



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO

**FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN LAS  
GESTANTES ATENDIDAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO  
LUIS N. SAENZ, DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2021**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA  
PRESENTADO POR  
ROSA VICTORIA ESPINOZA SOLIS**

**ASESOR  
FABRICIO PAUL GAMARRA CASTILLO**

**LIMA- PERÚ**

**2023**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**USMP**

UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

Unidad de Posgrado  
Facultad de  
Medicina Humana

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN LAS  
GESTANTES ATENDIDAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO  
LUIS N. SAENZ, DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2021.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR  
DRA. ESPINOZA SOLIS ROSA VICTORIA**

**ASESOR  
Mgtr. FABRICIO PAUL GAMARRA CASTILLO**

**LIMA, PERÚ**

**2023**

NOMBRE DEL TRABAJO

**FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO LUIS N**

AUTOR

**ESPINOZA SOLIS ROSA VICTORIA**

RECuento de palabras

**7270 Words**

RECuento de caracteres

**41831 Characters**

RECuento de páginas

**34 Pages**

Tamaño del archivo

**151.6KB**

Fecha de entrega

**Jan 31, 2023 10:45 AM GMT-5**

Fecha del informe

**Jan 31, 2023 10:46 AM GMT-5**

● **10% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 10% Base de datos de Internet
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



**ASESOR**

**Mgtr. FABRICIO PAUL GAMARRA CASTILLO**

## ÍNDICE

|   | <b>Págs.</b> |
|---|--------------|
| <b>Portada</b>                                |              |
| <b>Índice</b>                                 |              |
| <br>  |              |
| <b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> | <b>1</b>     |
| 1.1 Descripción del problema                  | 1            |
| 1.2 Formulación del problema                  | 3            |
| 1.3 Objetivos                                 |              |
| 1.3.1. Objetivo general                       | 3            |
| 1.3.2. Objetivos específicos                  | 3            |
| 1.4 Justificación                             |              |
| 1.4.1. Importancia                            | 4            |
| 1.4.2. Viabilidad y factibilidad              | 4            |
| 1.5 Limitaciones                              | 5            |
| <br>  |              |
| <b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>             | <b>5</b>     |
| 2.1 Antecedentes                              | 5            |
| 2.2 Bases teóricas                            | 10           |
| 2.3 Definición de términos básicos            | 16           |
| <br>  |              |
| <b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>    | <b>18</b>    |
| 3.1 Formulación de la hipótesis               | 18           |
| 3.2 Variables y su definición operacional     | 18           |
| <br>  |              |
| <b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>               | <b>20</b>    |
| 4.1 Diseño metodológico                       | 20           |
| 4.2 Diseño muestral                           | 20           |
| 4.3 Técnicas de recolección de datos          | 22           |
| 4.4 Procesamiento y análisis de datos         | 22           |
| 4.5 Aspectos éticos                           | 22           |
| <br>  |              |
| <b>CRONOGRAMA</b>                             | <b>23</b>    |
| <b>PRESUPUESTO</b>                            | <b>24</b>    |
| <b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>                 | <b>25</b>    |
| <b>ANEXOS</b>                                 |              |
| 1. Matriz de consistencia                     |              |
| 2. Instrumento de recolección de datos        |              |

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción del problema**

El parto prematuro es definido como el parto que se da dentro de las 20 y 37 semanas de edad gestacional (un parto antes de las 20 semanas o el producto tiene un peso inferior a 500 gramos es considerado aborto). Puede estar precedido o no por parto prematuro (1).

Actualmente los partos pretérmino son considerados uno de los problemas de la gineco-obstetricia más relevantes, por un incremento de casos, por lo que se trata de enfatizar en conocer los factores de riesgo tanto modificables como no modificables; dicha información nos permitirá poder realizar intervenciones con la finalidad de prevenir las diversas complicaciones que se podrían asociar al parto pretérmino.

Se conocen a la actualidad múltiples causas de parto pretérmino; siendo las más frecuentes patologías que causen sobredistensión uterina como es el caso de embarazos múltiples; también se han identificado factores como procesos infecciosos y patologías crónicas asociadas al embarazo como son la diabetes gestacional y enfermedades hipertensivas del embarazo. Aunque es frecuente no llegar a identificar la causa que desencadene un parto pretérmino; identificar los factores de riesgo ya conocidos nos ayudará a identificar aquellas gestantes de alto riesgo obstétrico, asimismo plantear un plan de trabajo con el fin de evitar complicaciones maternas como neonatales.

“Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Aproximadamente un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto” (2).

El INMP (2015), reporta el parto de 16,617 gestantes, siendo el 9.5% pretérmino. De los cuales 285 prematuros tuvieron un peso < 1500g y esto generó una disminución en la sobrevida, alcanzando un valor de 69.4%; y los prematuros que pesaron <1000g tuvieron una sobrevida menor de 44.8% (3).

“Al analizar la prematuridad en las regiones, se observa que, el mayor porcentaje de prematuros se encuentran entre aquellos que nacen entre las 32 y 36 semanas de gestación, es decir que son viables. Más del 83% de los prematuros, en todas las regiones, nacen con 32 a más semanas de gestación. Por otro lado, las regiones de Ayacucho (12,7%), Junín (12,2%), Tacna (12,2%), Ancash (11,9%), Piura (10,6%) y Arequipa (10,3%) presentan los más altos porcentajes de nacidos muy prematuros, mientras que Amazonas (6%) presenta el más alto porcentaje de nacimientos de prematuros extremos”. (MINSA, 2016)

La estadística a nivel nacional y a nivel de regiones muestran resultados similares; que el mayor porcentaje de partos son a término. Se evidencia también que las regiones de Loreto y Piura tienen mayor incidencia de parto pretérmino, siendo mayor entre la 32 y 36 semanas de edad gestacional. Siendo solo el 1.2% de nacimientos menor de 31 semanas de edad gestacional (4).

Uno de las principales complicaciones del parto pretérmino es la prematuridad; y esta a su vez es considerada una de las 3 principales causas de muerte infantil que se asocia a múltiples patologías tanto temporales como permanentes, como por ejemplos patologías digestivas, oftalmológicas, neurológicas; entre otras (4).

El sistema de salud actual prioriza mejorar la atención a las gestantes, y para ello es necesario iniciar con la identificación de los factores de riesgo en los primeros controles prenatales, para ello todos los profesionales de la salud deben tener conocimientos claros y actualizados acerca del parto pretérmino; asimismo trabajar en conjunto con los profesionales de neonatología que proporcionaran planes de trabajo adecuados para los recién nacidos que tengan complicaciones asociadas (5).

