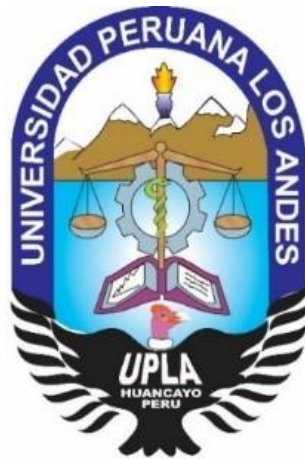


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA



TRABAJO ACADÉMICO

**FACTORES MATERNOS ASOCIADOS AL DESARROLLO
DEL PARTO PRETÉRMINO- 2018**

Presentado por:

OBST. MARTHA VILCA ENCISO

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN OBSTETRICIA**

ESPECIALIDAD RIESGO OBSTÉTRICO

HUANCAYO – PERÚ

2019

HOJA DE CONFORMIDAD

Dr. Juan Manuel Sánchez Soto
Presidente

Dr. Williams Ronald Olivera Acuña
Miembro

Mg. Isabel Martha Cifuentes Pecho
Miembro

Mg. Rocío Isabel Ramírez Miguel
Miembro

Dr. Jesús Armando Cavero Carrasco
Secretario Académico

ASESOR:

Dra. Obst. JUANA LUISA ANDAMAYO FLORES

DEDICATORIA:

El presente trabajo va dedicado a Dios por darnos la sabiduría necesaria, por haber hecho realidad la culminación de la segunda especialidad; a mis hijos Roosevelt y Romina por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Peruana Los Andes, a la escuela profesional de Obstetricia, a los maestros que me apoyaron en la culminación impartíendome sus conocimientos, en especial deseo agradecer a la Dra. Juana Luisa Andamayo Flores, por haber aceptado ser mi asesora, revisar mi trabajo que aportará en la mejora de la problemática del parto pretérmino.

ÍNDICE

	Pág.
Carátula	i
Jurados	ii
Asesor	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice	vi
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción	x

CAPÍTULO I

PARTO PRETÉRMINO

1.1 Definiciones y conceptos	12
1.2 Factores de riesgos para el parto pretérmino	13
1.3 Signos y síntomas del parto pretérmino	19
1.4 Diagnóstico del parto pretérmino	22
1.5 Riesgos de las complicaciones para los recién nacidos prematuros	30
1.6 Tratamiento y manejo del parto pre término	32
1.7 Pronóstico del parto pretérmino	36

CAPÍTULO II
RESULTADOS

2.1 Discusión	38
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	54

RESUMEN

El parto pretérmino ha sido y continúa siendo uno de los mayores problemas de morbilidad y mortalidad neonatal, tiene un costo económico y social considerable para las familias. Se analizaron investigaciones aparecidas en la literatura mundial de los últimos años en prevención del parto pretérmino.

Resultados: Los factores sociodemográficos la edad extrema de las gestantes entre menor de 15 años y mayores de 35 años de la gestante, el nivel de educación deficiente, madres solteras, los factores obstétricos más resaltantes la falta de control o no tener ninguno, madres multíparas y gran multíparas, embarazos múltiples y los factores patológicos más resaltantes tenemos ruptura prematura de membranas (RPM), infecciones urinarias asociadas a las infecciones vaginales, síndromes hipertensivos gestacional, anemia, diabetes gestacional. **Conclusiones:** Es importante reconocer y tratar los factores de riesgo materno, teniendo el acceso a un control pre natal (CNP) temprano y adecuado, es particularmente relevante para muchas mujeres con alto riesgo de parto prematuro.

Palabras clave: Factores de riesgo, parto pretérmino.

ABSTRACT

Preterm birth has been and continues to be one of the major problems of neonatal morbidity and mortality, has a considerable economic and social cost for families. We analyzed research published in the world literature of recent years in the prevention of preterm delivery. **Results:** The sociodemographic factors the extreme age of pregnant women between 15 years of age and older than 35 years of age, the poor education level, single mothers, obstetric factors most outstanding lack of control or not having any, multiparous mothers and large multiparous, multiple pregnancies and the most outstanding pathological factors we have premature rupture of membranes (RPM), urinary infections associated with vaginal infections, gestational hypertensive syndromes, anemia, gestational diabetes. **Conclusions:** It is important to recognize and treat maternal risk factors, having access to early and adequate prenatal control (PNC), is particularly relevant for many women at high risk of preterm birth.

Key words: Risk factors, preterm delivery.

INTRODUCCIÓN

Los niños prematuros nacen antes de cumplir las 37 semanas de gestación, se calcula que nacen aproximadamente 15 millones al año, las cuales un millón de ellos fallecen siendo la primera causalidad de mortalidad en menores de cinco años. La discapacidad en la infancia es provocada por la prematuridad, sobre todo en la agudeza visual, agudeza auditiva, parálisis cerebral y su desarrollo psicomotor.^{1,2}

El trabajo de parto pretérmino (TPP) es una de las principales complicaciones gestacionales e importante causa de morbimortalidad neonatal, el diagnóstico es complejo y las causas pueden ser, por iniciarse el parto espontáneo antes de las 37 semanas antes de culminar el embarazo, desencadenándose las contracciones uterinas enérgicas y perseverantes, con un borramiento cervical y dilatación cervical.³

Los parto pretérminos se relacionan a factores múltiples, así como tener antecedente de partos pretérminos, la deficiencia de hierro, los altos niveles de catecolaminas en la orina materna, madres fumadoras, la ruptura prematura de membranas (RPM), la hipertensión arterial (HTA), el sangrado transvaginal, el periodo intergenésico ≤ 1 año, la infección del tracto urinario (ITU), la ausencia del control prenatal, el control prenatal deficiente, edad extremas de la gestante, el oligohidramnios, el antecedente de aborto inducido, la preeclampsia, el embarazo gemelar, etc.

El presente trabajo se realiza, porque en el centro de salud de Chupaca, lugar donde laboro, existe una alta incidencia de Amenaza de parto pretérmino y la causa principal son las infecciones del tracto urinario.

- El presente trabajo tiene 8 capítulos:
- Definiciones y conceptos.
- Factores de riesgo para parto pretérmino.
- Signos y síntomas del parto pretérmino.
- Diagnóstico del parto pretérmino.
- Complicaciones en el recién nacido.
- Tratamiento y manejo del parto pretérmino.
- Pronóstico del Pato pretérmino.
- Prevención del parto pretérmino.

OBJETIVO.- Determinar los factores maternos asociados al desarrollo del parto pretérmino-2018.

