Sanitas
Revista arbitrada de ciencias de la salud
Vol. 5(3), 1-7, 2026
https://doi.org/10.62574/f9p4ny12

Amenaza de parto pretérmino. Revisión de factores de riesgo

Threatened preterm labor. A review of risk factors

Ronal Steeven Yansapanta-Chipantiza
ronalyc16@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0005-0949-1963

Carolina Daniela Correa-Ramos
carolinacr98@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0000-0001-6398-4631

RESUMEN

Objetivo: analizar los factores de riesgo maternos, obstétricos e infecciosos asociados con la amenaza de parto pretérmino y su relación con las pruebas predictivas disponibles. **Método:** estudio documental descriptivo sustentado en 19 documentos, 18 de ellos indexados en PubMed y SciELO y una guía de práctica clínica, seleccionados por pertinencia temática y verificabilidad bibliográfica. **Resultados:** el antecedente de parto pretérmino, la infección urinaria, la infección intraamniótica, el intervalo intergenésico corto, la conización cervical y la gestación múltiple se asociaron con mayor riesgo; la longitud cervical transvaginal y la fibronectina fetal mostraron el mejor rendimiento predictivo. **Conclusiones:** la amenaza de parto pretérmino expresa un síndrome multicausal cuyo abordaje exige articular la historia obstétrica con marcadores objetivos, lo que reduce el sobrediagnóstico y orienta la intervención hacia las gestantes de mayor riesgo.

Descriptores: trabajo de parto prematuro; nacimiento prematuro; factores de riesgo. (DeCS).

ABSTRACT

Objective: to analyze maternal, obstetric and infectious risk factors associated with threatened preterm labor and their relationship with available predictive tests. **Method:** descriptive documentary study based on 19 documents, 18 indexed in PubMed and SciELO plus one clinical practice guideline, selected for thematic relevance and bibliographic verifiability. **Results:** previous preterm birth, urinary tract infection, intra-amniotic infection, short interpregnancy interval, cervical conization and multiple gestation were associated with higher risk; transvaginal cervical length and fetal fibronectin showed the best predictive performance. **Conclusions:** threatened preterm labor reflects a multicausal syndrome whose management requires combining obstetric history with objective markers, which reduces overdiagnosis and directs intervention toward women at highest risk.

Descriptors: obstetric labor premature; premature birth; risk factors. (DeCS).

Recibido: 05/07/2026. Revisado: 06/08/2026. Aprobado: 12/08/2026. Publicado: 09/09/2026.

Original breve

INTRODUCCIÓN

Hoy por hoy, la prematuridad encabeza las causas de muerte neonatal y deja secuelas físicas, neurológicas y socioeconómicas que rebasan el periodo perinatal; las estimaciones más recientes cifraron en 13,4 millones los nacimientos pretérmino ocurridos en 2020, con la mayor carga en el sur de Asia y el África subsahariana (1). A la luz de la revisión de Goldenberg et al., estos nacimientos siguen tres trayectorias: el trabajo de parto espontáneo con membranas íntegras, la rotura prematura de membranas y la finalización indicada por causa materna o fetal (2). Desde la óptica fisiopatológica, la vía espontánea, responsable de cerca del 70 % de los casos, se comporta como un síndrome en el que la infección intraamniótica, la senescencia decidual y la quiebra de la tolerancia maternofetal desembocan en un mismo desenlace clínico (3).

Dentro de este orden de ideas, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia define la amenaza de parto pretérmino (APP) como la dinámica uterina regular acompañada de modificaciones cervicales progresivas entre las 22 semanas y las 36 semanas y 6 días de gestación (4). Ahora bien, el criterio clínico aislado discrimina mal; Ochoa y Pérez Dettoma documentaron tasas elevadas de sobrediagnóstico y sobretratamiento, con estancias hospitalarias prolongadas, lo que obliga a separar la amenaza verdadera de la falsa mediante pruebas objetivas (5).

Desde el ámbito latinoamericano, Mendoza Tascón et al. recordaron que alrededor de uno de cada diez neonatos nace antes de término y que la prematuridad obedece tanto a determinantes biológicos como a condiciones sociales, ambientales y económicas, motivo por el cual su prevención debe asumirse como política pública (6). Por su parte, Huertas Tacchino situó el eje preventivo en la predicción, apoyada en calculadoras que integran historia clínica, longitud cervical y fibronectina fetal (7). Sobre esta base, el presente trabajo se propuso analizar los factores de riesgo

maternos, obstétricos e infecciosos asociados con la APP y valorar su articulación con las pruebas predictivas de uso habitual.

