



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO MATERNO DE
GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO
ATENDIDAS EN LA CLÍNICA SANNA SAN BORJA EN
EL AÑO 2021**



**PRESENTADO POR
LIZETH MEZARES RIVAS**

**ASESOR
LILIA EVANGELINA GÓMEZ ACHULLE**

**TRABAJO ACADÉMICO
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

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/>



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO

TRABAJO ACADÉMICO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO MATERNO DE
GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO
ATENDIDAS EN LA CLÍNICA SANNA SAN BORJA EN EL AÑO
2021**

PARA OPTAR

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO
RIESGO OBSTÉTRICO**

PRESENTADO POR:

LIZETH MEZARES RIVAS

ASESOR:

MG. OBSTA. LILIA EVANGELINA GÓMEZ ACHULLE

LIMA, PERÚ

2023

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO MATERNO DE
GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO
ATENDIDAS EN LA CLÍNICA SANNA SAN BORJA EN EL AÑO
2021**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor:

Mg. Obsta. Lilia Evangelina Gómez Achulle

Miembros del jurado:

Presidente: Dra. Obsta. Veronica Giannina Morán Rodríguez

Vocal: Mg. Obsta. Rossana Beraniza Ruiz Vásquez

Secretario: Mg. Obsta. Silvia Constanza Huamani Cueto

DEDICATORIA

Dedico con todo mi cariño y amor a mis padres Jorge y Gregoria que son pilares fundamentales en mi vida, gracias por sus enseñanzas, consejos y amor que siempre me demuestran, y enseñarme con ejemplos desde muy pequeña que nada es imposible, por eso este logro es por y para ustedes.

AGRADECIMIENTO

A dios por darme la familia que tengo, unos padres maravillosos que siempre me apoyan y por todas sus enseñanzas, a mis hermanos que celebran mis triunfos y están cuando más los necesito.

Este logro en buena parte es gracias a ellos.

También a todas las personas que me apoyaron en la realización de la tesis.

NOMBRE DEL TRABAJO

Trabajo Académico

AUTOR

Lizeth Mezares Rivas

RECUENTO DE PALABRAS

7047 Words

RECUENTO DE CARACTERES

39202 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

44 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.2MB

FECHA DE ENTREGA

Sep 26, 2023 4:15 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Sep 26, 2023 4:16 PM GMT-5

● **15% de similitud general**

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

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 12% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



Mg. Rosana Gómez Raymundo

Coordinación Posgrado



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

Facultad de
Obstetricia y
Enfermería

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD / ORIGINALIDAD Y DE NO PLAGIO DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, Mezares Rivas Lizeth, en mi condición de egresada de la segunda especialidad en emergencias y alto riesgo obstétrico, identificada con el DNI N° 47221041, dejo en constancia que mi investigación titulada: "Perfil epidemiológico y clínico materno de gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en la clínica SANNA San Borja en el año 2021", realizada bajo la asesoría la Mg. Obsta. Lilia Evangelina Gómez Achulle cumple con los criterios de autenticidad/ originalidad y que no ha sido producto de plagio ni total ni parcialmente, en la realización del trabajo declaro que he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes de información utilizadas y, por lo tanto, no atenta contra los derechos de propiedad intelectual de terceros.

Por lo expuesto, asumo la responsabilidad y me someto a cualquier disposición legal, administrativa, o civil correspondiente por la falta de ética o integridad académica en caso de que lo expuesto en la presente declaración jurada no corresponda con la verdad, según la normatividad sobre los derechos de propiedad intelectual y lo dispuesto en los reglamentos de Propiedad Intelectual y de Código de ética para la Investigación de la Universidad de San Martín de Porres. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado en el presente documento.

Lima, 22 de setiembre del 2023

Firma del autor

DNI:47221041

ÍNDICE DE CONTENIDO

TÍTULO	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	ii
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS	9
2.1. Diseño metodológico.....	9
2.2. Población y muestra.....	9
2.3. Criterios de selección.....	9
2.4. Técnicas de recolección de datos	10
2.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	10
2.6. Aspectos éticos	11
III. RESULTADOS	12
IV. DISCUSIÓN.....	17
V. CONCLUSIONES.....	20
VI. RECOMENDACIONES	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
VII. ANEXOS	31

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1a. Perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en la Clínica SANNA San Borja en el año 2021. Dimensión características sociodemográficas	12
Tabla 1b. Perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en la Clínica SANNA San Borja en el año 2021. Dimensión características obstétricas.....	13
Tabla 2. Características clínicas de las gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en la Clínica SANNA San Borja en el año 2021.....	16

RESUMEN

Objetivo: Determinar el perfil epidemiológico y clínico materno de gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en la Clínica SANNA San Borja en el año 2021. **Método:** El tipo de investigación fue observacional con un enfoque cuantitativo, con diseño descriptivo y retrospectivo de corte transversal. **Resultados:** con respecto al perfil epidemiológico la mayoría tenía entre 19 a 34 años (63.89%), eran casadas (76.85%), cursaban su primer embarazo (40.74%), tenían entre 32 a 36 semanas de gestación (80.56%) y 38.89% culminó la atención con parto abdominal. Se presentó hasta en el 26.85% de las gestantes el antecedente de aborto. **Conclusiones:** las gestantes con amenaza de parto pretérmino se caracterizaron por tener entre 19 a 34 años, tenían entre 32 a 36 semanas y tuvieron antecedente de aborto.

Palabras clave: Perfil Epidemiológico, Amenaza de Parto Pretérmino, Perfil clínico.

ABSTRACT

Objective: To determine the epidemiological and clinical maternal profile of pregnant women with threatened preterm birth attended at the SANNA San Borja Clinic in 2021. **Method:** The type of research was observational with a quantitative approach, with a descriptive and retrospective cross-sectional design. **Results:** regarding the epidemiological profile, the majority were between 19 and 34 years old (63.89%), were married (76.85%), were in their first pregnancy (40.74%), had between 32 and 36 weeks of season (80.56%) and 38.89 % completed care with abdominal delivery. Up to 26.85% of pregnant women had a history of abortion. **Conclusions:** pregnant women with threatened preterm labor were characterized as being between 19 and 34 years old, between 32 and 36 weeks, and had a history of abortion.