La CDC (Centers for Disease Control and Prevention), establece 5 estrategias para reducir los partos pretérmino. En primer lugar, establece mejorar la salud de las mujeres fértiles previo a la concepción, para así lograr que lleguen al embarazo en las mejores condiciones, poniendo énfasis en las enfermedades crónicas, tales

como la diabetes y la hipertensión. La segunda medida es captar a las pacientes con alto riesgo de parto pretérmino para ofrecerles medidas de prevención como progesterona micronizada. En tercer lugar, se aconseja disminuir los partos antes de las 39 semanas (si estos no tienen indicación obstétrica adecuada), ya que, pese a creer que tienen una maduración pulmonar adecuada, se han visto que estos recién nacidos tienen más riesgo de patologías respiratorias; esta medida ha sido aplicada de manera adecuada entre los años 2010–2014, disminuyendo su incidencia de 17 % al 3,4 %. La cuarta estrategia es concientizar a las mujeres en su deseo genésico, para brindarles un método anticonceptivo apropiado; así como educar a las pacientes a que tengan un periodo intergenésico adecuado. Si bien los embarazos adolescentes han disminuido, estos tienen un 17% más riesgo de parto prematuro. Última medida es generar que las gestaciones múltiples tengan un control obstétrico más estricto. Se ha logrado también limitar en las técnicas de reproducción asistida, la transferencia de un solo embrión, para así evitar las gestaciones múltiples y por consiguiente el parto pretérmino y todas sus complicaciones (6).

La importancia de este proyecto radica en conocer e identificar los factores asociados al parto prematuro en pacientes usuarias del Complejo hospitalario PNP Luis Nicasio Sáenz y con ello disminuir la morbimortalidad materna y neonatal, que se vería reflejado en una disminución del gasto en salud, con estancias hospitalarias más cortas, asimismo referencias a centros de mayor complejidad o en los cuidados de la familia.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados a parto pretérmino en el Complejo hospitalario PNP Luis N Sáenz durante 2021?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Identificar la prevalencia y factores asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Complejo hospitalario PNP Luis N Sáenz, durante enero a diciembre de 2021.



### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Determinar el grupo etario con mayor prevalencia de parto pretérmino en gestantes usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.
- Determinar el antecedente de parto pretérmino en gestantes usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.
- Detectar hábitos nocivos, como el tabaquismo, en pacientes que presentan parto pretérmino en el servicio de Gineco-Obstetricia.
- Identificar las patologías infecciosas que predisponen al parto pretérmino en gestantes usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.
- Establecer la relación entre enfermedades hipertensivas del embarazo y parto pretérmino en gestantes usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.
- Identificar cirugías cervicales que condicionen el parto pretérmino en gestantes usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.
- Establecer al RPM como factor de riesgo de parto pretérmino en gestantes usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.

## **1.4 Justificación**

### **1.4.1 Importancia**

Se considera al parto pretérmino como uno de los principales problemas en la ginecoobstetricia y neonatología, asimismo genera gastos en la salud publica ya que la atención adecuada supone gastos altos; cubrir hospitalización, que, en la mayoría de veces, es de largo tiempo para el neonato. En muchos casos pese a la atención adecuada sufren de secuelas a mediano y largo plazo.

Los resultados del presente proyecto de investigación nos ayudarán a generar medidas que permitan disminuir la incidencia de parto pretérmino y por ende disminuir la morbilidad neonatal. Asimismo, nos ayudara a generar un Programa de Salud Integral a la paciente gestante usuaria del Servicio de Obstetricia, que enfatice en la identificación de los factores de riesgo de manera precoz.

### **1.4.2 Viabilidad y factibilidad**

Se dispone de la autorización para la recolección de datos, también con el tiempo para realizar todas las actividades establecidas en el cronograma.

Este proyecto es autofinanciado en toda su ejecución.

El proyecto de investigación beneficiará mejorar la identificación y conocimiento de los factores de riesgo que condiciona a las gestantes al parto pretérmino para poder intervenir tempranamente y así evitar los partos pretérmino. Por otra parte, servirá para futuras investigaciones, con el mismo diseño de investigación o más complejos.

### **1.5 Limitaciones**

Este proyecto de investigación se podría limitar si es que las historias clínicas se encuentran incompletas. Si se presentará dicha limitación se cruzará información con los censos y/o cuadernos de ingreso y egreso al servicio de Gineco-Obstetricia del Complejo hospitalario PNP Luis Nicasio Sáenz.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes**

- Clara Wu et col., en el 2022, realizaron una revisión sistemática donde se evaluaba el aborto en gestaciones anteriores como factor de riesgo parto pretérmino. El meta-análisis estuvo constituido por 18 estudios; se incluyeron un total de 58.766 pacientes con antecedentes de aborto recurrente y 2.949.222 pacientes sin antecedentes de aborto recurrente. Se encontró que a mayor número de abortos mayor es la probabilidad de parto pretérmino. También se observó que, si el antecedente de aborto recurrente es inexplicable, aumenta significativamente el riesgo (7).

- Ahumada et col., en el 2020 publicaron su estudio observacional de cohorte retrospectivo, el cual tuvo como muestra a 452 pacientes, que su parto se realizó entre octubre del 2014 y mayo del 2018, a su vez estas pacientes ya habían sido parte de un estudio acerca de preeclampsia y RCIU. Las conclusiones fueron que en su población estudiada la incidencia de parto pretérmino fue de 10.4 %.

Asimismo, se encontró que los factores de riesgo con significancia estadística fueron la enfermedad hipertensiva del embarazo y restricción del crecimiento intrauterino. Y que factores sociodemográficos como índice de masa corporal materna, edad materna, etnia no fueron estadísticamente significativos (8).

- Larisa Chavarría, en el 2019 realizó un estudio transversal analítico, en el cual participaron mujeres que fueron atendidas en nosocomios de El Salvador entre enero y diciembre del 2017. Se halló que las edades maternas extremas son un factor relacionado fuertemente con parto pretérmino. También se demostró que los embarazos múltiples tienen 14 veces más probabilidades de terminar en un parto prematuro.

Otros factores de riesgos identificados fueron: antecedente materno de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, nefropatía, cardiopatía materna (9).

- Genes Barrios, en el 2012, publicó una investigación observacional de casos y controles, retrospectiva y analítica en Paraguay, sobre factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Se empleó a 346 gestantes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión y su parto fue entre enero a diciembre 2011 en la Universidad Nacional de Asunción. Se encontró que patologías a nivel del cérvix durante la segunda mitad de la gestación, trastornos hipertensivos de la gestación, sobredistensión uterina y el antecedente de partos pretérmino en gestaciones previas constituyen una asociación bastante significativa para el desarrollo de parto pretérmino. También se encuentran factores de riesgo menos significativos que fueron estudiados como son el antecedente de fumar. Las conclusiones fueron que la detección de pacientes con cérvix corto durante el segundo trimestre, en forma rutinaria, ya que actúa como un factor predictor de parto pretérmino (10).

