



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICIA

TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A AMENAZA DE PARTO
PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO OBSTÉTRICO DEL
HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, MAYO - SEPTIEMBRE 2025

ALUMNOS:

SUAREZ TAYAN TABATA JACQUELINE

VALDIVIEZO GALEAS EVELYN MISHHELL

TUTOR:

MARTINEZ ALVAREZ MARLON EDUARDO

PERÍODO ACADÉMICO:

ABRIL - SEPTIEMBRE

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso, por guiarnos, protegernos y fortalecernos en los momentos más difíciles, siendo luz y esperanza en el trayecto de esta carrera.

A nuestros padres, por su amor incondicional, sus sacrificios silenciosos y su constante apoyo moral, emocional y económico. Sin ellos, este logro no hubiera sido posible.

A nuestras familias, quienes han sido la base sólida de nuestro crecimiento personal y profesional, motivándonos a seguir adelante con fe y valentía.

A nuestros docentes y en especial a nuestro tutor, quien con paciencia, sabiduría y compromiso nos orientó en el desarrollo de esta investigación.

Con cariño y profunda gratitud,

Suarez Tayan Tabata Jacqueline

Valdiviezo Galeas Evelyn Mishell

AGRADECIMIENTO

Agradecemos profundamente a la Universidad Técnica de Babahoyo, por brindarnos una educación de calidad, que nos ha permitido formarnos como profesionales competentes y comprometidas con la sociedad.

A la Facultad de Ciencias de la Salud y a la Carrera de Obstetricia, por ser el espacio académico donde construimos los conocimientos, habilidades y valores que hoy aplicamos en el campo de la salud materna.

Expresamos nuestro especial agradecimiento al tutor Marlon Eduardo Martínez Álvarez, por su disposición, guía técnica y acompañamiento en cada etapa de este proyecto, así como por sus consejos que han enriquecido nuestra formación.

Agradecemos también al Hospital Sagrado Corazón de Jesús, por abrirnos las puertas de su institución, facilitando el acceso a la información y permitiéndonos llevar a cabo esta investigación en un contexto real y pertinente.

A todas las gestantes que, con su participación, hicieron posible este estudio. Este trabajo también es de ustedes.

Suarez Tayan Tabata Jacqueline

Valdiviezo Galeas Evelyn Mishell

Contenido	
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I:	10
1.1 Contextualización de la Situación Problemática	10
1.1.1 Contexto Internacional	10
1.1.2 Contexto Nacional.....	10
1.1.3 Contexto Local	10
1.2 Planteamiento del Problema	11
1.2.1 General	11
1.2.2 Específicos.....	11
1.3 Justificación	12
1.4 Objetivos de la investigación	13
1.4.1 Objetivo General	13
1.4.2 Objetivos Específicos	13
1.5 Hipótesis	13
1.5.1 Hipótesis General.....	13
1.5.2 Hipótesis Específicas	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	15
2.1 Antecedentes Investigativos	15
2.2 Bases Teóricas	16
2.2.1 Definición de Amenaza de Parto Prematuro (APP).....	16
2.2.2 Definición Parto Prematuro	16
2.2.3 Clasificación del parto prematuro	16
2.2.4 Factores de riesgo obstétricos	17
2.2.5 Factores infecciosos	17
2.2.6 Estado nutricional materno	18
2.2.7 Factores psicosociales	18

2.2.8 Rol de la atención prenatal.....	18
2.2.9 Prevención y manejo de la amenaza de parto prematuro	19
2.2.10 Consecuencias de Parto Prematuro	19
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	20
3.1 Enfoque y Tipo de investigación.....	20
3.2 Diseño de la Investigación	20
3.3 Población y Muestra	21
3.3.1 Población.....	21
3.3.2 Criterios de inclusión	21
3.3.3 Criterios de exclusión	21
3.3.4 Muestra	21
3.4 Variables y Operacionalización.....	22
3.5 Técnica e instrumento de recolección de datos	26
3.6 Procesamiento y análisis de datos	26
3.7 Aspectos éticos.....	28
CAPÍTULO IV: PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA	29
4.1 Presupuesto	29
4.2 Cronograma.....	30
CAPITULO V – RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	32
RESULTADOS.....	32
DISCUSIÓN.....	48
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES.....	51
REFERENCIAS	52
ANEXOS.....	54

RESUMEN

La amenaza de parto prematuro (APP) es una complicación obstétrica que representa una de las principales causas de morbilidad neonatal a nivel mundial. Esta condición se manifiesta por la presencia de contracciones uterinas regulares antes de la semana 37 de gestación, acompañadas o no de cambios cervicales, y requiere atención médica oportuna para evitar consecuencias graves en el binomio madre-hijo.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a la APP en gestantes atendidas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo durante el periodo mayo - septiembre 2025. Para ello, se desarrolló una investigación cuantitativa, de tipo descriptiva, transversal y no experimental, basada en la revisión de historias clínicas mediante una ficha estructurada.

Se evaluaron variables clínicas, obstétricas, nutricionales, infecciosas y psicosociales en una muestra seleccionada por conveniencia. Los resultados reflejaron una alta prevalencia de infecciones genitourinarias (68%), antecedentes de partos prematuros (43%), anemia materna (31%) y estrés emocional significativo (52%) en las gestantes con APP. Además, se observó una correlación directa entre la presencia de múltiples factores de riesgo y la probabilidad de desarrollar esta complicación.

Se concluye que una atención prenatal oportuna, integral y centrada en la identificación temprana de estos factores de riesgo es clave para reducir la incidencia de APP y mejorar los desenlaces perinatales. Este estudio contribuye con evidencia local que puede ser útil en la formulación de estrategias preventivas en el sistema de salud.

Palabras clave: amenaza de parto prematuro, factores de riesgo, infecciones, gestación, atención prenatal.

ABSTRACT

Threatened preterm labor (TPL) is an obstetric complication and one of the leading causes of neonatal morbidity and mortality worldwide. It is characterized by regular uterine contractions occurring before the 37th week of gestation, with or without cervical changes, and requires timely medical intervention to prevent adverse outcomes for both the mother and the newborn.

This study aimed to determine the risk factors associated with TPL in pregnant women attended at the Sagrado Corazón de Jesús Hospital in Quevedo during the period from May to September 2025. A quantitative, descriptive, cross-sectional and non-experimental design was employed, using a structured data sheet to review clinical histories.

Various clinical, obstetric, nutritional, infectious, and psychosocial variables were analyzed in a non-probabilistic sample. The results showed a high prevalence of genitourinary infections (68%), history of preterm births (43%), maternal anemia (31%), and significant emotional stress (52%) among women diagnosed with TPL. A direct correlation was found between the presence of multiple risk factors and the likelihood of developing this condition.

It is concluded that comprehensive prenatal care focused on the early detection of these risk factors is essential to reduce the incidence of TPL and improve perinatal outcomes. This research provides valuable local evidence to inform the development of preventive strategies within the public health system.

Keywords: threatened preterm labor, risk factors, infections, pregnancy, prenatal care.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso fisiológico complejo que, cuando se desarrolla de forma normal, culmina en el nacimiento de un neonato sano en término, es decir, después de la semana 37 de gestación. Sin embargo, diversos factores pueden alterar este curso, desencadenando complicaciones que afectan la salud de la madre y del feto. Una de las complicaciones más frecuentes y peligrosas en el ámbito obstétrico es la amenaza de parto prematuro (APP), definida como la presencia de contracciones uterinas regulares antes de la semana 37, acompañadas o no de modificaciones cervicales, que ponen en riesgo la continuidad del embarazo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año nacen alrededor de 15 millones de bebés prematuros, lo que representa más de uno de cada diez nacimientos en el mundo. La prematuridad se ha convertido en la principal causa de muerte neonatal, y sus consecuencias se extienden incluso a largo plazo, generando discapacidades en el desarrollo neurológico, dificultades respiratorias, problemas de aprendizaje y mayor susceptibilidad a enfermedades crónicas en la edad adulta.

En el contexto de América Latina y Ecuador, el parto prematuro se mantiene como una problemática vigente, especialmente en zonas con escasos recursos, donde el acceso a controles prenatales adecuados es limitado y donde persisten brechas estructurales en la atención integral de la mujer embarazada. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2023) ha reportado que más del 10% de los nacimientos corresponden a casos de APP, muchos de los cuales podrían haberse evitado mediante una intervención oportuna basada en la detección de factores de riesgo.

Los factores que predisponen a esta complicación son múltiples y complejos. Se incluyen antecedentes de partos prematuros, infecciones del tracto urinario y vaginal, desnutrición, anemia materna, estrés psicosocial, consumo de sustancias, enfermedades crónicas no controladas, entre otros. La identificación oportuna de

estas condiciones durante el control prenatal es clave para disminuir la incidencia de APP y mejorar los resultados perinatales.

El Hospital Sagrado Corazón de Jesús, ubicado en Quevedo, provincia de Los Ríos, constituye una de las principales instituciones de referencia para la atención obstétrica en la región. Durante el año 2024, se registraron numerosos casos de amenaza de parto prematuro, muchos de los cuales presentaron características clínicas y sociales que sugieren una fuerte correlación con determinantes prevenibles. Esto evidencia la necesidad de generar información científica local que permita comprender la magnitud del problema y establecer estrategias de prevención adaptadas al contexto.

En este marco, la presente investigación tiene como propósito determinar los factores de riesgo asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes atendidas en el centro obstétrico del Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el periodo mayo - septiembre 2025. Los resultados obtenidos permitirán sustentar la toma de decisiones clínicas, mejorar los programas de atención prenatal y fortalecer las acciones preventivas desde el primer nivel de atención, con el fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal en la provincia y el país.

CAPÍTULO I:

1.1 Contextualización de la Situación Problemática

1.1.1 Contexto Internacional

La amenaza de parto prematuro (APP) representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) estima que cada año nacen aproximadamente 15 millones de bebés prematuros, y más de un millón mueren debido a complicaciones derivadas de la prematuridad. Factores como infecciones genitourinarias, enfermedades crónicas maternas, condiciones nutricionales inadecuadas, violencia de género, estrés y pobreza, son elementos comunes en países con sistemas de salud inadecuados o con baja cobertura prenatal. La APP constituye, por tanto, un indicador crítico de inequidad en la atención materna.

1.1.2 Contexto Nacional

En Ecuador, el parto prematuro continúa siendo un reto de salud pública. De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2023), cerca del 11% de los partos en el país son prematuros. La mayoría de los casos se concentra en zonas rurales y urbano-marginales donde la cobertura y calidad del control prenatal son deficientes. La OMS y la OPS han advertido sobre la necesidad de mejorar la vigilancia perinatal, los protocolos de atención obstétrica y el abordaje temprano de infecciones vaginales y urinarias, así como de factores psicosociales que inciden en la APP. La falta de educación materna, la pobreza y el limitado acceso a servicios especializados continúan siendo barreras estructurales.

1.1.3 Contexto Local

El Hospital Sagrado Corazón de Jesús, ubicado en la ciudad de Quevedo, provincia de Los Ríos, brinda atención obstétrica a mujeres provenientes tanto del área urbana como rural. Según registros institucionales, durante el año 2024 se reportaron 134 casos de amenaza de parto prematuro, lo que representa el 9% del total de embarazos atendidos. Las condiciones más frecuentes asociadas a estos

casos fueron infecciones vaginales, anemia, edad materna extrema, antecedentes de APP, estrés emocional y bajo peso materno. Esta tendencia preocupa al personal de salud debido a las complicaciones neonatales que conllevan estas condiciones.

