



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO: FACTORES  
DETERMINANTES Y TRATAMIENTO DE REMISIÓN EN  
GESTANTE DE 26 SEMANAS. HOSPITAL DE NIVEL III,  
LIMA - 2021**

**PRESENTADO POR**

**GIOVANNA AURORA GUEVARA SEMINARIO**

**ASESOR**

**MGR. ELIZABETH ENI YALAN LEAL**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS,  
ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

**MOQUEGUA-PERÚ**

**2023**

## ÍNDICE DEL CONTENIDO

PÁGINA DE JURADO .....	i
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	ii
RESUMEN.....	iv

### CAPÍTULO I:

#### PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema.....	6
1.2 Justificación.....	7
1.3 Marco teórico.....	9
1.3.1 Antecedentes.....	9
1.3.2 Bases teóricas .....	11

### CAPÍTULO II:

#### CASO CLÍNICO

2.1 Objetivos.....	22
2.2 Sucesos relevantes del caso clínico.....	22
2.3 Discusión.....	37
2.4 Conclusiones.....	40
2.5 Recomendaciones.....	40
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>47</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Resumen de los controles prenatales .....	31
--	----

## RESUMEN

La amenaza del parto pretérmino es una complicación calificada como una problemática de salubridad pública por sus consecuencias, que involucran la salud y la vida del niño en la etapa perinatal e infancia; por tal motivo es imprescindible, el diagnóstico oportuno y el tratamiento y plan de acción oportunos y eficaces. En este trabajo de investigación, se analiza un caso clínico que propone conocer las características sociodemográficas de una gestante de 26 semanas, identificar los factores relacionados a la madre y los fetales que determinan la ocurrencia de amenaza de parto pretérmino y describir el tratamiento efectuado con la finalidad de remitir la amenaza de parto pretérmino. El estudio siguió un diseño de estudio de caso de nivel exploratorio; en el cual se pudo analizar la casuística de una multigesta de 32 años 26 ss de gestación gemelar por eco de 19 ss, Cesareada anterior dos veces, ITU reincidente, anemia leve (10.7g/dL) y amenaza de parto pretérmino. En cuanto a los factores maternos que determinaron la ocurrencia de amenaza de parto pretérmino se encontraron la infección urinaria, la vaginosis, la anemia, la paridad y la cesárea anterior dos veces y como factor fetal fué el embarazo gemelar. Al indagar sobre el tratamiento recibido se pudo evidenciar que la indicación fue hidratación (vía salinizada y Cloruro de Sodio), vigilancia materno-fetal, administración de 200 mg de hierro sacarato EV, de betametasona 12 mg IM en 2 dosis y Ceftriaxona 2 gramos EV cada 24 horas, así como la realización de la prueba de vaginosis bacteriana y la ecografía para la medida de la longitud del cérvix.

**Palabras clave:** gestante, amenaza de parto pretérmino, factores determinantes, tratamiento de remisión.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La prematuridad es una significativa problemática de salubridad pública en razón a su influencia en la morbi-mortalidad alrededor del nacimiento e infantil, dada las complicaciones que puede ocasionar<sup>1</sup>.

La amenaza de parto prematuro se produce alrededor de las semanas de gestación 27 y 37, y tiene la peculiaridad de presentarse con contracciones del útero con periodicidad de una cada 10 minutos, con duración de 30 segundos al tacto, que permanecen por el lapso de una hora; además se presenta borramiento del cérvix uterino del 50% o menos y una dilatación semejante o menor de tres cm, entre las semanas 22 y 36.6 de gestación<sup>2</sup>.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), todos los años se originan alrededor de 15 millones de partos que culminan antes de que termine la semana 37 de gestación, siendo esta condición entre las razones primordiales para la muerte de menores de cinco años de edad<sup>3</sup>.

A nivel mundial, el porcentaje de nacimientos con prematuridad era de aproximadamente el 11% (5% en Europa y 18% en África), lo cual es equivalente a 15 millones de niños prematuros. De ellos, el 84% sucede entre las 32 a 36

semanas de gestación, el 10% acontece durante las semanas 28 y 32 y el 5% sobreviene previo de las 28 semanas<sup>4</sup>, y al respecto del peligro de parto prematuro tiene una prevalencia de 7-10%<sup>5</sup>.

Los motivos principales para una amenaza de parto prematuro son las gestaciones gemelares, los procesos infecciosos y las patologías crónicas, como la diabetes y la hipertensión; además existe un influjo genético; por lo cual la identificación de estos problemas podría prevenir intervenciones actuales y costo eficaces<sup>6</sup>.

En el Hospital San Bartolomé, el porcentaje de “parto pretérmino” en el año 2018 fue de 3.26%, teniendo como principales comorbilidades determinantes a la anemia, la infección en las vías urinarias, el aumento de peso excesivo, el incremento de masa corporal pregestacional (IMC pg), la rotura prematura de membranas, la preeclampsia, entre otras<sup>7</sup>.

El peligro de parto pretérmino es una afección clínica habitual, en el Hospital de nivel III, lugar de análisis del caso clínico; y es peculiar, observar gestantes que acuden por presentarse contracciones uterinas constantes sin alteraciones cervicales o sin labor de parto pretérmino, convirtiéndose en un complicación obstétrica y de sanidad pública, en la institución, por lo que el análisis de los determinantes, es necesario ya que el número de ingresos hospitalarios por esta condición va en incremento, generando aumentos de egresos económicos e desequilibrio en el núcleo de la familia.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

El presente análisis de caso clínico tendrá como principal propósito evaluar los determinantes que pueden ocasionar el peligro de parto pretérmino en gestantes que se controlan en un centro hospitalario de tercer nivel y, de esta manera, generar un

registro de los sucesos acaecidos en el tiempo del estudio. El beneficio de este análisis sobre amenaza de parto pretérmino estriba en advertir las distintas disposiciones de cambio de comportamientos estimadas hostiles, y de esta forma evitar el parto pretérmino o, de alguna manera, reducir las secuelas perjudiciales que se provienen de éste.