-David M. Ferrero y col. analizaron a pacientes de 4 países (República Checa, Nueva Zelanda, Eslovenia, Suecia), asimismo se comparan los datos obtenidos con un estado de los Estados Unidos (California), se busca establecer factores de riesgo en cada país, también factores que contribuyen a las diferencias entre los países y la capacidad de predecir el parto pretérmino. Las conclusiones fueron que

el antecedente de parto pretérmino y la enfermedad hipertensiva del embarazo (preeclampsia con signos de severidad) fueron los factores de riesgo más fuertes para parto pretérmino. Sobre una base poblacional, la nuliparidad y el sexo masculino fueron los dos factores de riesgo con el mayor impacto en las tasas de nacimientos prematuros, representando el 25-50%. Más del 65% del riesgo total agregado de parto prematuro dentro de cada país carece de una explicación biológica plausible, y el 63% de la diferencia entre países no puede explicarse con factores conocidos; así, La investigación es necesaria para dilucidar los mecanismos subyacentes del parto prematuro y, por lo tanto, la intervención terapéutica.

-Retureta et al., en el 2015, en el trabajo analítico de tipo caso controles: “Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila”, reportan que en el periodo que se realizó su estudio se encuentran 65 niños fallecido, de los cuales 35 tienen el antecedente de ser prematuros; y esto nos demuestra que si identificamos factores de riesgo oportunamente podemos actuar y reducir la morbi-mortalidad. El estudio concluyó que los siguientes factores de riesgos de parto pretérmino si son estadísticamente significativos: antecedente de abortos recurrentes, gestaciones múltiples, anemia materna, IMC alterado, infecciones, patologías que generan sobredistensión el útero (11).

-Szymusik et. al., en el 2015, mediante su estudio observacional en la ciudad de Polonia, revisó las historias clínicas de pacientes que su parto se realizó entre el 2010 y 2013. Se logra evidenciar que el antecedente de hemorragia en la primera mitad del embarazo constituía un factor asociado a un elevado número de partos pretérmino (12).

- RB Newman et al. En el 2008, en su estudio de cohorte, que incluyó a 2.916 embarazos únicos, se realizó la comparación entre la cervicometría y el score Bishop para la predicción del parto prematuro. Los pacientes se sometieron a exámenes cervicales digitales a las 22-24 y 26-29 semanas de gestación para calcular el puntaje de Bishop y el puntaje cervical. Se utiliza un análisis de regresión logística multivariable, prueba de McNemar y curvas de características operativas

del receptor (ROC) para identificar umbrales de diagnóstico apropiados y capacidad predictiva. Se encontró que el puntaje de Bishop tuvo un mejor desempeño a mediados del segundo trimestre, a las 26-29 semanas un puntaje cervical menor a 1.5, fue un mejor predictor del parto prematuro espontáneo antes de las 35 semanas que un puntaje de Bishop de al menos 5. Las conclusiones fueron que ambas evaluaciones cervicales están asociadas con el parto prematuro en una población única; sin embargo, las capacidades predictivas para el parto prematuro espontáneo fueron modestas entre las mujeres con baja prevalencia de eventos. (13).

-Murguía-Ricalde et col., en el 2021, realizaron un estudio no experimental, analítico, retrospectivo, donde se evaluó los factores relacionados con el parto pretérmino en pacientes adolescentes del Hospital Nacional Dos de Mayo; la población del estudio estuvo conformado por 180 gestantes, de las cuales 60 habían presentado parto pretérmino. Se concluyó que el 58.3% de adolescentes que tuvo parto pretérmino también tuvo anemia; lo cual indica que existe relación entre anemia y parto prematuro en las gestantes adolescentes analizadas, también se indica que el riesgo indicado es significativo (14).

-Huarcaya-Gutierrez et col., en el 2021, publicaron un estudio observacional, en 32 gestantes con parto pretérmino y 292 a término, las cuales fueron distribuidas aleatoriamente; para detectar los principales factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Concluyendo que las pacientes con parto presentaron enfermedades hipertensivas del embarazo (25 %), infecciones de vías urinarias (9,4 %) y RPM (31,2 %), representando un riesgo incrementado para este tipo de parto.

También se estudió variables como colestasis gestacional y desprendimiento prematuro de placenta, no encontrándose diferencias significativas entre los casos y controles (15).

- Ayala Peralta et col., en el 2021 desarrollaron un estudio observacional de corte longitudinal donde se evalúa los factores de riesgo para parto pretérmino idiopático, siendo definido este como contracciones uterinas regulares sin una causa establecida, en gestantes entre las 22 y 36,6 semanas, que conlleva a borramiento

y dilatación del cérvix. Asimismo, la aparición de contracciones uterinas se presenta de forma idiopática.

El estudio incluyó a 218 gestantes que cumplieron con los criterios de elegibilidad establecidos; donde el 25,6% (n=56) corresponden a parto pretérmino y 74,4% (n=162) a parto a término. Concluyendo que si existe diferencia estadística significativa de edad materna en años (edad materna avanzada) en el grupo de pacientes pretérmino en comparación con el grupo de gestantes que culminaron a término su embarazo (16).

-Erasmus Huertas Tacchino, en el 2018 en su revisión de “Parto pretérmino: causas y medidas de prevención”. Las conclusiones fueron que el parto pretérmino tiene factores de riesgos, los cuales pueden ser identificados; como antecedentes Gineco-obstétricos de la paciente, también se deben realizar exámenes como la medición del cérvix y estudios bioquímicos. También se menciona que la progesterona micronizada vía vaginal nos ayudaría a disminuir la tasa de partos antes de las 37 semanas de edad gestacional en un 40 % aproximadamente, si se administra de manera oportuna (17).

- Ahumada-Barrios et al., en el 2016 se publicó un estudio retrospectivo de tipo caso-controles, donde se busca los factores de riesgo asociados a parto pretérmino; el estudio estuvo constituido por una muestra de 600 neonatos del Hospital Sergio E. Bernal (HNSEB), donde 298 corresponden a los pretérmino y 302 a los a término. Hallándose un 7.4% de prevalencia de parto pretérmino. Concluyéndose que los factores de riesgo estadísticamente significativos fueron: controles prenatales inadecuados o ausentes, hemorragia en la segunda mitad del embarazo, abortos previos y antecedente de parto pretérmino. Otras variables que no constituyeron diferencias significativas entre los casos y controles son anemia, infección del tracto urinario, ruptura prematura de membranas, edad, paridad, tabaquismo y oligoamnios (18).

- Huaroto et col., en el 2013 realizaron una publicación de su estudio analítico, observacional, de caso y controles, retrospectivo; de factores asociados a parto pretérmino en el Hospital de Ica, en el año 2012.

