

# Licenciatura en Enfermería

## Trabajo Final Integrador

Autora: Mariela Torres

### **FACTORES PREDISPONENTES PARA EL DESARROLLO DE PARTOS PREMATUROS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTACIÓN EN MUJERES PRIMIGESTAS DE 17 A 25 AÑOS**

2023

Tutora: Katterinne Terán

*Citar como: Torres M. Factores predisponentes para el desarrollo de partos prematuros en el segundo trimestre de gestación en mujeres primigestas de 17 a 25 años. Licenciatura en Enfermería. Universidad ISALUD; , Buenos Aires; 2023*

# Agradecimiento

Durante el desarrollo de esta investigación, han sido muchas las personas que me acompañaron. En primer lugar, agradecer a la profesora licenciada Teran Katterinne Mgr. De la materia Investigación en Salud que a lo largo de estos años nos dedicó tiempo y paciencia en este proceso de elaboración del trabajo de investigación.

En segundo lugar, Agradecer a la Universidad Isalud que me ha brindado las herramientas necesarias para formarme durante estos 5 años.

En tercer lugar, quiero agradecerle a la Licenciada Bilanski Anastasia por acompañarme en este camino desde primer año; siempre predispuesta a ayudarme, corregirme y guiarme académicamente. Personalmente, considero que los buenos ejemplos adquiridos en la formación nos acompañan a lo largo de nuestra profesión para toda la vida.

Y para finalizar a mi familia y compañeros que me han apoyado en este camino, en forma económica, moral y afectivamente; quienes me dieron aliento a seguir día a día.

## Dedicatoria

Esta tesis está dedicada a mi familia que han sido un pilar muy importante en lo personal para el desarrollo y final de mi carrera.

En especial a Thomas Gallegos (mi hijo), quiero dedicarle esta tesis porque el me da la fuerza para seguir adelante y quisiera ser en un futuro para él, ejemplo de que todo se puede en la vida con fe y perseverancia.

A Torres Jorge (mi padre), por ser quien me inculco que con voluntad y esfuerzo se puede llegar a la meta que nos proponemos. Fue quien con amor ha cuidado a mi hijo mientras transitaba este camino.

A Montero Ana (mi madre), que me ha acompañado durante estos años brindándome fuerzas y celebrando mis victorias. Quien también, ha cuidado de mi hijo supliendo mis ausencias.

Torres Mariela.

# INDICE

<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO N° I. MARCO CONTEXTUAL</b>	<b>3</b>
1.1 IDEA DE INVESTIGACION	4
1.2 JUSTIFICACION	5
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.4 OBJETIVO GENERAL	7
1.5 OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
1.6 VARIABLE DE ESTUDIO	9
<b>CAPITULO N° II. MARCO TEORICO</b>	<b>13</b>
2.1. PARTO PREMATURO	14
2.2. FISIOPATOLOGIA	17
2.2.1. <i>INFECCIÓN Y PARTO PREMATURO</i>	17
2.2.2. <i>ISQUEMIA UTEROPLACENTARIA</i>	20
2.2.3. <i>SOBREDISTENSIÓN UTERINA</i>	24
2.2.4. <i>REACCIÓN ALOGRÁFICA ANORMAL</i>	26
2.3. INDICADORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS	29
2.3.1. <i>INDICADORES DE ULTRASONIDO</i>	32
2.3.2. <i>INDICADORES BIOQUÍMICOS</i>	34
2.4. FACTORES DE RIESGO	36
2.4.1. <i>GANANCIA DE PESO GESTACIONAL – OBESIDAD</i>	37
2.4.2. <i>SANGRADO EN EL PRIMER O SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTACIÓN</i>	38
2.4.3. <i>HIPERTENSIÓN</i>	41
2.4.4. <i>ALTERACIONES PLACENTARIAS - ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS</i>	44
2.4.5. <i>DIABETES GESTACIONAL</i>	48
2.4.6. <i>ANEMIA</i>	52
2.4.7. <i>EMBARAZO Y ESTRÉS</i>	55
2.5. PRIMIGESTAS	56
<b>CAPITULO N° III. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION</b>	<b>58</b>
3.1 POBLACION	59
3.2 UNIDAD DE ANALISIS	59
3.3 MUESTRA Y MUESTREO	59
3.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y CRITERIOS DE EXCLUSION	59
3.5 SITIO DONDE SE REALIZA LA INVESTIGACION	60
3.6 TIPO DE ESTUDIO	60

3.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	61
3.8 VALIDEZ INTERNA	66
3.9 VALIDEZ EXTERNA	66
<b>CAPITULO N° IV. RESULTADOS Y EXPERIENCIAS</b>	<b>67</b>
<b>4.1 TABLAS Y GRAFICOS</b>	<b>68</b>
<b>4.2 CONCLUSION Y RECOMENDACIONES</b>	<b>86</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>89</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>95</b>

## INTRODUCCION

Este trabajo de investigación aborda la problemática de los embarazos en mujeres primigestas de 17 a 25 años, en las semanas 25 a 36 de gestación. Múltiples factores se asocian a la prematurez entre ellos factores biológicos, patológicos, psicológicos y sociales.

La prematuridad es un grave problema a nivel mundial por la morbilidad y mortalidad que generan. La importancia de esta investigación es reconocer cuales son los factores de riesgo y establecer recomendaciones para disminuir su incidencia en nuestro sistema de salud.

El parto prematuro es la principal causa de la mortalidad perinatal, neonatal tardía y post neonatal en nuestro medio y su reducción es el objetivo de cualquier intervención terapéutica. Como con otros problemas de la Salud Pública sería más razonable prevenir la iniciación del trabajo de parto prematuro que intentar inhibir una cascada de eventos que ya se han instalado. (Grandi C. , 1996)

Entre las incidencias que han sido foco de investigación de varios autores con respecto al tema desarrollado en el presente trabajo, se ha destacado la ausencia de controles perinatales sin contemplar la importancia de estos; como uno de los factores más importantes. Así mismo, son numerosas las características maternas que influyen en la finalización del embarazo antes de término.

Reconocer a tiempo y propiciar controles de salud periódicos en la etapa perinatal contribuye a una mejor calidad de vida.

La prematuridad es un grave de problema de salud pública por la gran morbilidad y mortalidad que generan, además, de los elevados costos económicos y sociales que ocasiona su atención. A nivel mundial, aproximadamente uno de cada diez neonatos nace prematuro. Sus determinantes son múltiples. En el parto prematuro están involucrados además de los determinantes biológicos, los que son responsabilidad del sector salud y los que son responsabilidad del estado, como son los determinantes políticos, ambientales, sociales y económicos. Es por ello por lo que la prevención y el tratamiento de la prematuridad debe ser una política pública

obligada para todas las naciones, e involucra a muchos actores. Las estrategias empleadas para prevenir y tratar al parto prematuro son amplias y van desde los cuidados preconceptionales, hasta la atención del parto y del neonato en el periodo postnatal. (Pacheco-Romero, 2018)

# CAPITULO N° I.

## MARCO

### CONTEXTUAL

## 1.1 IDEA DE INVESTIGACION

De acuerdo con Sampieri, en su libro “Metodología de la investigación”, tercera edición, en la ficha bibliográfica nº 45, el autor describe ... *“La Selección de un tema de investigación: las investigaciones surgen en ideas las cuales pueden provenir de distintas fuentes. Por lo general son ideas vagas que pueden traducirse en problemas más concretas de investigación. Las buenas ideas deben alentar al investigador, ser novedosas y servir para la elaboración de teorías y resolución de problemas”*. (Hernández Sampieri, 2010).

En relación, el presente trabajo de investigación intenta determinar cuáles son los factores predisponentes para el desarrollo de partos prematuros en el segundo trimestre de gestación en mujeres primigestas. La idea de investigación surge durante, el desarrollo del campo práctico durante el año 2019, en el área de maternidad del Hospital Donación Francisco Santojanni.

## 1.2 JUSTIFICACION

El control del embarazo cada día es de mayor importancia en el Campo de la Salud. La medicina preventiva es fundamental, ya que su función primordial es evitar que las mujeres en edad reproductiva sufran alteraciones en el transcurso de su embarazo. Ya sea en sus fases iniciales para ofrecer de manera oportuna el tratamiento adecuado con el fin de obtener madres con mejores resultados y reducir la incidencia de partos prematuros en adolescentes.

De ahí la importancia de conocer los factores de riesgo maternos durante el período de gestación en primigestas de 17 a 25 años en el Hospital Interzonal de Agudos Mariano y Luciano de la Vega, para poder obtener datos científicos y demostrativos recopilados de esta investigación. Y con los resultados elaborar una propuesta de educación dirigidas a las embarazadas con participación de la pareja y familia sobre la importancia del control perinatal, la nutrición, higiene, estilo de vida y la planificación familiar, con participación de un equipo multidisciplinario a fin de contribuir con el mejoramiento de la salud materna perinatal.

*... “Mejorar el bienestar de las madres, los lactantes y los niños es un importante objetivo de salud pública, su bienestar determina la salud de la próxima generación y pueden ayudar a predecir futuros problemas de salud pública para las familias, las comunidades y el sistema de salud. La realidad que vivimos está muy distante de ese panorama ideal, en particular el área de salud reproductiva, son múltiples los factores personales, familiares, ambientales, socioeconómicos que enturbian el bien común”. (Faneite, 2012)*

En general, se sostiene que, para mejorar la calidad de la atención materna y perinatal durante el embarazo y el parto, la aplicación de las prácticas de atención debería basarse en las mejores pruebas científicas disponibles. Las limitaciones para acceder a información actualizada, las restricciones de tiempo y recursos físicos, y la diseminación pasiva de información son algunas de las barreras que atentan contra la adopción de medidas de atención materna y perinatal basadas en evidencia en todo el mundo y, especialmente, en los hospitales latinoamericanos.

### 1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores predisponentes para el desarrollo de partos prematuros en el segundo trimestre de gestación en mujeres primigestas de 17 a 25 años en el Hospital Interzonal de Agudos Mariano y Luciano de la Vega durante la primera gestión 2021?

#### 1.4 OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son los factores que propician el desarrollo de partos prematuros en primigestas de 17 a 25 años.

## 1.5 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Investigar cuales son los factores que influyen en mujeres primigestas de 17 a 25 años en la durante las semanas 25 y 36 de gestación.
- ✓ Identificar los factores prevalentes para el desarrollo de partos prematuros en primigestas en el Hospital Interzonal de Agudos Mariano y Luciano de la Vega.
- ✓ Identificar la frecuencia de pacientes primigestas con parto prematuros en el Hospital Interzonal de Agudos Mariano y Luciano de la Vega.
- ✓ Identificar el número de mujeres de 17 a 25 años que presentaron factores de riesgo que favorecen el parto prematuro.

## 1.6 VARIABLE DE ESTUDIO

### VARIABLE DEPENDIENTE

Partos prematuros.

### VARIABLES INDEPENDIENTES

<b>Variables</b>	<b>Tipos de variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Partos prematuros</b>	dependiente	<i>Es el nacimiento de más de 20 semanas y menos de 37 semanas gestación, con un peso al nacer mayor a 500 gramos y menor 2.500 kg. (de Jesus Alves, 2019)</i>	Socio económicos	

Variables	Tipos de variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
Factores predisponentes	Independiente	<p><i>Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.</i></p> <p>(Mendoza Tascón, 2016)</p>	<p>Ganancia de peso gestacional</p> <p>Sangrado en 1 o segundo trimestre de gestación</p> <p>Hipertensión</p> <p>Alteraciones placentarias</p>	<p>¿Con relación el peso durante la gestación fue acorde a lo estimativo o se vio excedido de los valores normales?</p> <p>¿Presento sangrado durante la gesta? a partir de la semana 25 a 36 de gestación?</p> <p>¿Es usted hipertensa crónica?</p> <p>¿Presento hipertensión gestacional?</p> <p>¿Durante la gestación presento alteraciones placentarias?</p>

			RPM	¿Presento rotura prematura de membranas?
			Diabetes gestacional	¿Es usted diabética? ¿Desarrollo DG?
			Anemia	¿Presento anemia durante la gesta?
			Obesidad	¿Durante la gestación su IMC supero los 30?
			Desnutrición	¿Desarrollo alguna alteración nutricional?
			Infecciones vaginales	¿Contraí algún tipo de ITU, durante el embarazo?

Variables	Tipos de variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
Edad	Independientes	<i>Se considera la edad en años al momento de la investigación</i>	Edad al momento de la gestación	¿Qué edad tiene?
Edad gestacional	Independientes	<i>Finalización del embarazo, salida del producto de la concepción a través del útero. (Bittar, 2009)</i>	Semana de gestación en la que ocurre el parto prematuro	¿En qué semana de gestación se desarrolló el parto prematuro? 28-32 semanas 33-34 semanas 35-36 semanas

<p>Controles prenatales</p>	<p>Independiente</p>	<p><i>La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres. (Karolinski, 2009))</i></p>	<p>Número de controles durante la gestación</p>	<p>¿Asistió a los controles prenatales de forma regular y completa?</p> <p>¿Realizo el control perinatal en la</p> <p>Semana 12</p> <p>Semana 20</p> <p>Semana 26</p> <p>Semana 30</p> <p>Semana 34</p> <p>Semana 36</p>
<p>Hábitos tóxicos</p>	<p>Independiente</p>	<p><i>Consumo de sustancias toxicas para el organismo de forma habitual. (Coutiño, 2013)</i></p>	<p>Habito tóxicos</p>	<p>¿ Tiene usted el hábito del consumo de cigarrillos, drogas o alcohol durante la gestación?</p>
<p>Estrés</p>	<p>independiente</p>	<p><i>“El estrés materno, de origen exógeno o endógeno, es un factor de riesgo para el parto prematuro. La naturaleza y el momento de los</i></p>	<p>Situaciones de estrés</p>	<p>¿ durante el embarazo acontecieron situaciones de estrés?</p>

		<i>estímulos estresantes pueden ir desde una carga de trabajo pesada hasta la ansiedad” (Karolinski, 2009)</i>		
--	--	--	--	--

# CAPITULO N° II.

# MARCO TEORICO

## 2.1. PARTO PREMATURO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el parto prematuro como cualquier nacimiento antes de las 37 semanas completadas de gestación, o menos de 259 días desde el primer día del último período menstrual de la mujer.

Esto se subdivide aún más sobre la base de la edad gestacional:

- Prematura extremo (<28 semanas);
- Prematuro severo (entre 28–31 semanas);
- Prematuro tardío (entre 34–35 semanas completadas de gestación).

Las mujeres con un parto prematuro previo de cualquier duración gestacional tienen un riesgo 2,5 veces mayor de parto prematuro espontáneo en la gestación actual y un riesgo 10,6 veces mayor de parto prematuro espontáneo o extremo antes de las 28 semanas de gestación. Aquellas mujeres con un parto prematuro temprano previo (23-27 semanas) tuvieron un riesgo de parto 22 veces mayor antes de las 28 semanas en el embarazo actual, dando evidencia de que un parto prematuro temprano es más predictivo de recurrencia. Los investigadores también encontraron

que tanto el parto prematuro como la ruptura prematura de las membranas se asociaron individualmente con un riesgo similar de recurrencia. A diferencia de otros hallazgos recientes, no encontraron una asociación entre una pérdida anterior entre 13 y 22 semanas y ningún parto prematuro y un parto prematuro posterior. (Pacheco-Romero, 2018)

Según la OMS, el límite entre un parto prematuro y un aborto es de 22 semanas de gestación, donde el feto tiene un peso de 500 g o 25 cm de longitud cefalo-nalgas. (Donoso Bernales B., 2012)

Se considera que el parto prematuro es la única causa de mayor importancia de morbilidad y mortalidad perinatal. Mundialmente tiene una incidencia alrededor del 10%. Durante los últimos años la incidencia de dicha patología se mantiene estable, y ha mostrado una tendencia descendente, debido a una mejor calidad en el cuidado neonatal de los prematuros, sumado a las exitosas estrategias preventivas y terapéuticas obstétricas.

#### ✓ Etiopatología

El parto prematuro es el resultado de tres cuadros clínicos, que son los causantes de un tercio del total de la prematurez. Estos cuadros clínicos son los siguientes:

1. Parto prematuro idiopático que resulta del inicio espontáneo del trabajo de parto.
2. Ruptura prematura de membranas (RPM).
3. Parto prematuro por indicación médica o iatrogénico, que resulta de la interrupción prematura del embarazo por patología materna y/o fetal. (Donoso Bernales B., 2012)

Existen pruebas tanto clínicas como de laboratorio que plantean que diferentes procesos patológicos conducen a un mismo final que resulta en un parto prematuro. Los procesos patológicos más destacados son:

1. Activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal materno (el stress se asocia a este proceso).

2. Infección intraamniótica (es el factor causal mejor estudiado y que ha servido de modelo para el estudio de los otros procesos identificados).
3. Hemorragia decidual o isquemia (reducción del flujo sanguíneo a la unidad uteroplacentaria).
4. Sobre distensión uterina.
5. Disfunción del cuello uterino.
6. Anormalidad inmunológica que altera la compatibilidad antigénica feto-materna.
7. Drogas y toxinas. (Donoso Bernales B., 2012)

Las condiciones que constituyen factores predisponentes para parto prematuro se detallan en la siguiente tabla.

<b>Factores de riesgo</b>	<b>Condiciones</b>
<b>Stress</b>	Soltera Bajo nivel socioeconómico y/o educacional Ansiedad o depresión Eventos estresantes (divorcio, muerte, etc.) Cirugía abdominal durante el embarazo
<b>Fatiga ocupacional</b>	Trabajo de pie Uso de maquinaria industrial Agotamiento físico
<b>Sobredistensión uterina</b>	Embarazo múltiple Polihidroamnios Malformaciones uterinas o miomas Diethylstilbestrol
<b>Factores cervicales</b>	Historia de aborto del segundo trimestre Historia de cirugía cervical Dilatación o borramiento cervical prematuro
<b>Infección</b>	Enfermedades de transmisión sexual Pielonefritis Infección sistémica Bacteriuria Enfermedad periodontal
<b>Patología placentaria</b>	Placenta previa Abruptio placentae Sangrado vaginal

<b>Misceláneas</b>	Parto prematuro previo Abuso de sustancias y/o tabaquismo Edad materna (< 18 o > 40 años) Raza afroamericana Desnutrición Control prenatal inadecuado Anemia (hemoglobina < 10g/dl) Excesiva contractibilidad uterina
<b>Factores fetales</b>	Malformaciones congénitas Restricción del crecimiento intrauterino

**Tabla 1-** Condiciones que constituyen factores predisponentes para parto prematuro.  
Fuente: Donoso Bernales, 2012

## 2.2. FISIOPATOLOGIA

Un número creciente de información sobre los mecanismos fisiopatológicos del parto prematuro permite incluir nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos en el manejo del parto. En la actualidad, se supone que la etiopatogenia del parto prematuro incluye los siguientes procesos: infección, isquemia uteroplacentaria, trastornos del metabolismo hormonal, en particular los de los gestágenos y la CRH, alteración de la tolerancia materna del feto (teoría "feto como aloinjerto"), alergia, exceso distensión uterina, incompetencia cervical. El proceso patógeno básico del parto prematuro es la inflamación. Se han publicado numerosos trabajos que evidencian la relación entre los mecanismos antes mencionados y el desencadenamiento del proceso inflamatorio / parto prematuro. (ESPINOZA, 2015)

La actual nomenclatura describe el síndrome de parto prematuro. Su etiopatogenia podría incluir varias causas con una posible combinación mutua asumida.

Las causas mencionadas anteriormente, es decir, infección, isquemia uteroplacentaria y trastornos del metabolismo hormonal, principalmente los de los gestágenos. La causa más importante de parto prematuro es la infección; sin embargo, los datos disponibles sugieren que no es el agente infeccioso en sí el que desencadena el proceso de parto prematuro; además, es necesaria la presencia de predisposición genética (interacción genética con el medio ambiente). (ESPINOZA, 2015)

A continuación, se detallarán las fisiopatologías del parto prematuro.

### 2.2.1. INFECCIÓN Y PARTO PREMATURO

La acción de los microorganismos da como resultado el desarrollo de una respuesta inflamatoria fetal y / o materna - corioamnionitis, funisitis y particularmente el Síndrome de Respuesta Inflamatoria Fetal - FIRS.

Estos síntomas se reconocen como inflamación intraamniotica. Hasta ahora no existe un equivalente exacto del término FIRS, el término común es inflamación fetal con un término análogo para adultos: SIRS (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica). Los fetos con respuesta inflamatoria fetal tienen una mayor morbilidad perinatal, particularmente debido a la hemorragia intraventricular (HIV) severa (III. Y IV.), Leuco malacia periventricular (LPV), enterocolitis necrosa, displasia broncopulmonar, disfunción miocárdica y sepsis neonatal con una incidencia más frecuente de parto prematuro en comparación con los fetos sin respuesta inflamatoria.

La elevación de la interleucina-6 (IL-6) en la sangre umbilical es posparto seguida de una incidencia significativamente mayor de funisitis (inflamación umbilical); la inflamación se considera un síntoma histológico de FIRS. En la actualidad, los criterios básicos incluyen la elevación de los niveles de citocinas (particularmente interleucina-6), niveles elevados de formas inmaduras de granulocitos neutrofilicos, PCR elevada en sangre umbilical extraída después del parto e histológica (funisitis, corioamnionitis) y correlatos clínicos mencionados anteriormente. En un experimento, un criterio de diagnóstico es la elevación de la interleucina-6 en la sangre umbilical extraída durante la cordocentesis. (ESPINOZA, 2015)

La patogenia del parto prematuro está particularmente relacionada con citocinas, metaloproteinasas de matriz y prostaglandinas. El efecto desencadenante se observa principalmente en los receptores de reconocimiento de patrones: PRR. Estos receptores tienen la capacidad de identificar ciertas estructuras moleculares, comunes en la mayoría de los microorganismos.

Además, sin embargo, se unen a "señales peligrosas" del tejido dañado: productos de estrés oxidativo (posible vía no infecciosa de parto prematuro). El grupo más importante está representado por los receptores tipo Toll, TLR.

Las herramientas para el diagnóstico prenatal de la infección / inflamación intraamniotica son limitadas. Hasta el momento, no existe una prevención primaria del nacimiento prematuro. La prevención secundaria se lleva a cabo mediante la definición del grupo de riesgo de gestantes. Con ciertas precauciones, la identificación temprana del grupo de riesgo podría retrasar el parto prematuro. En la mayoría de los pacientes, los síntomas clínicos de inflamación intraamniotica se observan tan tarde como en etapas avanzadas; nuestro objetivo es el diagnóstico precoz de la inflamación. (ESPINOZA, 2015)

En el parto prematuro sospechoso o ya existente, particularmente en la Ruptura Prematura de Membranas (RPM) es necesario eliminar la infección / inflamación intraamniotica en el ingreso a la sala de partos. La sensibilidad de las presentes pruebas, es decir, el recuento diferencial de granulocitos de neutrófilos y la determinación de PCR en el suero materno, es relativamente baja; Además, estas pruebas dan principalmente una imagen del compartimento materno. Varios estudios sugieren que algunas mujeres desarrollan infección / inflamación fetal (FIRS) incluso sin la presencia de una respuesta inflamatoria materna, p. ej. a la colonización microbiana.

La interpretación de los resultados del cultivo del canal del parto es complicada: ¿es esta colonización microbiana del canal del parto o un agente inflamatorio intraamniotica? La colonización microbiana del canal de parto no está necesariamente relacionada con el riesgo de parto prematuro; sin embargo, podría aumentar la morbilidad y mortalidad perinatal. El tratamiento de rutina de la invasión microbiana asintomática en el canal del parto no reduce la incidencia de parto prematuro.

Si bien en la RPM ya diagnosticada es imposible proporcionar una evidencia confiable de una relación causal entre la presencia de bacterias en el canal de parto y el proceso de parto prematuro o la presencia de colonización común del canal de parto, el examen de ultrasonido es útil en el diagnóstico prenatal.

El examen cervical por ultrasonido con una sonda vaginal (cervicometría) puede ayudar a distinguir entre la cavidad amniotica, el corion o las infecciones de la placenta y la colonización común. La invasión microbiana de la cavidad amniotica (IMCA) está relacionada con cambios cualitativos (canalización) y cuantitativos (acortamiento) del cuello uterino. Estos cambios se reconocen como insuficiencia

cervical. La colonización microbiana intraamniotica ocurre hasta en un 80% de los pacientes con insuficiencia cervical aguda.

### 2.2.2. ISQUEMIA UTEROPLACENTARIA

La preeclampsia, el desprendimiento de placenta y la restricción del crecimiento intrauterino se han denominado colectivamente enfermedad placentaria isquémica porque con frecuencia se caracterizan por la infra perfusión uteroplacentaria, hipoxia crónica e isquemia placentaria, que son el resultado de una invasión deficiente del trofoblasto y una remodelación incompleta de las arterias espirales durante la placentación.

Por lo tanto, una presunta vía biológica común que implica una mala placentación en el embarazo temprano y la insuficiencia placentaria posterior se ha implicado en su desarrollo, sin embargo, sus etiologías siguen siendo en gran medida desconocidas y faltan estrategias preventivas y terapéuticas.

Estas 3 condiciones combinadas contribuyen a más de la mitad de todos los partos médicamente indicados antes de las 35 semanas en los Estados Unidos y se asocian con tasas desproporcionadamente altas de morbilidad perinatal y mortalidad.

Aunque la causa de estas 3 afecciones sigue siendo esquiva, se han propuesto varios procesos patológicos, incluyendo disfunción endotelial, placentación anormal e infección e inflamación. Si bien hay pruebas disponibles para apoyar diversos procesos patológicos en el desarrollo de condiciones de enfermedad placentaria isquémica, la evidencia reciente sugiere que la homogeneidad de los perfiles de riesgo puede observarse cuando estas condiciones ocurren en la gestación prematura.

- Preeclampsia

La preeclampsia, típicamente definida como la aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 en gestación, complica aproximadamente el 2-8% de los embarazos. Las tasas de preeclampsia han disminuido en varias naciones europeas y Australia en la última década, mientras que los aumentos en la preeclampsia, específicamente la preeclampsia grave, se han observado en los Estados Unidos. (ESPINOZA, 2015)

A pesar de la creciente prevalencia de varios factores de riesgo de preeclampsia en todo el mundo, se especula que la disminución observada de la incidencia de preeclampsia en algunos países es el resultado del aumento de las tasas de parto electivo temprano entre las mujeres de alto riesgo. Los factores de riesgo de preeclampsia incluyen la edad materna avanzada, la obesidad y las condiciones de salud crónicas que afectan la función vascular, como la diabetes preexistente, la hipertensión crónica, la enfermedad renal y el síndrome antifosfolípido.

La nulidad es uno de los factores de riesgo más consistentemente identificados para la preeclampsia. Sin embargo, las mujeres que han tenido varios partos con un embarazo anterior afectado por preeclampsia tienen el mayor riesgo. Cambio de pareja entre embarazos e intervalos de embarazo extendidos también se asocian con un mayor riesgo de preeclampsia.

La preeclampsia se puede clasificar como aparición temprana, preferiblemente definida como preeclampsia que ocurre antes de las 34 semanas de gestación, pero las definiciones clínicas de inicio temprano son variadas y los estudios epidemiológicos no han sido consistentes, con clasificaciones que van desde <32 a <37 semanas. La preeclampsia de inicio temprano es una afección más grave y se cree que se origina a partir de una mala placentación como lo demuestra la mayor probabilidad de DIU en estos embarazos. En el caso de la preeclampsia de aparición tardía, el crecimiento fetal sigue sin verse afectado en gran medida, lo que indica una menor afectación placentaria en la patogénesis de esta afección. En comparación con las mujeres sin preeclampsia, el riesgo de que un feto sea pequeño para la edad gestacional entre las mujeres con preeclampsia de inicio temprano se multiplica por 7, mientras que el riesgo correspondiente es un aumento de 3 veces para la preeclampsia de inicio tardío.

También se han observado diferencias en los factores de riesgo de preeclampsia de inicio temprano y tardío. Las mujeres con hipertensión crónica tienen un mayor riesgo de preeclampsia temprana pero no tardía. Las mujeres con sobrepeso y obesidad, medida por el IMC, tienen un mayor riesgo de preeclampsia de aparición tardía que la preeclampsia de inicio temprano. La nulidad y la diabetes mellitus también se asociaron con mayor fuerza con la enfermedad de aparición tardía, mientras que la edad materna joven se asoció con una disminución del riesgo de preeclampsia de inicio temprano, pero no de inicio tardío. Los patrones de riesgo diferenciales según la edad gestacional al inicio apoyan la noción de que estas condiciones representan entidades clínicas distintas. Además, la preeclampsia de inicio temprano es más coherente con las características definitorias de la enfermedad placentaria isquémica que con la preeclampsia de inicio tardío.

#### - Desprendimiento placentario

El desprendimiento placentario, definido como separación completa o parcial de la placenta antes de la entrega, es el menos común de las 3 condiciones de la enfermedad placentaria isquémica con una prevalencia estimada del 1%. (ESPINOZA, 2015)

Si bien varios factores de riesgo de desprendimiento placentario generalmente están aumentando en prevalencia, las disminuciones notificadas pueden deberse a una mejor supervisión de los embarazos de alto riesgo y al parto temprano de estos embarazos antes de la aparición de un desprendimiento. Los factores de riesgo de desprendimiento placentario incluyen la edad materna avanzada, la multiparidad, el tabaquismo y el consumo de drogas durante el embarazo. La hipertensión crónica y la diabetes pre gestacional también son factores de riesgo. El mayor factor de riesgo de desprendimiento es un desprendimiento placentario previo, con estimaciones que van de 3 a 12 veces más riesgo de un desprendimiento posterior. (ESPINOZA, 2015)

Se sospecha que el desprendimiento placental prematuro (<37 semanas) y el término desprendimiento placentaria (≥37 semanas) tienen mecanismos biológicos variados, pero los estudios que distinguen entre el pretérmino y el abrupto término son limitados. Se estima que el desprendimiento placental prematuro es 9 veces más común que los desprendimientos de términos, con una tasa del 2,8% entre los

nacimientos prematuros y del 0,3% entre los nacimientos a término. (ESPINOZA, 2015)

Los factores de riesgo y las condiciones asociadas con el desprendimiento prematuro difieren de los asociados con el término de desprendimiento, lo que implica que estos 2 diagnósticos son distintivos. Un estudio que distinguió entre el momento del desprendimiento observó pesos medios de nacimiento más bajos y pesos placentales en nacimientos de este desprendimiento prematuro, pero no partos de desprendimiento de término, lo que indica que el desprendimiento prematuro puede ser más consistente con la isquemia placentaria. Otros estudios han evaluado factores asociados específicamente con el desprendimiento prematuro entre los nacimientos prematuros o término desprendimiento placentario entre los nacimientos a término. (ESPINOZA, 2015)

El tabaquismo durante el embarazo, la hipertensión y el consumo de drogas intravenosas se asociaron con desprendimiento entre los nacimientos prematuros, mientras que la edad materna avanzada se asoció con el desprendimiento entre los nacimientos prematuros. Debido a las limitaciones de incluir sólo nacimientos prematuros o a término, no se puede realizar una comparación de los factores de riesgo entre el pretérmino y el término de desprendimiento.

- Restricción del crecimiento intrauterino

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) o fetal se describe como el fracaso de un feto para alcanzar su potencial de crecimiento predeterminado. El RCIU es un diagnóstico prenatal difícil que requiere una evaluación detallada de los factores de riesgo materno, incluyendo antecedentes reproductivos y enfermedades crónicas, factores de riesgo de embarazo y ecografías en serie entre las mujeres identificadas como en riesgo.

Debido a la cantidad de información necesaria para conferir un diagnóstico de la RCIU, específicamente ultrasonidos en serie y estudios Doppler, los estudios epidemiológicos con frecuencia utilizan pequeños para la edad gestacional (PEG) como representante de la RCIU. Cabe señalar que una gran proporción de los bebés PEG no están realmente restringidos al crecimiento, sino que son constitucionalmente pequeños o pequeños debido a razones fisiológicas, como las malformaciones congénitas.

La RCIU afecta entre el 3% y el 5% de los embarazos. La insuficiencia placentaria, medida por anomalías estructurales y hallazgos histológicos, es la causa más frecuente de la RCIU, pero los factores fetales, incluidas las anomalías cromosómicas y las infecciones congénitas, y los factores de riesgo materno también contribuyen a la RCIU. (ESPINOZA, 2015)

Los factores de riesgo para la RCIU incluyen fumar durante el embarazo, bajo peso antes del embarazo y bajo aumento de peso. La diabetes mellitus y la hipertensión también están asociadas con la RCIU. Uno de los factores de riesgo más fuertes para la RCIU en un embarazo actual es un embarazo anterior afectado por la RCIU.

Se han descrito diferencias en la patología y manifestaciones clínicas de la RCIU de inicio temprano y tardío. La RCIU de inicio temprano es más consistente con la insuficiencia placentaria que las que se presentan más tarde en gestación. El RCIU de inicio temprano se define clínicamente como el que ocurre a <32 semanas, pero pocos estudios epidemiológicos, si los hay, han abordado el RCIU de inicio temprano y tardío como condiciones separadas. Si bien existen pocos estudios epidemiológicos de la RCIU de inicio temprano y tardío, existen estudios que exploran tendencias e identifican factores de riesgo para el prematuro y el término SGA.

El aumento de las intervenciones por complicaciones del embarazo, como la preeclampsia, explica parte del aumento de los PEG pretérmino. Además, los cambios en la prevalencia de factores de riesgo que están más fuertemente asociados con el parto prematuro o prematuro pueden explicar el aumento del PEG prematuro. Los factores de riesgo más fuertemente asociados con el PEG prematuro incluyen hipertensión crónica y edad materna avanzada, mientras que el bajo índice de masa corporal antes del embarazo se ha asociado con un mayor riesgo de término PEG.

### 2.2.3. SOBREDISTENSIÓN UTERINA

Mujeres con anomalías de conductos mullerianos, polihidramnios, y embarazo múltiple tienen un mayor riesgo de parto prematuro espontáneo y parto prematuro.

La presión intraamniótica permanece relativamente constante durante toda la gestación a pesar del crecimiento del feto y la placenta. Esto se ha atribuido a la relajación miometrial progresiva debido a los efectos de la progesterona y relajantes miometriales endógenos como el óxido nítrico. El estiramiento puede, sin embargo, inducir un aumento de la contractilidad miometrial, liberación de prostaglandina, expresión de proteína de unión de brecha o conexión-43, y aumento del receptor de oxitocina en el miometrio embarazada y no embarazada. La expresión génica proteica asociada a la contracción inducida por el estiramiento durante el embarazo es inhibida por la progesterona. (ESPINOZA, 2015)

El efecto del estiramiento aumenta en la gestación tardía y es máximo durante el trabajo de parto como consecuencia de la reducción relativa del crecimiento uterino en comparación con el crecimiento fetal y de la disminución de las concentraciones circulantes y/o locales de progesterona. El efecto de las fuerzas mecánicas en el músculo se ha estudiado extensamente en miocardio, músculo liso vascular, vejiga y músculo liso gastrointestinal pero no en miometrio.

