



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

TEMA:

Factores maternos predisponentes al parto prematuro: comorbilidades y desenlaces neonatales en pacientes atendidos en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor de la ciudad de Santa Elena desde Enero a Diciembre del 2024.

AUTOR (ES):

**Zapata Fajardo María Valentina
Torres Flores Pamela Alejandra**

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

TUTOR:

Dr. Mawyin Muñoz Carlos Enrique

Guayaquil, Ecuador

30 de abril del 2026



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 **Zapata Fajardo Maria Valentina, Torres Flores Pamela Alejandra**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**

TUTOR (A)

f. _____
Dr. Mawyin Muñoz Carlos Enrique

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, a los 30 días del mes de abril del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

Nosotros, **Zapata Fajardo María Valentina- Torres Flores Pamela
Alejandra.**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Factores maternos predisponentes al parto prematuro: comorbilidades y desenlaces neonatales en pacientes atendidos en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor de la ciudad de Santa Elena desde Enero a Diciembre del 2024**, 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 30 días, del mes de abril del año 2026

AUTORES

f. _____
ZAPATA FAJARDO MARIA VALENTINA

f. _____
TORRES FLORES PAMELA ALEJANDRA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

AUTORIZACIÓN

**Nosotros, Zapata Fajardo María Valentina- Torres Flores Pamela
Alejandra.**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Factores maternos predisponentes al parto prematuro: comorbilidades y desenlaces neonatales en pacientes atendidos en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor de la ciudad de Santa Elena desde Enero a Diciembre del 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 30 días del mes de abril del año 2026

AUTORES

f. _____
ZAPATA FAJARDO MARIA VALENTINA

f. _____
TORRES FLORES PAMELA ALEJANDRA

RESULTADO DE SIMILITUD



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

TESIS FINAL PARTO PREMATURO TORRE ZAPATA CORREGIDO

ID : 273a77e496df52fe07ecca0bf7a2d9c37b4f1fdc



0%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : TESIS FINAL PARTO
PREMATURO TORRE ZAPATA CORREGIDO.txt
Tamaño del archivo original : 357,8 kB
Número de palabras : 9251
Número de caracteres : 63241

Depositante : Carlos Enrique Mawyin Muñoz
Fecha de depósito : 20 de abril de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 20 de abril de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :



Similitudes

0%

Sintáctica 0%

Semántica No medido

Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.



Detección de IA

0%

Textos estilísticamente próximos a un texto generado por una IA.

Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.



Idiomas no reconocidos

0%

Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua.

Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.



AGRADECIMIENTOS

Al escribir esto, mi corazón estalla de gratitud y felicidad hacia las personas que hicieron posible que este sueño se haga realidad.

Primero, mi eterno agradecimiento a Dios. Gracias por guiar mis pasos, por mostrarme la luz en el camino cuando todo parecía tinieblas.

A mis padres, no me alcanzan las palabras para expresarles mi agradecimiento, su amor, su guía, paciencia y su fe en mí fueron el motor que necesitaba para salir adelante en cada paso, y más aún en los momentos que creía que la mejor opción era rendirme. Cada sacrificio, cada muestra de apoyo los llevo conmigo. Este logro es muestra de su amor y dedicación.

A mi abuela, cada oración, cada velita encendida, me dieron la fuerza que necesite en los días más difíciles.

A mi hermana, Paula, tu compañía, tus consejos y tus abrazos, también fueron fundamentales para lograr este sueño.

A mi novio Steven Díaz, tu presencia en mi vida llegó cuando menos lo esperaba, hiciste que los días más difíciles y los no tanto, sean más llevaderos con tu compañía y tu amor.

Y a todos aquellos que aportaron un granito de arena como inspiración, quienes me brindaron su amistad durante este recorrido, su apoyo a sido fundamental.

Esta tesis lleva un poco de cada uno de ustedes.

Infinitamente, gracias.

TORRES FLORES PAMELA ALEJANDRA

AGRADECIMIENTOS

Al concluir este proceso académico, reconozco que el presente trabajo es el resultado no solo del esfuerzo individual, sino también del acompañamiento, la guía y el apoyo recibido a lo largo de este camino.

Agradezco a Dios, por haber sido mi sostén en los momentos de mayor exigencia, por brindarme la fortaleza necesaria para continuar y la claridad para superar cada desafío presentado.

A mi padre, cuya presencia, aunque ausente físicamente, ha sido constante a lo largo de este proceso. Su confianza en mí se convirtió en un referente silencioso que orientó cada paso dado.

A mi madre, por su apoyo incondicional, su entrega y su capacidad de sostenerme en los momentos más complejos. Su esfuerzo ha sido determinante para la consecución de este logro.

A mis hermanos María José, J. Steffano y J. Raúl, por su compañía, comprensión y apoyo permanente, que contribuyeron significativamente a mantener el equilibrio necesario durante esta etapa.

A mi amiga Linsy, por su acompañamiento durante este proceso, por su apoyo constante y por haber sido parte fundamental en los momentos de mayor exigencia académica y personal.

Finalmente, expreso mi gratitud a todas aquellas personas que, de manera directa o indirecta, contribuyeron en mi formación y en el desarrollo de este trabajo, permitiéndome consolidar no solo conocimientos, sino también valores fundamentales en mi ejercicio profesional.

Este trabajo representa, más allá de un requisito académico, el resultado de un proceso de crecimiento personal y profesional, marcado por la perseverancia y el compromiso con la formación médica.

ZAPATA FAJARDO MARIA VALENTINA

DEDICATORIA

Primero, a Dios, por bendecirme cada día, por cada una de las nuevas oportunidades que me dio para empezar una vez más cuando creí todo perdido.

A mi familia, mi padre Gonzalo Lorenzo Torres Villamar, mi madre, Liz Alexandra Flores Rugel, mi hermana Paula Alexandra Torres Flores y mi abuela Azucena Clarivel Rugel Zambrano, quienes, con su apoyo constante, sus oraciones y su amor incondicional estuvieron junto a mí en cada momento. Ustedes son la razón por la que este logro fue posible.

A Steven, mi amigo, novio y compañero de vida. Tus consejos fueron una guía en cada paso, y tu amor incondicional mi abrigo en momentos de cansancio e incertidumbre

Y a princesa, mi mascota de años, que se desvelaba junto a mí en las noches de estudio como muestra de su cariño, me demostró que el amor y el apoyo muchas veces no necesita de palabras.

TORRES FLORES PAMELA ALEJANDRA

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo, en primer lugar, a Dios, por haber sido mi guía constante en los momentos de incertidumbre y mi fortaleza en aquellos en los que mis fuerzas parecían no ser suficientes.

A mi padre, cuya ausencia ha marcado profundamente este camino, pero cuya fe en mí permanece intacta en cada logro alcanzado. Su recuerdo ha sido impulso silencioso y permanente en cada paso dado.

A mi madre, por su amor incondicional, su fortaleza inquebrantable y su sacrificio constante. Por sostenerme incluso en los momentos en los que yo misma dudé, y por ser el pilar fundamental que hizo posible llegar hasta aquí.

A mis hermanos, por su apoyo sincero y por ser parte esencial de mi equilibrio y fortaleza a lo largo de este proceso.

Este logro no representa únicamente la culminación de una etapa académica, sino también el reflejo de un camino construido con esfuerzo, convicción y resiliencia.

ZAPATA FAJARDO MARIA VALENTINA



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. CARLOS MAWYIN
TUTOR

f. _____

DR. AGUIRRE MARTINEZ JUAN LUIS
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR, ANDRES AYÓN
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

ÍNDICE

INDICE DE TABLAS	XIII
INDICE DE GRAFICOS	XIV
RESUMEN (ABSTRACT)	XV
INTRODUCCIÓN.....	2
PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	3
JUSTIFICACION	5
OBJETIVOS	5
MARCO TEÓRICO	6
1.1 Parto Prematuro: Concepto General.....	6
1.2 Clasificación de Parto Prematuro.....	7
1.3 Factores de Riesgo asociados a Parto Prematuro	9
1.3.1 Factores de Riesgo Maternos	9
1.3.2 Factores de Riesgo Obstétricos	10
1.3.3 Factores de Riesgo asociados al embarazo actual	11
1.3.4 Otros factores de riesgo	11
1.4 Complicaciones de Parto Prematuro.....	12
1.4.1 Complicaciones Maternas	12
1.4.2 Complicaciones Neonatales	15
1.5 Datos Epidemiológicos de Parto Prematuro y Complicaciones	18
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS...20	
3.1. MÉTODOS.....	20

3.2. TIPO DEL ESTUDIO	20
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	20
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA:.....	21
3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	21
3.5.1. Criterios de Inclusión:	21
3.5.2. Criterios de Exclusión:	22
3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	22
3.7. REPRESENTACIÓN ESTADÍSTICA DE RESULTADOS	23
CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
4.1. CONCLUSIONES.....	33
4.2. RECOMENDACIONES	33

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Comorbilidades Reportadas en Muestra en Estudio	24
Tabla 2. Prevalencia de casos de acuerdo con la edad gestacional	25
Tabla 3. Prevalencia de casos de acuerdo con el peso al nacimiento...26	
Tabla 4. Prevalencia de casos de acuerdo con el estado al nacimiento27	
Tabla 5. Prevalencia de casos de acuerdo con el sexo del neonato.....28	
Tabla 6. Medidas de resumen para la edad materna	29
Tabla 7. Prevalencia de casos de acuerdo con el tipo de parto	30
Tabla 8. Análisis correlacional entre preeclampsia y estado al nacer ...31	
Tabla 9. Análisis correlacional entre ruptura prematura de membranas y estado al nacer	32

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Comorbilidades reportadas en Muestra en Estudio	24
Gráfico 2. Distribución de casos según la edad gestacional	25
Gráfico 3. Distribución de casos de acuerdo con el peso al nacimiento	26
Gráfico 4. Distribución de casos de acuerdo con el estado al nacimiento	27
Gráfico 5. Distribución de casos según el sexo del neonato	28
Gráfico 6. Distribución de casos para la edad materna	29
Gráfico 7. Distribución de casos según el tipo de parto.....	30

RESUMEN (ABSTRACT)

El parto prematuro constituye una de las principales causas de morbimortalidad neonatal a nivel mundial y representa un importante problema de salud pública. El presente estudio tuvo como objetivo determinar las comorbilidades maternas más frecuentes asociadas al parto prematuro y analizar su relación con los desenlaces neonatales en pacientes atendidas en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor de la provincia de Santa Elena. Se desarrolló una investigación retrospectiva, transversal, observacional y descriptiva, basada en la revisión de 137 historias clínicas de gestantes con diagnóstico de parto prematuro y sus recién nacidos.