CAPÍTULO I

PARTO PRETÉRMINO

1.1. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

Definiciones:

En esta patología se hace presente las contracciones uterinas regulares acompañadas con dilatación y modificaciones cervicales, en gestantes de 22 semanas hasta las 37 semanas.³

En EE.UU. las estadísticas señalan de cada 1 de cada 10 recién nacidos son prematuros porque el parto se da inicio antes de la semana 37.

Conceptos:

El nacimiento prematuro o parto pretérmino según la OMS, se atribuye a los nacimientos que sucede antes de las 37 ss. del embarazo. Es importante

señalar que las consecuencias y posibles complicaciones de un prematuro se evidencien cuanto más antes de la edad gestacional.

Las complicaciones pueden ser obstétricas y neonatales después de un parto pretérmino, llegando a ser lo más grave cuando termina en deceso del neonato, puesto que puede causar serios problemas de salud en la madre y el recién nacido.

Clasificación:

Tabla N° 1: clasificación se determina según la edad gestacional:

Prematuro extremo	< 28 ss.
Gran prematuro	De las 28ss a las 32 ss.
Prematuro moderado	De las 32 ss. a las 34 ss.
Prematuro tardío	De las 34 ss. a las 37 ss.

1.2. FACTORES DE RIESGOS PARA EL PARTO PRETÉRMINO

Los factores relacionados con el riesgo en el parto de pretérminos como son: factores sociodemográficos, factores obstétricos, factores patológicos relacionados con la madre y factores de riesgo para el recién nacido antes del embarazo, durante el embarazo y esto favorecería en predecir y actuar con actitud preventiva promocional.⁵

FACTORES DE RIESGOS SOCIODEMOGRÁFICOS

▪ Edad Materna:

El parto prematuro se evidencia en el embarazo en las madres adolescentes y mayores 34 años, siendo un factor preocupante para el servicio de obstetricia. ⁵

Las estadísticas de partos pretérmino se incrementan en mujeres adolescentes, siendo su primer embarazo y se suma un desarrollo inadecuado en el vientre materno. ^{6, 7, 8,9}

Las adolescentes es una etapa crítica del ser humano, la falta de madurez psicológica predispone a riesgos, más aún en gestantes adolescentes que culminan sus partos pretérminos porque la asociación a un nivel económico bajo siendo dependiente el uno del otro. ^{10, 11, 12,13}

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

▪ Control Prenatal:

Es un conjunto de actividades, que tiene como objetivo monitorizar, prevenir, antecederse a los posibles riesgos, la falta de un control, tienen niños más gravemente prematuros que aquellos con control mínimo eficiente, ya que durante la atención prenatal el profesional de salud identifica de manera oportuna los factores de riesgo pre concepcionales y concepcionales para su manejo adecuado en prevención de complicaciones. ^{6, 7}

- **Paridad gestacional:**

Concerniente al número de partos que la madre tuvo, ya se parto vaginal o cesárea, un peso mayor de 500 mg a más, mayor de 20 semanas. Se clasifica en nulípara (ningún parto), Primípara (un parto), Multíparas (más de 2 partos) y Gran Multípara (5 partos a más).⁹

- **Embarazo múltiple**

La madre gestante con más de dos fetos, que finalizan antes de las 37 ss.; el tiempo de duración del embarazo varía y se acorta, de acuerdo a la cantidad de fetos que se desarrollan intraútero como: (36 ss. para los gemelares, 33 ss. para los triples y 31 ss. para los cuádruples). En el embarazo se ve muchos cambios como la sobre extensión uterina. Los cambios como el estiramiento de las miofibrillas agilizan los receptores de la oxitocina sintetizando las prostaglandinas de origen amniótico, decidual y cervical y esto a su vez provoca el parto pretérmino. Cuanto mayor es el número de fetos, mayor es el riesgo de nacimiento prematuros, por aquí habrá mayor estiramiento de las miofibrillas uterinas, está sobre extensión los receptores de la oxitocina provocando contracciones uterinas y como producto un parto pretérmino. ^{10,13}

FACTORES DE RIESGOS PATOLÓGICOS

▪ **Preeclampsia:**

Trastorno hipertensivo durante el embarazo que afecta el 10% de las mujeres en el mundo, siendo la tercera causa de muerte materna en el Perú, siendo un problema de salud tanto para la madre y el recién nacido prematuro asociado al retardo de crecimiento por la afección que puede desencadenar la mortalidad en este grupo de edad.^{7, 8,9}

▪ **Diabetes Gestacional:**

Es un tipo de diabetes que se desencadena sólo en el embarazo por primera vez, pueden asociarse al desprendimiento prematuro de placenta DPP y retardo en crecimiento intrauterino RCIU, los síntomas no se hacen visibles, pudiendo ser leve, presentan más sed de lo normal, tienden a orinar con mayor frecuencia, esto se debe a los cambios hormonales haciendo que el cuerpo de la gestante sea incapaz de usar insulina.^{10, 11}

▪ **Infección urinaria**

La infección de vías urinarias, se refiere a la presencia de microorganismos patológicos en la cavidad amniótica, los cambios fisiológicos predisponen a estas afecciones (Bacteriuria Asintomática, la Cistitis Aguda y la Pielonefritis Aguda).

Esta condición se debe a diversas modificaciones anatómicas y fisiológicas pareciera que predispone a la frecuencia, conllevando a la

dilatación útero-pélvica, la inhibición del tono uretral por acción de la progesterona y prostaglandinas, y la obstrucción parcial del uréter por el útero grávido.

Entre el hecho de las modificaciones fisiológicas, se resalta el aumento de la filtración glomerular, con presencia de glucosa en orina, lo que favorece la proliferación de gérmenes.

La infección urinaria se considera una constante en el embarazo, el paso del germen o las toxinas al compartimento fetal, o la consecuencia materna del proceso de infección, incluso complicándose hasta el shock séptico. Los patógenos más frecuentes son: E. coli, kliebsiela, Proteus, Pseudomonas, Staphylococcus y Streptococcus, simultáneamente encontrándose en la vagina.

En la vejiga de la madre también existen cambios como el aumento de su capacidad, siendo incompleto el vaciamiento y estos favoreciendo la proliferación de gérmenes, induciendo a las contracciones por la liberación de prostaglandinas y citoquinas y esto incrementa la incidencia de parto pretérminos.¹²

▪ **Amenaza de Parto Pretérmino:**

El parto prematuro se considera el inicio de un trabajo de Parto (presencia de contracciones y modificaciones cervicales) después de las 20 hasta las 37 semanas de la gestación.¹³

- **Anemia:**

Es un trastorno nutricional más común en el mundo, se entiende cuando los valores están ≤ 11 g/Dl este rango es en gestante según la definición de la OMS. La anemia es prevalente en el embarazo y combinada con factores socioeconómicos, pobreza, nada o poco nivel de instrucción, estilos de vida inadecuado.