MÉTODO

Se desarrolló un estudio documental, descriptivo y de enfoque cualitativo. Para ello, la búsqueda se efectuó en PubMed y SciELO con los descriptores Trabajo de Parto Prematuro, Nacimiento Prematuro y Factores de Riesgo, combinados mediante operadores booleanos, y se complementó con la guía española vigente sobre parto pretérmino. Se incluyeron artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías en español o inglés sobre factores de riesgo, fisiopatología o predicción; en cambio, se descartaron páginas divulgativas, revistas sin indexación y registros cuyos datos no pudieron contrastarse con la fuente primaria. Por otro lado, no se fijó límite temporal, puesto que varios estudios de cohorte publicados entre 1996 y 2008 conservan vigencia como referencia. En consecuencia, el corpus quedó integrado por 19 documentos, sometidos a lectura crítica y a categorización en cuatro ejes: factores infecciosos, antecedentes obstétricos y maternos, predictores cervicales y bioquímicos, y rotura prematura de membranas.

RESULTADOS

Factores infecciosos. En la cohorte chilena de Ovalle et al., con 642 partos únicos entre las 22 y 34 semanas, la infección bacteriana ascendente predominó en el parto espontáneo, mientras la preeclampsia lo hizo entre las interrupciones indicadas (8). Con un diseño de casos y controles, Ahumada-Barrios y Alvarado compararon 298 gestantes con parto pretérmino frente a 302 con parto a término en un hospital de Lima y jerarquizaron los factores mediante regresión logística (9). En esa misma línea, Abanto-Bojorquez y Soto-Tarazona demostraron que la infección del tracto urinario se asociaba con APP en adolescentes, junto con la rotura prematura de membranas y el embarazo múltiple (10). Por añadidura, la revisión Cochrane de Smaill y Vazquez indicó que tratar la bacteriuria asintomática reduce la pielonefritis

y podría disminuir el parto pretérmino y el bajo peso al nacer, aunque con certeza baja (11). Visto así, la infección intrauterina, a menudo subclínica, se perfila como el mecanismo más ligado a los nacimientos de menor edad gestacional (12).

Antecedentes obstétricos y maternos. El parto pretérmino previo multiplica entre 1,5 y 2,5 veces el riesgo en la gestación siguiente (4), y el bajo índice de masa corporal materno figura entre los factores de mayor peso epidemiológico (2). A propósito del intervalo intergenésico, el metaanálisis de Conde-Agudelo et al. relacionó los periodos inferiores a 18 meses y superiores a 59 meses con resultados perinatales adversos, entre ellos la prematuridad (13). Con relación a la cirugía cervical, el registro finlandés de Jakobsson et al., basado en 25 827 mujeres tratadas por neoplasia intraepitelial, mostró que la conización casi duplicaba el riesgo de parto pretérmino (riesgo relativo 1,99), con mayor impacto en las edades gestacionales más tempranas (14). Algo semejante ocurrió con la sobredistensión uterina: Menard et al. comprobaron que el nacimiento prematuro de gemelos elevaba la probabilidad de parto pretérmino en la gestación única posterior (15).

Predictores cervicales y bioquímicos. En el estudio multicéntrico de Iams et al., la ecografía transvaginal a las 24 semanas reveló una relación inversa entre longitud cervical y parto espontáneo antes de las 35 semanas; el riesgo relativo fue de 1,98 con 40 mm o menos y de 2,35 con 35 mm o menos, y siguió en ascenso conforme el cuello se acortaba (16). Resulta revelador que Hassan et al. identificaran invasión microbiana de la cavidad amniótica en gestantes con cérvix menor de 25 mm, de suerte que el acortamiento podía constituir la única manifestación de una infección intraamniótica (17). Respecto de la fibronectina fetal, la revisión sistemática de Honest et al. concluyó que su mayor precisión se alcanza en gestantes sintomáticas para predecir el parto en los siete a diez días siguientes (18).

Rotura prematura de membranas. Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, la rotura pretérmino complica entre el 2 % y el 3 % de los embarazos y aporta una fracción considerable de los nacimientos prematuros; su manejo

depende de la edad gestacional y del balance entre infección, desprendimiento placentario y accidentes del cordón (19).

DISCUSIÓN

Así las cosas, la evidencia revisada confirma que la APP carece de una causa única, pues los factores identificados se agrupan alrededor de la infección, la insuficiencia cervical y la sobredistensión uterina, tal como anticipan el modelo sindrómico de Romero et al. (3) y la clasificación etiológica de Goldenberg et al. (2). Llama la atención que las series latinoamericanas otorguen a la infección urinaria un papel protagónico (8,10); con todo, se trata de una condición tratable, ya que el tamizaje de la bacteriuria durante el control prenatal ofrece una medida sencilla y económica (11), siempre que la cobertura asistencial alcance a las gestantes más vulnerables (6).

Desde el punto de vista diagnóstico, la escasa especificidad de los criterios clínicos explica la brecha entre las gestantes hospitalizadas y las que realmente dan a luz en la semana siguiente (4,5). De allí que la combinación de longitud cervical y fibronectina fetal, cuyo aporte principal consiste en descartar el parto inminente, permita racionalizar tocolíticos, corticoides y hospitalizaciones (7,18). Conviene advertir que la medición cervical carece de utilidad antes de la semana 14 y que el acortamiento suele instalarse entre las semanas 16 y 22, por lo que la ventana de cribado debe ajustarse a ese periodo (4,16).