Entre las principales comorbilidades maternas identificadas destacaron la ruptura prematura de membranas (87,4%), la preeclampsia (70,4%) y las infecciones de vías urinarias (68,9%). En relación con la edad gestacional, el 48,9% de los nacimientos ocurrió entre las 28 y 32 semanas. Además, el 63,5% de los recién nacidos presentó un peso entre 1500 y 2500 gramos, mientras que la mortalidad neonatal alcanzó el 13,9%. La cesárea fue el tipo de parto más frecuente, representando el 62% de los casos. Finalmente, se evidenció una correlación estadísticamente significativa entre la preeclampsia, la ruptura prematura de membranas y la mortalidad neonatal. Estos hallazgos resaltan la importancia de la detección temprana y el manejo oportuno de las comorbilidades maternas para disminuir las complicaciones neonatales asociadas al parto prematuro.

Palabras Clave: Parto Prematuro, Preeclampsia, ruptura prematura de membranas, mortalidad neonatal, infección urinaria, bajo peso al nacer

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro constituye uno de los principales desafíos contemporáneos en salud materna y neonatal. Se define como el nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas completas de gestación y representa la causa más frecuente de mortalidad neonatal y una de las primeras causas de discapacidad en menores de cinco años a nivel global. A pesar de los avances que se han desarrollado en los últimos años en la capacidad resolutoria de la atención a nivel de obstetricia y neonatología, la incidencia de parto prematuro se ha mantenido en incremento constante en la última década, lo que da a relucir la complejidad que se asocia a esta condición y lo imperativo que es desarrollar estrategias de prevención, tamizaje y manejo integral (1,3,5).

El parto prematuro se desarrolla como el resultado final de múltiples procesos fisiopatológicos que se desarrollan de forma concomitante, entre las cuales se destacan factores de carácter psicológico, biológico, obstétrico y sanitario. Dentro de los principales factores reportados en asociación con el desarrollo de parto prematuro se destacan los extremos en edad en las madres, el antecedente previo de parto prematuro y otras condiciones concomitantes como las infecciones del tracto urinario, los trastornos hipertensivos del embarazo, la diabetes gestacional, estados de malnutrición e incluso situaciones que desencadenan elevaciones de estrés. De igual manera, aspectos como la pobreza, la falta de acceso oportuno al control prenatal y la limitada disponibilidad de servicios especializados influyen significativamente en la vulnerabilidad de determinadas poblaciones (4,6).

Las repercusiones del parto prematuro se extienden más allá del nacimiento. En la madre, se han documentado incrementos en el riesgo de complicaciones quirúrgicas, hemorragia, infecciones posparto, afectación emocional y morbilidad asociada a comorbilidades preexistentes. A nivel del neonato, las complicaciones que se pueden desarrollar tienen una amplia gama y variedad, yendo desde complicaciones periparto como el síndrome de distrés respiratorio, procesos infecciosos e inflamatorios como la sepsis neonatal y otras de mayor gravedad como las hemorragias intraventriculares o la enterocolitis necrotizante. La aparición de estas complicaciones guarda una estrecha relación con el prolongamiento de la

estancia hospitalaria, la aparición de secuelas permanentes en el recién nacido y un gran impacto negativo en el desarrollo cognitivo y físico esperado para la infancia. (3).

En lo concerniente a la realidad de esta patología en el Ecuador, la prematurez continúa siendo un problema prioritario de salud pública. La prevalencia estimada oscila entre el 6 % y el 10 % de los nacimientos, con incrementos reportados en los últimos años. Múltiples factores de diferentes ámbitos como las desigualdades territoriales, la elevada prevalencia de embarazo adolescente, así como las diferentes limitaciones estructurales en el acceso a servicios perinatales en el sector público y las diferentes deficiencias en los procesos de detección temprana de complicaciones contribuyen a mantener cifras significativas de morbilidad y mortalidad neonatal asociadas al parto prematuro. Consecuentemente y, de forma más específica, se encuentra el caso de la provincia de Santa Elena, la cual tiene como principal característica el ser una población mayoritariamente rural y con importantes vulnerabilidades socioeconómicas, actualmente enfrenta múltiples retos en la atención materno-infantil y por ende tiene una alta carga asociada a esta enfermedad tanto a nivel materno como del neonato. Es por este motivo que el análisis de los factores maternos asociados al parto prematuro y de los desenlaces neonatales derivados se vuelve imperativo y altamente necesario, ya que constituye un paso fundamental para comprender la magnitud del problema, orientar intervenciones adaptadas al territorio y fortalecer la capacidad resolutive de los establecimientos de salud locales. A partir del desarrollo del presente estudio se propone generar evidencia contextualizada que permita proveer información que transparente la realidad nacional y contribuya a optimizar el abordaje clínico, mejorar la planificación de recursos y contribuir al diseño de políticas orientadas a reducir la carga de la prematurez en la región.

PROBLEMA DE INVESTIGACION

El parto prematuro, es decir, aquel que se desarrolla previo a las 37 semanas de gestación, en la actualidad continúa siendo una problemática de carácter crítica en términos de salud pública debido a la elevada incidencia bajo la cual se desarrolla y

el impacto importante que aun posee dentro de la morbilidad y mortalidad perinatal. A nivel global, en el año 2020 se estimaron 13,4 millones de nacimientos prematuro, lo cual correspondió a casi el 10% de todos los nacidos vivos, además de destacar al parto prematuro como la principal causa de muerte en pacientes menores de 2 años, con un estancamiento de las tendencias durante la última década que compromete las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (1–3). En lo concerniente a la región, de acuerdo con reportes emitidos en América Latina y el Caribe, las tasas de nacimientos prematuros se sitúan en un rango similar en torno a las reportadas globalmente, con una marcada heterogeneidad subregional y brechas en supervivencia y calidad de la atención, a pesar de la expansión de prácticas basadas en evidencia en cuidados perinatales (3,4). Específicamente a nivel del Ecuador, los registros vitales y análisis poblacionales publicados de forma reciente confirman que el parto prematuro consistentemente comprende una de las principales causas de mortalidad neonatal, comprometiendo a casi 7 de cada 1000 nacidos vivos, evidenciándose variaciones por territorio y nivel de complejidad asistencial (5,6).

En lo que corresponde a la perspectiva etiopatogénica en torno al parto prematuro, son múltiples los factores maternos que predisponen al inicio espontáneo del trabajo de parto, donde se destacan comorbilidades relativamente frecuentes como la hipertensión y preeclampsia, la diabetes crónica y gestacional, la obesidad y la aparición de infecciones genitourinarias, entre otros (7,8).

El desarrollo de estas comorbilidades, en conjunto con otros determinantes de carácter social como el embarazo durante la adolescencia, la baja escolaridad o el estrés crónico, sumado a dificultades de acceso a servicios sanitarios configura perfiles de riesgo que demandan tamizaje oportuno y manejo integral. Para los recién nacidos, la prematuridad incrementa de forma sustantiva la probabilidad de síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrosante, sepsis y discapacidad a largo plazo, lo que se traduce en altas estancias y costos en UCI neonatal y en secuelas neurocognitivas y funcionales que impactan a las familias y al sistema sanitario (2,3).

JUSTIFICACION

El presente proyecto de investigación, enfocado en la detección de los factores maternos y su relación con el desenlace neonatal, a nivel del Hospital Liborio Panchana Sotomayor de la ciudad de Santa Elena es imperativo llevarse a cabo debido a que, a través de los resultados obtenidos, permitirá caracterizar riesgos maternos locales y vincularlos con desenlaces neonatales, generando evidencia para fortalecer rutas clínicas, iniciando desde el control de comorbilidades hasta procesos de tamizaje y derivación, y para promover intervenciones costo-efectivas como corticoides antenatales, sulfato de magnesio para neuroprotección, antibióticos en ruptura prematura de membranas y cuidado canguro precoz, con beneficios comprobados en supervivencia y reducción de morbilidad (3,9).

Esta línea de investigación aporta insumos para la planificación clínica y de salud pública, priorizando la prevención primaria y secundaria, el seguimiento del binomio madre-hijo y la reducción de inequidades territoriales en resultados perinatales.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las comorbilidades maternas mayormente frecuentes asociadas al parto prematuro y analizar su relación con los desenlaces neonatales, en pacientes del Hospital Liborio Panchana Sotomayor de la Provincia de Santa Elena.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer la prevalencia de partos prematuros dentro del periodo y lugar de estudio.
2. Describir las principales comorbilidades presentes en las gestantes que tuvieron parto prematuro.
3. Determinar los desenlaces neonatales en los recién nacidos prematuros que formaron parte del estudio.

4. Describir los principales factores demográficos de las madres que forman parte del estudio.
5. Correlacionar las comorbilidades maternas identificadas con los desenlaces neonatales descritos.

MARCO TEÓRICO

1.1 Parto Prematuro: Concepto General

El parto prematuro se define, de manera ampliamente aceptada, como aquel nacimiento que se desarrolla previo a las 37 semanas completas de gestación, es decir, antes de las 37 semanas y 0 días, independientemente del peso al nacer o de la vitalidad del recién nacido. Esta definición fue estandarizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se ha convertido en el criterio de referencia para la vigilancia epidemiológica, la comparación entre países y el diseño de estrategias de salud pública orientadas a la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal (1,2).