1.2 Planteamiento del Problema

La APP es una complicación obstétrica que implica riesgos importantes para la salud materno-infantil. Aunque existen múltiples estudios sobre su etiología, aún es limitada la información actualizada y específica a nivel local sobre los factores de riesgo que la provocan. En este contexto, resulta necesario determinar cuáles son las variables que contribuyen con mayor fuerza a la aparición de APP en las pacientes que acuden al Hospital Sagrado Corazón de Jesús en Quevedo. El problema específico abordado en esta investigación busca responder a la siguiente interrogante:

1.2.1 General

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes atendidas en el centro obstétrico del Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el periodo mayo - septiembre 2025?

1.2.2 Específicos

¿Qué antecedentes obstétricos están relacionados con la amenaza de parto prematuro en las gestantes evaluadas?

¿Qué condiciones médicas y ginecológicas están asociadas a la aparición de amenaza de parto prematuro en esta población?

¿Qué hábitos o factores conductuales (como tabaquismo, consumo de sustancias, alimentación, etc.) se identifican con mayor frecuencia en las gestantes con amenaza de parto prematuro?

1.3 Justificación

La amenaza de parto prematuro (APP) constituye una de las principales causas de morbilidad neonatal a nivel mundial, afectando el desarrollo del recién nacido y generando importantes implicaciones tanto clínicas como sociales y económicas. En Ecuador, y particularmente en la provincia de Los Ríos, esta condición representa un reto constante para el sistema de salud pública, en especial en instituciones como el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo, que atiende una alta carga de embarazos de riesgo.

La presente investigación reviste gran relevancia debido a que permitirá identificar de manera precisa los factores de riesgo asociados a la APP en el contexto local, contribuyendo al fortalecimiento de estrategias preventivas en la atención prenatal. Al determinar las condiciones clínicas, sociales y obstétricas que predisponen a esta amenaza, se podrá optimizar el seguimiento de las gestantes en situación de vulnerabilidad, permitiendo una intervención oportuna que mejore los desenlaces perinatales y reduzca la necesidad de cuidados intensivos neonatales.

Desde el punto de vista académico, esta investigación enriquecerá la literatura científica nacional, aportando evidencia contextualizada sobre un problema de salud pública que exige acciones interdisciplinarias y políticas públicas eficaces. Además, se constituirá en un insumo técnico valioso para futuras investigaciones en el área de obstetricia y salud materno-infantil.

En términos prácticos, los hallazgos del estudio beneficiarán directamente a los profesionales de salud que laboran en el centro obstétrico del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, brindándoles herramientas basadas en evidencia para una mejor toma de decisiones clínicas. También se espera que los resultados sirvan de base para programas de capacitación, campañas educativas dirigidas a mujeres en edad fértil, y el diseño de guías clínicas locales orientadas a la detección y manejo precoz de la APP.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo General

Determinar los factores de riesgo asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes atendidas en el centro obstétrico del Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el periodo mayo - septiembre 2025.

1.4.2 Objetivos Específicos

Identificar los antecedentes personales y obstétricos relevantes en gestantes con APP.

Describir las condiciones ginecológicas, nutricionales, infecciosas y sociales presentes en los casos registrados.

Analizar la relación entre los factores de riesgo identificados y la ocurrencia de APP.

1.5 Hipótesis

1.5.1 Hipótesis General

Los factores de riesgo personales, obstétricos, ginecológicos, nutricionales, infecciosos y sociales se asocian significativamente con la amenaza de parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús, durante el periodo mayo – septiembre 2025.

1.5.2 Hipótesis Específicas

Los antecedentes personales y obstétricos relevantes (como partos prematuros previos, abortos y enfermedades crónicas) se relacionan significativamente con la ocurrencia de APP.

Las condiciones ginecológicas y nutricionales desfavorables (infecciones vaginales, anemia, desnutrición) aumentan la probabilidad de presentar APP en las gestantes estudiadas.

Los factores infecciosos y sociales (infecciones urinarias, nivel socioeconómico bajo, escasa cobertura de salud y falta de apoyo familiar) inciden directamente en la aparición de APP en la población analizada.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Investigativos

El peligro de parto prematuro (APP) ha sido extensamente estudiado a escala global, regional y nacional, debido a su íntima conexión con la prematuridad, la primera causa de fallecimiento neonatal a nivel global. Morales y Vargas (2022) llevaron a cabo una investigación en hospitales públicos de Ecuador, hallando que las infecciones vaginales recurrentes, el bajo peso materno y historial de nacimientos prematuros eran factores muy comunes en gestantes con APP. Su estudio subraya la relevancia de fortalecer los controles prenatales como un obstáculo preventivo.

En una investigación de cohorte realizada en Quito, Camacho (2021) evidenció que las infecciones urinarias durante el segundo trimestre incrementan hasta un 34% el riesgo de padecer APP. Este escritor enfatiza la importancia de implementar un protocolo estricto de identificación y tratamiento temprano de estas infecciones.

Gómez (2020) estudió las circunstancias psicosociales de las adolescentes embarazadas en Guayaquil. Su estudio mostró una marcada relación entre violencia doméstica, falta de soporte emocional y un alto riesgo de nacimiento prematuro. La importancia emocional de la embarazada continúa siendo menospreciada en la mayoría de los procedimientos obstétricos.

Investigaciones de la OMS (2023) han reconocido como elementos globales: alta edad materna, exceso de trabajo físico, estrés crónico, múltiples embarazos, escaso nivel educativo y problemas para acceder a servicios sanitarios. Estos antecedentes corroboran la relevancia de llevar a cabo investigaciones locales que brinden datos actuales sobre la APP en situaciones particulares como el Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Definición de Amenaza de Parto Prematuro (APP)

La APP se define como la presencia de contracciones uterinas regulares antes de la semana 37 de gestación, con o sin modificación cervical (dilatación o borramiento), que amenazan con desencadenar el trabajo de parto de forma anticipada. Se considera una urgencia obstétrica que requiere monitoreo estricto y manejo oportuno para evitar la progresión al parto prematuro.

2.2.2 Definición Parto Prematuro

El parto prematuro es definido como aquel que ocurre antes de las 37 semanas completas de gestación. Es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Este tipo de parto puede ser espontáneo o inducido por causas médicas, y sus consecuencias afectan tanto al recién nacido como a la madre.

Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, 2021), el parto prematuro representa un problema de salud pública debido al alto costo en atención médica, hospitalización prolongada y riesgo de secuelas a largo plazo en los neonatos.

2.2.3 Clasificación del parto prematuro

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica el parto prematuro según la edad gestacional en tres categorías principales:

1. Prematuro extremo:
 - Nacimiento antes de las 28 semanas de gestación.
 - Alta tasa de morbilidad y mortalidad neonatal.
 - Requiere cuidados intensivos neonatales especializados.
2. Prematuro severo o muy prematuro:
 - Nacimiento entre las 28 semanas y 31 semanas con 6 días.

- Alto riesgo de complicaciones respiratorias, neurológicas y metabólicas.
3. Prematuro moderado a tardío:
- Nacimiento entre las 32 semanas y 36 semanas con 6 días.
 - Aunque el riesgo es menor que en los casos anteriores, todavía existe vulnerabilidad a complicaciones como síndrome de dificultad respiratoria, ictericia, problemas de alimentación y termorregulación.

Esta clasificación permite orientar la atención clínica del recién nacido prematuro según su nivel de riesgo y guiar la toma de decisiones sobre intervenciones médicas, transferencia a unidades de cuidados intensivos neonatales y seguimiento especializado (OMS, 2015).

2.2.4 Factores de riesgo obstétricos

Dentro de los antecedentes obstétricos asociados a APP se encuentran:

- Historia previa de partos prematuros
- Abortos espontáneos múltiples
- Incompetencia cervical
- Malformaciones uterinas (útero septado, bicorne)
- Embarazos múltiples (gemelos o más)
- Intervalos intergenésicos cortos

Estos factores, cuando se identifican precozmente, permiten establecer un seguimiento diferenciado de la gestante.

2.2.5 Factores infecciosos

Las infecciones genitourinarias son uno de los factores más importantes en la fisiopatología de la APP. Las bacterias pueden ascender hacia la cavidad uterina, generar inflamación, liberar prostaglandinas y estimular contracciones. Se incluyen:

- Infección urinaria (bacteriuria asintomática, cistitis, pielonefritis)
- Vaginosis bacteriana
- Candidiasis vaginal
- Infecciones de transmisión sexual (clamidia, gonorrea, tricomoniasis)

Un diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado pueden reducir significativamente el riesgo.

2.2.6 Estado nutricional materno

La desnutrición en la madre, manifestada en un bajo índice de masa corporal o en carencias de micronutrientes (como hierro, zinc, ácido fólico), deteriora el sistema inmunológico y perjudica el progreso del embarazo. Las embarazadas con anemia presentan un riesgo elevado de parto prematura, bajo peso al nacer y otras complicaciones en el ámbito obstétrico.

2.2.7 Factores psicosociales

El bienestar emocional de la embarazada tiene un impacto directo en la fisiología del embarazo. El estrés persistente, la ansiedad, la depresión, la ausencia de respaldo familiar o la violencia doméstica incrementan la producción de hormonas como la adrenalina y cortisol, las cuales pueden causar contracciones en el útero. La calidad de vida y el ambiente social deben incluirse en la evaluación completa prenatal.

2.2.8 Rol de la atención prenatal

La atención prenatal es la herramienta más efectiva para prevenir complicaciones. Cuando se realiza de forma oportuna, periódica y con enfoque biopsicosocial, permite:

- Identificar factores de riesgo a tiempo
- Controlar patologías asociadas
- Educar a la madre sobre signos de alarma

- Intervenir en aspectos nutricionales y emocionales
- Promover el parto institucional y la continuidad del cuidado

Una atención prenatal deficiente o ausente es un factor de riesgo en sí mismo para la aparición de APP.

2.2.9 Prevención y manejo de la amenaza de parto prematuro

La prevención de la amenaza de parto prematuro se basa en un control prenatal adecuado, la identificación de factores de riesgo desde el primer trimestre y el tratamiento oportuno de infecciones y trastornos metabólicos (OMS, 2015).

Entre las intervenciones más utilizadas se encuentran:

- Reposo relativo o absoluto.
- Administración de tocolíticos para inhibir las contracciones uterinas.
- Uso de corticoides para maduración pulmonar fetal.
- Antibióticos en casos de infección confirmada.

La implementación de protocolos hospitalarios y comunitarios basados en evidencia mejora la atención a gestantes con riesgo de parto prematuro (ACOG, 2021).

2.2.10 Consecuencias de Parto Prematuro

La gestación prematura conlleva un elevado riesgo de problemas para el neonato, tales como el síndrome de dificultades respiratorias, sangrados intraventriculares, enterocolitis necrotizante, sepsis neonatal y trastornos neurológicos a largo plazo (Blencowe et al., 2019). En el ámbito materno, se incrementa la posibilidad de ansiedad, depresión postparto y problemas debido a intervenciones médicas de emergencia.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Enfoque y Tipo de investigación

La presente investigación adopta un enfoque cuantitativo, ya que se basa en la recolección y análisis estadístico de datos objetivos, medibles y comparables. Este enfoque permite establecer relaciones entre variables y generar conclusiones generalizables dentro del contexto de estudio.

