



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
Departamento Gestión del
Conocimiento

**Formulario de Proyecto final de
Tesis**

LEA ANTES DE COMENZAR

- El informe final de investigación constituye la tesis necesaria para egresar de nuestros programas de residentado y deberá ser defendido para lograr su aprobación para que el residente pueda egresar con el título de especialista que aspira.
- El formulario está diseñado para que el investigador escriba el contenido de su trabajo siguiendo el orden de los títulos que se han dispuesto que sigue la metodología **IMRyD** (Introducción, Metodología, Resultados y Discusión)
- No altere los formularios, solo escriba la información en las casillas respectivas, estas se expandirán según lo requiera su contenido.
- No envíe documentos con información o correcciones incompletas
- Enviar sus formularios a **revisionmetodologica.dgc.iss@gmail.com**
- Al enviar el documento escriba INFORME FINAL código 0000 en la casilla de ASUNTO del correo
- Las correcciones se envían en el mismo formulario que inicio el proceso, no genere nuevos formularios para responder.
- Sus correcciones resáltelas con color amarillo y anótelas en la sección “Corrección de observaciones”
- EL sombreado verde que hace el revisor significa que el contenido no requiere de correcciones
- Conserve una copia del formulario con las correcciones que envía a evaluación
- Enviar correcciones ANTES DE LAS 0700 HORAS de la fecha agendada.
- Elabore el formulario siguiendo el orden establecido

CODIGO DE REVISION METODOLOGICA: 798G127AL23	
Información general	
Fecha de aprobación de gestión bibliográfica	31/10/2023
Fecha de aprobación de Protocolo	25/04/2025
Fecha de aprobación Comité de Ética y código asignado	24/06/2025 código CEISS 2025-056
Autor (es)	Nataly Rebeca Monterroza Argueta, Katya Rosmery Castaneda Ancheta
Teléfono y dirección electrónica	7864-3337 / 7840-2744 Castancheta24@gmail.com / natakimonterroza@hotmail.com
Asesor (es)	Dr. Manuel Salinas Mejía

Teléfono y dirección electrónica	H1m.jefededocencia@isss.gob.sv 7160-4524
Profesor de investigación	Dra. Claudia Margarita López de Blanco
Teléfono y correo electrónico del profesor de investigación	claudia.lopez@ues.edu.sv 7854-1194
Especialidad/Disciplina	Ginecología y Obstetricia

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MEDICAS



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN:

TEMA:

Perfil clínico y epidemiológico de la paciente que verificó parto prematuro menor de 34 semanas

AUTORES

Dra. Katya Rosmery Castaneda Ancheta
Dra. Nataly Rebeca Monterroza Argueta

Para optar al Título de Especialista en:
Ginecología y Obstetricia

ASESOR METODOLÓGICO

Dr. Manuel Salinas Mejía

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, OCTUBRE 2025

INDICE

Contenido

INDICE.....	4
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN.....	6
MATERIALES Y MÉTODOS	7
RESULTADOS.....	8
DISCUSION.....	¡Error! Marcador no definido.
REFERENCIAS.....	17