En un embarazo fisiológico, la gestación suele oscilar entre las 37 y 42 semanas, periodo considerado como término o a término. Dentro de este intervalo se observa la menor frecuencia de complicaciones, tanto para la madre como para el recién nacido. Cuando el nacimiento se produce antes de este umbral, la inmadurez estructural y funcional de diversos órganos y sistemas, en particular el respiratorio, cardiovascular, neurológico, gastrointestinal e inmunológico, condiciona un mayor riesgo de morbimortalidad neonatal y complicaciones a largo plazo (1,3).

El parto prematuro no constituye una entidad clínica homogénea, sino que representa el desenlace de múltiples vías fisiopatológicas que convergen en la activación prematura del trabajo de parto o en la necesidad de finalizar la gestación en forma iatrogénica. Entre los mecanismos propuestos se incluyen la inflamación intrauterina, frecuentemente asociada a infecciones clínicas o subclínicas; la

hemorragia decidual; la sobre distensión uterina en el contexto de embarazos múltiples o polihidramnios; la insuficiencia placentaria; y la activación del eje hipotálamo–hipófisis–adrenal materno-fetal en situaciones de estrés crónico (4–6).

Desde el punto de vista clínico, el parto prematuro se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas regulares capaces de generar cambios cervicales –borramiento y dilatación– antes de las 37 semanas de gestación, con o sin ruptura de membranas. En muchos casos el origen es espontáneo, pero en otros la finalización temprana del embarazo es decidida por el equipo de salud ante la presencia de patologías maternas o fetales graves, como los trastornos hipertensivos del embarazo, la hemorragia obstétrica, el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, la restricción del crecimiento intrauterino severa o el compromiso del bienestar fetal (2,7).

En términos de salud pública, el parto prematuro se ha consolidado como uno de los principales problemas en el campo de la salud materno-infantil. Las complicaciones relacionadas con la prematurez se reconocen actualmente como la causa más importante de mortalidad en el período neonatal y en menores de cinco años a escala mundial, superando a otras causas infecciosas y nutricionales. Esta realidad ha motivado la inclusión de la prevención del parto prematuro y la mejora de los cuidados del recién nacido prematuro dentro de los objetivos internacionales de desarrollo sostenible y de las estrategias globales de reducción de la mortalidad infantil (1,8,9).

1.2 Clasificación de Parto Prematuro

Por medio de la clasificación del parto prematuro se puede obtener una estimación clara acerca del pronóstico del producto y a su vez poder llevar a cabo la planificación de las atenciones al momento del nacimiento, lo cual facilita la realización de protocolos y esquemas de abordaje integral durante las mismas. Hasta el momento, la clasificación que tiene mayor uso y difusión consiste en la basada en la edad gestacional al momento del nacimiento, la cual lo categoriza en tres grandes grupos: prematuro extremo, prematuro muy precoz o muy prematuro, y prematuro moderado o tardío (2,10).

Se define como un caso de parto prematuro en categoría de prematuro extremo a los casos en los cuales el recién nacido posee una edad gestacional inferior a las 28 semanas; este se continua con la categoría de muy prematuro, el cual corresponde a nacimientos que van dentro del rango entre las 28 semanas y menos de 32 semanas; y finalmente los casos de prematuro tardío, los cuales comprenden aquellos nacimientos posteriores a las 32 semanas hasta menos de 37 semanas completas. Esta gradación refleja la estrecha relación entre la inmadurez biológica y la probabilidad de complicaciones graves, siendo el riesgo de mortalidad y de secuelas a largo plazo inversamente proporcional a la edad gestacional (3,10,11).

Una clasificación adicional de relevancia se fundamenta en la causa inmediata que conduce al nacimiento prematuro, permitiendo distinguir tres entidades principales: el parto prematuro espontáneo con membranas íntegras, el parto prematuro asociado a ruptura prematura de membranas pretérmino y la finalización iatrogénica del embarazo por indicación materna o fetal. En el primer escenario, el trabajo de parto se inicia en ausencia de ruptura previa de las membranas ovulares; en contraste, en el segundo caso, la ruptura de dichas membranas precede al inicio de la dinámica uterina, lo que se asocia a un incremento en el riesgo de infección materno-fetal. Por último, el parto prematuro de origen iatrogénico responde a la necesidad clínica de interrumpir la gestación con el objetivo de preservar la vida o la integridad de la madre y/o del feto ante la presencia de complicaciones graves (4,7,12).

Por otro lado, desde el punto de vista neonatal, se ha empleado de manera clásica la clasificación basada en el peso al nacer, estableciendo tres categorías: bajo peso al nacer (< 2 500 g), muy bajo peso al nacer (< 1 500 g) y extremadamente bajo peso al nacer (< 1 000 g). Si bien el peso neonatal no es estrictamente equivalente a la edad gestacional, la integración de ambas variables proporciona una herramienta más robusta para la estratificación del riesgo, particularmente en relación con la mortalidad y la aparición de complicaciones de tipo respiratorio, neurológico y metabólico (3,11,13)

1.3 Factores de Riesgo asociados a Parto Prematuro

El parto prematuro constituye una entidad multifactorial que resulta de la interacción compleja entre diversos factores de riesgo de naturaleza biológica, clínica, social, ambiental y vinculados a la calidad de la atención en salud. En este contexto, es poco frecuente identificar un único elemento causal; por el contrario, lo habitual es la coexistencia de múltiples determinantes que, al actuar de manera simultánea o sinérgica, incrementan la probabilidad de que la gestación concluya antes de las 37 semanas (4,5,6).

1.3.1 Factores de Riesgo Maternos

En relación con los factores maternos pregestacionales y las características sociodemográficas, se ha documentado de manera consistente que los extremos de la edad materna, lo que incluye tanto a los casos desarrollados en adolescencia temprana como la edad materna avanzada, generalmente definida por encima de los 35 años, se asocian con una mayor incidencia de parto prematuro. En particular, las gestantes adolescentes presentan con mayor frecuencia embarazos no planificados, acceso limitado o tardío a los controles prenatales, así como una mayor exposición a contextos de violencia y condiciones socioeconómicas desfavorables. En conjunto, estos elementos contribuyen a un incremento significativo del riesgo de desenlaces perinatales adversos (16–18).

De la misma forma, existen numerosos factores de tipo determinantes sociales, como es el caso del bajo nivel educativo materno y del entorno, los niveles de pobreza extrema, la inseguridad alimentaria y las condiciones inadecuadas de vivienda, los cuales tienen un papel de sumo impacto en el desarrollo e incremento en el riesgo del parto prematuro. Todas estas condiciones mencionadas frecuentemente se adicionan a una constante deficiencia en el acceso y utilización de los servicios de salud además de otros factores importantes igual como la carga excesiva de trabajo físico, las limitaciones en términos de transporte hacia los servicios sanitarios y la exposición sostenida a situaciones disparadoras de estrés psicosocial. Esto trae como resultado un entorno de vulnerabilidad que favorece la aparición de resultados obstétricos desfavorables como es el caso de parto prematuro (17,19).

Por otra parte, el estado nutricional materno constituye un componente clave en la evolución del embarazo. Tanto la desnutrición como la obesidad han sido vinculadas con un aumento en el riesgo de parto prematuro, aunque a través de mecanismos fisiopatológicos distintos. La desnutrición severa puede comprometer el adecuado desarrollo placentario y la perfusión uteroplacentaria, mientras que la obesidad se asocia con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial. Estas condiciones, a su vez, incrementan la probabilidad de complicaciones gestacionales y de la necesidad de finalizar el embarazo de manera anticipada (5,19,20).

1.3.2 Factores de Riesgo Obstétricos

En cuanto a los antecedentes obstétricos, el factor que presenta la asociación más sólida es la historia de parto prematuro previo, la cual incrementa de manera significativa el riesgo de recurrencia en gestaciones posteriores. Este hallazgo refleja la persistencia de condiciones subyacentes, dentro de las cuales se distribuyen en alteraciones anatómicas, funcionales o incluso genéticas, las cuales predisponen a la finalización anticipada del embarazo.

De igual forma, también existen otros factores obstétricos que adquieren relevancia clínica en la evaluación del riesgo del desarrollo de parto prematuro, como es el caso del antecedente de ruptura prematura de membranas de forma adelantada en embarazos previos, así como los antecedentes de abortos previos o durante el segundo trimestre, ya que ambos son indicadores de una posible existencia de mal función a nivel del mantenimiento del embarazo y su viabilidad. A estos factores se le deben agregar con igual relevancia las malformaciones uterinas, como es el caso del útero bicorne o septado, ya que estas condiciones pueden comprometer el espacio y la capacidad de distensión uterina y dificultar la viabilidad y la finalización del embarazo. En conjunto, todos estos factores se asocian con un aumento en la probabilidad de insuficiencia o incompetencia cervical o se relacionan con una implantación alterada e incorrecta, lo que contribuye al riesgo de parto prematuro (6,12,15).

1.3.3 Factores de Riesgo asociados al embarazo actual

En el contexto del embarazo actual, la gestación múltiple —ya sea gemelar, triple o de mayor orden— constituye un factor de riesgo relevante para el parto prematuro. Este incremento del riesgo se explica, en gran medida, por la sobredistensión uterina, el aumento de la carga hemodinámica materna y la mayor incidencia de complicaciones tanto maternas como fetales. De manera similar, el polihidramnios contribuye a este escenario al generar un aumento de la presión intrauterina, lo que favorece la ruptura de las membranas y la activación prematura de la dinámica uterina (5,22).

Por otra parte, las infecciones, tanto del tracto genital como de origen sistémico, desempeñan un papel fundamental en la fisiopatología del parto prematuro. En particular, condiciones como la vaginosis bacteriana, las infecciones de transmisión sexual, las infecciones urinarias no tratadas y la corioamnionitis han sido consistentemente asociadas con un mayor riesgo de nacimiento pretérmino. Este fenómeno se encuentra mediado por la activación de la respuesta inflamatoria, caracterizada por la liberación de citocinas y prostaglandinas, así como por la degradación de la matriz extracelular de las membranas ovulares, procesos que en conjunto favorecen el inicio del trabajo de parto de forma anticipada (4,6,22,23).