Key words: Health Profile, Threatened Preterm Labor, Clinical Profile.

I. INTRODUCCIÓN

La amenaza de parto pretérmino es la presencia de dinámica uterina asociado a cambios a nivel del cérvix expresadas entre las 22 semanas y antes de cumplir las 37 semanas, el cual podría conllevar a un parto pretérmino siendo definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquella que se produce antes de las 37 semanas de embarazo¹.

Entre los factores de riesgo asociados al parto pretérmino se encuentran las condiciones socioeconómicas de las gestantes las cuales abarcan el ámbito de residencia, el nivel educativo, estado civil e inclusive el tipo de actividad laboral que desempeñan². Por otro lado, la característica obstétrica de antecedente de parto pretérmino pone en riesgo la reincidencia de un parto pretérmino en el embarazo actual, de igual manera si se trata de un embarazo múltiple, presencia de complicaciones maternas neonatales intervinientes como infecciones genitales, infecciones urinarias, ruptura prematura de membranas, sufrimiento fetal, entre otros³.

A nivel mundial, la amenaza de parto pretérmino es una de las principales causas de ingresos a los servicios de emergencia⁴; lo cual se refleja en la tasa de nacimientos prematuros estimándose en 11% equivalentes alrededor de 15 millones de recién nacidos cada año, donde el 84% ocurre entre la semana 32 a 36 de edad gestacional⁵. Se estima que cada año mueren un millón de niños menores de cinco años por las complicaciones y secuelas que la prematuridad trae consigo⁶;

por esta razón, se considera un problema de salud pública que merece el interés de las autoridades del sector salud para plasmar medidas que tengan un impacto suficiente para la disminución de la frecuencia de amenazas de parto pretérmino en los servicios de salud y de esta manera evitar la prematuridad en neonatos⁷.

A nivel nacional, de acuerdo al Ministerio de Salud (MINSA) se estima que cada año se producen 30 mil nacimientos prematuros⁸; donde las tasas más alarmantes se encuentran en las regiones de Lima y Callao con 6.95% y 9.27% respectivamente, siendo factor principal de la muerte neonatal y repercutiendo negativamente sobre indicadores de interés para la salud pública⁹. Asimismo, las condiciones sociales, demográficas y obstétricas cumplen un papel importante como predictor de una amenaza de parto pretérmino¹⁰; donde estudios nacionales demuestran que el antecedente de tener un parto pretérmino, la edad materna, la cantidad de atenciones prenatales fueron características desencadenantes de amenaza de parto pretérmino^{11,12}.

La Clínica SANNA San Borja brinda atención a gestantes con amenaza de parto pretérmino hasta la resolución de la condición clínica, sin embargo existe carencia de estudios institucionales que caractericen a la gestante con riesgo de amenaza de parto pretérmino; es por ello, que ante la falta de renovación de información a través de la investigación se ha dejado de lado la evaluación tanto social como demográfica de la paciente, siendo esta una forma de prevenir una amenaza de parto pretérmino.

En ese sentido, el presente estudio se realizó con el propósito de determinar el perfil epidemiológico clínico materno de gestantes con amenaza de parto pretérmino lo

cual permitirá conocer las poblaciones de riesgo durante la atención prenatal para una pronta intervención de prevención.

La realización del presente estudio en la Clínica SANNA San Borja se originó en base a la observación de los ingresos frecuentes por los servicios de emergencia de gestantes con amenaza de parto pretérmino, las cuales reciben atención de profesionales obstetras en el servicio de alto riesgo obstétrico para evitar las posibles repercusiones sobre la integridad del niño por nacer, así como también de la madre.

Además, se visualizó que la elevada demanda de pacientes que provienen de centros de primer nivel o clínicas con convenio que derivan a pacientes con complicaciones de alto riesgo obstétrico, por lo cual limita el tiempo a los profesionales de la salud para poder estudiar o analizar los perfiles de las gestantes con amenaza de parto pretérmino.

Ante ello se planteó el problema de investigación ¿Cuál es el perfil epidemiológico y clínico materno de gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en la Clínica SANNA San Borja en el año 2021? Siendo el objetivo general determinar el perfil epidemiológico y clínico materno gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en la Clínica SANNA San Borja en el año 2021.

Durante la revisión de antecedentes internacionales, se encontraron estudios como el de Bień A, et al. 2021 en Polonia donde encontró que las gestantes tenían entre 26 a 35 años (57.9%), vivían en zonas urbanas (54.6%), eran casadas (72.3%), presentaban educación superior (51.2%), se consideraban socioeconómicamente satisfechas (51.8%), cursaban el segundo embarazo (44.5%), y eran nulíparas

(76.5%), se encontraban entre las 32 y 36.6 semanas de embarazo (36.3%), y presentaron alguna complicación materna (54.6%)¹³.

Segovia A et al.¹⁴ evidenció que la edad promedio fue 25 años, las gestantes tuvieron 32 semanas de gestación al ingreso, residían en zona rural (60.86%), era conviviente (47.82%), tenía un nivel educativo secundario (37.39%), su ocupación era ama de casa (64.34%), no presentó ITU (79.13%).

Gordon V.¹⁵ encontró que la edad de mujer fue entre 16 a 24 años (44%), eran en su mayoría convivientes (35%), tenían infección urinaria (35%) e infecciones vaginales (23%).

Salazar J et al.¹⁶ encontraron que la edad oscilaba entre los 19 y 26 años de edad (25%), eran en su mayoría primigestas (41%) y tenían una edad gestacional entre 27 y 30 semanas (36%), se encontró infección urinaria en el 65% de las gestantes e infecciones genitales en el 14%.

Moran J.¹⁷ en Ecuador encontró que en su mayoría se presentaron mujeres con edad de 18 a 25 años (51%) con semanas de gestación entre 32 a 36 (68%), el 41% tuvo educación secundaria, 13% no tuvo atención prenatal y el 61% tuvo menos de 6 atenciones; el 3% tuvo una gestación múltiple, 2% tuvo RCIU, 10% tuvo antecedente aborto, 16% tuvo infección urinaria, 3% tuvo infección genital.