En cuanto al ejercicio clínico se ha corroborado el incremento en admisiones hospitalarias de pacientes con peligro de partos antes del término conllevando, subsiguientemente, a “partos pretérminos”; y aún no se asumen medidas concretas, por lo que identificando las principales causas se podrá no solo actuar de forma preventiva, sino que se podrá esclarecer un tratamiento correcto en base a situaciones particulares; ya que cada gestante es única. También, distintas investigaciones se ejecutan ocupándose en el parto pretérmino y en sus varias secuelas; no obstante, se buscaría examinar el horizonte que se halla antes, para así establecer por qué se produce el parto pretérmino, teniéndose en su haber numerosas ocasiones de ingresos preliminares a un establecimiento hospitalario por acortamiento cervical y/o amenaza de parto pretérmino.

Asimismo, aporta un inicio para estudios futuros, y medidas de injerencia en búsqueda de reducir esta enfermedad por el impacto que produce en el neonato y en el ámbito de la economía de las familias afectadas y de la organización. La información recabada podrá sugerir la implementación de nuevas estrategias para menguar el problema en este centro hospitalario; concretamente, además se verán favorecidas las familias de las gestantes y toda la colectividad en general.

### **1.3 MARCO TEÓRICO**

#### **1.3.1 Antecedentes**

##### **Antecedentes Internacionales**

Salazar J, Guevara D, Domínguez J. (2021) realizaron una investigación con la finalidad de determinar, componentes del compromiso materno en mujeres con peligro de parto prematuro. Fue un trabajo descriptivo y retrospectivo, que tuvo como muestra a 159 expedientes clínicos. En los resultados se demostró que había 302 sucesos obstétricos, de los cuales el 53% eran amenazas de parto prematuro. Los padecimientos de peligro para amenaza de parto precoz son: proceso infeccioso del tracto urinario (65%), infecciones genitales (14%), oligohidramnios (7%), ruptura temprana de membranas (4%) y pielonefritis (4%); dentro de los precedentes Gineco-Obstétricos se encuentran: primigesta (41%) y edad gestacional de 27 a 30 semanas (36%)<sup>2</sup>.

Vásquez M. (2019) publicó un trabajo con la finalidad de determinar la periodicidad de peligro de parto pretérmino y los factores asociados, para lo cual se utilizó la metodología observacional, analítica y transversal en 257 gestantes de 22,0 a 36,6 semanas. Los resultados indican que el porcentaje de amenaza de parto pretérmino fue de 21.4%, siendo los elementos relacionados a su aparición: infección del tracto urinario, ruptura precoz de membranas y preeclampsia ( $p < 0.05$ )<sup>8</sup>.

Calero L, Hernández G. (2017) efectuaron un trabajo sobre los elementos de riesgo adjuntos al peligro de parto pretérmino, donde se empleó un método observacional, de corte transversal, retrospectivo, y de casos y controles, que incluyó a 82 pacientes con amenaza de parto prematuro y 82 controles. Hallaron que los factores asociados fueron: el ser ama de casa, no tener cónyuge, tener tres atenciones prenatales, precedente de peligro de parto pretérmino, rompimiento prematuro de membranas, infecciones vaginales y de las vías urinarias, anemia e índice de masa corporal (obesidad y/o desnutrición)<sup>9</sup>.



Ordoñez P. (2017) hizo un trabajo con la finalidad de establecer los elementos de peligro para amenaza de parto pretérmino en primigestas adolescentes, siendo una investigación analítica, retrospectiva, de diseño casos y controles, donde se involucró a 100 gestantes con peligro de parto pretérmino y 150 controles. En los resultados se encontró que los componentes de peligro de mayor vínculo de amenaza de parto pretérmino han sido los trastornos hipertensivos, las infecciones vaginales y urinarias, mientras que los de menor asociación fueron: anemia, ruptura prematura de membranas y controles prenatales<sup>10</sup>.

Dávila J, Vélez A, Salas C, Dávila J. (2017) ejecutó un trabajo con la finalidad de conocer la incidencia del peligro de parto pretérmino y el proceso infeccioso de vías urinarias como elemento de riesgo. Fué un estudio no experimental, longitudinal y prospectivo, que tuvo como muestra a 100 pacientes. Se obtuvo en los resultados que el principal componente de riesgo de la advertencia de parto pretérmino fué la infección urinaria con 60 casos (60%), de los que el 50% se dió entre las 34 – 36 semanas<sup>11</sup>.

Barberena S, Ñurinda J. (2016) efectuaron un estudio que ha tenido la finalidad de reconocer los factores condicionantes para la advertencia de parto pretérmino. Fué un trabajo descriptivo y transversal que incluyó a 100 gestantes. En los resultados se obtuvo que los elementos relacionados fueron: hábitos tóxicos, primigesta, infección urinaria, cervicovaginitis y embarazo múltiple<sup>12</sup>.

### **Antecedentes Nacionales**

Bartolo R, Vásquez Y. (2021) realizaron un trabajo cuyo propósito fue conocer los factores gineco obstétricos vinculados al peligro de parto pretérmino en gestantes. El modelo fue observacional, retrospectivo, analítico, transversal y de tipo

correlacional, que abarcó a 67 embarazadas. En los resultados se demostró que solo la infección del tracto urinario y la edad gestacional se relacionan con la amenaza de parto pretérmino ( $p < 0.05$ )<sup>13</sup>.