1.3.4 Otros factores de riesgo

Otros factores clínicos de importancia comprenden la presencia de enfermedades maternas, tanto crónicas como agudas, entre las que destacan la hipertensión arterial crónica, la preeclampsia y la eclampsia, la diabetes mellitus —ya sea pregestacional o gestacional—, así como las nefropatías, cardiopatías, enfermedades autoinmunes y patologías respiratorias. En este escenario, el parto prematuro puede presentarse de manera espontánea; sin embargo, en un número considerable de casos, responde a una indicación iatrogénica, cuando el equipo de salud opta por la finalización anticipada del embarazo con el objetivo de prevenir complicaciones maternas graves o potencialmente fatales (7,20,24).

A todos estos casos se le agregan otros factores, los cuales se encuentran relacionados directamente a la calidad y la accesibilidad de la atención en salud

para las gestantes, dentro de los cuales se destacan la ausencia o el número reducido de controles prenatales, lo que conlleva directamente a una identificación tardía de complicaciones, así como se destacan también las barreras geográficas y económicas que limitan el acceso a servicios de emergencia obstétrica. De la misma forma, una falta de protocolos estandarizados para el manejo integral y oportuno del embarazo de alto riesgo y sus complicaciones contribuye a un abordaje y seguimiento deficiente de estas pacientes. En contraste, también se ha podido registrar que una atención prenatal adecuada y oportuna, junto con la detección precoz de mujeres en situación de riesgo y la implementación de intervenciones preventiva, dentro de las cuales se destacan la administración de progesterona, el cerclaje cervical y el tratamiento oportuno de infecciones, constituyen estrategias de alto impacto positivo en términos de reducción de probabilidad e incidencia de parto prematuro (14,19,21,24).

1.4 Complicaciones de Parto Prematuro

Si bien la atención clínica suele centrarse prioritariamente en el recién nacido prematuro, es importante reconocer que el parto prematuro también implica repercusiones relevantes para la salud materna. Estas complicaciones abarcan dimensiones obstétricas, quirúrgicas y psicosociales, y pueden presentarse tanto en el periodo inmediato como a largo plazo. En este sentido, no es infrecuente que el parto prematuro se asocie con patologías maternas de considerable gravedad que condicionan la necesidad de interrumpir anticipadamente la gestación; de igual manera, puede constituir la consecuencia de procesos patológicos que deterioran de forma progresiva el estado de salud de la gestante (7,14,20,24).

1.4.1 Complicaciones Maternas

Mayor desarrollo de intervenciones obstétricas y cesárea

Las mujeres cuyo embarazo culmina en un parto prematuro presentan, con mayor frecuencia, la necesidad de intervenciones obstétricas, destacándose entre ellas la cesárea. Este hallazgo se explica porque múltiples condiciones asociadas al parto pretérmino, dentro de las cuales se destacan los trastornos hipertensivos del embarazo, el compromiso del bienestar fetal, la placenta previa, el desprendimiento

prematureo de placenta normoinserta y determinadas presentaciones fetales, suelen constituir indicaciones para la realización de cesáreas, ya sea en un contexto de urgencia o de manera programada (7,12,24).

Si bien la cesárea es un procedimiento que puede ser determinante para preservar la vida materna y fetal, no está exenta de riesgos. Entre las principales complicaciones quirúrgicas se incluyen la hemorragia, las infecciones del sitio operatorio, las lesiones de órganos adyacentes y el tromboembolismo venoso. Adicionalmente, este tipo de intervención se asocia con una mayor duración de la estancia hospitalaria y con un periodo de recuperación posoperatoria más prolongado. En escenarios con limitaciones de recursos, estas complicaciones pueden adquirir una mayor relevancia, tanto por su impacto en la salud de la madre como por las implicaciones económicas que generan para el sistema sanitario (14,20,24,29).

Trastornos Hipertensivos del Embarazo

Los trastornos hipertensivos del embarazo, en particular la preeclampsia en sus formas graves y la eclampsia, representan una de las principales indicaciones de finalización anticipada de la gestación antes de las 37 semanas. Estas entidades clínicas se asocian con complicaciones maternas de alta gravedad, como hemorragia intracerebral, síndrome HELLP, insuficiencia renal aguda, edema pulmonar y coagulación intravascular diseminada, todas ellas con potencial compromiso inmediato de la vida materna (20,24,29).

Cuando la preeclampsia se presenta de forma concomitante con restricción del crecimiento intrauterino, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta o alteraciones significativas en los parámetros Doppler fetales, la probabilidad de requerir la interrupción del embarazo en etapas gestacionales muy tempranas aumenta considerablemente. En este contexto, el parto prematuro constituye una medida orientada a salvaguardar la salud materna y fetal; no obstante, esta decisión se asocia de manera inherente con un incremento en la morbilidad neonatal (7,20,24).

Adicionalmente, otras comorbilidades maternas, como la diabetes mellitus, las nefropatías crónicas, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos autoinmunes, pueden condicionar la necesidad de adelantar el parto ante el riesgo de descompensaciones clínicas severas. Estas patologías implican una mayor complejidad en el manejo obstétrico y hacen imprescindible un abordaje multidisciplinario que permita ponderar de manera adecuada los riesgos y beneficios de prolongar la gestación frente a optar por su finalización anticipada (21,24,29).

Hemorragia Obstétrica

La hemorragia obstétrica, tanto en el periodo anteparto como en el posparto, constituye una de las complicaciones que con mayor frecuencia se asocian al parto prematuro. Tiene múltiples causas asociadas, sin embargo, entre las de mayor frecuencia se destacan el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y la placenta previa, condiciones que generalmente pueden desencadenar episodios de sangrados de gran magnitud y consecuentemente comprometer la estabilidad hemodinámica materna e inducir el requerimiento de intervenciones inmediatas, como la transfusión de hemoderivados y el manejo quirúrgico urgente (20,24,30).

Este cuadro de hemorragia obstétrica tiene mayor relevancia y peso en casos de mujeres que cursan el embarazo con anemia, la cual se destaca como una comorbilidad altamente prevalente en diversos contextos de América Latina. En estos casos, la pérdida aguda de sangre durante el parto o el puerperio puede tener consecuencias más severas, debido a la disminución de las reservas de hierro y a una menor capacidad de respuesta compensatoria a nivel cardiovascular. Como resultado, la anemia posparto no solo retrasa la recuperación materna, sino que también puede afectar la capacidad de la madre para el cuidado del recién nacido y dificultar el establecimiento adecuado de la lactancia materna, con posibles repercusiones en la salud y el desarrollo del lactante (19,30).

Impacto Psicológico y Emocional

El parto prematuro suele estar acompañado de una carga emocional significativa tanto para la madre como para su entorno familiar. La separación temprana del recién nacido, la necesidad de ingreso en unidades de cuidados intensivos

neonatales, la incertidumbre en torno al pronóstico y la percepción de pérdida de control sobre el proceso gestacional constituyen factores que favorecen la aparición de elevados niveles de estrés, ansiedad y sintomatología depresiva (8,9,31).

Fortaleciendo este concepto, la evidencia ha demostrado que las madres de recién nacidos prematuros generalmente presentan una mayor prevalencia de complicaciones asociadas a salud mental, como es el caso de la depresión posparto y de presencia de sintomatología compatible con cuadros de estrés postraumático al realizar el análisis comparativo con aquellas madres cuyos hijos nacen a término. Estas manifestaciones varían en intensidad y severidad, las cuales se encuentran influenciadas de forma directa por situaciones propias del embarazo como es el caso de la gravedad del estado neonatal, la duración de la hospitalización y el acceso a servicios de redes de apoyo social y psicológico. En consecuencia, el abordaje del parto prematuro debe contemplar una perspectiva integral que incorpore intervenciones de apoyo psicosocial dirigidas tanto a la madre como a su núcleo familiar (8,31,32).

1.4.2 Complicaciones Neonatales

Las complicaciones neonatales representan la manifestación más evidente de la carga clínica asociada al parto prematuro. A nivel global, las consecuencias derivadas de la prematurez constituyen la principal causa de mortalidad en el periodo neonatal y una de las principales fuentes de discapacidad durante la infancia. Este panorama se explica por la inmadurez estructural y funcional de los diferentes órganos y sistemas, lo que condiciona una mayor vulnerabilidad del recién nacido prematuro frente a múltiples complicaciones, tanto en la fase aguda como a largo plazo. Asimismo, la frecuencia y severidad de estas alteraciones guardan una relación estrecha con la edad gestacional al nacimiento y el peso neonatal, factores determinantes en el pronóstico clínico (1,3,8,11).

Síndrome de Distrés Respiratorio

El síndrome de distrés respiratorio del recién nacido prematuro constituye una de las complicaciones agudas más relevantes en este grupo poblacional, particularmente en aquellos con edades gestacionales inferiores a las 32 semanas. Su proceso

fisiopatológico asociado tiene como principal característica la deficiencia de surfactante pulmonar y la inmadurez de la arquitectura alveolar, lo que trae como resultado una disminución importante en la distensibilidad pulmonar y un deterioro en el intercambio gaseoso. Desde el punto de vista clínico, se manifiesta por un cuadro de dificultad respiratoria progresiva caracterizado por taquipnea, quejido espiratorio, retracciones costales y aleteo nasal. En la mayoría de los casos, el manejo requiere soporte ventilatorio y, con frecuencia, la administración de surfactante exógeno (3,11,13,33).

Por otro lado, la apnea de la prematurez se asocia con la inmadurez funcional de los centros respiratorios ubicados en el tronco encefálico. Esta condición se define como un estado de interrupción de la respiración con una duración superior a 20 segundos. Esta complicación tiene mayor frecuencia en casos de neonatos de muy bajo peso y con una edad gestacional sumamente baja, teniendo su manejo de alta complejidad, el cual incluye monitorización continua, estimulación táctil y, en determinados casos, la utilización de soporte ventilatorio no invasivo o el tratamiento farmacológico con metilxantinas (11,13,33).