La asociación del parto prematuro y la anemia puede ocurrir por la hipoxia y el estrés oxidativo siendo el principal mecanismo, la deficiencia de hierro puede causar las infecciones maternas y la disminución de la hemoglobina produce hipoxia crónica que induce al estrés materno-fetal.

En la gestante el sistema inmunológico se activa en estas circunstancias liberando cortisol activando el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal materno fetal. Así mismo es un hecho que las mujeres con anemia por falta de hierro tienen niños prematuros o con bajo peso al nacer con una frecuencia significativamente mayor.¹⁶

- **Rotura prematura de membranas**

Se define como la ruptura del saco amniótico, a causa de una infección bacteriana, defecto del saco amniótico, útero o cérvix, el tabaquismo, las relaciones sexuales y dispositivo intra uterino.

La estadística refiere que fluctúa en promedio en el 10% de los embarazos, correspondiendo el 20% de los casos de gestaciones de pre término.

▪ **Desprendimiento prematuro de placenta**

Es una complicación poco frecuente, pudiendo tornarse grave, considerado un factor de riesgo tan importante como el embarazo múltiple. El sangrado no asociado con desprendimiento, también se ha asociado en forma significativa al parto pretérmino. El mecanismo que ocasiona desprendimiento prematuro de placenta (DPP) se debe al aumento de la presión sanguínea entre los espacios inter vellosos, produciendo la ruptura y dando origen a hematoma y esto al desprendimiento. El DPP se produce en un rango de 0,52 a 1,29% de los nacimientos. En nuestro medio (nacional), la incidencia aproximada del DPP es 1/300 embarazos, pero varía sustancialmente según el criterio diagnóstico utilizado y población asistida.¹⁷

1.3. SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL PARTO PRE TÉRMINO

La problemática de parto pretérmino incluye: dolor lumbar bajo y constante, contracciones Braxton-Hicks, los intervalos irregulares y flujo hemático.¹⁸

Las contracciones de parto pretérmino produciéndose durante el segundo trimestre y durante el tercer trimestre, los síntomas de amenaza de parto prematuro no son específicos, más bien en los embarazos que se asocian a una gestante con factores de riesgo. Algunos de los signos más frecuentes señalados por los especialistas son los siguientes:

Signos:

- Sangrado durante el segundo trimestre no asociado a placenta previa.
- Contracciones uterinas seis semanas antes de la fecha prevista de parto, con una frecuencia de una cada diez minutos durante al menos una hora.
- Cambios cervicales detectados mediante ecografía, como el acortamiento o ablandamiento del cuello del útero hasta 10 semanas antes de la fecha prevista.
- Pérdidas vaginales acuosas o con signos de sangre.
- Todo tipo de sangrados vaginales.
- Flujo vaginal de mal olor o en gran cantidad (aumento del flujo vaginal durante el embarazo es normal).
- Disuria o si orina frecuentemente (también un cierto aumento en la frecuencia es normal en el embarazo).
- Comezón dentro o fuera de la vagina.
- Fiebre y/o diarrea.

Contracciones prematuras que pueden manifestarse como:

- Molestias parecidas a los dolores menstruales.
- Tirones en la ingle o en la espalda.
- Endurecimientos repetidos del bajo vientre.
- Contracciones prematuras son un signo de alarma cuando ocurren más de dos veces en una hora o más de 10 veces durante un día. ¹⁹

Síntomas:

Algunos de estos síntomas pueden ser propios de un embarazo normal, pero todo dependerá de las semanas de embarazo. Estos son los síntomas más comunes:

- **Aumento en la frecuencia de las contracciones:** entre la semana 21 y la 37, contracciones con una frecuencia de 15 minutos o menos, de entre 20 segundos a 2 minutos cada una.
- **Presión intensa sobre el pubis:** en la pelvis, caderas y parte interna de los muslos, como si el bebé estuviera empujando hacia abajo.
- **Dolor continuo en la zona lumbar.**
- **Calambres o cólicos abdominales:** como si se tuviera la menstruación, durante más de una hora, con o sin diarrea.
- **Aumento y cambio de fluido vaginal:** que puede variar en color y consistencia, pudiendo ser transparente y mucoso, o volverse rosado o amarronado.
- **Sangrado vaginal:** durante el segundo o tercer trimestre del embarazo.
- **Rotura de la bolsa amniótica:** signo de que el parto se producirá en horas.
- **Expulsión del tapón mucoso:** síntoma de dilatación del cuello uterino.
- **Sensación de intranquilidad y desasosiego.**
- **Escalofríos y aumento de la temperatura corporal.** ²⁰

1.4. DIAGNÓSTICO DEL PARTO PRE TÉRMINO

Diagnóstico Clínico:

- **Contracciones uterinas:**

Las contracciones se pueden presentar con dolor o indolora, siendo poco específico en la evaluación clínica de la gestante, considerando el trabajo de parto pre término mayor de las 20 semanas y menor de 37 semanas, con presencia de hiperactividad uterina, con presencia de cuatro contracciones en 20 min.²⁰

- **Modificación del cérvix:**

El examen de tacto vaginal nos probará el inicio de parto pretérmino, la presencia de dilatación cervical >2 cm, borramiento < 80 %; actualmente ha sido reemplaza el examen por otra más fiable llamada cervicometría por ultrasonido.²¹

Las medidas por ultrasonido transvaginal valoran la predicción si la longitud es > 3 cm después de las 24 semanas.²³

Muchos investigadores han tratado de identificar la intensidad de las contracciones uterinas, para sí, poder identificar las mujeres de parto pretermino; así mismo, el 30% de los partos pretérmino se resolvieron espontáneamente.²²

Criterios para el diagnóstico del parto pretérmino:

- a) Edad gestacional de 20 a 37 semanas.
- b) Contracciones uterinas demostradas (4 cada 20 min u 8 cada 60 min);
- c) Membranas rotas o íntegras con dilatación del cuello uterino superior a los 2 cm o membranas íntegras con un borramiento del cuello uterino superior al 80 %, o membranas íntegras y modificaciones del cuello uterino durante el período de observación.

Según Steer observó que el 70 % de las mujeres con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino fueron a tratamiento con placebos llegando al parto a término donde afirma que no tuvo ese diagnóstico realmente, Además, la dilatación debe ser progresiva antes de ser diagnosticado como tal, repitiéndose el examen de 30 a 120 min después del primero.

Los estudios revisados demuestran que la eficacia del tratamiento tocolítico no se modificaba por esperar un cambio del borramiento o la dilatación del cuello uterino en las mujeres con contracciones, que al ingresar presentaban una dilatación inferior a 3 cm.²³

Los diversos factores predictivos estudiados tienen utilidad si es usado en forma conjunta y no aislada. Así mismo de detectar el aumento de fibronectina fetal, y en el gestante aumento de estriol en la saliva de la madre.

