificultad respiratoria	34 a 36 semanas
Ruptura de membranas prematuro	14 a 18	De 1 a 2 controles	Infecciones de vías urinarias recurrentes	SÍEs	Síndrome de dificultad respiratoria	34 a 36 semanas
Espontáneo	14 a 18	No realizó ninguna control	Infecciones de vías urinarias recurrentes	Tocoquemosis	Síndrome de dificultad respiratoria	34 a 36 semanas
Ruptura de membranas prematuro	14 a 18	De 1 a 2 controles	Infecciones de vías urinarias recurrentes	SÍEs	Síndrome de dificultad respiratoria	34 a 36 semanas
Espontáneo	19 a 23	De 1 a 2 controles	Infecciones de vías urinarias recurrentes	SÍEs	Síndrome de dificultad respiratoria	34 a 36 semanas
Espontáneo	14 a 18	De 1 a 2 controles	Infecciones de vías urinarias recurrentes	SÍEs	Síndrome de dificultad respiratoria	34 a 36 semanas
Espontáneo	14 a 18	De 1 a 2 controles	Diabetes Mellitus	VH	Síndrome de dificultad respiratoria	32 a 33 semanas
Ruptura de membranas prematuro	19 a 23	No realizó ninguna control	Infecciones de vías urinarias recurrentes	SÍEs	Síndrome de dificultad respiratoria	34 a 36 semanas
Espontáneo	14 a 18	No realizó ninguna control	Infecciones de vías urinarias recurrentes	SÍEs	Síndrome de dificultad respiratoria	34 a 36 semanas
Espontáneo	14 a 18	De 1 a 2 controles	Hipertensión Arterial	SÍEs	Síndrome de dificultad respiratoria	34 a 36 semanas
Espontáneo	14 a 18	De 1 a 2 controles	Infecciones de vías urinarias recurrentes	SÍEs	Apnea y Bradicardia	32 a 33 semanas
Ruptura de membranas prematuro	14 a 18	De 3 a 4 controles	Diabetes Mellitus	VH	Apnea y Bradicardia	32 a 33 semanas

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Luna Villalta Zaida Yadira** con C.C: # **0952436202** y **Rosero Salazar David Alejandro** con C.C: # **0944195874** autores del trabajo de titulación: **FACTORES DE RIESGO MEDICOS RELACIONADOS A PARTO PREMATURO EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL MONTE SINAÍ DURANTE EL PERIODO 2023-2024**, 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, **21 de mayo de 2025**

## LOS AUTORES

f.   
**Luna Villalta Zaida Yadira**  
C.I: **0952436202**

f.   
**Rosero Salazar David Alejandro**  
C.I: **0944195874**



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

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

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Factores de riesgo médicos relacionados a parto prematuro en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2023- 2024.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Luna Villalta Zaida Yadira; Rosero Salazar David Alejandro		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Altamirano Rodas Diana Carolina		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Ciencias de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	Medicina		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Médico		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	21 de mayo de 2025	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	41
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Parto Prematuro, obstetricia		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Parto prematuro, gestación, infecciones de vías Urinarias, Escherichia coli, Síndrome de dificultad respiratoria		
<b>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):</b>	<p>El parto prematuro se define como el parto que se produce antes de completar las 37 semanas de gestación. Entre los factores de riesgo nos encontramos con la hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, infecciones, infecciones transplacentarias. La identificación y manejo de estos factores de riesgo es esencial para reducir la incidencia de partos prematuros, disminuyendo las complicaciones a largo plazo para el recién nacido. Identificar los principales factores de riesgo médicos relacionados a parto prematuro en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2023-2024. El estudio realizado es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, y transversal con enfoque cuantitativo, basado en datos obtenidos de las historias clínicas que son proporcionadas por el Hospital General Monte Sinaí. Se observa que el 70% de los casos de parto prematuro son en gestantes adolescentes entre 14 y 18 años. El 67% de las gestantes sufren de infecciones de vías urinarias en el año de embarazo. La sífilis representa el 71% de los casos de transmisión vertical en los partos prematuros. El síndrome de dificultad respiratoria representa el 73% de los casos siendo la complicación más frecuente en el recién nacido. Conclusiones: Los embarazos a temprana edad se atribuye directamente a factores socioculturales, educación sexual y reproductiva. El principal agente infeccioso encontrado fue la Escherichia coli en los casos de IVU recurrente.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-992181872; +593-984603873	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:Zaida.luna@cu.ucsg.edu.ec">Zaida.luna@cu.ucsg.edu.ec</a> ; <a href="mailto:David.rosero@cu.ucsg.edu.ec">David.rosero@cu.ucsg.edu.ec</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio</b> <b>Teléfono: +593-982742221</b> <b>E-mail: <a href="mailto:diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec">diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec</a></b>		
<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>			