Alteraciones Neurológicas

La hemorragia intraventricular constituye una de las principales complicaciones neurológicas en el recién nacido prematuro, particularmente en aquellos con edades gestacionales inferiores a las 32 semanas o con muy bajo peso al nacer. Su origen se localiza en la matriz germinal, una zona adyacente a los ventrículos cerebrales caracterizada por una intensa vascularización y una marcada fragilidad estructural, lo que la hace especialmente vulnerable a las fluctuaciones hemodinámicas y a los episodios de hipoxia. En los casos más severos, las hemorragias de alto grado pueden progresar hacia hidrocefalia poshemorrágica y ocasionar daño cerebral permanente (11,13,34).

En el seguimiento a largo plazo, los recién nacidos prematuros que han presentado lesiones cerebrales significativas, así como aquellos expuestos a eventos repetidos de hipoxia, sepsis o desnutrición, muestran un mayor riesgo de desarrollar secuelas neurológicas. Entre estas se incluyen la parálisis cerebral infantil, trastornos motores finos, alteraciones cognitivas, dificultades en el aprendizaje y trastornos

conductuales. En conjunto, el desarrollo de estas condiciones representan una proporción considerable de la carga global de discapacidad atribuible a los partos prematuros(3,8,34).

Complicaciones Gastrointestinales

La enterocolitis necrotizante constituye una patología inflamatoria intestinal de elevada gravedad que afecta predominantemente a los recién nacidos prematuros, especialmente a aquellos con muy bajo peso al nacer. Su desarrollo se da debido a una etiología donde múltiples factores se encuentran asociados, en la que intervienen la inmadurez de la mucosa intestinal, una colonización bacteriana inminente y alteraciones en la flora de la misma, el desarrollo de inestabilidad hemodinámica y prácticas de alimentación no adecuadamente progresivas. Dentro de su cuadro clínico, se destaca por la presencia de una distensión abdominal sostenida, una notable intolerancia a la alimentación y en algunos casos, por la presencia de sangrado digestivo y signos compatibles con un estado inflamatorio severo o sepsis, el cual puede llegar a evolucionar hacia complicaciones severas como la perforación intestinal y la peritonitis (11,13,33).

De la misma manera se deben destacar otras complicaciones gastrointestinales a largo plazo, dentro de las cuales se destacan la formación de estenosis intestinales, el desarrollo de síndrome de intestino corto y alteraciones a nivel de la absorción de nutrientes. Todas condiciones previamente mencionadas tienen un impacto de forma directa en el crecimiento y estado nutricional del lactante, lo cual favorecerá a la aparición de otras alteraciones a nivel antropométrico y nutricional como es el caso de la talla baja y la desnutrición crónica. En este sentido, la prevención del desarrollo de estas complicaciones gastrointestinales tiene su base en la implementación y desarrollo de estrategias como la promoción de la lactancia materna, la introducción progresiva y controlada de la alimentación enteral, así como el uso racional de fórmulas. (13,33,34).

Sepsis Neonatal

La sepsis neonatal, tanto en su forma de inicio temprano como tardío, representa una complicación frecuente y de elevada gravedad en los recién nacidos prematuros. Esta mayor susceptibilidad se explica por la inmadurez del sistema inmunológico, así como por la necesidad de intervenciones invasivas propias del manejo neonatal, entre ellas la colocación de catéteres intravasculares y el uso de ventilación mecánica. En este contexto, la sepsis se asocia con un incremento significativo en la mortalidad y con un mayor riesgo de secuelas neurológicas y del desarrollo, especialmente en entornos donde los recursos asistenciales son limitados (11,13,34).

Por otra parte, debe destacarse la importancia que tiene en el marco del desarrollo de sepsis neonatal la enfermedad pulmonar crónica del prematuro, o también llamada displasia broncopulmonar, la cual no solo guarda una estrecha relación con el desarrollo de infecciones, sino que también trae consigo numerosas secuelas respiratorias a largo plazo. Esta condición se desarrolla predominantemente en recién nacidos extremadamente prematuros que han requerido soporte ventilatorio prolongado y consecuentemente una exposición a concentraciones elevadas de oxígeno. Esta condición guarda una importante asociación con el incremento en el riesgo de desarrollo de infecciones respiratorias recurrentes, incremento en la frecuencia de hospitalizaciones y alteraciones en la función pulmonar durante la infancia (3,11,33,34).

1.5 Datos Epidemiológicos de Parto Prematuro y Complicaciones

Las estimaciones epidemiológicas más recientes indican que, para el año 2020, se registraron aproximadamente 13,4 millones de nacimientos prematuros a nivel mundial, lo que equivale a cerca del 10 % del total de nacimientos. En adición a estos datos, se ha podido comprobar que la tasa global de parto prematuro se ha mantenido estable en la última década, indistintamente de los esfuerzos realizados a nivel mundial en temas de prevención y promoción de embarazos saludables, lo cual permite todavía catalogarla como una condición preocupante en temas de salud pública. (1,8,9).

En términos de morbilidad y mortalidad neonatal y sus reportes epidemiológicos, debe destacarse que las complicaciones derivadas de los partos prematuros

constituyen las primeras causas de mortalidad neonatal y se encuentran entre las primeras causas de muerte en niños menores de cinco años, donde incluso han superado en temas de prevalencia y reporte a numerosas enfermedades infecciosas consideradas típicas. La distribución de esta carga no es homogénea a nivel global: la mayor proporción absoluta de partos prematuros se concentra en países de ingresos bajos y medianos, particularmente en regiones de África y Asia. No obstante, es relevante destacar que algunos países de altos ingresos también presentan tasas elevadas, lo que pone de manifiesto la influencia de factores como la edad materna avanzada, el uso de técnicas de reproducción asistida y el incremento de los embarazos múltiples (5,8,9,10).

En el contexto de la epidemiología a nivel de América Latina y el Caribe, la prevalencia de parto prematuro se sitúa en valores similares o ligeramente superiores al promedio mundial, donde existen estimaciones que la colocan alrededor del 9–10 % de los nacimientos. Esto principalmente debido a que la región se caracteriza por un proceso de transición epidemiológica en el que coexisten problemas clásicos de salud materna, como la hemorragia y las infecciones, con un aumento progresivo de enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas la obesidad, la hipertensión arterial y la diabetes gestacional. A estas condiciones se le agrega que existe de forma heterogénea, persistentes desigualdades sociales que condicionan tanto el acceso como la calidad de la atención prenatal y perinatal, influyendo de manera directa en los desenlaces obstétricos (17,19,26,28).

En el caso de la data a nivel local, el desarrollo de partos prematuros son reconocidos como un problema prioritario de salud perinatal. Diversas fuentes nacionales e internacionales estiman que la proporción de partos prematuros se sitúa entre el 6 % y el 10 % de los nacimientos, con una tendencia al incremento en los últimos años. Estudios que han analizado series históricas reportan un aumento de la proporción de nacimientos pretérmino desde alrededor del 5 % a inicios de la década de 2010 hasta cifras cercanas o superiores al 8 % en años recientes, lo cual puede obedecer tanto a cambios reales como a mejoras en el registro y la notificación (18,27,35).

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.1. MÉTODOS

Se realiza una investigación de tipo retrospectiva con un análisis de carácter observacional y descriptivo de los datos obtenidos. Para el desarrollo del presente estudio, se tomó como fuente de información la base de datos provista por parte del área de estadística del Hospital General Liborio Panchana Sotomayor de la ciudad de Santa Elena, en la cual se encontraban descritos los números de historias clínicas de todas aquellas gestantes que fueron atendidos dentro del periodo de tiempo establecido bajo el diagnóstico final de Parto Prematuro, así como las evoluciones de los nacidos vivos de dichos partos. Se procede a revisar dicha base de datos para posteriormente tabular los datos preestablecidos de acuerdo con los objetivos planteados, para su posterior análisis estadístico.

3.2. TIPO DEL ESTUDIO

Consiste en un trabajo de investigación de corte transversal, retrospectivo, con análisis de tipo observacional y descriptivo, correlacional de los datos.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

La técnica de recolección de información consistió en la revisión de forma inicial de todas las historias clínicas provistas por el nosocomio, de todas las gestantes que hayan sido atendidas bajo el diagnóstico final de parto prematuro, al igual que los productos obtenidos del mismo, dentro del periodo de tiempo establecido. A partir de esta revisión documental se recopila la información detallada en las variables de investigación, con el objetivo de tabularse y consolidarse en el programa Microsoft Excel para su posterior análisis estadístico.

En lo correspondiente al análisis de la información recabada se empleará por medio de la utilización del programa informático IBM SPSS Statistics Versión 22. En el caso de tratarse de variables cuantitativas, se realizó análisis de distribución como

media, mediana y moda. Y, en el caso de las variables de tipo cualitativas, se realizarán en todas las variables, se llevo a cabo un análisis de frecuencia por medio de porcentajes y, en el caso de necesitarse una determinación de correlación entre algunas de las variables, se realizará Test de Chi Cuadrado o Correlación de Pearson.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población

La población en estudio estuvo conformada por todas las gestantes que fueron atendidas bajo el Diagnostico Final de Parto Prematuro durante el periodo determinado de estudio en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor de la ciudad de Santa Elena.

Muestra

Obtenida de forma no probabilística, se obtuvo a través del filtrado de la población inicial con los criterios de inclusión y exclusión. La muestra estuvo conformada por 137 pacientes posterior a la aplicación de los mismos.

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.5.1. Criterios de Inclusión:

- Gestantes que hayan tenido parto prematuro espontáneo o inducido (<37 semanas de edad gestacional).
- Recién nacidos vivos producto de dichas gestaciones.
- Disponibilidad completa de la información clínica necesaria en la historia materna y neonatal.
- Parto atendido en el establecimiento seleccionado durante el período del estudio.