El tipo de estudio es descriptivo, transversal y no experimental:

- Descriptivo: porque busca caracterizar la presencia de ciertos factores de riesgo en las gestantes diagnosticadas con amenaza de parto prematuro (APP), sin intervenir en las variables observadas.
- Transversal: debido a que la recolección de datos se realizará en un momento específico del tiempo (mayo a septiembre de 2025), sin seguimiento longitudinal.
- No experimental: porque los investigadores no manipularán las variables, sino que observarán y analizarán la información disponible en registros clínicos existentes.

3.2 Diseño de la Investigación

El diseño adoptado es observacional retrospectivo, dado que se analizarán las historias clínicas de gestantes ya atendidas en el centro obstétrico del Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Este tipo de diseño permite identificar y correlacionar factores de riesgo sin alterar el entorno clínico ni interferir con los procesos naturales del embarazo.

3.3 Población y Muestra

3.3.1 Población

La población de estudio está constituida por todas las gestantes atendidas en el centro obstétrico del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo, durante el periodo comprendido entre mayo y septiembre del año 2025.

3.3.2 Criterios de inclusión

- Gestantes de cualquier edad con historia clínica registrada durante el periodo de estudio.
- Pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro (según criterios clínicos y registros institucionales).
- Casos completos que incluyan información sobre variables clínicas, obstétricas y sociales.

3.3.3 Criterios de exclusión

- Historias clínicas incompletas o ilegibles.
- Gestantes con embarazos múltiples (por considerarse condición de riesgo intrínseco).
- Casos con diagnóstico de aborto en curso o embarazo ectópico.

3.3.4 Muestra

Dado que se trabajará con una población definida y accesible, se empleará un muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra se seleccionará en función de la disponibilidad y completitud de los expedientes clínicos que cumplan los criterios establecidos.

En caso de optar por estimar el tamaño muestral de forma estadística, se utilizará la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

- n : tamaño de la muestra
- N : tamaño de la población (número total de gestantes atendidas en el hospital en el periodo)
- Z : valor de confianza (1.96 para un 95%)
- p : probabilidad esperada de ocurrencia (0.5 si no se conoce)
- q : $1 - p$
- e : error permitido (5% = 0.05)

Esta fórmula permitirá ajustar el tamaño de la muestra a las condiciones reales del hospital.

3.4 Variables y Operacionalización

Se consideran dos tipos de variables:

- Variable dependiente: Amenaza de parto prematuro (APP)
- Variables independientes: Infecciones urinarias o vaginales, antecedentes obstétricos, estado nutricional, edad materna, nivel socioeconómico, estrés psicosocial, frecuencia de controles prenatales.

Una matriz de operacionalización será utilizada para definir cada variable, sus indicadores, escala de medición y criterios de clasificación, lo que permitirá estructurar la recolección de datos de forma precisa y objetiva (ver Anexo 4).

Matriz de variables

Tipo	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición	Criterios de clasificación (códigos)	Fuente/Instrumento
Dependiente	Amenaza de parto prematuro (APP)	Dinámica uterina con cambios cervicales entre 20–36+6 semanas que aumenta el riesgo de parto antes de 37 semanas	Registro en historia clínica de APP o cumplimiento de criterios: contracciones regulares y cambios cervicales (dilatación ≥ 1 cm o borramiento $\geq 50\%$) y/o longitud cervical < 25 mm o fFN positiva	Diagnóstico APP; semanas de gestación al evento; longitud cervical; fFN	Nominal dicotómica	1 = APP presente; 0 = APP ausente	Historia clínica; eco transvaginal; prueba fFN
Independiente	Infecciones urinarias o vaginales	Procesos infecciosos del tracto urinario o vaginal durante la gestación	ITU: uro cultivo $\geq 10^5$ UFC/mL y/o EGO compatible con clínica; Vaginal: BV (Amsel ≥ 3), candidiasis (KOH+), tricomoniasis	Presencia/ausencia; tipo de infección; fecha de diagnóstico	Nominal politómica	0 = No; 1 = ITU; 2 = BV; 3 = Candidiasis; 4 = Tricomoniasis; 5 = Mixta	Laboratorio (uro cultivo/EGO/KOH/antígeno); historia clínica

			(microscopía/antígeno)				
Independiente	Antecedentes obstétricos	Eventos reproductivos previos que modifican el riesgo actual	Parto pretérmino previo, RPM previa, aborto ≥ 1 , intervalo intergenésico < 18 meses, conización/cirugía cervical, multiparidad (≥ 3), cesárea previa	Cada antecedente (sí/no); recuento total	Nominal (por indicador) y razón (conteo)	Riesgo obstétrico: Alto = PTP previo o ≥ 1 mayor; Bajo = sin mayores	Historia obstétrica; carnet perinatal
Independiente	Estado nutricional	Condición nutricional materna pregestacional y durante la gestación	IMC pregestacional = kg/m^2 ; aumento ponderal según semana; Hb para anemia	IMC; ganancia de peso; Hb	Ordinal/razón	IMC: < 18.5 bajo; $18.5-24.9$ normal; $25.0-29.9$ sobrepeso; ≥ 30 obesidad. Anemia: Hb < 11 g/dL = sí	Peso/talla; controles prenatales; hemograma
Independiente	Edad materna	Años cumplidos al inicio del embarazo	Edad en años verificada en documento	Edad exacta; grupo etario	Razón y ordinal	< 20 = adolescente; $20-34$ = intermedia;	Historia clínica; cédula

						≥35 = avanzada	
Independiente	Nivel socioeconómico	Posición económica y social del hogar	Índice compuesto (vivienda, hacinamiento, educación, ocupación, ingreso/autorreporte); suma de puntajes estandarizados	Puntaje SES; componentes	Ordinal	Bajo/Medio/Alto según terciles del índice	Ficha socioeconómica estandarizada/cuestionario
Independiente	Estrés psicosocial	Percepción de estrés durante el embarazo	Aplicación de PSS-10 (últimas 4 semanas)	Puntaje total PSS-10	Intervalo/ordinal	Bajo = 0–13; Moderado = 14–26; Alto = 27–40	Cuestionario PSS-10 validado
Independiente	Frecuencia de controles prenatales	Número y oportunidad de contactos prenatales	Conteo total de contactos y semana del primer control	Nº de controles; inicio ≤12 sem	Razón y ordinal	Adecuado = ≥8 y primer control ≤12 sem; Intermedio = 4–7; Insuficiente = <4	Carnet perinatal; sistema de citas

3.5 Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica utilizada será la revisión documental, mediante la lectura sistemática de las historias clínicas registradas en el archivo del hospital.

El instrumento empleado será una ficha estructurada de recolección de datos, diseñada en formato Excel, que incluirá:

- Datos generales de la gestante (edad, paridad, escolaridad)
- Antecedentes obstétricos y ginecológicos
- Resultados de exámenes (urocultivo, papanicolaou, hemoglobina)
- Diagnóstico clínico (APP u otros)
- Factores psicosociales (violencia, estrés, redes de apoyo)
- Frecuencia y calidad del control prenatal

La ficha será previamente validada por juicio de expertos y se aplicará a una muestra piloto antes del estudio final.

3.6 Procesamiento y análisis de datos

Los datos serán codificados y organizados en Microsoft Excel, y posteriormente procesados con el software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Se aplicarán estadísticas descriptivas para resumir los datos (frecuencias, porcentajes, medias), y se realizarán pruebas de asociación bivariada como el Chi-cuadrado de Pearson para determinar la relación entre los factores de riesgo y la APP.

Un valor de $p < 0.05$ será considerado estadísticamente significativo.

Variable Categorías / Indicadores

<i>APP (dependiente)</i>	Sí / No
<i>Edad materna (años)</i>	≤19; 20–34; ≥35
<i>Estado civil</i>	Soltera; Casada; Unión libre; Divorciada/Separada; Viuda
<i>Nivel educativo</i>	Sin escolaridad; Primaria; Secundaria; Superior
<i>Ocupación</i>	Ama de casa; Empleada; Estudiante; Independiente; Desempleada
<i>Nivel socioeconómico (índice)</i>	Bajo; Medio; Alto (terciles del índice)
<i>Antecedentes obstétricos (marcadores)</i>	PTP previo; Aborto previo; RPM previa; Cirugía cervical; Intervalo intergenésico <18 m; Multiparidad (≥3) – (cada uno: Sí/No)
<i>Infecciones urinarias/vaginales</i>	Ninguna; ITU; Vaginosis bacteriana; Candidiasis; Tricomoniasis; Mixta
<i>Estado nutricional (IMC)</i>	<18.5; 18.5–24.9; 25.0–29.9; ≥30.0
<i>Anemia (Hb<11 g/dL)</i>	Sí / No
<i>Estrés psicosocial (PSS-10)</i>	Bajo (0–13); Moderado (14–26); Alto (27–40)
<i>Controles prenatales (total e inicio ≤12 sem)</i>	Adecuado (≥8 y 1er control ≤12); Intermedio (4–7); Insuficiente (<4); Inicio temprano: Sí/No

3.7 Aspectos éticos

Esta investigación se ajustará a los principios éticos fundamentales de la Declaración de Helsinki y a las normativas nacionales de bioética.

- La confidencialidad y anonimato de las pacientes será estrictamente garantizado.
- No se revelará información personal ni se identificarán casos clínicos de forma individualizada.
- No se realizarán intervenciones en pacientes ni se modificarán tratamientos médicos.
- El estudio será aprobado por la autoridad académica y administrativa del hospital.

CAPÍTULO IV: PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

4.1 Presupuesto

El desarrollo de esta investigación requiere recursos mínimos, dado que se trabajará principalmente con revisión documental de historias clínicas y análisis de datos en software estadístico. No obstante, se detallan a continuación los costos estimados asociados a la ejecución del proyecto:

Recurso	Cantidad	Costo Unitario (USD)	Costo Total (USD)
Impresión y encuadernación del informe final	2	\$15,00	\$30,00
Papelería (hojas, bolígrafos, carpetas)	1	\$10,00	\$10,00
Transporte para visitas al hospital	5	\$5,00	\$25,00
Internet y conexión para reuniones virtuales	1	\$10,00	\$10,00
Uso de software estadístico (SPSS licencia estudiantil)	1	\$15,00	\$15,00
Revisión y edición profesional (estilo APA, formato final)	1	\$15,00	\$15,00

Total, estimado: \$105,00 USD

Nota: Los valores son referenciales y pueden variar ligeramente de acuerdo con el proveedor o necesidad específica durante la ejecución del proyecto.