En el caso de antecedentes nacionales, estudios como el de Iturrizaga M, Inga O.¹⁸ encontraron que las mujeres tenían entre 19 a 26 años (50.6%), contaban con educación secundaria (58.4%), eran convivientes (57%), se dedicaban al hogar (77.9%), el 42.9% era gestante nulípara y tenían entre 34 y 36 semanas de

gestación (46.8%), el 2.6% tuvo antecedente de aborto, 1.3% antecedente de óbito fetal; el 63.6% tuvo infección urinaria activa, el 19.5% tuvo infección genital.

Valdez M¹⁹ se encontró que tenían edades entre 18 a 35 años (75.3%), tenían una edad gestacional entre 34 a 36 semanas (73.0%), eran convivientes (70.2%), tenían educación secundaria (54.6%), el 49.7% tenía 2 o mas hijos, el 7.0% tuvo infección urinaria, 12.0% tenía un embarazo multiple, 7.8% tuvo infección genital.

Maraza T.²⁰ encontró que la edad materna en los casos fue menor de 35 años (91.5%), el 78.7% tuvo anemia, no hubo rotura de membranas en el 63.4%, no hubo antecedente de parto pretérmino (90.9%), se encontró infección urinaria en el 34.1%.

Hurtado N.²¹ en 2016 encontró que el 32% tuvo edad entre 25 a 35 años, el 68% era conviviente, el 92% tuvo educación secundaria, el 51% tuvo edad gestacional de 28 a 32 semanas, el 80% tuvo antecedente de parto pretérmino, el 55% tuvo infección urinaria activa y 37% tuvo infección vaginal.

Castillo E et al.²² encontraron que la edad promedio fue 28 años, la edad gestacional fue de 32 semanas, el 41.3% tuvo infección vaginal; el 17.39% tuvo infección urinaria y el 39.13% presentó antecedente de parto pretérmino.

La amenaza de parto pretérmino se define como la presencia de una dinámica uterina evidenciables a la palpación con una frecuencia de una contracción cada 10 minutos con una duración aproximada de 30 segundos por el lapso de una hora y puede presentarse incorporación del cuello uterino inferior al 50% y/o presencia de dilatación cervical menor a dos centímetros²³.

En caso la dinámica uterina conlleve a la atención del parto, esta denominará parto pretérmino y de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se puede denominar en tres sub categorías basados en la semana de gestación: extremadamente pretérmino (menos de 28 semanas y mayor a 22 semanas), muy pretérmino (de 28 a 32 semanas) y pretérmino moderado o tardío (de 32 a menos de 37 semanas)²⁴. Es importante esta categorización debido a que las semanas gestacionales se encuentran inversamente asociadas a mayores tasas de morbilidad neonatal, e infecciones y complicaciones en las gestantes²⁵.

Su origen puede estar asociado a las infecciones intramnióticas que se caracterizan por ser subclínicas y dentro de ellos el patógeno de mayor frecuencia es el ureoplasma, fusobacterium y mycoplasma²⁶. La presencia de isquemias útero placentarias pueden conducir a la necrosis de la decidua y subsiguientemente a la hemorragia desencadenando el trabajo de parto²⁷. La sobredistensión del útero a causa de embarazos múltiples y el polihidramnios se encuentra relacionado a los trabajos de parto prematuros. Otros factores son las inmunológicas, stress, las malformaciones fetales y/o fenómenos alérgicos²⁷.

La amenaza de parto pretérmino se considera multifactorial, siendo un factor los relacionados a las características maternas como la condición social, económica, demográfica, antecedentes obstétricos que condición al parto prematuro²⁸. Los factores fetales se encuentran relacionados principalmente a las malformaciones o anomalías genéticas, el embarazo múltiple, entre otras complicaciones²⁹. Factores placentarios como el desprendimiento de la misma, alteraciones estructurales de la placenta; o factores de líquido amniótico relacionados al volumen e infecciones²⁹.

Para establecer un adecuado diagnóstico se deberá realizar un adecuado registro de la anamnesis, y considerar los factores de riesgo relacionados a la aparición de dinámica uterina³⁰. La edad gestacional deberá situarse entre las 22 y 36 semanas y 6 días de amenorrea; ante caso de dudas considerar pruebas de biometría fetal por ecografía para estimar la edad gestacional³⁰. Evaluar la dinámica uterina y principalmente la dilación de cuello uterino lo que permitirá discriminar entre una amenaza y un trabajo de parto pretérmino³¹.

El tratamiento debe de basarse en la identificación y manejo del factor desencadenante de la dinámica uterina, en caso de necesidad de tocólisis para la prolongación del embarazo, el medicamento de primera línea es el bloqueador de canales de calcio nifedipino³¹.

Entre los fármacos betamiméticos se recomienda el uso de Isoxuprine, ritodrina y salbutamol; otra opción son los inhibidores de prostaglandinas como al Indometacina, ácido acetilsalicílico y el ketorolaco; también está permitido el empleo de sulfato de magnesio como un tocolítico y a su vez neuroprotector³².

Se ha encontrado que mujeres con edades entre 20 y 34 años con un periodo intergenésico de 6 meses tuvieron mayor riesgo de parto pretérmino que las mujeres con 35 o más años³³.

Aunque sin la intervención de la variable periodo intergenésico, las edades menores de 19 años y mayores de 35 años se encuentran asociadas a la amenaza de parto pretérmino³⁴.

En relacion al nivel educativo, se puede encontrar en algunos estudios que el grado secundario o superior presentar mayor incidencia de parto pretérmino; ademas de se mas frecuente en mujeres con estado civil casada o conviviente³⁵.

Se ha encontrado que las gestantes con amenaza de parto pretérmino y que culminan en parto tienen mayormente entre 32 y 36.6 semanas (hasta un 85%), mientras que el 10% tienen entre 28 y 31.6 semanas y el 5% restante tienen menos de 28 semanas contados desde la fecha de última regla³⁶.

Las gestantes que presentan el antecedente de amenaza de parto pretérmino y/o parto pretérmino en alguna de sus gestaciones previas, presentarán una tasa de recurrencia entre el 20% al 60% en el actual embarazo; mientras que aquellas gestantes que no tuvieron el antecedente de amenaza de parto pretérmino tienen una probabilidad solo del 5% al 7%³⁷.