El estudio estuvo conformado por 107 gestantes, siendo 31 del grupo de casos (pretérmino) y 76 de controles (a término). Concluyéndose que las siguientes variables si constituyen factores de riesgo estadísticamente significativos: Antecedentes patológicos maternos, Infección urinaria materna; vaginosis bacteriana, antecedente de parto pretérmino. Asimismo, el control prenatal inadecuado se asocia al parto pre término; lo cual resulta semejante a lo encontrado en la literatura donde se indica que los controles prenatales inadecuados multiplican de 2 a 7 veces el riesgo de prematuridad (19).

## **2.2 Bases teóricas**

### **PARTO PRETÉRMINO**

Parto prematuro o pretérmino constituye la finalización del embarazo entre las 22 semanas y 36 semanas 6 días, contadas desde el primer día de la última menstruación) (1).

“La amenaza de parto pretérmino se define a la presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto (con frecuencia de una cada 10 minutos y 30 segundos de duración, en un lapso de 60 minutos) que puede cursar con borramiento del cérvix uterino menor del 50 % y/o dilatación menor a 2 cm. 3. Asimismo, trabajo de parto pretérmino a la presencia de dinámica uterina que origina borramiento del cérvix mayor 50 % y una dilatación de 2 cm o más”. (ACOG 2012).

En la práctica las pacientes que presentan las características clínicas de trabajo de parto pretérmino, muy pocas si terminaran en parto prematuro, aproximadamente un 10%, en un plazo de 7 días (1).

La gran mayoría de partos pretérmino ocurren de manera espontánea, y otros son producidos por personal de salud al presentarse alguna situación que ponga en peligro la salud materno o fetal.

El parto pretérmino o prematuro se clasifica en función de la edad gestacional de presentación, asimismo esta clasificación es de ayuda para poder tomar decisiones en el manejo (20). Dentro de la clasificación tenemos:

- Pretérmino leve: Se presenta entre las 34 y 36.6 semanas de edad gestacional; este constituye la gran mayoría.
- Pretérmino moderado: Los partos que se producen entre las 32 y 33 semanas 6 días de edad gestacional.
- Pretérmino grave: Los partos que se producen entre las 28 y 31 semanas 6 días de edad gestacional
- Pretérmino extremo: Constituyen la minoría de partos pretérmino (son los que se producen antes de las 28 semanas de edad gestacional), aproximadamente 5%.

Es importante estratificar el riesgo de parto pretérmino, y se realiza mediante identificando los factores de riesgo, evaluación ecográfica del cérvix, así como cribado bioquímico con fibronectina. Existe mucha controversia en cuanto a la realización de un cribado ecográfico a todas las pacientes o aquellas que tienen antecedente de parto pretérmino.

Cribado ecográfico (cervicometría): Se realiza mediante una ecografía transvaginal, el valor se obtendrá en la ecografía morfológica (que se realizará entre la semana 18 y 24 de edad gestaciones). Existen diferentes estudios que muestran que la medida del cérvix en un solo tiempo es válida para establecer el riesgo de parto pretérmino, en comparación con disminución de la longitud del cuello uterino entre estas edades gestacionales (21).

Los valores para la definición de cérvix corto (22):

En embarazos únicos:

- Menor de 28 semanas de edad gestacional: Si el cérvix mide  $\leq 25$  mm.
- Entre la semana 28 y 31 semanas 6 días: Si cérvix esta entre  $\leq 20$  mm.
- Mayor igual de 32 semanas de edad gestacional: Si el cérvix mide  $\leq 15$  mm.

En embarazos múltiples

- Menor de 24 semanas de edad gestacional: Si el cérvix mide  $\leq 25$  mm.



- Entre 24 semanas y 27 semanas 6 días de edad gestacional: Si el cérvix mide  $\leq 20$  mm.
- Mayor igual de 28 semanas de edad gestacional: Si el cérvix es  $\leq 10$  mm.

Es de suma importancia estratificar el riesgo de parto pretérmino para poder ofrecer pautas a las pacientes que realmente se van a beneficiar con ellas, como lo son la aplicación de progesterona micronizada, su uso por vía intravaginal reduce significativamente el riesgo de parto pretérmino. Este se debe usar a dosis de 200 mg para gestaciones únicas y de 400 mg en embarazos múltiples (23).

Existen muchos factores de riesgo para que se produzca un parto pretérmino, y es ideal que el personal de salud realice una atención buscando estos factores de riesgo para así poder intervenir de manera adecuada y mitigar las complicaciones que conlleva que se produzca un parto pretérmino.

## **FACTORES DE RIESGO**

### **MATERNOS**

#### **EDAD MATERNA**

Los extremos de edad reproductiva están asociados a una mayor tasa de parto pretérmino,

Alrededor del 15% de los partos que se dan en América latina corresponden a adolescentes. Este importante factor de riesgo asociado al parto pretérmino también se asocia a otras comorbilidades como anemia, enfermedades hipertensivas del embarazo, recién nacidos con puntaje de Apgar bajo y muerte del lactante (26).

#### **TABAQUISMO MATERNO**

La exposición de las gestantes al humo del tabaco es un factor de riesgo modificable clave para la muerte y discapacidad del bebé. Fumar está relacionado con el parto prematuro, la muerte fetal y la mortalidad neonatal, así como con el aborto espontáneo, la restricción del crecimiento fetal y la morbilidad infantil (27).

La prevalencia mundial de tabaquismo materno durante el embarazo es del 2%, y Europa tiene la prevalencia más alta con un 8% (27).

En comparación con las no fumadoras, cualquier tabaquismo materno durante los tres meses previos y post concepción, se asoció con un aumento de partos prematuros (odds ratio [OR] 1,17 [IC 95% 1,16–1,19]). Este riesgo aumentaba si la madre seguía fumando durante el segundo trimestre (OR 1,45 [1,45-1,46]). Las mujeres que dejaron de fumar durante el embarazo todavía tenían un mayor riesgo de parto prematuro, incluso si los niveles de tabaquismo eran bajos y dejaron de fumar temprano en el embarazo (27).

## **INFECCIÓN**

Diversas infecciones que se pueden presentar durante la gestación pueden desencadenar un parto pretérmino, la relación existente entre un proceso infeccioso, inflamatorio y el parto pretérmino se da por la presencia de prostaglandinas. Siendo las infecciones más comunes infecciones urinarias, corionamnionitis, vaginosis bacterianas, vaginitis aeróbicas, enfermedad periodontal, entre otras pueden ser factores que ocasionen parto pretérmino.

Existe evidencia que las bacterias (p. Ej., *Pseudomonas*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Bacteroides* y *Enterobacter*) producen ciertas enzimas que pueden degradar las membranas fetales. Diversas bacterias producen fosfolipasa A2 (relacionadas con la síntesis de prostaglandinas) y endotoxina, ambas relacionadas con las contracciones uterinas.