El estrés mecánico induce la activación de receptores de integrina, canales de calcio activados por el estiramiento, fosforilación del receptor de factor de crecimiento derivado de plaquetas, y activación de proteínas G. Una vez que se detecta la fuerza mecánica, conduce a la activación de la proteína quinasa C y las quinasas proteicas activadas por mitógeno, el aumento de la expresión génica de c-fos y c-jun, y una mayor actividad de unión de la proteína activadora del factor de transcripción-1. Otros efectos de las fuerzas físicas relevantes para el miometrio incluyen una mayor expresión de prostaglandina H sintasa 2, superóxido dismutasa, y sintasa de óxido nítrico. La naturaleza de los mecanismos de detección de fuerza/presión del miometrio aún no ha sido determinada. Se ha propuesto un papel para las integrinas y sus ligandos para otros órganos. El stress no sólo puede inducir una mayor contractilidad miometrial, sino que también puede modificar la respuesta contráctil a través de "retroalimentación mecano eléctrica" similar a la reportada en el corazón

Las membranas corioamnióticas se distienden en 40% a las 25 a 29 semanas de gestación, 60% a las 30 a 34 semanas de gestación y 70% a término. Dado que estos mediadores se producen en respuesta al estiramiento de la membrana, pueden ejercer parte de sus efectos biológicos en el parto al estimular la degradación de la matriz extracelular del cuello uterino.

#### 2.2.4. REACCIÓN ALOGRÁFICA ANORMAL

La unidad feto placentaria ha sido considerada el 'injerto' más exitoso de la naturaleza. Los inmunólogos reproductivos han sugerido que las anomalías en el reconocimiento y adaptación a un conjunto de antígenos extraños (fetales) pueden ser un mecanismo de enfermedad responsable de la pérdida recurrente del embarazo, restricción del crecimiento intrauterino y preeclampsia. Se ha propuesto que la villitis crónica de etiología desconocida sea una lesión similar al "rechazo placentario". (ESPINOZA, 2015)

La presencia de estas lesiones en un subconjunto de mujeres que dan a luz después del parto prematuro espontáneo proporciona apoyo indirecto para el concepto de que las anomalías inmunes pueden ser responsables del trabajo de parto prematuro. Hemos observado que algunas mujeres en trabajos prematuros, en ausencia de infección demostrable, tienen concentraciones elevadas del receptor liposoluble IL-2. Las concentraciones plasmáticas elevadas del receptor IL-2 se consideran un signo temprano de rechazo en mujeres con trasplantes renales. Se requieren más estudios para definir la frecuencia y la importancia clínica de este proceso patológico en el trabajo de parto prematuro.

Cabe destacar que la visión tradicional del feto como aloinjerto ha sido cuestionada recientemente. La relación normal entre la madre y el concepto se ha comparado con la de la alorecogición de invertebrados, en la que la citotoxicidad y las reacciones de rechazo no son consecuencias inevitables de la exposición a antígenos extraños. Los procesos patológicos resultantes de la activación de la extremidad efectora de la respuesta inmune (es decir, células asesinas naturales, macrófagos, etc.) todavía podrían desempeñar un papel importante en la fisiopatología del trabajo prematuro. (ESPINOZA, 2015)

El mecanismo por el cual se suspende la acción de progesterona ha eludido la definición. Se han invocado cinco mecanismos potenciales para explicar esta paradoja: 1) reducción de la biodisponibilidad de la progesterona mediante la unión a una proteína de alta afinidad; 2) aumento de la concentración de cortisol en el

embarazo tardío que puede competir con la progesterona para la unión al receptor glucocorticoide; 3) conversión de progesterona a una forma inactiva dentro de la célula objetivo antes de interactuar con su receptor; 4) cambios cuantitativos y cualitativos en las isoformas del receptor de progesterona (PR-A, PR-B, PR-C); 5) cambios en los co-reguladores de receptores de progesterona; y 6) una retirada funcional de la progesterona a través de NF-kB. El lector interesado se refiere a artículos sobre este complejo tema para obtener más información.

Las acciones de progesterona están mediadas por complejos multi-proteínas incluyendo receptores de progesterona, componentes modificadores (co-reguladores y adaptadores) y proteínas efectoras (ARN-polimerasa, cromatina-remodelación y factores de procesamiento de ARN). Además, recientemente se han propuesto mecanismos no genómicos. Queda por dilucidar el papel específico de la progesterona en el mecanismo responsable del trabajo prematuro.

El espectro de anomalías reproductivas asociadas con la deficiencia de progesterona es amplio. La deficiencia de fase lútea (LPD) se cree ampliamente que es una causa de infertilidad y comúnmente está implicado en la etiología del aborto espontáneo recurrente. Este trastorno se ha definido como un defecto de secreción de progesterona por el cuerpo lúteo o un defecto en la respuesta endometrial a la progesterona. En la LPD, el ovario podría funcionar lo suficientemente bien como para ovular, pero la función del cuerpo lúteo y/o endometrio estaría por debajo del umbral fisiológico suficiente para la concepción o el mantenimiento del embarazo. Dado que no existe un acuerdo general sobre los criterios para el diagnóstico de la LPD, la importancia clínica y la contribución de la LPD al resultado adverso del embarazo siguen siendo inciertas. Un estudio retrospectivo que incluye a 540 mujeres infértiles con un diagnóstico de LPD (biopsia endometrial estuvo fuera de fase por 2 días en dos ciclos consecutivos) mostró una alta tasa de nacimiento prematuro (31,2%) en mujeres que no habían recibido tratamiento de progesterona. Por el contrario, las mujeres que fueron tratadas con progesterona (supositorios vaginales durante al menos 12 semanas) mostraron una menor tasa de partos prematuros a menos de 32 semanas y menos de 37 semanas de gestación (durante 32 semanas, sin progesterona: 12,5% [4/32] frente a progesterona: 1,3% [6/469];  $P < 0,01$ , y durante 37 semanas, sin progesterona: 31,2% [10/32] frente a progesterona: 13,7% [64/469];  $P < 0.01$ ). (ESPINOZA, 2015)

Aparte de la deficiencia funcional de progesterona primaria (por ejemplo, LPD), la reducción de la función de progesterona podría ser el resultado de otros mecanismos patológicos como la infección intrauterina. En los modelos animales de infección intrauterina ascendente, el nacimiento prematuro inducido por bacterias y inducido por LPS está precedido por una caída significativa en la concentración de progesterona sérica, que se atribuyó a: (1) síntesis de prostaglandina inducida por citoquinas LPS y proinflamatorias y leuteolisis posterior; (2) efecto anti-gonadotrópico directo de citoquinas proinflamatorias y por lo tanto supresión de la producción de progesterona; y (3) regulación superior de la forma inducible de sintasa de óxido nítrico por citoquinas proinflamatorias y, por lo tanto, la inhibición de la esterogénesis incluyendo la producción de progesterona.

La infección intrauterina se asocia con un aumento de las citoquinas proinflamatorias (es decir, IL-1, TNF- $\alpha$ , etc.) en AF, membranas fetales, decidua y miometrio. En el contexto del nacimiento prematuro relacionado con la infección, el aumento de la concentración de IL-1 $\beta$  en el tejido gestacional podría estimular el NF- $\kappa$ B. La activación de NF- $\kappa$ B puede aumentar la producción de COX-2 (mRNA y expresión proteica) y prostaglandina, y también podría reprimir la actividad de progesterona, lo que da lugar a una retirada funcional de la progesterona y, por lo tanto, a un parto pretérmino. Los ensayos clínicos aleatorizados indican que la administración de progesterona a mujeres con antecedentes de un parto prematuro anterior reduce la tasa de parto prematuro espontáneo. Estos datos se discuten en detalle en otro artículo en este suplemento. Por el momento se desconocen los mecanismos por los que la administración de progesterona previene el parto prematuro.

### 2.3. INDICADORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS

La prematuridad se puede clasificar, según su evolución clínica, en electiva o espontánea. En la prematuridad electiva, el embarazo se interrumpe debido a complicaciones maternas (por ejemplo, enfermedad hipertensiva, desprendimiento de placenta, prevalencia de placenta, etc.) y / o complicaciones fetales (por ejemplo, restricción del crecimiento fetal o sufrimiento fetal), ya que el factor de riesgo es generalmente conocido y corresponde al 25% de los partos prematuros. La prematuridad espontánea corresponde al 75% de los casos y es el resultado de un parto prematuro. (Bittar, 2009)

En este grupo, la etiología es compleja y multifactorial o desconocida. Así, en la mayoría de los casos, la prevención primaria es difícil de implementar, dado que muchos de los factores de riesgo no pueden modificarse antes o durante el embarazo, dejando así la prevención secundaria o terciaria. La prevención secundaria depende de indicadores predictivos y, entre estos, los más valiosos son los cambios clínicos, en el cuello uterino detectados por ecografía transvaginal y métodos bioquímicos.

Con la mejora en la detección de estos casos, es posible adoptar medidas preventivas secundarias y también terciarias, como reposo, uso de progesterona, tocólisis, corticosteroides prenatales y traslado de la gestante a una maternidad asistencial. Sin embargo, aún existen dudas sobre la efectividad real de la mayoría de estas intervenciones.

A continuación, se describirán los principales indicadores de riesgo para el parto prematuro espontáneo.

## FACTORES DE RIESGO CLÍNICO

La realización de una anamnesis detallada es el primer paso para identificar a la mujer en riesgo de parto prematuro. La búsqueda de indicadores clínicos debe instituirse, preferentemente, antes de la concepción, para permitir el control de riesgos y contribuir a una evolución favorable del embarazo.

Si bien en aproximadamente la mitad de los casos se considera que el parto prematuro es de etiología desconocida, a menudo existe una asociación de factores de riesgo maternos y fetales, que se pueden clasificar en epidemiológicos, obstétricos, ginecológicos, clínico-quirúrgicos, genéticos, iatrogénicos y desconocido (Tabla 2).

### Epidemiológico

Nivel socioeconómico bajo

Ambiental

Nutrición inadecuada

Edad materna

Estrés físico y psicológico

Fumar

Drogas

### **Obstétrico**

Cambios hormonales

Incompetencia cervical

Sangrados del primer y segundo trimestre

Placenta anterior

Desprendimiento de la placenta

Polihidramnios u oligohidramnios

Hermanamiento

Amniorraxis prematura

Enfermedad hipertensiva específica del embarazo

Malformaciones fetales

Restricción del crecimiento fetal

Nacimientos prematuros previos

### **Ginecológico**

Cambios anatómicos del cuello uterino.

Historia de amputación cervical

Malformaciones uterinas

Miomatosis

### **Clínico-quirúrgico**

Infecciones

Enfermedades maternas

Procedimientos quirúrgicos en el embarazo.

### **Genética**

Materno y / o fetal

### **Iatrogénico**

Desconocido

**Tabla 2-** Factores de riesgo asociados con la prematuridad.

Fuente: Bittar, 2009

Entre los posibles factores que confieren mayores riesgos, destacamos los antecedentes de parto prematuro espontáneo, gemelos y sangrado persistente en el segundo trimestre.

Después de un parto prematuro espontáneo, el riesgo de recurrencia varía del 14 al 22%; es del 28 al 42% después de dos partos prematuros; y 67% después de tres partos prematuros. (Bittar, 2009)

La ocurrencia de partos a término disminuye el riesgo de partos prematuros en embarazos posteriores.

El hermanamiento corresponde al 2 al 3% de todos los nacimientos, pero está presente en el 17% de los nacimientos antes de la semana 37 y en el 23% de los nacimientos antes de la semana 32. La mayor disponibilidad de técnicas de reproducción asistida ha sido responsable de la mayor incidencia de embarazos múltiples y, en consecuencia, mayor riesgo de partos prematuros. (Bittar, 2009)

El sangrado decidual persistente manifestado por sangrado vaginal en el segundo trimestre es un factor de riesgo de rotura prematura de membranas ovulares y parto prematuro (riesgo relativo de 3).

Hay varios estudios que asocian las infecciones genitourinarias con el nacimiento prematuro espontáneo. Sin embargo, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones vaginales son intervenciones no probadas para reducir la prematuridad. Por otro lado, no se puede decir lo mismo de la bacteriuria asintomática. Su diagnóstico y tratamiento disminuyen el riesgo de parto prematuro.

La relación directa entre los posibles factores de riesgo y el parto prematuro espontáneo a menudo es difícil de establecer. Generalmente, solo existe sospecha entre la exposición y la ocurrencia de un parto prematuro. La diversidad de etiologías, el hecho de que muchos de estos nacimientos ocurren en mujeres sin factores de riesgo y la falta de un modelo animal adecuado para probar el parto prematuro y sus causas no permiten que estos indicadores se utilicen con éxito para la predicción del parto prematuro. Así, otros indicadores de riesgo de prematuridad han ido ganando importancia en los últimos años.

### 2.3.1. INDICADORES DE ULTRASONIDO

La evaluación del cuello uterino, durante el embarazo, puede ser útil para identificar el riesgo de parto prematuro espontáneo. Cuanto más corta sea la longitud del cuello, mayor será la probabilidad de prematuridad, ya que el desvanecimiento del cuello uterino es una de las primeras etapas del proceso de parto y precede al parto en cuatro a ocho semanas.

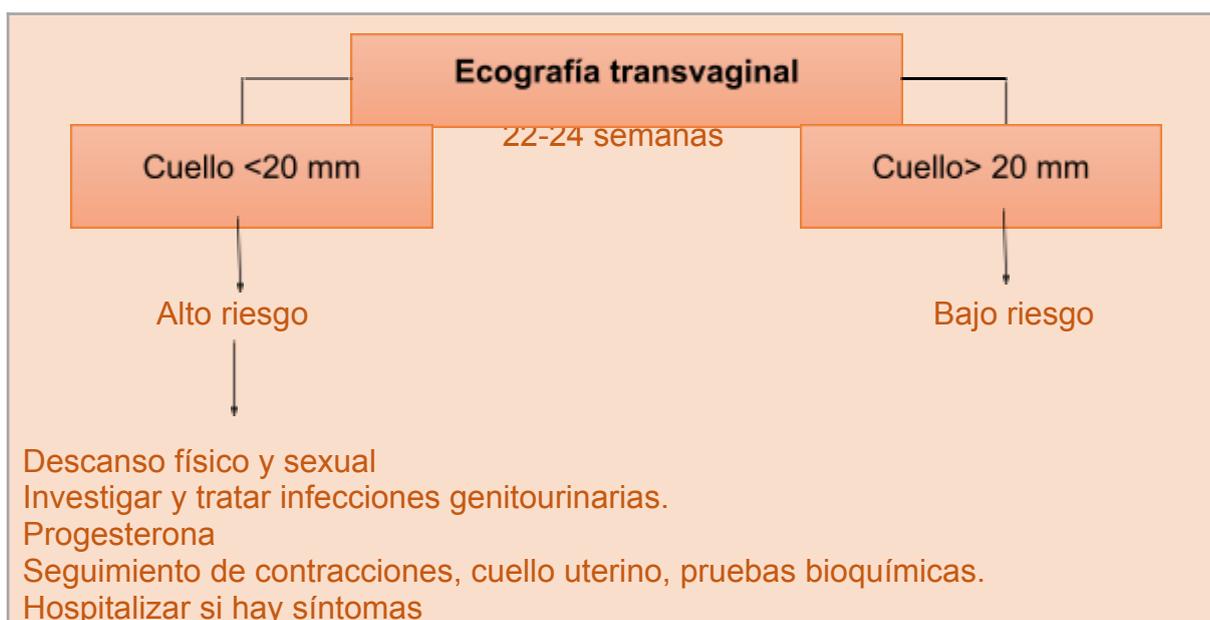
El examen del cuello uterino se puede realizar mediante toque vaginal y ecografía abdominal o vaginal. El tacto vaginal, con el fin de verificar las características del cuello uterino (dilatación, decoloración y posición), revela baja sensibilidad y bajo valor predictivo positivo para la detección del parto prematuro. Se obtiene un mejor rendimiento para el cribado de partos prematuros con ecografía transvaginal. En comparación con la técnica abdominal, la vía vaginal es más ventajosa, ya que permite la valoración de la porción supravaginal del cuello uterino con menor interferencia de las partes fetales en el segmento inferior del útero, además de no requerir el llenado de la vejiga materna y evitando errores de medición por el falso alargamiento del cuello uterino.

La longitud del cuello es el indicador ecográfico más importante, y su medición se realiza de forma lineal, entre los orificios externo e interno, delimitados por el inicio y el final de la mucosa endocervical ecogénica. (Bittar, 2009)

Algunas limitaciones están presentes en los estudios sobre la predicción del parto prematuro por ecografía transvaginal y, entre ellas, la falta de estandarización en relación a la edad gestacional de la valoración inicial y la falta de definición del punto de corte por debajo del cual el riesgo de pretérmino la entrega se vuelve, si es significativa. Medir la longitud del cuello uterino antes de las 15 semanas no muestra buenos resultados para la predicción, y la mayoría de los estudios lo utilizan durante el segundo trimestre del embarazo, especialmente entre las semanas 22 y 24, cuando los resultados predictivos son mejores. (Bittar, 2009)

Según los resultados del estudio que realizó Bittar (2009), en el que se evaluaron mujeres embarazadas, aquellas con una longitud de cuello de 20 mm o más tienen un riesgo bajo de parto prematuro espontáneo. Por otro lado, aquellos con una longitud menor a 20 mm deben considerarse de mayor riesgo y requieren mayor cuidado (Figura 1). La longitud del cuello uterino menor de 20 mm resultó ser el

mejor valor para la predicción de parto prematuro en la edad gestacional antes de las 37 semanas y también para la edad gestacional igual o menor a las 34 semanas. Para los dos grupos de nacimientos prematuros, el valor predictivo negativo de la longitud del cuello uterino fue superior al 90%, mientras que los valores predictivos positivos fueron bajos (58% para el parto <37 semanas y 42% para el parto  $\leq$  34 semanas). Para las mujeres embarazadas con antecedentes de parto prematuro, el punto de corte también fue de 20 mm. En embarazos gemelares, consideramos que el cuello es corto cuando es menor de 25 mm. (Bittar, 2009)



**Figura 1- Uso de ecografía transvaginal para prevenir el parto prematuro espontáneo**

Fuente: Bittar, 2009

En presencia de cuello corto, se recomienda reposo, investigación de infecciones genitourinarias, monitorización seriada de las contracciones uterinas, longitud del cuello y pruebas bioquímicas. Asimismo, se recomienda el uso de progesterona natural micronizada, 200 mg / día, por vía vaginal, hasta la semana 36.

### 2.3.2. INDICADORES BIOQUÍMICOS

De los posibles marcadores bioquímicos conocidos, se pueden citar los siguientes: interleucinas (6 y 8), hormona liberadora de corticotropina (CRH), estriol salival, fibronectina fetal y, más recientemente, proteína-1 fosforilada ligada al factor de crecimiento insulínico -símil (pIGFBP-1). Las interleucinas, CRH y estriol han

mostrado sensibilidades bajas y valores predictivos bajos, además de no brindar beneficios para la predicción del parto prematuro. (Bittar, 2009)

Entre todos los indicadores bioquímicos, la fibronectina (fFN) es el que presenta mejores resultados para la predicción del parto prematuro. La fFN es una glicoproteína producida por el trofoblasto, cuya función fisiológica es asegurar la adherencia del blastocisto a la decidua. Normalmente, la fFN está presente en el contenido vaginal en la primera mitad del embarazo.

Después de la semana 22, el amnios se fusiona con el corion y la fFN desaparece de la vagina hasta la semana 35, a menos que haya ruptura de membranas o presencia de un factor mecánico, infeccioso, inflamatorio o isquémico en la interfase materno-fetal. Por lo tanto, la prueba solo es útil cuando se realiza entre las semanas 22 y 34 y seis días.

Para la detección de fFN, se pueden utilizar dos tipos de prueba: la cuantitativa y la cualitativa. En nuestro país, solo contamos con la prueba rápida (cualitativa), en la que el resultado se obtiene en diez minutos. La mujer embarazada se coloca en posición ginecológica y se inserta un espéculo estéril en la vagina para recoger el contenido vaginal de la parte posterior del cuello uterino, utilizando un hisopo de Dacron, durante aproximadamente diez segundos. Posteriormente, el hisopo con el material recolectado se introduce en un frasco con una solución tampón, donde se agita vigorosamente durante diez segundos. Luego, se desecha el hisopo y se inserta la cinta de lectura en la solución tampón; a partir de entonces se esperan diez minutos para que se realice la lectura. La prueba se considera positiva cuando dos líneas rosadas en la cinta de lectura, lo que significa la presencia de fFN en concentraciones superiores a 50 ng / mL. Es importante resaltar que, antes de obtener la muestra, no puede haber manipulación del cérvix por tacto vaginal o ecografía del cérvix, coito, uso de lubricantes o medicamentos, por un período de 24 horas, debido a la posibilidad de falsos resultados positivos o negativos. (Bittar, 2009)

La prueba de fFN se puede utilizar en gestantes sintomáticas, en las que existen dudas sobre el diagnóstico de parto prematuro, o en gestantes asintomáticas con riesgo de parto prematuro espontáneo.

Considerando los estudios relacionados con gestantes sintomáticas, se observa que el principal beneficio de la prueba de fFN radica en su alto valor predictivo negativo (mayor al 90%), es decir, la probabilidad de parto a término en mujeres con prueba negativa es alta. Ante una prueba negativa, se pueden evitar hospitalizaciones e intervenciones innecesarias. Por otro lado, el valor predictivo positivo es menor (menos del 50%), pero mayor que otros marcadores bioquímicos, como estriol, en interleucinas y CRF. Ante el resultado positivo se recomienda la hospitalización, la corticoterapia prenatal y la tocólisis.

En mujeres embarazadas sintomáticas, existe una sinergia evidente entre la medición de la longitud del cuello uterino por ecografía transvaginal y la prueba de fFN. En un estudio con 215 mujeres embarazadas sintomáticas, entre las 22 y 35 semanas, se encontró que cuando la longitud del cuello era menor de 15 mm y la fFN positiva, todos los partos ocurrían dentro de los 20 días. Por otro lado, dada la longitud del cuello  $\geq 15$  mm y la fFN negativa, se pospuso la ocurrencia del parto.

En mujeres embarazadas asintomáticas con antecedentes de parto prematuro, la prueba de fFN revela mejores valores de sensibilidad cuando se combina con la medición de la longitud del cuello uterino mediante ecografía transvaginal.

Sin duda, medir la longitud del cuello uterino es útil, pero la FFN puede identificar a aquellas embarazadas en riesgo que ya tienen cambios bioquímicos, pero que aún tienen el cuello largo. Cuando la ecografía transvaginal y la prueba de fFN muestran resultados negativos, menos del 1% tiene posibilidades de parto prematuro en las próximas dos semanas.

En tales casos, se recomienda que ambas pruebas se repitan cada dos semanas. En el manejo de casos positivos, solo la prueba de fFN sigue siendo discutible, ya que la sensibilidad es menor y los falsos positivos son mayores. Aunque existe un mayor riesgo de parto prematuro cuando ambas pruebas dan positivo en embarazos asintomáticos, el parto no suele ocurrir en los próximos siete días. Sin embargo, en tal situación, desde de 26 semanas, se debe considerar la administración de corticosteroides y la posible hospitalización por tocólisis. Hasta el momento, no se sabe si el uso de progesterona en estos casos puede traer beneficios.

## 2.4. FACTORES DE RIESGO

*Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.* (Mendoza Tascón, 2016)

En este apartado se describirán los factores de riesgo en partos prematuros e relación a las variables que se tuvieron en cuenta para el análisis en la presente investigación.

### 2.4.1. GANANCIA DE PESO GESTACIONAL – OBESIDAD

El nacimiento prematuro es un problema de salud cada vez mayor, así como una causa importante de mortalidad neonatal y morbilidad a largo plazo en todo el mundo. Para desarrollar estrategias eficaces para reducir el parto prematuro, es importante evaluar las causas y los factores de riesgo de la afección. El índice de masa corporal (IMC) antes y durante el embarazo temprano y la ganancia de peso gestacional durante el embarazo ya se han asociado con el parto prematuro. (Cnattingius S, 2014)

El aumento de peso durante el embarazo es un fenómeno biológico que promueve el crecimiento y el desarrollo normal del feto. Es un buen predictor de la salud del niño al nacer. Se ha estudiado como predictor de los resultados adversos del embarazo y se ha utilizado como un indicador básico que evalúa la salud materna y neonatal durante el período prenatal. La mayoría de los estudios sobre la asociación entre el aumento de peso gestacional no óptimo y los resultados del embarazo se han llevado a cabo en países desarrollados.

Según el Instituto Americano de Medicina (OIM), a cada IMC antes del embarazo, corresponde un aumento de peso aceptable. Las mujeres sin peso deben ganar más peso durante el embarazo para cumplir con los requisitos de energía para el crecimiento fetal; mientras que las mujeres con sobrepeso y obesidad deben tener menos aumento de peso porque las reservas disponibles para ellas serían suficientes tanto para el crecimiento fetal como para el metabolismo materno. (Cnattingius S, 2014)

Un aumento de peso anormal durante el embarazo se asocia con un mayor riesgo de un resultado adverso del embarazo, como el parto prematuro, el bajo peso al nacer o el parto por cesárea. El parto después del término es más común en mujeres con aumento excesivo de peso gestacional. El parto después del término también se asocia con un mayor riesgo de complicaciones perinatales, incluyendo mortalidad perinatal, lesiones congénitas, síndrome de aspiración de meconio, admisión de UCIN y parto por cesárea.

La obesidad y el sobrepeso son reconocidos como crecientes problemas de salud mundiales. La prevalencia de mujeres adultas con sobrepeso aumentó del 29,8% en 1980 al 48% en 2018 en todo el mundo, especialmente en los países de ingresos medios. Los principales resultados adversos para la salud están relacionados con la obesidad en mujeres embarazadas, incluida la diabetes gestacional, la hipertensión inducida por el embarazo, la preeclampsia, la hemorragia posparto y el parto por cesárea.

Se sabe que las complicaciones relacionadas con el embarazo contribuyen al nacimiento prematuro médicamente indicado y ocurren con mayor frecuencia en mujeres con sobrepeso y obesidad. Por el contrario, el bajo IMC en el embarazo temprano se ha notificado consistentemente como un factor de riesgo para el parto prematuro, particularmente el parto prematuro espontáneo, en comparación con cualquier otro estado de peso. (Ledesma Lema, 2018)

Además, las asociaciones entre el bajo aumento de peso durante el embarazo son mayores en magnitud para muy nacimiento prematuro en comparación con el nacimiento prematuro y la fuerza de asociación disminuye a medida que aumenta el IMC. Se presume que ganancia de peso gestacional bajo contribuye al nacimiento prematuro a través de deficiencias en micro y macronutrientes, que aumentan el riesgo de nacimiento prematuro. La ganancia de peso gestacional inadecuado también se ha asociado con un aumento de las probabilidades de muerte infantil y pequeño para los nacimientos en edad gestacional. (Cnattingius S, 2014)

El sobrepeso y la obesidad son algunos de los predictores más fuertes de ganancia de peso gestacional excesivo.

La ganancia de peso gestacional excesivo también se ha implicado como jugar un papel en la salud a corto y largo plazo de los bebés. Por ejemplo, los bebés nacidos

de madres que ganan por encima del peso recomendado durante el embarazo tienen más probabilidades de nacer a lo grande para la edad gestacional, tener macrosomía y desarrollar obesidad infantil.

#### 2.4.2. SANGRADO EN EL PRIMER O SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTACIÓN

El parto prematuro es el parto antes de las 37 semanas de gestación, lo que implica aproximadamente el 12% de todos los embarazos. Es un determinante principal de la morbilidad y mortalidad perinatal y podría aumentar el riesgo de complicaciones neurológicas. El sangrado vaginal afecta hasta el 25% de todos los embarazos y en la mitad de los casos puede provocar un aborto espontáneo. Si el sangrado vaginal ocurre durante el embarazo, aumentarán algunos resultados adversos, incluida la mortalidad antes y después del parto, el bajo peso al nacer y el parto prematuro. Como se mencionó anteriormente, el sangrado vaginal se asocia con un riesgo dos veces mayor de parto prematuro. (Ovalle, 2012)

Sin embargo, a pesar de la aparición de hemorragias vaginales durante el embarazo, aproximadamente la mitad de ellas tienen causas desconocidas. Debido a que en muchos casos de hemorragia, se desconocían la causa y la fuente, el posible mecanismo del parto prematuro seguido de hemorragia aún no está claro.

Además, una teoría demostró que el sangrado seguido de la producción de trombina puede causar una cascada proteolítica que conduce a la destrucción de las membranas fetales y finalmente a la ruptura prematura de las membranas (PROM). Se ha determinado que la trombina puede estimular las contracciones uterinas y provocar un parto prematuro sin ruptura de la membrana (ROM). Según otra teoría, el sangrado puede ser un signo de infección uterina subclínica que podría estimular el proceso de parto prematuro.

Sin embargo, no hay suficientes investigaciones relacionadas con los mecanismos probables y las características del sangrado vaginal en el trabajo de parto prematuro, como el trimestre de ocurrencia del sangrado (1º o 2º), la duración y la gravedad, el volumen y los episodios de sangrado. (Ovalle, 2012)

El sangrado vaginal durante el embarazo tiene muchas causas. Algunos son serios, y muchos no.

- 1er trimestre

Las posibles causas del sangrado vaginal durante el primer trimestre incluyen:

- Embarazo ectópico (en el que el óvulo fertilizado se implanta y crece fuera del útero, como en una trompa de Falopio)
- Sangrado de implantación (que ocurre aproximadamente 10 a 14 días después de la concepción cuando el óvulo fertilizado se implanta en el revestimiento del útero)
- Aborto espontáneo (la pérdida espontánea del embarazo antes de la semana 20)
- Embarazo molar (una rara ocurrencia en la que un óvulo fertilizado anormal se convierte en tejido anormal en lugar de un bebé)
- Problemas con el cuello uterino, como una infección cervical, cuello uterino inflamado o crecimientos en el cuello uterino
  - 2º trimestre

Las posibles causas del sangrado vaginal durante el segundo o tercer trimestre incluyen:

- Cuello uterino incompetente (una apertura prematura del cuello uterino, que puede conducir a un parto prematuro)
- Aborto espontáneo (antes de la semana 20) o muerte fetal intrauterina
- Desprendimiento placentario (cuando la placenta — que suministra nutrientes y oxígeno al bebé — se separa de la pared del útero)
- Placenta previa (cuando la placenta cubre el cuello uterino, lo que resulta en sangrado severo durante el embarazo)
- Trabajo de parto prematuro (que podría resultar en sangrado ligero, especialmente cuando se acompaña de contracciones, dolor de espalda opaco o presión pélvica)
- Problemas con el cuello uterino, como una infección cervical, cuello uterino inflamado o crecimientos en el cuello uterino

- Ruptura uterina, una ocurrencia rara pero potencialmente mortal en la que el útero se abre a lo largo de la línea de cicatriz de una cesárea anterior

### 2.4.3. HIPERTENSIÓN

Los trastornos hipertensivos en el embarazo, especialmente la preeclampsia, siguen siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna e infantil en todo el mundo. A pesar de numerosos estudios básicos, clínicos y epidemiológicos que se han llevado a cabo en el último medio siglo, el conocimiento de la etiología y la patogénesis de la preeclampsia sigue siendo esquivo. Debido a que la fisiopatología de la preeclampsia aún no ha sido aclarada, los ensayos clínicos no han demostrado ninguna estrategia eficaz de prevención o tratamiento, aparte del parto temprano en los casos en que el trastorno es grave. (Ledesma Lema, 2018)

Una hipótesis predominante con respecto a la patogénesis de la preeclampsia es el "modelo isquémico". Se presume que la disminución de la perfusión uteroplacental es el paso principal y el punto de convergencia de diversos procesos patógenos en el desarrollo de la preeclampsia. Es intuitivo que la reducción del flujo sanguíneo placental debe resultar en una disminución del crecimiento fetal, con un mayor riesgo de restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer. Sin embargo, los estudios epidemiológicos no han establecido de manera concluyente una asociación entre la preeclampsia o la hipertensión gestacional y el crecimiento fetal deficiente.

El peso al nacer está determinado tanto por la duración de la gestación como por la tasa de crecimiento fetal. La preeclampsia aumenta significativamente el riesgo de parto prematuro iatrogénico (parto) para las indicaciones maternas. Para estudiar el efecto de la preeclampsia y la hipertensión gestacional en el crecimiento fetal, es importante comparar el crecimiento fetal de los bebés nacidos de madres con preeclampsia o hipertensión gestacional con el de los bebés nacidos de madres sin estas condiciones a la misma edad gestacional. (Grandi C. T., 2009)

Las complicaciones de la presión arterial alta para la madre y el bebé pueden incluir lo siguiente:

Para la madre: preeclampsia ictero externo, eclampsia ictero externo, accidente cerebrovascular, la necesidad de inducción del trabajo de parto (dar medicina para iniciar el parto para dar a luz), y el desprendimiento placentario (la placenta que se separa de la pared del útero).

Para el bebé: parto prematuro (nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas de embarazo) y bajo peso al nacer (cuando nace un bebé que pesa menos de 5 libras, 8 onzas). La presión arterial alta de la madre hace que sea más difícil para el bebé conseguir suficiente oxígeno y nutrientes para crecer, por lo que la madre puede tener que dar a luz al bebé temprano. (Grandi C. , 1996)

- Hipertensión crónica

La hipertensión crónica significa tener presión arterial alta antes de quedar embarazada o antes de las 20 semanas de embarazo. Las mujeres que tienen hipertensión crónica también pueden contraer preeclampsia en el segundo o tercer trimestre del embarazo

- Hipertensión gestacional

Esta afección ocurre cuando solo tienes presión arterial alta durante el embarazo y no tienes proteínas en la orina u otros problemas cardíacos o renales. Por lo general, se diagnostica después de 20 semanas de embarazo o cerca del parto. La hipertensión gestacional generalmente desaparece después de dar a luz. Sin embargo, algunas mujeres con hipertensión gestacional tienen un mayor riesgo de desarrollar hipertensión crónica en el futuro.

- Preeclampsia/Eclampsia

La preeclampsia ocurre cuando una mujer que anteriormente tenía presión arterial normal desarrolla repentinamente presión arterial alta y proteínas en su orina u otros problemas después de 20 semanas de embarazo. Las mujeres que tienen hipertensión crónica también pueden contraer preeclampsia.

La preeclampsia ocurre en aproximadamente 1 de cada 25 embarazos. Algunas mujeres con preeclampsia pueden desarrollar convulsiones. Esto se llama eclampsia, que es una emergencia médica. (Grandi C. , 1996)

Los síntomas de la preeclampsia incluyen:

- Un dolor de cabeza que no desaparecerá
- Cambios en la visión, incluyendo visión borrosa, ver manchas o tener cambios en la vista
- Dolor en la zona superior del estómago
- Náuseas o vómitos
- Hinchazón de la cara o las manos
- Aumento repentino de peso
- Problemas para respirar

Algunas mujeres no tienen síntomas de preeclampsia, por lo que es importante visitar al equipo de atención médica regularmente, especialmente durante el embarazo.

Una persona embarazada está más en riesgo de preeclampsia si:

- Es la primera vez que da a luz.
- Si tuvo preeclampsia durante un embarazo anterior.
- Si tiene presión arterial alta crónica (a largo plazo), enfermedad renal crónica o ambas cosas.
- Si tiene antecedentes de trombofilia (una afección que aumenta el riesgo de coágulos sanguíneos).
- Si está embarazada de varios bebés (como gemelos o trillizos).
- Si se quedó embarazada usando fertilización in vitro.
- Si tiene antecedentes familiares de preeclampsia.
- Si tiene diabetes tipo 1 o tipo 2.
- Si tiene obesidad.
- Si tiene lupus (una enfermedad autoinmune).