Se estima que solo la mitad de todos los ingresos por amenaza de parto pretérmino no culmina en la atención de parto inminente; en caso exista una tocólisis efectiva con un parto a término, aumenta el riesgo de posibles complicaciones perinatales³⁷.

Por otro lado, la presencia de infecciones urinarias asintomáticas o no tratadas durante el embarazo tiene repercusiones directamente sobre el embarazo debido a que se encuentra asociado a mayor incidencia de trastornos hipertensivos como la preeclampsia, amenaza de parto pretérmino; existe hasta un 40% que se desarrolle una pielonefritis³³.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño metodológico

El tipo de investigación fue de tipo observacional, con enfoque cuantitativo. El estudio presentó un diseño descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

2.2. Población y muestra

2.2.1. Población

La población estuvo conformada por el total de gestantes que ingresaron por emergencia a la Clínica SANNA San Borja por amenaza de parto pretérmino durante el año 2021 (N=108).

2.2.2. Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, en la que se incluyó a las gestantes que ingresaron por emergencia a la Clínica SANNA San Borja por amenaza de parto pretérmino durante el año 2021.

2.3. Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Historia clínica de gestante referida de otro establecimiento con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.
- Historia clínica de gestante que culminó su atención en tocólisis efectiva, parto vaginal o parto por cesárea.
- Historia clínica de gestante que ingresa por emergencia con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.

Criterios de exclusión

- Historia clínica de gestante con solicitud de alta voluntaria antes de iniciar el tratamiento.
- Historia clínica de gestante con edad gestacional menor a 22 semanas o mayor de 37 semanas.
- Historia clínica de gestante con cerclaje de cuello uterino.

2.4. Técnicas de recolección de datos

La técnica seleccionada fue la documental, basada en la recolección de datos mediante una ficha elaborada por la investigadora que permitió recopilar información útil para dar respuesta a los objetivos planteados. Debido que no es un instrumento de medición, no se requirió de pruebas que comprueben su validez.

El primer paso fue la emisión de una carta de solicitud a nombre de la universidad dirigida al director de la Clínica SANNA San Borja junto a una copia del proyecto con el objetivo de obtener los accesos a las historias clínicas.

Una vez aprobada la solicitud, se procedió a solicitar al área de materno la relación de gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en la institución; seguidamente se dirigió al área de archivo clínico e iniciar la recolección de datos registrando en la ficha elaborada.

2.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

El instrumento de recolección de datos fue procesado en el software estadístico SPSS versión 25.

Para el análisis estadístico descriptivo se realizó cálculos de frecuencias absolutas (n) y relativas (%), los cuales se representaron en tablas de frecuencia.

2.6. Aspectos éticos

Esta investigación cumplió con el derecho a la reserva de la privacidad, confidencialidad, respeto la dignidad de la persona y anonimato de los datos extraídos de la base de datos e historias clínicas

No se vulneró ningún principio bioético y se desarrolló con un enfoque integral y humanista, caracterizándose por el principio de no maleficencia, autonomía y justicia puesto que solo se analizaron datos sin necesidad de alteración de los registros originales. Además, no hubo necesidad de exponer a individuos a estudios experimentales, por ello no se solicitó consentimiento informado.

III. RESULTADOS

Tabla 1a. Perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en la Clínica SANNA San Borja en el año 2021. Dimensión características sociodemográficas.

Características sociodemográficas		Gestantes con Amenaza de parto pretérmino	
		N°	%
Edad	< = 18 años	1	0,9%
	19 a 34 años	69	63,9%
	>= 35 años	38	35,2%
Nivel educativo*	Secundaria	2	1,9%
	Superior	106	98,1%
Estado civil	Casada	83	76,9%
	Conviviente	19	17,6%
	Soltera	6	5,5%
Lugar de residencia	Rural	9	8,3%
	Urbano	99	91,7%
Ocupación+	Ama de casa	7	6,5%
	Trabajadora dependiente	88	81,5%
	Trabajadora independiente	13	12,0%
Total		108	100,0%

*No se reportaron gestantes sin educación o gestantes con nivel primaria.

+No se reportaron gestantes con trabajo técnico u oficio.

Se puede observar en la tabla 1a sobre las características sociodemográficas de las gestantes con amenaza de parto pretérmino tuvieron mayoritariamente entre 19 a 34 años de edad (63,9%) y tuvieron un nivel de educación superior (98,1%). Sobre el estado civil, el 76,9% era casada, mientras que el 17,6% era conviviente, solo el 5,5% reportó ser soltera durante la admisión.

Tabla 1b. Perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en la Clínica SANNA San Borja en el año 2021. Dimensión características obstétricas.

Características obstétricas		Gestantes con Amenaza de parto pretérmino	
		N°	%
Gestación	Primigesta	44	40,8%
	Segundigesta	38	35,2%
	Tercigesta	14	12,9%
	Multigesta	12	11,1%
Paridad	Nulípara	65	60,2%
	Primípara	34	31,5%
	Múltipara	9	8,3%
Edad gestacional	22 a < 28 semanas	4	3,7%
	28 a 31.6 semanas	17	15,7%
	32 a 36.6 semanas	87	80,6%
Atención prenatal	Sin ATP	1	0,9%
	< 6 ATP	23	21,3%
	>= 6 ATP	84	77,8%
	N/A ⁺	65	60,2%
Período intergenésico	Corto	19	17,6%
	Normal	16	14,8%
	Largo	8	7,4%
Tipo de parto	Parto vaginal	4	3,7%
	Parto abdominal	42	38,9%
	N/A*	62	57,4%
Antecedente de parto pretérmino	No	103	95,4%
	Sí	5	4,6%
Antecedente de aborto	No	79	73,2%
	Sí	29	26,8%
Embarazo múltiple actual	No	104	96,3%
	Sí	4	3,7%
Total		108	100,0%

*No aplica, debido a que la atención culminó en una tocólisis efectiva

+N/A debido que no registra periodo intergenésico al ser nulípara.

Cuando se evaluó el lugar de residencia, la mayoría vivía en una zona urbana (91,7%) y solo el 8,3% provenía de una zona rural; por otro lado, respecto al tipo

de ocupación, el 81,5% se desempeñaba como una trabajadora dependiente, el 12,0% era trabajadora independiente y el 6,5% era ama de casa.