3.5.2. Criterios de Exclusión:

- Gestantes con embarazos múltiples (gemelares, trillizos, etc.), por su asociación independiente con parto prematuro y desenlaces neonatales particulares.
- Historias clínicas incompletas o con datos relevantes ausentes, especialmente sobre comorbilidades maternas o desenlaces neonatales.
- Recién nacidos con malformaciones congénitas mayores, que puedan interferir con los desenlaces analizados (peso, APGAR, mortalidad, etc.).
- Partos atendidos fuera del establecimiento, aunque el recién nacido haya sido referido posteriormente.

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Indicador	Resultado de la medición	Tipo de variable	Instrumento
Parto prematuro	Parto desarrollado previo a las 37 semanas de gestación	Sí / No	Cualitativa Nominal Dicotómica	Historia clínica
Comorbilidad Materna	Enfermedades concomitantes que mantengan relación temporal con embarazo	Pre eclampsia, Diabetes gestacional, Hipertensión arterial, Infección urinaria, RPM, etc.	Cualitativa nominal Politómica	Historia clínica
Edad gestacional al momento del parto	Tipo de nacimiento prematuro de acuerdo con semanas de gestación	<28 s (extremo), 28–32 s (muy prematuro), 33–36 s (moderado/tardío)	Cualitativa nominal politómica	Historia clínica/ ecografía obstétrica

Peso al nacer	Peso registrado en gramos	<1500 g, 1500–2499 g, ≥2500 g	Cualitativa nominal politómica	Hoja de RN / Historia clínica
APGAR al minuto 1 y 5	Puntaje asignado por el personal de salud	0 a 10	Cuantitativa discreta	Hoja de RN / Historia clínica
Mortalidad neonatal	Registro de defunción	Vivo / Fallecido	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica
Sexo del recién nacido	Sexo biológico	Masculino / Femenino	Cualitativa nominal Dicotómica	Historia clínica
Edad materna	Edad al momento del parto	En años	Cuantitativa continua	Historia clínica / Documento de identidad
Tipo de parto	Modo de finalización del embarazo	Cesárea / Parto vaginal	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica

3.7. REPRESENTACIÓN ESTADÍSTICA DE RESULTADOS

Se lleva a cabo el análisis de los datos recogidos correspondientes a la muestra en estudio. Se lleva a cabo el análisis de las comorbilidades reportadas, donde se

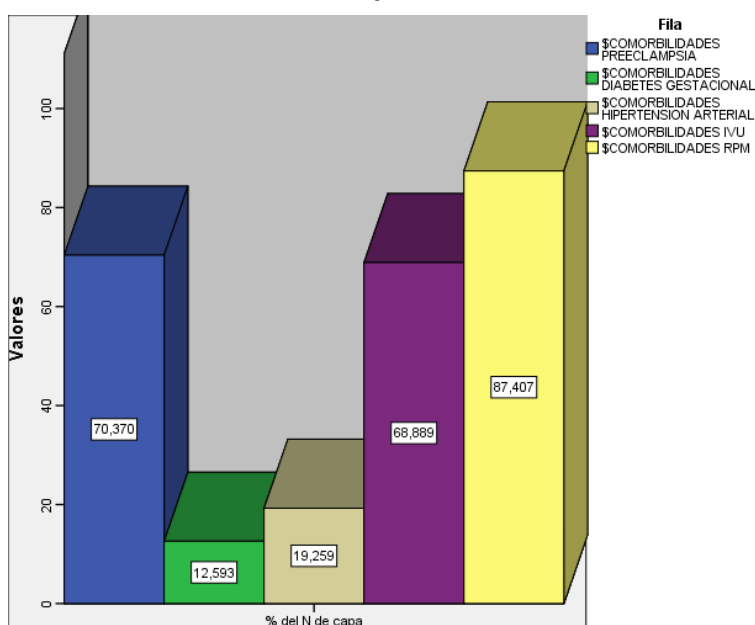
observa que la preeclampsia fue reportada en el 70.4% de los casos (n=95), la diabetes gestacional en el 12.6% (n=17), la hipertensión arterial en el 19.3% (n=26), las infecciones de vías urinarias en el 68.9% (n=95) y la ruptura prematura de membranas en el 87.4% (n=118). Cabe recalcar que en múltiples casos, un solo paciente reporto varias comorbilidades. (Ver Tabla 1)

Tabla 1. Comorbilidades Reportadas en Muestra en Estudio

		Recuento	% del N de capa
COMORBILIDADES	PREECLAMPSIA	95	70.4%
	DIABETES GESTACIONAL	17	12.6%
	HIPERTENSION ARTERIAL	26	19.3%
	IVU	93	68.9%
	RPM	118	87.4%

Fuente: Base de Datos del Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Torre – Zapata. 2026

Gráfico 1. Comorbilidades reportadas en Muestra en Estudio



Fuente: Base de Datos del Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Torre – Zapata. 2026

En el análisis de la frecuencia de casos según la edad gestacional al momento del parto, se observa que el 11.7% de los casos correspondieron a nacimientos previo a las 28 semanas de gestación (n=16), el 48.9% a nacimientos entre las 28 y 32

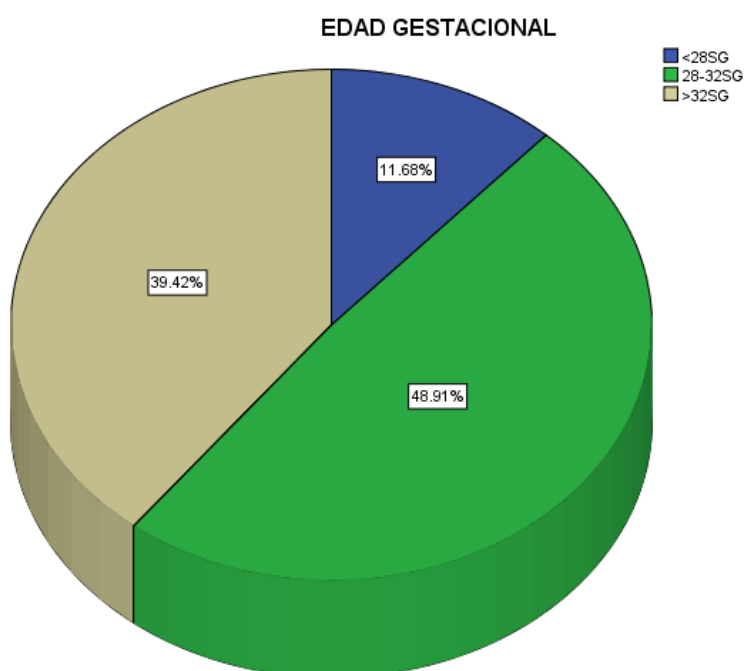
semanas (n=67) y el 39.4% restante a nacimientos posterior a las 32 semanas de gestación (n=54). (Ver Tabla 2)

Tabla 2. Prevalencia de casos de acuerdo con la edad gestacional

EDAD GESTACIONAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<28SG	16	11.7	11.7	11.7
	28-32SG	67	48.9	48.9	60.6
	>32SG	54	39.4	39.4	100.0
	Total	137	100.0	100.0	

Fuente: Base de Datos del Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Torre – Zapata. 2026

Gráfico 2. Distribución de casos según la edad gestacional



Fuente: Base de Datos del Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Torre – Zapata. 2026

En el análisis del peso al nacer, se observa que el 5.8% de los casos correspondieron a nacimientos con un peso inferior a 1500 gramos (n=8), el 63.5% a

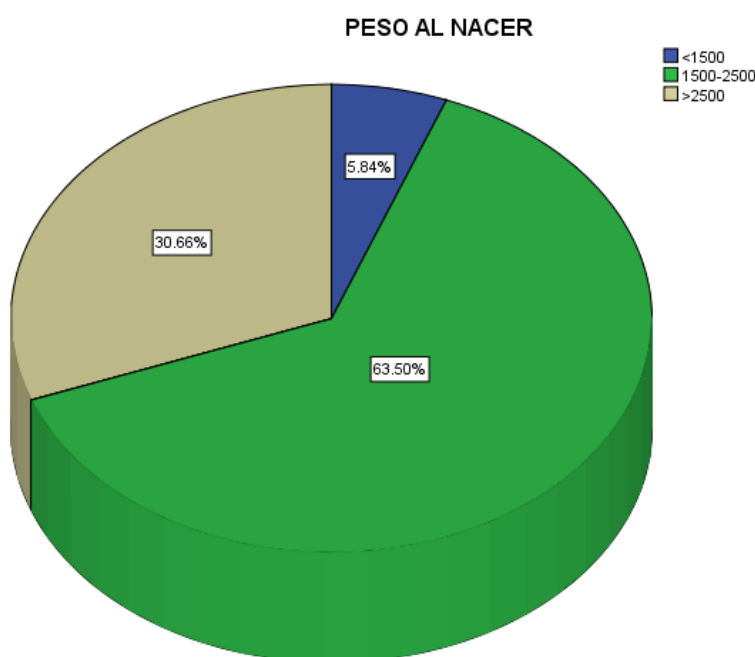
nacimientos con peso entre 1500 a 2500 gramos (n=87) y el 30.7% a nacimientos cuyo peso fue superior a los 2500 gramos (n=42). (Ver Tabla 3)

Tabla 3. Prevalencia de casos de acuerdo con el peso al nacimiento

PESO AL NACER					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<1500	8	5.8	5.8	5.8
	1500-2500	87	63.5	63.5	69.3
	>2500	42	30.7	30.7	100.0
	Total	137	100.0	100.0	

Fuente: Base de Datos del Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Torre – Zapata. 2026

Gráfico 3. Distribución de casos de acuerdo con el peso al nacimiento



Fuente: Base de Datos del Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Torre – Zapata. 2026

De la misma forma, se lleva a cabo el análisis de los casos de acuerdo con el estado al nacimiento, donde se observa que el 13.9% de los casos correspondieron

a fallecidos (n=19), mientras que el 86.1% restante de casos correspondieron a nacidos vivos (n=118). (Ver Tabla 4)

Tabla 4. Prevalencia de casos de acuerdo con el estado al nacimiento

		ESTADO AL NACIMIENTO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUERTO	19	13.9	13.9	13.9
	VIVO	118	86.1	86.1	100.0
	Total	137	100.0	100.0	