Infección urinaria: La infección del tracto urinario alto y bajo (incluyendo la Pielonefritis Aguda, Bacteriuria no sintomática, la Cistitis Aguda), son una de las patologías intercurrentes más frecuentes del embarazo, y esto se debe a múltiples factores dentro de los cuales los cambios fisiológicos asociados al embarazo como lo son dilatación tanto uterina como pélvica, producto de la disminución del tono uretral por acción hormonal, y la obstrucción parcial del uréter.

Otros cambios fisiológicos que tiene el embarazo son el incremento de la filtración glomerular, que puede relacionarse a glucosuria, lo que favorece la presencia de microorganismos. Otro cambio fisiológico es a nivel del tono vesical que disminuye en forma progresiva, que tiene como efecto directo un aumento de su capacidad,

alcanzando aproximadamente un litro en el tercer trimestre. Esto determina el incremento del residuo postmiccional y puede ayudar a la proliferación de microorganismos que pueden favorecer al inicio de contracciones uterinas.

El manejo oportuno de una bacteriuria, incluso las que no presenten sintomatología, disminuyen el riesgo de parto pretérmino; pese a ello hay ocasiones que se podrá evitar con el uso de antibioticoterapia, y se tendrá que tomar otras medidas para salvaguardar la salud materna y neonatal.

Las bacterias mayormente identificadas en los urocultivos son: *E. coli*, *klibsiela*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus* y *Streptococcus*, Streptococo frecuentemente aislado en la secreción vaginal. Existen múltiples factores de riesgo para adquirir estas infecciones, además de las condiciones de gravidez, entre estos se encuentran: edad del paciente, número de gesta, vida sexual activa y edad gestacional (1,5).

### **MALFORMACIONES UTERINAS**

Congénito: El riesgo de parto pretérmino depende específicamente de la malformación uterina asociada, siendo las más frecuentes el útero bicorne y los septos uterinos.

Adquirido: La malformación uterina adquiridas más asociadas a parto pretérmino es la miomatosis uterina; con una prevalencia de 2-10%, siendo los miomas submucosos los más identificados; también es importante valorar el tamaño del mioma y su contacto o no con el endometrio (28).

### **PARTO PRETERMINO PREVIO:**

Las gestantes que tienen como antecedente un parto pretérmino en sus fórmula obstétrica tienen un riesgo de recurrencia alto, mientras más partos pretérmino tenga la gestante como antecedente el riesgo se eleva (5).

El antecedente de un parto pretérmino de una gestación doble, especialmente si antes de las 34 semanas, incrementa el riesgo de parto pretérmino en un embarazo posterior. El riesgo general de parto pretérmino en el embarazo gemelar es significativamente mayor en mujeres multíparas cuyo embarazo único anterior fue un pretérmino: 67.3 % versus 20.9 % si el parto único anterior fue a término (odds ratio 7.8, IC 95% 5.5-11.2) (5).

## **INTERVALO CORTO DE EMBARAZO:**

Un periodo intergenésico corto se asocia a parto pretérmino; inclusive si el parto previo fue a término el riesgo sigue siendo alto, un intervalo de embarazo de 6 meses triplica el riesgo de parto pretérmino (1).

## **CIRUGÍA CERVICAL**

Los procedimientos que se realizan a nivel del cérvix como son el cono frío o cono leep para el tratamiento de lesiones intraepiteliales de cérvix se han asociado a parto pretérmino, inclusive a abortos espontáneos tardíos; es por ello que las guías actualizadas para el manejo de dichas patologías tienen en cuenta los deseos genésicos del paciente, ya que si opta por estos procedimientos se pueden tener partos pretérmino en el futuro y todas las complicaciones que ello conlleva (1).

La patogenia por la cual la cirugía en cérvix ocasiona parto pretérmino se da por alteración de la resistencia del estroma cervical a la tensión producida por el embarazo. Los procesos de cicatrización post cirugía generan disminución de la elasticidad cervical y alteración de las glándulas cervicales.

## **FETALES**

### **EMBARAZO MÚLTIPLE**

El embarazo múltiple constituye un alto riesgo obstétrico, así como para la prematuridad ya que los embarazos culminaran antes de las 37 semanas de edad gestacional, y esto dependerá del número de fetos (aproximadamente 36 semanas para las gestaciones dobles, 33 semanas para los embarazos triples y 31 semanas para los embarazos con cuatro productos). Esto se debe a que en los embarazos múltiples existe sobredistensión uterina y esto puede ocasionar parto pretérmino. El estiramiento de las miofibrillas uterinas y de los puentes de unión entre ellas, activa los receptores de oxitocina y la síntesis de prostaglandinas, tanto de origen amniótico, decidual y cervical (1, 20).

## **LIQUIDO AMNIÓTICO**

### **ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)**

Definida como la solución de continuidad a nivel de las membranas ovulares antes del inicio del parto, que ocasiona la salida del líquido amniótico que puede visualizarse en el examen físico o mediante el uso de métodos como son la ecografía o pruebas bioquímicas, este puede ocasionarse a cualquier edad gestacional; pero si ocurre antes de las 23 semanas de edad gestacional constituye un RPM previsible (29).

### **TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO**

La preeclampsia, restricción de crecimiento intrauterino y eclampsia constituyen las patologías más frecuentes asociadas al parto pretérmino, y estas tienen como similar patogenia, flujo sanguíneo uteroplacentario alterado (29).

### **MANEJO DE PARTO PRETÉRMINO:**

Múltiples medidas se han estudiado para la prevención del parto pretérmino, muchas se recomiendan aún pese a no tener evidencia científica de su eficacia como lo son reposo en cama, hidratación; pero estas también pueden llevar a situaciones médicas complicadas como lo son el tromboembolismo pulmonar, patología a nivel óseo, etc.

- **TOCOLÍTICOS:** Estos medicamentos se usarán para retrasar el parto pretérmino 48 horas con la finalidad que se pueda administrar a la paciente maduración pulmonar, neuroprotección, asimismo se busque las condiciones más óptimas para el recién nacido (20).

Los tocolíticos más usados son: Nifedipino, Atosiban y Ritodrina. Ninguno de los tocolíticos por sí solos mejoran la morbi- mortalidad neonatal (20).

El uso de tocolíticos antes de la viabilidad neonatal no está recomendado, aunque hay situaciones clínicas en las que se podría usar como son las cirugías intrabdominales, estas al causar irritabilidad uterina y por consiguiente contracciones uterinas que pueden desencadenar un parto pretérmino.

Los tocolíticos tienen contraindicaciones como lo son: alteraciones en el bienestar fetal, preeclampsia con signos de severidad, eclampsia, corioamnionitis, inestabilidad hemodinámica materna (1).