En relación a las características obstétricas (ver tabla 1b), el 40,8% era primigesta, el 35,2% era segundigesta, el 12,9% era tercigesta y 11,1% era multigesta; sobre la paridad, el 60,2% era nulípara, 31,5% era primípara y 8,3% era múltipara. Al momento del ingreso por emergencia, el 80,6% de las gestantes tuvo entre 32 a 36.6 semanas de gestación, 15,7% tenía entre 28 a 31.6 semanas y 3,7% tenía menos de 28 semanas de gestación.

Cuando se indagó sobre la atención prenatal recibida, se encontró que el 77,8% tuvo de seis a más atenciones prenatales recibidas, el 21,3% tuvo menos de seis atenciones prenatales, y solo se reportó un caso de gestante sin atención prenatal. Respecto al período intergenésico, se encontró que el 17,6% tuvo un período corto, el 14,8% tuvo un período en rango normal y 7,4% estuvo catalogada como un período largo. Del total de gestantes que ingresaron por amenaza de parto pretérmino, solo el 38,9% culminó en un parto por cesárea y el 3,7% culminó en parto vaginal, el 57,4% tuvo un manejo efectivo de la dinámica uterina y culminó su atención con una tocólisis efectiva.

Además, se encontró que el 4,6% de las gestantes ya había tenido un parto pretérmino en uno de sus embarazos previos al actual. Por otro lado, hasta el 26,8% de las gestantes tuvo antecedente de aborto.

En el embarazo actual, se reportaron que cuatro del total (3,7%) se trataban de embarazos múltiples.

En la tabla 2 se puede observar el perfil clínico de las gestantes con amenaza de parto pretérmino, al ingreso se reportaron que el 7,4% de las gestantes presentaron ruptura prematura de membranas, 13,0% presentaron infección urinaria activa y 3,7% tenía una infección vaginal.

Tabla 2. Perfil clínico de las gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en la Clínica SANNA San Borja en el año 2021.

Características clínicas	Gestantes con Amenaza de parto pretérmino		
		N°	%
Presencia de infección urinaria	No	95	87,0%
	Sí	13	13,0%
Presencia de infección vaginal	No	104	96,3%
	Sí	4	3,7%
Presencia de placenta previa	No	106	98,2%
	Sí	2	1,8%
Presencia de RCIU	No	102	94,4%
	Sí	6	5,6%
Presencia de Oligohidramnios	No	104	96,3%
	Sí	4	3,7%
Presencia de RPM	No	100	92,6%
	Sí	8	7,4%
Total		108	100,0%

Otras características clínicas de consideración fue la presencia de retardo de crecimiento intrauterino (5,6%), presencia de oligohidramnios en cuatro gestantes (3,7%), y dos casos de gestantes con placenta previa (1,8%).

IV. DISCUSIÓN

En el presente estudio, el perfil epidemiológico en la dimensión características sociodemográficas, las gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en la Clínica SANNA San Borja se caracterizaron por tener mayoritariamente edades entre los 19 a 34 años en un 63,89% (69), el 98,15% contaba con un nivel educativo superior (106). Además, el 76,85% del total de gestantes tenía un estado civil casada (83), el 91,67% vive en zona urbana (99), y el 81,48% desempeña un trabajo de tipo dependiente (88).

Por su parte, el estudio realizado por Bieñ A et al.¹³ encontró resultados similares, donde la gestante con amenaza de parto pretérmino tenía entre 26 y 35 años, residía en zona urbana, eran casadas con una educación de nivel superior. Otros estudios encontraron resultados diferentes como los de Segovia A et al.¹⁴, Iturrizaga M, Inga O¹⁸ que encontraron que las gestantes provenían de zonas rurales, eran convivientes, presentaban educación de nivel secundario y se dedicaban a ser amas de casa.

Con relación al perfil epidemiológico en la dimensión característica obstétrica, se encontró que el 40,74% de las gestantes cursaba en su primer embarazo (44); sobre la paridad, se reportaron un 60,19% de gestantes nulíparas (65). Al momento del ingreso de la gestante por emergencia, el 80,56% tenía entre 32 a 36 semanas de gestación (87), y hasta el 77,78% del total logró tener de seis a más atenciones prenatales durante el embarazo (84). El 17,59% del total de gestantes tuvo un

período intergenésico corto (19), y al término de la atención hasta el 57,41% salió de alta con embarazo activo (62). También se encontró que solo el 4,63% tuvo antecedente de parto pretérmino (5); sin embargo, el 26,85% tuvo antecedente de aborto espontáneo (29) y el 3,70% cursaba un embarazo múltiple (4)

Bieñ A et al.¹³ encontró, al igual que el presente estudio, que las gestantes con amenaza de parto pretérmino eran en su mayoría mujeres nulíparas y tenían una gestación entre las 32 y 36 semanas; sin embargo, cursaban su segundo embarazo; otro estudio que refuerza los resultados son los publicados por Iturrizaga M, Inga O¹⁸ que reportaron que las gestantes tenían entre 34 y 36 semanas y eran nulíparas. Por su parte Salazar J et al.¹⁶ reportó que las gestantes si se encontraban frente a su primer embarazo, pero, tenían una edad gestacional entre las 27 y 30 semanas y Hurtado N²¹ reportó que la edad gestacional de las gestantes con amenaza de parto pretérmino se encontraba entre las 28 y 32 semanas. Sobre las atenciones prenatales Moran J¹⁷ reportó que las gestantes tuvieron menos de seis atenciones prenatales lo cual se contrapone a lo expuesto en el presente estudio.

Moran J¹⁷ y Iturrizaga M, Inga O¹⁸ reportaron que el antecedente de aborto se presentó en el 10,0% y 2,6% respectivamente, lo cual contrasta con los resultados encontrados; de similar manera, los estudios de Hurtado N²¹ y Castillo E²² reportaron que el antecedente de haber tenido un parto pretérmino esta presente en el 80,0% y 39,13% respectivamente, lo cual es totalmente diferente a los hallazgos encontrados. Con referencia al embarazo múltiple, se encontró similitud con lo reportado por Moran J¹⁷ con un 3,0%.