24

Pero con fibronectina fetal negativa en secreción cervicovaginales, tuvieron partos a término en más del 85% de los casos.²⁵

TEST DE BISHOP. – Es una forma de valoración de los cambios del cuello uterino. El final del embarazo se modifica el cuello del útero por acción hormonal, ablandan dando antes de iniciar la dilatación. Esta valoración del cérvix se realiza mediante el tacto vaginal. También se ha utilizado para evaluar las probabilidades de parto prematuro espontáneo.

Componentes:

1. Posición
2. Consistencia
3. Longitud
4. Dilatación
5. Plano de Hodge (encajamiento fetal)

1.-Posición:

Tabla N° 2: Modificaciones cervicales

Modificaciones cervicales	Puntaje
Cérvix posterior o inmaduro	0 puntos
La posición intermedia	1 punto
La posición centrada	2 puntos

- ✓ Si el cérvix está posterior (0 puntos) indica inmadurez.
- ✓ La posición intermedia recibe 1 punto.
- ✓ La posición centrada en la pelvis se valora con 2 puntos. ²⁶

2.-Consistencia

Tras la exploración del cuello uterino, encontramos:

- ✓ Cuello uterino duro será (0 puntos)
- ✓ Cuello uterino intermedio (1 punto)
- ✓ Cuello uterino blando (2 puntos).²⁶

3.-Longitud

La longitud usual es de 2 a 3 cm durante el embarazo, conforme progresa el cuello se va acortando, siendo las contracciones quienes borran o acortan el cuello uterino.

4.-Dilatación

Tabla N° 3: Grados de dilatación

Modificaciones cervicales	Puntaje
Dilatación nula o cuello cerrado	0 puntos
Dilatación 1-2 cm.	1 punto
Dilatación 3-4 cm.	2 puntos
Dilatación más de 4 cm.	3 puntos

- ✓ Damos 0 puntos si la dilatación es nula, es decir, cuello cerrado.
- ✓ Con 1-2 cm valoramos como 1 punto.
- ✓ Con 3-4 cm damos 2 puntos.
- ✓ Para terminar, con más de 4 cm lo valoramos con 3 puntos.

Es favorable para el parto cuando existe mayor dilatación.

5.-Plano de Hodge

La situación de la cabeza del feto dentro la pelvis. Si la cabeza esta alta, puntuamos de 0, cuando esta insinuada la puntuación es 1, cuando llega al I plano será 2, y cuando llega al II plano será 3 de puntuación. Lo que interesa es que una cabeza encajada o metida dentro de la pelvis, está en un plano mayor y su puntuación para el test de Bishop es mayor.

Tabla N° 04: Test de Bishop

	0	1	2	3
Dilatación	0	1-2cm	3-4cm	+ de 5cm
Borramiento	0-30%	40-50%	60-70%	80-100%
Consistencia	Firme	Intermedio	Blanda	
Posición	Posterior	Media	Anterior	
Encajamiento	Libre	Insinuado	1 plano	2° plano

Interpretación:

Trabajo poco probable, puntuación de 6 o menos

Trabajo de parto espontáneo, puntuación 9 o más

Utilidad de la valoración del cuello por medio del Test de Bishop

La utilidad de la valoración del Test de Bishop es múltiple entre ellas tenemos:

- ✓ Valorar el grado de madurez del cuello del útero.
- ✓ Saber si estás al inicio o en fase activa de parto.

- ✓ En caso de amenaza de parto prematuro, nos indica la necesidad de poner tratamiento.
- ✓ Programar el método de inducción del parto en caso necesario.
- ✓ Hacer un pronóstico del parto.²⁷

DIAGNÓSTICO DEL PARTO PRE TÉRMINO CON AYUDA DE EXÁMENES AUXILIARES:

Pruebas diagnósticas:

La medición de la longitud cervical, si la longitud cervical superior a 30 mm con presencia de contracciones uterinas se diagnosticara amenaza de parto pretérmino.²⁸

Laboratorio: Hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, elemental microscópico de orina, cristalografía.

Imagenología: Ecografía obstétrica, edad gestacional, perfil biofísico fetal, ecografía transvaginal determinar la longitud del cérvix, determinar tunelización puntos de referencia, orificio cervical interno, canal endocervical y orificio cervical externo, longitud cervical normal en las semanas 22-30 mide 35mm.²⁹

EXÁMENES ESPECIALES (PREDICTORES DE PARTO PRETÉRMINO)

Los métodos predictivos para un diagnóstico diferencial son a través de la medición de la longitud cervical por ultrasonido con transductor endovaginal

y la determinación de Fibronectina fetal en SCV de manera combinada según la revisión de estudio basado en evidencias, estudio de meta análisis, guías clínicas; siendo el método más sensible a diferenciar del examen físico por métodos comunes utilizados.

1. Fibronectina fetal (FNf)

El objetivo principal parece el de una molécula de adhesión, la cual favorecer la unión entre las membranas coriónicas con la decidua materna contigua. Puede ser encontrada, normalmente, en SCV en las primeras 22 SDG, se han mostrado una asociación entre la presencia de FNf y nacimientos pretérminos.

- Disminución de ingresos hospitalarios y de la duración de los días de hospitalización.
 - Identificación más apropiada de pacientes que necesitan esteroides y tratamiento con agentes tocolíticos.
 - Disminución del uso de agentes tocolíticos en pacientes que no están en riesgo de nacimiento pretérmino.
 - Reducción del estrés y ansiedad para la mujer embarazada y su familia debido a la tranquilidad de no realizar una transportación u hospitalización innecesaria.²⁹
- **Las indicaciones para FNf son:**
- Embarazos de 24 a 34 semanas de gestación.

- Síntomas de parto pretérmino (contracciones uterinas regulares >6 por hora y/o presión pélvica).
- Membranas amnióticas intactas, cérvix <3 cm de dilatación.
- Bienestar fetal documentado.

Las contraindicaciones para el uso de FNf son:

- Edades gestacionales <24 o >34 semanas completas.
- Ruptura prematura de membranas.
- cérvix >3 cm de dilatación.
- cerclaje.
- Sangrado genital activo.
- Examen vaginal o relaciones sexuales en las últimas 24 horas.³⁰

2. Longitud cervical por ultrasonido y determinaciones de FNf en SCV como predictores de parto pretérmino.

Las gestantes con contracciones uterinas, la valoración por ultrasonido de la longitud cervical, seguido de FNf; si el cérvix está corto mejora la capacidad de distinguir entre mujeres que entrarán en trabajo de parto pretérmino (TPP) en un periodo de 7 a 14 días.