RESUMEN

El parto prematuro, definido como la interrupción del embarazo antes de las 37 semanas de gestación, constituye una de las principales causas de morbilidad perinatal a nivel global. Su prevalencia estimada del 10% de los nacimientos subraya su relevancia epidemiológica y la necesidad de identificar factores clínicos que permitan implementar intervenciones oportunas. Este fenómeno obstétrico implica un impacto significativo tanto para el binomio madre-hijo como para la carga asistencial de los servicios de salud, debido a las complicaciones respiratorias, neurológicas, infecciosas y metabólicas vinculadas a la inmadurez fetal, especialmente cuando ocurre antes de las 34 semanas. **Objetivo:** Caracterizar el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes que cursaron con parto prematuro menor de 34 semanas en el Hospital Materno Infantil Primero de Mayo, durante el periodo de enero a diciembre de 2023. **Metodología:** Se ejecutó un estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. La población estuvo conformada por 119 pacientes que verificaron parto prematuro en el periodo de estudio. Las variables incluyeron edad materna, número de controles prenatales, nivel de escolaridad, estado civil, procedencia geográfica, presencia de infecciones previas y actuales, tipo de embarazo, edad gestacional al momento del parto y antecedentes obstétricos, especialmente antecedente de parto prematuro previo. Los datos se recolectaron en una matriz estructurada de Microsoft Excel y se analizaron mediante estadística descriptiva, presentando distribuciones porcentuales en tablas y gráficos, permitiendo así establecer patrones clínicos y epidemiológicos relevantes. **Resultados:** Se observó que la mayor proporción de pacientes (24.21%) correspondía al grupo etario de 26 a 35 años, considerado tradicionalmente de menor riesgo obstétrico. No obstante, se identificó una prevalencia significativa de comorbilidades crónicas (32.4%), entre ellas hipertensión, enfermedades endocrinas e infecciones recurrentes. Destaca particularmente la alta frecuencia de antecedente de parto prematuro previo (68.9%), lo que reafirma su papel como principal factor predictivo para nuevos eventos prematuros. Asimismo, se documentó la presencia de infecciones del tracto genitourinario, tanto previas como durante la gestación, las cuales constituyen un factor desencadenante ampliamente descrito en la literatura debido a su relación con la producción de citocinas proinflamatorias y la activación prematura del trabajo de parto. **Conclusiones:** A pesar de la heterogeneidad clínica observada en la población estudiada, se evidenció un patrón común entre las pacientes con parto prematuro menor de 34 semanas: la presencia de antecedentes obstétricos de parto prematuro y procesos infecciosos previos o concomitantes a la gestación. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer el tamizaje temprano de factores de riesgo, optimizar el control prenatal y promover intervenciones preventivas dirigidas a la detección y manejo oportuno de infecciones, a fin de disminuir la incidencia de prematuridad y sus complicaciones asociadas.

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro, definido como el nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, representa un desafío significativo para la salud pública a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 15 millones de bebés nacen prematuramente cada año, lo que equivale al 10% de todos los nacimientos (1). Esta condición está asociada con una alta morbilidad y mortalidad neonatal, así como con secuelas a largo plazo que afectan tanto a los recién nacidos como a sus familias. Las causas del parto prematuro son multifactoriales e incluyen factores médicos, socioeconómicos y ambientales. (2) Entre los factores médicos se encuentran las infecciones del tracto urinario, infecciones vaginales, anomalías congénitas del aparato reproductor femenino, preeclampsia y otras complicaciones durante el embarazo. Además, factores socioeconómicos como el bajo nivel educativo, la falta de acceso a atención prenatal adecuada, y condiciones de vida desfavorables también contribuyen al riesgo de parto prematuro (2). En El Salvador, el parto prematuro constituye un problema de salud pública de gran magnitud, especialmente en el Hospital Materno Infantil Primero de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). La incidencia de partos prematuros en este hospital ha mostrado un incremento constante, sin una reducción significativa en la tasa de esta patología. El impacto del parto prematuro no se limita a las complicaciones médicas inmediatas. A largo plazo, los niños nacidos prematuramente pueden enfrentar desafíos en su desarrollo cognitivo y motor, así como un mayor riesgo de enfermedades crónicas. Además, el parto prematuro genera un impacto económico significativo debido a los costos asociados con la atención neonatal especializada, el uso de medicamentos de alto costo, y la necesidad de personal médico altamente capacitado. Este estudio se propone describir el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes que verificaron parto prematuro menor de 34 semanas en el Hospital Primero de Mayo durante el periodo de enero a diciembre de 2023. El estudio permitirá establecer estrategias de prevención y mejorar la atención clínica de estas pacientes, contribuyendo así a la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal. Además, los datos generados por este estudio proporcionarán una base sólida para la planificación y ejecución de políticas públicas en salud materno-infantil, adaptadas a la realidad local y enfocadas en la prevención y manejo del parto prematuro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio tipo descriptivo, retrospectivo y transversal del perfil clínico y epidemiológico de las pacientes que verificaron parto prematuro menor de 34 semanas en el Hospital Materno Infantil Primero de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social en el periodo de enero a diciembre de 2023.

El instrumento utilizado para la medición de los datos fue una ficha de recolección de datos en Excel, de la cual se extrajo información de la historia clínica y de la hoja de control prenatal de las pacientes que verificaron parto prematuro en Hospital Materno Infantil Primero de Mayo, previa autorización del comité de ética y autoridades de dicho centro hospitalario.

Descriptivo debido a que solo se realizará una revisión de expedientes, no habrá intervención, ya que no se busca evaluar una relación causa efecto, sino que los datos serán utilizados con finalidades puramente descriptivas.