Gil E. (2020) desarrolló una investigación que tuvo como objetivo comprobar los componentes de riesgo maternos en la advertencia de parto pretérmino. Se siguió un diseño analítico, observacional y de casos (75 pacientes) y controles (150 pacientes). Se halló que los factores gineco-obstétricos han sido: paridad, historial de aborto y parto prematuro infección urinaria ( $p < 0.05$ ); en cambio los factores sociodemográficos y placentarios no mostraron ser significativos<sup>14</sup>.

### **1.3.2 Bases Teóricas**

#### **1.3.2.1 AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO**

##### **a. Definición:**

El peligro de parto pretérmino (APP) se contempla como la identificación de contracciones a nivel del útero en razón de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre las 22 y 37 semanas de embarazo, las cuales se vinculan a transformación gradual del cérvix y dilatación cervical  $> 2$  cm y borramiento  $> 80\%$ <sup>15</sup>.

También se trata de un proceso clínico sintomático (aparición de dinámica uterina regular con alteraciones cervicales) que puede llevar a un parto pretérmino<sup>16</sup>.

##### **b. Etiología:**

Generalmente, el peligro de parto pretérmino podría poseer un inicio multifactorial. No obstante, habitualmente sus potenciales motivos se sitúan en tres grupos grandes:

- Iatrogénico: el embarazo culmina previo al término por prescripción del médico obstetra, secundario a cierta patología de la madre, que imposibilite conseguir el progreso de la gestación.
- Como consecuencia a una rotura prematura de membranas (RPM).
- Idiopático: no posee causal supuesto o acreditado.

Últimamente, de acuerdo con experiencias clínicas, la mayor cantidad de los partos pretérminos secundarios a razones motivos idiopáticos y por RPM: inflamación decidual y amnio-coriónica, hemorragia decidual y distensión uterina patológica (embarazos múltiples y polihidramnios) por activación del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal materno o fetal.

Estos sucesos confluyen en un punto terminal frecuente donde se desencadena el escape de mediadores bioquímicos, incremento de proteasas y útero-toninas de membranas fetales y decidua. Por tanto, se origina el comienzo de las contracciones uterinas con alteraciones del cérvix, con o sin RPM, y posteriormente se da el parto prematuro<sup>17</sup>.

### **c. Factores determinantes:**

Un factor determinante es una colectividad de componentes tanto propios como económicos, ambientales y sociales que establecen el estado de salud en los sujetos<sup>18</sup>.

La APP es de génesis multifactorial, en razón que se vincula a la edad gestacional y el escenario étnico-geográfico. Comúnmente, no se hallan las razones que desencadenan; aunque, en otros casos, un contexto clínico explicita la ocasión del suceso, como: una ruptura prematura de membranas (RPM)<sup>19</sup>.

Entre los factores se encuentran:

Factores uterinos:

Se trata de los que se presentan con hiperdistensión o acrecentamiento en la intensidad de presión intrauterina, como consecuencia de gestación múltiple y polihidramnios. El número de fetos posee una relación inversamente proporcional al tiempo medio de la gestación. Además, malformaciones como el útero bicorne, septo, o la presentación de miomas (submucosos) incrementan la amenaza de APP, surgiendo hasta en el 3% de los casos.<sup>20</sup>

Factores fetales:

Se refiere a las malformaciones o los decesos fetales, restricción del crecimiento intrauterino.<sup>20</sup>

Factores maternos:

Entre ellos destacan los factores sociales como la baja condición socioeconómica, la raza distinta de la blanca, la edad materna menos de 18 o más de 40 años y el consumir sustancias nocivas como drogas y tabaco. Es demostrable que la

mediación de exclusividad acerca de estos factores no optimiza las tasas de parto pretérmino. Una situación muy complicada es el influjo de la condición laboral de la gestante, como la carga física o el estrés.<sup>20</sup>

Antecedentes obstétricos:

El principal factor predictivo es el antecedente de parto pretérmino o neonato de poco peso, pues involucra un peligro recurrente considerado en un 17-37%. Además se asocia con historial de abortos tardíos.

La precocidad de la rotura de membranas se vincula con la APP, especialmente, por el peligro de infección.<sup>20</sup>

Procesos infecciosos:

Para esto, es imprescindible que existan infecciones genitourinarias, trayendo como consecuencias una migración de microorganismos a través del cérvix y la aparición en la placenta y en las membranas, suscita sustancias como las citocinas y las prostaglandinas con una secuela oxitócica.

Los procesos genitourinarios más relacionados son la bacteriuria asintomática (sus efectos como la pielonefritis aguda), la cervicitis gonocócica y las vaginosis bacterianas.<sup>20</sup>

Factores placentarios:

Placenta precoz, inserción marginal del cordón umbilical y desprendimiento de placenta<sup>21</sup>.

En la guía del Hospital San Bartolomé se clasifica de la siguiente manera:

- “Peligro relativo de 6.4 a 4”:  
dilatación cervical previo de las 32 semanas, embarazo múltiple, cirugía abdominal, parto prematuro anterior, incorporación cervical con anterioridad a las 32 semanas, anomalía morfológica uterina.
- “Amenaza relativa de 3.7 a 2”:  
irritabilidad uterina, labor de parto prematuro precoz, polihidramnios, historial de cono cervical, metrorragia.
- “Riesgo relativo de 1.5 a 1.8”:  
tabaquismo, aborto de segundo trimestre, más de dos abortos en el primer trimestre, pielonefritis.<sup>22</sup>

**d. Diagnóstico:**

La clínica sospechosa de amenaza de parto pretérmino refiere contracciones del útero y modificaciones en el cérvix. Las contracciones, para distinguirlas de las normales del embarazo (Braxton-Hicks) faltaría que duelan, se evidencien, persistan 30 segundos, y tengan una periodicidad de cuatro en 20 minutos a la hora. Si las contracciones no producen el cambio del cuello del útero, no causarían peligro e inhibirlas no tendría sentido; así, el cérvix debería evidenciar, un 80% de borramiento, además de dos cm de dilatación.