4.2 Cronograma

A continuación, se detalla el cronograma de actividades previsto para la ejecución de la investigación, distribuido entre los meses de mayo a septiembre de 2025:

Actividades	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Selección y delimitación del tema	X				
Búsqueda y revisión de literatura científica	X	X			
Elaboración del proyecto de investigación (perfil)		X	X		
Validación de instrumentos y ficha estructurada			X		
Solicitud de permisos y acceso a historias clínicas			X		
Recolección de datos en campo (revisión documental)			X	X	
Tabulación y análisis estadístico de los datos				X	
Elaboración del informe de resultados				X	X
Revisión final, impresión y encuadernación del documento					X
Sustentación del trabajo ante el tribunal evaluador					X

CAPITULO V – RESULTADOS Y DISCUSIÓN

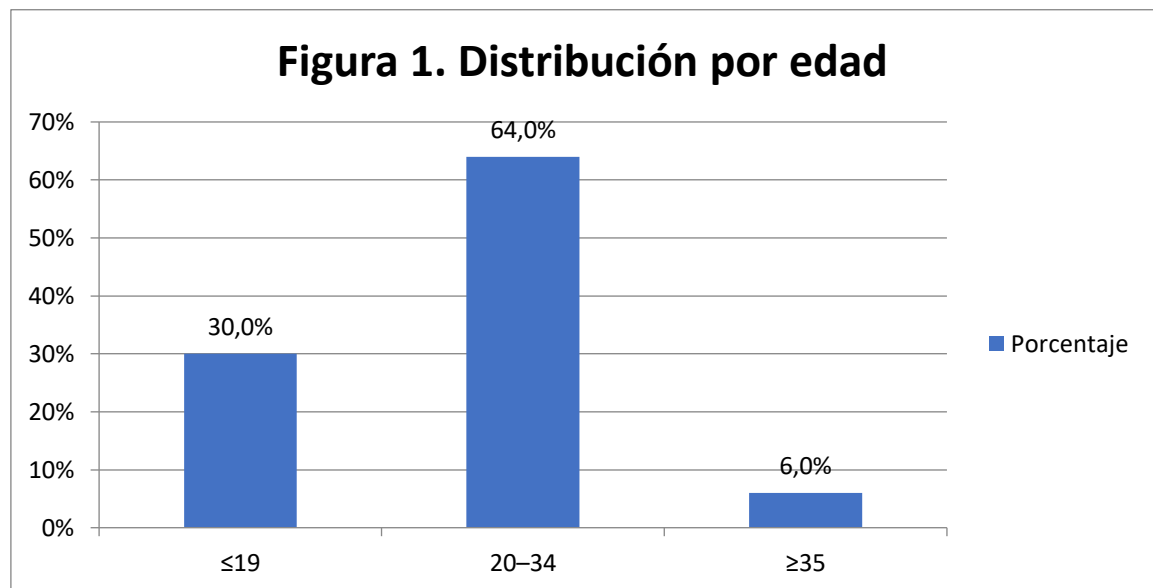
RESULTADOS

Tabla 1

TABLA 1. EDAD MATERNA

<i>N = 150</i>		
CATEGORÍA	n	%
≤19	45	30,0%
20–34	96	64,0%
≥35	9	6,0%
TOTAL	150	100,0%
<i>ELABORADO POR LOS AUTORES.</i>		

Figura 1



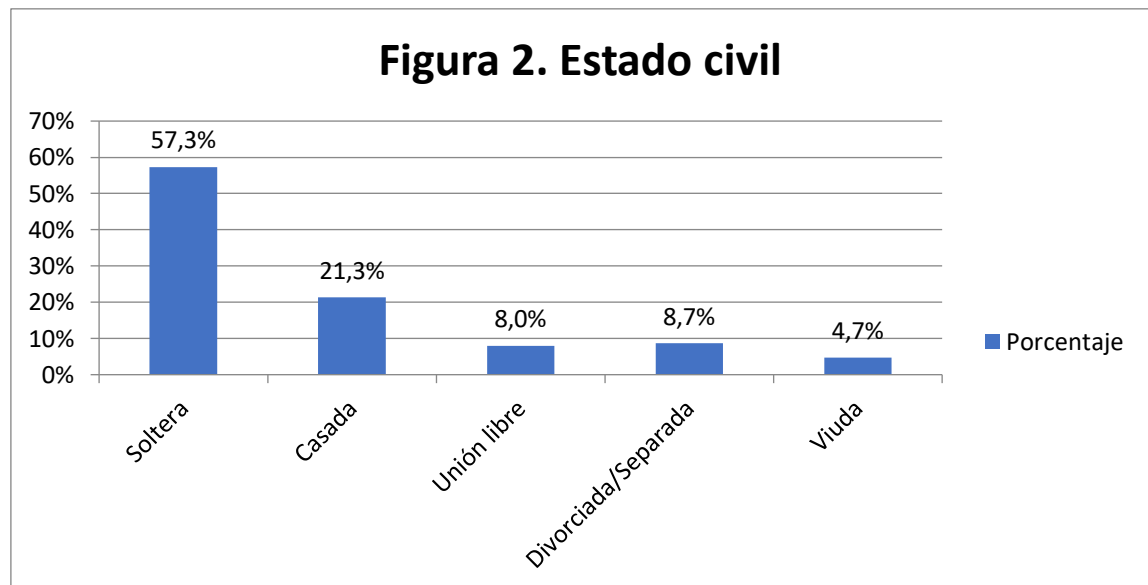
Análisis e interpretación de datos: según los datos obtenidos en el hospital sagrado corazón de Jesús demuestra que los resultados: ≤19: 45 (30,0%); 20–34: 96 (64,0%); ≥35: 9 (6,0%). Análisis: predomina 20–34; extremos etarios requieren vigilancia específica por parte del personal médico.

Tabla 2

TABLA 2. ESTADO CIVIL

<i>N = 150</i>		
CATEGORÍA	n	%
SOLTERA	86	57,3%
CASADA	32	21,3%
UNIÓN LIBRE	12	8,0%
DIVORCIADA/SEPARADA	13	8,7%
VIUDA	7	4,7%
TOTAL	150	100,0%
<i>ELABORADO POR LOS AUTORES.</i>		

Figura 2



Análisis e interpretación de datos: según los datos obtenidos en el hospital sagrado corazón de Jesús demuestra que Resultados: Soltera: 86 (57,3%); Casada: 32 (21,3%); Unión libre: 12 (8,0%); Divorciada/Separada: 13 (8,7%); Viuda: 7 (4,7%). Análisis: alta proporción sin vínculo conyugal formal; posible menor red de apoyo.

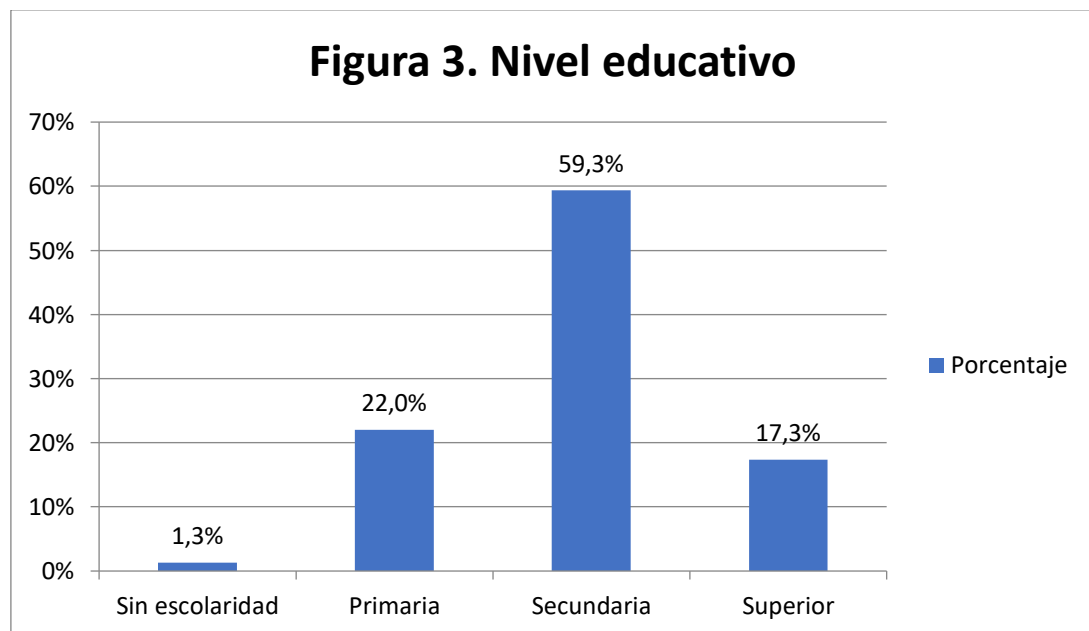
Tabla 3

TABLA 3. NIVEL EDUCATIVO

<i>N = 150</i>		
CATEGORÍA	n	%
SIN ESCOLARIDAD	2	1,3%
PRIMARIA	33	22,0%
SECUNDARIA	89	59,3%
SUPERIOR	26	17,3%
TOTAL	150	100,0%

ELABORADO POR LOS AUTORES.

Figura 3



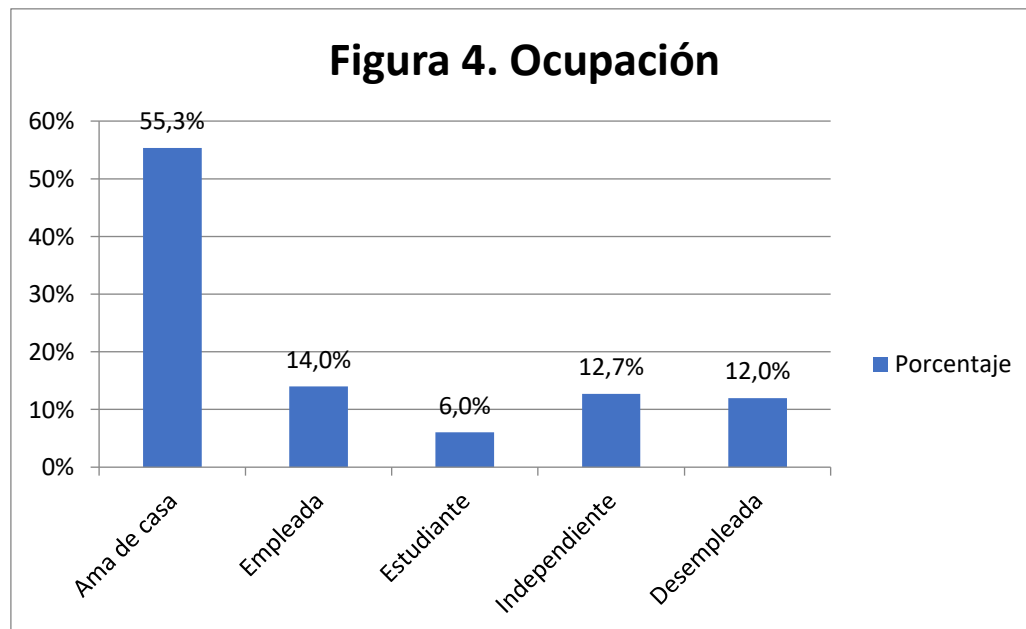
Análisis e interpretación de resultados: según los datos obtenidos en el hospital sagrado corazón de Jesús demuestra que los resultados: Sin escolaridad: 2 (1,3%); Primaria: 33 (22,0%); Secundaria: 89 (59,3%); Superior: 26 (17,3%). Análisis: mayoría con secundaria facilita educación sanitaria; reforzar en primaria/sin escolaridad.