- Si tiene más de 40 años.

En raras ocasiones, la preeclampsia puede ocurrir después de haber dado a luz. Esta es una condición médica grave conocida como preeclampsia posparto. Puede ocurrir en mujeres sin antecedentes de preeclampsia durante el embarazo. Los síntomas de la preeclampsia posparto son similares a los síntomas de preeclampsia ictero externo. La preeclampsia posparto se diagnostica normalmente dentro de las 48 horas posteriores al parto, pero puede ocurrir hasta 6 semanas después.

#### 2.4.4. ALTERACIONES PLACENTARIAS - ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Los partos antes de las 28 semanas de gestación (o partos prematuros extremos) son un problema de salud mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). La ruptura prematura de las membranas (RPM) de mediados de período, definida como ruptura de las membranas fetales antes de las 28 semanas de gestación, complica aproximadamente el 0,4%-0,7% de todos los embarazos y se asocia con una alta mortalidad neonatal, así como con morbilidad grave a largo y corto plazo. (Drs. Cluet de Rodríguez I., 2013)

La tasa de supervivencia inmediata de los bebés nacidos antes de las 28 semanas de gestación ha mejorado significativamente en las últimas décadas; sin embargo, el parto prematuro extremo todavía se asocia a menudo con la muerte neonatal posterior antes del 1 mes de edad. Alrededor del 40% de los bebés prematuros, que sobreviven a la estancia inicial de cuidados intensivos neonatales, mueren durante los próximos 5 años de vida. Además, la morbilidad a largo plazo de los sobrevivientes sigue siendo alta. Más del 40% de los neonatos sobrevivientes después de la RPM antes de las 25 semanas de gestación desarrollan displasia broncopulmonar (DB). Los niños sobrevivientes también tienen mayores riesgos de discapacidades físicas y del desarrollo, incluyendo enfermedades respiratorias crónicas, efectos neurodesarrollo o conductuales (deterioro del funcionamiento visual/auditivo/ejecutivo, retraso en el desarrollo global y secuelas psiquiátricas/conductuales) y enfermedades cardiovasculares. La anhidratación prolongada después del RPM se asocia con un riesgo cuatro veces mayor de resultados adversos compuestos, incluyendo muerte, DB, trastornos neurológicos

graves, retinopatía grave, en comparación con un grupo de control ajustado por edad. (Osorno CL, 2008)

- Embriología de las membranas coro-amnióticas

Antes de las 12 semanas de gestación, el amnion está contenido dentro del saco gestacional separado del corion por fluido coriónico y a su vez encierra el feto y el líquido amniótico en un espacio separado dentro de un saco. La amnion deriva oxígeno y nutrición del líquido amniótico circundante, así como del líquido coriónico hasta la "fusión" del espacio coriónico. Estas membranas conectadas siempre se pueden separar mecánicamente fácilmente unas de otras, y nunca se fusionan verdaderamente, hablando celularmente. Esta fusión del espacio coriónico ocurre normalmente entre las 12 y 14 semanas de gestación, aunque la fusión podría retrasarse en algunos embarazos hasta la semana 15. Esta persistencia de la separación en el segundo trimestre se denomina separación corio-amniótica y se puede detectar en ultrasonido de alta resolución. Algunos autores han informado de una separación prolongada entre el corion y la amnion como marcador de aneuploidía. La separación coro-amniótica se observa con frecuencia como una complicación de la cirugía fetal. Después del parto, las membranas corioamnióticas se pueden separar manualmente unas de otras. En nuestra opinión, la fusión entre las membranas coriónicas y amnióticas es simplemente la aposición de las dos capas, ya que el espacio coriónico se elimina mediante la ampliación del saco amniótico – una simple superposición de las membranas durante las semanas 12 y 15 siguientes por el establecimiento de una red fibrosa muy fina. La situación con el defecto de una sola membrana ocurre con frecuencia y está relacionada con la destrucción inexistente entre las membranas fetales (Pre-RPM). (Torres, 2005)

- Remodelación anatómica patológica

El sitio más prevalente de ruptura de las membranas amnióticas en RPM es el área supra-cervical. La membrana amniótica en este sitio está estructuralmente alterada, fácilmente interrumpida y a menudo está cargada de bacterias. La experiencia clínica ha demostrado que no todos los casos de RPM siguen este patrón clásico de ruptura. Hemos encontrado pacientes con pruebas positivas de RPM que mantienen una cantidad normal del líquido amniótico en el examen por ultrasonido. El pronóstico de estos pacientes es mejor. Estos pacientes son similares a los pacientes que experimentan RPM como una complicación de la cirugía fetoscópica.

Estos pacientes pueden hacerlo mejor que los pacientes clásicos de RPM porque la etiología subyacente es la interrupción mecánica de las membranas sin la etiología inflamatoria y/o infecciosa asociada observada con RPM clásica. (Torres, 2005)

- Morfología de membrana alterada

La RPM se asocia con la hinchazón marcada y la interrupción de la red de colágeno dentro de las capas compacta, fibroblasto y esponjosa. Las enzimas que se han implicado en los mecanismos de ruptura de la membrana incluyen MMP-1, MMP-8, MMP-9, y hay múltiples estudios para apoyar esto en los que la concentración de la enzima en el líquido amniótico se ha medido con inmunoensayos, así como métodos enzimáticos. Las metaloproteinasas matriciales (MMP), o colágenos, degradan los colágenos intersticiales, actuando preferentemente en el tipo de colágeno I. La RPM (en ambos, la presencia y ausencia de infección) se asoció con un aumento de las concentraciones de MMP-1 en las concentraciones de líquido amniótico MMP-1. La ruptura espontánea de las membranas en la gestación prematura, pero no en términos de gestación, se asoció con concentraciones elevadas de líquido amniótico de MMP-8. (Torres, 2005)

Los casos en los que sólo una de las dos membranas está comprometida, son difíciles de diferenciar la "RPM alta" con una cantidad no disminuida de líquido amniótico, especialmente si las pruebas de RPM son positivas. Suponemos que tales situaciones "pre-RPM" comprenden una proporción sustancial de casos con el diagnóstico incorrecto de "RPM alta" combinado con la cantidad normal de líquido amniótico. Es muy posible que en algunos pacientes con pre-RPM sin signos de infección, las intervenciones "agresivas" que incluyen la terapia antibiótica sistémica y la hospitalización hasta el parto, pudieran evitarse sin ninguna desventaja. (Barrios, 2012)

- Complicaciones de procedimientos invasivos y cirugías fetoscópicas.

Fuga de líquido amniótico después de la amniocentesis o después de la cirugía fetoscópica sugiere que en algunos casos las RPM podrían tener dos fenotipos distintos:

- a. "RPM clásico" en la zona supra-cervical con anhidramnión. En algunos casos, la RPM clásico podría ser activado por la alta RPM con fuga de líquido amniótico que conduce a daños en el tapón de moco cervical.
- b. "Alta RPM" incluye casos con un defecto de membrana alejado de las operaciones cervicales internas y una cantidad normal del líquido amniótico y un mejor resultado neonatal (con o sin prueba positiva de RPM) y RPM alta con una cantidad reducida de volumen de líquido amniótico debido a la fuga de líquido amniótico (prueba positiva de RPM). El "RPM alta" debe abarcar los casos en los que el defecto involucra ambas membranas, sólo si el defecto no se produce por encima de las os cervicales. El gradiente positivo de la presión del líquido amniótico, aplicado a las membranas fetales que rodean el orificio, que mantiene las membranas alrededor del defecto en oposición a la pared uterina, es responsable de la ausencia de la fuga amniótica a pesar de la presencia del defecto en la membrana amniótica. En los casos con "RPM alta" el amnión, el exceso de cuello uterino podría estar intacto y las infecciones ascendentes son menos propensas a desarrollarse, por lo tanto, el riesgo de corioamnionitis y síndrome de respuesta inflamatoria fetal (FIRS) no aumenta significativamente. (Barrios, 2012)

Las situaciones con la ruptura o daño incompleto de sólo una de ambas membranas – la "PRE-RPM" también debe tener lugar en la patogénesis de RPM. Estas situaciones son extremadamente difíciles de diferenciar forman el "RPM alta" con una cantidad normal de líquido amniótico, especialmente si las pruebas de RPM son positivas.

- Ruptura prematura de membrana predeterminada iatrogénica

Después de la introducción del análisis cromosómico en la medicina clínica, la amniocentesis de trimestre medio se ha convertido en la técnica de diagnóstico prenatal invasivo más común ofrecida a las mujeres embarazadas con mayor riesgo de anomalías cromosómicas. Varios estudios han examinado la tasa de complicaciones relacionadas con el procedimiento y la tasa de pérdida fetal después de la amniocentesis. Por lo general, se informa que el riesgo relacionado con el procedimiento estimado es del 1% y del 0,06%, respectivamente, pero la tasa se ve afectada por varios factores como la presencia de sangrado vaginal en el embarazo temprano y la experiencia del operador. El riesgo de fuga de líquidos (RPM) después

de la amniocentesis es relativamente bajo (1%-2%). El riesgo de RPM después de la fetoscópica se correlaciona con el grado de daño FM: cuanto menor sea el revestimiento fetoscópica, menor será el riesgo de RPM. La capacidad de las membranas coro-amnióticas para repararse después de una lesión es limitada en humanos y animales. (Osorno CL, 2008)

Estudios recientes encontraron que hay una relación entre el tamaño del agujero de acceso y la tasa de la RPM como una complicación de la cirugía fetoscópica. Demostraron una reducción de cuatro veces en la tasa del trauma de acceso de las membranas coro-amnióticas mediante la aplicación de dispositivos fetoscópicos más pequeños con una óptica flexible de 1 mm, sin embargo, el riesgo de RPM antes de 32/0 semanas no podía reducirse a menos del 10% de nuestra cohorte. Otros factores, como el número de intervenciones, el número de entradas a la cavidad uterina, la duración y dificultad del procedimiento, la experiencia del operador, la fricción de la membrana por la manipulación durante el procedimiento, la edad gestacional en la intervención y la ubicación placentaria, la longitud del cuello uterino, la presencia de infección vaginal también son factores importantes en ruptura prematura de membrana predeterminada iatrogénica.

#### 2.4.5. DIABETES GESTACIONAL

Las mujeres embarazadas con diabetes pueden tener embarazos saludables y bebés sanos. La clave es mantener la diabetes bajo control para minimizar o prevenir complicaciones. Cuanto más complicada es la diabetes, más problemas puede causar.

Si bien es necesario seguir de cerca la diabetes gestacional, si se controla bien con dieta, ejercicio y medicamentos si es necesario, no suele ser tan grave como tener diabetes preestacional (tener diabetes tipo 2 o tipo 1 antes de quedar embarazada). Por supuesto, todavía hay riesgos. La diabetes gestacional, al igual que otros tipos de diabetes, puede conducir a un parto prematuro, así como a otras complicaciones, especialmente si no se trata. (Díaz A. S., 2002)

El azúcar va de la sangre a las células del cuerpo con la ayuda de una hormona llamada insulina. Una vez que el azúcar está en las células, se convierte en energía

o se almacena. Pero, si el cuerpo no produce suficiente insulina, o no puede usar bien la insulina, entonces el azúcar tiene problemas para moverse en las células y permanece en la sangre en su lugar. Los altos niveles de azúcar en la sangre se denomina diabetes mellitus. (Elisa I. Rodrigo, 2014)

La diabetes mellitus gestacional es la diabetes que se desarrolla durante el embarazo. Después de que termina el embarazo, la diabetes gestacional generalmente desaparece, y los niveles de azúcar en la sangre generalmente vuelven a la normalidad.

#### Riesgo de parto prematuro

Las complicaciones causadas por niveles elevados de azúcar en sangre pueden aumentar el riesgo de parto prematuro. Los estudios demuestran que el riesgo de parto prematuro debido a la diabetes gestacional es mayor si una madre desarrolla diabetes antes de la semana 24 del embarazo. Después de la semana 24, las posibilidades de nacimiento prematuro bajan. (Elisa I. Rodrigo, 2014)

#### Cómo afecta a los bebés

Hay una serie de complicaciones que pueden resultar de la diabetes gestacional, algunas más graves para el bebé que otras: (Díaz A. S., 2002)

- Complicaciones de parto: Debido al tamaño más grande de un bebé, pueden ocurrir lesiones durante el parto, como que los hombros se atasquen (distocia) en el canal del parto, sangrado en la cabeza (hemorragia subdural) o bajo oxígeno (hipoxia). La entrega también puede requerir el uso de fórceps o un vacío, y las posibilidades de una cesárea son mucho mayores.
- Problemas de alimentación: La prematuridad, el bajo nivel de azúcar en sangre después del nacimiento y la dificultad para respirar pueden dificultar la alimentación.
- Hipoglucemia (Bajo nivel de azúcar en sangre): El bebé de una madre con diabetes produce insulina adicional para manejar todo el azúcar que mamá le pasa durante el embarazo. Después del nacimiento, el suministro de azúcar de la madre se corta, pero el niño todavía produce insulina adicional. La

insulina adicional es demasiado por lo que reduce sus niveles de azúcar en la sangre demasiado bajos, causando hipoglucemia en el bebé.

- **Ictericia:** La descomposición de los glóbulos rojos crea bilirrubina. Cuando hay una gran cantidad de bilirrubina o el cuerpo no puede deshacerse de ella lo suficientemente rápido, el nivel de bilirrubina en la sangre aumenta, haciendo que la piel y los ojos se vean amarillos. Los bebés de madres con diabetes pueden tardar más en sacar la bilirrubina extra de su cuerpo si son prematuros, más grandes que el promedio o tienen bajo nivel de azúcar en sangre.
- **Preocupaciones a largo plazo:** Junto con las complicaciones de la prematuridad o una lesión congénita, también hay una mayor probabilidad de desarrollar diabetes y tener sobrepeso más adelante en la vida.
- **Macrosomía:** El azúcar extra en la sangre de mamá pasa a su hijo. Puede conducir a un crecimiento excesivo y a un bebé más grande que el promedio.
- **Insuficiencia placentaria:** Los problemas con la placenta y la transferencia de oxígeno y nutrientes no son probables que ocurran en la diabetes gestacional, ya que por lo general sólo se ven en la diabetes preestacionaria. Pero, en raras ocasiones, si la diabetes gestacional llega temprano y no se controla, los problemas placentarios pueden conducir a una restricción del crecimiento intrauterino y del bebé más pequeño que la media.
- **Policitemia:** A veces un bebé nace con un alto nivel de glóbulos rojos como resultado de que una madre tiene diabetes. Puede hacer que la sangre espese, y también puede contribuir a problemas respiratorios e ictericia.
- **Dificultad respiratoria:** En las semanas antes de que nazca un niño, los pulmones maduran y producen algo llamado tensioactivo. El tensioactivo recubre los pequeños sacos en los pulmones y los mantiene inflados cuando el bebé respira. Si un bebé nace temprano, sus pulmones pueden ser inmaduros y sin suficiente tensioactivo. Pero, dado que la diabetes también causa una disminución en la producción de tensioactivos, incluso los bebés a término pueden tener problemas respiratorios.

Cómo afecta a las madres

A continuación, se presentan posibles complicaciones de la diabetes gestacional en las madres:

- Mayores posibilidades de entregar un prematuro
- Mayor riesgo de volver a tener diabetes gestacional con otro embarazo
- Mayor riesgo de desarrollar otros problemas de salud como presión arterial alta y preeclampsia
- Mayor probabilidad de diabetes tipo 2
- Más probabilidades de someterse a una cesárea debido al parto prematuro, complicaciones o un bebé grande

#### Factores de riesgo

La diabetes gestacional puede desarrollarse en cualquier mujer en cualquier momento durante el embarazo. Sin embargo, las probabilidades aumentan si tiene los siguientes factores de riesgo (Elisa I. Rodrigo, 2014):

- Antecedentes familiares de diabetes
- Antecedentes de síndrome de ovario poliquístico
- Un niño anterior que era grande para la edad gestacional
- Un origen étnico con una mayor tasa de diabetes como afroamericano, nativo americano, isleño del Pacífico, asiático o hispano
- Diabetes gestacional en un embarazo anterior
- Gestación múltiple (embarazada de más de un niño)
- Mayores de 25 años
- sobrepeso

#### Diagnóstico

Dado que los estudios muestran que la diabetes gestacional afecta aproximadamente al nueve por ciento de los embarazos, la detección de todas las

mujeres se realiza durante la atención prenatal de rutina.<sup>2</sup> Algunas de las maneras en que el médico te revisará para detectar diabetes gestacional incluyen:

- Análisis de sangre de glucosa: Un azúcar en sangre en ayunas de más de 126 mg/dL, un azúcar en sangre no en ayunas de más de 200 mg/dL, o puntos más altos hacia la diabetes gestacional y generalmente significa que necesitarás pruebas adicionales.
- Prueba de desafío de glucosa: En algún lugar entre la semana 24 y 28 del embarazo, su médico ordenará una prueba de detección. Beberás un poco de azúcar líquido, luego te harán un análisis de sangre una hora más tarde para ver cómo su cuerpo maneja el azúcar. Si los resultados muestran la necesidad de más pruebas, se le hará una prueba similar pero más larga llamada prueba oral de tolerancia a la glucosa.
- Examen físico: Un examen físico exhaustivo puede dar al médico pistas sobre su salud médica y revelar cualquiera de los signos y síntomas de alto nivel de azúcar en sangre o resistencia a la insulina.
- Haciendo historia: El médico te hablará sobre tu familia y tu historia clínica para determinar si tienes un mayor riesgo. (Elisa I. Rodrigo, 2014)

#### 2.4.6. ANEMIA

La anemia es cuando no tienes suficientes glóbulos rojos sanos para llevar oxígeno al resto del cuerpo. Sin suficiente oxígeno, su cuerpo no puede trabajar tan bien como debería, y se siente cansado y se agota.

La anemia puede afectar a cualquier persona, pero las mujeres tienen un mayor riesgo de padecer esta afección. En las mujeres, el hierro y los glóbulos rojos se pierden cuando se produce sangrado de períodos muy intensos o largos (menstruación). (Giacomin-Carmioli, 2009)

La anemia es común en el embarazo porque una mujer necesita tener suficientes glóbulos rojos para llevar oxígeno alrededor de su cuerpo y a su bebé. Por lo tanto, es importante prevenir la anemia antes, durante y después del embarazo. Su proveedor le hace pruebas de anemia en una visita de atención prenatal.

Por lo general, una mujer se vuelve anémica (tiene anemia) porque su cuerpo no está recibiendo suficiente hierro. El hierro es un mineral que ayuda a crear glóbulos rojos. En el embarazo, la deficiencia de hierro se ha relacionado con un mayor riesgo de parto prematuro y el parto prematuro con bajo peso al nacer es el nacimiento antes de las 37 semanas de embarazo. (Giacomin-Carmioli, 2009)

Un mecanismo alternativo podría ser que la deficiencia de hierro aumenta el daño oxidativo a los eritrocitos y la unidad fetoplacental. La deficiencia de hierro también puede aumentar el riesgo de infecciones maternas, que pueden estimular la producción de CRH y son un factor de riesgo importante para el parto prematuro.

La anemia por deficiencia de hierro es la deficiencia nutricional más común y es uno de los principales factores de riesgo de discapacidad y muerte en todo el mundo que afecta a aproximadamente dos mil millones de personas.

La anemia suele ser consecuencia de muchas enfermedades, incluidas las infecciones inflamatorias crónicas o los trastornos neoplásicos. También puede ocurrir por el tratamiento de la enfermedad en sí. La anemia puede afectar a niños en edad escolar, adolescentes, ancianos y mujeres en edad reproductiva. La anemia tiene graves consecuencias negativas que incluyen: (Giacomin-Carmioli, 2009)

- Aumento de la mortalidad en mujeres y niños especialmente en mujeres embarazadas.
- Capacidad reducida para aprender
- Disminución de la productividad en todos los individuos.

La anemia en los ancianos está relacionada con un aumento de la morbilidad y la mortalidad. Las mujeres embarazadas a menudo presentan anemia por deficiencia de hierro como consecuencia del aumento del volumen plasmático durante el embarazo y, en muchos casos, provoca un parto prematuro. La anemia ginecológica a menudo es causada por la hipermenorrea (aumento del sangrado menstrual).

El tratamiento debe dirigirse a la causa de la anemia, esto se discutirá en una investigación detallada. Con respecto a la deficiencia de hierro y sus efectos en la causa del parto prematuro, un problema de salud importante en todo el mundo

constituye del 7 al 8% del total de nacimientos y contribuye al 85% de las muertes entre los bebés prematuros. (Giacomin-Carmioli, 2009)

La anemia tarda algún tiempo en desarrollarse. Al principio, es posible que no se tenga signos o que sean leves. Pero a medida que empeora, es posible que se tenga estos signos y síntomas:

- Fatiga (muy común)
- Mareos
- jaqueca
- Manos y pies fríos
- Piel pálida
- arritmia
- Dolor en el pecho

Debido a que el corazón tiene que trabajar más duro para bombear más sangre rica en oxígeno a través del cuerpo, todos estos signos y síntomas pueden ocurrir.

Antes de quedar embarazadas, las mujeres deben obtener alrededor de 18 miligramos (mg) de hierro por día. Durante el embarazo, la cantidad de hierro que necesita salta a 27 mg por día. La mayoría de las mujeres embarazadas reciben esta cantidad por comer alimentos que contienen hierro y tomar vitaminas prenatales que contienen hierro. Algunas mujeres necesitan tomar suplementos de hierro para prevenir la deficiencia de hierro. (Giacomin-Carmioli, 2009)

Puedes ayudar a reducir el riesgo de anemia comiendo alimentos que contengan hierro durante todo el embarazo. Los alimentos ricos en hierro incluyen:

- ave de corral
- Frutas y frijoles secos
- huevos
- Cereales fortificados con hierro, panes y pastas

- Carnes de órganos (hígado, gIBLETS)
- carne roja
- Mariscos (almejas, ostras, sardinas)
- Espinacas y otros verdes de hojas oscuras

Los alimentos que contienen vitamina C pueden aumentar la cantidad de hierro que absorbe el cuerpo. Así que es una buena idea comer alimentos como jugo de naranja, tomates, fresas y pomelo todos los días.

El calcio (en productos lácteos como la leche) y el café, el té, las yemas de huevo, la fibra y la soja pueden impedir que el cuerpo absorba hierro. Trate de evitarlos cuando coma alimentos ricos en hierro.

#### 2.4.7. EMBARAZO Y ESTRÉS

El estrés materno, de origen exógeno o endógeno, es un factor de riesgo para el parto prematuro. La naturaleza y el momento de los estímulos estresantes pueden ir desde una carga de trabajo pesada hasta la ansiedad. El insulto estresante podría ocurrir durante el embarazo o en el período preconcepcional. Por ejemplo, el hambre antes del embarazo puede conducir a un parto prematuro espontáneo en ovejas. Aunque se desconoce el mecanismo preciso por el cual el estrés induce al parto prematuro, se ha propuesto un papel para el MRC. De hecho, la trayectoria en los concentrados séricos del MRC identifica a las mujeres en riesgo de parto prematuro, término y posttérmino. Dado que esta hormona es producida no sólo por el hipotálamo, sino también por la placenta, los mecanismos que regulan su producción se han atribuido a un 'reloj placentario'. Las concentraciones plasmáticas maternas de MRC se elevan tanto en el término como en el parto pretérmino. Además, los pacientes con aumento de las concentraciones plasmáticas de MRC en el período intermedio tienen un mayor riesgo de parto prematuro. Los mecanismos precisos por los cuales el MRC induce al parto han sido objeto de una investigación intensiva e implican la producción de cortisol y prostaglandinas.

## 2.5. PRIMIGESTAS

Las mujeres embarazadas de 14 a 17 años tienen un mayor riesgo de parto prematuro y de tener un hijo con bajo peso al nacer, especialmente si están teniendo su segundo hijo. Los investigadores que escriben en la revista de acceso abierto *BMC Pregnancy and Childbirth* demuestran esta asociación y piden una mejor educación para la salud y la promoción de la anticoncepción después de que una adolescente haya dado a luz por primera vez. (Palacios Rodríguez, 2010)

Es posible que el mayor riesgo de un mal resultado del embarazo esté relacionado con la inmadurez biológica. También es posible que el mayor riesgo de un mal resultado del embarazo en el segundo embarazo adolescente esté relacionado con numerosos factores complicados, como una mayor privación social y menos atención prenatal.

La asociación entre la edad materna joven y el resultado adverso del embarazo se ha atribuido a la inmadurez ginecológica y al crecimiento y estado nutricional de la madre. La reducción del crecimiento fetal descrita en algunos estudios se ha propuesto como resultado de la competencia por los nutrientes entre la madre adolescente que aún crece y su feto. Sin embargo, esta teoría es controvertida ya que también hay una fuerte asociación entre el embarazo adolescente y la privación socioeconómica y las madres adolescentes son más propensas a fumar, beber alcohol y tener mala dieta. Estos factores solos o en combinación también pueden influir en el resultado del embarazo. (Palacios Rodríguez, 2010)

A medida que la altura femenina sigue aumentando hasta los 18 a 19 años de edad, una altura materna más corta reflejaría tal inmadurez física en los adolescentes. También se sabe que la estatura más corta aumenta el riesgo de resultados adversos del nacimiento, como el parto prematuro, el pequeño para la edad gestacional y la preeclampsia entre los adultos maduros. Sin embargo, hasta donde sabemos, ninguno de los estudios previos que estudiaron el aumento del riesgo de resultados adversos en los embarazos adolescentes ha considerado el papel de la altura materna.

Las mujeres adolescentes tienen mayores riesgos de resultados adversos neonatales como parto prematuro, bajo peso al nacer, mientras que muestran un menor riesgo de cesárea y ninguna asociación con otros resultados adversos

maternos como preeclampsia y laceración grave. También encontramos que el mayor riesgo de resultados neonatales adversos entre las mujeres adolescentes estaba parcialmente mediado por una altura materna más corta, lo que sugiere un papel para la inmadurez física materna. (Palacios Rodríguez, 2010)

# CAPITULO N° III.

# METODOLOGIA DE

# LA INVESTIGACION

### 3.1 POBLACION

Primigestas de 17 a 25 años del Hospital Interzonal de Agudos Mariano y Luciano de la Vega.

### 3.2 UNIDAD DE ANALISIS

Cada una de las primigestas de 17 a 25 años del Hospital Interzonal de Agudos Mariano y Luciano de la Vega.

### 3.3 MUESTRA Y MUESTREO

La muestra son las 38 primigestas que presentaron parto prematuro antes de la semana 36 de gestación en el Hospital Interzonal de Agudos Mariano y Luciano de la Vega durante el periodo 2021.

El muestreo es no probabilístico ya que la muestra está formada por individuos que representan a una población y que se eligen de acuerdo con sus rasgos o cualidades.

### 3.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y CRITERIOS DE EXCLUSION

#### Criterios de inclusión

- Primigestas que hayan presentado parto prematuro antes de la semana 36 de gestación en el Hospital Interzonal de Agudos Mariano y Luciano de la Vega durante el periodo 2021
- Primigestas de 17 a 25 años que hayan presentado parto prematuro en el segundo trimestre de gestación.

#### Criterios de exclusión

- Múltiparas de 25 a 35 años
- Mujeres con gestaciones menores a 25 semanas y mayores a 36 semanas
- Gestantes menores de 17 años

### 3.5 SITIO DONDE SE REALIZA LA INVESTIGACION

La presente investigación se llevará a cabo en el Hospital Interzonal de Agudos Mariano y Luciano de la Vega ubicado en la calle Av. del Libertador 710 de la localidad de Moreno, Provincia de Buenos Aires.

El cual es una institución pública que depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Dicho hospital fue fundado en el año 1912 como hospital municipal hasta el año 1999, que pasó a formar parte de los efectores provinciales. Se encuentra ubicado en el Partido de Moreno, segundo cordón del conurbano bonaerense, siendo el único hospital general del distrito cuya población actual estimada es de 600.000 habitantes. ( Ministerio de Salud del Gob. de Bs. As., 2021)

Integra la red sanitaria local del sector público junto a la Maternidad Estela de Carlotto, la UPA 12 y los Centros de Atención Primaria de la Salud municipales. También pertenece a la red de atención de la Región Sanitaria VII de la Provincia de Buenos Aires, interactuando con los hospitales provinciales de los diez municipios que la componen y los Hospitales Nacionales Sommer y Posadas. ( Ministerio de Salud del Gob. de Bs. As., 2021)

Organizado por cuidados progresivos, se brinda atención a la salud con promoción, prevención, asistencia y rehabilitación a toda la comunidad de manera oportuna, accesible, adecuada, manteniendo la gratuidad y la equidad. Atentos a los principios de Hospitales Humanizados, en este hospital se prioriza el reconocimiento de los derechos de los pacientes y los trabajadores, promoviendo el desarrollo de vínculos saludables. ( Ministerio de Salud del Gob. de Bs. As., 2021)

### 3.6 TIPO DE ESTUDIO

Es una investigación de tipo cuantitativa ya que se centra fundamentalmente en los aspectos observables y susceptibles de cuantificación del fenómeno de estudio, con resultados reflejados en tablas y gráficos a través de datos numéricos. Además, utiliza metodología y pruebas estadísticas.

Es una investigación de tipo descriptiva, permite determinar cuáles son los factores que propician el desarrollo de partos prematuros en primigestas de 17 a 25 años antes de la semana 36 de gestación en el Hospital Interzonal de Agudos Mariano y Luciano de la Vega durante el periodo 2021.

Es de corte retrospectivo y de corte transversal porque se caracteriza la variable dependiente en un determinado tiempo y es de corte transversal porque se hace una sola vez durante un periodo del 2021.

### 3.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

#### **CONSENTIMIENTO DE INVESTIGACION**

“Factores predisponentes para el desarrollo de partos prematuros en el segundo trimestre de gestación en mujeres primigestas de 17 a 25 años”

Somos alumnos de 5º año de la licenciatura de la Universidad Isalud, en la que estamos realizando un trabajo de investigación en la materia Taller de Investigación II y se le solicita a usted permiso para participar en esta investigación.

#### **PROCEDIMIENTO**

Será una encuesta fácil de responder sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos relacionado al tema de la investigación.

## ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando la investigadora responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, a la investigadora responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por la investigadora.

## Encuesta

Marcar con X la opción correcta

1- **Edad:**

17- 19 años

20- 22 años

23- 25 años

2- **Semana de gestación donde se desarrolló el parto prematuro:**

28-32 semanas

33-34 semanas

35-36 semanas

3- **¿Asistió a los controles prenatales de forma regular y completa?**

Si

No

4- **Realizo el control perinatal en la:**

Semana 12

Semana 20

Semana 26

Semana 30

Semana 34

Semana 36

**todas**

**5- ¿Tiene usted el hábito del consumo de cigarrillos, drogas o alcohol durante la gestación?**

Si

No

**6- ¿Con relación el peso durante la gestación fue acorde a lo estimativo o se vio excedido de los valores normales?**

Fue acorde a lo estimativo

Se vio excedido de los valores normales

**7- ¿Presento sangrado a partir de la semana 25 a 36 de gestación?**

Si

No

**8- ¿Es usted hipertensa crónica?**

Si

No

**9- ¿Presento hipertensión gestacional?**

Si

No

**10- ¿Durante la gestación presento alteraciones placentarias?**

Si

no

11- ¿Presento rotura prematura de membranas?

Si

No

12- ¿Es usted diabética?

Si

No

13- ¿Desarrollo Diabetes Gestacional?

Si

No

14- ¿Presento anemia durante la gesta?

Si

No

15- ¿Durante la gestación su IMC supero los 30?

Si

No

16- ¿presento diagnóstico de desnutrición durante la gestación?

Si

No

**17- ¿Contrao algún tipo de Infección del Tracto Urinario, durante el embarazo?**

Si

No

**18- ¿durante el embarazo acontecieron situaciones de estrés?**

SI

NO

### 3.8 VALIDEZ INTERNA

La evaluación de los factores potencia la adecuada medición de las variables dependientes e independientes del presente trabajo, en el que se han utilizado instrumentos de medidas fiables y válidos para asegurar que se están midiendo las características de interés de manera consistente, siendo sensible al tipo y cambio que pueda presentar en la investigación.

Así mismo, la correlación de cada apartado fue realizado y analizado sistemáticamente basándose en la veracidad de los resultados permitiendo la fidelidad del documento, además de tener respaldo fundamentados en evidencias científicas antes investigadas y estudiadas por varios autores interesados en el objeto de estudio.

### 3.9 VALIDEZ EXTERNA

El presente trabajo se puede utilizar a futuro para realizar otras investigaciones relacionadas a factores que propicien el desarrollo de partos prematuros y extrapolarse a distintos grupos poblacionales que sean de interés para otros investigadores.

# CAPITULO N° IV. RESULTADOS Y EXPERIENCIAS

## 4.1 TABLAS Y GRAFICOS

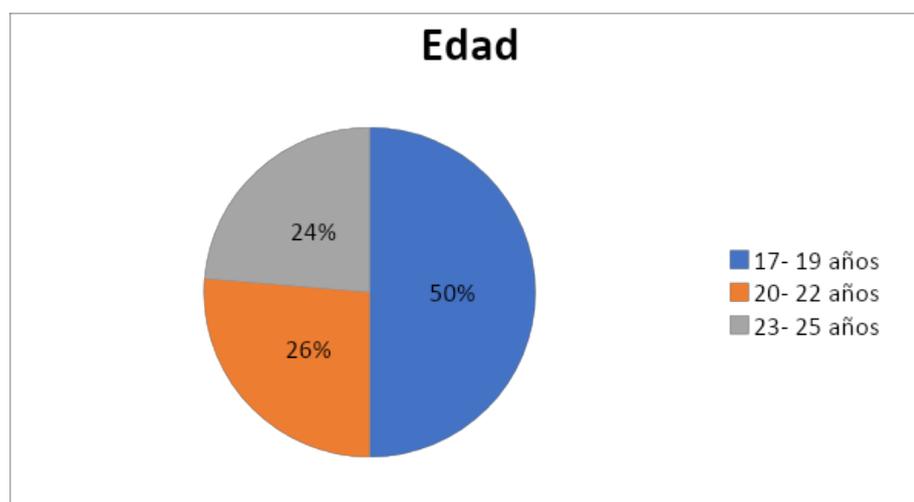
**Tabla N° 1: Distribución de la población por edad**

EDAD		
Años	N (cantidad)	%
17- 19 años	19	50%
20- 22 años	10	26%
23- 25 años	9	24%
TOTAL	38	100

Elaboración propia.

Fuente:

**Gráfico N°1- Distribución de la población por edad**



Fuente: Elaboración propia.

Se observa que el mayor porcentaje, el 50% (19), de primigestas que presentaron parto prematuro antes de la semana 36 de gestación tienen entre 17- 19 años, el 26% (10) tienen entre 20- 22 años y el 24% restante (9) tienen entre 23- 25 años.