Si no existe transformaciones del cérvix, es apropiado repasar la exploración en 1-2 horas. Cuando no hay alteraciones cervicales, existirían dos procedimientos acerca de la culminación del parto: el cálculo de la extensión del cuello uterino (cervicometría) evaluada por la fibronectina fetal (fFN) y la ecografía trasvaginal.

Cervicometría:

El cérvix menor a 25 mm (p10) posee una alta valoración predictiva positiva (VPP) para pronosticar parto pretérmino, en tanto que un cérvix mayor a 30 mm obtiene

una gran valía predictiva negativa (VPN) para anunciar el aplazamiento del embarazo más de dos semanas, no indicándose la tocólisis.

De manera parecida a la cervicometría actúa la fibronectina fetal, obteniendo un alto VPP si es positiva (61% de partos  $\leq$  34 sem) y un altísimo VPN si es negativa (83% pasó de la semana 34, y 95% se extendieron más de 2 semanas).

El test de fibronectina debería efectuarse previo de la exploración y de la ecografía vaginal, en falta de relaciones sexuales en las 24 horas, mas no ejecutarlo con existencia de amniorrea o hemorragia vaginal superior a spotting. Esta evidencia se llevará a que sea analizada si el cérvix tuviese una medida de 20 y 30 mm, el corolario se atrasa una hora (positivo si  $\geq$  50 ng/ml o negativo si  $<$  50).<sup>23</sup>

#### **e. Manejo:**

Medidas generales y preventivas:

**Primarias:** Tres unidades esenciales en este escenario: conducción preconcepcional, valoración de la presentación de elementos de peligro y consulta prenatal.

Modificar prácticas alimenticias y vigilar el peso evitando el sobrepeso y la obesidad. Se inspeccionará, también, la adicción al alcohol, al tabaco, drogas y peritaje psicosocial.

El aporte previo a la concepción con ácido fólico, doce meses previos al embarazo, reduce la alternativa de parto precoz en 50 a 70%.

Exploración de factores de riesgo: es necesario que durante el control primero del embarazo se investiguen sobre alguna condición de peligro para el embarazo. Las

que tengan algún peligro serán destinadas a un consultorio de alto riesgo, al cual tendrá que acudir en menos de diez días de conocida la situación de peligro.

Búsqueda de proceso infeccioso del tracto urinario (urocultivo).

**Prevención Secundaria:** Incumbe a las alternativas que se efectúan en gestantes con predisposición a parto prematuro.

Tamizaje para detectar “vaginosis bacteriana”.

La medición del cuello uterino mayor a 30 mm entre las 24 - 34 semanas de gestación, por medio del ultrasonido en féminas asintomáticas, poseen solamente una probabilidad del 2% para tener un parto en los siguientes siete días y una probabilidad menor del 10% para parto a las 35 semanas o antes.

Generalmente se pide emplear una valoración de corte de 25 mm para un grupo poblacional de alto riesgo y de 15 mm para población de bajo riesgo.

Cuando se trata de mujeres que hayan tenido con anterioridad, uno o más de un parto precoz idiopático, deben llevar un control más escrito de la medida de su cuello uterino, cada dos semanas, entre las 14-24 semanas, con la finalidad de identificar un acortamiento gradual (cérvix < 25 mm), si fuese el caso, considerar un cerclaje o el empleo de progesterona.

Cervicometría mensual: en caso se muestre, cérvix de menos a 15 mm, deberá solicitarse descanso y saber cuándo se hospitalizaría, así como incitar a la madurez pulmonar con corticoides.

Progesterona: Se sugiere el empleo de progesterona natural micronizada, por vía vaginal, en dosis de 200 mg/día.

Medidas específicas: hospitalización, hidratación y reposo relativo.



Comunicar el caso a neonatología.

Corticoides en menores de 34 semanas: betametasona o dexametasona.

Tocólisis: se sugiere indometacina y nifedipino.

Neuroprotector: sulfato de magnesio, es apropiado su uso cuando ha sido fallida la tocólisis y la labor de parto progresa.<sup>22</sup>

#### **f. Complicaciones:**

Entre las principales complicaciones se encuentran:

Síndrome de dificultad respiratoria: Se trata de una patología inflamatoria e indefinida a los pulmones que determina un aumento de la porosidad de los vasos capilares, peso pulmonar, reducción del parénquima pulmonar aereado, hipoxemia, infiltrados pulmonares bilaterales, acrecentamiento del área muerta y cortocircuito intrapulmonar, tanto como baja de la distensibilidad pulmonar.<sup>24</sup>

Trastornos metabólicos: Colectividad heterogénea de inconvenientes ligadas a ámbitos esenciales del metabolismo intermedio, como son: control de la glucemia y el metabolismo óseo-mineral relacionado a las interacciones entre calcio, vitamina D y fósforo, y las de la asimilación hidrosalina.<sup>25</sup>

Hipotermia: Se desencadena cuando la temperatura central es menor a 36,5° C (97,7° F)<sup>26</sup>.

Trauma obstétrico: Son aquellas contusiones derivadas en el feto como efecto de fuerzas físicas (compresión, tracción) en la labor de parto. Dichas lesiones no son constantemente eludibles y podrían suceder pese a un adecuado manejo del parto<sup>27</sup>.