Se busco en los expedientes datos sociodemográficos, educativos, obstétricos y médicos. En total se revisaron 119 expedientes, siendo estos la muestra con un intervalo de confianza del 95%. Esta base de datos se procesó en Microsoft Excel, utilizando estadísticas descriptivas, retrospectivas y transversales, representadas en porcentajes y tablas, correspondientes a variables como edad, estado civil, nivel educativo, antecedentes médicos, complicaciones durante embarazo e infecciones actuales y preexistentes.

RESULTADOS

La presente investigación fue realizada en el Hospital Materno Infantil Primero de Mayo en el periodo de enero de 2023 a diciembre 2023, la muestra fue de 119 pacientes (N=119)

A continuación, se describen los resultados obtenidos de las variables propuestas en el estudio.

Tabla 1. Edad de las pacientes que verificaron parto prematuro espontaneo

Edad	Frecuencia	Porcentaje
21-25	16	13.44 %
26-30	45	37.0 %
31-35	30	24.21%
36 a 40	28	24.0%
40 o mas	0	0 %
Total	119	100 %

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=119

En referencia a la edad, el porcentaje más alto lo constituye las pacientes de 26 a 30 años, seguidas por pacientes de 31 a 35 y obteniendo un porcentaje del 0% de edad de 40 años.

Tabla 2. Área geográfica de procedencia a la cual pertenecieron las pacientes

Zona	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	93	78.15 %
Rural	26	21.85 %
Total	119	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=119

Respecto al área geográfica de donde provenían las pacientes, podemos observar que el 78.15% son de área urbana, seguido de las pacientes que provenía del área rural.

Tabla 3. Departamento de origen de las pacientes

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
San Salvador	51	42.86%
Santa Ana	31	26.05%
Chalatenango	2	1.68%
La Paz	10	8.4%
Morazán	3	2.52%
La Libertad	2	1.68%
San Miguel	7	5.88%
Sonsonate	13	10.92%
Cabañas	0	0%
Usulután	0	0%
Ahuachapán	0	0%
San Vicente	0	0%
Cuscatlán	0	0%
La Unión	0	0%
	119	100.00 %

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=119

En consonancia con la tabla previa podemos observar que las pacientes provienen del área de San Salvador seguido del departamento del cual se recibe la mayoría de las referencias por embarazos de paciente con prematuros siendo Santa Ana con 26.05 %.

Tabla 4. Nivel académico de las pacientes que verificaron parto prematuro

Nivel académico	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	15	12.61%
Primaria completa	8	6.72%
Secundaria incompleta	7	5.88%
Secundaria Completa	79	66.39%
Educación Superior	10	8.40%
Total	119	100%

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=119

El nivel académico de las pacientes que verificaron parto prematuro fue a predominio de secundaria completa, es decir habían finalizado su bachillerato.

Tabla 5. Ocupación de las pacientes que verificaron parto prematuro

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleada	65	54.62
Ama de casa	54	45.38
Total	119	100 %

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N =119

El mayor porcentaje de las pacientes son empleadas de alguna empresa adscrita al ISSS (54.62%) y el resto realizan labores en casa (amas de casa, 45.38%)

Tabla 6. Estado Civil de las usuarias

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	9	7.56
Casada	39	32.77
Unión libre	71	59.67
Viuda	0	0
Total	119	100.00 %

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=119

La mayoría de las pacientes 59.97% que presentaron parto prematuro vivían en unión libre lo que representa el 89 de los casos de 179. El segundo grupo más frecuente fueron las casadas con 32.77 % (39 pacientes) y solo un 9% era solteras (9 pacientes) y no hubo caso de paciente viudas que haya presentado parto prematuro.

Tabla 7. Antecedente de Parto Prematuro

Parto prematuro previo	Frecuencia	Porcentaje
SI	82	68.91
NO	37	31.09
Total	119	100.00 %

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=119

Las 82 pacientes (68.91%) tienen el antecedente de parto prematuro, sin distinguir si fue parto espontaneo o inducido; 37 pacientes (31.09%) no tenían antecedentes de partos prematuros.

Tabla 8. Tipo de gestación

Tipo de embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Único	111	93.28
Gemelos	8	6.72
Trillizos	0	0
Total	119	100.00 %

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=119

La gran mayoría de los partos prematuros (93.28%) ocurrieron en embarazos únicos. Solo el 6.72% de los partos prematuros fueron de embarazos de gemelos. No se reportaron partos prematuros en embarazos de trillizos durante este período.