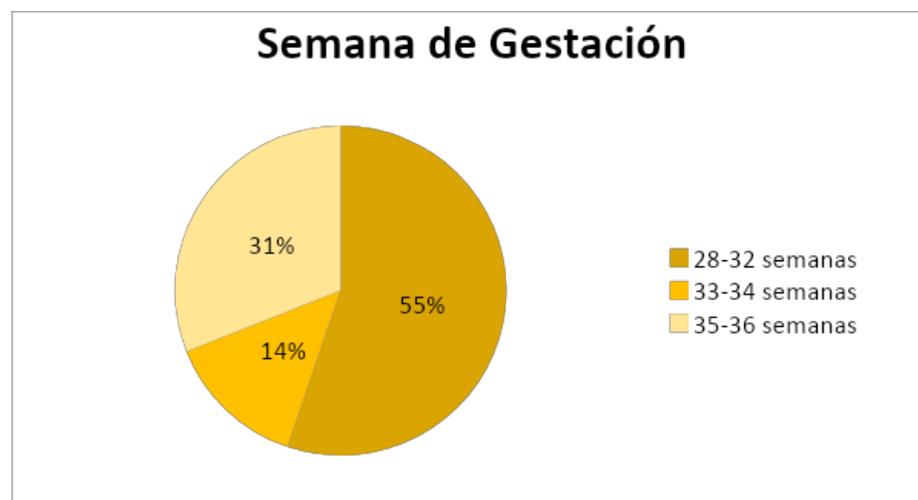
**Tabla N° 2: Semana de gestación de parto prematuro**

SEMANA DE GESTACIÓN		
Semanas	N (cantidad)	%
28-32 semanas	16	31%
33-34 semanas	4	14%
35-36 semanas	18	55%
TOTAL	38	100

Fuente:

Elaboración propia.

**Gráfico N°2- Semana de gestación de parto prematuro**



Fuente: Elaboración propia.

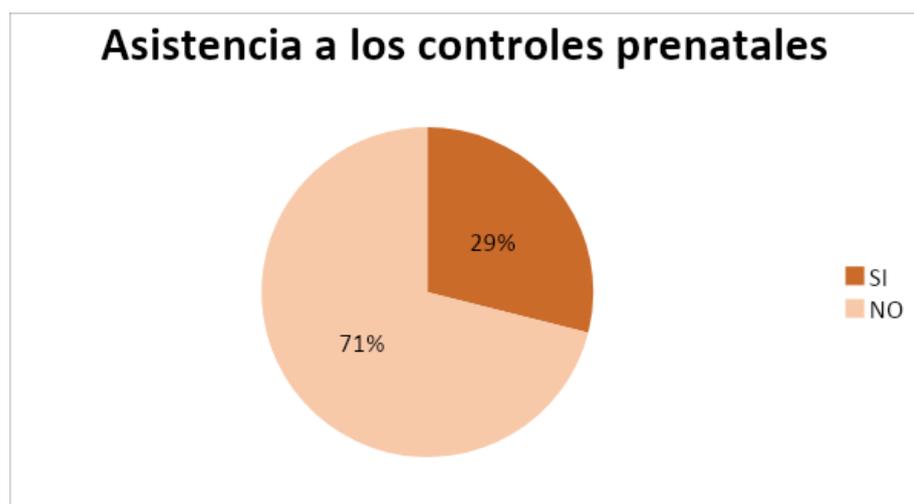
El 55% (18) de las encuestadas desarrollaron el parto prematuro entre las 35-36 semanas, el 32% (16) entre las 28 -32 semanas y el 14% (4) restante entre las 33-34 semanas.

**Tabla N° 3: Asistencia a los controles prenatales**

ASISTENCIA A LOS CONTROLES PRENATALES		
	N (cantidad)	%
SI	11	27%
NO	27	73%
TOTAL	38	100

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico N°3- Asistencia a los controles prenatales**



Fuente: Elaboración propia.

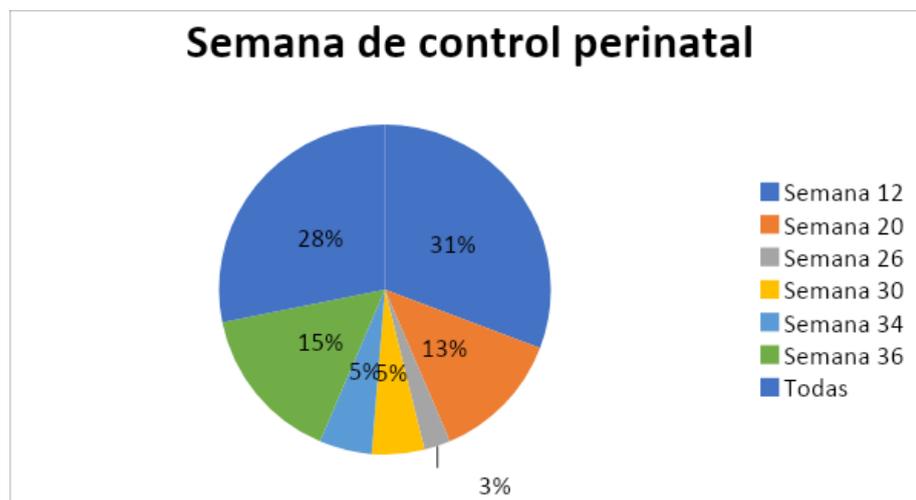
La mayoría de las encuestadas, el 71% (27), respondieron que no se asistieron a los controles prenatales de forma regular y completa y el 29% (11) respondieron que si asistieron.

**Tabla N° 4: Semana de control perinatal**

SEMANA DE CONTROL PERINATAL		
	N (cantidad)	%
Semana 12	12	31%
Semana 20	5	13%
Semana 26	1	3%
Semana 30	2	5%
Semana 34	2	5%
Semana 36	6	15%
Todas	11	28%
TOTAL	38	100

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico N°4- Semana de control perinatal**



Fuente: Elaboración propia.

Sobre la semana que se realizaron el control perinatal, el 31% (12) respondieron que en la semana 12, el 28% (11) contestaron que se la realizaron todas las semanas, el 15% (6) en la semana 36, el 13% (5) en la semana 20, el 5%(2) en la semana 30, otro 5% (2) en la semana 34 y el 3% (1) restante en la semana 26.

**Tabla N° 5: Hábitos tóxicos**

HÁBITOS TÓXICOS		
	N (cantidad)	%
SI	27	71%
NO	11	29%
TOTAL	38	100

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico N°5- Hábitos tóxicos**



Fuente: Elaboración propia.

Se observa que el mayor porcentaje 71% (27) respondió que tuvieron el hábito del consumo de cigarrillos, drogas o alcohol durante la gestación, mientras el 29% (11) dijeron que no tuvieron esos hábitos tóxicos.

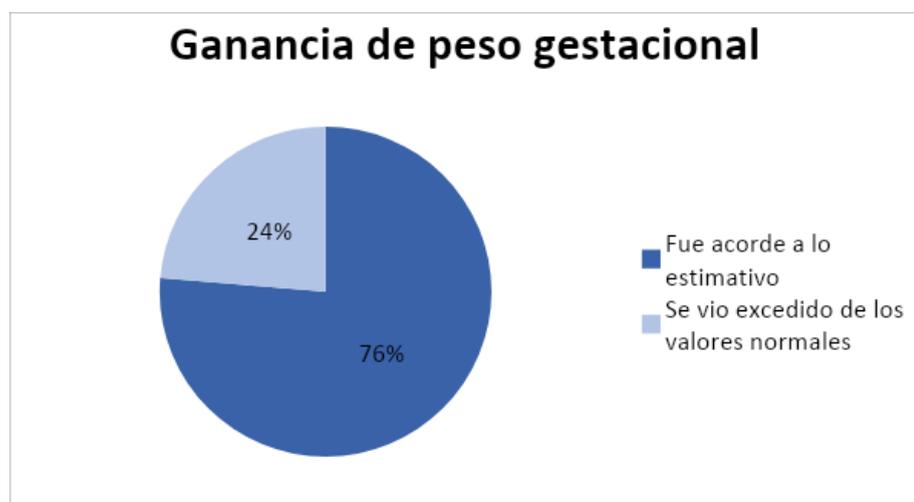
## Factores predisponentes

Tabla N° 6: Ganancia de peso gestacional

GANANCIA DE PESO GESTACIONAL		
	N (cantidad)	%
Fue acorde a lo estimativo	29	71%
Se vio excedido de los valores normales	9	29%
TOTAL	38	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N°6- Ganancia de peso gestacional



Fuente: Elaboración propia.

El 71% (29) contestaron que el peso durante la gestación fue acorde a lo estimativo, mientras el 29% (9) se vio excedido de los valores normales.

**Tabla N° 7: Presencia de sangrado entre la semana 25 a 36 de gestación**

PRESENCIA DE SANGRADO		
	N (cantidad)	%
SI	29	76%
NO	9	24%
TOTAL	38	100

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico N°7- Presencia de sangrado entre la semana 25 a 36 de gestación**



Fuente: Elaboración propia.

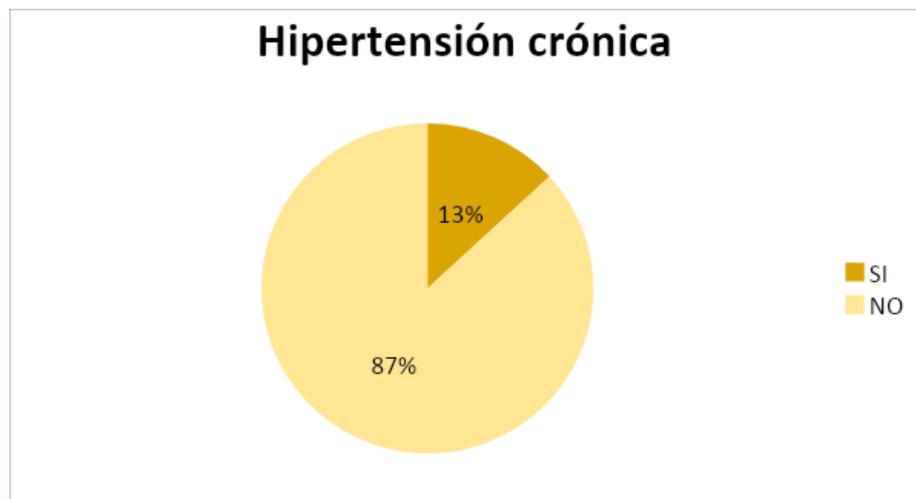
La mayoría de las primigestas 76% (29) presento sangrado a partir de la semana 25 a 36 de gestación y el 24% (9) restante no.

**Tabla N° 8: Hipertensión crónica**

HIPERTENSIÓN CRÓNICA		
	N (cantidad)	%
SI	5	13%
NO	33	87%
TOTAL	38	100

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico N°8- Hipertensión crónica**



Fuente: Elaboración propia.

Se observa que el mayor porcentaje 87% (33) contestaron que no son hipertensas crónicas y el 13% (5) respondieron que son hipertensas crónicas.

**Tabla N° 9: Hipertensión gestacional**

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL		
	N (cantidad)	%
SI	14	37%
NO	24	63%
TOTAL	38	100

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico N°9- Hipertensión gestacional**



Fuente: Elaboración propia.

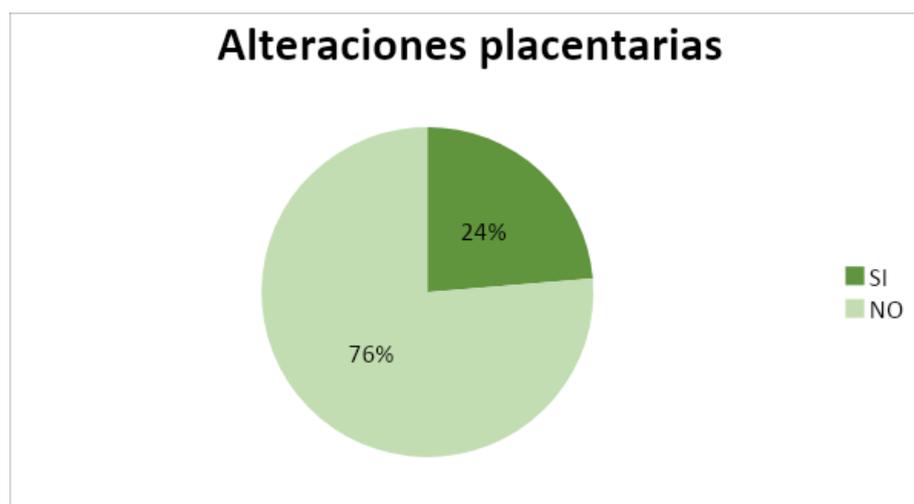
El 63% (24) presentaron hipertensión gestacional mientras que el 37% (14) restante no presentó hipertensión gestacional.

**Tabla N° 10: Alteraciones placentarias**

ALTERACIONES PLACENTARIAS		
	N (cantidad)	%
SI	9	24%
NO	29	76%
TOTAL	38	100

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico N° 10- Alteraciones placentarias**



Fuente: Elaboración propia.

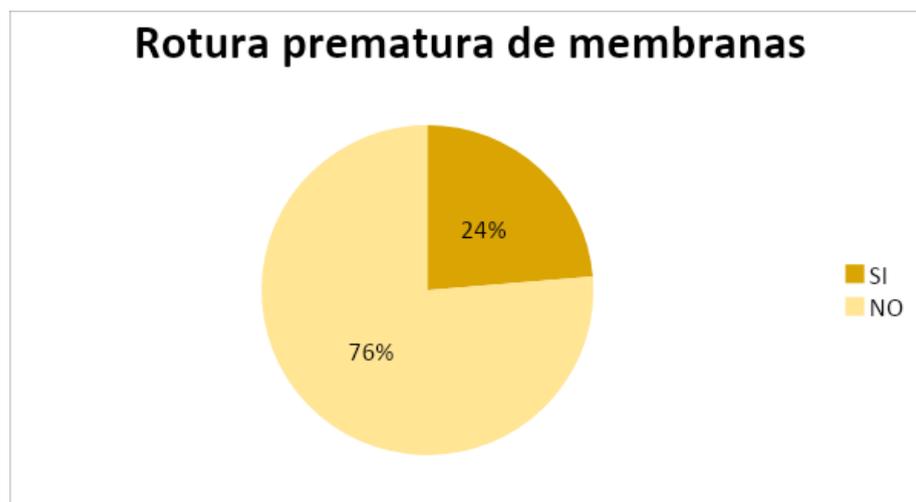
Se observa que la mayoría 76% (29) de las encuestadas respondieron que presentaron alteraciones placentarias durante la gestación y el otro 24% (9) contestaron que no las presentaron.

**Tabla N° 11: Rotura prematura de membranas**

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		
	N (cantidad)	%
SI	9	24%
NO	29	76%
TOTAL	38	100

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico N° 11- Rotura prematura de membranas**



Fuente: Elaboración propia.

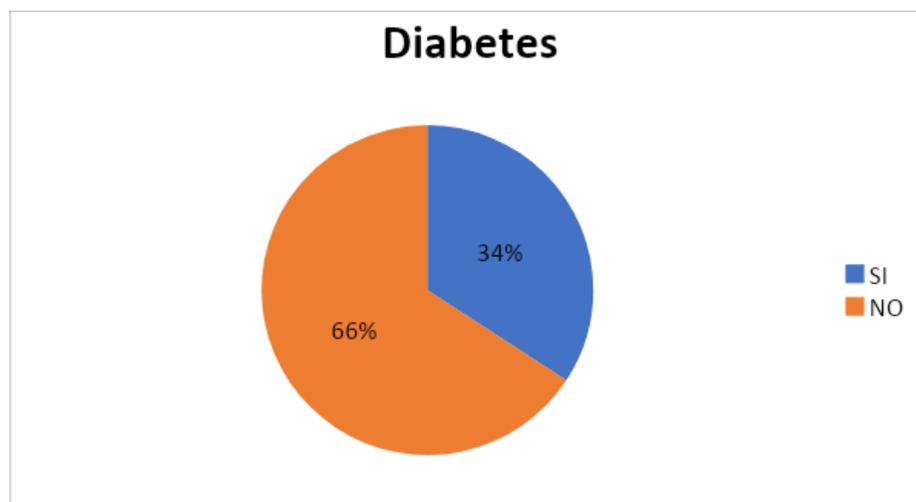
La mayoría de las primigestas 76% (29) no presentaron rotura prematura de membranas y el 24% (9) restante no presentó rotura prematura de membranas.

**Tabla N° 12: Diabetes**

DIABETES		
	N (cantidad)	%
SI	13	34%
NO	25	66%
TOTAL	38	100

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico N° 12- Diabetes**



Fuente: Elaboración propia.

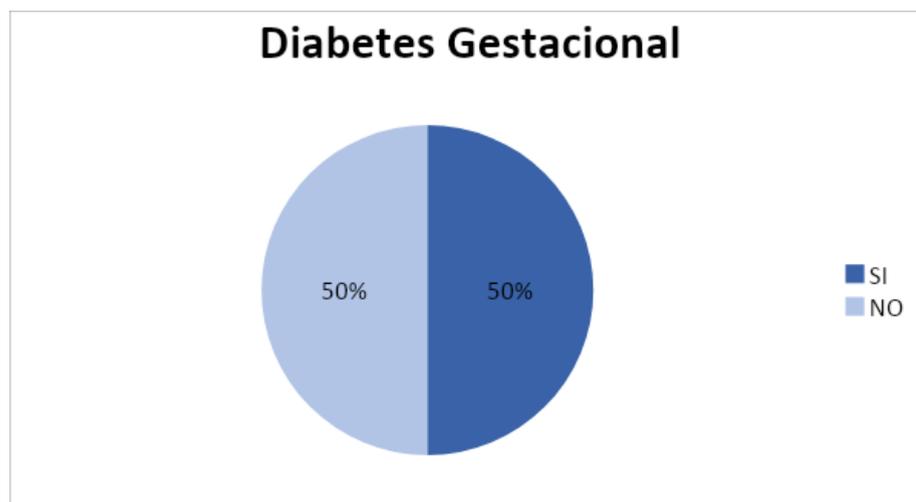
El 66% (25) se observa que no son diabéticas y el 34% (13) si son diabéticas.

**Tabla N° 13: Diabetes Gestacional**

DIABETES GESTACIONAL		
	N (cantidad)	%
SI	19	50%
NO	19	50%
TOTAL	38	100

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico N°13- Diabetes Gestacional**



Fuente: Elaboración propia.

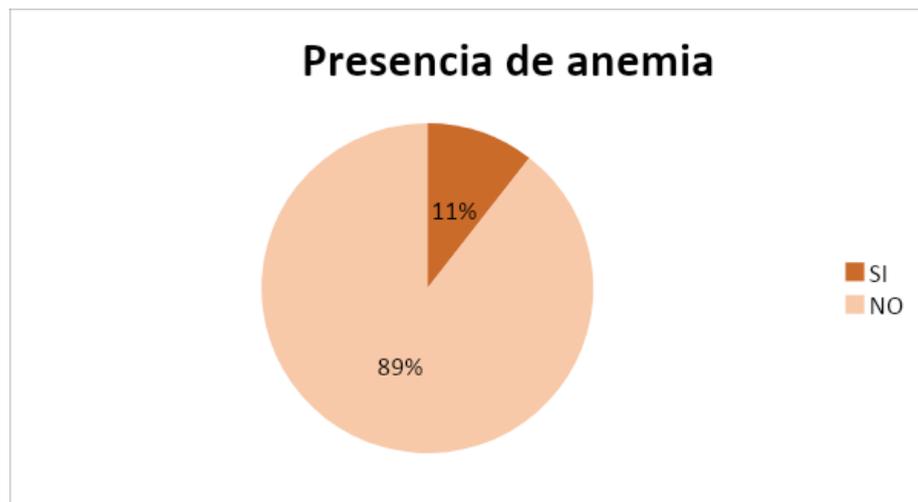
Acerca de si desarrollaron diabetes gestacional la mitad de las encuestadas 50% (19) respondieron afirmativamente mientras la otra mitad 50% (19) dijeron que no.

**Tabla N° 14: Presencia de anemia**

PRESENCIA DE ANEMIA		
	N (cantidad)	%
SI	4	11%
NO	34	89%
TOTAL	38	100

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico N°14- Presencia de anemia**



Fuente: Elaboración propia.

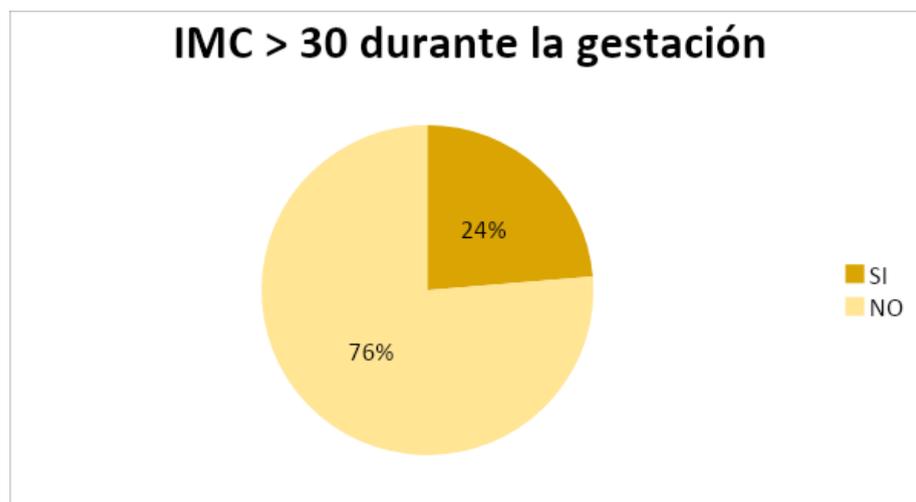
Se observa que el mayor porcentaje 89% (34) no presentaron anemia durante la gestación y el 11% (4) si presentaron.

**Tabla N° 15: IMC durante la gestación**

IMC > 30 DURANTE LA GESTACIÓN		
	N (cantidad)	%
SI	9	24%
NO	29	76%
TOTAL	38	100

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico N°15- IMC durante la gestación**



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a si el IMC superó los 30 durante la gestación, el 76% (29) respondieron que no, mientras el 24% (9) respondieron positivamente.

**Tabla N° 16: Desnutrición durante la gestación**

DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN DURANTE LA GESTACIÓN		
	N (cantidad)	%
SI	3	8%
NO	35	92%
TOTAL	38	100

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico N°16- Desnutrición durante la gestación**



Fuente: Elaboración propia.

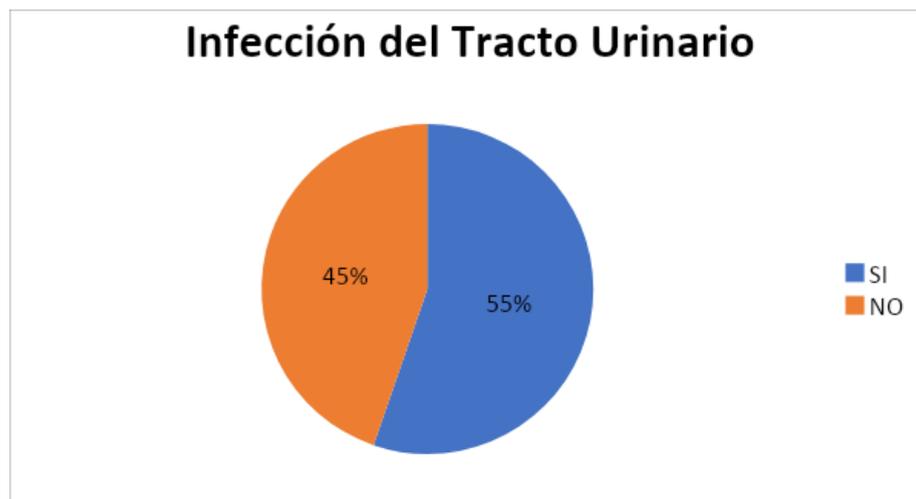
Se observa que el mayor porcentaje 92% (35) respondió que no tuvieron diagnóstico de desnutrición durante la gestación y el 8% (3) respondió que sí.

**Tabla N° 17: Infección del Tracto Urinario**

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO		
	N (cantidad)	%
SI	21	55%
NO	17	45%
TOTAL	38	100

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico N°17- Infección del Tracto Urinario**



Fuente: Elaboración propia.

El 55% (21) tuvieron algún tipo de infección del tracto urinario durante la gestación mientras el 17% (45) no tuvieron.

**Tabla N° 18: Estrés**

Estrés		
	N (cantidad)	%
SI	3	8%
NO	35	92%
TOTAL	38	100

Fuente:

Elaboración propia

**Gráfico N°18- Estrés**



Fuente: Elaboración propia.

Se observa mayor porcentaje 92% (35) de respuestas en primigestas que no tuvieron situaciones de estrés durante la gestación y el 8% (3) respondió que sí.

## 4.2 CONCLUSION Y RECOMENDACIONES

El objetivo general de este trabajo de investigación consistió en determinar cuáles son los factores que propician el desarrollo de partos prematuros en primigestas de 17 a 25 años antes de la semana 36 de gestación en el Hospital Interzonal de Agudos Mariano y Luciano de la Vega durante el periodo 2021.

El tipo de estudio es descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. La técnica utilizada fue la entrevista, para la cual se confecciono una encuesta realizada a 38 primigestas que desarrollaron parto prematuro. De las cuales, la mitad, el 50% (19), se observó que tienen entre 17 y 19 años. De esta manera como vimos en el marco teórico, se evidencia lo que dijo la autora Palacios Rodríguez (2010), que las mujeres embarazadas de 14 a 17 años tienen un mayor riesgo de parto prematuro. A medida que la altura femenina sigue aumentando hasta los 18 a 19 años de edad, una altura materna más corta reflejaría tal inmadurez física en los adolescentes.

Teniendo en cuenta edad gestacional y la subdivisión del autor Pacheco-Romero, (2018), la mayoría 55% (18) desarrollo parto prematuro entre las 35- 36 semanas que se denomina prematuro tardío y un 31 % (16) fue prematuro severo entre las 28 – 32 semanas.

Con respecto a los controles prenatales se observó que el 73 % (27) no asistieron a los controles prenatales de forma regular y completa. Y el 27% (11) dijeron que se habían realizado el control perinatal en todas las semanas (en la semana 12, 20, 26, 30, 34 y 36).

Según el autor Donoso Bernales (2012) entre los factores de riesgo epidemiológicos de parto prematuro se encuentra el uso de drogas y toxinas. Esto se vio demostrado en el análisis de las encuestas, ya que el 71% (27) tuvo hábitos tóxicos (ya sea consumo de cigarrillos, drogas o alcohol) durante la gestación.

El índice de masa corporal (IMC) antes y durante el embarazo temprano y la ganancia de peso gestacional durante el embarazo ya se han asociado con el parto prematuro. (Cnattingius S, 2014) , pero en el presente estudio no se vio esa relación. El peso durante la gestación el 71% (29) de las primigestas se observó que no se excedieron de los valores normales y el IMC en el 76% no superó los 30.

Como así también no presentaron hipertensión gestacional, y el 87% (33) no son personas hipertensas crónicas.

En relación al factor de riesgo sobre la diabetes el 66% (25) se observó que son diabéticas esto se relaciona con presencia de hipertensión gestacional en la mitad (50%) de las encuestadas. Pero como dice la autora Elisa I. Rodrigo (2014) y se ve en este estudio esto se correlaciona con los partos prematuros. Ya que las complicaciones causadas por niveles elevados de azúcar en sangre pueden aumentar el riesgo de parto prematuro.

La Dra Cluet de Rodríguez (2013) con respecto a la alteración placentaria y la rotura prematura de membrana placenta, menciona que se da en su mayoría cuando sucede antes de la semana 25. Como se observó en el presente estudio que no hubo partos prematuros que sucedieran antes de dicha semana. Y el 76% (29) no presentaron alteraciones placentarias como así tampoco tuvieron rotura prematura de membrana (76%).

En cuanto a la presencia de anemia durante la gestación según Giacomini-Carniol (2009) es común en el embarazo porque una mujer necesita tener suficientes glóbulos rojos para llevar oxígeno alrededor de su cuerpo y a su bebé. Pero en el estudio no se observa ni anemia ya que el 89% no presento anemia como tampoco desnutrición (92%) durante la gestación.

Lo que si se observo es presencia de infección del tracto urinario en un 55% que se relaciona con lo mencionado por el autor Espinoza (2015) que la causa más importante de parto prematuro es la infección.

Por lo anteriormente mencionado en el presente estudio pudimos observar que el parto prematuro de las primigestas encuestadas se dio por los factores de riesgo de la edad, también por la falta de controles prenatales, que esto se vio en el sangrado

a partir de la semana 25 a 36 de gestación y la infección que presentaron durante el embarazo.

*“Las evidencias científicas disponibles del parto pretérmino nos llevan a la convicción de que muy probablemente estamos en búsqueda de un nuevo paradigma de esta entidad, en la cual la investigación científica haga los aportes suficientemente confiables para aproximarnos a su control, conocer los verdaderos marcadores clínicos y biológicos con los que pudiéramos hacer una medicina preventiva valedera; mejorar los métodos diagnósticos que nos permitirían anticiparnos a los eventos clínicos, y por supuesto tener disponible una terapéutica más etiopatogénica. Esperemos que en un futuro no muy lejano dispongamos de estos noveles recursos.”* (Faneite, 2012)

La prevención del parto prematuro sigue siendo un desafío porque hay muchas causas de prematuridad, las cuales pueden ser complejas y no siempre se comprenden bien. Sin embargo, las mujeres embarazadas pueden tomar medidas importantes para ayudar a reducir el riesgo de parto prematuro y mejorar su salud general. Como también recibir información por parte de la institución de salud donde se atienden los riesgos que puede ocurrir en los embarazos por hábitos tóxicos como fumar o consumir drogas, como así también de la importancia de hacerse controles prenatales.

## BIBLIOGRAFIA

- Ministerio de Salud del Gob. de Bs. As. (2021). *Ministerio de Salud*. Obtenido de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/hmyldelavega/historia/>
- A, A. (noviembre de 2006). TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS DE LA CIENCIA ENFERMERA. *Revista electrónica, científica y documental de Enfermería.Enfermería Global*(9).
- Barrios, V. B. (diciembre de 2012). Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. *Rev. Nac. (Itauguá), vol.4 (no.2 )*.
- Bittar, R. y. (2009). Indicadores de riesgo de parto prematuro. *Revista Brasileña de Ginecología y Obstetricia, 31 (4), 203-209*.
- Bolzán, A. G. (2000). Factores de riesgo de retardo de crecimiento intrauterino y prematuridad en dos municipios de la provincia de Buenos Aires (Argentina). *Revista chilena de pediatría, 71(3), 255-262*.
- Calderón GJ, V. M. (2005). Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 43 (4)(Número 4), 339-342*.
- Cnattingius S, V. E. (2014). Obesidad materna y riesgo de parto prematuro. *REVISTA CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, 79(1), 64-66*.
- Coutiño, S. I. (2013). Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. *Ginecología y Obstetricia de México, 81(09), 499-503*.
- de Jesus Alves, J. A. (2019). Descripción de los ingresos y reingresos de recién nacidos prematuros en España: causas y costes. *Cultura de los cuidados, vol. 23, 293-303*.

- Díaz, A. S. (2002). RIESGOS OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTETRICOS Y PERINATALES CON PACIENTES EMBARAZADAS ADULTAS. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, v.67(67(6)), 481-487.
- Donoso Bernal B., O. E. (septiembre de 2012). Parto prematuro. *Medwave Revista Biomédica Revisada Por Pares*, 12(08). Obtenido de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5477>
- Dr. Carlos Grandi. (1996). FIBRONECTINA FETAL (fFN) EN SECRECIÓN CERVICAL. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, XV(Nº 3).
- Drs. Alfredo Ovalle S., P. G. (1988). INFECCIONES GENITO URINARIAS Y CERCLAJE EN EL ABORTO ESPONTANEO DE SEGUNDO TRIMESTRE Y PARTO PREMATURO RECURRENTE. *REV CHIL OBSTET GINECOL*, 53((3)), 162-171.
- Drs. Cluet de Rodríguez I., R.-P. M. (2013). Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3), 151-170.
- Drs. Riscarle Manrique, A. R. (septiembre de 2008). Parto pretérmino en adolescentes. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, v.68 ( n.3 ), 141-143. Obtenido de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-7732200800030002&lng=es&tlng=pt](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-7732200800030002&lng=es&tlng=pt).
- Egan, L. A. (2008). Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76(09), 542-548.
- Elisa I. Rodrigo, M. N. (2014). Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes atendidas en la maternidad del Hospital Ángela Iglesia de Llano de Corrientes,. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacion del Nordeste*, E XXXIV( 3), 11-17. Obtenido de [https://med.unne.edu.ar/home/images/documentos/Revista\\_Numero/121-2014-vol-xxxiv-n-3-2-Factores-asociados-al-parto-pretermino-en-adolescentes-atendidas-en-la-maternidad-del-Hospital-Angela-Iglesia-de-Llano-de-Corrientes-entre-2009-y-2011.pdf](https://med.unne.edu.ar/home/images/documentos/Revista_Numero/121-2014-vol-xxxiv-n-3-2-Factores-asociados-al-parto-pretermino-en-adolescentes-atendidas-en-la-maternidad-del-Hospital-Angela-Iglesia-de-Llano-de-Corrientes-entre-2009-y-2011.pdf)

- ESPINOZA, J. (junio de 2015). Fisiopatología del síndrome de parto pretérmino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, Vol. 54( Núm. 1), 15-21.
- Faneite, D. P. (2012). Parto pretérmino: reto, reacciones y paradigmas. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 72(4), 217-220. Obtenido de [http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322012000400001&script=sci\\_arttext](http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322012000400001&script=sci_arttext)
- Giacomin-Carmioli, L. L.-M.-S. (2009). Anemia materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo para parto pretérmino. *Acta médica costarricense*, 51(1), 39-43.
- Grandi, C. (1996). El rol de la infección en la etiología del parto prematuro I. Revisión de la literatura. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, 15(2).
- Guillen, J. C. (2005). Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. *Revista Médica del instituto mexicano del seguro social*, 43(4), 339-342.
- Huaroto-Palomino, K. P.-H.-A.-L. (2013). Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú. *Revista Médica Panacea*, 3(2).
- Karolinski, A. M. (2009)). Uso de prácticas de atención materna y perinatal basadas en evidencia en los hospitales públicos de Argentina. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 28(4), 147-153.
- Lara, Á. D. (1985). Prevención del parto prematuro. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 10(3-4), 76-81.
- Lattera, C., Andina, E., & Di Marco, I. (2003). Guía de prácticas clínicas. Amenaza de parto prematuro. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón*, vol. 22( núm. 1), 28-43. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/912/91222107.pdf>
- Ledesma Lema, R. K. (2018). Factores de riesgo predisponentes a preeclampsia en primigestas de la maternidad Isidro Ayora (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina). *Tesis Doctoral*.