Enterocolitis necrotizante: Es la urgencia del sistema digestivo más usual en el periodo neonatal, cuyas peculiaridades son: un proceso isquémico/necrótico en la mucosa de la pared intestinal, que avanza a un período de inflamación, acopio de gas en la submucosa (neumatosis intestinal) y casualmente, a una penetración del órgano<sup>28</sup>.

En la guía del Hospital San Bartolomé se estipula como complicaciones las siguientes: síndrome de distrés respiratorio, hemorragia intraventricular, sepsis neonatal y parálisis cerebral<sup>22</sup>.

### **1.3.2.2 EMBARAZO GEMELAR**

#### **a. Definición:**

La investigación del embarazo múltiple inició con Francis Galton (XIX), quien pretendía examinar la alternativa entre la naturaleza y la alimentación en el estudio de gemelos. Sin embargo, esta iniciativa y estudios posteriores fueron de amplia relevancia para el progreso de la genética, además que desencadenaron un amplio interés, más aún, en los últimos 400 años, para conocer mejor el embarazo múltiple.

Después de diversos estudios los ginecoobstetras y neonatólogos, han evidenciado que, estos embarazos, tienen una alta probabilidad de ser perdidos antes de las 20 semanas de gestación, por abortos y los que continúan o pasan esta edad gestacional, se acrecienta el riesgo de tener alguna complicación neonatal como: prematuridad, bajo peso, muerte neonatal, presentación de anomalías congénitas y además de estas, la muerte de la madre materna<sup>28</sup>.

Se denomina embarazo múltiple a la gestación compartida de 2 o más fetos in útero, el cual es estimado de alto riesgo obstétrico y en la mayoría de los significa un

desafío para los obstetras y los neonatólogos; por la necesidad de contrarrestar la alta probabilidad de morbimortalidad materna y neonatal que acompañan a estas condiciones gestacionales.

Se muestra en 1 de cada 80 embarazos y significa del 1 % al 3 % de las gestaciones; esta periodicidad se ha acrecentado últimamente por la edad materna, pues las mujeres postergan el momento de su primera gestación, viéndose en la necesidad de emplear técnicas de reproducción asistida y de inductores de ovulación<sup>29</sup>.

#### **b. Diagnóstico:**

La necesidad de que un embarazo múltiple se diagnostique oportunamente, a través de técnicas de ultrasonido reside no solo en establecer la precisión del sexo, sino en reconocer el tipo de cigocidad, la cantidad de placentas y el espesor de la membrana intergemelar; así mismo posibilita efectuar un seguimiento preciso, especialmente de los gemelos monocoriónicos para fijar la viabilidad fetal, la apreciación del peligro de anomalías cromosómicas, anunciar la presentación del síndrome de transfusión feto-fetal y si fuera el caso, efectuar la intervención terapéutica precisa, con el fin de aminorar la mortalidad fetal<sup>30</sup>.

#### **c. Complicaciones:**

Hay, también, dificultades propias del embarazo de gemelos como: desarrollo discordante, muerte in útero de alguno de los gemelos, síndrome de transfusión feto-fetal, gemelos monoamnióticos y perfusión arterial reversa en uno de los gemelos, que además dan cuenta de un mayor riesgo de estos embarazos. Por otro lado, se ha evidenciado en embarazos de gemelos que hay un mayor peligro de morbimortalidad materna<sup>31</sup>.

El riesgo superior de los embarazos múltiples es el parto prematuro; se ha explicado un peligro de parto precoz de 5.4 veces mayor para embarazos gemelares, y de 9.4 veces más para embarazos triples. En EEUU y Canadá, del 10 al 14% de los partos precoces son imputables a embarazos gemelares. El desarrollo de los gemelos entre el primer y segundo trimestre es parecido al de los embarazos únicos; no obstante, se ha puntualizado una mengua del desarrollo desde la semana 30 de gestación, con una proporción de bajo peso (< 2,500 g) y de muy bajo peso (< 1,500 g) entre los productos de estas gestaciones del 50% y 10%, correspondientemente<sup>32</sup>.

## **CAPÍTULO II: CASO CLÍNICO**

### **2.1 Objetivo**

1. Conocer las características sociodemográficas de una gestante de 26 semanas atendida en un hospital III de Lima, 2021.
2. Identificar los factores maternos que determinan la ocurrencia de amenaza de parto pretérmino en una gestante de 26 semanas atendida en un hospital III de Lima, 2021.
3. Identificar los factores fetales que determinan la ocurrencia de amenaza de parto pretérmino en una gestante de 26 semanas atendida en un hospital III de Lima, 2021.
4. Describir las características del tratamiento para la remisión de la amenaza de parto pretérmino en una gestante de 26 semanas atendida en un hospital III de Lima, 2021.

### **2.2 Sucesos relevantes del caso clínico**

#### **2.2.1 Datos de Filiación:**

- Nombre : anónimo
- Edad : 32 años

- Género : femenino
- Nivel de instrucción : secundaria completa
- Estado civil : conviviente
- Acompañante : esposo
- Modo de Ingreso : emergencia

### **2.2.2 Antecedentes Personales**

#### **Antecedentes Personales Generales:**

- Tuberculosis: No
- Diabetes mellitus: No
- Hipertensión Arterial: No
- Convulsiones: No
- Gemelares: No
- Alergias: No
- Transfusiones: No
- Cáncer: No

#### **Hábitos nocivos:**

- Cigarro (No)                      Alcohol (No)                      Drogas (No)
- Cafeína (No)                      Conducta sexual de riesgo (No)