Diagnóstico diferencial del parto pre termino

- Falso trabajo de parto.
- Embarazo de término con error en la edad gestacional.
- Retardo en el crecimiento intrauterino.³⁰

1.5. RIESGOS DE LAS COMPLICACIONES PARA LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS

- **Los pulmones inmaduros** – Un tipo de análisis de amniocentesis para ver el estado de desarrollo pulmonar, otra alternativa sería la maduración con esteroides con el deseo de desarrollar los pulmones. La mayoría de los recién nacidos pretérminos tienen pulmones ya maduros a partir de las 36 semanas de gestación.
- **Pulmones inmaduros se asocian con las siguientes complicaciones:**
- **Síndrome de dificultad respiratoria (SDR)** este síndrome es causada por la falta de una la sustancia tensoactiva que evita el colapso de los órganos, es por eso presenta respiración dura e irregular. El tratamiento en oxigenoterapia, el uso de un respirador (ventilador), la presión positiva continua en la vía aérea, la intubación endotraqueal y en los casos graves, las dosis de surfactante.
- **La taquipnea transitoria** es la alteración de la respiración tornándose rápida y superficial.
- **Displasia broncopulmonar (DBP)** El recién nacido no puede resistir el respirador artificial evidenciándose el deterioro, esto debido a su inmadurez.

- **Neumonía** – Es una infección que involucra a los recién nacidos prematuros, causando inflamación, sin espacio para el intercambio de aire, pudiéndose complicar a una infección mortal, sepsis o meningitis.
- **Apnea y Bradicardia** – Conocida la apnea como la ausencia de respiración durante 20 segundos. La bradicardia es la reducción de la frecuencia cardíaca.
- **Infección** – La estadía del recién nacido prematuro en la incubadora proporciona protección de las posibles infecciones, que no podría soportar por su fragilidad. **Ictericia** – La coloración amarilla debido a la bilirrubina en la sangre, imposible de sintetizar por el frágil cuerpecito, el tratamiento es la exposición a la luz durante 7 a 10 días.
- **La Hemorragia Intraventricular (HIV)** – El mayor riesgo es de producirse un sangrado cerebral debido a la inmadurez de los vasos sanguíneos, esto puede asociarse a complicaciones futuras como parálisis cerebral, retraso mental y dificultades de aprendizaje.
- **Incapacidad Para Mantener la Temperatura Corporal** – La inmadurez del recién nacido lo hace incapaz de mantener el calor corporal, debido a la piel inmadura y la escasa grasa, el tratamiento se realizará en la incubadora.
- **Sistema Gastrointestinal y Digestivo Inmaduro** – La inmadurez del recién nacidos prematuros los hacen vulnerables en el sistema gástrico dificultando la absorción de nutrientes, es por eso que su alimentación será por vía parenteral, después será alimentado por leche materna o fórmula con tubo.

- **Anemia** – Los recién nacidos prematuros tienen concentraciones bajas menores de 15 gramos de glóbulos rojos y estos no favorecen el transporte de oxígeno a todos los órganos, si la anemia es grave, el tratamiento puede implicar una transfusión de glóbulos rojos para el recién nacido.
- **Conducto arterioso persistente (PDA)** – El recién nacido prematuro presenta un trastorno cardiaco debido al conducto arterioso abierto desviando la sangre, este efecto produce un compuesto químico llamado prostaglandina E.
- **Retinopatía de la Prematuridad (ROP)** – Es el trastorno ocular más severo en prematuros de 24 a 26 ss., pero rara vez afecta a los prematuros de 33 a 34 ss. Existe etapas de esta enfermedad el tratamiento puede ser hasta cirugía láser o criocirugía.
- **Enterocolitis Necrotizante (ECN)** – El recién nacido prematuro tiene condiciones desfavorables en una porción intestinal por la falta de flujo sanguíneo parte de su inmadurez.
- **Sepsis** – Es una grave complicación para el recién nacido donde las bacterias pasan al torrente sanguíneos, pasando la infección a los pulmonar y desencadenando neumonía.³¹

1.6. TRATAMIENTO Y MANEJO DEL PARTO PRE TÉRMINO

Tratamiento De Ataque

- Reposo.
- Hidratación con plan que no exceda los 3000 ml.

- Beta miméticos durante 24 a 48 hs desde las 24 semanas hasta las 34 semanas.
- Indometacina: hasta 48 hs y hasta las 32 semanas.
- Profilaxis para estreptococo: en pacientes sin cultivo la amenaza de parto pretérmino es antecedente de riesgo y corresponde profilaxis.
- Maduración con corticoides: entre las semanas 24 y 34 de gestación.

INDUCCIÓN DE LA MADURACIÓN PULMONAR:

Las pautas recomendadas de corticoides son: Betametasona: 12mg IM, cada 24 horas, 2 dosis o Betametasona: 6 mg IM, cada 12 horas, 4 dosis.

1.- Betametasona una ampolla de 12 mg cada 24 hs, durante 48 horas (total 2 dosis=24mg).

2.- Dexametasona: una ampolla de 6 mg cada 12 hs durante 48 hs (total 4 dosis = 24 mg).

- Dosis adicional: si la paciente recibió corticoterapia antes de las 28/30 semanas y después de 10 días de la dosis inicial, en el parto se adicionará una dosis.

Este tratamiento redujo las complicaciones más letales en recién nacido que lo puede llevar a la morbilidad.

- **Absolutas:** pacientes con TBC, corioamnionitis, porfiria (enfermedad metabólica, generalmente hereditaria).

- **Relativas:** hipertensión arterial severa.
- **Precauciones:** Control minucioso de glucosa y un reajuste en su tratamiento de insulina a gestantes con diabetes severa.³²

Tratamiento

- Tratamiento con Progesterona:

Se recomienda utilizar la progesterona por vía vaginal entre las semanas 16 a 24 a los pacientes con cuello uterino corto en estos casos se ha evidenciado la disminución de incidencias de parto pretérmino.

- Tratamiento con tocolítico:

El uso de tocolíticos se indica a las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pretermino, el efecto logrado será glucocorticoides antenatales para disminuir la incidencia de casos de recién nacidos prematuros.

Los tocolíticos de mayor uso son: calcioantagonistas, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), agonistas de los receptores beta adrenérgicos (terbutalina), sulfato de magnesio, e inhibidores de los receptores de oxitocina (atosiban).

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia recomienda como tratamiento de elección los calcio antagonistas; el nifedipino es el que se usa más por tener pocos efectos colaterales, los AINES y los agonistas B adrenérgicos. Sin embargo, el atosiban y la indometacina, que

deben usarse antes de cumplir las 32 semanas y no más de 48 horas, se ha evidenciado que presentan pocos efectos colaterales, siendo el tratamiento de primera elección.²⁸

- **Tratamiento con sulfato de magnesio:**

Este medicamento se encuentra comprobado su resultado en la inhibición de las contracciones uterinas el efecto tocolítico, además parece aumentar el flujo sanguíneo uterino y placentario.