- Lopez Poémape, V. M. (4 de marzo de 2020). Factores socioculturales relacionados al parto pretermino de gestantes atendidas en el Hospital Rezola Cañete: Diciembre 2018 - Febrero 2019. *REPOSITORIO INSTITUCIONAL UPSB 3. Trabajos de Investigación*. Obtenido de <http://repositorio.upsb.edu.pe/handle/UPSb/214>
- Loretta Giacomini-Carmioli, M. L.-M.-S. (marzo de 2009). Anemia materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo para parto pretérmino. *Acta Médica Costarricense*, vol.51.
- Margarita E. Ahumada-Barrios, G. F. (25 de julio de 2016). Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol.24. Obtenido de [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100350&script=sci\\_arttext&tIng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100350&script=sci_arttext&tIng=es)
- Martín Donaldo Portillo, J. E.-R. (Septiembre-Diciembre de 2001). PARTO PREMATURO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE. *Rev Med Post UNAH*, Vol. 6 ( No 3).
- Martínez-Cancino, G. A., Díaz-Zagoya, J. C., & RomeroVázquez, A. (enero-agosto de 2017). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. *Salud en Tabasco*, vol. 23( núm. 1-2), 13-18. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/487/48754566003.pdf>
- Mendoza Chavez, F. F. (2020). Factores socioculturales relacionados al parto pretermino de gestantes atendidas en el Hospital Rezola Cañete. *Hospital Rezola Cañete*.
- Mendoza Tascón, L. A. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(4), 330-342.
- Muñoz P, M. &. (2009). LOS ESTRESORES PSICOSOCIALES SE ASOCIAN A SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO Y/O SÍNTOMAS DE PARTO PREMATURO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 74(5), 281 - 285. Obtenido de

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000500003&script=sci\\_arttext&tIng=e](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000500003&script=sci_arttext&tIng=e)

Orbegoso Portocarrero, Z. (2016). Infección del tracto urinario como factor de riesgo asociado al desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes que acuden al Hospital Nacional Hipólito Unánue, entre Julio y Setiembre del 2015. Lima, Peru.

Osorno CL, R. A. (2008). Factores maternos relacionados con prematuridad. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76 ( (09)), 526-536. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=19561>

Ovalle, A. K. (enero de 2012). Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. *Revista médica de Chile*, vol.140 (no.1 ), 19-29. Obtenido de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000100003&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000100003&script=sci_arttext)

Pacheco-Romero, J. (2018). Parto pretérmino, avances y retos. A manera de prólogo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 393-398. Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322018000300012&script=sci\\_arttext&tIng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322018000300012&script=sci_arttext&tIng=en)

Palacios Rodríguez, K. P. (2010). Morbilidad materna en primigestas adolescentes y adultas jóvenes. *Instituto Nacional Materno Perinatal*.

Sampieri, R. H. ( 2006). *metodologia de la investigacion* (cuarta ed.). (M. G. Interamericana, Ed.) Mexico.

Sandoval, J. M. (2007.). . Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control. . *Revista Peruana de ginecología y obstetricia*,, 53 (1), 28-34.

Siguencia, R. M., Brito, E. G., Dávalos, N. G., & Plaza, C. M. (2019). Factores de riesgo maternos asociados al parto pre término. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, Tomo 38( N.º 6), 706-710. Obtenido de

<https://search.proquest.com/openview/cd2be526b0f6862202e7ac79b9d799e7/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1216408>

Silvia Estelbina Retureta Milán, L. M. (julio-agosto de 2015). Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. *MediSur*, vol.13 (no.4), 517-525. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2015000400008&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2015000400008&script=sci_arttext&tlng=en)

T, M. A. (2017). Parto pretérmino. *Revista Médica Sinergia*, 2(09), 12-14. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81954>

Thomazini, I. F. (octubre de 2016). Factores de riesgo relacionados con el Trabajo de Parto Prematuro. *Revista electronica trimestral de Enfermería*, 44, 416-427.

Valenti, E. A. (2004). Screening para parto pretérmino en control prenatal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, vol. 23( núm. 1), 16-22. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/912/91223105.pdf>

Villanueva ELA, C. G. (2008). Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecología y Obstetricia de México*, Número 09, 542-548.

# ANEXOS

## INDICE DE FICHAS BIBLIOGRAFICAS

<b>ANEXO 1: FICHAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>98</b>
<b>1.1 VILLANUEVA ELA, C. G. (2008). PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PARTO PREMATURO. <i>GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO</i>, NÚMERO 09, 542-548.</b>	<b>98</b>
<b>1.2 MENDOZA TASCÓN, L. A. (2016). EPIDEMIOLOGÍA DE LA PREMATURIDAD, SUS DETERMINANTES Y PREVENCIÓN DEL PARTO PREMATURO. <i>REVISTA CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA</i>, 81(4), 330-342.</b>	<b>100</b>
<b>1.3 HUAROTO-PALOMINO, K. P.-H.-A.-L. (2013). FACTORES DE RIESGO MATERNOS, OBSTÉTRICOS Y FETALES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO, EN PACIENTES DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE ICA, PERÚ. <i>REVISTA MÉDICA PANACEA</i>, 3(2).</b>	<b>102</b>
<b>1.4 GRANDI, C. (1996). EL ROL DE LA INFECCIÓN EN LA ETIOLOGÍA DEL PARTO PREMATURO I. REVISIÓN DE LA LITERATURA. <i>REV. HOSP. MAT. INF. RAMÓN SARDÁ</i>, 15(2).</b>	<b>104</b>
<b>1.5 DR. CARLOS GRANDI. (1996). FIBRONECTINA FETAL (fFN) EN SECRECIÓN CERVICAL. <i>REV. HOSP. MAT. INF. RAMÓN SARDÁ</i>, XV (Nº 3)</b>	<b>106</b>
<b>1.6 AIMAR, A., VIDELA, N., &amp; TORRE, M. (2006). TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS DE LA CIENCIA ENFERMERA. <i>ENFERMERÍA GLOBAL</i>, 5(2).</b>	<b>108</b>

- 1.7 SAMPIERI, HERNÁNDEZ. R., FERNANDEZCALLADO; C., &BATISTA LUCIO, P (2003)). METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. LA HABANA: EDITORIAL FÉLIX VARELA.2 110
- 1.8 DÍAZ, A. S. (2002). RIESGOS OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTETRICOS Y PERINATALES CON PACIENTES EMBARAZADAS ADULTAS. *REVISTA CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA*, v.67(67(6)), 481-487. 112
- 1.9 CALDERÓN GJ, V. M. (2005). FACTORES DE RIESGO MATERNO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO. *REVISTA MÉDICA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL*, 43 (4)(NÚMERO 4), 339-342. 114
- 1.10 LORETTA GIACOMIN-CARMIOI, M. L.-M.-S. (MARZO DE 2009). ANEMIA MATERNA EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO COMO FACTOR DE RIESGO PARA PARTO PRETÉRMINO. *ACTA MÉDICA COSTARRICENSE*, VOL.51. 116
- 1.11 ORBEGOSO PORTOCARRERO, Z. (2016). INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO AL DESARROLLO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNÁNUE, ENTRE JULIO Y SETIEMBRE DEL 2015. LIMA, PERÚ. 118
- 1.12 MARTÍN DONALDO PORTILLO, J. E.-R. (SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DE 2001). PARTO PREMATURO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE. *REV MED POST UNAH*, VOL. 6 (No 3). 120
- 1.13 LARA, Á. D. (1985). PREVENCIÓN DEL PARTO PREMATURO. *REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS (QUITO)*, 10(3-4), 76-81. 122
- 1.14 BARRIOS, V. B. (DICIEMBRE DE 2012). FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO. *REV. NAC. (ITAUGUÁ)*, VOL.4 (NO.2). 124
- 1.15 DONOSO BERNALES B., O. E. (SEPTIEMBRE DE 2012). PARTO PREMATURO. *MEDWAVE REVISTA BIOMÉDICA REVISADA POR PARES*, 12(08). OBTENIDO DE [HTTPS://WWW.MEDWAVE.CL/LINK.CGI/MEDWAVE/PUESTADIA/PRACTICA/5477](https://www.medwave.cl/link.cgi/MEDWAVE/PUESTADIA/PRACTICA/5477) 126
- 1.16 BITTAR, R. Y. (2009). INDICADORES DE RIESGO DE PARTO PREMATURO. *REVISTA BRASILEÑA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA*, 31 (4), 203-209. 128
- 1.17 LÓPEZ POÉMAPE, V. M. (4 DE MARZO DE 2020). FACTORES SOCIOCULTURALES RELACIONADOS AL PARTO PRETÉRMINO DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REZOLA CAÑETE: DICIEMBRE 2018 - FEBRERO 2019. *REPOSITORIO INSTITUCIONAL UPSB 3. TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN*. OBTENIDO DE [HTTP://REPOSITORIO.UPSB.EDU.PE/HANDLE/UPS B/214](http://repositorio.upsb.edu.pe/handle/upsb/214) 130
- 1.18 SIGUENCIA, R. M., BRITO, E. G., DÁVALOS, N. G., & PLAZA, C. M. (2019). FACTORES DE RIESGO MATERNO ASOCIADOS AL PARTO PRE TÉRMINO. *ARCHIVOS VENEZOLANOS DE FARMACOLOGÍA Y TERAPÉUTICA*, TOMO 38(N.º 6), 706-710. OBTENIDO DE [HTTPS://SEARCH.PROQUEST.COM/OPENVIEW/CD2BE526B0F6862202E7AC79B9D799E7/1?PQ-ORIGSITE=GSCHOLAR&CBL=1216408](https://search.proquest.com/openview/cd2be526b0f6862202e7ac79b9d799e7/1?pq-origsite=g scholar&cbl=1216408). 133
- 1.19 MARTÍNEZ-CANCINO, G. A., DÍAZ-ZAGOYA, J. C., & ROMERO VÁZQUEZ, A. (ENERO-AGOSTO DE 2017). FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN ADOLESCENTES. *SALUD EN TABASCO*, VOL. 23(NÚM. 1-2), 13-18. OBTENIDO DE [HTTPS://WWW.REDALYC.ORG/PDF/487/48754566003.PDF](https://www.redalyc.org/pdf/487/48754566003.pdf). 135
- 1.20 MARGARITA E. AHUMADA-BARRIOS, G. F. (25 DE JULIO DE 2016). FACTORES DE RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO EN UN HOSPITAL. *REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM*, VOL.24. OBTENIDO DE [HTTPS://WWW.SCIOLO.BR/SCIOLO.PHP?PID=S0104-11692016000100350&SCRIPT=SCI\\_ARTTEXT&TLNG=ES](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100350&script=sci_arttext&tlng=es) 137

- 1.21 DRs. RISCARLE MANRIQUE, A. R. (SEPTIEMBRE DE 2008). PARTO PRETÉRMINO EN ADOLESCENTES. *REVISTA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE VENEZUELA*, v.68 ( N.3 ), 141-143. OBTENIDO DE  
[HTTP://VE.SCIOLO.ORG/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI\\_ARTTEXT&PID=S0048-77322008000300002&LNG=ES&TLNG=PT.](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000300002&lng=es&tlng=pt) 139
- 1.22 ESPINOZA, J. (JUNIO DE 2015). FISIOPATOLOGÍA DEL SÍNDROME DE PARTO PRETÉRMINO. *REVISTA PERUANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA*, VOL. 54(NÚM. 1), 15-21. 141
- 1.23 OVALLE, A. K. (ENERO DE 2012). FACTORES ASOCIADOS CON EL PARTO PREMATURO ENTRE 22 Y 34 SEMANAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE SANTIAGO. *REVISTA MÉDICA DE CHILE*, VOL.140 (NO.1), 19-29. OBTENIDO DE  
[HTTPS://SCIELO.CONICYT.CL/SCIELO.PHP?PID=S0034-98872012000100003&SCRIPT=SCI\\_ARTTEXT](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000100003&script=sci_arttext) 143
- 1.24 MENDOZA TASCÓN, L. A. (2016). EPIDEMIOLOGÍA DE LA PREMATURIDAD, SUS DETERMINANTES Y PREVENCIÓN DEL PARTO PREMATURO. *REVISTA CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA*, 81(4), 330-342. 145
- 1.25 LATERRA, C., ANDINA, E., & DI MARCO, I. (2003). GUÍA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS. AMENAZA DE PARTO PREMATURO. *REVISTA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMÓN*, VOL. 22(NÚM. 1), 28-43. OBTENIDO DE [HTTPS://WWW.REDALYC.ORG/PDF/912/91222107.PDF](https://www.redalyc.org/pdf/912/91222107.pdf) 147
- 1.26 ELISA I. RODRIGO, M. N. (2014). FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL ÁNGELA IGLESIA DE LLANO DE CORRIENTES, *REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIÓN DEL NORDESTE*, E XXXIV (3), 11-17. OBTENIDO DE  
[HTTPS://MED.UNNE.EDU.AR/HOME/IMAGES/DOCUMENTOS/REVISTA\\_NUMERO/121-2014-VOL-XXXIV-N-3-2-FACTORES-ASOCIADOS-AL-PARTO-OPRETERMINO-EN-ADOLESCENTES-ATENDIDAS-EN-LA-MATERNIDAD-DEL-HOSPITAL-ANGELA-IGLESIA-DE-LLANO-DE-CORRIENTES-ENTRE-2009-Y-2011.PDF](https://med.unne.edu.ar/home/images/documentos/Revista_Numero/121-2014-vol-xxxiv-n-3-2-Factores-Asociados-Al-Parto-Pretermino-En-Adolescentes-Atendidas-En-La-Maternidad-Del-Hospital-Angela-Iglesia-De-Llano-De-Corrientes-Entre-2009-Y-2011.pdf) 149
- 1.27 SILVIA ESTELBINA RETURETA MILÁN, L. M. (JULIO-AGOSTO DE 2015). FACTORES DE RIESGO DE PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL MUNICIPIO CIEGO DE ÁVILA. *MEDISUR*, VOL.13 (NO.4), 517-525. OBTENIDO DE  
[HTTP://SCIELO.SLD.CU/SCIELO.PHP?PID=S1727-897X2015000400008&SCRIPT=SCI\\_ARTTEXT&TLNG=EN](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2015000400008&script=sci_arttext&tlng=en) 152
- 1.28 VALENTÍ, E. A. (2004). SCREENING PARA PARTO PRETÉRMINO EN CONTROL PRENATAL. *REVISTA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMÓN SARDÁ*, VOL. 23(NÚM. 1), 16-22. OBTENIDO DE [HTTPS://WWW.REDALYC.ORG/PDF/912/91223105.PDF](https://www.redalyc.org/pdf/912/91223105.pdf) 154
- 1.29 PACHECO-ROMERO, J. (2018). PARTO PRETÉRMINO, AVANCES Y RETOS. A MANERA DE PRÓLOGO. *REVISTA PERUANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA*, 64(3), 393-398. OBTENIDO DE  
[HTTP://WWW.SCIOLO.ORG.PE/SCIELO.PHP?PID=S2304-51322018000300012&SCRIPT=SCI\\_ARTTEXT&TLNG=EN](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322018000300012&script=sci_arttext&tlng=en) 156
- 1.30 T, M. A. (2017). PARTO PRETÉRMINO. *REVISTA MÉDICA SINERGIA*, 2(09), 12-14. OBTENIDO DE  
[HTTPS://WWW.MEDIGRAPHIC.COM/CGI-BIN/NEW/RESUMEN.CGI?IDARTICULO=81954](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81954) 158
- 1.31 OSORNO CL, R. A. (2008). FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON PREMATURIDAD. *GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO*, 76 ((09)), 526-536. OBTENIDO DE [HTTPS://WWW.MEDIGRAPHIC.COM/CGI-BIN/NEW/RESUMEN.CGI?IDARTICULO=19561.](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=19561) 160
- 1.32 MUÑOZ P, M. &. (2009). LOS ESTRESORES PSICOSOCIALES SE ASOCIAN A SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO Y/O SÍNTOMAS DE PARTO PREMATURO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE. *REVISTA CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA*, 74(5), 281 - 285. OBTENIDO DE  
[HTTPS://SCIELO.CONICYT.CL/SCIELO.PHP?PID=S0717-75262009000500003&SCRIPT=SCI\\_ARTTEXT&TLNG=E](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000500003&script=sci_arttext&tlng=e) 162

- 1.33 FANEITE, D. P. (2012). PARTO PRETÉRMINO: RETO, REACCIONES Y PARADIGMAS. *REVISTA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE VENEZUELA*, 72(4), 217-220. OBTENIDO DE  
[HTTP://VE.SCIOLO.ORG/SCIELO.PHP?PID=S0048-77322012000400001&SCRIPT=SCI\\_ARTTEXT](http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322012000400001&script=sci_arttext) 164
- 1.34 MINISTERIO DE SALUD DEL GOB. DE BS. AS. (2021). *MINISTERIO DE SALUD*. OBTENIDO DE  
[HTTP://WWW.MS.GBA.GOV.AR/SITIOS/HMYLDEAVEGA/HISTORIA](http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/hmyldeavega/historia) 166
- 1.35 LEDESMA LEMA, R. K. (2018). FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES A PREECLAMPSIA EN PRIMIGESTAS DE LA MATERNIDAD ISIDRO AYORA (DOCTORAL DISSERTATION, UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. CARRERA DE MEDICINA). *TESIS DOCTORAL*. 167
- 1.36 DRs. ALFREDO OVALLE S., P. G. (1988). INFECCIONES GENITO URINARIAS Y CERCLAJE EN EL ABORTO ESPONTANEO DE SEGUNDO TRIMESTRE Y PARTO PREMATURO RECURRENTE. *REV CHIL OBSTET GINECOL*, 53((3)), 162-171 170
- 1.37 KAROLINSKI, A. M. (2009)). USO DE PRÁCTICAS DE ATENCIÓN MATERNA Y PERINATAL BASADAS EN EVIDENCIA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE ARGENTINA. *REVISTA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMÓN SARDÁ*, 28(4), 147-153 173
- 1.38 SANDOVAL, J. M. (2007.). COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES DEL EMBARAZO EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES: ESTUDIO CASO-CONTROL. *REVISTA PERUANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA*, 53 (1), 28-34. 176
- 1.39 THOMAZINI, I. F. (OCTUBRE DE 2016). FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL TRABAJO DE PARTO PREMATURO. *REVISTA ELECTRÓNICA TRIMESTRAL DE ENFERMERÍA*, 44, 416-427. 178
- 1.40 CNATTINGIUS S, V. E. (2014). OBESIDAD MATERNA Y RIESGO DE PARTO PREMATURO. *REVISTA CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA*, 79(1), 64-66. 180
- 1.41 DRs. CLUET DE RODRÍGUEZ I., R.-P. M. (2013). FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES. *REVISTA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE VENEZUELA*, 73(3), 151-170 182
- 1.42 COUTIÑO, S. I. (2013). FACTORES DE RIESGO PARA LA PREMATUREZ. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES. *GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO*, 81(09), 499-503 185
- 1.43 DE JESÚS ALVES, J. A. (2019). DESCRIPCIÓN DE LOS INGRESOS Y REINGRESOS DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS EN ESPAÑA: CAUSAS Y COSTES. *CULTURA DE LOS CUIDADOS*, VOL. 23, 293-303. 187
- 1.44 PALACIOS RODRÍGUEZ, K. P. (2010). MORBILIDAD MATERNA EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES Y ADULTAS JÓVENES. *INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL*. 189
- 1.45 HERNÁNDEZ SAMPIERI, R., FERNÁNDEZ COLLADO, C., & BAPTISTA LUCIO, P. (2010). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN (VOL. 3)*. MÉXICO: MCGRAW-HILL. 191

## ANEXO 1: FICHAS BIBLIOGRAFICAS

1.1 Villanueva ELA, C. G. (2008). Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecología y Obstetricia de México*, Número 09, 542-548.

<b>Nombre del documento</b>	<b>Perfil epidemiológico del parto prematuro</b>
<b>Autor</b>	Villanueva ELA, Contreras GAK, Pichardo CM, Rosales LJ
<b>Referencia bibliográfica</b>	. Villanueva ELA, C. G. (2008). Perfil epidemiológico del parto prematuro. <i>Ginecología y Obstetricia de México</i> , Número 09, 542-548.
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	parto prematuro, epidemiología, factores de riesgo, costos
<b>Palabras claves del artículo</b>	Parto prematuro, epidemiología, factores de riesgo, costos.
<b>Ubicación</b>	<a href="https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=19563">https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=19563</a>
<b>Descripción</b>	<i>“El parto prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal y morbilidad neurológica a corto y largo plazos. Tiene muchas causas y el principal factor de riesgo es el antecedente de parto prematuro, además de la vaginosis bacteriana que se asocia con corioamnionitis. No obstante que varias características maternas se relacionan con el padecimiento, en muchos casos sus causas no son claras; sin embargo, la influencia de las</i>

	<i>enfermedades infecciosas, sobre todo las intrauterinas, es muy importante” (Villanueva ELA, 2008)</i>
<b>Conceptos abordados</b>	<i>“Desarrolla las causas de los partos prematuros, asociados a los factores de riesgo, y los efectos económicos que repercuten. La frecuencia con la que ocurren. Algunos factores médicos pueden elevar el riesgo de parto prematuro, por ejemplo: parto prematuro previo, sangrado vaginal persistente al inicio del embarazo, embarazo múltiple, rotura prematura de membranas, polihidramnios, incompetencia cervical, enfermedad cardíaca y anemia materna. La rotura prematura de membranas es quizá la enfermedad que más se asocia con el parto prematuro y con complicaciones neonatales, sobre todo cuando hay complicaciones infecciosas que desencadenan en corioamnionitis y septicemia neonatal.1 La infección, casi siempre corioamnionitis, es un componente importante en muchos casos de parto prematuro, y también se ha relacionado la vaginosis bacteriana por Gardnerella vaginales. Además, las infecciones del conducto genital a menudo se relacionan con la rotura prematura de membranas”. (Villanueva ELA, 2008)</i>
<b>Observaciones</b>	Los estudios realizados demuestran la incidencia de los factores de riesgo, los problemas socioeconómicos y las dificultades de acceso a los servicios de salud crecen las poblaciones del mundo.

1.2 Mendoza Tascón, L. A. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(4), 330-342.

<b>Nombre del documento</b>	<b>Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro</b>
<b>Autor</b>	Luis Alfonso Mendoza Tascón, Diana Isabel Claros Benítez, Laura Isabel Mendoza Tascón, Martha Deyfilia Arias Guatibonza, Claudia Bibiana Peñaranda Ospina
<b>Referencia bibliográfica</b>	Mendoza Tascón, L. A. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. <i>Revista chilena de obstetricia y ginecología</i> , 81(4), 330-342.
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Prematuridad, determinante de la salud, morbilidad y mortalidad neonatal
<b>Palabras clave del artículo</b>	Prematuridad, determinante de la salud, morbilidad y mortalidad neonatal
<b>Ubicación</b>	<a href="https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262016000400012&amp;script=sci_arttext&amp;tlng=en">https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262016000400012&amp;script=sci_arttext&amp;tlng=en</a>
<b>Descripción</b>	“La prematuridad es un grave de problema de salud pública por la gran morbilidad y mortalidad que generan, además, de los elevados costos económicos y sociales que ocasiona su

	<p>atención. A nivel mundial, aproximadamente uno de cada diez neonatos nace prematuro. Sus determinantes son múltiples. En el parto prematuro están involucrados además de los determinantes biológicos, los que son responsabilidad del sector salud y los que son responsabilidad del estado, como son los determinantes políticos, ambientales, sociales y económicos” (Mendoza Tascón, 2016)</p>
<p><b>Conceptos abordados</b></p>	<p><i>“Las causas del parto prematuro se pueden dividir en dos subgrupos: 1. Parto prematuro espontáneo: Inicio espontáneo del trabajo de parto o después de la ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO). Parto prematuro indicado por un proveedor de salud: Inducción del trabajo de parto o parto por cesárea antes de las 37 semanas de gestación completas por indicaciones maternas, obstétricas o fetales. Determinantes del parto prematuro espontáneo. Este es de origen multifactorial, resultado de la interacción de varios factores que activan la contractilidad uterina antes de que se completen las 37 semanas de gestación. las patologías infecciosas en la madre, juegan un papel importante en la ocurrencia del parto prematuro, incluyendo, infección del tracto urinario, vaginosis bacteriana, sífilis, infección por VIH, corioamnionitis, colonización materna por Streptococcus del grupo B, entre otros. La insuficiencia de cuello uterino se ha asociado a infección uterina ascendente. Otros factores asociados con el aumento de riesgo de parto prematuro son el tabaquismo y consumo de alcohol en exceso, así como la enfermedad periodontal La enfermedad periodontal, en especial la periodontitis apical crónica, se ha encontrado asociada al parto prematuro de muy bajo peso”. (Mendoza Tascón, 2016)</i></p>
<p><b>Observaciones</b></p>	<p>La prematuridad es el resultado de una compleja red de determinantes que interactúan. Para su prevención, no basta solo las medidas de salud, se deben elaborar políticas y planes de acción integral para minimizar la desigualdad en salud, especialmente entre las mujeres, los neonatos y diferentes subgrupos de niños.</p>

1.3 Huaroto-Palomino, K. P.-H.-A.-L. (2013). Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú. *Revista Médica Panacea*, 3(2).

<b>Nombre del documento</b>	<b>Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú</b>
<b>Autor</b>	Karina Huaroto-Palomino Miguel Ángel Paucca-Huamancha
<b>Referencia bibliográfica</b>	Huaroto-Palomino, K. P.-H.-A.-L. (2013). Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú. <i>Revista Médica Panacea</i> , 3(2).

<b>Palabras clave de búsqueda</b>	parto pretérmino, nivel de instrucción, control prenatal, periodo intergenésico, bajo peso al nacer
<b>Palabras clave del artículo</b>	parto pretérmino, nivel de instrucción, control prenatal, periodo intergenésico, bajo peso al nacer
<b>Ubicación</b>	<a href="https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/124/118">https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/124/118</a>
<b>Descripción</b>	“El parto pretérmino, es el nacimiento antes de la semana 37 de gestación; su incidencia en diversas partes Se halló varios factores de riesgo epidemiológicos maternos para parto pretérmino entre nuestras pacientes como: la edad extrema materna, madre adolescente, procedencia rural.” (Huaroto-Palomino, 2013)
<b>Conceptos abordados</b>	<i>“La Organización Mundial de la Salud define el parto pre término como aquel que ocurre entre las 22 y 37 semanas de gestación, definición que es usada en nuestro estudio. Sin embargo, el criterio utilizado para definir el límite inferior en la mayoría de publicaciones no es homogéneo; algunos consideran las 20, 24, 28 o 32 semanas”.</i> (Huaroto-Palomino, 2013)
<b>Observaciones</b>	Representaron factores de riesgo maternos: ser madre adolescente, edad extrema materna, procedencia rural, tener grado de instrucción baja, antecedentes patológicos como infección urinaria; factores de riesgo neonatales: bajo peso al nacer y gemiparidad.

1.4 Grandi, C. (1996). El rol de la infección en la etiología del parto prematuro I. Revisión de la literatura. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, 15(2).

<b>Nombre del documento</b>	<b>EL ROL DE LA INFECCION EN LA ETIOLOGIA DEL PARTO PREMATURO</b>
<b>Autor</b>	Dr. Carlos Grandi
<b>Referencia bibliográfica</b>	Grandi, C. (1996). El rol de la infección en la etiología del parto prematuro I. Revisión de la literatura. <i>Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá</i> , 15(2).

<b>Palabras clave de búsqueda</b>	parto prematuro Buenos Aires partos
<b>Palabras clave del artículo</b>	parto prematuro Buenos Aires partos
<b>Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la bibliografía donde se encuentra</b>	<a href="https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Grandi/publication/237307232_EL_ROL_DE_LA_INFECCION_EN_LA_ETIOLOGIA_DE_L_PARTO_PREMATURO_I_REVISION_DE_LA_LITERATURA/links/00b7d530c946231b64000000/EL-ROL-DE-LA-INFECCION-EN-LA-ETIOLOGIA-DEL-PARTO-PREMATURO-I-REVISION-DE-LA-LITERATURA.pdf">https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Grandi/publication/237307232_EL_ROL_DE_LA_INFECCION_EN_LA_ETIOLOGIA_DE_L_PARTO_PREMATURO_I_REVISION_DE_LA_LITERATURA/links/00b7d530c946231b64000000/EL-ROL-DE-LA-INFECCION-EN-LA-ETIOLOGIA-DEL-PARTO-PREMATURO-I-REVISION-DE-LA-LITERATURA.pdf</a>
<b>Descripción</b>	<i>“El parto prematuro es la principal causa de la mortalidad perinatal, neonatal tardía y postneonatal en nuestro medio y su reducción es el objetivo de cualquier intervención terapéutica.” (Grandi C. , 1996)</i>
<b>Conceptos abordados</b>	<i>...” infección intraamniótica Después del pasaje a través del canal endocervical, los microorganismos se multiplican en la decidua antes de migrar hacia la cavidad amniótica atravesando las membranas. Por lo tanto, el estadio de infección Extra amniótica (decidual) precede el desarrollo de la infección intraamniótica.”. (Grandi C. , 1996)</i>
<b>Observaciones</b>	En la actualidad se postula que el parto prematuro espontáneo o idiopático no puede considerarse más como una sola entidad nosológica y debería caratulárselo de Síndrome de parto prematuro como expresión de diferentes insultos a la unidad materno fetal, entre los cuales se destacan: a) infección) isquemia (lesiones ateromatosas y/o trombosis) c) alteraciones inmunológicas (“alergia”),d) sobredistención,e) miscelánea) desconocidas Evidencias crecientes y la sugieren una asociación entre la infección del tracto genital inferior subclínica y el parto prematuro

1.5 Dr. Carlos Grandi. (1996). FIBRONECTINA FETAL (fFN) EN SECRECION CERVICAL. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, XV (Nº 3)

<b>Nombre documento</b>	<b>del FIBRONECTINA FETAL (fFN) EN SECRECION CERVICAL COMO PREDICTOR DEL PARTO PREMATURO</b>
-------------------------	--

<b>Autor</b>	Dr. Carlos Grandi, División Neonatología. Bioq. María Perego, División Laboratorio Central. Bioq. Graciela Briozzo, División Laboratorio Central. Dr. Adolfo Cassini, División Obstetricia. Dra. Ingrid Di Marco,
<b>Referencia bibliográfica</b>	Dr. Carlos Grandi. (1996). FIBRONECTINA FETAL (fFN) EN SECRECIÓN CERVICAL. <i>Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá</i> , XV(Nº 3)
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	fibronectina, prematuridad, período latente, postérmino.
<b>Palabras clave del artículo</b>	fibronectina, prematuridad, período latente, postérmino.
<b>Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la bibliográfica donde se encuentra</b>	<a href="https://www.sarda.org.ar/images/1996/127-136.pdf">https://www.sarda.org.ar/images/1996/127-136.pdf</a>
<b>Descripción</b>	<i>“El nacimiento de un niño antes de completar las 37 semanas de edad gestacional –parto prematuro– continúa siendo la principal causa de la morbimortalidad perinatal, neonatal tardía y postneonatal en nuestro medio. A pesar de los avances en la obstetricia y del cuidado perinatal durante las últimas décadas, la tasa de prematuridad no sólo no se ha modificado, sino que ha aumentado.” (Dr. Carlos Grandi, 1996)</i>
<b>Conceptos abordados</b>	<i>...” Las fibronectinas son una familia de proteínas multifuncionales del plasma y la matriz extracelular involucradas en la adhesión celular, opsonización y trombosis. Una única molécula aislada del líquido amniótico (LA), extractos de tejidos placentarios y células malignas contienen un epítipo denominado el “dominio oncofetal (III CS)” que es reconocido por un anticuerpo monoclonal (FDC-6). Durante las primeras veinte semanas de la gestación, la fibronectina fetal (fFN) es producida por el trofoblasto implantado (interfase entre la madre y el feto), pasando al LA y vagina hasta la 20ª semana,</i>

	<p><i>luego de la cual el sellado de las membranas fetales impide su secreción a la vagina. Después de la 22<sup>a</sup> semana, la fFN no se evidencia hasta la ruptura de las membranas a término. Niveles elevados de fFN en secreciones cérvico-vaginales durante el segundo y tercer trimestres del embarazo se han asociado con un elevado riesgo de parto prematuro, mientras que niveles disminuidos con parto de postérmino". (Dr. Carlos Grandi, 1996)</i></p>
<p><b>Observaciones</b></p>	<p>A pesar del limitado número de casos este estudio sugiere que la utilidad de la determinación de la fibronectina reside en su valor pronóstico negativo tanto del parto prematuro como de un corto período de latencia, permitiendo de esta manera evitar una hospitalización innecesaria y el uso de tocólisis, aunque esto no descarta la posibilidad futura del parto prematuro.</p>

1.6 Aimar, A., Videla, N., & Torre, M. (2006). TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS DE LA CIENCIA ENFERMERA. *Enfermería global*, 5(2).

<b>Nombre del documento</b>	<b>TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS DE LA CIENCIA ENFERMERA.</b>
<b>Autor</b>	<b>Aimar. A</b>
<b>Referencia Bibliográfica</b>	Aimar, A., Videla, N., & Torre, M. (2006). TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS DE LA CIENCIA ENFERMERA. <i>Enfermería global</i> , 5(2).
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	<b>SURGIMIENTO DE ENFERMERIA COMO CIENCIA</b>
<b>Palabras claves del artículo</b>	Enfermería, cuidado, arte, ciencia, tendencias
<b>Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica del a Biblioteca donde se encuentra</b>	<b>Biblioteca virtual personal</b> (A, 2006)
<b>Descripción</b>	Pensar a la enfermería como ciencia sólo ha venido a ocurrir a partir de los últimos decenios del siglo pasado a través del estudio científico de los fenómenos que integran el cuidado de la salud humana. Los saberes milenarios, las diferentes dimensiones históricas y filosóficas sobre los cuidados humanos han perfilado el rol de los cuidadores en cada contexto tempo-espacial hasta llegar a ser definidos en el marco de una profesión a partir del siglo XIX, con los aportes de Nightingale. Con ella se inicia una etapa donde se ensayan nuevas prácticas para resolver problemas educativos y administrativos, hasta 1950. A partir de ese momento, comienza un período de desarrollo investigativo y teórico. No obstante, el estado actual de la estructuración de los conocimientos de enfermería es incipiente. Este momento histórico aparece como decisivo para el crecimiento de la disciplina enfermera. En tal sentido, se proponen líneas de acción para el

	<p>actuar profesional: *desarrollar bases teóricas propias; *consolidar patrones de pensamiento enfermero; *reafirmar competencias y habilidades; *generar evidencias en torno al cuidado para confrontar la teoría en la práctica; *desarrollar el arte de cuidar. Respecto a la enseñanza de la disciplina: *desarrollar una visión integradora en las instituciones educativas sobre el cuidado; *permear los currículos transversalmente con el concepto del cuidado a partir de experiencias y vivencias de la salud humana. En relación con la administración: *potenciar el trabajo autónomo; *construir un modelo contingencia de gestión; *reconocer la multidimensionalidad del proceso de atención de la salud para organizar el cuidado enfermero. Sobre la investigación: *estimular y promover la producción de investigaciones en todos los ámbitos del cuidado enfermero: investigaciones teóricas y de campo, locales, regionales y multicéntricas; *generar espacios de comunicación y discusión del producto científico. Es fundamental integrar arte y ciencia en el acto de cuidado, partiendo de una praxis estética, deseada, reflexiva y autónoma para contribuir al desarrollo de las tendencias respecto a su saber y hacer.</p>
<p><b>Conceptos abordados</b></p>	<p>Enfermería Ciencia Estudios científicos Florence Nightingale Desarrollo investigativo teórico</p>
<p><b>Observaciones.</b></p>	<p><i>La enfermería necesito adquirir conocimiento para su profesión a través de observación, experimentos, razonamientos, y de cómo los otros conocimientos se iban integrando a los que es ciencia, arte</i></p> <p><i>Utilizando nuevas prácticas para resolver problemas e inquietudes.</i></p>

1.7 Sampieri, Hernández. R., FernandezCallado; C., &Batista Lucio, P (2003)). Metodología de la investigación. La Habana: Editorial Félix Varela.2

<b>Nombre del documento</b>	(Sampieri, 2006)
<b>Autor</b>	Hernández Sampieri, R., Fernández Callado; C., &Batista Lucio,
<b>Referencias bibliográficas</b>	Sampieri, Hernández. R., FernandezCallado; C., &Batista Lucio, P (2003)). Metodología de la investigación. La Habana: Editorial Félix Varela.2
<b>Palabras claves de búsqueda</b>	Ideas de investigación
<b>Palabras claves del artículo</b>	Ideas de investigación
<b>Ubicación</b>	Biblioteca personal Google académico
<b>Descripción</b>	... “Las investigaciones se originan por ideas, sin importar que tipo de paradigma fundamente nuestro estudio ni el enfoque que habremos de seguir. Para iniciar una investigación siempre se necesita una idea; todavía no se conoce el sustituto de una buena idea”. “Ideas de investigación representan el primer acercamiento a la realidad que se investigara, o a los fenómenos, eventos y ambientes para estudiar. Existe una gran variedad de

	<p>fuentes que pueden generar ideas de investigación, entre las cuales podemos mencionar las experiencias individuales, materiales escritos (libros, revistas, periódicos y tesis), teorías, descubrimientos producto de investigaciones, conversaciones personales, observaciones de hechos, creencias e incluso presentimientos. Sin embargo, las fuentes que originan las ideas no se relacionan con la calidad de éstas. El hecho de que un estudiante lea un artículo científico y extraiga de él una idea de investigación no significa necesariamente que ésta sea mejor que la del otro estudiante que la obtuvo mientras veía una película o un juego de béisbol en la televisión". (Sampieri, 2006)</p>
<p><b>Observación</b></p>	<p>Para nuestro entender para Sampieri, un tema de investigación es una idea vaga, que puede partir tanto de las experiencias individuales, conversaciones personales, creencias, textos leídos como libros, revistas, periódicos y tesis, teorías, descubrimientos de investigaciones.</p>

1.8 Díaz, A. S. (2002). RIESGOS OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTETRICOS Y PERINATALES CON PACIENTES EMBARAZADAS ADULTAS. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, v.67(67(6)), 481-487.