Fuente: Base de Datos del Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Torre – Zapata. 2026

Gráfico 4. Distribución de casos de acuerdo con el estado al nacimiento



Fuente: Base de Datos del Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Torre – Zapata. 2026

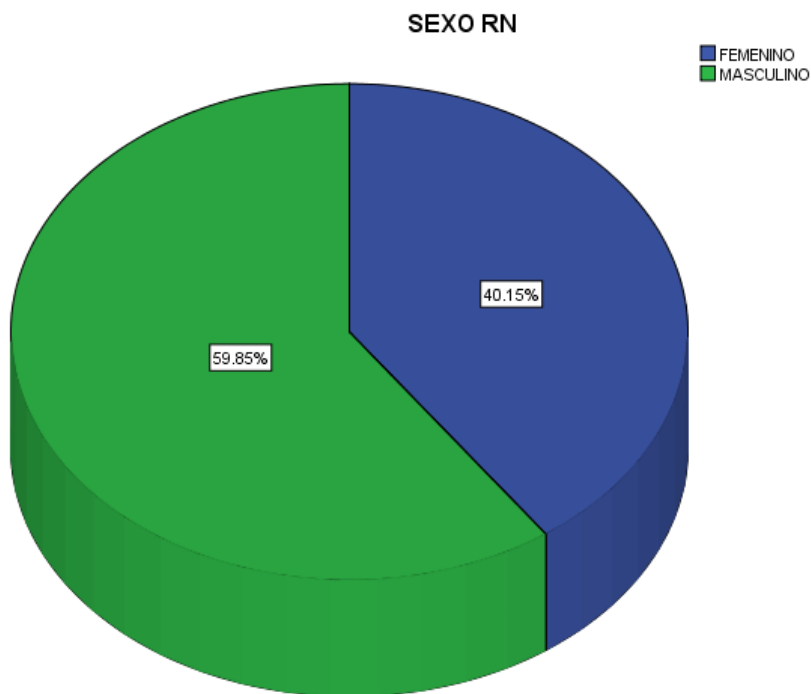
Dentro del análisis de las características demográficas, se observa que el 40.1% de los casos correspondieron a neonatos de sexo femenino (n=55), mientras que el 59.9% restante correspondieron a neonatos de sexo masculino (n=82). (Ver Tabla 5)

Tabla 5. Prevalencia de casos de acuerdo con el sexo del neonato

		SEXO RN			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	55	40.1	40.1	40.1
	MASCULINO	82	59.9	59.9	100.0
	Total	137	100.0	100.0	

Fuente: Base de Datos del Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Torre – Zapata. 2026

Gráfico 5. Distribución de casos según el sexo del neonato



Fuente: Base de Datos del Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Torre – Zapata. 2026

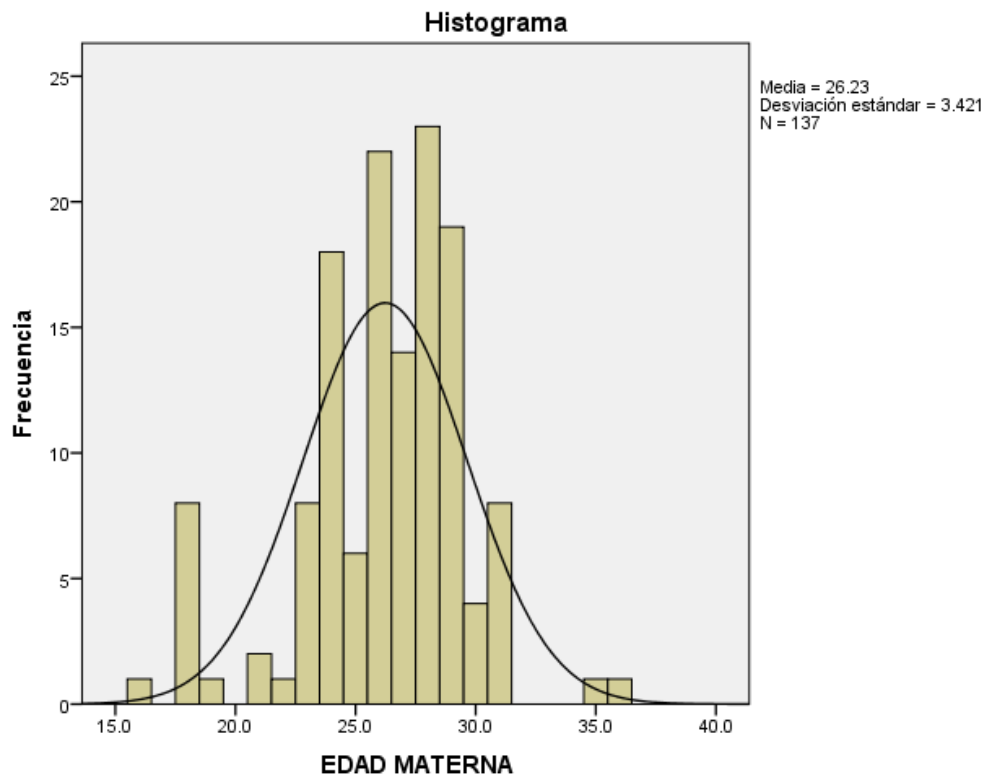
En la misma línea de análisis de características demográficas, se analiza la distribución de casos de acuerdo con la edad materna, observándose una media de 26 años con una desviación estándar de 3.42 años, manteniendo un rango de edad de mayor prevalencia de entre 23 a 29 años. (Ver Tabla 6)

Tabla 6. Medidas de resumen para la edad materna

Estadísticos		
EDAD MATERNA		
N	Válido	137
	Perdidos	0
Media		26.226
Mediana		27.000
Moda		28.0
Desviación estándar		3.4214

Fuente: Base de Datos del Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Torre – Zapata. 2026

Gráfico 6. Distribución de casos para la edad materna



Fuente: Base de Datos del Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Torre – Zapata. 2026

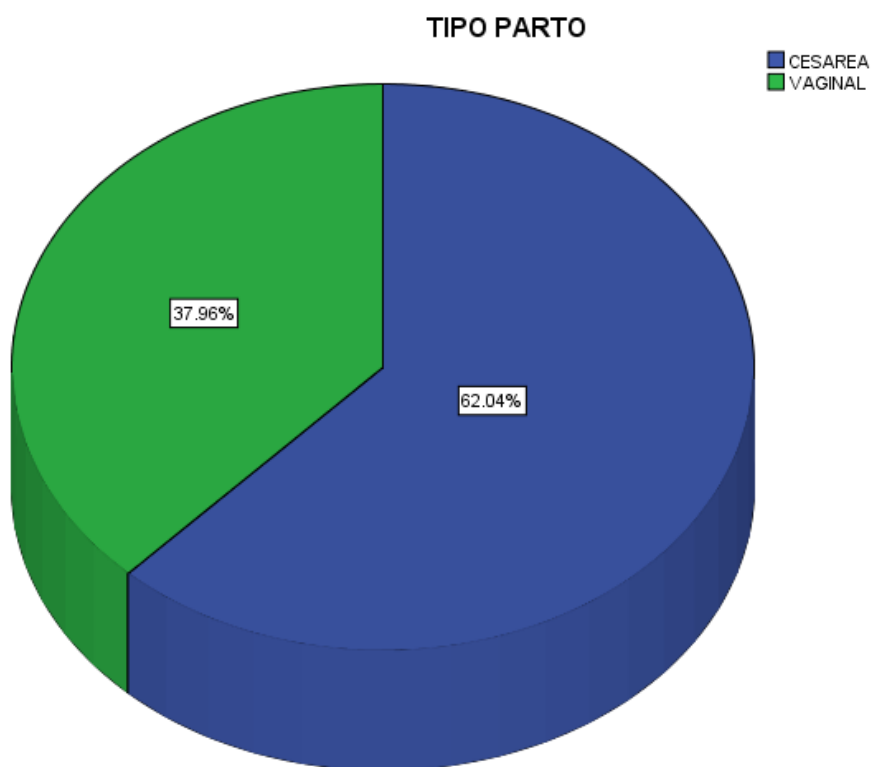
De la misma forma, se lleva a cabo el análisis de los casos de acuerdo con el tipo de parto, observándose que el 62% de los casos correspondieron a partos por cesárea (n=85), mientras que el 38% restante correspondieron a nacimientos por vía vaginal (n=52). (Ver Tabla 7)

Tabla 7. Prevalencia de casos de acuerdo con el tipo de parto

		TIPO PARTO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CESAREA	85	62.0	62.0	62.0
	VAGINAL	52	38.0	38.0	100.0
	Total	137	100.0	100.0	

Fuente: Base de Datos del Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Torre – Zapata. 2026

Gráfico 7. Distribución de casos según el tipo de parto



Fuente: Base de Datos del Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Torre – Zapata. 2026

Finalmente, se lleva a cabo el análisis correlacional entre las comorbilidades mayormente reportadas y el desenlace neonatal, siendo estas preeclampsia y ruptura prematura de membranas. En el caso de preeclampsia, se observa que del total de casos fallecidos, el 100% tuvieron esta comorbilidad reportada (n=19), encontrándose una correlación significativa ($p < 0,05$) y, en el caso de ruptura prematura de membranas, se observa igual que el 100% de los casos fallecidos tuvieron esta comorbilidad (n=19) y una correlación significativa ($p < 0,05$). (Ver Tablas 8 y 9)

Tabla 8. Análisis correlacional entre preeclampsia y estado al nacer

PREECLAMPSIA*ESTADO AL NACIMIENTO tabulación cruzada

			ESTADO AL NACIMIENTO		Total
			MUERTO	VIVO	
PREECLAMPSIA	SI	Recuento	19	76	95
		% dentro de ESTADO AL NACIMIENTO	100.0%	64.4%	69.3%
	NO	Recuento	0	42	42
		% dentro de ESTADO AL NACIMIENTO	0.0%	35.6%	30.7%
Total		Recuento	19	118	137
		% dentro de ESTADO AL NACIMIENTO	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	9.753 ^a	1	.002		
Corrección de continuidad ^b	8.150	1	.004		
Razón de verosimilitud	15.228	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.001	.001
N de casos válidos	137				