- **CORTICOSTEROIDES:**

El uso de corticosteroides si ha demostrado reducir la morbi-mortalidad neonatal; reduce el riesgo de distres respiratorio neonatal, hemorragia intracraneal, enterocolitis necrotizante y muerte neonatal. Asimismo, se ha evidenciado que aumenta el riesgo de hipoglicemia neonatal (24).

Están indicados en pacientes entre las 24 y 34 semanas de gestación, que tengan riesgo de parto pretérmino en un plazo de 7 días.

Las dosis recomendadas son betametasona 12 mg diaria (dos días consecutivos) o dexametasona 12 mg por día, dividido en dos dosis (por dos días consecutivos).

Existe evidencia de uso de ciclos de rescate para aquellas pacientes que tengan riesgo de presentar un parto pretérmino en los próximos 7 días, y que hayan completado un ciclo completo de corticosteroides (al menos 2 semanas antes del curso de rescate) (25).

- **NEUROPROTECCIÓN:**

La neuroprotección se brindará con el uso de sulfato de magnesio, el cual se recomienda a pacientes con menos de 32 semanas de edad gestacional que tienen riesgo de parto pretérmino en las próximas 24 hrs. Diferentes estudios muestran que reducirá la parálisis cerebral (a los 2 años).

La dosis recomendada es 4 g EV (en bolo) seguido de una perfusión de mantenimiento de 1 g/h EV.

- **ANTIBIOTICOTERAPIA:**

Pese a que muchos partos pretérmino pueden verse desencadenados por infecciones, el uso de antibióticos no está indicado de manera rutinaria o profiláctica ya que diversos estudios muestran que aumenta el riesgo a largo plazo de parálisis cerebral (1).

## CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1 Hipótesis

No se requiere, por ser un Proyecto de tipo descriptivo.

### 3.2 Variables y su definición operacional

| Variable                | Definición  | Tipo por su naturaleza | Indicador                                     | Escala de medición | Categorías y sus valores  | Medio de verificación |
|-------------------------|---|------------------------|---|--------------------|---|-----------------------|
| Parto pretérmino        | Parto que se produce entre 22 semanas y 36 semanas considerando FUR o ecografía del I trimestre | Cualitativo            | Recién nacidos pretérmino                     | Ordinal            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 28 semanas</li> <li>• 28 a &lt; 32</li> <li>• 32 a 37 semanas</li> </ul>  | Ficha de datos        |
| Edad                    | Tiempo desde su nacimiento.   | Cualitativa            | Años  | Ordinal            | <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;15 años</li> <li>15-30 años</li> <li>30 -45 años</li> <li>&gt;45 años</li> </ul>   | Ficha de datos        |
| Grado de instrucción    | Nivel de educación recibido.  | Cualitativo            | Nivel educativo                               | Ordinal            | <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Ninguna educación</li> <li>2) Educación primaria</li> <li>3) Educación secundaria</li> <li>4) Educación superior (tanto técnico o universitaria)</li> </ul> | Fichas de datos       |
| Parto pretérmino previo | Antecedente de parto ocurrido antes de las 37 semanas de edad gestacional                       | Cuantitativa           | Número de partos pretérmino previos           | De razón           | <ul style="list-style-type: none"> <li>-1 parto pretérmino previo</li> <li>-2 a más partos pretérmino previos</li> </ul>  | Ficha de datos        |
| Cirugía cervical        | Procedimiento realizado a nivel del cuello uterino  | Cualitativa            | Pacientes con procedimientos                  | Nominal            | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Si</li> <li>-No</li> </ul>  | Ficha de datos        |
| Infección urinaria      | Colonización bacteriana, tanto en vía urinaria baja y alta.                                     | Cualitativa            | % de pacientes con examen de orina patológico | Nominal            | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Si</li> <li>-No</li> </ul>  | Ficha de datos        |

|                      |  |              |   |         |  |                |
|----------------------|--|--------------|---|---------|--|----------------|
| Preeclampsia         | Trastorno presente después de las 20 semanas, se incrementa la presión arterial y proteinuria, asociado o no a disfunción multiorgánica. | Cuantitativa | Pacientes con presión arterial elevada              | Ordinal | -PA < 140/90 mmHg<br>-PA ≥ 140/90 mmHg                               | Ficha de datos |
| Ruptura de membranas | Ruptura de membranas amnióticas antes del inicio del trabajo de parto de manera espontánea   | Cualitativa  | Pacientes que presenta pérdida de líquido amniótico | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul> | Ficha de datos |

## CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1 Diseño metodológico

Este trabajo es un estudio de tipo no experimental, analítico, descriptivo, retrospectivo, que busca reconocer los factores asociados al parto pretérmino en el C. H. PNP Luis N. Sáenz durante el 2021.

### 4.2 Diseño muestral

#### Población universo

La población universo está conformada por gestantes usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia del C. H. PNP Luis N. Sáenz durante el 2021.

#### Población de estudio

La población en estudio está conformada por las gestantes con parto pretérmino usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia del C. H. PNP Luis N. Sáenz durante el 2021



## **Criterios de elegibilidad**

### **Criterios de inclusión**

- Gestantes que terminan en parto pretérmino.
- Gestantes con edad gestacional entre las 22 semanas y las 37 semanas.
- Pacientes usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia del C. H. PNP Luis N. Sáenz.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes de parto de >36 semanas 6 días de edad gestacional.
- Historias clínicas con redacción inadecuada.
- Pacientes atendidas en otros hospitales.

### **Tamaño de la muestra**

Se determinará utilizando la siguiente fórmula muestral para estudios transversales.

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

Donde:

Z es el nivel de confianza al 95% igual a 1.96

p proporción estimada de factor asociado de parto pretérmino por estudios anteriores 31.2%. Huarcaya-Gutierrez et col. (2021).

q=1-p

E es el error absoluto para el estudio que es igual al 5%

n= Muestra de estudio

N= 101 (Total de gestantes con EG ≥ 22 semanas y menor de 37 semanas, que su parto fue atendido en el servicio de Gineco Obstetricia del C. H. PNP Luis N. Sáenz durante el 2021).

$$n = \frac{1.96^2 * 101 * 0.312 * 0.688}{0.05^2(100) + 1.96^2 * 0.312 * 0.688}$$

$$n = 77.4 \text{ aprox. } 78$$

Se trabajará finalmente con un mínimo de 78 pacientes.

## **Muestreo o selección de la muestra**

El muestreo fue del tipo no probabilístico, a conveniencia.

### **4.3 Técnicas de recolección de datos**

La recolección de datos se realizó a través de registro en una ficha.