- **Tratamiento con indometacina:**

Este fármaco se ha evidenciado que no presenta efectos colaterales marcados en la madre e incluso ninguno en el recién nacido, existe contraindicaciones relativas de la indometacina son la hipertensión mal controlada, la nefropatía, la enfermedad ulcerosa péptica activa, los trastornos de la coagulación, la hemorragia vaginal, la hepatopatía y el asma inducida por ácido acetilsalicílico.

- **Tratamiento con nifedipino:**

La eficacia de este fármaco es mínima como tocolítico, presentando también pocos efectos colaterales a la madre y ninguno en el feto comprobado.³¹

- **Tratamiento con atosiban:**

Es considerado el primer antagonista de la oxitocina, y la Ritodrina es otro fármaco utilizado en gestantes de parto prematuro. Hasta ahora sus efectos secundarios se han limitado a náuseas, vómitos, cefalea, dolor torácico y artralgias.

El control debe ser minucioso de los signos vitales en gestantes con tratamiento tocolítico por vía parenteral cambiando la dosis cada hora, además el control del balance hídrico para evitar el edema pulmonar, pueden resultar las soluciones hipotónicas para minimizar el edema pulmonar.³¹

1.7. PRONÓSTICO DEL PARTO PRE TÉRMINO

- Los neonatos extremadamente prematuros deben tener en cuenta si pueden nacer antes de las 24 semanas de gestación, tienen menos posibilidades de sobrevivir que aquellos que nacen posteriormente, la tasa de supervivencia de neonatos aumenta del 0% a las 21 semanas de gestación y del 11% de los 401 a 500 g de peso al nacer, al 75% a las 25 semanas de gestación y al 75% de los 701 a 800 g.
- La existencia de complicaciones a nivel neuromotora, sensorial se presenta en los recién nacidos extremos. Así mismo, el 10 al 30 % de estos infantes tienen limitaciones con severas complicaciones: displasia broncopulmonar, enterocolitis necrozante, parálisis cerebral no ambulatoria, retraso mental y ceguera bilateral, con cuidados médicos y costo social.

- El manejo en un tercer nivel de capacidad resolutiva mejora el pronóstico de la salud de madre y recién nacido.
- El estudio del uso de esteroides en neonatos extremadamente prematuros no son claros, pero su uso es recomendado entre la edad gestacional 24 y 34 semanas.
- El pronóstico del recién nacido prematuro extremo debe ser evaluado por equipo médico tomando en cuenta su peso y edad gestacional, para sí proporcionar un cuidado ideal.²⁹

CAPÍTULO II

RESULTADOS

2.1 DISCUSIÓN

La tasa de nacimientos de prematuros a nivel mundial es considerada un importante problema de salud pública, muy a pesar que estos casos se presentan en países desarrollados, es por ello determinar las causas de la prematuras y obtener estimaciones más precisas por cada país par si asegurar un acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz.

El factor sociodemográfico más representativo es la edad esto también nos hace referencia el centro Latinoamericano Perinatología/ salud de la mujer y reproducción, que se encuentren entre las edades extremas menores de 15 años y mayores de 35 años.³

Entre otros factores de riesgo obstétrico se consideró la falta de control pre natal eficaz, oportuno y demás la paridad de la gestante y embarazo múltiple.⁶

Otros de los factores investigados es el factor de riesgo patológico donde se consideró las patologías más resaltadas evidenciadas como la preeclampsia, diabetes gestacional, infecciones urinarias, amenaza de parto pretérmino, anemia, desprendimiento prematuro de placenta y ruptura prematura de membranas.

NIVEL INTERNACIONAL

Rivera JA. Ecuador 2016. “Factor materno y fetal asociados al parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital san Vicente de Paúl de la ciudad de Pasaje” Los partos pretérminos se evidencio por falta de control 64.1%, el periodo intergenésico inadecuado 37.5%.⁹

Además, concluye que los partos pretérminos referente a factores fetales es atribuido a la patología del RPM 26.6 %.⁹

Vílchez AG, Nicaragua 2015. “Factores de riesgo de parto pretérmino”. Se encontró en la investigación casado y/o unión estable 78.6%, un intervalo de menores de 20 (31%) y mayores de 35 años (21.4%), ocupación de la gestante 83.3%, nivel de escolaridad analfabetas 2.4%, procedencia área urbana 86.9%,⁷

Cuando se asocian patologías como la diabetes gestacional 4.8%, síndrome hipertensivo gestacional 35.7%, infección de vías urinarias 28.6%,

Hipertensión Arterial 11.9%, anemia 1.2%, RPM 52.5%, APP 86.3%, gran porcentaje de estas afecciones del embarazo pueden precipitar el parto pretérmino. También, se suman a esta afección los factores: las madres tercigestas a más embarazos 26.2 %, multíparas 23.2%, mujeres con más de 3 abortos, CPN inadecuado 73.8% (menor de 4).⁷

Calero LE, Hernández GM, Nicaragua 2014. En su investigación “Factores de riesgo asociados en el servicio de ginecología y obstetras Hospital Gaspar Laviana” concluyo en relación a los factores que las gestantes eran amas de casa, madres solteras.⁸

Otros factores asociados a la prematurez tenemos: las gestantes con menos controles pre natales y cuando las gestantes tuvieron antecedentes de la patología, RPM, infecciones vaginales, ITU y anemia.⁸

Ugalde D. México 2013. “El estudio realizado “Infecciones del tracto genital y urinario como factor de riesgo para parto pretérmino en adolescente”. Según su estudio realizado a madres adolescentes con partos preterminos.⁵

En su investigación concluyeron que las madres adolescentes de partos pretérminos presentaron infección urinaria 54.3% y de estas el 33.8% culminaron con parto pretermino y el 57.1% de las gestantes presentaron infección vaginal de estas el 35.1 % culminaron el parto pretermino.⁵

Rodríguez SI. México 2013. “Factores de riesgo para la prematurez “. Concluyo que no se encontró diferencia en los grupos de edad adolescente y mayores avanzadas en el nivel de instrucción, madres mayores de 35 años.⁶

En los antecedentes de gestas en las mujeres participantes, las multigestas (más de cuatro embarazos) y primeras no se encontró diferencias y el periodo intergenésico, periodo intergenésico corto 95% (< de 2 años) siendo el mayor en grupo de casos.⁶

En relación a la edad de las gestantes, no se encontró diferencia en los grupos de edad adolescente y mayores avanzadas.⁶

NIVEL NACIONAL

Guadalupe SM, Perú 2015. El trabajo realizado sobre el “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015”. En cuanto a factores demográficos encontrados fueron: en su mayoría son de unión estable 53.5%, en su mayoría son de unión estable 53.5%, las edades extremas menores de edad y mayores de 34 años.¹⁰

Así mismo, cuyo resultado fueron que los controles prenatales inadecuados 76%, multípara y gran multípara 60%, embarazos múltiples 5%.