<p><b>Nombre documento</b></p>	<p><b>del</b></p> <p><b>RIESGOS OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTETRICOS Y PERINATALES CON PACIENTES EMBARAZADAS ADULTAS</b></p>
<p><b>Autor</b></p>	<p>Drs. Angélica Díaz, Pablo Sanhueza R, Sra. Nicole Yaksic B</p>
<p><b>Referencia bibliográfica</b></p>	<p>Díaz, A. S. (2002). RIESGOS OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTETRICOS Y PERINATALES CON PACIENTES EMBARAZADAS ADULTAS. <i>Revista chilena de obstetricia y ginecología</i>, v.67(67(6)), 481-487.</p>

<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Riesgos de embarazo en adolescentes
<b>Palabras clave del artículo</b>	Riesgos de embarazo en adolescentes
<b>Ubicación</b>	<a href="https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000600009&amp;script=sci_arttext">https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000600009&amp;script=sci_arttext</a>
<b>Descripción</b>	“Las pacientes adolescentes embarazadas sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos, determinados por una menor educación, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población “ (Díaz A. S., 2002)
<b>Conceptos abordados</b>	<i>...” los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna por sí misma. as que con mayor frecuencia presentaron las adolescentes al compararlas con embarazadas de 20 a 29 años, son la infección del tracto urinario, el retardo del crecimiento intrauterino, el parto prematuro y los recién nacidos de bajo peso, siendo, la única con significancia estadística el retardo del crecimiento intrauterino diagnosticado durante el embarazo”.</i> (Díaz A. S., 2002)
<b>Observaciones</b>	Una patología que frecuentemente es posible encontrar en las embarazadas es la diabetes gestacional. Investigaciones realizadas en adolescentes demuestran que la incidencia de esta patología es baja en este grupo de edad, siendo más frecuente en las embarazadas adultas

1.9 Calderón GJ, V. M. (2005). Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 43 (4)(Número 4), 339-342.

<b>Nombre del documento</b>	<b>Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino</b>
<b>Autor</b>	Calderón GJ, Vega MG, Velásquez TJ, Morales CR, Vega MAJ
<b>Referencia bibliográfica</b>	Calderón GJ, V. M. (2005). Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. <i>Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social</i> , 43 (4)(Número 4), 339-342.

<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Embarazo, complicaciones del parto, parto pretérmino
<b>Palabras clave del artículo</b>	, embarazo , complicaciones del parto , parto pretérmino
<b>Ubicación</b>	<a href="https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=4946">https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=4946</a>
<b>Descripción</b>	<i>“El parto pretérmino ha sido y continúa siendo uno de los mayores problemas de morbilidad y mortalidad neonatal. Las complicaciones médicas durante la gestación, como las infecciones del tracto genital, de las vías urinarias, la anemia, preeclampsia o la ruptura prematura de membranas, aumentan las probabilidades de terminar el embarazo antes de la semana 37, del nacimiento de un niño prematuro con bajo peso y, consecuentemente, del incremento en la mortalidad neonatal“ (Calderón GJ, 2005)</i>
<b>Conceptos abordados</b>	<i>...”Se denomina parto pretérmino a la interrupción del embarazo antes de la semana 37 de gestación.1 Los estudios epidemiológicos encaminados a reconocer factores asociados no explican más de 40 % de los nacimientos pretérmino. El parto pretérmino se divide en tres subgrupos:2 1. Edad gestacional entre 32 y 36 semanas, 2. Edad entre 28 y 32 semanas, 3. Edad menor de 28 semanas (recién nacidos inmaduros), Las infecciones del tracto genital y urinario frecuentemente están relacionadas con aumento en la morbilidad materna y perinatal; las más comunes son el trabajo de parto pretérmino, la ruptura prematura de membranas, la anemia hipocrómica y la prematurez. En relación con las complicaciones del embarazo,</i>

	<p><i>los factores asociados con significancia estadística fueron la ruptura prematura de membranas, cervicovaginitis, hiperémesis gravídica, infección de vías urinarias y anemia “.</i> (Calderón GJ, 2005)</p>
<p><b>Observaciones</b></p>	<p>Los factores asociados al parto pretérmino con diferencia significativa fueron el peso y la talla materna, la ruptura prematura de membranas, la cérvico-vaginitis, la hiperémesis gravídica, la infección de vías urinarias y la anemia.</p>

1.10 Loretta Giacomini-Carmiol, M. L.-M.-S. (marzo de 2009). Anemia materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo para parto pretérmino. *Acta Médica Costarricense*, vol.51.

<b>Nombre del documento</b>	<b>Anemia materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo para parto pretérmino</b>
<b>Autor</b>	Loretta Giacomini-Carmioli, Manrique Leal-Mateos, Rafael Ángel Moya-Sibaja
<b>Referencia bibliográfica</b>	Loretta Giacomini-Carmioli, M. L.-M.-S. (marzo de 2009). Anemia materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo para parto pretérmino. <i>Acta Médica Costarricense</i> , vol.51.
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Anemia, parto pretérmino, Hospital Calderón Guardia
<b>Palabras clave del artículo</b>	Anemia, parto pretérmino, Hospital Calderón Guardia
<b>Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la bibliográfica donde se encuentra</b>	<a href="https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022009000100008&amp;script=sci_arttext">https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022009000100008&amp;script=sci_arttext</a>
<b>Descripción</b>	“El parto pretérmino es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal en nuestro país y en el nivel mundial. Muchos son los factores de riesgo propios del embarazo que han sido asociados al nacimiento de productos de forma prematura. Igualmente, son numerosas las características maternas que se han relacionado con la prematuridad. Sin embargo, dado que la etiología del parto prematuro es en ocasiones multifactorial, establecer una relación causal única estricta

	<p>resulta a veces difícil” (Loretta Giacomini-Carmiol, 2009).</p> <p>Dentro de los factores de riesgo maternos, la anemia ha sido uno de los que más controversia ha causado. A pesar de la evidencia mostrada desde hace varios años, algunos autores dudan de una relación causal directa entre esta y el parto prematuro “ (Loretta Giacomini-Carmiol, 2009)</p>
<p><b>Conceptos abordados</b></p>	<p><i>...” La anemia es un problema de salud pública generalizado que tiene consecuencias de gran alcance para la salud humana y para el desarrollo social y económico. A pesar de que los cálculos de la prevalencia de la anemia varían mucho y a menudo no hay datos exactos, puede suponerse que en países en vías de desarrollo una proporción considerable de niños y de mujeres en edad fértil padecen anemia”.</i> (Loretta Giacomini-Carmiol, 2009)</p>
<p><b>Observaciones</b></p>	<p>Por otro lado, la anemia no tratada puede ser un indicador indirecto de pobre nutrición y mala salud. La desnutrición materna asociada a un bajo estado socioeconómico ha sido vinculada también a resultados perinatales adversos y en especial a la prematuridad. se recomienda el tratamiento enérgico de la anemia en mujeres de edad fértil, para con ello disminuir la prevalencia de esta patología en pacientes embarazadas y los posibles eventos adversos asociados a ella.</p>

1.11 Orbegoso Portocarrero, Z. (2016). Infección del tracto urinario como factor de riesgo asociado al desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes que acuden al Hospital Nacional Hipólito Unánue, entre Julio y Setiembre del 2015. Lima, Perú.

<b>Nombre del documento</b>	<b>“INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO AL DESARROLLO DE AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, ENTRE JULIO Y SETIEMBRE DEL 2015”</b>
<b>Autor</b>	ZAMIRA NAZARET ORBEGOSO PORTOCARRERO
<b>Referencia bibliográfica</b>	Orbegoso Portocarrero, Z. (2016). Infección del tracto urinario como factor de riesgo asociado al desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes que acuden al Hospital Nacional Hipólito Unánue, entre Julio y Setiembre del 2015. Lima, Perú.
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	: Infección del tracto Urinario, Amenaza de parto pretérmino, factor de riesgo
<b>Palabras clave del artículo</b>	: Infección del tracto Urinario, Amenaza de parto pretérmino, factor de riesgo
<b>Ubicación</b>	<a href="http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/570">http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/570</a>

<b>Descripción</b>	Dentro de los factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino referidos por la literatura se pueden destacar las infecciones del tracto genitourinario. Se sabe que las infecciones del tracto urinario (ITU), son quizás las complicaciones médicas que más frecuentemente aparecen durante la gestación y que además pueden tener una repercusión importante tanto para la madre como para la evolución del embarazo.
<b>Conceptos abordados</b>	<i>...”Centrándonos en infecciones como factor de riesgo para desarrollar amenaza de parto pretérmino, Goldenberg et al analizaron la función de las infecciones en el parto prematuro, se planteó la hipótesis de que las infecciones intrauterinas desencadenan el trabajo de parto prematuro al activar al sistema inmunitario innato, los microorganismos propician la liberación de citocinas inflamatorias como las interleucinas y el factor de necrosis tumoral que, a su vez, estimula la producción de prostaglandina o de enzimas degradantes de la matriz. Las prostaglandinas estimulan las contracciones uterinas, en tanto que la degradación de la matriz extracelular en las membranas fetales desencadena la rotura prematura de membranas. Se calcula que 25 a 40% de los partos prematuros se debe a una infección intrauterina “. (Orbegoso Portocarrero, 2016)</i>
<b>Observaciones</b>	La infección del tracto urinario se comporta como factor de riesgo de amenaza de parto pretérmino. Se debe dirigir medidas preventivas a mujeres en edad fértil para disminuir la infección del tracto urinario y reducir la incidencia de amenaza de parto pretérmino, evitando un parto pretérmino que conlleva a un aumento de la morbi-mortalidad neonatal.

1.12 Martín Donald Portillo, J. E.-R. (septiembre-diciembre de 2001). PARTO PREMATURO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE. *Rev Med Post UNAH*, Vol. 6 (No 3).

<b>Nombre del documento</b>	<b>PARTO PREMATURO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TEGUCIGALPA, HONDURAS DE MAYO DE 1998 A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2000</b>
<b>Autor</b>	Martín Donald Portillo*, José Espinal-Rodríguez**
<b>Referencia bibliográfica</b>	Martín Donald Portillo, J. E.-R. (septiembre-diciembre de 2001). PARTO PREMATURO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE. <i>Rev Med Post UNAH</i> , Vol. 6 (No 3).

<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Parto prematuro, semanas de gestación.
<b>Palabras clave del artículo</b>	Parto prematuro, semanas de gestación.
<b>Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la bibliográfica donde se encuentra</b>	<a href="http://cidbimena.desastres.hn/RMP/pdf/2001/pdf/VoI6-3-2001-9.pdf">http://cidbimena.desastres.hn/RMP/pdf/2001/pdf/VoI6-3-2001-9.pdf</a>
<b>Descripción</b>	<i>“El parto prematuro es la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal, su incidencia es de aproximadamente del 8 al 10 % del total de partos. Excluidas las malformaciones congénitas, el 75 % de las muertes perinatales y el 50 % de las anormalidades neurológicas son atribuibles directamente a la prematura.” (Martín Donaldo Portillo, 2001)</i>
<b>Conceptos abordados</b>	<i>...” Parto prematuro es el que se produce antes de la terminación de las 37 semanas de gestación {American College of Obstetricians and Gynecologists, 1995X1). Etiopatogenia. El parto prematuro es resultado de tres entidades clínicas que se distribuyen aproximadamente en tercios y son: 1 ) Parto prematuro idiopático 2 ) Parto prematuro resultante de Ruptura prematura de membranas. 3 ) Parto prematuro iatrogénico ó que resulta de la interrupción médica prematura del embarazo por causa materna y/o fetal . Schwarz y colaboradores en 1996 sugirieron que el trabajo de parto en término es iniciado por la activación de la fosfolipasa A2. Otros informan que microorganismos (endotoxinas bacterianas) producen fosfolipasa A2 y por lo tanto podrían iniciar el trabajo de parto pretérmino. La causa de la cesárea no fue prematuridad sino causas obstétricas, las más importantes relacionadas con enfermedad hipertensiva del embarazo en un 26.4 % en primigestas y multíparas mayores a 25 años”. (Martín Donaldo Portillo, 2001)</i>

<b>Observaciones</b>	El parto prematuro es una complicación frecuente en nuestras embarazadas; se ve principalmente en mujeres jóvenes y de bajo nivel educacional, acompañándose de alta mortalidad neonatal.
----------------------	---

1.13 Lara, Á. D. (1985). Prevención del parto prematuro. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 10(3-4), 76-81.

<b>Nombre del documento</b>	<b>PREVENCION DEL PARTO PREMATURO</b>
<b>Autor</b>	Dr. ANGEL LARA, Dr. FABIAN ORBE, Dra. ANA DAVILA, Dr. FULIO GALARRAGA

	Obst. EVA PEREZ, Obst. ALICIA BARRERO
<b>Referencia bibliográfica</b>	Lara, Á. D. (1985). Prevención del parto prematuro. <i>Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)</i> , 10(3-4), 76-81.
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Prevención de parto prematuro, gestación, factores de riesgo
<b>Palabras clave del artículo</b>	Prevención de parto prematuro, gestación, factores de riesgo
<b>Ubicación</b>	<a href="http://200.12.169.32/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/576/563">http://200.12.169.32/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/576/563</a>
<b>Descripción</b>	“Para reducir la mortalidad y morbilidad en el parto pretérmino se hace. - prevención, inhibición de contracciones uterinas con fármacos tocolíticos. Para el efecto hay que hacer un diagnóstico precoz y disponer de la medicación necesaria; desde luego la mejor manera de prevenir el parto pretérmino es un análisis de los factores de riesgo.” (Lara, 1985)
<b>Conceptos abordados</b>	<p>...” Los factores de riesgo son los siguientes:</p> <p><i>Las gestaciones dividimos en.-a) Primigestas: pacientes que cursan su primera gestación) Multigestas: pacientes que han tenido dos gestaciones anteriores, sin considerar la forma de su terminación (aborto, parto o cesárea). c) Gran multigesta: pacientes que han tenido tres o más gestaciones. ) Menores de 19 años, pues este grupo constituye factor de riesgo. b) Grupos de edad con intervalo de tres años hasta los 36. c) Mayores de 36 años, que corresponden a otro grupo de riesgo. En las condiciones socio—económicas consideramos tres grupos de acuerdo al ingreso mensual, tipo de vivienda y grado de instrucción:</i></p> <p><i>a) Buena: ingreso familiar superior al sueldo básico, casa propia, secundaria ó superior incompleta. b) Regular: ingreso</i></p>

	<p><i>equivalente al sueldo básico, vivienda alquilada, instrucción media incompleta o primaria completa. c) Mala: ingreso mensual inferior al sueldo básico, vivienda alquilada, instrucción primaria incompleta ó sin instrucción. Las enfermedades maternas de causa no obstétrica corresponden a enfermedad maternas, relacionadas con los factores de riesgo de parto prematuro.</i></p> <p><i>Las enfermedades maternas de causa obstétrica se anotan todas las patologías del embarazo actual que pueden haber contribuido al parto prematuro “. (Lara, 1985)</i></p>
<p><b>Observaciones</b></p>	<p>los principales factores de producción de parto prematuro son: Condiciones socio económicas regulares y bajas. Infección de vías urinarias. Rotura prematura de membrana.</p>

1.14 Barrios, V. B. (diciembre de 2012). Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. *Rev. Nac. (Itauguá)*, vol.4 (no.2).

<b>Nombre del documento</b>	<b>Factores de riesgo asociados al parto pretérmino</b>
<b>Autor</b>	Viviana Beatriz Genes Barrios
<b>Referencia bibliográfica</b>	Barrios, V. B. (diciembre de 2012). Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. <i>Rev. Nac. (Itauguá)</i> , vol.4 (no.2 ).
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	parto pretérmino, factor de riesgo
<b>Palabras clave del artículo</b>	parto pretérmino, factor de riesgo
<b>Ubicación</b>	<a href="http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S2072-8174201200020002&amp;script=sci_abstract&amp;lng=en">http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S2072-8174201200020002&amp;script=sci_abstract&amp;lng=en</a>
<b>Descripción</b>	“el parto pretérmino es aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. Se estima una frecuencia entre 5% y 11%. La importancia de detectar dicha complicación del embarazo radica en que es causa importante de morbilidad y mortalidad perinatales.” (Barrios, 2012)
<b>Conceptos abordados</b>	<i>...” La naturaleza recurrente, familiar y racial del parto pretérmino ha conducido a sugerir que la genética tal vez tenga una participación causal. El gen que codifica para la relaxina decidual es una posibilidad. Los defectos de proteína trifuncional mitocondrial fetal, o polimorfismo en el complejo del gen que codifica para interleucina 1, el receptor adrenérgico beta2, o el factor de necrosis tumoral alfa, quizás también participen en la rotura de membranas pretérmino. El estrés psicosocial materno puede producir estrés fetal con una reducción del flujo uteroplacentario y puede activar prematuramente el mecanismo fetal del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Parecería que el principal mediador inductor de prematurez por estrés es el factor</i>

	<p><i>liberador de la corticotropina. Este factor proviene principalmente del hipotálamo, aunque también está localizado en las células de la placenta, amnios, corion y decidua uterina. Estimula las células del amnios, corion y decidua produciéndose prostaglandinas. Estas producen contracciones uterinas y maduran el cuello. A su vez las prostaglandinas también estimulan el factor liberador de la hormona cortico trófica de la placenta, membranas ovulares y decidua, iniciándose un círculo de retroalimentación que desencadenaría el parto prematuro". (Barrios, 2012)</i></p>
<p><b>Observaciones</b></p>	<p>Los factores de riesgo asociados al parto pretérmino, sea este espontáneo o inducido, observados en la Cátedra y Servicio de Clínica Gineco Obstétrica del Hospital de Clínicas son la longitud cervical acortada durante el segundo trimestre del embarazo, el antecedente de haber tenido un parto pretérmino previo, la preeclampsia, la presencia de vaginosis bacteriana durante la gestación y el embarazo múltiple</p>

1.15 Donoso Bernales B., O. E. (septiembre de 2012). Parto prematuro. *Medwave Revista Biomédica Revisada Por Pares*, 12(08). Obtenido de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5477>

Nombre del documento	<b>Parto prematuro</b>
Autor	Bernardita Donoso Bernales, Enrique Oyarzún Ebensperger
Referencia bibliográfica	Donoso Bernales B., O. E. (septiembre de 2012). Parto prematuro. <i>Medwave Revista Biomédica Revisada Por Pares</i> , 12(08). Obtenido de <a href="https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5477">https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5477</a>
Palabras clave de búsqueda	Partos prematuros, factores de riesgo,
Palabras clave del artículo	Partos prematuros, factores de riesgo,
Ubicación	<a href="https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5477">https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5477</a>
Descripción	“Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), parto prematuro es aquel que ocurre antes de las 37

	<p>semanas de gestación. El límite inferior entre parto prematuro y aborto es, de acuerdo con la OMS, 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de longitud céfalo-nalgas. El parto prematuro es la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal” (Donoso Bernales B., 2012)</p>
<p>Conceptos abordados</p>	<p>...” La mayoría de los partos prematuros ocurre entre las 34 y 37 semanas de gestación (prematuros tardíos). Alrededor de un 5% ocurre antes de las 28 semanas (prematuros extremos); un 15% entre las 28 y 31 semanas (prematuros severos), y alrededor del 20% entre las 32 y 34 semanas. La prematurez es el resultado de tres entidades clínicas, cada una de las cuales es responsable de alrededor de un tercio del total de partos prematuros:</p> <p><i>Parto prematuro idiopático que resulta del inicio espontáneo del trabajo de parto. Rotura prematura de membranas (RPM).Parto prematuro por indicación médica o iatrogénico, que resulta de la interrupción prematura del embarazo por patología materna y/o fetal. Stress, Soltera Bajo nivel socioeconómico y/o educacional Ansiedad o depresión</i></p> <p><i>Eventos estresantes (divorcio, muerte, etc.) Cirugía abdominal durante el embarazo Fatiga ocupacional, Trabajo de pie Uso de maquinaria industrial Agotamiento físico Sobre distensión uterina, Embarazo múltiple Polihidramnios</i></p> <p><i>Malformaciones uterinas o miomas Diethylstilbestrol</i></p> <p><i>Factores cervicales, Historia de aborto del segundo trimestre Historia de cirugía cervical Dilatación o borramiento cervical prematuro Infección, Enfermedades de transmisión sexual Pielonefritis Infección sistémica Bacteriuria Enfermedad periodontal Patología placentaria, Placenta previa Abruptio placentae Sangrado vaginal Misceláneas, Parto prematuro previo</i></p> <p><i>Abuso de sustancias y/o tabaquismo Edad materna (&lt; 18 o &gt; 40 años) Raza afroamericana Desnutrición Control prenatal inadecuado Anemia (hemoglobina &lt; 10g/dl) Excesiva contractibilidad uterina”.</i> (Donoso Bernales B., 2012)</p>
<p>Observaciones</p>	<p>El parto prematuro es la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal.</p>

1.16 Bittar, R. y. (2009). Indicadores de riesgo de parto prematuro. *Revista Brasileña de Ginecología y Obstetricia*, 31 (4), 203-209.

<b>Nombre del documento</b>	<b>Indicadores de riesgo de parto prematuro</b>
<b>Autor</b>	Roberto Eduardo Bittar <sup>I</sup> ; Marcelo Zugaib <sup>II</sup>
<b>Referencia bibliográfica</b>	Bittar, R. y. (2009). Indicadores de riesgo de parto prematuro. <i>Revista Brasileña de Ginecología y Obstetricia</i> , 31 (4), 203-209.
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	factores de riesgo; Cérvix / ultrasonido; Fibronectinas / análisis; Trabajo de parto prematuro / prevención y control; Valor predictivo de las pruebas; Medición de riesgos; Sensibilidad y especificidad
<b>Palabras clave del artículo</b>	factores de riesgo; Cérvix / ultrasonido; Fibronectinas / análisis; Trabajo de parto prematuro / prevención y control; Valor predictivo de las pruebas; Medición de riesgos; Sensibilidad y especificidad

<b>Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la bibliográfica donde se encuentra</b>	<a href="https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032009000400008&amp;script=sci_arttext&amp;lng=pt">https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032009000400008&amp;script=sci_arttext&amp;lng=pt</a>
<b>Descripción</b>	<p>“El parto prematuro, definido como la ocurrencia del parto antes de las 37 semanas completas de embarazo, tiene una incidencia variable según las características de la población. La prematuridad puede clasificarse, según su evolución clínica, en electiva o espontánea. En la prematuridad electiva, el embarazo finaliza debido a complicaciones maternas (por ejemplo, enfermedad hipertensiva, desprendimiento de placenta, placenta previa, etc.) y / o fetos (por ejemplo, restricción del crecimiento o sufrimiento fetales) en los cuales El factor de riesgo es generalmente conocido y corresponde al 25% de los nacimientos prematuros.” (Bittar, 2009)</p>
<b>Conceptos abordados</b>	<p><i>...” Entre los posibles factores que confieren mayores riesgos, destacamos los antecedentes de parto prematuro espontáneo, hermanamiento y sangrado persistente en el segundo trimestre. La mayor disponibilidad de técnicas de reproducción asistida ha sido responsable de la mayor incidencia de embarazos múltiples y, en consecuencia, de un mayor riesgo de nacimientos prematuros. La evaluación del cuello uterino, durante el embarazo, puede ser útil para identificar el riesgo de parto prematuro espontáneo. Cuanto más corta es la longitud del cuello, mayor es la probabilidad de prematuridad, ya que el desvanecimiento cervical es una de las primeras etapas del proceso de parto y precede al parto en cuatro a ocho semanas. El examen del cuello uterino se puede hacer con un toque vaginal y una ecografía abdominal o vaginal. El tacto vaginal, para verificar las características del cuello uterino (dilatación, desvanecimiento y posición), revela baja sensibilidad y bajo valor predictivo positivo para detectar el nacimiento prematuro. De los posibles marcadores bioquímicos conocidos, podemos mencionar: interleucinas, hormona liberadora de corticotropina (CRH), estriol salival, fibronectina fetal y, más recientemente, proteína 1 fosforilada vinculada al factor de crecimiento de insulina simile ( ph IGFBP-1). Las interleucinas, la CRH y el estriol mostraron bajas sensibilidades y bajos valores predictivos, además de no traer beneficios para la predicción del parto prematuro. Entre todos los indicadores</i></p>

	<i>bioquímicos, la fibronectina (fFN) es la que tiene los mejores resultados para la predicción del parto prematuro (Bittar, 2009)".</i>
<b>Observaciones</b>	La identificación de algunos factores de riesgo modificables antes de la concepción o al comienzo del embarazo puede prevenir el parto prematuro. Sin embargo, la mayoría de los nacimientos prematuros espontáneos ocurren en mujeres sin factores de riesgo.

1.17 López Poémape, V. M. (4 de marzo de 2020). Factores socioculturales relacionados al parto pretérmino de gestantes atendidas en el Hospital Rezola Cañete: diciembre 2018 - febrero 2019. *REPOSITORIO INSTITUCIONAL UPSB 3. Trabajos de Investigación.* Obtenido de <http://repositorio.upsb.edu.pe/handle/UPSb/214>

<b>Nombre del documento</b>	<b>Factores socioculturales relacionados al parto pretérmino de gestantes atendidas en el Hospital Rezola Cañete: diciembre 2018 - febrero 2019</b>
<b>Autor</b>	López Poémape, Viviane María Mendoza Chávez, Fabiola Felicita
<b>Referencia bibliográfica</b>	. López Poémape, V. M. (4 de marzo de 2020). Factores socioculturales relacionados al parto pretérmino de gestantes atendidas en el Hospital Rezola Cañete: diciembre 2018 - febrero 2019. <i>REPOSITORIO INSTITUCIONAL UPSB 3. Trabajos de Investigación</i> . Obtenido de <a href="http://repositorio.upsb.edu.pe/handle/UPS/214">http://repositorio.upsb.edu.pe/handle/UPS/214</a>
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Parto pretérmino, factores socioculturales
<b>Palabras clave del artículo</b>	Parto pretérmino, factores socioculturales
<b>Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la bibliográfica donde se encuentra</b>	<a href="http://repositorio.upsb.edu.pe/handle/UPS/214">http://repositorio.upsb.edu.pe/handle/UPS/214</a>
<b>Descripción</b>	...” diversos factores de riesgo como los sociales y culturales los cuales conllevan al desenlace de estos sucesos perjudiciales para los futuros seres humanos, como la edad precoz del embarazo, el estado civil, la procedencia, la falta de controles prenatales, entre otros; es por esto que el objetivo a investigar es determinar

	si estos factores son relevantes en la presencia del Parto Prematuro” (Lopez Poémape, 2020)
<b>Conceptos abordados</b>	<p>...” La mayor importancia radica que al poder detectar los factores principales tanto sociales como culturales que ponen en riesgo el correcto suceso de la gestación con un final de ella a su tiempo adecuado, lograremos que las futuras madres gocen de una gestación sana con un parto optimo dentro de los tiempos correspondientes para cada proceso. existen factores de riesgo más condicionantes e inevitables como: gestaciones múltiples. Además de problemas de hipertensión, coagulopatías e infecciones, para ello existen los controles prenatales que son la vigilancia adecuada como alerta ante esta situación y evitarlas, se sabe que un adecuado control prenatal reduce significativamente los eventode prematuridad. Un precario nivel socioeconómico, además del nivel de educación incompleta o nula, así como el ser madre soltera y el tener una edad en el extremo superior e inferior de los años reproductivos, ya sean más de 35 o inferior a 18 años de edad. Existen diversos factores condicionantes una más de ellas es la desnutrición o nutrición inadecuada, donde no se proporciona los alimentos indispensables para poder sostener y finalizar la gestación, no suplementos nos direccionan a un parto pretérmino “. (Lopez Poémape, 2020)</p>
<b>Observaciones</b>	<p>existen factores socioculturales relacionados al parto pretérmino de gestantes. Enfocarnos en las pacientes con factores de riesgos sociales y culturales como las gestantes entre 20-35 años de edad, provenientes de zonas rurales, como medida preventiva ante el parto pretérmino, es de suma importancia.</p>

1.18 Siguencia, R. M., Brito, E. G., Dávalos, N. G., & Plaza, C. M. (2019). Factores de riesgo maternos asociados al parto pre término. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, Tomo 38(N.º 6), 706-710. Obtenido de <https://search.proquest.com/openview/cd2be526b0f6862202e7ac79b9d799e7/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1216408>.

<b>Nombre del documento</b>	<b>Factores de riesgo maternos asociados al parto pre término</b>
<b>Autor</b>	Castillo Siguencia, Rosita Mercedes; Moyano Brito, Edison Gustavo; Ortiz Dávalos, Nancy Gabriela; Villa Plaza, Carmen Mercedes
<b>Referencia bibliográfica</b>	Siguencia, R. M., Brito, E. G., Dávalos, N. G., & Plaza, C. M. (2019). Factores de riesgo maternos asociados al parto pre término. <i>Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica</i> , Tomo 38(N.º 6), 706-710. Obtenido de <a href="https://search.proquest.com/openview/cd2be526b0f6862202e7ac79b9d799e7/1?pq-origsite=gscholar&amp;cbl=1216408">https://search.proquest.com/openview/cd2be526b0f6862202e7ac79b9d799e7/1?pq-origsite=gscholar&amp;cbl=1216408</a> .
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Factores de riesgo preconceptionales, Factores de riesgo conceptionales, Parto pretérmino.
<b>Palabras clave del artículo</b>	Factores de riesgo preconceptionales, Factores de riesgo conceptionales, Parto pretérmino.
<b>Ubicación</b>	<a href="https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55964142005">https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55964142005</a>
<b>Descripción</b>	“La identificación oportuna de factores de riesgo de parto prematuro es imprescindible para instituir un tratamiento adecuado y así poder entregar a los pediatras recién nacidos de mayor madurez y peso, y a la madre un bebé sano, como es el objetivo final de la obstetricia” (Siguencia, Brito, Dávalos, & Plaza, 2019)

<p><b>Conceptos abordados</b></p>	<p><i>...”La vaginosis bacteriana es la infección vaginal más común que presentan las mujeres en edad fértil. Es ocasionada por un desequilibrio en las bacterias que viven en la vagina. Aproximadamente una de cada cinco mujeres padece de esta infección en algún momento del embarazo, desde esta perspectiva se consideró relevante su estudio en la presente investigación, como factor de riesgo para el parto pretérmino. Las infecciones del tracto urinario (ITU), son junto con la anemia del embarazo, una de las complicaciones médicas más frecuentes de la gestación. Los antecedentes de ITU pregestacional, son considerados también como un factor de riesgo. Una infección del tracto urinario consiste en la colonización y multiplicación microbiana, habitualmente bacteriana, a lo largo del trayecto del tracto urinario. Los antecedentes de amenaza de parto pretérmino, es considerado como otro factor de riesgo. La amenaza de parto pretérmino se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación”.</i> (Siguencia, Brito, Dávalos, &amp; Plaza, 2019)</p>
<p><b>Observaciones</b></p>	<p>. se reconoce como factores de riesgo para parto prematuro infecciones vaginales, amenazas de parto prematuro en gestaciones anteriores, y vaginosis bacteriana.</p>

1.19 Martínez-Cancino, G. A., Díaz-Zagoya, J. C., & Romero Vázquez, A. (enero-agosto de 2017). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. *Salud en Tabasco*, vol. 23(núm. 1-2), 13-18. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/487/48754566003.pdf>.