#### **Instrumentos de recolección y medición de variables**

- Se realizó la recolección de datos mediante las historias clínicas, las cuales se obtuvieron con la solicitud previa a las oficinas y departamentos correspondientes. Se buscó los datos necesarios teniendo presente tanto los criterios de inclusión como de exclusión del presente proyecto de investigación.
- Para consolidar la información se diseñará una ficha de datos en base a los objetivos de estudio, que será validado por tres expertos.

### **4.4 Procesamiento y análisis de datos**

Tras concluir la recolección de datos, estos se procesarán en el programa SPSS Versión 28, para obtener los siguientes datos:

- a- Datos cualitativos, como lo son frecuencias y porcentajes.
- b- Datos numéricos (DS, Medias).
- c- Tablas cruzadas asociando factor y enfermedad.
- d- Significancia estadística con la prueba de chi-cuadrado, con un IC del 95%.
- e- Presentación de resultados según normas Vancouver.

### **4.5 Aspectos éticos**

Este proyecto de investigación mantiene correspondencia con todos los principios éticos. Se respetará la confidencialidad de la información de acuerdo a los estatutos éticos de la Facultad de Medicina de USMP y del centro hospitalario de estudio, así como los permisos correspondientes.

## CRONOGRAMA

| MESES<br><br>FASES                        | 2022  |       |        |           |         |           |           |       |
|---|-------|-------|--------|-----------|---------|-----------|-----------|-------|
|   | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SETIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | ENERO |
| Redacción final del plan de investigación | X     |       |        |           |         |           |           |       |
| Aprobación del plan de investigación      |       | X     |        |           |         |           |           |       |
| Recolección de datos                      |       |       | X      |           |         |           |           |       |
| Procesamiento y análisis de datos         |       |       |        | X         |         |           |           |       |
| Elaboración del informe                   |       |       |        |           | X       | X         |           |       |
| Correcciones del trabajo de investigación |       |       |        |           |         | X         |           |       |
| Aprobación del trabajo de investigación   |       |       |        |           |         |           | X         |       |
| Publicación del artículo científico       |       |       |        |           |         |           |           | X     |

## PRESUPUESTO

| <b>Concepto</b>       | <b>Costo estimado (en soles)</b> |
|-----------------------|----------------------------------|
| Útiles de escritorio  | 200                              |
| Soporte especializado | 200                              |
| Impresiones           | 100                              |
| Logística             | 200                              |
| Traslado y refrigerio | 400                              |
| <b>TOTAL</b>          | <b>1100</b>                      |

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Simhan, N. Manejo del trabajo de parto prematuro. *Obstetricia y Ginecología*: Octubre de 2016 - Volumen 128 - Número 4 - p e155-e164. Boletín de práctica n.º 171. doi: 10.1097/AOG.0000000000001711
2. Organización Mundial de la Salud, OMS. Nacimientos prematuros [Internet]. [Consultado 2 Set 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
3. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. Sala de Prensa. [Consultado 5 Set 2022]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/noticia/el-95-de-nacimientos-en-el-inmp-corresponde-a-prematuros>
4. BOLETÍN ESTADÍSTICO DE NACIMIENTOS PERÚ: 2015. [Internet]. [Consultado 12 Set 2022]. Disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OGTI/CNV/Boletin\\_CNV\\_16.pdf](https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OGTI/CNV/Boletin_CNV_16.pdf)
5. Shapiro K, Barfield W, Henderson Z, et al. CDC Grand Rounds: Public Health Strategies to Prevent Preterm Birth. [Internet] [Consultado 22 Set 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6532a4.htm>
6. Carrie K, Shapiro K. Grandes rondas de los CDC: estrategias de salud pública para prevenir el parto prematuro. [Internet]. 2021 [Consultado 22 Set 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6532a4.htm>
7. Wu C., Nichols K. Nacimiento prematuro después de la pérdida recurrente del embarazo: una revisión sistemática y un metanálisis. [Internet]. 2022 [Consultado 22 Set 2022]; 117(4). Disponible en: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(22\)00004-8/fulltext#%20](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(22)00004-8/fulltext#%20)

8. Ahumada J. Factores de riesgo de parto pretérmino en Bogotá D.C., Colombia. Rev. Fac. Med. [Internet]. 2020 [Consultado 22 Set 2022]; 68(4): 556-63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v68n4.79702>
9. Chavarría L. Factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en El Salvador. Rev. Alerta [Internet]. 2019 [Consultado 29 Set 2022]; 2(2). Disponible en: <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i2.7922>
10. Genes V. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Rev. Nac. Itauguá. [Internet]. 2012 [Consultado 30 Set 2022]; 4(2): 8-14. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v4n2/v4n2a02.pdf>
11. Retureta S. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. Rev. Medisur [Internet]. 2015 [Consultado 30 Set 2022]; 13(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2015000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400008)
12. Szymusik I. La asociación del sangrado del primer trimestre con el parto prematuro. J Perinat Med [Internet]. 2015 [Consultado 30 Set 2022]; 43(5): 525-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25822321/>
13. Newman R. Estudio de predicción de parto prematuro: comparación de la puntuación cervical y la puntuación de Bishop para la predicción del parto prematuro espontáneo. Obstet Gynecol. [Internet]. 2008 [Consultado 30 Set 2022]; 112(3): 508–515. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/338184197 Longitud cervical o puntaje de bishop en la predicción de parto pretermino inminente en pacientes sintomaticas](https://www.researchgate.net/publication/338184197)
14. Murguía F; Sonia Indacochea S. Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo año 2018 al 2019, LIMA – PERÚ. Rev Peru Investig Matern

- Perinat [Internet]. 2021 [Consultado 30 Set 2022]; 10(2): 35-41. Disponible en: <https://doi.org/10.33421/inmp.2021226>
15. Huarcaya R. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú. Medisan [Internet]. 2021 [Consultado 02 Oct 2022]; 25(2). Disponible en: Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú (redib.org)
  16. Ayala F, Gonzales C. Factores de riesgo para parto pretérmino idiopático según prematuridad. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2022 [Consultado 05 Oct 2022]; 11(1): 18-25. Disponible en <https://doi.org/10.33421/inmp.2022277>
  17. Huertas E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2018 [Consultado 07 Oct 2022]; 64(3): 399-404. Disponible en: <http://doi:10.31403/rpgo.v64i2104>
  18. Ahumada M, Alvarado G. Factores de Riesgo de parto pretermino en un hospital. Rev. Latino-Am. [Internet]. 2016 [Consultado 07 Oct 2022]; 24(7). Disponible en: <http://doi: 10.1590/1518-8345.0775.2750>
  19. Huaroto K. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú. Rev méd panacea. [Internet]. 2013 [Consultado 08 Oct 2022]; 3(2): 27-31. Disponible en: <http://rev.med.panacea.unica.edu.pe>
  20. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prog Obstet Ginecol [Internet]. 2020 [Consultado 08 Oct 2022]; 63:283-321
  21. Conde A. Precisión predictiva de los cambios en la longitud del cuello uterino ecográfico transvaginal a lo largo del tiempo para el parto prematuro: una revisión sistemática y un metanálisis. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2015