10

La investigación demostró que las patologías más asociadas al parto pretérmino fueron: la diabetes gestacional 1%, infección del tracto urinario 12%, amenaza de parto pre termino 3%, DPP 5.5%, anemia 13%, RPM 29.5%.

10

Guillen JJ, Perú 2015, con su estudio de “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Sabogal Sologueren” Factor de riesgo

sociodemográfico como la edad promedio se encuentran entre los 15 a 40 años los que presentaron parto pretermino.¹¹

Las infecciones patológicas revisadas en la investigación fueron la vulvovaginitis 32%, infecciones urinarias 28% y diabetes en gestantes 14%.¹¹

Sam F y Zatta C, Perú 2015. En su investigación “Factor de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital regional Docente las Mercedes – Chiclayo”. Los factores patológicos más frecuentes son ruptura prematura de membranas 32.3%, pre eclampsia 28%, infección urinaria 18.3%, anemia 78.6%.¹²

Las madres con mayor riesgo las adolescentes solteras entre 17 a 19 años, sus probabilidades son de un 83 % para parto pretérmino.¹²

Saavedra H. Perú 2015. En su trabajo “Factor asociado a prematuridad en el Hospital II-1 de Yurimaguas, Julio a diciembre del 2014 “. Considera en su investigación después de los criterios de inclusión y exclusión siendo 74.5 % de 20 a 34 años, procedencia urbana marginal 43.6% y urbana 40 %, conviviente 76.4%, estudio secundario 78.2 %.¹³

Concluyo, que los factores de riesgo ginecológico: las participantes primíparas 49.1 y el 61.8% tienen menos de 6 controles.¹³

Los resultados ponen en manifiesto las morbilidades: hipertensión inducida por el embarazo 14.5% y la pre eclampsia 9.1%, así como la anemia 38.2%, infecciones urinarias 21.8% no se relacionan con los partos prematuros.

Alarcón D. Perú 2015. Su investigación “Factores asociados a parto pretermino en gestantes adolescentes. Hospital Regional docente de Trujillo”. Se evidencio en su investigación que existe relación con antecedentes de partos pretermino 93%, ruptura prematura de membranas 73%, anemia 76%. ¹⁴

CONCLUSIONES

Se concluye en, que los factores de riesgo para presentar prematuridad son:

- El factor sociodemográfico se considera la edad extrema de las gestantes entre menor de 15 años y mayores de 35 años de la gestante, el nivel de educación deficiente, madres solteras.
- Los factores obstétricos más resaltantes la falta de control o no tener ninguno, madres multíparas y gran multíparas, embarazos múltiples.
- Los factores patológicos más resaltantes tenemos a la ruptura prematura de membranas, infecciones urinarias asociadas a las infecciones vaginales, síndromes hipertensivos gestacional, anemia, diabetes gestacional.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al personal de salud, continuar con los esfuerzos en la esfera preventiva promocional para reducir la incidencia de parto pretérmino brindando la atención prenatal a las gestantes de calidad que pueda diagnosticar, los factores de riesgo y tratar oportunamente sobre todo las enfermedades infecciosas, como: las infecciones vaginales, las infecciones del tracto urinario, siendo esta la causa principal de los partos pretérmino, además ocupando el segundo lugar a nivel regional Junín después de Ayacucho con 12.2% .
- Brindar mayor información al personal de salud, sobre la evaluación nutricional (anemia y diabetes gestacional) de la gestante, ya que este factor fue considerado una de las causantes de parto pretermino, cumplir estrictamente con la administración de micronutrientes según protocolos de atención, el seguimiento oportuno y la evaluación a la adherencia del sulfato ferroso de la gestante.

Capacitación continua del personal de salud para un diagnóstico oportuno, precoz de los factores de riesgo para parto pretérmino modificables o prevenibles: brindando información suficiente acerca del parto pretérmino en los servicios de atención primaria de salud; así como de los factores asociados con el objetivo de que las madres gestantes y sus familiares involucrados puedan diferenciar los signos de alarma y prevenir la patología.

- Fomentar una reproducción responsable en donde se pueda llegar al final de la gestación de una forma saludable y sin riesgo tanto para la madre, como para el

recién nacido evitando de esta manera las discapacidades neurológicas en el recién nacido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lathera CM, Sandra S, Di Marco I, Eduardo V (2012) Guía de práctica clínica: amenaza de parto pretérmino 2011. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá 31: 25-40.
2. Retureta S, Rojas L, Retureta M (2015) Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del municipio ciego de Ávila. Medisur 13: 517525.
3. Ahumada M E, Alvarado GF., Factores de riesgo de parto pretermino en un hospital, Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016; Artículo extraído de la tesis de pregrado “Factores de Riesgo de Parto Pretérmino en un Hospital de Lima Norte” presentada a la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica Sedes Sapientiae. Lima, Perú.2016.
4. Departamento de Enfermería y Obstetricia. División Ciencias de la Vida. Irapuato-Salamanca. Universidad de Guanajuato, México. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Hospital General de Zona, Unidad de Medicina Familiar Irapuato, Guanajuato, México. Manuscrito recibido el 5.07.2013 Manuscrito aceptado el 22.09.2013 aceptado el 22.09.2013. pág. 25
5. Rivera JA. Factor materno y fetal asociados al parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital san Vicente de Paúl de la ciudad de pasaje (tesis Pre grado). Loja ecuador: universidad nacional de Loja. Área de la Salud Humana, 2016

6. Ugalde D, Hernández MG, Ruiz MA, Villarreal E. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescente. Rev. Chil Obstet Ginecol 2012; 77(5):338-341.
7. Rodríguez SI, et al. Factores de riesgo para la prematuridad. Rev. Ginecol- Obstet Mex 2013; 81: 499-503.
8. Vílchez AG. Factores de riesgo de parto pretermino: Un estudio caso- control con mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Alemán entre julio del 2014 y junio del 2015 (Tesis para optar el grado de especialista) Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua- Nicaragua, 2014.
9. Calero LE, Hernández GM. Factores de riesgo asociados en el servicio de Ginecología y obstetricia del hospital Gaspar Laviana, Rivas en el periodo comprometido desde julio a diciembre. (tesis para optar el título de médico y cirujano) Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, 2014
10. Guadalupe SM, estudio sobre Factores de riesgo asociado a parto Pre término en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del hospital maría auxiliadora (tesis para optar el título de médico cirujano) 2017.
11. Guillén JJ. Factores maternos asociados al parto pretérmino Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologueren (tesis para optar el grado) 2015.
12. Sam F y Zatta C. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital regional Docente Las Mercedes- Chiclayo. (tesis para optar el grado) 2015.