<b>Nombre del documento</b>	<b>Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes</b>
<b>Autor</b>	Martínez-Cancino, Graciela Alejandra; Díaz-Zagoya, Juan Cuauhtémoc; Romero Vázquez, Argeo
<b>Referencia bibliográfica</b>	Martínez-Cancino, G. A., Díaz-Zagoya, J. C., & Romero Vázquez, A. (enero-agosto de 2017). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. <i>Salud en Tabasco</i> , vol. 23(núm. 1-2), 13-18. Obtenido de <a href="https://www.redalyc.org/pdf/487/48754566003.pdf">https://www.redalyc.org/pdf/487/48754566003.pdf</a>
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	parto pretérmino, embarazo en adolescentes, riesgo.
<b>Palabras clave del artículo</b>	parto pretérmino, embarazo en adolescentes, riesgo.
<b>Ubicación</b>	<a href="https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48754566003">https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48754566003</a>
<b>Descripción</b>	Uno de los problemas que pueden presentar las adolescentes embarazadas es el desarrollo de un parto pretérmino, el cual se produce antes de las 37 semanas de gestación y es la principal causa de morbilidad neonatal.
<b>Conceptos abordados</b>	..." El embarazo en la adolescencia es un problema de salud a nivel mundial, el cual está asociado a múltiples

	<p><i>complicaciones maternas y fetales.1,2 De acuerdo con la OMS, la adolescencia se inicia a los 10 años y culmina aproximadamente a los 19 años. La adolescente embarazada puede desarrollar alteraciones como anemia, hipertensión, infecciones, toxemia, parto pretérmino, amenazas de aborto, entre otras". (Martínez-Cancino, Díaz-Zagoya, &amp; RomeroVázquez, 2017)</i></p>
<b>Observaciones</b>	<p>Es importante realizar la detección y tratamiento oportuno de las pacientes con patologías durante el embarazo,13 por lo tanto, la atención prenatal es una de las herramientas más valiosas a utilizar ante esta situación</p>

1.20 Margarita E. Ahumada-Barrios, G. F. (25 de julio de 2016). Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol.24. Obtenido de [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100350&script=sci\\_arttext&tIng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100350&script=sci_arttext&tIng=es)

<b>Nombre del documento</b>	<b>Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital</b>
<b>Autor</b>	Margarita E. Ahumada-Barrios German F. Alvarado
<b>Referencia bibliográfica</b>	Margarita E. Ahumada-Barrios, G. F. (25 de julio de 2016). Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital. <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i> , vol.24. Obtenido de <a href="https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100350&amp;script=sci_arttext&amp;tIng=es">https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100350&amp;script=sci_arttext&amp;tIng=es</a>
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Prematuridad; Embarazo Gemelar; Preeclampsia; Parto Pretérmino.
<b>Palabras clave del artículo</b>	Prematuridad; Embarazo Gemelar; Preeclampsia; Parto Pretérmino.
<b>Ubicación</b>	<a href="https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100350&amp;script=sci_arttext&amp;tIng=es">https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100350&amp;script=sci_arttext&amp;tIng=es</a>
<b>Descripción</b>	...” El parto pretérmino se ha asociado con múltiples factores, como lo son el antecedente de tener un parto

	<p><i>pretérmino, la anemia, los altos niveles de catecolaminas en la orina materna, el consumo de tabaco, 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, tener una edad menor de 20 años. tener una edad materna mayor de 35 años, el oligohidramnios, el antecedente de aborto inducido, la preeclampsia, el embarazo gemelar, edad materna avanzada” (Margarita E. Ahumada-Barrios, 2016)</i></p>
<p><b>Conceptos abordados</b></p>	<p><i>...”La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el parto prematuro o pretérmino como el nacimiento que tiene lugar después de las 20 semanas y antes de completadas las 37 semanas de edad gestacional”. (Margarita E. Ahumada-Barrios, 2016)</i></p>
<p><b>Observaciones</b></p>	<p>En este artículo de investigación, Se concluye que los factores de riesgo para presentar prematuridad son el no tener ningún control prenatal, tener un control prenatal insuficiente, la preeclampsia y el antecedente de parto prematuro.</p>

1.21 Drs. Riscarle Manrique, A. R. (septiembre de 2008). Parto pretérmino en adolescentes. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, v.68 ( n.3 ), 141-143. Obtenido de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322008000300002&lng=es&tlng=pt](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000300002&lng=es&tlng=pt).

<b>Nombre del documento</b>	<b>Parto pretérmino en adolescentes</b>
<b>Autor</b>	Drs. Riscarle Manrique,  Airlen Rivero
<b>Referencia bibliográfica</b>	Drs. Riscarle Manrique, A. R. (septiembre de 2008). Parto pretérmino en adolescentes. <i>Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela</i> , v.68 (n.3), 141-143. Obtenido de <a href="http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0048-77322008000300002&amp;lng=es&amp;tlng=pt">http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0048-77322008000300002&amp;lng=es&amp;tlng=pt</a> .
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Embarazo en adolescencia. Parto pretérmino.
<b>Palabras clave del artículo</b>	Embarazo en adolescencia. Parto pretérmino.
<b>Ubicación</b>	<a href="http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322008000300002&amp;script=sci_arttext&amp;tlng=pt">http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322008000300002&amp;script=sci_arttext&amp;tlng=pt</a>
<b>Descripción</b>	<i>“La adolescencia es una etapa del crecimiento y desarrollo humano con características muy especiales por los</i>

	<p><i>cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que abarcan a esta población, siendo el embarazo una condición de riesgo por las posibles complicaciones que pueden ocurrir desde el punto de vista médico, obstétrico y perinatal, lo que tiene mayor significado mientras más temprana sea la edad de la adolescente". (Drs. Riscarle Manrique, 2008)</i></p>
<p><b>Conceptos abordados</b></p>	<p><i>..." cuando se habla de adolescencia se piensa en un período de transición entre el fin de la niñez y la edad adulta. En general, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define la adolescencia como el período comprendido entre los 10-19 años de edad ". (Drs. Riscarle Manrique, 2008)</i></p>
<p><b>Observaciones</b></p>	<p>. Los embarazos en adolescentes en su mayoría presentan riesgos en cuanto a preeclampsia, eclampsia, partos pretérminos, productos pequeños para la edad gestacional, anemia, abortos, desproporción feto-pélvica y dificultades respiratorias en el recién nacido. Se sabe que el grupo de mayor riesgo es el de las adolescentes precoces (10-13 años), y que por lo general las tardías (17-19 años) durante el embarazo se comportan como adultas, quedando así las adolescentes intermedias (14-16 años) como grupo más representativo de esta etapa.</p>

1.22 ESPINOZA, J. (junio de 2015). Fisiopatología del síndrome de parto pretérmino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, Vol. 54(Núm. 1), 15-21.

<b>Nombre del documento</b>	<b>FISIOPATOLOGÍA DEL SÍNDROME DE PARTO PRETÉRMINO</b>
<b>Autor</b>	Jimmy Espinoza
<b>Referencia bibliográfica</b>	ESPINOZA, J. (junio de 2015). Fisiopatología del síndrome de parto pretérmino. <i>Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia</i> , Vol. 54(Núm. 1), 15-21.
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	parto pretérmino, infección, distensión uterina, citoquinas, síndrome, progesterona
<b>Palabras clave del artículo</b>	parto pretérmino, infección, distensión uterina, citoquinas, síndrome, progesterona
<b>Ubicación</b>	<a href="http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1064/pdf_104">http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1064/pdf_104</a>
<b>Descripción</b>	“El paradigma implícito que ha gobernado la mayor parte del estudio del parto pretérmino es que los denominados parto a término y trabajo de parto pretérmino son fundamentalmente el mismo proceso, excepto por la edad gestacional en el que ocurren. y que comparten ‘una vía común’. Los componentes uterinos de esta vía consisten

	<p>en incremento en la contractilidad uterina, maduración cervical (dilatación e incorporación) y activación de la decidua y membranas corioamnióticas. La infección intrauterina ha surgido como un mecanismo frecuente e importante del parto pretérmino. Es el único proceso patológico para el cual se ha establecido una relación causal firme con el parto pretérmino, con fisiopatología definida.” (ESPINOZA, 2015)</p>
<p><b>Conceptos abordados</b></p>	<p><i>...”la infección intrauterina o la administración sistémica de productos microbianos a animales embarazados pueden causar el trabajo de parto pretérmino. las pacientes embarazadas con infección intraamniótica o inflamación intrauterina (definida como una concentración elevada de citoquinas proinflamatorias o enzimas que degradan componentes del colágeno en el líquido amniótico) en el segundo trimestre son un factor de riesgo para parto pretérmino. Los microorganismos pueden ganar acceso a la cavidad amniótica y feto por los siguientes mecanismos: 1) vía ascendente; 2) diseminación hematológica (infección transplacentaria); 3) siembra retrógrada de la cavidad peritoneal, por la trompa de Falopio; y, 4) introducción casual en el momento de procedimientos invasivos, como amniocentesis, cordocentesis, biopsia de vellosidades coriales u otros. La vía más común de infección intrauterina es la ruta ascendente”.</i> (ESPINOZA, 2015)</p>
<p><b>Observaciones</b></p>	<p>. el trabajo de parto pretérmino es una condición heterogénea; es improbable que una sola intervención -como la tocólisis sea efectiva en prevenir todos los casos de nacimiento pretérmino. La tocólisis y el cerclaje, entre otros, representan el intento de corregir solo uno de los componentes de la vía común del parto pretérmino, pero no necesariamente están orientadas a corregir el proceso patológico subyacente.</p>

1.23 Ovalle, A. K. (enero de 2012). Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. *Revista médica de Chile*, vol.140 (no.1), 19-29. Obtenido de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000100003&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000100003&script=sci_arttext)

<b>Nombre del documento</b>	<b>Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago</b>
<b>Autor</b>	Alfredo Ovalle Elena Kakarieka
<b>Referencia bibliográfica</b>	Ovalle, A. K. (enero de 2012). Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. <i>Revista médica de Chile</i> , vol.140 (no.1), 19-29. Obtenido de <a href="https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000100003&amp;script=sci_arttext">https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000100003&amp;script=sci_arttext</a>
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	<i>Delivery, obstetric; Placenta; Premature birth; Vaginosis, bacterial.</i>
<b>Palabras clave del artículo</b>	<i>Delivery, obstetric; Placenta; Premature birth; Vaginosis, bacterial.</i>
<b>Ubicación</b>	<a href="https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000100003&amp;script=sci_arttext">https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000100003&amp;script=sci_arttext</a>
<b>Descripción</b>	“El parto prematuro indicado ocurre por interrupción obligada de la gestación ante enfermedad materna, fetal u

	<p>ovular que ponen en riesgo la salud del binomio madre-niño. En estos casos los datos clínicos maternos y de laboratorio suelen ser suficientes para diagnosticar el factor de riesgo, ya que las lesiones placentarias habitualmente inespecíficas y comunes a varias enfermedades maternas y placentarias, tienen limitado aporte al diagnóstico.” (Ovalle, 2012)</p>
<p><b>Conceptos abordados</b></p>	<p>...”Se encontraron los siguientes factores asociados con parto prematuro:1) <b>Maternos</b> a) <i>Infección bacteriana ascendente. Embarazo con algunas de las siguientes condiciones clínicas presentes sugerentes de infección intrauterina: RPM, corioamnionitis clínica, sangrado vaginal con desprendimiento amniocorial, infección cervicovaginal (ICV) especialmente por Streptococcus Grupo B (SGB), infección del tracto urinario (ITU), dispositivo intrauterino (DIU) no extraído, placenta previa con sangrado vaginal, cérvix menor de 15 mm medido por ultrasonografía, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI), membranas prolapsadas bajo el orificio cervical externo (MPr) y asociado con los siguientes marcadores histopatológicos placentarios específicos: corioamnionitis aguda.</i> b) <i>Enfermedades maternas Hipertensión arterial. Embarazo con hipertensión materna (preeclampsia, hipertensión arterial crónica), con algunas de las siguientes condiciones clínicas presentes: DPPNI, síndrome de HELLP, restricción del crecimiento intrauterino</i>“, (Ovalle, 2012)</p>
<p><b>Observaciones</b></p>	<p>. Los precursores de los partos prematuros fueron: a) partos espontáneos, con rotura prematura de membranas o con membranas intactas y b) partos indicados médicamente por patología materna, fetal u ovular</p>

1.24 Mendoza Tascón, L. A. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(4), 330-342.

<b>Nombre del documento</b>	<b>Epidemiología de la prematuridad y sus determinantes, en una población de mujeres adolescentes y adultas de Colombia</b>
<b>Autor</b>	Luis Alfonso Mendoza Tascón Diana Isabel Claros Benítez
<b>Referencia bibliográfica</b>	Mendoza Tascón, L. A. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. <i>Revista chilena de obstetricia y ginecología</i> , 81(4), 330-342.
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Prematuridad, determinantes de la salud, mujer adolescente, mujer adulta
<b>Palabras clave del artículo</b>	Prematuridad, determinantes de la salud, mujer adolescente, mujer adulta
<b>Ubicación</b>	<a href="https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0717-75262016000500005&amp;script=sci_arttext">https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0717-75262016000500005&amp;script=sci_arttext</a>
<b>Descripción</b>	“Los determinantes sociales y ambientales, tienen dos veces el impacto en la calidad de la atención en salud y en

	<p>la salud en general de un individuo, que los otros determinantes. Mientras varios de ellos afectan el embarazo en mujeres adolescentes y adultas como: pobreza, estructura familiar, calidad de la vivienda, acceso a alimentos saludables, acceso a servicios de salud y de atención primaria, tecnología en salud, cohesión social, percepción de discriminación/inequidad, acceso a empleo, situación laboral, políticas que apoyen la promoción de la salud, entornos escolares seguros e ingreso a la educación superior.” (Mendoza Tascón, 2016)</p>
<p><b>Conceptos abordados</b></p>	<p><i>...” Prematuridad: el parto prematuro es definido como el nacimiento que ocurre antes de completarse las 37 semanas de gestación o antes de 259 días de gestación, desde el primer día del último periodo menstrual o por una ecografía temprana. Un factor importante asociado al nacimiento prematuro es la poca adherencia al control prenatal (CPN). El CPN adecuado se ha identificado como medida protectora contra el parto prematuro. Las últimas recomendaciones de organismos internacionales, como la OMS y National Institute for Health and Clinical Excellence, dan más importancia a otros indicadores de calidad de la atención prenatal, que, al número de visitas durante este, con al menos seis visitas considerado como óptimo. Las patologías infecciosas en la madre, juegan un papel importante en la ocurrencia del parto prematuro, incluyendo, infección del tracto urinario, vaginosis bacteriana, sífilis, infección por VIH, corioamnionitis, colonización materna por Streptococcus del grupo B”.</i> (Mendoza Tascón, 2016)</p>
<p><b>Observaciones</b></p>	<p>La prematuridad es el resultado de una compleja red de determinantes individuales, sociales, culturales y gestacionales que interactúan. Es por ello, que, para la prevención del parto prematuro, se debe trabajar no sólo</p>

	en medidas de salud, sino en un sin número de medidas, que incluyen la elaboración de políticas y planes de acción integral que permitan minimizar las inequidades en el sector salud y en la atención de las gestantes.
--	--

1.25 Lateralra, C., Andina, E., & Di Marco, I. (2003). Guía de prácticas clínicas. Amenaza de parto prematuro. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón*, vol. 22(núm. 1), 28-43. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/912/91222107.pdf>

<b>Nombre del documento</b>	<b>GUÍA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS. AMENAZA DE PARTO PREMATURO</b>
<b>Autor</b>	Dras. Cristina Lateralra, Elsa Andina Ingrid Di Marco
<b>Referencia bibliográfica</b>	Lateralra, C., Andina, E., & Di Marco, I. (2003). Guía de prácticas clínicas. Amenaza de parto prematuro. <i>Revista del Hospital Materno Infantil Ramón</i> , vol. 22(núm. 1), 28-43. Obtenido de <a href="https://www.redalyc.org/pdf/912/91222107.pdf">https://www.redalyc.org/pdf/912/91222107.pdf</a>
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	preterm labor, diagnosis, ultrasonography, cervical length, prevention, treatment, antibiotics, tocolytics agents, corticosteroids, glucocorticoids, steroids, risk factors, education
<b>Palabras clave del artículo</b>	preterm labor, diagnosis, ultrasonography, cervical length, prevention, treatment, antibiotics, tocolytics agents, corticosteroids, glucocorticoids, steroids, risk factors, education

<b>Ubicación</b>	<a href="https://www.sarda.org.ar/images/2003_Guia_de_Amenaza_de_Partido_Prematuro.pdf">https://www.sarda.org.ar/images/2003_Guia_de_Amenaza_de_Partido_Prematuro.pdf</a>
<b>Descripción</b>	. Las complicaciones neonatales tales como la enfermedad de membrana hialina, hemorragia intraventricular severa y enterocolitis necrotizante, entre otras, suelen ser graves y en muchos casos invalidantes, con repercusiones tanto a nivel individual como familiar.
<b>Conceptos abordados</b>	<p><i>...” Amenaza de parto pretérmino Presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos con borramiento del cérvix uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm, entre las 22 y 36,6 semanas de gestación. Trabajo de parto pretérmino Dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto prematuro, pero con modificaciones cervicales tales como borramiento del cérvix mayor al 50% y una dilatación de 4 cm. o más. Factores de riesgo asociados con parto pretérmino</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Bajo nivel socioeconómico.</i></li> <li>• <i>Edad materna ≤18 o ≥40 años.</i></li> <li>• <i>Estrés.</i></li> <li>• <i>Abuso doméstico.</i></li> <li>• <i>Violencia familiar.</i></li> <li>• <i>Alcoholismo.</i></li> <li>• <i>Abuso de sustancias tóxicas.</i></li> <li>• <i>Bajo índice de masa corporal pregestacional.</i></li> <li>• <i>Baja ganancia de peso durante el embarazo.</i></li> <li>• <i>Tabaquismo.</i></li> <li>• <i>Antecedentes de fetos muertos y/o partos pretérminos anteriores.</i></li> <li>• <i>Embarazo múltiple.</i></li> <li>• <i>Antecedente de aborto tardío.</i></li> <li>• <i>Factores uterinos (anomalías).</i></li> <li>• <i>Colonización cervical por gérmenes.</i></li> <li>• <i>Traumatismos.</i></li> <li>• <i>Intervenciones quirúrgicas abdominales durante el embarazo.</i></li> <li>• <i>Infecciones: Vaginosis bacteriana. Infecciones urinarias, pielonefritis. Enfermedades de transmisión sexual”.</i></li> </ul> <p>(Latterra, Andina, &amp; Di Marco, 2003)</p>

<b>Observaciones</b>	. Se describen tres entidades clínicas bien definidas relacionadas con el parto prematuro: • Amenaza de parto pretérmino con membranas íntegras. • Rotura prematura de membranas. • Complicaciones propias del embarazo/iatrogénicas.
----------------------	---

1.26 Elisa I. Rodrigo, M. N. (2014). Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes atendidas en la maternidad del Hospital Ángela Iglesia de Llano de Corrientes, *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nación del Nordeste*, E XXXIV (3), 11-17. Obtenido de [https://med.unne.edu.ar/home/images/documentos/Revista\\_Numero/121-2014-vol-xxiv-n-3-2-Factores-asociados-al-parto-pretermino-en-adolescentes-atendidas-en-la-maternidad-del-Hospital-Angela-Iglesia-de-Llano-de-Corrientes-entre-2009-y-2011.pdf](https://med.unne.edu.ar/home/images/documentos/Revista_Numero/121-2014-vol-xxiv-n-3-2-Factores-asociados-al-parto-pretermino-en-adolescentes-atendidas-en-la-maternidad-del-Hospital-Angela-Iglesia-de-Llano-de-Corrientes-entre-2009-y-2011.pdf)

<b>Nombre del documento</b>	<b>Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes atendidas en la maternidad del Hospital Ángela Iglesia de Llano de Corrientes, entre 2009 y 2011</b>
<b>Autor</b>	Elisa I. Rodrigo Marcos N. Toñanes
<b>Referencia bibliográfica</b>	Elisa I. Rodrigo, M. N. (2014). Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes atendidas en la maternidad del Hospital Ángela Iglesia de Llano de Corrientes, <i>Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nación del</i>

	<p><i>Nordeste, E XXXIV (3), 11-17. Obtenido de <a href="https://med.unne.edu.ar/home/images/documentos/Revista_Numero/121-2014-vol-xxxiv-n-3-2-Factores-asociados-al-parto-pretermino-en-adolescentes-atendidas-en-la-maternidad-del-Hospital-Angela-Iglesia-de-Llano-de-Corrientes-entre-2009-y-2011.pdf">https://med.unne.edu.ar/home/images/documentos/Revista_Numero/121-2014-vol-xxxiv-n-3-2-Factores-asociados-al-parto-pretermino-en-adolescentes-atendidas-en-la-maternidad-del-Hospital-Angela-Iglesia-de-Llano-de-Corrientes-entre-2009-y-2011.pdf</a></i></p>
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	parto prematuro, adolescencia, hábito tabáquico, edad materna, convivencia con la pareja.
<b>Palabras clave del artículo</b>	parto prematuro, adolescencia, hábito tabáquico, edad materna, convivencia con la pareja.
<b>Ubicación</b>	<p><a href="https://med.unne.edu.ar/home/images/documentos/Revista_Numero/121-2014-vol-xxxiv-n-3-2-Factores-asociados-al-parto-pretermino-en-adolescentes-atendidas-en-la-maternidad-del-Hospital-Angela-Iglesia-de-Llano-de-Corrientes-entre-2009-y-2011.pdf">https://med.unne.edu.ar/home/images/documentos/Revista_Numero/121-2014-vol-xxxiv-n-3-2-Factores-asociados-al-parto-pretermino-en-adolescentes-atendidas-en-la-maternidad-del-Hospital-Angela-Iglesia-de-Llano-de-Corrientes-entre-2009-y-2011.pdf</a></p>
<b>Descripción</b>	<p>El embarazo adolescente es una condición de riesgo por las posibles complicaciones que pueden ocurrir desde el punto de vista médico, obstétrico y perinatal. El parto prematuro (PP) es una enfermedad multifactorial, con múltiples causas que pueden conducir a su desencadenamiento, ya sean asociadas entre sí o interrelacionadas unas con otras.</p>
<b>Conceptos abordados</b>	<p><i>...” Según la OMS, el parto prematuro (PP) es el que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, siendo el límite inferior de edad gestacional (EG) que lo separa del aborto las 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de corona a rabadilla. El PP constituye una grave complicación obstétrica, con una incidencia general entre un 5 y 10% de todos los embarazos, que no se ha modificado en las últimas tres décadas. Entre los factores</i></p>

	<p><i>de riesgo de PP se encuentran el nivel socioeconómico bajo (ingreso familiar, grado educativo, residencia, clase social, ocupación), edad materna menor de 16 o mayor de 35 años, estado civil soltera, actividad laboral materna intensa, tabaquismo e ingestión de drogas, enfermedad materna crónica (asma, cardiopatía, diabetes, hipertensión), infección de vías urinarias, bacteriuria asintomática, vaginosis bacteriana, embarazo multifocal, antecedente obstétrico desfavorable (partos prematuros y abortos previos), complicaciones del embarazo (preeclampsia, rotura prematura de membranas, sangrado, oligo o polihidramnios) y factores fetales (malformaciones e infecciones)". (Elisa I. Rodrigo, 2014)</i></p>
<p><b>Observaciones</b></p>	<p>el consumo de sustancias tóxicas durante la gestación es uno de los aspectos más relacionados a la prematuridad. El tóxico más extendido es el tabaco, que multiplica por dos el riesgo relativo de partos prematuros, tal como se ha demostrado en diversos estudios en los países desarrollados, en los que se observa una gran prevalencia de mujeres fumadora.</p>

1.27 Silvia Estelbina Retureta Milán, L. M. (julio-agosto de 2015). Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. *MediSur*, vol.13 (no.4), 517-525. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2015000400008&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2015000400008&script=sci_arttext&lng=en)

<b>Nombre del documento</b>	<b>Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila</b>
<b>Autor</b>	<b>Silvia Estelbina Retureta Milán</b> <b>Lainys María Rojas Álvarez</b>
<b>Referencia bibliográfica</b>	Silvia Estelbina Retureta Milán, L. M. (julio-agosto de 2015). Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. <i>MediSur</i> , vol.13 (no.4), 517-525. Obtenido de <a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2015000400008&amp;script=sci_arttext&amp;lng=en">http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2015000400008&amp;script=sci_arttext&amp;lng=en</a>

<b>Palabras clave de búsqueda</b>	factores de riesgo, trabajo de parto prematuro, mujeres embarazadas, cuba.
<b>Palabras clave del artículo</b>	factores de riesgo, trabajo de parto prematuro, mujeres embarazadas, cuba.
<b>Ubicación</b>	<a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2015000400008&amp;script=sci_arttext&amp;lng=en">http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2015000400008&amp;script=sci_arttext&amp;lng=en</a>
<b>Descripción</b>	Cuando el embarazo se produce en edades inferiores a 18 años y de 35 años y más, se ha observado mayor incidencia de parto prematuro
<b>Conceptos abordados</b>	<i>...”La Organización Mundial de la Salud (OMS 1970-1977) define al parto prematuro como el nacimiento que se produce entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación, independientemente del peso del recién nacido. Aunque todos los partos que se producen antes de las 37 semanas se consideran prematuros, los que se producen antes de las 34 semanas son los máximos responsables del incremento en los daños y muerte, debido al bajo peso neonatal (peso al nacer por debajo de 2500g)”. (Silvia Estelbina Retureta Milán, 2015)</i>
<b>Observaciones</b>	. los factores más relacionados con el parto prematuro, fueron los antecedentes de parto prematuro y de aborto de embarazos anteriores, el peso materno bajo a la captación, la talla inferior a 150cm, las ganancias de peso bajas o altas durante el embarazo, hábito fumar en la embarazada, infecciones vaginales y urinarias, el embarazo múltiple y las afecciones del útero

1.28 Valentí, E. A. (2004). Screening para parto pretérmino en control prenatal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, vol. 23(núm. 1), 16-22. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/912/91223105.pdf>

<b>Nombre del documento</b>	<b>SCREENING PARA PARTO PRETÉRMINO EN CONTROL PRENATAL</b>
<b>Autor</b>	Valentí, Eduardo A.
<b>Referencia bibliográfica</b>	Valentí, E. A. (2004). Screening para parto pretérmino en control prenatal. <i>Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá</i> , vol. 23(núm. 1), 16-22. Obtenido de <a href="https://www.redalyc.org/pdf/912/91223105.pdf">https://www.redalyc.org/pdf/912/91223105.pdf</a>

<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Screening, parto pretérmino, control prenatal
<b>Palabras clave del artículo</b>	Screening, parto pretérmino, control prenatal
<b>Ubicación</b>	<a href="https://www.redalyc.org/pdf/912/91223105.pdf">https://www.redalyc.org/pdf/912/91223105.pdf</a>
<b>Descripción</b>	En la amenaza del parto prematuro hace varias décadas se planteó como objetivo la inhibición de las contracciones, reconociendo que una vez instaurado el trabajo de parto es poco o nada lo que podemos lograr para beneficiar a esa madre y ese niño
<b>Conceptos abordados</b>	<i>...” El aumento de los partos prematuros provocados es debido generalmente a la terminación temprana del embarazo por indicación médica materna o fetal. Estudiando las características de los partos pretérminos de la Maternidad Sardá se halló que: 2 • El 26% eran partos prematuros provocados. • El 32% eran posteriores a una rotura prematura de membranas (RPM). • El 42% eran partos prematuros idiopáticos”. (Valenti, 2004)</i>
<b>Observaciones</b>	la palabra screening o tamizaje nos señala la idea de tiempo futuro, la palabra diagnóstico nos habla de presente y el término tratamiento significa tiempo pasado. Por ello es por lo que la medicina basada en la prevención tiene que privilegiar el screening por encima del diagnóstico y del tratamiento.

1.29 Pacheco-Romero, J. (2018). Parto pretérmino, avances y retos. A manera de prólogo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 393-398. Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322018000300012&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322018000300012&script=sci_arttext&tlng=en)

<b>Nombre del documento</b>	<b>Parto pretérmino, avances y retos. A manera de prólogo</b>
<b>Autor</b>	José Pacheco-Romero
<b>Referencia bibliográfica</b>	Pacheco-Romero, J. (2018). Parto pretérmino, avances y retos. A manera de prólogo. <i>Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia</i> , 64(3), 393-398. Obtenido de <a href="http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322018000300012&amp;script=sci_arttext&amp;tlng=en">http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322018000300012&amp;script=sci_arttext&amp;tlng=en</a>

<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Parto pretérmino, Parto prematuro, Recién nacido prematuro, Morbimortalidad perinatal.
<b>Palabras clave del artículo</b>	Parto pretérmino, Parto prematuro, Recién nacido prematuro, Morbimortalidad perinatal.
<b>Ubicación</b>	<a href="http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322018000300012&amp;script=sci_arttext&amp;tIng=en">http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322018000300012&amp;script=sci_arttext&amp;tIng=en</a>
<b>Descripción</b>	El parto pretérmino es un problema médico-social que aumenta con el tiempo y es causa principal de mortalidad neonatal.
<b>Conceptos abordados</b>	<i>...”Entre los factores de riesgo del PPT se considera el antecedente de parto pretérmino, de rotura prematura de membranas, aborto tardío o feto muerto, la existencia actual de embarazo gemelar o múltiple, polihidramnios, preeclampsia, infecciones urinarias y de transmisión sexual, malformaciones uterinas, incompetencia ístmico-cervical, conización cervical, edad materna mayor, tabaquismo, alcoholismo y uso de sustancias tóxicas, estrés físico y psicológico, y ahora con cierta frecuencia, la gestación obtenida por técnicas de reproducción asistida. Entre las causas predominan los antecedentes maternos, factores uterinos e infecciones, siendo causas importantes la inflamación y la infección intraamniótica”.</i> (Pacheco-Romero, 2018)
<b>Observaciones</b>	. La predicción de parto pretérmino es difícil, pues la sintomatología es leve y se confunde con contracciones que pueden ocurrir normalmente. Hay mayor posibilidad cuando existe historia de PPT entre las 16 y 34 semanas y/o si el cérvix uterino tiene longitud <25 mm o ha habido traumatismo cervical. Aparte de una buena historia clínica y examen de la gestante, se han elaborado sistemas de

	puntaje de riesgo, tamizaje cervicovaginal por fibronectina fetal (el riesgo se asocia con fibronectina >50 ng/mL), longitud del cérvix por ecografía <25 mm antes de las 24 semanas, monitorización de la actividad uterina, biomarcadores que incluyen factores endocrinos, citocinas y enzimas, ADN fetal y polimorfismos genéticos, así como la combinación de marcadores biológicos.
--	---

1.30 T, M. A. (2017). Parto pretérmino. *Revista Médica Sinergia*, 2(09), 12-14. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81954>.

<b>Nombre del documento</b>	<b>PARTO PRETERMINO</b>
<b>Autor</b>	Tinneth Monge Acuña
<b>Referencia bibliográfica</b>	T, M. A. (2017). Parto pretérmino. <i>Revista Médica Sinergia</i> , 2(09), 12-14. Obtenido de <a href="https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81954">https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81954</a> .

<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Prematuridad, parto, recién nacido, tocolítics, esteroides, sulfato de magnesio.
<b>Palabras clave del artículo</b>	Prematuridad, parto, recién nacido, tocolítics, esteroides, sulfato de magnesio.
<b>Ubicación</b>	<a href="https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms179c.pdf">https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms179c.pdf</a>
<b>Descripción</b>	se define como parto pretérmino al parto que se da antes de las 37 semanas, así mismo cuando una paciente se presenta con contracciones regulares y cambios cervicales se define como labor de pretérmino
<b>Conceptos abordados</b>	<i>...”Dentro de los factores de riesgo la identificación de un parto pretérmino previo es de los que ha demostrado mayor asociación a un nuevo parto pretérmino además se evidencia una asociación exponencial, de forma que la incidencia de parto prematuro para una mujer con un pretérmino previo ronda el 14%, pero cuando tiene dos pretérminos previos esta incidencia prácticamente se duplica, otros factores de riesgo identificados son embarazo múltiple, sobre distensión uterina (polihidramnios, macrosomía y miomas), anormalidades uterinas, insuficiencia cervical, vaginosis bacteriana, sangrado temprano en el embarazo, estado socioeconómico bajo, uso de tabaco”. (T, 2017)</i>
<b>Observaciones</b>	. El enfoque en este momento se encuentra en prevenir el parto pretérmino y en disminuir las consecuencias del mismo, en el primer apartado podemos mencionar el uso de antibióticos, agentes progestágenos y el cerclaje en la prevención del parto prematuro, los estudios han demostrado que el uso de antibióticos en presencia de flora vaginal anormal, o vaginosis bacteriana reducen la

	incidencia de parto pretérmino, pero otros estudios han generado controversia sobre el beneficio real de tratar la vaginosis bacteriana.
--	--

1.31 Osorno CL, R. A. (2008). Factores maternos relacionados con prematuridad. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76 ((09)), 526-536. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=19561>.

<b>Nombre del documento</b>	<b>Factores maternos relacionados con prematuridad</b>
<b>Autor</b>	Lorenzo Osorno Covarrubias  Gladys Esther Rupay Aguirre

<b>Referencia bibliográfica</b>	Osorno CL, R. A. (2008). Factores maternos relacionados con prematuridad. <i>Ginecología y Obstetricia de México</i> , 76 ( (09)), 526-536. Obtenido de <a href="https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=19561">https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=19561</a> .
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	prematuridad, parto prematuro, morbilidad materna durante el embarazo, mortalidad neonatal
<b>Palabras clave del artículo</b>	prematuridad, parto prematuro, morbilidad materna durante el embarazo, mortalidad neonatal
<b>Ubicación</b>	<a href="https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=19561">https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=19561</a>
<b>Descripción</b>	Los datos del presente estudio confirman la asociación entre infección y parto prematuro. El antecedente materno de corioamnionitis, cervicovaginitis, infección de vías urinarias y fiebre significó mayor riesgo de prematuridad
<b>Conceptos abordados</b>	<i>...” Los antecedentes maternos socioeconómicos y demográficos, de embarazos previos, de control y evolución del embarazo y parto desfavorables, se relacionan con la prematuridad. El parto prematuro es uno de los principales retos para la perinatología actual, la ausencia de progreso en la disminución de la tasa de prematuridad se debe al conocimiento limitado de sus causas. No obstante, los datos crecientes de la importancia de la infección y los factores neuroendocrinos en el parto prematuro, el progreso ha sido lento, y se ha empezado a explorar la posible predisposición genética”. (Osorno CL, 2008)</i>

<b>Observaciones</b>	. la rotura prematura de membranas y la morbilidad materna durante el embarazo fueron los factores de riesgo más importantes de prematuridad.
----------------------	---

1.32 Muñoz P, M. &. (2009). LOS ESTRESORES PSICOSOCIALES SE ASOCIAN A SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO Y/O SÍNTOMAS DE PARTO PREMATURO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 74(5), 281 - 285. Obtenido de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000500003&script=sci\\_arttext&tlng=e](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000500003&script=sci_arttext&tlng=e)

<b>Nombre del documento</b>	<b>LOS ESTRESORES PSICOSOCIALES SE ASOCIAN A SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO Y/O SÍNTOMAS DE PARTO PREMATURO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE</b>
<b>Autor</b>	Maritza Muñoz P. Patricio Oliva M.
<b>Referencia bibliográfica</b>	Muñoz P, M. &. (2009). LOS ESTRESORES PSICOSOCIALES SE ASOCIAN A SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO Y/O SÍNTOMAS DE PARTO PREMATURO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE. <i>Revista chilena de obstetricia y ginecología</i> , 74(5), 281 - 285. Obtenido de <a href="https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000500003&amp;script=sci_arttext&amp;tlng=e">https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000500003&amp;script=sci_arttext&amp;tlng=e</a> .
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	<i>Embarazo adolescente, síndrome hipertensivo del embarazo, síntomas parto prematuro, estrés psicosocial</i>
<b>Palabras clave del artículo</b>	<i>Embarazo adolescente, síndrome hipertensivo del embarazo, síntomas parto prematuro, estrés psicosocial</i>
<b>Ubicación</b>	<a href="https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000500003&amp;script=sci_arttext&amp;tlng=e">https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000500003&amp;script=sci_arttext&amp;tlng=e</a>
<b>Descripción</b>	“En relación con la importancia del entorno psicosocial durante la gestación, los estresores psicosociales, como estrés y disfunción familiar, han demostrado ser un factor

	<p>de riesgo con respecto a la morbilidad materna y perinatal, y el apoyo social un factor compensatorio de estos efectos negativos. Por otro lado, se ha observado que la evaluación de los factores de riesgo obstétricos juntamente con la evaluación de los factores de riesgo psicosociales, incrementan significativamente la probabilidad de identificar a las mujeres embarazadas con mayor riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatales.” (Muñoz P, 2009)</p>
<p><b>Conceptos abordados</b></p>	<p><i>...”el estrés emocional durante el embarazo representaba un efecto significativo en la incidencia de desórdenes hipertensivos del embarazo. Otras investigaciones han demostrado, que la exposición a factores estresantes crónicos induce a alteraciones a nivel de la microcirculación uteroplacentaria y función placentaria que desencadenarían patologías como el SHE”.</i> (Muñoz P, 2009)</p>
<p><b>Observaciones</b></p>	<p>Los estresores psicosociales familiares como enfermos en la familia, violencia intrafamiliar, agresión psicológica familiar y eventos estresantes se asocian a la presencia de SHE y/o SPP en gestantes adolescentes, siendo el apoyo familiar, un factor protector de esas patologías.</p>

1.33 Faneite, D. P. (2012). Parto pretérmino: reto, reacciones y paradigmas. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 72(4), 217-220. Obtenido de [http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322012000400001&script=sci\\_arttext](http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322012000400001&script=sci_arttext).