Respecto al perfil clínico, durante la atención de la gestante con amenaza de parto pretérmino se identificó que el 12,94% de las gestantes presentaba infección en el

tracto urinario (13) y 3,70% tenía una infección vaginal (4). Algunas de las complicaciones sobreañadidas que se presentaron durante la atención fueron la presencia de ruptura de membranas en un 7,41% el total (8), presencia de oligohidramnios en 3,70% (4), retardo de crecimiento intrauterino en un 5,56% (6) y presencia de placenta previa en 1,85% del total de gestantes (2).

El porcentaje de gestantes con presencia de infección del tracto urinario fue próximo a lo reportado por Valdez M¹⁹ y Castillo E²² con 7,0% y 17,39%; sin embargo, los resultados mostrados por Gordon V¹⁵ y Maraza T²⁰ muestran valores porcentuales muy por encima con 35,0% y 34,1%. Cuando se analizó la presencia de infección vaginal, los estudios de Moran J¹⁷ y Valdez M¹⁹ son los más cercanos porcentualmente a los resultados del presente estudio con 3,0% y 7,8% respectivamente; estudios como el de Gordon V¹⁵, Salazar J¹⁶, Hurtado N²¹ y Castillo E²² mostraron resultados superiores.

De acuerdo con el estudio de Moran J¹⁷, el porcentaje de gestantes con amenaza de parto pretérmino y que tuvieron retardo de crecimiento intrauterino alcanzó el 2,0%, lo cual refleja un porcentaje cercano a lo evidenciado en el presente estudio.

V. CONCLUSIONES

1. Se identificó que el perfil epidemiológico en su dimensión características sociodemográficas, las gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en la Clínica SANNA San Borja se caracterizaron por tener entre 19 a 34 años, contaban con un nivel educativo superior, tenían un estado civil de casada, viven en zona urbana y desempeña un trabajo de tipo dependiente.
2. Se identificó que el perfil epidemiológico en su dimensión características obstétricas, las gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en la Clínica SANNA San Borja se caracterizaron por ser primigestas, nulíparas, tenía entre 32 a 36 semanas de gestación, lograron tener de seis a más atenciones, con un período intergenésico corto, presentaron antecedente de parto pretérmino, aborto espontáneo y cursaban un embarazo múltiple
3. Se identificó que, en el perfil clínico, las gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en la Clínica SANNA San Borja durante la atención presentaban infección en el tracto urinario, infección vaginal, ruptura de membranas, oligohidramnios, retardo de crecimiento y placenta previa.

VI. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere brindar información de fácil comprensión de manera digital o impresa sobre la amenaza de parto pretérmino a las gestantes y sus acompañantes que acuden a sus atenciones prenatales; dado que la mayor frecuencia de usuarias que tuvieron amenaza de parto pretérmino en el Establecimiento de Salud tiene un alto nivel educativo y son mayoritariamente casadas con fácil acceso a fuentes de información. A pesar que se reportó menor frecuencia de amenaza de parto pretérmino en adolescentes y mujeres añosas, se sugiere establecer información diferenciada dado que este grupo etario presenta otros factores de riesgo propios de la condición demográfica.
2. Continuar con el seguimiento a través de las gestantes a través de llamadas telefónicas o video llamadas en aquellas que cumplen con las citas de atención prenatal programadas en la clínica Sanna de San Borja, y enfocarse en aquellas gestantes que cursan su primer embarazo pues representan la mayor frecuencia del presente estudio; poner énfasis, en el seguimiento de las gestantes que presentan antecedente de aborto, parto pretérmino o que cursan un embarazo múltiple.
3. Reconocer que cada gestante puede presentar un perfil clínico diferente ante la presencia de una amenaza de parto Pretérmino; por ello es importante conocer todos esos detalles que permitirán una atención personalizada y adaptada a la

necesidad específica de cada gestante durante la estancia hospitalaria de la usuaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vogel J, Chawanpaiboon S, Moller A, Watananirun K, Bonet M, Lumbiganon P. The global epidemiology of preterm birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2018 [citado el 13 de mayo del 2022]; 52(1): 3-12. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29779863/>
2. Ahumada J, Barrera A, Canosa D, Cárdenas L, Uriel M, Ibáñez E, et al. Factores de riesgo de parto pretérmino en Bogotá D.C., Colombia. *Rev fac med* [Internet]. 2020 [citado el 13 de mayo del 2022]; 68(4): 556-563. Disponible de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112020000400556&lng=en&nrm=iso
3. Organización Panamericana de Salud. Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro [Internet]. Montevideo: OPS; 2019 [citado el 14 de mayo del 2022]. Serie de recomendaciones. Disponible de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53940>.
4. Romero R, Erez O, Maymon E. Is an episode of suspected preterm labor that subsequently leads to a term delivery benign? *Am j Obstet Gynecol* [Internet]. 2017 [citado el 13 de mayo del 2022]; 216(2): 89-94. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28148450/>

5. Da Fonseca E, Damião R, Moreira D. Preterm birth prevention. *Best Pract & Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2020 [citado el 13 de mayo del 2022]; 69(1): 40-49. Disponible de: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.09.003>
6. Walani S. Global burden of preterm birth. *Int J Gynaecol & Obstet* [Internet]. 2020 [citado el 13 de mayo del 2022]; 150(1): 31-33. Disponible de: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13195>
7. Quirós G, Alfaro R, Bolívar M, Solano N. Amenaza de parto pretérmino. *Rev Ci EMed UCR* [Internet]. 2016 [citado el 13 de mayo del 2022]; 1(1): 75-80. Disponible de: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/23061/23287>
8. Ministerio de Salud del Perú. Sede del Minsa y otros establecimientos de salud se iluminaron de morado por Día Mundial del Niño Prematuro. [Internet]. Lima: Gobierno del Perú; 2021 [citado el 01 de mayo del 2022]. Disponible de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/558904-sede-del-minsa-y-otros-establecimientos-de-salud-se-iluminaron-de-morado-por-dia-mundial-del-nino-prematuro>
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: nacidos vivos y nacidas vivas con bajo peso 2015-2018 [Internet]. Lima: INEI; 2019 [citado el 15 de mayo del 2022]. Serie de Informes Técnicos Disponible de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1748/libro.pdf
10. Rai R, Sudfeld C, Barik A, Fawzi W, Chowdhury A. Sociodemographic Determinants of Preterm Birth and Small for Gestational Age in Rural West