[Consultado 08 Oct 2022];.213 (6): 789-801. Disponible en:  
<http://doi: 10.1016/j.ajog.2015.06.015>

22. Palacio M. Longitud cervical y edad gestacional al ingreso como predictores de inflamación intraamniótica en trabajo de parto prematuro con membranas intactas. *Ultrasonido Obstet Gynecol.* [Internet]. 2009 [Consultado 08 Oct 2022] 34 (4): 441-447. Disponible en: <http://doi: 10.1002/uog.6437>
23. Progesterona para la Prevención del Parto Prematuro Espontáneo. Guía de práctica clínica SOGC. [Internet]. 2020 [Consultado 12 Oct 2022] 42(6): 806-812.
24. Gyamfi C. Betametasona Anteparto para las mujeres con riesgo de parto pretermino tardío. *N Engl J Med.* [Internet]. 2016 [Consultado 12 Oct 2022] 374 (14): 1311-20. Disponible en: <https://fecolsog.org/uncategorized/betametasona-anteparto-para-las-mujeres-en-riesgo-de-parto-pretermino-tardio/>
25. Garite T. Impacto de una dosis de rescate de corticoides antenatales: estudio clínico placebo-controlado randomizado multicéntrico. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2009 [Consultado 12 Oct 2022] 74(2): 127-129. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000200011>
26. Frankchesca N. Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el hospital nacional dos de mayo año 2018 al 2019, Lima-Perú. Frankchesca N. *Rev Peru Investig Matern Perinat* [Internet]. 2021 [Consultado 12 Oct 2022] 10(2): 35-41. Disponible en: <https://doi.org/10.33421/inmp.2021226>
27. Stock S. Tabaquismo materno y parto prematuro: un desafío de salud no resuelto. *PLoS Med.* [Internet]. 2020 [Consultado 12 Oct 2022] 17(9). Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003386>



28. Ortiz F. Miomas uterinos durante el embarazo y su repercusión en el resultado obstétrico Artículo original Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2011 [Consultado 15 Oct 2022] 79(8):467-473. Disponible en: gom118b.pdf (medigraphic.com)
29. Morgan T. Papel de la placenta en el parto prematuro: una revisión. Am J Perinatol. [Internet]. 2016 [Consultado 18 Oct 2022] 33(3):258-66. Disponible en: <http://doi: 10.1055/S-0035-1570379>.

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

| Título   | Pregunta de Investigación  | Objetivo  | Tipo y diseño de estudio  | Población de estudio y procesamiento de datos   | Instrumento de recolección     |
|--|--|---|---|---|--------------------------------|
| Factores asociados a parto pretérmino en el Complejo hospitalario PNP Luis Nicasio Sáenz 2021. | ¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a parto pretérmino en el Complejo hospitalario PNP Luis Nicasio Sáenz durante 2021? | <b>Objetivo general</b><br>Identificar la prevalencia y factores asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Complejo hospitalario PNP Luis N Sáenz, durante enero a diciembre de 2021. | Estudio de tipo no experimental, analítico, descriptivo, retrospectivo, que busca reconocer los factores asociados al parto pretérmino en el Complejo hospitalario PNP Luis Nicasio Sáenz 2021. | <b>Población universo</b><br>Está conformada por gestantes usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia del C. H. PNP Luis N. Sáenz durante el 2021. | Ficha de recolección de datos. |
|  |  | <b>Objetivos específicos</b><br>Determinar el grupo etario con mayor prevalencia de parto pretérmino en gestantes usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.  |   | <b>Procesamiento y análisis de datos:</b><br>los datos serán procesados en el programa SPSS versión 28  |                                |
|  |  | <b>Objetivos específicos</b><br>Determinar el antecedente de parto pretérmino en gestantes usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.   |   |   |                                |
|  |  | <b>Objetivos específicos</b><br>Detectar hábitos nocivos como el tabaquismo en pacientes que presentan parto pretérmino en el servicio de Gineco-Obstetricia.   |   |   |                                |
|  |  | <b>Objetivos específicos</b><br>Identificar las patologías infecciosas que predisponen al parto pretérmino en gestantes usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.  |   |   |                                |
|  |  | <b>Objetivos específicos</b><br>Establecer la relación entre enfermedades hipertensivas del embarazo y parto pretérmino en gestantes usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.   |   |   |                                |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>Identificar cirugías cervicales que condicionen el parto pretérmino en gestantes usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.</p> |  |  |  |
|  |  | <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>Establecer al RPM como factor de riesgo de parto pretérmino en gestantes usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia.</p>         |  |  |  |

## 2. Instrumento de recolección de datos

| <b>FACTORES ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO COMPLEJO<br/>HOSPITALARIO PNP LUIS NICASIO SÁENZ 2021.</b>  |  |        |
|--|--|--------|
| <b>FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>   |  |        |
| Nombre y apellidos:  |  | DNI:   |
| Edad:  |  | Fecha: |
| Marque con una X el casillero donde corresponda  |  |        |
| <b>DATOS DEL PARTO PRETÉRMINO EN ESTUDIO</b>   |  |        |
| 1.- EDAD GESTACIONAL DEL PARTO<br><input type="checkbox"/> 28 SEMANAS <input type="checkbox"/> 28-32 SEMANAS <input type="checkbox"/> 32-37 SEMANAS  |  |        |
| 2.- Recién nacido presentó alguna malformación<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |  |        |
| <b>ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS</b>  |  |        |
| 1.- Grado de instrucción:<br><input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Superior no universitario <input type="checkbox"/> Universitario |  |        |
| 2.- Estado civil:<br><input type="checkbox"/> SOLTERA <input type="checkbox"/> CONVIVIENTE <input type="checkbox"/> CASADA   |  |        |
| 3.- Hábito de fumar<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |  |        |
| <b>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</b>  |  |        |
| 1.- Paridad:<br><input type="checkbox"/> Nulípara <input type="checkbox"/> Multípara   |  |        |
| 2.- Antecedentes de parto pretérmino:<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   |  |        |
| <b>ANTECEDENTE PATOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO</b>   |  |        |
| 1.- Ruptura prematura de membranas<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |  |        |
| 2.- Trastornos hipertensivos del embarazo<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   |  |        |
| 3.- Infección urinaria<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |  |        |
| 4.-Corioamnionitis<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |  |        |

|  |
|--|
|  |
| <b>ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS (PREVIO A LA GESTACIÓN)</b>                          |
| 1.- Cirugía cervical:<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 2.- Miomectomia:<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No      |