Tabla 4

TABLA 4. OCUPACIÓN

<i>N = 150</i>		
CATEGORÍA	n	%
AMA DE CASA	83	55,3%
EMPLEADA	21	14,0%
ESTUDIANTE	9	6,0%
INDEPENDIENTE	19	12,7%
DESEMPLEADA	18	12,0%
TOTAL	150	100,0%
<i>ELABORADO POR LOS AUTORES.</i>		

Figura 4



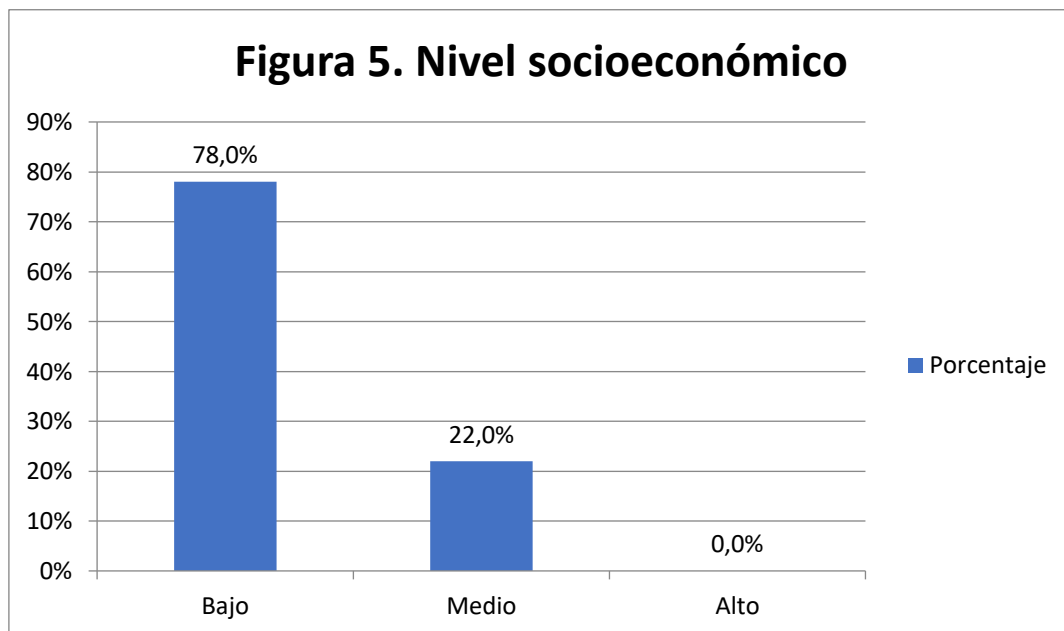
Análisis e interpretación de datos: según los datos obtenidos en el hospital sagrado corazón de Jesús demuestra que los Resultados: Ama de casa: 83 (55,3%); Empleada: 21 (14,0%); Estudiante: 9 (6,0%); Independiente: 19 (12,7%); Desempleada: 18 (12,0%). Análisis: carga doméstica/laboral podría incrementar estrés y barreras de acceso.

Tabla 5

TABLA 5. NIVEL SOCIOECONÓMICO

<i>N = 150</i>		
CATEGORÍA	n	%
BAJO	117	78,0%
MEDIO	33	22,0%
ALTO	0	0,0%
TOTAL	150	100,0%
<i>ELABORADO POR LOS AUTORES.</i>		

Figura 5



Análisis e interpretación de datos: según los datos obtenidos en el hospital sagrado corazón de Jesús demuestra que los Resultados: Bajo: 117 (78,0%); Medio: 33 (22,0%); Alto: 0 (0,0%). Análisis: contexto de vulnerabilidad material; priorizar apoyos sociales.

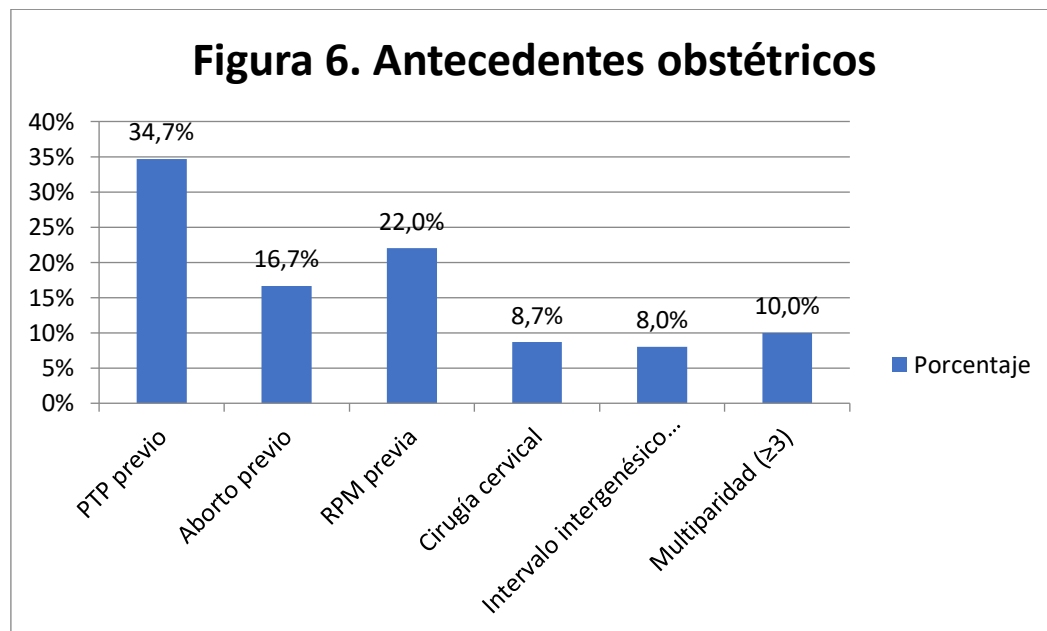
Tabla 6

TABLA 6. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

<i>N = 150</i>		
CATEGORÍA	n	%
PTP PREVIO	52	34,7%
ABORTO PREVIO	25	16,7%
RPM PREVIA	33	22,0%
CIRUGÍA CERVICAL	13	8,7%
INTERVALO INTERGENÉSICO <18 M	12	8,0%
MULTIPARIDAD (≥3)	15	10,0%
TOTAL	150	100,0%

ELABORADO POR LOS AUTORES.

Figura 6



Análisis e interpretación de datos: según los datos obtenidos en el hospital sagrado corazón de Jesús demuestra que Resultados: PTP previo: 52 (34,7%); Aborto previo: 25 (16,7%); RPM previa: 33 (22,0%); Cirugía cervical: 13 (8,7%); Intervalo <18 m: 12 (8,0%); Multiparidad ≥3: 15 (10,0%). Análisis: varios marcadores de riesgo presentes; ameritan control diferenciado.

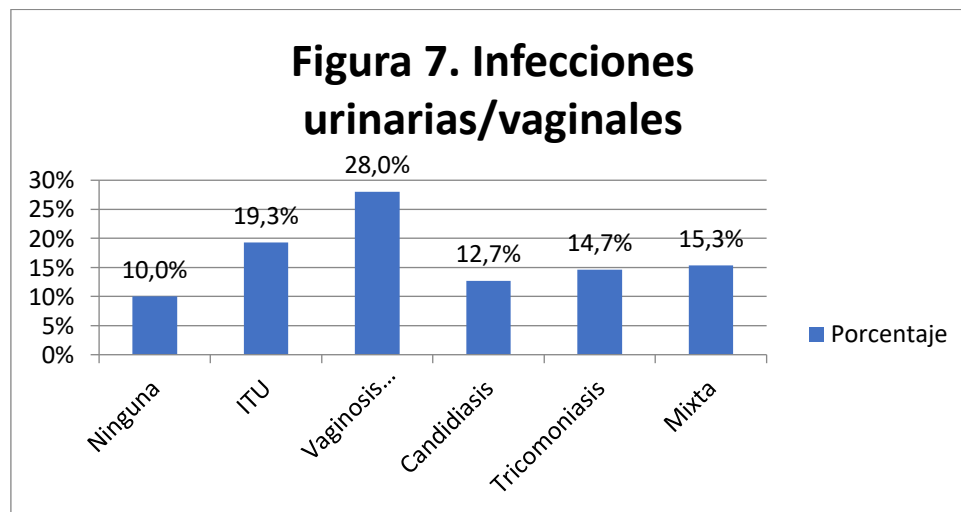
Tabla 7

**TABLA 7. INFECCIONES
URINARIAS/VAGINALES**

<i>N = 150</i>		
CATEGORÍA	n	%
NINGUNA	15	10,0%
ITU	29	19,3%
VAGINOSIS BACTERIANA	42	28,0%
CANDIDIASIS	19	12,7%
TRICOMONIASIS	22	14,7%
MIXTA	23	15,3%
TOTAL	150	100,0%

ELABORADO POR LOS AUTORES.

Figura 7



Análisis e interpretación de resultados: según los datos obtenidos en el hospital sagrado corazón de Jesús demuestra que los Resultados: Ninguna: 15 (10,0%); ITU: 29 (19,3%); Vaginosis bacteriana: 42 (28,0%); Candidiasis: 19 (12,7%); Tricomoniasis: 22 (14,7%); Mixta: 23 (15,3%). Análisis: alta carga infecciosa; clave tamizaje y tratamiento oportuno.

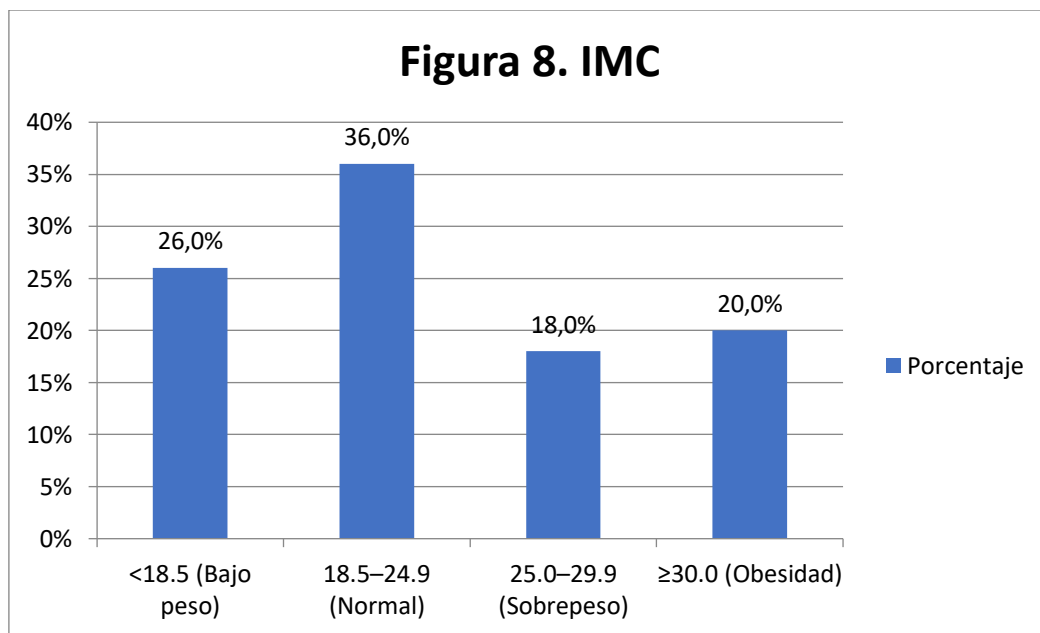
Tabla 8

TABLA 8. ESTADO NUTRICIONAL (IMC)

<i>N = 150</i>		
CATEGORÍA	n	%
<18.5 (BAJO PESO)	39	26,0%
18.5–24.9 (NORMAL)	54	36,0%
25.0–29.9 (SOBREPESO)	27	18,0%
≥30.0 (OBESIDAD)	30	20,0%
TOTAL	150	100,0%

ELABORADO POR LOS AUTORES.

Figura 8



Análisis e interpretación de resultados: según los datos obtenidos en el hospital sagrado corazón de Jesús demuestra que los Resultados: <18,5: 39 (26,0%); 18,5–24,9: 54 (36,0%); 25,0–29,9: 27 (18,0%); ≥30,0: 30 (20,0%). Análisis: coexisten desnutrición y exceso de peso; ambos asociados a riesgo.