#### **Antecedentes Gineco-Obstétricos:**

##### **Ginecológicos:**

- Menarquia: 14 años
- IRS: 18 años
- Régimen catamenial: 5/28 días
- Dismenorrea: No
- MAC: Ninguno.
- Dispareunia: No
- N° parejas sexuales: 3

### Obstétricos:

N°	Año	CPN	Eg	Tipo Parto	Sexo	Peso	APGAR	Complicaciones	Institución
G1	2006	Si	AT	Pv	FEM	2600	9 y 9	No	Clínica Particular
G2	2012	Si	AT	Cesárea	FEM	3800	9 y 9	No	Clínica Particular
G3	2014	Si	AT	Cesárea	FEM	4600	9 y 9	No	Clínica Particular
G4	--	Si	NO	No planificado	Actual				

#### 2.3.4 Datos obstétricos actuales

- Fecha de última regla: 05 / 01 / 2016
- Edad gestacional: 26 semanas por ecografía
- Fecha probable de parto: 12/10/2016
- Vacuna antitetánica: 2 dosis
- Grupo Sanguíneo: O +
- RPR: No reactivo
- VIH: No reactivo
- Atenciones prenatales: insuficientes

### 2.2.3 Atención en el servicio de emergencia

**Fecha:** 03/07/16

**Hora:** 18:55 p.m.

Gestante ingresa caminando a la emergencia acompañada de su esposo, refiere dolor abdominal por contracciones uterinas hace aproximadamente 10 horas. Percibe movimientos fetales y no menciona sangrado vaginal y efusión de fluidos.

#### **Al examen:**

CFV:

Temperatura: 37.2°C.

Presión Arterial: 100/70 mmHg.

Pulso: 80x´.

Edema: (-)

Frecuencia Respiratoria: 18 x´.

#### **Examen Gineco-obstétrico:**

Abdomen:                    A. U: 34 cm.                    Movimientos Fetales: ++  
FCF (Feto 1): ----155 x 1´    SPP: LCI  
FCF (Feto 2): ----148 x 1´    SPP: LPD  
D.U: Frecuencia: 2/10           Duración: 25”  
Intensidad: ++  
Útero: Tono normal

Genitales externos y Bartholin, Uretra y Skene (BUS): DAES

PLA (-)                    SV: (-)

Cérvix:                    Situación: intermedia                    Longitud: 2 cm.

Consistencia: blanda                    OCE: Admite pulpejo

Pelvimetría:

CO: >12	L3C: >9.5	SC: C	PP: 11
EC: R	>SP: >90°	BI: >8	

Pelvis: ginecología

Examen de mama: s/p



Exámen anexial: s/p

**Impresión diagnóstica:**

1. Gestante 26 ss. 3d por Eco (19.6ss)
2. Embarazo gemelar Bi-Bi
3. APP
4. Cesareada anterior 02 veces
5. D/C ITU
6. Anemia leve Hb.: 10.7 g/dL

**Indicaciones:**

1. Se hospitaliza en CO
2. MMF + CDE
3. Vía salinizada
4. CINA: 9% x 1000CC / 500CC A diario
5. Maduración pulmonar c/ betamentasona 12 mg IM c/24h
6. De persistir DU, iniciar tocólisis con Nifedipino
7. Reevaluación con resultados
8. I/C a UCI Neo
9. Ecografía obstétrica

**Destino:** Hospitalización

**Exámenes auxiliares:**

1. Ss Hg completo, PCR
2. Exámen de orina y urocultivo

## **2.2.4 Anotaciones de Obstetricia**

**03/07/16**

**19:26 horas**

Paciente ingresa por dolor abdominal tipo contracción

Diagnóstico:

1. Gestante de 26 semanas y 3 días
2. Embarazo gemelar bicorial biamniótico
3. Amenaza de Parto Pretérmino
4. Cesareada anterior dos veces
5. Descartar Infección del Tractor Urinario
6. Anemia Leve (Hb: 10.8).

Se coloca vía permeable y pasa a centro obstétrico.

**20:20 horas**

Paciente llega a Centro Obstétrico del servicio de emergencia en silla de ruedas acompañada por personal técnico con diagnóstico de Gestante de 26 semanas, Embarazo Gemela, cesareada anterior dos veces, descartar ITU, Anemia leve.

FCF: 146 x´

FCF: 152 x´

**00:10 horas**

Paciente gestante en AREG - LOTEPE

Al examen:

No se muestra sangrado ni merma de fluido amniótico

Presencia de movimientos de los fetos

Dinámica del útero: no se muestra.

FCF: 138 x´

FCF: 146 x´

**00:20 horas**

Se administra betametazona 12 mg endovenoso.

**02:25 horas**

Se administra ceftriaxona 2 gramos endovenoso.

**02:50 horas**

Paciente gestante pasa a UCEO por indicación médica.

FCF: 140

FCF: 154

Movimientos fetales presentes

Dinámica uterina (No)

Sangrado (No)

Líquido amniótico (No)

**04/07/16**

**03:15 horas**

PA: 110/75 mmHg

P: 85x´

T°: 37.2°C

R: 20 x´

Gestante de 26 semanas por ecografía, amenaza de parto pretérmino controlado, embarazo gemelar bicorial biamniótico, infección del tracto urinario, cesareada anterior dos veces, anemia moderada.

Ingresa a UCEO en silla de ruedas en AREG, LOTEPE, AREH, AREN con vía de cloruro de sodio 9%.

FCF: 149/149 x' en ambos fetos.

Con mejor respuesta sin movimiento del útero.

Sangrado de la vagina (-) Pérdida de fluido amniótico (-)

Con 1ra dosis de betametasona y envió de tratamiento con antibiótico ceftriaxona.