- Bengal, India. *J trop pediatr* [Internet]. 2019 [citado el 13 de mayo del 2022]; 65(6): 537-546. Disponible de: <https://doi.org/10.1093/tropej/fmz002>
11. Huarcaya R, Cerda M, Barja J. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú. *MEDISAN* [Internet]. 2021 [citado el 13 de mayo del 2022]; 25(2): 346-356. Disponible de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000200346&lng=es
 12. Ramos M. Factores maternos desencadenantes de amenaza de parto pretérmino asociado al bienestar del neonato Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. 2019. [Tesis titulación en Internet]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019 [citado el 13 de mayo del 2022]. 79 p. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/11639>
 13. Bień A, Rzońca E, Grzesik-Gąsior J, Pieczykolan A, Humeniuk E, Michalak M, et al. Determinants of Psychosocial Resilience Resources in Obese Pregnant Women with Threatened Preterm Labor—A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado el 13 de mayo del 2022]; 18(20): 10590. Disponible de: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/20/10590>
 14. Segovia A, Mesa I, Ramírez A, García J. Características demográficas y clínicas de mujeres con amenaza de parto pretérmino. *Journal of American Health* [Internet]. 2021 [citado el 13 de mayo del 2022]; 1(1): 1-12. Disponible de: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/82>
 15. Gordon V. Amenaza de parto pretérmino y efectos perinatales adversos, gestantes atendidas en el Hospital Mariana de Jesús, mayo – diciembre del

- 2016 [Tesis de titulación en Internet]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2017 [citado el 22 de julio del 2022]. 42 p. Disponible de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/48306>
16. Salazar J, Guevara D, Domínguez J. Causas más frecuentes de amenaza de parto pretérmino en el Hospital Universitario. RECIAMUC [Internet]. 2021 [citado el 25 de mayo del 2022]; 5(1): 70-77. Disponible de: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(1\).ene.2021.70-77](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.70-77)
17. Morán, J. Perfil epidemiológico, factores de riesgo en amenaza de parto pretérmino en Hospital Especializado Mariana de Jesús, junio 2015 a junio 2016 [Tesis titulación en Internet]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2017 [citado el 12 de agosto del 2022]; 43 p. Disponible de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/32659>
18. Iturrizaga M, Inga O. Perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020 [Tesis especialidad en Internet]. Perú: Universidad Nacional de Huancavelica; 2021 [citado el 10 de agosto del 2022]; 86 p. Disponible de: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/4354>
19. Valdez M. Perfil epidemiológico de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo, 2010 al 2020 [Tesis de titulación en Internet]. Perú: Universidad César Vallejo; 2020 [citado el 10 de agosto del 2022]; 38 p. Disponible de: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/60102>
20. Maraza T. Anemia y amenaza de parto pretérmino en gestantes del Hospital Sergio Enrique Bernales en el periodo 2018-2019 [Tesis de titulación en

- Internet]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2020 [citado el 14 de mayo del 2022]. 41 p. Disponible de: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2971>
21. Hurtado N. Características clínicas de las gestantes con amenaza de parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unánue durante el periodo de enero a diciembre del 2014 [Tesis medicina en Internet]. Perú: Universidad Ricardo Palma, 2014 [citado el 10 de agosto del 2022]. 68 p. Disponible de: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/5238>
22. Castillo E, Espinola M, Sanca S. Perfil clínico de gestantes con amenaza de parto pretérmino que concluyen en parto pretérmino. Rev Per Invest Matern Perinat [Internet]. 2017 [citado el 13 de mayo del 2022]; 6(2): 18-21. Disponible de: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/92>
23. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología [internet]. Lima: INMP; 2018 [citado el 22 de julio del 2022]. Guía de práctica clínica. Disponible de: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>.
24. World Health Organization. Parto pretérmino. [Internet]; 2018 [citado el 13 de mayo del 2022]. Disponible de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
25. Phillips C, Velji Z, Hanly C, Metcalfe A. Risk of recurrent spontaneous preterm birth: a systematic review and meta-analysis. BMJ open [Internet]. 2017 [citado

- el 13 de mayo del 2022]; 7(6): e015402. Disponible de:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28679674/>
26. Huertas E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev per ginecol obst [Internet]. 2018 [citado el 13 de mayo del 2022]; 64(3): 399-404. Disponible de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300013&lng=es
27. Pacheco J. Parto pretérmino, avances y retos. A manera de prólogo. Rev per ginecol obstet. [Internet]. 2018 [citado el 13 de mayo del 2022]; 64(3): 393-398. Disponible de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300012&lng=es.
28. Hospital Sant Joan De Deu. Amenaza de parto pretérmino [Internet]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2016 [citado el 15 de mayo del 2022]. Serie de guías de atención clínica Disponible de: https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/amenaza_de_parto_pretermino_hcp_hsjd.pdf
29. Songthamwat S, Na Nan C, Songthamwat M. Effectiveness of nifedipine in threatened preterm labor: a randomized trial. Int J Womens Health [Internet]. 2018 [citado el 13 de mayo del 2022]; 10(1): 317-323. Disponible de: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S159062>
30. Seguro Social de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del parto pretérmino [Internet]. Lima: EsSalud; 2018 [citado el 15 de mayo del 2022]. Serie de guías de práctica clínica. Disponible de:

http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Part0_Pretermino_Version_Corta.pdf