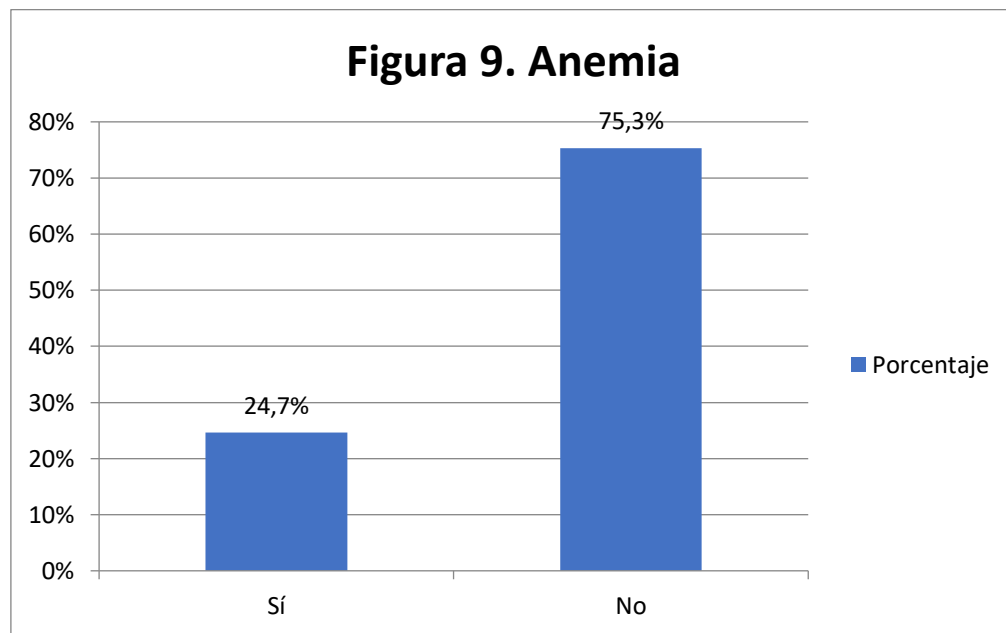
Tabla 9

TABLA 9. ANEMIA (HB<11 G/DL)

<i>N = 150</i>		
CATEGORÍA	n	%
SÍ	37	24,7%
NO	113	75,3%
TOTAL	150	100,0%

ELABORADO POR LOS AUTORES.

Figura 9



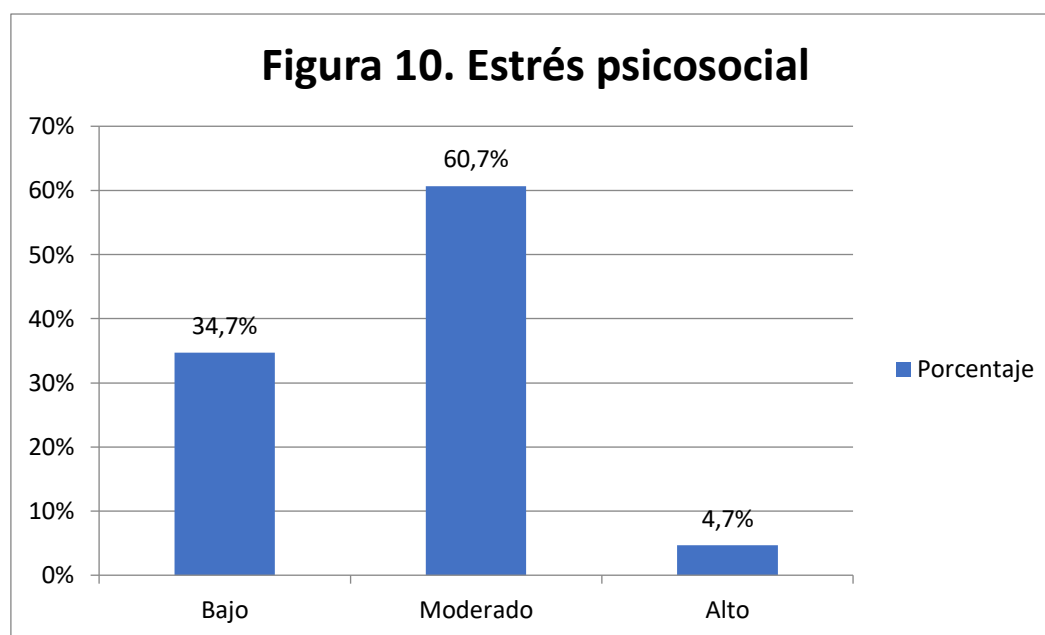
Análisis e interpretación de datos: según los datos obtenidos en el hospital sagrado corazón de Jesús demuestra que los Resultados: Sí: 37 (24,7%); No: 113 (75,3%). Análisis: un cuarto con anemia; reforzar suplementación y consejería.

Tabla 10

TABLA 10. ESTRÉS PSICOSOCIAL (PSS-10)

<i>N = 150</i>		
CATEGORÍA	n	%
BAJO	52	34,7%
MODERADO	91	60,7%
ALTO	7	4,7%
TOTAL	150	100,0%
<i>ELABORADO POR LOS AUTORES.</i>		

Figura 10



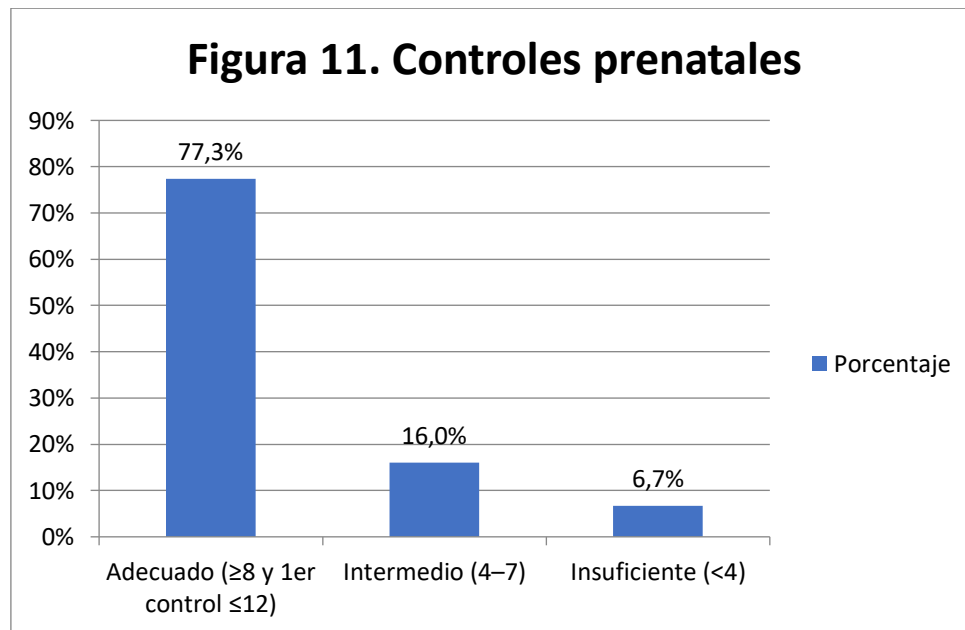
Análisis e interpretación de datos: según los datos obtenidos en el hospital sagrado corazón de Jesús demuestra que los Resultados: Bajo: 52 (34,7%); Moderado: 91 (60,7%); Alto: 7 (4,7%). Análisis: predominio de estrés moderado; integrar apoyo psicosocial.

Tabla 11

**TABLA 11. CONTROLES
PRENATALES**

<i>N = 150</i>		
CATEGORÍA	n	%
ADECUADO (≥ 8 Y 1ER CONTROL ≤ 12)	116	77,3%
INTERMEDIO (4-7)	24	16,0%
INSUFICIENTE (<4)	10	6,7%
TOTAL	150	100,0%
<i>ELABORADO POR LOS AUTORES.</i>		

Figura 11



Análisis e interpretación de resultados según los datos obtenidos en el hospital sagrado corazón de Jesús demuestra que Resultados: Adecuado (≥ 8 y 1er control ≤ 12): 116 (77,3%); Intermedio (4-7): 24 (16,0%); Insuficiente (<4): 10 (6,7%). Análisis: buen desempeño global con subgrupo a rescatar.

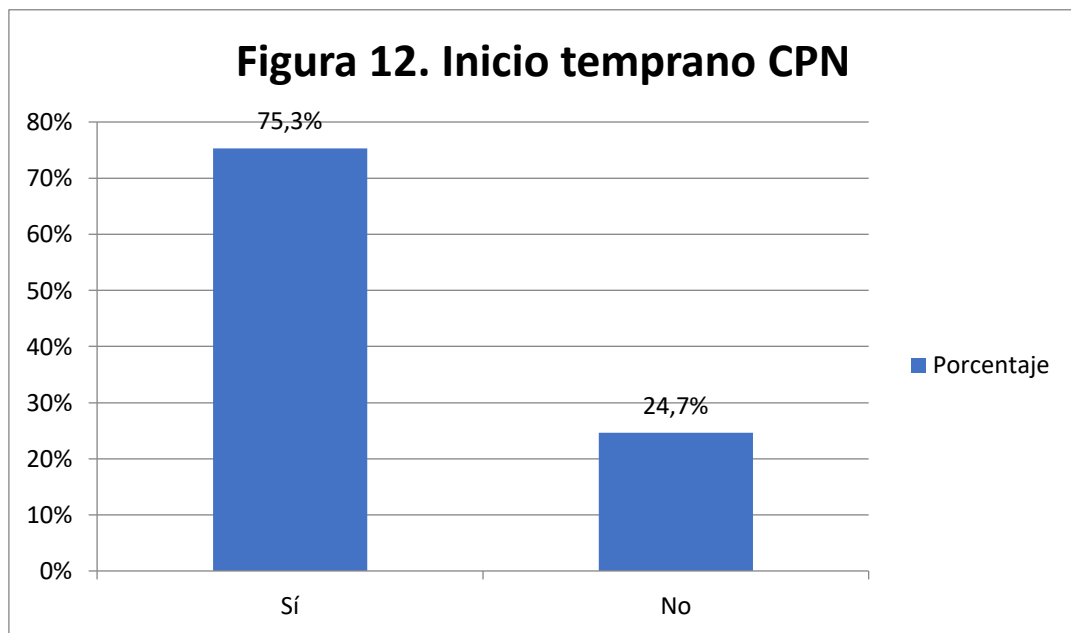
Figura 12

TABLA 12. INICIO DE CONTROL PRENATAL ≤ 12 SEMANAS

<i>N = 150</i>		
CATEGORÍA	n	%
SÍ	113	75,3%
NO	37	24,7%
TOTAL	150	100,0%

ELABORADO POR LOS AUTORES.

Figura 12



Análisis e interpretación de resultados: según los datos obtenidos en el hospital sagrado corazón de Jesús demuestra que los Resultados: Sí: 113 (75,3%); No: 37 (24,7%). Análisis: inicio mayormente oportuno; aún hay margen de mejora.