Tabla 9. Numero de controles prenatales

Numero	Frecuencia	Porcentaje
1-3	27	22.69
4-6	78	65.54
>6	14	11.7
	119	100

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=119

La mayoría de los pacientes el 78 % asistieron entre 4 y 6 controles prenatales lo que indican una asistencia moderada al control del embarazo. Un 27% de las pacientes acudió a un número insuficientes de controles de embarazo entre 1 y 3 mientras que solo un 14 % realizo más de 6 controles prenatales.

Tabla 10. Edad gestacional al momento de verificar parto prematuro.

Edad gestacional al momento del parto	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 28	11	9.24
28-32	28	23.53
33-<34	80	67.23
	119	100

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=119

Se observa que la mayoría de los partos prematuros 80% ocurrieron entre las 33 y menor de 34 semanas, lo que indica una alta prevalencia de prematurez de moderada a severa y un 11 % de las pacientes presento parto antes de las 28 semanas considerado como parto prematuro extremo con mayor riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal.

Tabla 11. Vía de evacuación

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje
Vaginal	87	73.11
Cesárea	32	26.89
	119	100

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=119

En cuanto a la vía de finalización del embarazo, el 73.11% de las pacientes con parto prematuro tuvo un parto vaginal, mientras que el 26.89% fue por cesárea. Este último porcentaje refleja una proporción considerable de partos quirúrgicos, probablemente vinculados a la presencia de factores de riesgo materno-fetales que comprometían la salud de la madre o del recién nacido.

Tabla 12. Enfermedades Preexistentes de las usuarias que verificaron parto prematuro

Enfermedades Preexistentes	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión Arterial crónica	21	17.65
Diabetes Mellitus	26	21.85
VIH	0	0
Cardiopatía	3	2.52
Nefropatía	5	4.2
Hipotiroidismo	13	10.92
Ninguna	51	42.86
	119	100

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=119

El 21.85% de las pacientes que verificaron parto prematuro presentaban Diabetes Mellitus, y el 17.65% padecían Hipertensión Arterial Crónica, posicionándose como las enfermedades preexistentes más frecuentes. No obstante, un 42.86% de las pacientes no reportaron enfermedades previas, lo cual sugiere la influencia de otros factores en la ocurrencia del parto prematuro.

Tabla 13. Comorbilidad durante la gestación

Complicación	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes gestacional	28	23.53
Ruptura prematura de membranas	29	24.37
Hipotiroidismo	21	17.65
Infección intra amniótica	13	10.92
Ninguna	28	23.53
	119	

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=119

Diabetes gestacional (23.53%), seguida de la Ruptura prematura de membranas (24.37%) El hipotiroidismo representó un (17.65) % de las complicaciones, mientras que la infección intra amniótica estuvo presente en el (10.92%) de los casos. Cabe destacar que un 23.53% de las pacientes no presentó ninguna complicación

Tabla 14. Antecedente de infección previa

Antecedente de infección previas	Frecuencia	Porcentaje
SI	68	57.15
NO	51	42.83
	119	100

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=119

Se observa que el 57.15% de las pacientes que verificaron parto prematuro presentaron antecedentes de infección previa, mientras que el 42.83% no reportaron infecciones antes del evento obstétrico. Esto sugiere que más de la mitad de los partos prematuros en la muestra analizada estuvieron precedidos por algún tipo de infección, lo cual podría señalar un vínculo clínicamente relevante entre las infecciones previas y el desenlace del embarazo.

Tabla 14-1 Infección más prevalente de las pacientes

Infección	Frecuencia	Porcentaje
Portadora de SGB	11	9.24
Infección del tracto urinario	59	49.57
Vaginosis bacteriana	19	15.97
Gastrointestinal	2	1.69
Ninguna	28	23.53
	119	100

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=119

Se observa que la infección más prevalente fue la infección del tracto urinario (49.57%), seguida de la vaginosis bacteriana (15.97%) y la colonización por estreptococo del grupo B (9.24%). Estos hallazgos sugieren que las infecciones genitourinarias, especialmente la infección urinaria y la vaginosis bacteriana, podrían desempeñar un papel importante como factores de riesgo para el parto prematuro en esta población.