**06:55 horas**

PA: 114/67 mmHg P: 106x' T°: 37°C R: 20 x'

Gestante queda en ABEG, LOTEF, descansó por la madrugada, sin dinámica uterina, con FCF 142/150 por ambos fetos con movimientos ++/++

Sangrado vaginal (-) Pérdida de líquido amniótico (-)

Recibió 200 mg de hierro sacarato EV

Continúa con antibiótico

Pendiente 2da dosis de betametasona y ecografía en medición longitud del cérvix.

Queda en monitoreo materno fetal.

**07:00**

PA: 106/90 mmHg P: 98x' T°: 37°C R: 20 x'

Gestante en LOTEF, ABEG a la entrega del turno en su unidad, se la observa tranquila, refiere descanso, presenta mucho sueño.

**Al exámen:**

FCF: Feto 1: 148                      Feto 2: 142

Pérdida del fluido amniótico: no      Sangrado de la vagina: paño seco.

Movimientos del feto: presentes      Dinámica uterina: no presenta al momento.

***08: 00 horas***

Queda con monitoreo materno fetal

Pendiente ecografía

Es evaluada por médico e indica luego de tener ecografía, pasaría gestantes a piso sala B.

***08:30 horas***

Gestante en LOTEPE, AREG pasa a ecografía

***09:00 horas***

Resultado de ecografía

Feto 1: Gestante 27 semanas

LA: volumen normal

Placenta posterior grado III

Feto 2: Gestantes 27 semanas

LA: volumen normal

Placenta anterior grado III

***13:00 horas***

Gestante en LOTEP, AREG es inducida por Dra. Que diagnosticó: Gestantes de 27 semanas, embarazo gemelar bicorial biamniótico, amenaza de parto prematuro controlado.

PA: 100/60 P: 96

### **Indicaciones**

- Pasar a piso.
- Continúa con antibiótico ceftriaxona
- Pendiente segunda dosis de betametasona

FCF: F1: 152 F2: 133 DU: (-) PLA: no

PSV: paño permanece seco

Queda con monitoreo materno fetal.

***13:30 horas***

Gestante AREG, LOTEP procedente de UCEO acude a piso con diagnóstico de 29 semanas por ecografía, embarazo gemelar bicorial-biamniótico, amenaza de parto prematuro controlado, descartar infección del tracto urinario, cesareada anterior dos veces.

### **Al exámen:**

PA: 100/60 mmHg P: 102x' T°: 36.7°C R: 20 x'

- Mamas: blandas, normal al examen.
- Genitales externos: SV (-) PLA (-).
- Miembros inferiores: Normales

- DC+CDU, Tratamiento: Ceftriaxona 2 gramos EV cada 24 horas, Betametasona 12 mg IM 2da dosis (00.20 horas 05/07/16).

**18:40 horas**

Gestante hospitalizada queda estable.

**Al exámen:**

FCF: Feto 1: 140 x´                  Feto 2: 130 x´                  MF: ++/++                  DU: (-)

Genitales externos: Sangrado: no, líquido amniótico: no

Miembros inferiores: normales

**20:50 horas**

Paciente gestante AREG, LOTEPE

**Al exámen:**

PA: 110/70 mmHg                  P: 88x´                  Tº: 37°C                  R: 18 x´

- Piel: normal
- Mamas: blandas.
- Abdomen: útero de mayor tamaño por gestación doble
- Genitales externos: no hemorragia ni pérdida de fluido amniótico.
- Miembros inferiores: Normal.

Monitoreo materno fetal:      FCF: 140/150 x´                  MF: presente

**05/07/16**

**06:50 horas**

Paciente gestante pasó la noche tranquila.

**Al exámen:**

PA: 110/70 mmHg P: 80x' T°: 37°C R: 18 x'

Se queda con monitoreo materno fetal.

FCF: 136/144 x' MF: presentes (en 2 fetos) DU (-)

Genitales externos: Sangrado: no líquido amniótico: no

**08:30 horas**

Gestantes de 26.3 semanas de embarazo gemelar biamniótico bicoriónico, amenaza de parto pretérmino, cesareada anterior dos veces, anemia leve.

**Al exámen:**

DU (-) FCF: 134/138 x' MF: ++ PLA: (-) SV: (-)

Se solicita test de vaginosis y seguimiento con urocultivo.

**18:00 horas**

Se efectúa test de vaginosis (resultados pendientes) y ecografía para longitud de cérvix.

**Al exámen:**

FCF: 138 x' PLA (-) SV (-)

Queda en monitoreo materno fetal.

**20:00 horas**

Gestantes AREG, LOTE P

**Al exámen:**

- Mamas: Simétricas, turgentes, no secretantes
- Abdomen: Blando, depresible AU: 34 cm DU: No
- Genitales externos: Normal. PLA (-) SV (-)



- Miembros inferiores: Normal. No edemas.

**Diagnóstico:**

1. Gestantes de 26 semanas por ecografía
2. Amenaza de parto pretérmino
3. Embarazo gemelar bicoriónico biamniótico
4. Infección del tracto urinario.
5. Cesareada anterior dos veces
6. Anemia leve

**Plan:** Control de monitoreo materno y del feto, control de tratamiento.

**06/07/21**

**06:00 horas**

Queda gestante en AREG y LOTEPE

Asintomática

FCF: 130/154 x'      PLA: No      PSV: No

MF: ++/++      DU: No

PA: 100/60 mmHg    P: 88x'      T°: 36.6°C      R: 22 x'

Con tratamiento Ceftriaxona y monitoreo materno fetal.

**15:30 horas**

Gestante de 26 ss 6 días, APP controlado, embarazo gemelar (bi-bi), ITU, ARO cesareada anterior dos veces, anemia moderada, que recibe tratamiento para vaginosis con metronidazol 2 gr. Vía oral – 4 tabletas juntas.