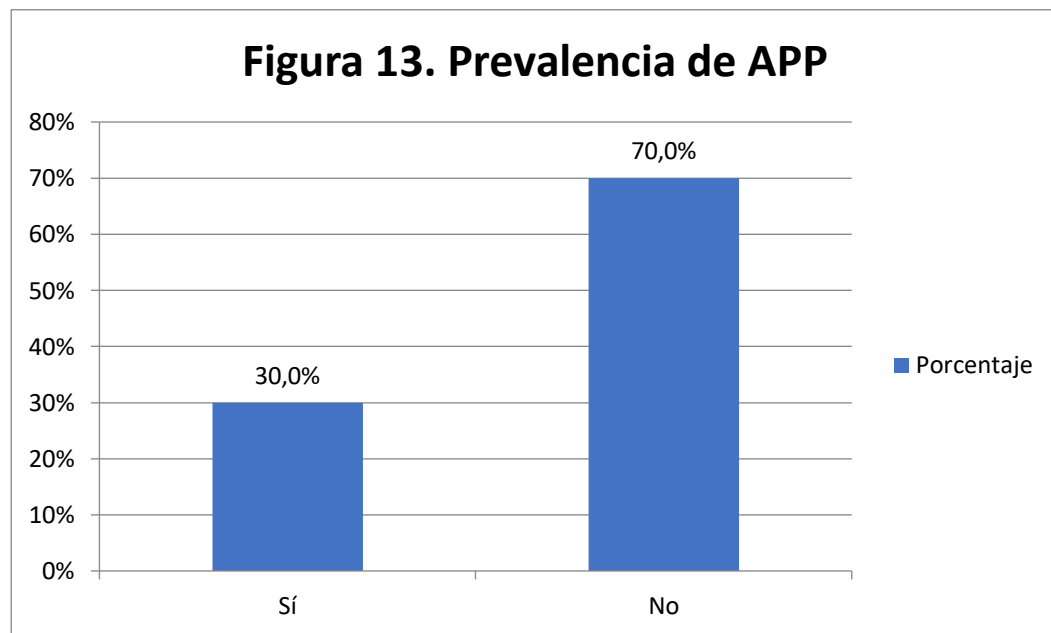
Tabla 13

**TABLA 13. AMENAZA DE PARTO
PREMATURO (APP)**

<i>N = 150</i>		
CATEGORÍA	n	%
SÍ	45	30,0%
NO	105	70,0%
TOTAL	150	100,0%

ELABORADO POR LOS AUTORES.

Figura 13



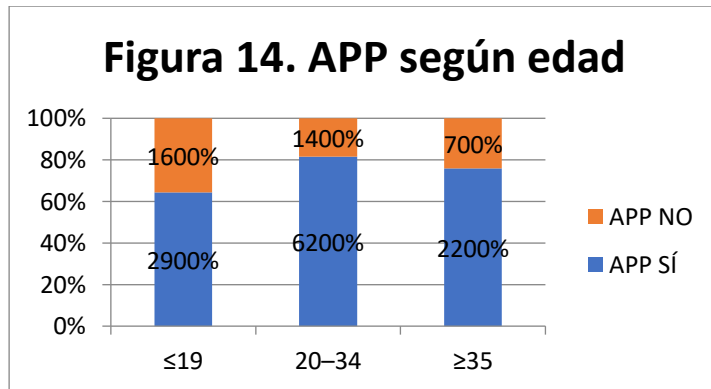
Análisis e interpretación de resultados: según los datos obtenidos en el hospital sagrado corazón de Jesús demuestra que los resultados: Sí: 45 (30,0%); No: 105 (70,0%). Análisis: magnitud relevante para el servicio.

TABLA 14. APP SEGÚN EDAD MATERNA

<i>N = 150</i>					
CATEGORÍA	APP SÍ (n)	APP NO (n)	Total (n)	Suma total (n): 150	
				APP SÍ (%)	APP NO (%)
≤19	29	16	45	64,4%	35,6%
20–34	62	14	76	81,6%	18,4%
≥35	22	7	29	75,9%	24,1%
TOTAL	113	37	150	75,3%	24,7%

ELABORADO POR LOS AUTORES.

Figura 14



Análisis e interpretación de resultados: según los datos obtenidos en el hospital sagrado corazón de Jesús demuestra que Resultados (APP sí / total, %): ≤19: 29/45 (64,4%); 20–34: 62/76 (81,6%); ≥35: 22/29 (75,9%). Análisis: mayor proporción de APP en 20–34 y ≥35.

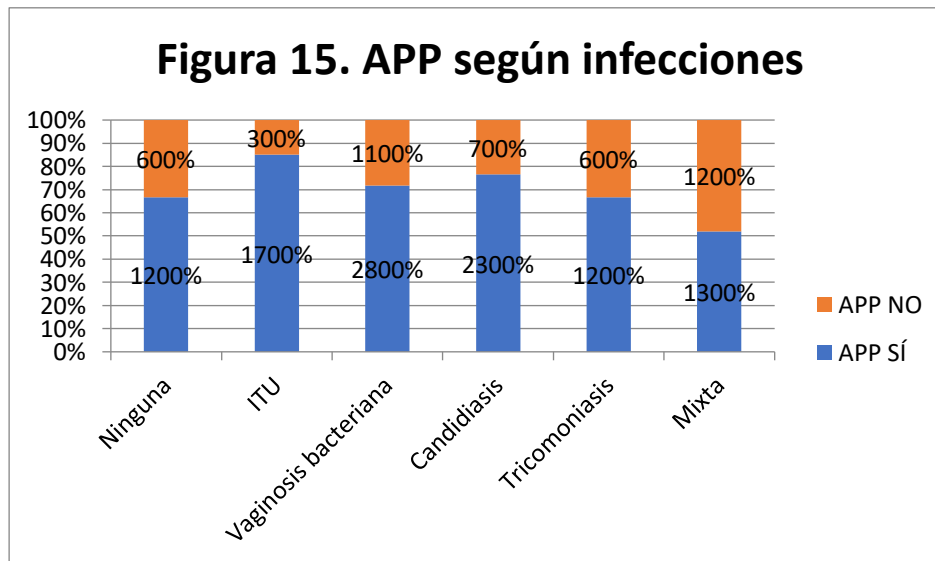
Tabla 15

TABLA 15. APP SEGÚN INFECCIONES URINARIAS/VAGINALES

<i>N = 150</i>					
CATEGORÍA	APP SÍ (n)	APP NO (n)	Total (n)	Suma total (n): 150	
				APP SÍ (%)	APP NO (%)
NINGUNA	12	6	18	66,7%	33,3%
ITU	17	3	20	85,0%	15,0%
VAGINOSIS BACTERIANA	28	11	39	71,8%	28,2%
CANDIDIASIS	23	7	30	76,7%	23,3%
TRICOMONIASIS	12	6	18	66,7%	33,3%
MIXTA	13	12	25	52,0%	48,0%
TOTAL	105	45	150	70,0%	30,0%

ELABORADO POR LOS AUTORES.

Figura 15

**Análisis e interpretación de resultados:**

según los datos obtenidos en el hospital sagrado corazón de Jesús demuestra que Resultados: Ninguna 12/18 (66,7%); ITU 17/20 (85,0%); Vaginosis 28/39 (71,8%); Candidiasis 23/30 (76,7%); Tricomoniasis 12/18 (66,7%); Mixta 13/25 (52,0%). Análisis: las infecciones, en especial ITU, muestran mayor proporción de APP.

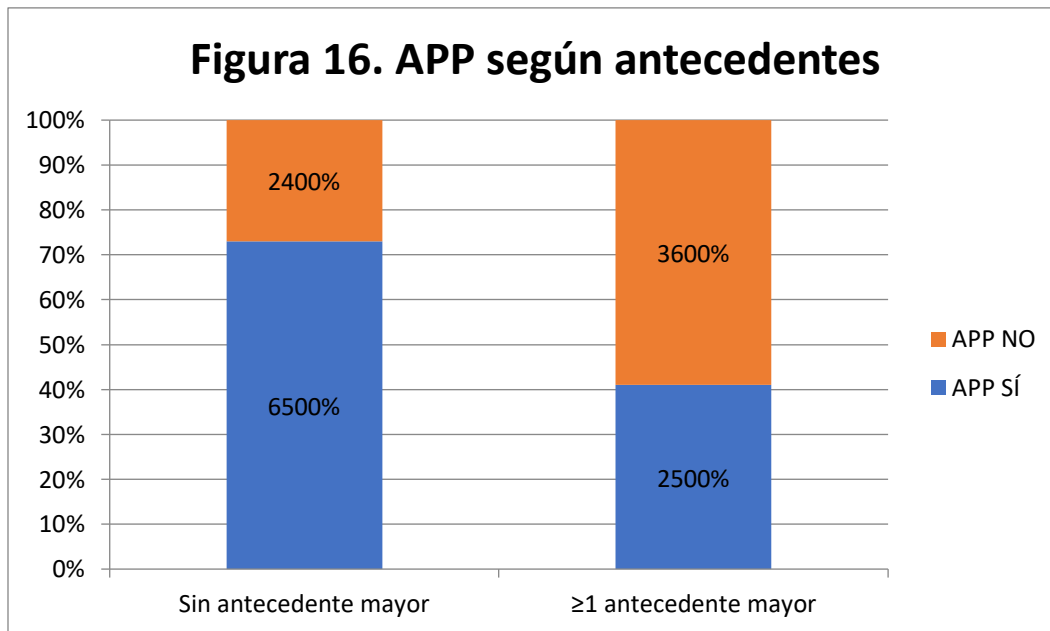
Tabla 16

**TABLA 16. APP SEGÚN ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS
(AGREGADO)**

<i>N = 150</i>					
CATEGORÍA	APP Sí (n)	APP NO (n)	Total (n)	Suma total (n): 150	
				APP Sí (%)	APP NO (%)
SIN ANTECEDENTE MAYOR	65	24	89	73,0%	27,0%
≥1 ANTECEDENTE MAYOR	25	36	61	41,0%	59,0%
TOTAL	90	60	150	60,0%	40,0%

ELABORADO POR LOS AUTORES.

Figura 16



Análisis e interpretación de resultados: según los datos obtenidos en el hospital sagrado corazón de Jesús demuestra que Resultados: Sin antecedente mayor 65/89 (73,0%); ≥1 antecedente mayor 25/61 (41,0%). Análisis: patrón contraintuitivo; revisar clasificación/registo antes de inferir causalidad.

DISCUSIÓN

La prevalencia de amenaza de parto prematuro (APP) fue del 30,0% (45/150), magnitud clínica relevante pese a que el 77,3% de las gestantes registró un control prenatal adecuado (≥ 8 controles con inicio oportuno), lo que sugiere que no solo importa la cantidad de controles sino la calidad de las intervenciones dentro de ellos; el perfil etario mostró predominio de mujeres de 20–34 años (64,0%), seguido de adolescentes ≤ 19 (30,0%) y un grupo menor ≥ 35 (6,0%), por lo que, aunque los extremos etarios suelen asociarse a mayor riesgo, en este servicio la carga absoluta de casos tiende a concentrarse en la edad intermedia por su mayor peso poblacional.

Desde lo social, más de la mitad fueron solteras (57,3%) y el 78,0% perteneció a nivel socioeconómico bajo, condiciones que podrían reducir redes de apoyo, dificultar el acceso oportuno a tratamientos y favorecer estresores cotidianos, aspectos que en conjunto pueden incrementar la vulnerabilidad obstétrica; en lo clínico, resalta una alta carga de infecciones urogenitales (solo 10,0% sin infección), con vaginosis bacteriana (28,0%) e ITU (19,3%) a la cabeza, y precisamente en el análisis bivariado la mayor proporción de APP se observó en presencia de ITU (85,0%), seguida de candidiasis (76,7%) y vaginosis (71,8%), lo que respalda el papel de la infección especialmente urinaria como factor asociado y prioriza el tamizaje sistemático (urocultivo, EGO y evaluación de flujo) y el tratamiento oportuno, incluido manejo de pareja cuando aplique.