31. Delnord M, Zeitlin J. Epidemiology of late preterm and early term births - An international perspective. *Semin fetal neonatal med (Paris)* [Internet]. 2019 [citado el 13 de mayo del 2022]; 24(1): 3-10. Disponible de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744165X18301069>
32. Purisch S, Turitz A, Elovitz M, Levine L. The Effect of Prior Term Birth on Risk of Recurrent Spontaneous Preterm Birth. *Am j Perinatol* [Internet]. 2018 [citado el 13 de mayo del 2022]; 35(4): 380-384. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29078234/>
33. Torres O, Hernández I, Meneses C, Ruvalcaba J. Infección urinaria como factor de riesgo para parto pretérmino. *JONNPR* [Internet]. 2020 [citado el 22 de mayo del 2022]; 5 (11): 1426-1443. Disponible de: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3779>
34. Chavarría L. Factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en El Salvador. *Rev cient inst nac salud* [Internet]. 2019 [citado el 22 de mayo del 2022]; 2 (2): 144-152. Disponible de: <https://www.lamjol.info/index.php/alerta/article/view/7922>
35. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de asistencia práctica: parto pretérmino. *Prog Obstet Ginecol* [Internet]. 2020 [citado el 13 de mayo del 2022]; 63(1): 283-321. Disponible de: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf

36. Gagnon L, Allen V, Crane J, Jangaard K, Brock J, Woolcott C. The association between threatened preterm labour and perinatal outcomes at term: a population-based cohort study. *BJOG* [Internet]. 2020 [citado el 13 de mayo del 2022]; 128(7): 1145-1150. Disponible de: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.16598>
37. Schummers L, Hutcheon J, Hernández S, Williams P, Hacker M, VanderWeele T, et al. Asociación del intervalo entre embarazos corto con los resultados del embarazo según la edad materna. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2018 [citado el 13 de mayo del 2022]; 178(12): 1661-1670. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30383085/>

VII. ANEXOS

ANEXO N°1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO MATERNO DE GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN LA CLÍNICA SANNA SAN BORJA EN EL AÑO 2021

ID: _____

Fecha de recolección de datos: _____

A. Perfil epidemiológico

Características Sociodemográficas

1. Edad (años): _____
 - <= 18 años
 - 19 a 34 años
 - >= 35 años
2. Nivel educativo:
 - Sin estudio
 - Primaria
 - Secundaria
 - Superior
3. Estado civil:
 - Soltera
 - Casada
 - Conviviente
4. Lugar de residencia:
 - Rural
 - Urbano
5. Ocupación:
 - Ama de casa
 - Trabajo independiente
 - Trabajo dependiente
 - Trabajo técnico u oficio

Características obstétricas

6. Gestación:
 - Primigesta
 - Segundigesta
 - Tercigesta

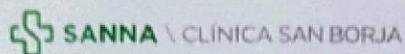
7. Paridad: Multigesta
 Nulípara
 Primípara
 Multípara
8. Atención prenatal: Sin ATP
 < 6 ATP
 > 6 ATP
9. Tipo de parto: Parto vaginal
 Parto cesárea
10. Edad Gestacional: < 28 ss.
 28 a 32 semanas
 32 a 36 semanas
11. Periodo intergenésico Corto
 Normal
 Largo
12. Antecedente de parto pretérmino: Sí
 No
13. Antecedente de aborto Sí
 No
14. Embarazo múltiple actual: Sí
 No
- B. Perfil clínico**
Características clínicas
15. Presencia de infección urinaria: Sí
 No
16. Presencia de infección vaginal: Sí
 No
17. Antecedente de Placenta previa Sí
 No
18. Antecedente de Oligohidramnios Sí
 No
19. Presencia de Retardo de Crecimiento Intratuterino Sí
 No
20. Presencia de RPM: Sí
 No

ANEXO N°2: OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable	Dimensión de la variable	Indicador	Tipo	Escala	Categoría y valores
Perfil epidemiológico	Características Sociodemográficas	Edad	Categórica	Ordinal	< = 18 años 19 a 34 años >= 35 años
		Nivel educativo	Categórica	Ordinal	Sin estudio Primaria Secundaria Superior
		Estado civil	Categórica	Nominal	Soltera Casada Conviviente
		Lugar de residencia	Categórica	Nominal	Rural Urbano
		Ocupación	Categórica	Nominal	Ama de Casa Trabajo independiente Trabajo dependiente. Trabajo técnico u oficio.
	Características Obstétricas	Gestación	Categórica	Ordinal	Primigesta Segundigesta Tercigesta Multigesta
		Paridad	Categórica	Ordinal	Nulípara Primípara Multípara
		Edad Gestacional	Categórica	Ordinal	22 a < 28 semanas (pretérmino extremo) 28 a 31.6 semanas (muy pretérmino) 32 a 36.6 semanas (pretérmino tardío)

		Atención prenatal	Categórica	Ordinal	Sin ATP (no controlada) < 6 ATP (controles insuficientes) ≥6 ATP (gestante controlada)
		Periodo intergenésico	Categórica	Ordinal	Corto (menor 2 años) Normal (entre 2 a 5 años) Largo (mayor 5 años)
		Tipo de parto	Categórica	Nominal	Parto vaginal Parto cesárea
		Antecedente de parto pretérmino	Categórica	Nominal	Sí No
		Antecedente de aborto	Categórica	Ordinal	Sí No
		Embarazo múltiple actual	Categórica	Nominal	Sí No
Perfil clínico	Características clínicas	Presencia de infección urinaria	Categórica	Nominal	Sí No
		Presencia de infección vaginal	Categórica	Nominal	Sí No
		Antecedente de Placenta Previa	Categórica	Nominal	Sí No
		Antecedente de Oligohidramnios	Categórica	Nominal	Sí No
		RCIU	Categórica	Nominal	Sí No
		Presencia de RPM	Categórica	Nominal	Sí No

ANEXO N°3: CARTA DE AUTORIZACIÓN



San Borja, 26 de octubre de 2022

Licenciada:
Lizeth Mezares Rivas

Presente.-

Asunto: Respuesta a solicitud.

De nuestra especial consideración:

Por medio de la presente los saludamos cordialmente y en respuesta a la solicitud recibida, le comunicamos que se le otorga el permiso para recolectar datos necesarios para elaborar el proyector de tesis de la segunda especialidad de Obstetricia teniendo como título: **"PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y CLINICO MATERNO DE GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO ATENDIDAS EN LA CLINICA SANNA SAN BORJA EN EL AÑO 2021"**

Sin otro particular quedamos de Ud.

Atentamente,

SANNA / Clínica San Borja


Dr. Luis Alcides García Barrionuevo
Director Médico

Clínica San Borja
Central (01) 6330000
Av. Guardia Civil 117
San Borja Lima - Perú
www.sanna.pe