<b>Nombre del documento</b>	<b>Parto pretérmino: reto, reacciones y paradigmas</b>
<b>Autor</b>	Dr. Pedro Faneite
<b>Referencia bibliográfica</b>	Faneite, D. P. (2012). Parto pretérmino: reto, reacciones y paradigmas. <i>Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela</i> , 72(4), 217-220. Obtenido de <a href="http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322012000400001&amp;script=sci_arttext">http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322012000400001&amp;script=sci_arttext</a>
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Parto pretérmino, retos, acciones, paradigmas
<b>Palabras clave del artículo</b>	Parto pretérmino, retos, acciones, paradigmas
<b>Ubicación</b>	<a href="http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322012000400001&amp;script=sci_arttext">http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322012000400001&amp;script=sci_arttext</a>
<b>Descripción</b>	El parto pretérmino es el problema clínico patológico más importante que enfrenta la reproducción contemporánea. Se ha constituido en un verdadero reto para la medicina moderna, obstetricia, pediatría y medicina perinatal.
<b>Conceptos abordados</b>	<i>...” Se define el parto pretérmino como aquel que sucede antes de las 37 semanas completas o 259 días de gestación, es un determinante importante de mortalidad y morbilidad neonatal, además tiene consecuencias adversas a largo plazo para la salud, también se evidencia mayor tasa de parálisis cerebral, déficit sensorial, dificultad de aprendizaje y enfermedades respiratorias en</i>

	<p><i>comparación con niños nacidos a término. Debemos tener en cuenta que la morbilidad asociada con el nacimiento prematuro a menudo se extiende a la vida posterior, dando como resultado enormes limitaciones físicas, psicológicas y costos económicos. Durante varias décadas, los nacimientos prematuros han sido el foco de la investigación y de intervención en salud pública, a pesar de ello su tasa de incidencia se han mantenido estables o incrementado". (Faneite, 2012)</i></p>
<p><b>Observaciones</b></p>	<p>. Las evidencias científicas disponibles del parto pretérmino nos llevan a la convicción de que muy probablemente estamos en búsqueda de un nuevo paradigma de esta entidad, en la cual la investigación científica haga los aportes suficientemente confiables para aproximarnos a su control, conocer los verdaderos marcadores clínicos y biológicos con los que pudiéramos hacer una medicina preventiva valedera; mejorar los métodos diagnósticos que nos permitirían anticiparnos a los eventos clínicos, y por supuesto tener disponible una terapéutica más etiopatogénica</p>

1.34 Ministerio de Salud del Gob. de Bs. As. (2021). *Ministerio de Salud*. Obtenido de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/hmyldelavega/historia>

<b>Nombre del documento</b>	<b>El Hospital Zonal General de Agudos Mariano y Luciano de la Vega</b>
<b>Autor</b>	Ministerio de Salud del Gob. de Bs. As
<b>Referencia bibliográfica</b>	Ministerio de Salud del Gob. de Bs. As
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Hospital, Historia, Zona General, Agudos, Mariano y Luciano de la Vega
<b>Palabras clave del artículo</b>	Hospital Zonal General de Agudos <b>Mariano y Luciano de la Vega,</b>
<b>Ubicación</b>	<a href="http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/hmyldelavega/historia/">http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/hmyldelavega/historia/</a>
<b>Descripción</b>	Se refiere la historia del Hospital Zonal General de Agudos Mariano y Luciano de la Vega
<b>Conceptos abordados</b>	<p><i>...” Fue fundado en 1912 como hospital municipal hasta el año 1999, en el que pasó a formar parte de los efectores provinciales. Se encuentra ubicado en el Partido de Moreno, segundo cordón del conurbano bonaerense, siendo el único hospital general del distrito cuya población actual estimada es de 600.000 habitantes.</i></p> <p><i>Integra la red sanitaria local del sector público junto a la Maternidad Estela de Carlotto, la UPA 12 y los Centros de Atención Primaria de la Salud”.</i></p>
<b>Observaciones</b>	. El Hospital Zonal General de Agudos “Mariano y Luciano de la Vega” es una institución pública dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

1.35 Ledesma Lema, R. K. (2018). Factores de riesgo predisponentes a preeclampsia en primigestas de la maternidad Isidro Ayora (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina). *Tesis Doctoral*.

<b>Nombre del documento</b>	<b>FACTORES DE RIESGO PREDISponentES A PREECLAMPSIA EN PRIMIGESTAS DE LA MATERNIDAD ISIDRO AYORA</b>
<b>Autor</b>	ROCIO KATHERINE LEDESMA LEMA
<b>Referencia bibliográfica</b>	Ledesma Lema, R. K. (2018). Factores de riesgo predisponentes a preeclampsia en primigestas de la maternidad Isidro Ayora (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina). <i>Tesis Doctoral</i> .
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	PREECLAMPSIA, EDAD MATERNA, FACTORES DE RIESGO
<b>Palabras clave del artículo</b>	PREECLAMPSIA, EDAD MATERNA, FACTORES DE RIESGO
<b>Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la bibliográfica donde se encuentra</b>	<a href="http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30963/1/CD-2405-TESIS-LEDESMA%20LEMA.pdf">http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30963/1/CD-2405-TESIS-LEDESMA%20LEMA.pdf</a>
<b>Descripción</b>	“La clasificación básica y práctica divide a la hipertensión del embarazo en 4 categorías: 1. Preeclampsia – eclampsia. 2. Hipertensión crónica: Se le considera a la tensión arterial de 140/90 mm de Hg o mayor antes del embarazo o de la semana 20 de gestación. La HTA diagnosticada después de la semana 20, pero que persiste a las 12 semanas tras el parto, se clasifica también como hipertensión arterial crónica 3. Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida: Suele presentarse en pacientes con HTA en las primeras 20 semanas, pero sin proteinuria, en quienes posteriormente aparece proteinuria igual o mayor de 300 miligramos por decilitros.” (Ledesma Lema, 2018)

<p><b>Conceptos abordados</b></p>	<p><i>...”la preeclampsia como una enfermedad hipertensiva específica del embarazo con compromiso multisistémico. Una embarazada de alto riesgo para desarrollar preeclampsia o hipertensión gestacional es aquella que presenta uno o más factores de alto riesgo o dos o más factores de riesgo moderado. La hipertensión y la proteinuria implican al endotelio como el blanco de la enfermedad. La hipertensión de la preeclampsia se caracteriza por vasoconstricción periférica y disminución de la elasticidad arterial. Como toda enfermedad en esta existen múltiples factores de riesgo que se mencionan a continuación Primigesta, Preeclampsia, Hipertensión arterial crónica, Fertilización in vitro , Embarazo múltiple, Factores de riesgo cardiovascular, Obesidad, Diabetes mellitus, Edad materna muy joven o muy avanzada”. (Ledesma Lema, 2018).</i></p>
<p><b>Observaciones</b></p>	<p>Se recomienda que en aquellas pacientes en quienes se detecte riesgo de preeclampsia durante el embarazo deben ser vigiladas por el personal médico de primer nivel para comenzar a tratarla desde aquí evitando saturar los niveles de salud de mayor complejidad. la preeclamsia como enfermedad tiene una prevalencia bastante considerable en esta casa de salud y en mujeres jóvenes , por lo cual la edad materna constituiría uno de los principales factores de riesgo</p>

1.36 Drs. Alfredo Ovalle S., P. G. (1988). INFECCIONES GENITO URINARIAS Y CERCLAJE EN EL ABORTO ESPONTANEO DE SEGUNDO TRIMESTRE Y PARTO PREMATURO RECURRENTE. *REV CHIL OBSTET GINECOL*, 53((3)), 162-171

<b>Nombre del documento</b>	<b>INFECCIONES GENITO URINARIAS Y CERCLAJE EN EL ABORTO ESPONTANEO DE SEGUNDO TRIMESTRE Y PARTO PREMATURO RECURRENTE</b>
<b>Autor</b>	Drs. Alfredo Ovalle S., Patricio González S., Jaime Roa B. e Int. Jorge Marín M
<b>Referencia bibliográfica</b>	Drs. Alfredo Ovalle S., P. G. (1988). INFECCIONES GENITO URINARIAS Y CERCLAJE EN EL ABORTO ESPONTANEO DE SEGUNDO TRIMESTRE Y PARTO PREMATURO RECURRENTE. <i>REV CHIL OBSTET GINECOL</i> , 53((3)), 162-171.
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Infecciones genitourinarias y cerclaje en el aborto espontaneo de segundo trimestre y parto prematuro recurrente
<b>Palabras clave del articulo</b>	Infecciones genitourinarias y cerclaje en el aborto espontaneo de segundo trimestre y parto prematuro recurrente
<b>Ubicación (dirección electrónica especifica) y/o clasificación topográfica de la bibliográfica donde se encuentra</b>	<a href="https://www.researchgate.net/profile/Alfredo_Ovalle/publication/338396796_INFECCIONES_GENITO_URINARIAS_Y_CERCLAJE_EN_EL_ABORTO_ESPONTANEO_DE_SEGUNDO_TRIMESTRE_Y_PARTO_PREMATURO_RECURRENTE/links/5e1245134585159aa4b46bf7/INFECCIONES-GENITO-URINARIAS-Y-CERCLAJE-EN-EL-ABORTO-ESPONTANEO-DE-SEGUNDO-TRIMESTRE-Y-PARTO-PREMATURO-RECURRENTE.pdf">https://www.researchgate.net/profile/Alfredo_Ovalle/publication/338396796_INFECCIONES_GENITO_URINARIAS_Y_CERCLAJE_EN_EL_ABORTO_ESPONTANEO_DE_SEGUNDO_TRIMESTRE_Y_PARTO_PREMATURO_RECURRENTE/links/5e1245134585159aa4b46bf7/INFECCIONES-GENITO-URINARIAS-Y-CERCLAJE-EN-EL-ABORTO-ESPONTANEO-DE-SEGUNDO-TRIMESTRE-Y-PARTO-PREMATURO-RECURRENTE.pdf</a>

<b>Descripción</b>	Existe una estrecha relación entre parto prematuro, aborto espontáneo de segundo trimestre e infección.
<b>Conceptos abordados</b>	<p>...” La vaginitis fue el tipo más frecuente de las ITU. Es razonable que sea así, porque el lugar de origen de la mayoría de estas infecciones es la vagina y la bacteria sigue un curso ascendente hacia las vías urinarias o el útero. teniendo el concepto de que estas infecciones pueden ascender, su identificación mediante un correcto interrogatorio y un adecuado examen ginecológico, que incluya el cultivo bacteriológico, debería disminuir la ITU, la IO y por consiguiente, el riesgo de aborto o parto prematuro. La ITU fue la morbilidad que le siguió en frecuencia, Las bacterias más frecuentemente aisladas del endocérnix y orina fueron E. coli, Streptococcus grupo D tipo enterococo, Streptococcus grupo B, Gardnerella vaginales, Klebsiella pneumoniae, Bacteroides frágiles y Staphylococcus coagulasa (-).coincidiendo con los estudios de Béjar, Mc Gregor y Bennet, que demostraron que todas las bacterias del tracto genitourinario son capaces de inducir síntesis de prostaglandinas y generar, por lo tanto, contracción uterina”. (Drs. Alfredo Ovalle S., 1988)</p>
<b>Observaciones</b>	<p>aunque el factor mecánico puro como causa de aborto sea ocasional, debe ser estrictamente controlado. La vigilancia ecográfica del diámetro cervical, aun cuando no es una medición muy precisa, es un procedimiento objetivo que nos señala cuando el cuello aumenta su diámetro durante la gestación. Finalmente, reiteramos lo que hemos señalado en otras publicaciones. Debido a la importancia cada vez más creciente que se atribuye a la infección en la etiología del aborto y del parto prematuro, es necesario preconizar su prevención. Descubrir la población de riesgo, tratar oportunamente las IGU y controlar estas pacientes en un consultorio especializado son las medidas que nos parecen adecuadas para disminuir estos riesgos.</p>

1.37 Karolinski, A. M. (2009)). Uso de prácticas de atención materna y perinatal basadas en evidencia en los hospitales públicos de Argentina. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 28(4), 147-153.

<b>Nombre del documento</b>	<b>USO DE PRÁCTICAS DE ATENCIÓN MATERNA Y PERINATAL BASADAS EN EVIDENCIA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE ARGENTINA</b>
<b>Autor</b>	Karolinski, Ariel; Micone, Paula; Mercer, Raúl; Gibbons, Luz; Althabe, Fernando; Belizán, José M.; Messina, Analía; Lapidus, Alicia; Correa, Alberto; Taddeo, Corina; Lambruschini, Rodolfo; Bertin, Marta; Dibiase, Lucía; Montes Varela, Dolores; Latteredra, Cristina
<b>Referencia bibliográfica</b>	Karolinski, A. M. (2009)). Uso de prácticas de atención materna y perinatal basadas en evidencia en los hospitales públicos de Argentina. <i>Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá</i> , 28(4), 147-153.
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	prácticas benéficas de atención materna y perinatal en una red. de hospitales maternos públicos de Argentina.
<b>Palabras clave del artículo</b>	prácticas benéficas de atención materna y perinatal en una red. de hospitales maternos públicos de Argentina.
<b>Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la</b>	<a href="https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91212198002">https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91212198002</a>

<b>bibliográfica encuentra</b>	<b>donde se</b>
<b>Descripción</b>	<p>se Sostene que, para mejorar la calidad de la atención materna y perinatal durante el embarazo y el parto, la aplicación de las prácticas de atención debería basarse en las mejores pruebas científicas disponibles. La Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Biblioteca de Salud Reproductiva (BSR), difunde una lista de prácticas de atención materna y perinatal donde se recomiendan medidas benéficas y se desalientan las prácticas ineficaces o dañinas</p>
<b>Conceptos abordados</b>	<p><i>...” Todos los hospitales ofrecen atención obstétrica completa y cuentan con personal con capacitación de pregrado y de posgrado en obstetricia y ginecología. Los datos fueron extraídos del Sistema Informático Perinatal (SIP), que consiste en un registro clínico perinatal básico con formularios y gráficos complementarios, una tarjeta perinatal y un paquete de software. Los datos introducidos por los profesionales en el registro clínico perinatal abarcan información demográfica, antecedentes reproductivos, características de la madre, información sobre la atención pré-natal, manejo del trabajo de parto, y complicaciones maternas durante el embarazo, el parto y el puerpério, así como información sobre la salud del neonato desde la primera consulta prenatal hasta el momento del alta de la madre y el recién nacido.”. (Karolinski, 2009))</i></p>
<b>Observaciones</b>	<p>Este estudio demuestra que algunas prácticas maternas y perinatales benéficas no se usan sistemáticamente en los hospitales públicos de la Argentina. Los resultados de este estudio muestran la brecha entre el conocimiento científico y la práctica clínica. La prevalencia de las intervenciones benéficas para mejorar los resultados maternos y perinatales es baja, y aún se usan prácticas dañinas, a pesar de la amplia difusión de información sobre su utilidad en los hospitales participantes. Es también necesario elaborar nuevas estrategias para mejorar el uso de prácticas basadas en la evidencia en la atención materna y perinatal.</p>

1.38 Sandoval, J. M. (2007.). Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control. *Revista Peruana de ginecología y obstetricia*, 53 (1), 28-34.

<b>Nombre del documento</b>	<b>Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control</b>
<b>Autor</b>	<i>José Sandoval, Fanny Mondragón, Mónica Ortiz</i>
<b>Referencia bibliográfica</b>	Sandoval, J. M. (2007. ). Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control. <i>Revista Peruana de ginecología y obstetricia</i> , 53 (1), 28-34.
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Adolescencia, embarazo, complicaciones maternas, complicaciones perinatales
<b>Palabras clave del artículo</b>	Adolescencia, embarazo, complicaciones maternas, complicaciones perinatales
<b>Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación</b>	<a href="http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/597">http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/597</a>

<b>topográfica de la bibliográfica donde se encuentra</b>	
<b>Descripción</b>	Identificar principales complicaciones maternas y perinatales en primigestas adolescentes al compararlas con un grupo de control
<b>Conceptos abordados</b>	...” Una de las complicaciones obstétricas más frecuentes es el desarrollo del síndrome hipertensivo del embarazo. Sin embargo, un estudio internacional menciona que la incidencia de preeclampsia es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas .la edad gestacional del parto prematuro está con relación a la edad materna”. (Sandoval, 2007.)
<b>Observaciones</b>	El estudio descubre factores preocupantes de una adolescente cuando se la compara con una gestante adulta. Y no es muy diferente a las complicaciones de una mujer adulta.

1.39 Thomazini, I. F. (octubre de 2016). Factores de riesgo relacionados con el Trabajo de Parto Prematuro. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*, 44, 416-427.

<b>Nombre del documento</b>	Factores de riesgo relacionados con el Trabajo de Parto Prematuro en adolescentes embarazadas: revisión integradora de la literatura
<b>Autor</b>	Thomazini, Isabela Fleury Ska Wysocki, Anneliese Domingues
<b>Referencia bibliográfica</b>	Thomazini, I. F. (octubre de 2016). Factores de riesgo relacionados con el Trabajo de Parto Prematuro. <i>Revista electrónica trimestral de Enfermería</i> , 44, 416-427.
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Trabajo de Parto Prematuro; Embarazo en Adolescencia; Prematuro
<b>Palabras clave del artículo</b>	Trabajo de Parto Prematuro; Embarazo en Adolescencia; Prematuro
<b>Ubicación</b>	<a href="https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n44/revisiones4.pdf">https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n44/revisiones4.pdf</a>
<b>Descripción</b>	El parto prematuro (TPP) es una de las principales complicaciones del embarazo y causa importante de morbilidad y mortalidad neonatal. El diagnóstico es complejo y las causas pueden ser varias. La literatura sugiere que el embarazo adolescente es un factor de riesgo y puede considerarse de manera aislada o en asociación con otros.

<p><b>Conceptos abordados</b></p>	<p>“...El trabajo de parto prematuro (TPP) es una de las principales complicaciones gestacionales e importante causa de morbilidad neonatal, caracterizándose por la aparición del trabajo de parto espontáneo anterior a treinta y siete semanas completas de gestación. De entre los factores de riesgo del TPP identificados en la literatura se evidencia la gestación en adolescentes, aunque aún existan resultados controvertidos. Sin embargo, se sabe qué aspectos relacionados con los hábitos de vida y cuidados con la salud, así como aquellos relacionados con el perfil socio-demográfico y de salud pueden influir en estos resultados, siendo escasas las evidencias en cuanto a qué aspectos relacionados con las embarazadas adolescentes pueden dar lugar al TPP.” (Thomazini, 2016)</p>
<p><b>Observaciones</b></p>	<p>. Los estudios señalan la necesidad de mejora en la adhesión a los servicios de prenatal; la importancia de la educación en salud en anticoncepción y planificación familiar para adolescentes, relevancia del apoyo (social y familiar), y evitar embarazos recurrentes en este grupo (suma de esfuerzos entre educación y apoyo)</p>

1.40 Cnattingius S, V. E. (2014). Obesidad materna y riesgo de parto prematuro. *REVISTA CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA*, 79(1), 64-66.

<b>Nombre del documento</b>	Obesidad materna y riesgo de parto prematuro
<b>Autor</b>	Cnattingius S, Villamor E Johansson S, Edstedt Bonamy AK
<b>Referencia bibliográfica</b>	Cnattingius S, V. E. (2014). Obesidad materna y riesgo de parto prematuro. <i>REVISTA CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA</i> , 79(1), 64-66.
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Partos prematuros, obesidad, factor de riesgo
<b>Palabras clave del artículo</b>	Partos prematuros, obesidad, factor de riesgo
<b>Ubicación</b>	<a href="https://www.researchgate.net/profile/Claudio-Vera/publication/270070567_Obesidad_materna_y_riesgo_de_parto_prematuro/links/584dc33608aeb989252644df/Obesidad-materna-y-riesgo-de-parto-prematuro.pdf">https://www.researchgate.net/profile/Claudio-Vera/publication/270070567_Obesidad_materna_y_riesgo_de_parto_prematuro/links/584dc33608aeb989252644df/Obesidad-materna-y-riesgo-de-parto-prematuro.pdf</a>
<b>Descripción</b>	La obesidad aumenta el riesgo de parto prematuro, pero la asociación entre el sobrepeso y la obesidad y subtipos de parto prematuro no son claras. Las estimaciones de riesgo se ajustaron por edad materna, paridad, tabaquismo, educación, estatura, país de nacimiento de la madre y año del parto.
<b>Conceptos abordados</b>	“...Obesidad y sobrepeso constituyen un grave problema en la población chilena actual, incluyendo al grupo de mujeres en edad reproductiva. Entre los factores de riesgo

	prevenibles para parto prematuro, se ha propuesto la existencia de una fuerte asociación entre sobrepeso/obesidad materna y el riesgo de parto prematuro". (Cnattingius S, 2014)
<b>Observaciones</b>	. Este estudio apoya la asociación entre obesidad pre-embarazo y el riesgo de parto prematuro, sugiriendo que el control de este factor prevenible podría reducir el riesgo de parto prematuro. Nos parece que es recomendable el control de peso materno como parte del consejo preconcepcional.

1.41 Drs. Cluet de Rodríguez I., R.-P. M. (2013). Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3), 151-170

<b>Nombre del documento</b>	<b>Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes</b>
<b>Autor</b>	Drs. Isabel Cluet de Rodríguez María del Rosario Rossell-Pineda
<b>Referencia bibliográfica</b>	Drs. Cluet de Rodríguez I., R.-P. M. (2013). Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. <i>Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela</i> , 73(3), 151-170
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Factores de riesgo. Prematuridad. Embarazo. Adolescencia
<b>Palabras clave del artículo</b>	Factores de riesgo. Prematuridad. Embarazo. Adolescencia
<b>Ubicación</b>	<a href="http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-7732201300030003&amp;script=sci_arttext&amp;lng=pt">http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-7732201300030003&amp;script=sci_arttext&amp;lng=pt</a>
<b>Descripción</b>	“La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS-OPS), como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, recorre los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia económica, fija sus límites entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud, que va entre los 15 y 24 años. Es una etapa del

	<p>crecimiento y desarrollo humano con características especiales por los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, dividiéndose en tres etapas: La adolescencia temprana, que comienza a los 10 años en las niñas y a los 11 años en los niños y llega hasta los 13 años. La adolescencia media que va desde los 14 a 16 años y la tardía, que se extiende hasta los 19 años.” (Drs. Cluet de Rodríguez I., 2013)</p>
<p><b>Conceptos abordados</b></p>	<p>“La OMS define a la prematurez como aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos 37 semanas de gestación y la Academia Americana de Pediatría propone el límite de la prematurez como aquel recién nacido menor de 38 semanas, por el mayor riesgo de morbilidad que se describe entre las 37 y 38 semanas. La probabilidad de que un prematuro desarrolle, al menos una complicación médica en el período neonatal es cuatro veces mayor que la de un niño a término. Tales problemas incluyen la taquipnea transitoria, déficit secundario de surfactante, hipertensión pulmonar, mayor requerimiento de asistencia respiratoria, hipoglicemia, inestabilidad térmica, apnea, ictericia, dificultades de alimentación y signos clínicos transicionales difíciles de distinguir de una sepsis, lo cual incrementa la posibilidad de hospitalizaciones, admisión a unidades de cuidados intensivos y secuelas del neurodesarrollo.” (Drs. Cluet de Rodríguez I., 2013)</p>
<p><b>Observaciones</b></p>	<p>. La etiología del nacimiento pretérmino es multifactorial e interaccionan factores fetales, placentarios, uterinos y maternos como es el bajo nivel socioeconómico, la raza, edad muy joven de la madre como es ser menor de 16 años o mayor de 35 años, la actividad materna relacionado con largos períodos de bipedestación o ejercicio, enfermedad materna aguda o crónica, el cual se asocia a parto prematuro espontáneo o inducido, desencadenantes</p>

	<p>de malformaciones uterinas, traumatismos uterinos, placenta previa, desprendimiento de placenta, trastornos hipertensivos del embarazo, acortamiento prematuro del cuello, cirugía cervical previa, rotura prematura de membranas, amnionitis, embarazos múltiples, parto pretérmino anterior; problemas fetales como el riesgo de la pérdida del bienestar fetal que pueden precisar un parto prematuro.</p>
--	--

1.42 Coutiño, S. I. (2013). Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. *Ginecología y Obstetricia de México*, 81(09), 499-503

<b>Nombre del documento</b>	Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles
<b>Autor</b>	Susana Isabel Rodríguez-Coutiño, René Ramos-González, Ricardo Jorge Hernández-Herrera
<b>Referencia bibliográfica</b>	Coutiño, S. I. (2013). Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. <i>Ginecología y Obstetricia de México</i> , 81(09), 499-503
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Factores; Riesgo; Prematuridad
<b>Palabras clave del artículo</b>	prematuridad, factores de riesgo
<b>Ubicación</b>	<a href="https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom139b.pdf">https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom139b.pdf</a>
<b>Descripción</b>	“La prematuridad es la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad perinatales y es responsable de 75% de las muertes neonatales no vinculadas con malformaciones congénitas. El nacimiento prematuro es el que sucede entre las 28 y 36 semanas de gestación. La Academia Americana de Pediatría señala como límite de prematuridad

	al nacimiento anterior a las 38 semanas de embarazo, por el mayor riesgo de morbilidad” (Coutiño, 2013)
<b>Conceptos abordados</b>	“... La preeclampsia es un padecimiento que afecta gravemente a la madre y a su hijo, y una de las principales causas de prematuridad de tipo no infeccioso. La preeclampsia pone en alto riesgo de mortalidad a la madre y al feto; por esto es preciso conocer e identificar esta patología. En este estudio se observó una diferencia significativa mayor en el grupo de casos. La vigilancia prenatal tiene una repercusión importante en la disminución de recién nacidos prematuros, porque es posible prevenirlos mediante el diagnóstico y tratamiento de los factores que influyen en la prematuridad.” (Coutiño, 2013)
<b>Observaciones</b>	Los factores de riesgo asociados con la prematuridad fueron: la atención prenatal deficiente, los óvulos placentarios e infecciosos, la infección urinaria y cervicovaginitis, así como dos o más factores, como las infecciones asociadas con amenaza de parto prematuro que favorece la grave consecuencia de tener un recién nacido prematuro. Un gran porcentaje de estas afecciones del embarazo pueden precipitar el parto prematuro, que son potencialmente prevenibles y el diagnóstico y seguimiento pueden mejorar el pronóstico. Por lo tanto, establecer programas institucionales específicos para la mejora en la detección oportuna de estas patologías puede repercutir en la reducción del nacimiento prematuro.

1.43 de Jesús Alves, J. A. (2019). Descripción de los ingresos y reingresos de recién nacidos prematuros en España: causas y costes. *Cultura de los cuidados*, vol. 23, 293-303.

<b>Nombre del documento</b>	Descripción de los ingresos y reingresos de recién nacidos prematuros en España: causas y costes
<b>Autor</b>	Juliana Jesús Alves, María D. Redín Areta, Blanca Marín Fernández
<b>Referencia bibliográfica</b>	de Jesús Alves, J. A. (2019). Descripción de los ingresos y reingresos de recién nacidos prematuros en España: causas y costes. <i>Cultura de los cuidados</i> , vol. 23, 293-303.
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Trabajo de Parto Prematuro; Embarazo en Adolescencia; Prematuro
<b>Palabras clave del artículo</b>	Prematuro; reingresos; costes.
<b>Ubicación</b>	<a href="https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/91833/1/CultCuid_53-293-303.pdf">https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/91833/1/CultCuid_53-293-303.pdf</a>
<b>Descripción</b>	El parto prematuro (TPP) es una de las principales complicaciones del embarazo y causa importante de morbilidad y mortalidad neonatal. El diagnóstico es complejo y las causas pueden ser varias. La literatura sugiere que el embarazo adolescente es un factor de

	riesgo y puede considerarse de manera aislada o en asociación con otros.
<b>Conceptos abordados</b>	“... La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió como prematuro a todo aquel recién nacido con menos de 37 semanas completas de gestación (259 días) mientras que el recién nacido a término nace entre las semanas 37 y la 42. Se estima que hoy en día nacen, en todo el mundo, 15 millones de niños antes de tiempo al año y que, de estos, cerca de 1 millón mueren por complicaciones de la prematuridad. Además, muchos de los que sobreviven sufren problemas visuales, auditivos, motores y cognitivos a lo largo de la vida.” (de Jesus Alves, 2019)
<b>Observaciones</b>	Las infecciones causadas por virus son más frecuentes en climas templados, durante los meses de invierno y primavera, cuando las temperaturas son más bajas y hay la presencia de partículas en el aire. En España destacan, entre otros, el virus respiratorio sincitial, influenza, para influenza, enterovirus, rinovirus y coronavirus. <sup>15</sup> Podemos entender que, como en la región de Pamplona las temperaturas son extremas, o sea, en verano, muy calurosas; y en invierno, muy frías, además de ser una ciudad muy arbolada y de la presencia de partículas suspendidas en el aire en primavera, se favorece la aparición de enfermedades respiratorias).

1.44 Palacios Rodríguez, K. P. (2010). Morbilidad materna en primigestas adolescentes y adultas jóvenes. *Instituto Nacional Materno Perinatal*.

<b>Nombre del documento</b>	Morbilidad materna en primigestas adolescentes y adultas jóvenes, Instituto Nacional Materno Perinatal, 2010
<b>Autor</b>	Karla Patricia Palacios Rodríguez
<b>Referencia bibliográfica</b>	Palacios Rodríguez, K. P. (2010). Morbilidad materna en primigestas adolescentes y adultas jóvenes. <i>Instituto Nacional Materno Perinatal</i> .
<b>Palabras clave de búsqueda</b>	Trabajo de Parto Prematuro; Embarazo en Adolescencia; Prematuro
<b>Palabras clave del artículo</b>	Primigesta adolescente, morbilidad materna
<b>Ubicación</b>	<a href="https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3016/Palacios_rk.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3016/Palacios_rk.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a>
<b>Descripción</b>	“El embarazo adolescente es una situación muy compleja que nos emite muchas razones de preocupación debido a los factores de riesgo que afectan la salud tanto de la madre como la del producto, puesto que casi siempre se acompaña de una cadena de condiciones adversas, debido a que se presentan en personas no preparadas física, emocional, económica y socialmente como son los

	<p>adolescentes y su repercusión en la salud pública. Entonces, la maternidad a edades tan tempranas se relaciona con situaciones de salud sexual y reproductiva que podrían deteriorarlas ya de por sí; estas situaciones se agravan por el rechazo social, familiar y en algunos casos del compañero de las adolescentes embarazadas.” (Palacios Rodríguez, 2010)</p>
<p><b>Conceptos abordados</b></p>	<p>“... El embarazo adolescente es aquel que se produce en el periodo de vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, en el que transitan los patrones biológicos y psicológicos de la niñez a la adultez, y el establecimiento de las posibilidades de independencia socioeconómica; el cual comprende las edades de 10- 19 años según la Organización Mundial de la Salud (OMS)..” (Palacios Rodríguez, 2010)</p>
<p><b>Observaciones</b></p>	<p>La morbilidad materna durante el embarazo con mayor frecuencia en las adolescentes fue la ruptura prematura de membranas obteniendo una diferencia porcentualmente significativa con respecto al grupo de las adultas jóvenes, las morbilidades como: Parto Pretérmino y Preeclampsia no mostraron diferencia significativa entre ambos grupos. • Con respecto a las morbilidades del parto, la frecuencia de las morbilidades fue semejante para ambos grupos, no se apreció diferencia significativa. • La morbilidad materna con respecto al posparto se observó que las adolescentes tienen mayor riesgo de presentar hemorragia en comparación de las adultas jóvenes, asimismo se obtuvo que las adultas jóvenes tuvieron mayor frecuencia de desgarros perineales en comparación con las adolescentes.</p>

1.45 Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación (Vol. 3). México: McGraw-Hill.

nombre del documento	Metodología de la investigación
Autor	Hernández Sampieri, R. Fernández Callado., & Batista Lucio,
Referencias bibliográficas	Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación (Vol. 3). México: McGraw-Hill.
Palabras claves de búsqueda	Ideas de investigación
Palabras claves del artículo	Ideas de investigación
Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica del a Biblioteca donde se encuentra	<a href="https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38911499/Sampieri.pdf">https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38911499/Sampieri.pdf</a>
Descripción	<p><i>“Metodología de la investigación, tercera edición, es un libro escrito con un propósito definido: guiar paso a paso a maestros y estudiantes sobre cómo realizar investigaciones o estudios.</i></p> <p><i>Se trata de una obra que puede utilizarse en cursos básicos, intermedios y avanzados en materias y seminarios de investigación</i></p>

	<p><i>o metodología. Contiene aplicaciones y ejemplos que lo hacen útil para cualquier campo o disciplina.</i></p> <p><i>Además, es un texto completo que trata los enfoques cuantitativo, cualitativo y mixto, así como los diseños experimentales y no experimentales. La obra nos lleva paso a paso por el proceso de investigación bajo cualquier enfoque, ya sea que decidamos realizar un estudio puramente cualitativo o uno cuantitativo; o bien, conjuntemos ambos enfoques en un mismo estudio con diversas modalidades.</i></p> <p><i>Abarca desde la concepción de la idea de investigación hasta la elaboración del reporte de investigación. Incluye un nuevo capítulo inicial que discute y propone el enfoque mixto de la investigación.” (Hernández Sampieri, 2010).</i></p> <p><b>“Selección de un tema de investigación:</b> <i>las investigaciones surgen en ideas las cuales pueden provenir de distintas fuentes. Por lo general son ideas vagas que pueden traducirse en problemas más concretas de investigación. Las buenas ideas deben alentar al investigador, ser novedosas y servir para la elaboración de teorías y resolución de problemas”.</i> (Hernández Sampieri, 2010).</p>
Conceptos abordados	<p><i>“El investigador debe ser metodológicamente plural, y guiarse por el contexto, la situación, los recursos de que dispone, sus objetivos y el problema de estudio. En efecto, se trata de una postura pragmática.”</i></p>
Observaciones	<p>Nos permite ampliar los diferentes caminos a seguir para la formulación de una investigación, y al mismo tiempo nos estructura para que la tesis tenga todas las condiciones aptas de generar nuevo conocimiento científico.</p>