En contraste con los factores infecciosos, el intervalo intergenésico corto y la conización admiten prevención primaria mediante consejería anticonceptiva y una selección cuidadosa de la técnica escisional en mujeres con deseo reproductivo (13,14); en paralelo, la progesterona vaginal reduce entre un 35 % y un 40 % el parto pretérmino espontáneo cuando se administra desde la semana 16 hasta la 34 en candidatas apropiadas (7). Entre las limitaciones figuran la naturaleza documental del trabajo, la heterogeneidad de diseños y poblaciones y la escasez

de cohortes ecuatorianas; por tal motivo, se requieren estudios locales que estimen el peso de cada factor en la población atendida por los servicios públicos del país.

CONCLUSIÓN

La APP representa la expresión clínica de un síndrome multicausal en el que convergen infección, insuficiencia cervical y sobredistensión uterina; el antecedente de parto pretérmino, la infección urinaria, la infección intraamniótica subclínica, el intervalo intergenésico corto, la conización y la gestación múltiple constituyen los factores de mayor peso, y varios de ellos son modificables desde la atención primaria. A manera de colofón, la valoración del riesgo gana precisión cuando la historia obstétrica se articula con la longitud cervical transvaginal y la fibronectina fetal, estrategia que reduce el sobrediagnóstico, evita intervenciones innecesarias y concentra los recursos en las gestantes que verdaderamente los necesitan.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. Lancet. 2023;402(10409):1261-71. doi:10.1016/S0140-6736(23)00878-4
2. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet. 2008;371(9606):75-84. doi:10.1016/S0140-6736(08)60074-4
3. Romero R, Dey SK, Fisher SJ. Preterm labor: one syndrome, many causes. Science. 2014;345(6198):760-5. doi:10.1126/science.1251816

4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Parto pretérmino. Guía de Asistencia Práctica. Prog Obstet Ginecol. 2020;63:283-321. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf

5. Ochoa A, Pérez Dettoma J. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. An Sist Sanit Navar. 2009;32(Supl 1):105-19. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200011

6. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Mendoza Tascón LI, Arias Guatibonza MD, Peñaranda Ospina CB. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev Chil Obstet Ginecol. 2016;81(4):330-42. doi:10.4067/S0717-75262016000400012

7. Huertas Tacchino E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64(3):399-404. doi:10.31403/rpgo.v64i2104

8. Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A, del Río MJ, Morong C, et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Rev Med Chil. 2012;140(1):19-29. doi:10.4067/S0034-98872012000100003

9. Ahumada-Barrios ME, Alvarado GF. Factores de riesgo de parto pretérmino en un hospital. Rev Latino-Am Enfermagem. 2016;24:e2750. doi:10.1590/1518-8345.0775.2750

10. Abanto-Bojorquez D, Soto-Tarazona A. Infección del tracto urinario y amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes de un hospital peruano. Rev Fac Med Hum. 2020;20(3):419-24. doi:10.25176/RFMH.v20i3.3056

11. Smaill FM, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2019;2019(11):CD000490. doi:10.1002/14651858.CD000490.pub4

12. Goldenberg RL, Hauth JC, Andrews WW. Intrauterine infection and preterm delivery. N Engl J Med. 2000;342(20):1500-7. doi:10.1056/NEJM200005183422007

13. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. JAMA. 2006;295(15):1809-23. doi:10.1001/jama.295.15.1809

14. Jakobsson M, Gissler M, Sainio S, Paavonen J, Tapper AM. Preterm delivery after surgical treatment for cervical intraepithelial neoplasia. Obstet Gynecol. 2007;109(2 Pt 1):309-13. doi:10.1097/01.AOG.0000253239.87040.23

15. Menard MK, Newman RB, Keenan A, Ebeling M. Prognostic significance of prior preterm twin delivery on subsequent singleton pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1996;174(5):1429-32. doi:10.1016/s0002-9378(96)70584-7

16. Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, Mercer BM, Moawad A, Das A, et al. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. N Engl J Med. 1996;334(9):567-72. doi:10.1056/NEJM199602293340904

17. Hassan S, Romero R, Hendler I, Gomez R, Khalek N, Espinoza J, et al. A sonographic short cervix as the only clinical manifestation of intra-amniotic infection. J Perinat Med. 2006;34(1):13-9. doi:10.1515/JPM.2006.002

18. Honest H, Bachmann LM, Gupta JK, Kleijnen J, Khan KS. Accuracy of cervicovaginal fetal fibronectin test in predicting risk of spontaneous preterm birth: systematic review. BMJ. 2002;325(7359):301. doi:10.1136/bmj.325.7359.301

19. Prelabor rupture of membranes: ACOG Practice Bulletin, Number 217. Obstet Gynecol. 2020;135(3):e80-97. doi:10.1097/AOG.0000000000003700

Derechos de autor: 2026. Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/