Fuente: Base de Datos del Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Torre – Zapata. 2026

Tabla 9. Análisis correlacional entre ruptura prematura de membranas y estado al nacer

RPM*ESTADO AL NACIMIENTO tabulación cruzada

			ESTADO AL NACIMIENTO		Total
			MUERTO	VIVO	
RPM	SI	Recuento	19	99	118
		% dentro de ESTADO AL NACIMIENTO	100.0%	83.9%	86.1%
	NO	Recuento	0	19	19
		% dentro de ESTADO AL NACIMIENTO	0.0%	16.1%	13.9%
Total		Recuento	19	118	137
		% dentro de ESTADO AL NACIMIENTO	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	3.552 ^a	1	.059		
Corrección de continuidad ^b	2.332	1	.127		
Razón de verosimilitud	6.145	1	.013		
Prueba exacta de Fisher				.074	.047
N de casos válidos	137				

Fuente: Base de Datos del Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Torre – Zapata. 2026

CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

Finalizando el presente trabajo investigativo y, posterior a la realización de todo el análisis estadístico planteado, se obtienen las siguientes conclusiones:

- La preeclampsia, las infecciones de vías urinarias y la ruptura prematura de membranas son las comorbilidades que con mayor frecuencia se presentan en casos de parto prematuro, indistintamente de su desenlace.
- La edad gestacional entre 28 a 32 semanas y el peso al nacer entre 1500 a 2500 gramos corresponden a las principales características neonatales observadas en los casos de parto prematuro.
- La mortalidad asociada a estos casos es de importante consideración, afectando un porcentaje considerable de casos. La ruptura prematura de membranas y la preeclampsia tienen una correlación directa con el desarrollo de muerte.

4.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda continuar con esta línea investigativa y evaluar otros factores como las causas de muerte y el cuadro clínico de los neonatos nacidos en partos prematuros.
- Se recomienda protocolizar una atención integral en casos de parto prematuro con mayor enfoque en cuadros donde existan comorbilidades maternas como preeclampsia y ruptura prematura de membranas, por su alto riesgo de mortalidad asociada.

Referencias

1. World Health Organization. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Geneva: WHO; 2012.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 227: Preterm Labor and Birth. *Obstet Gynecol.* 2021;137(1):e80–e97.
3. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller AB, et al. Born too soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod Health.* 2023;10(Suppl 1):S2.
4. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet.* 2018;371(9606):75–84.
5. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15. *Lancet.* 2016;388(10063):3027–35.
6. Romero R, Dey SK, Fisher SJ. Preterm labor: One syndrome, many causes. *Science.* 2024;345(6198):760–5.
7. Villar J, Papageorgiou AT, Knight HE, Gravett MG, Iams J, Waller SA, et al. The preterm birth syndrome: A prototype phenotypic classification. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;206(2):119–23.
8. 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. *Lancet Glob Health.* 2019;7(1):e37–46.
9. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels & Trends in Child Mortality. New York: UNICEF; 2023.
10. Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, Rubens CE, Stanton C. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): Definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;10(Suppl 1):S1.
11. Cloherty JP, Eichenwald EC, Hansen AR, Stark AR. *Manual de Neonatología.* 7ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2014.
12. Iams JD, Romero R, Culhane JF, Goldenberg RL. Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. *Lancet.* 2019;371(9607):164–75.
13. Gomella TL, Cunningham MD, Eyal FG, Zenk KE. *Neonatology: Management,*

Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2013.

14. WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016.
15. March of Dimes. The Global and Regional Toll of Preterm Birth. White Plains, NY: March of Dimes; 2023.
16. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America. *Am J Obstet Gynecol.* 2021;192(2):342–9.
17. Barros FC, Bhutta ZA, Batra M, Hansen TN, Victora CG, Rubens CE, et al. Global report on preterm birth and stillbirth (3 of 7): Evidence for effectiveness of interventions. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;10(Suppl 1):S3.
18. Organización Panamericana de la Salud. Salud perinatal en América Latina y el Caribe: análisis de la situación y desafíos. Washington, DC: OPS; 2017.
19. Victora CG, Barros FC, Franca GV, da Silva IC, Carvajal-Velez L, Amouzou A. The contribution of poor and rural populations to national trends in reproductive, maternal, newborn, and child health coverage. *Health Policy Plan.* 2021;32(9):1236–44.
20. Brown MA, Magee LA, Kenny LC, Karumanchi SA, McCarthy FP, Saito S, et al. Hypertensive Disorders of Pregnancy: ISSHP Classification, Diagnosis, and Management Recommendations. *Hypertension.* 2018;72(1):24–43.
21. Berghella V. Progesterone and preterm birth prevention: Translating clinical trials data into clinical practice. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;206(5):376–86.
22. Goldenberg RL, Hauth JC, Andrews WW. Intrauterine infection and preterm delivery. *N Engl J Med.* 2000;342(20):1500–7.
23. Leitich H, Bodner-Adler B, Brunbauer M, Kaider A, Egarter C, Husslein P. Bacterial vaginosis as a risk factor for preterm delivery: A meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2023;189(1):139–47.
24. Hofmeyr GJ, Manyame S, Medley N, Williams MJ. Calcium supplementation commencing before or early in pregnancy, for preventing hypertensive disorders of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;9:CD011192.
25. Bekkar B, Pacheco S, Basu R, DeNicola N. Association of Air Pollution and

- Heat Exposure With Preterm Birth, Low Birth Weight, and Stillbirth in the US. *JAMA Netw Open*. 2020;3(6):e208243.
26. UNICEF, OPS. Bajo peso al nacer en América Latina y el Caribe: situación, tendencias y desafíos. Panamá: UNICEF/OPS; 2020.
 27. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Indicadores Básicos de Salud, Ecuador. Quito: MSP; 2022.
 28. Caughey AB, Robinson JN, Norwitz ER. Contemporary diagnosis and management of preterm premature rupture of membranes. *Rev Obstet Gynecol*. 2008;1(1):11–22.
 29. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: Global and regional estimates. *BMJ Glob Health*. 2021;6(6):e005671.
 30. Milman N. Anemia - still a major health problem in many parts of the world! *Ann Hematol*. 2011;90(4):369–77.
 31. Holditch-Davis D, Miles MS. Mothers' stories about their experiences in the neonatal intensive care unit. *Neonatal Netw*. 2000;19(3):13–21.
 32. Shaw RJ, Bernard RS, Storfer-Isser A, Rhine W, Horwitz SM. Parental coping in the neonatal intensive care unit. *J Clin Psychol Med Settings*. 2013;20(2):135–42.
 33. Stoll BJ, Hansen NI, Bell EF, Walsh MC, Carlo WA, Shankaran S, et al. Neonatal outcomes of extremely preterm infants from the NICHD Neonatal Research Network. *Pediatrics*. 2010;126(3):443–56.
 34. Saigal S, Doyle LW. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *Lancet*. 2008;371(9608):261–9.
 35. Coronel F, Peralta M, Sánchez M. Factores maternos asociados a parto pretérmino en un hospital de referencia del Ecuador. *Rev Fac Cienc Méd*. 2018;43(2):45–53.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Zapata Fajardo María Valentina**, con C.C: #**1207826940** y **Torres Flores Pamela Alejandra**, con C.C: #**0927321497** autores del trabajo de titulación: **Factores maternos predisponentes al parto prematuro: comorbilidades y desenlaces neonatales en pacientes atendidos en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor de la ciudad de Santa Elena desde Enero a Diciembre del 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, **30 de abril de 2026**

f. _____
TORRES FLORES PAMELA ALEJANDRA
C.C:**0927321497**

f. _____
ZAPATA FAJARDO MARIA VALENTINA
C.C:**1207826940**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Factores maternos predisponentes al parto prematuro: comorbilidades y desenlaces neonatales en pacientes atendidos en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor de la ciudad de Santa Elena desde Enero a Diciembre del 2024		
AUTOR(ES)	Zapata Fajardo María Valentina Torres Flores Pamela Alejandra		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Mawyin Muñoz Carlos Enrique		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	30 de abril del 2026	No. DE PÁGINAS:	35
ÁREAS TEMÁTICAS:	Complicaciones del embarazo, epidemiología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Parto prematuro, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, mortalidad neonatal, infección de vías urinarias, bajo peso al nacer.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>El parto prematuro constituye una de las principales causas de morbilidad neonatal a nivel mundial y representa un importante problema de salud pública. El presente estudio tuvo como objetivo determinar las comorbilidades maternas más frecuentes asociadas al parto prematuro y analizar su relación con los desenlaces neonatales en pacientes atendidas en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor de la provincia de Santa Elena. Se desarrolló una investigación retrospectiva, transversal, observacional y descriptiva, basada en la revisión de 137 historias clínicas de gestantes con diagnóstico de parto prematuro y sus recién nacidos. Entre las principales comorbilidades maternas identificadas destacaron la ruptura prematura de membranas (87,4%), la preeclampsia (70,4%) y las infecciones de vías urinarias (68,9%). En relación con la edad gestacional, el 48,9% de los nacimientos ocurrió entre las 28 y 32 semanas. Además, el 63,5% de los recién nacidos presentó un peso entre 1500 y 2500 gramos, mientras que la mortalidad neonatal alcanzó el 13,9%. La cesárea fue el tipo de parto más frecuente, representando el 62% de los casos. Finalmente, se evidenció una correlación estadísticamente significativa entre la preeclampsia, la ruptura prematura de membranas y la mortalidad neonatal. Estos hallazgos resaltan la importancia de la detección temprana y el manejo oportuno de las comorbilidades maternas para disminuir las complicaciones neonatales asociadas al parto prematuro.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593988706275 +593985577857	E-mail: pamatorres1298@outlook.com mavalen.zf@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ayon Genkuong, Andres Mauricio		
	Teléfono: +593-997572784		
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			