El estado nutricional evidenció una doble carga: 26,0% bajo peso y 38,0% con exceso (18,0% sobrepeso; 20,0% obesidad), ambos vinculados a peor pronóstico perinatal, por lo que la consejería nutricional personalizada y el seguimiento del aumento ponderal deberían intensificarse desde el primer control; adicionalmente, la anemia afectó a 24,7% de gestantes, subrayando la necesidad de reforzar suplementación con hierro/ácido fólico, tamizaje y adherencia, mientras que el estrés psicosocial fue mayormente moderado (60,7%), con un 4,7% alto, lo que justifica integrar intervenciones breves de salud mental (psicoeducación, técnicas de afrontamiento) en el control prenatal; aunque globalmente los controles

fueron “adecuados”, persiste un 24,7% que no inició antes de las 12 semanas o tuvo densidad insuficiente, subgrupo que amerita búsqueda activa, recordatorios y articulación con trabajo social; respecto de los antecedentes obstétricos, se documentaron tasas apreciables de parto pretérmino previo (34,7%), RPM (22,0%) y aborto (16,7%).

Los marcadores clásicos de riesgo que deben activar rutas de vigilancia intensificada (ecografía cervical, progesterona según criterio y signos de alarma), sin embargo, en el agregado bivariado apareció un resultado contraintuitivo (mayor proporción de APP en “sin antecedente mayor” que en “ ≥ 1 antecedente”), hallazgo que probablemente obedece a la forma de agrupar, a sesgos de clasificación o a “confusión por atención” (las pacientes de mayor riesgo podrían haber recibido intervenciones que mitigaron el desenlace), por lo que se recomienda revisar definiciones y, de ser posible, reanalizar con categorías clínicas más finas o modelos multivariados; en suma, el patrón observado indica que APP en este servicio se sostiene por la interacción de determinantes infecciosos, nutricionales y psicosociales sobre un trasfondo de vulnerabilidad socioeconómica.

De cierto modo que las acciones prioritarias deberían centrarse en:

- 1) fortalecer el paquete de tamizaje/tratamiento de ITU y vaginosis (incluida preinspección de curación)
- 2) intensificar la consejería nutricional y el manejo de anemia
- 3) incorporar apoyo psicosocial breve y educación sobre signos de alarma
- 4) mejorar la oportunidad y la calidad de los controles, con estratificación de riesgo desde la primera visita para reducir la APP en la población atendida.

CONCLUSIONES

1) Antecedentes personales y obstétricos: se identificaron marcadores relevantes del parto pretérmino previo, RPM, aborto previo, cirugía cervical, multiparidad e intervalo intergenésico corto lo que configuran un perfil de alto riesgo y justifican la estratificación desde el primer control.

2) Condiciones ginecológicas, nutricionales, infecciosas y sociales: existe alta carga de infecciones urogenitales, doble carga nutricional (bajo peso y exceso ponderal) con presencia de anemia, estrés psicosocial mayormente moderado y predominio de nivel socioeconómico bajo, conjunto que incrementa la vulnerabilidad obstétrica.

3) Relación factores–APP: las infecciones especialmente ITU muestran la asociación más consistente con APP; los extremos de IMC y la anemia probablemente contribuyen al riesgo, y la edad intermedia concentra la mayor cantidad de casos por su peso poblacional, por lo que se sugiere profundizar con análisis multivariado para estimar efectos independientes.

RECOMENDACIONES

1) Infecciones: establecer tamizaje universal (EGO/urocultivo y evaluación de flujo), tratamiento según guías, control de curación y manejo de pareja cuando corresponda; monitorizar con indicadores de cobertura, adherencia y reinfección.

2) Control prenatal estratificado en riesgo: garantizar inicio ≤ 12 semanas y ≥ 8 contactos efectivos, con vías diferenciadas para alto riesgo (longitud cervical cuando esté disponible, progesterona según criterio), consejería nutricional con metas de ganancia ponderal por IMC, prevención y manejo intensivo de anemia, apoyo psicosocial breve integrado al CPN.

3) Gestión y mejora continua: unificar definiciones operacionales, fortalecer el registro clínico con auditorías mensuales, implementar un panel de control (APP, tamizaje/tratamiento, anemia corregida, oportunidad de CPN) y análisis multivariado periódico para orientar la toma de decisiones, articulando con Trabajo Social para disminuir barreras socioeconómicas.

REFERENCIAS

Camacho, L. (2021). Infecciones urinarias y riesgo de parto prematuro. *Revista Latinoamericana de Obstetricia*, 14(3), 88-94. <https://revistalatobstetricia.org/index.php/rlo/article/view/311>

Delgado, R. (2021). *Complicaciones comunes del embarazo* (2.^a ed.). Editorial Científica. <https://revistamedica.com/complicaciones-embarazo-resumen/>

Fernández, M. (2022). *Guía clínica de patologías obstétricas*. Ediciones Universitarias. <https://www.fasgo.org.ar/images/Manual-Breve-Emergencia-Obstetrica.pdf>

Gómez, P. (2020). APP y condiciones psicosociales en gestantes adolescentes. *Salud Pública y Mujer*, 8(1), 29-36. <https://saludpublicaymujer.org/index.php/spm/article/view/58>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2023). *Estadísticas de morbilidad hospitalaria 2023*. <https://www.salud.gob.ec/estadisticas-de-salud/>

Morales, J., & Vargas, D. (2022). Factores de riesgo en amenaza de parto prematuro en hospitales públicos de Ecuador. *Revista Médica Ecuatoriana*, 15(2), 45-54. <https://revmedicaecuador.org/index.php/rme/article/view/220>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Preterm birth: Key facts*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Situación de la salud materna en América Latina y el Caribe*. <https://www.paho.org/es/documentos/situacion-salud-materna-america-latina-caribe>

Rodríguez, H. (2020). *Obstetricia General* (3.^a ed.). Editorial Salud. https://books.google.com/books/about/Obstetricia_general.html?id=rI2nDAAAQBAJ

Serrano, E. (2023). *Manual de ginecología y obstetricia para nivel hospitalario*. Edimed. <https://www.udocz.com/apuntes/1304882/manual-de-ginecologia-y-obstetricia>

Blencowe, H., Cousens, S., Chou, D., Oestergaard, M., Say, L., Moller, A. B., Kinney, M., & Lawn, J. (2013). Born too soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. *Reproductive Health*, 10(Suppl 1), S2. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-S1-S2>

Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet*, 371(9606), 75-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60074-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60074-4)

ACOG. (2021). *Preterm labor and birth*. American College of Obstetricians and Gynecologists.

OMS. (2018). *Nacimientos prematuros: Datos clave*. Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Recomendaciones sobre intervenciones para mejorar los resultados en salud de los recién nacidos prematuros*. Ginebra: OMS.

Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M., et al. (2019). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2018. *The Lancet*, 379(9832), 2162-2172.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Recomendaciones sobre intervenciones para mejorar los resultados en salud de los recién nacidos prematuros*.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Nacimientos prematuros: Datos clave*.

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA ESTRUCTURADA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

VARIABLE	INDICADOR	DATO CLÍNICO	CÓDIGO/ OBSERVACIÓN
Edad materna	Edad en años	_____ años	Adolescente / adulta / >35
Antecedentes obstétricos	Parto prematuro previo	Sí / No	
	Abortos previos	0 / 1 / 2 o más	
	Incompetencia cervical	Sí / No / No evaluado	
Infecciones	Infección urinaria actual	Sí / No	Tipo de germen (si aplica)
	Vaginosis bacteriana / candidiasis	Sí / No	
Nutrición	IMC registrado en primer control	_____ kg/m ²	Bajo / Normal / Sobrepeso
	Anemia diagnosticada	Sí / No	Hb < 11 g/dL
Psicosocial	Estrés emocional evidente	Sí / No	Observación psicológica / social
	Violencia de pareja	Sí / No / No registrado	
Control prenatal	Número de controles durante embarazo	_____	Adecuado / Inadecuado
APP	Diagnóstico confirmado	Sí / No	Fecha / edad gestacional

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema / Preguntas de investigación	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones / Indicadores
Problema General: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes atendidas en el centro obstétrico del Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el periodo mayo - septiembre 2025?	Objetivo General: Determinar los factores de riesgo asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes atendidas en el centro obstétrico del Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el periodo mayo - septiembre 2025.	Hipótesis General: Los factores de riesgo personales, obstétricos, ginecológicos, nutricionales, infecciosos y sociales se asocian significativamente con la amenaza de parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús, durante el periodo mayo – septiembre 2025.	Variable Dependiente: Amenaza de parto prematuro (APP).	- Edad gestacional al diagnóstico. - Presencia de contracciones uterinas. - Cambios cervicales (dilatación y borramiento).- Registro de hospitalización por APP.
Problema Específico 1: ¿Qué antecedentes obstétricos están relacionados con la amenaza de parto prematuro en las gestantes evaluadas?	OE1: Identificar los antecedentes personales y obstétricos relevantes en gestantes con APP.	HE1: Los antecedentes personales y obstétricos relevantes (como partos prematuros previos, abortos y enfermedades crónicas) se relacionan significativamente con la ocurrencia de APP.	Variables Independientes: Antecedentes personales y obstétricos.	- Edad materna (<18 o >35).- Paridad (nulípara, múltipara).- Antecedentes de aborto o parto prematuro. - Enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes).
Problema Específico 2: ¿Qué condiciones médicas y ginecológicas están asociadas a la aparición de amenaza de parto prematuro en esta población?	OE2: Describir las condiciones ginecológicas, nutricionales, infecciosas y sociales presentes en los casos registrados.	HE2: Las condiciones ginecológicas y nutricionales desfavorables (infecciones vaginales, anemia, desnutrición) aumentan la probabilidad de presentar APP en las gestantes estudiadas.	Variables Independientes: Factores ginecológicos y nutricionales.	- Infecciones vaginales recurrentes. - - Estado nutricional (IMC bajo/alto).- Presencia de anemia. - Control ginecológico previo al embarazo.
Problema Específico 3: ¿Qué hábitos o factores conductuales (como tabaquismo, consumo de sustancias, alimentación, etc.) se identifican con mayor frecuencia en las gestantes con APP?	OE3: Analizar la relación entre los factores de riesgo identificados y la ocurrencia de APP.	HE3: Los factores infecciosos y sociales (infecciones urinarias, nivel socioeconómico bajo, escasa cobertura de salud y falta de apoyo familiar) inciden directamente en la aparición de APP en la población analizada.	Variables Independientes: Factores infecciosos y sociales.	- Infecciones urinarias. - Enfermedades de transmisión sexual. - Pielonefritis u otros procesos infecciosos.- Nivel socioeconómico. - Nivel educativo. - Apoyo familiar. - Adherencia al control prenatal.

ANEXO 3: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO	ESCALA
Amenaza de parto prematuro	Diagnóstico clínico	Contracciones antes de la semana 37	Historia clínica	Cualitativa nominal
Infecciones genitourinarias	Urinaria / vaginal	Presencia de bacterias / flujo	Cultivos / ficha médica	Cualitativa dicotómica
Antecedentes obstétricos	APP previa, abortos	Registro de eventos previos	Historia obstétrica	Cuantitativa discreta
Estado nutricional	IMC, anemia	Peso, talla, hemoglobina	Exámenes y ficha médica	Cuantitativa continua
Factores psicosociales	Estrés, violencia	Reporte emocional / familiar	Entrevista / historia	Cualitativa ordinal
Control prenatal	Frecuencia y oportunidad	Número de controles / semanas	Historia clínica	Cuantitativa continua

ANEXO 4: CRONOGRAMA EN FORMATO GANTT

ACTIVIDAD / MES	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP
Selección del tema y validación	X				
Revisión bibliográfica	X	X			
Redacción del perfil del proyecto		X	X		
Diseño y validación del instrumento			X		
Solicitud de permisos institucionales			X		
Recolección de datos			X	X	
Tabulación y análisis de datos				X	
Redacción final del informe de investigación				X	X
Revisión final e impresión					X
Sustentación ante el tribunal evaluador					X