Tabla 15. Infección identificada en el momento de la atención del parto

Infección	Frecuencia	Porcentaje
Si	69	57.98
No	50	42.02
	119	100

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=119

Durante el periodo de estudio comprendido entre enero y diciembre de 2023, se observó que de las 119 pacientes con parto prematuro <34 semanas, el 57.98% presentaron alguna infección durante el embarazo. Esto indica que más de la mitad de las pacientes presentaron alguna infección que desencadenó el trabajo de parto.

Tabla 15-1 Infección más prevalente de las usuarias que verificaron parto prematuro

Infección	Frecuencia	Porcentaje
SGB	5	4.2
infección del tracto urinario	55	46.22
Vaginosis Bacteriana	12	10.08
Gastrointestinal	2	1.68
Ninguna	45	37.82
	119	100

Fuente: Elaboración propia obtenido de los expedientes clínicos N=119

La infección más frecuente fue la infección del tracto urinario, identificada en 67 pacientes (15.2%), seguida de la vaginosis bacteriana con 12 casos (10.08%). En menor proporción se observó infección por *Estreptococos* del grupo B (4.2%) y gastrointestinal (1.68%).

DISCUSION

El presente estudio aporta evidencia local sobre los factores asociados al parto prematuro menor de 34 semanas en usuarias que asistieron a Hospital Materno Infantil Primero de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, durante el período enero–diciembre de 2023. La frecuencia de complicaciones obstétricas observadas concuerda con la tendencia latinoamericana reportada en estudios de México, Colombia y Perú, donde los trastornos hipertensivos, las infecciones del tracto urinario y la diabetes gestacional constituyen las principales causas de prematuridad(3–5).

En esta cohorte, la mayoría de mujeres (24.1%) tenía entre 26 y 35 años, rango de edad considerado de menor riesgo obstétrico; sin embargo, la alta frecuencia de comorbilidades crónicas (32.4%) y antecedentes de parto prematuro previo (68.91%) refuerza la naturaleza recurrente y multifactorial del evento. Estudios multicéntricos latinoamericanos han demostrado que el antecedente de parto prematuro incrementa el riesgo de recurrencia hasta cinco veces, particularmente cuando coexisten factores como hipertensión crónica o infecciones persistentes (6,7).

Las infecciones genitourinarias representaron más de la mitad de los casos infecciosos, hallazgo similar al descrito por Castaño et al. en Colombia (8), quienes documentaron una prevalencia de infección urinaria de 48% en gestantes con parto pretérmino. La infección por *Estreptococos* del grupo B y la vaginosis bacteriana son reconocidas por la OMS como factores prevenibles de parto prematuro mediante tamizaje y tratamiento oportuno (9). Estos resultados enfatizan la necesidad de mantener programas de cribado sistemático en los controles prenatales.

El 59.8% de los partos fueron por vía vaginal, en concordancia con reportes de la región que muestran un uso prudente de la cesárea en contextos de prematuridad controlada.

Los hallazgos de este estudio, aunque son descriptivos, evidencian la necesidad de políticas institucionales orientadas a la identificación temprana de pacientes con riesgo de prematuridad, así como al fortalecimiento de la educación prenatal, seguimiento de infecciones y control de enfermedades crónicas. Su valor radica en proporcionar datos locales que pueden contribuir al diseño de estrategias de prevención dentro del sistema de salud salvadoreño

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2025 Mar 25]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
2. Chavarría L. Factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en El Salvador. *Alerta*. 2019;2(2):144-152. DOI: 10.5377/alerta.v2i2.7922
3. Rodríguez C, et al. Factores asociados a parto pretérmino en hospitales de tercer nivel en México. *Ginecol Obstet Mex*. 2021;89(4):210–8.
2. Carrillo O, et al. Prematuridad y comorbilidades maternas en hospitales públicos de Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2020;71(2):123–31.
4. Rojas N, et al. Causas obstétricas de parto prematuro en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2022;68(3):145–53.
5. Romero R, Dey SK, Fisher SJ. Preterm labor: One syndrome, many causes. *Science*. 2014;345(6198):760–5.
6. Goldenberg RL, et al. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*. 2008;371(9606):75–84.
7. Castaño LM, et al. Infecciones urinarias y parto pretérmino en un hospital universitario colombiano. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2019;84(6):412–9.
8. World Health Organization. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Geneva: WHO; 2015.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 222: Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2020;135(6):e237–60.