13. Saavedra H. Factor asociado a prematuridad en el Hospital II-1 de Yurimaguas, julio a diciembre del 2014 (tesis para optar el grado de medicina humana) Universidad Nacional de la Amazonía peruana, 2015.
14. Alarcón D. Factores asociados a parto pretermino en gestantes adolescentes. Hospital Regional docente de Trujillo (tesis para optar el grado de medicina humana) Universidad Nacional de Trujillo, 2015.
15. Departamento de Enfermería y Obstetricia. División Ciencias de la Vida. Irapuato-Salamanca. Universidad de Guanajuato, México. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Hospital General de Zona, Unidad de Medicina Familiar Irapuato, Guanajuato, México. Manuscrito recibido el 5.07.2013 Manuscrito aceptado el 22.09.2013 aceptado el 22.09.2013. pág.27
16. Departamento de Enfermería y Obstetricia. División Ciencias de la Vida. Irapuato-Salamanca. Universidad de Guanajuato, México. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Hospital General de Zona, Unidad de Medicina Familiar Irapuato, Guanajuato, México. Manuscrito recibido el 5.07.2013 Manuscrito aceptado el 22.09.2013 aceptado el 22.09.2013. pág.37
17. Dr. José Antonio Ayala Méndez, Médico cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia, certificado. Subespecialidad en Medicina Materno Fetal, certificado. Institución responsable: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C. Estudios en Diagnóstico y Manejo Del Parto Pretermino, fecha de elaboración: abril 2008, fecha de actualización: abril 2010. pág.85

18. Irina Burd, MD, PhD, Associate Professor of Gynecology and obstetrics at Johns Hopkins University School of Medicine. Traducción y localización realizada por: Dr. Tango, Inc. Última revisión 16/5/2016
19. Victoria Moliner Especialista en reproducción asistida reproducción asistida org. La revista y comunidad líder en reproducción asistida 05/01/2017
20. Departamento de Enfermería y Obstetricia. División Ciencias de la Vida. Irapuato-Salamanca. Universidad de Guanajuato, México. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Hospital General de Zona, Unidad de Medicina Familiar Irapuato, Guanajuato, México. Manuscrito recibido el 5.07.2013 Manuscrito aceptado el 22.09.2013 aceptado el 22.09.2013. pág. 105
21. Enciclopedia médica. eroski consumer www.consumer.es –bebe-parto-prematuro 1 de agosto 2017. pág. 65
22. E. Peiró, P. Valenzuela, L. Medina, M.J. Cámara, Y. Cabrera, S. Redondo Servicio de Obstetricia y Ginecología. Clínica e investigación en ginecología y obstetricia. Diagnóstico de la amenaza de parto prematuro Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid. España. Aceptado 14 octubre 2003 pág.96
23. Peiró E., P. Valenzuela, L. Medina, M.J. Cámara, Y. Cabrera, S. Redondo Servicio de Obstetricia y Ginecología. clínica e investigación en ginecología y obstetricia. Diagnóstico de la amenaza de parto prematuro Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid. España. Aceptado 14 octubre 2003 pág.124

24. Departamento de Enfermería y Obstetricia. División Ciencias de la Vida. Irapuato-Salamanca. Universidad de Guanajuato, México. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Hospital General de Zona, Unidad de Medicina Familiar Irapuato, Guanajuato, México. Manuscrito recibido el 5.07.2013 Manuscrito aceptado el 22.09.2013 aceptado el 22.09.2013. pág. 8
25. Departamento de Enfermería y Obstetricia. División Ciencias de la Vida. Irapuato-Salamanca. Universidad de Guanajuato, México. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Hospital General de Zona, Unidad de Medicina Familiar Irapuato, Guanajuato, México. Manuscrito recibido el 5.07.2013 Manuscrito aceptado el 22.09.2013 aceptado el 22.09.2013. pag. 115
26. Bishop, Edward H. Puntuación pélvica por inducción electiva. Obstetricia y Ginecología.; 2018.
27. Tenore J. Métodos de maduración cervical e inducción del parto; 2003.
28. Armanda Alvarado Medico Rural Interna Rotativa de Medicina en el Hospital provincial de Latacunga, Amenaza de parto Pretermino, Publicado el 15 de agosto de 2012.
29. Departamento de Enfermería y Obstetricia. División Ciencias de la Vida. Irapuato-Salamanca. Universidad de Guanajuato, México. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Hospital General de Zona, Unidad de Medicina Familiar Irapuato, Guanajuato, México. Manuscrito recibido el 5.07.2013 Manuscrito aceptado el 22.09.2013 aceptado el 22.09.2013. pag. 145
30. March of Dimes, [www. Marchofdimes](http://www.marchofdimes.org), [www. Maternywise. Org](http://www.Maternywise.Org). Última actualización 08-2015.

31. By escrito por personal de mayo clinic, Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved. Mayo1998-2018. pag 52
32. Departamento de Enfermería y Obstetricia. División Ciencias de la Vida. Irapuato-Salamanca. Universidad de Guanajuato, México. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Hospital General de Zona, Unidad de Medicina Familiar Irapuato, Guanajuato, México. Manuscrito recibido el 5.07.2013 Manuscrito aceptado el 22.09.2013 aceptado el 22.09.2013. pág.181
33. Enciclopedia médica. eroski consumer www.consumer.es –bebe-parto-prematuro 1 de agosto 2017. pág.132
34. By escrito por personal de mayo clinic, Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved. Mayo1998-2018. pág. 96
35. By Escrito por el personal de Mayo Clinic, diagnóstico y tratamiento, june 13, 2018.
36. Cnattingius S, Vllanor E, Johansson S, Edstedt Bonamy AK, Persson M, Wikstrm AK, Granath F. Obesidad materna y riesgo de parto prematuro 1Unidad de Medicina Materno-Fetal JAMA 2013, División de Obstetricia y Ginecología; 2Unidad de Medicina Basada en Evidencia. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile rev chil obstet ginecol 2014.
37. Alfredo Ovalle, María A. Martínez, Felipe de la Fuente, Nicolás Falcón, Felipe Feliú, Felipe Fuentealba y Romina Gianini. Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas atendidas en un hospital público de Chile. Universidad de Chile, Santiago, Chile. Facultad de Medicina Hospital

San Borja Arriarán Servicio y Departamento de Obstetricia, Ginecología y
Neonatología; 6/08/2012.

ANEXOS