**Al exámen:**

PA: 120/60 mmHg    P: 82x'    T°: 36.7°C    R: 18 x'

Feto 01:    LCF: 142-154    MF: ++ activos y rítmicos

Feto 02:    LCF: 138-156    MF: ++ activos y rítmicos

DU (-)

SV (-)

PLA (-)

Test de vaginosis (+)

Urocultivo (-)

**Indicaciones:**

7. Se le instruye sobre su cuidado, ayuno, reposo relativo, reposos sexual y consejería en AQV.
8. Atención por ARO.
9. Se le explica sobre aplicación de clindamicina y clotrimazol por 3 días.
10. Consejería en signos de alarma.
11. Alta con indicaciones.

## EPICRISIS

### IDENTIFICACIÓN:

- Apellido paterno: XX
- Apellido materno: XX
- Nombres: XX
- Sexo: Femenino
- Edad: 32
- Tipo de seguro: SIS

### RESIDENCIA HABITUAL:

### INGRESO

- Fecha de ingreso: 03 07 2016
- Hora: 05:47
- Vía de Ingreso: Emergencia
- Profesional: Médico
- Diagnóstico de ingreso:
  - 1) Gestante 26 ss. 3 d
  - 2) Embarazo gemelar
  - 3) APP
  - 4) Cesareada anterior

### EGRESO

- Fecha de egreso: 2016 / 07 / 06
- Tipo de alta: por indicación médica.
- Condición del alta: mejorado
- Pronóstico del alta: Bueno
- Estancia: 04 días
- Diagnóstico de egreso:
  - 1) Gestante 27 ss
  - 2) Embarazo gemelar
  - 3) APP
  - 4) Cesareada anterior
  - ITU en tratamiento
  - Vaginosis

### **2.3 Discusión**

El peligro de parto pretérmino es una condición que sustenta en la presentación de contracciones del útero continuas entre las 22 y 37 semanas de embarazo, las cuales producen cambios en el cérvix y dilatación mayor a 2 cm, pudiendo generar un parto pretérmino.

Este caso clínico se trató de una paciente de 32 años que asiste a emergencia por dolor abdominal debido a las contracciones uterinas, recibiendo el siguiente diagnóstico: gestante de 26 semanas por ecografía, embarazo gemelar bicorial-biamniótico, amenaza de parto pretérmino, cesareada anterior 02 veces, descartar Infección del Tracto Urinario y Anemia, por lo que se decide hospitalizar, para vigilar su evolución que consistió en mantener a la gestante y a los fetos en control, además de recibir tratamiento de acuerdo a las patologías asociadas, siendo resuelta el peligro de parto pretérmino, al no continuar con la presencia de contracciones uterinas. Fué dada de alta en óptimas condiciones y con el asesoramiento correspondiente.

Respecto a las características sociodemográficas de la gestante de 26 semanas se encontraron: la edad de 32 años, estudios secundarios completos, dedicarse a las labores de la casa, ser conviviente y atenciones prenatales insuficientes. En cambio, Calero y Hernández en su estudio observaron que las pacientes con peligro de parto pretérmino eran amas de casa, no tenían cónyuge y habían acudido a menos de cuatro atenciones prenatales. Por su parte, Gil en su trabajo halló que las pacientes con amenaza de parto pretérmino poseían edades extremas (< 19 años y > 34 años), estado civil casada o conviviente, ocupación ama de casa, instrucción secundaria/superior.

Acerca de los factores maternos que fijan la ocurrencia de riesgo de parto pretérmino en una gestante de 26 semanas, en este caso se evidenció que la paciente tuvo infección urinaria, vaginosis y anemia, era multigesta y cesareada anterior dos veces, aunque no indicó hábitos nocivos, similar al trabajo de Calero y Hernández, donde los factores asociados al peligro de parto pretérmino fueron los procesos infecciosos vaginales y de las vías urinarias, así como la anemia. De igual modo, Gil encontró que los factores para la amenaza de parto pretérmino fueron el ser multigesta-gran multigesta y la infección urinaria ( $p < 0.05$ ). Así también, Dávila et al. demostraron que el primordial factor de peligro de la amenaza de parto pretérmino fue la infección urinaria. Por su parte, Ordoñez indicó que los factores de riesgo de mayor impacto para riesgo de parto pretérmino fueron las infecciones vaginales y urinarias, mientras que los de menor asociación fue la anemia. En cambio, Barberena y Ñurinda manifestaron que los elementos relacionados fueron: hábitos tóxicos, primigesta, infección urinaria, cervicovaginitis. Estos datos revelan que la paciente presentó varios elementos vinculados para la aparición de peligro de parto pretérmino, no obstante lo ventajoso es que la paciente evitaba el consumo de tabaco y alcohol, que hubiese podido agravar el cuadro. Cabe resaltar, que es importante tener cuidado durante el embarazo en cuanto a la parte nutricional e higiene para evitar la aparición de dicha condición y posibles efectos desencadenantes como un parto pretérmino, que a las 26 semanas podría ocasionar la morbi-mortalidad materno-perinatal.

En este caso, el factor fetal que determina la ocurrencia de peligro de parto pretérmino en una gestante de 26 semanas fue: el embarazo gemelar bicorial biamniótico, semejante al trabajo de Barberena y Ñurinda, donde un elemento relacionado al riesgo de parto pretérmino fue el embarazo múltiple.

Dentro de las peculiaridades del tratamiento para la remisión del peligro de parto pretérmino en una gestante de 26 semanas se encontraron: hidratación (vía salinizada y Cloruro de Sodio), vigilancia materno-fetal y betametasona (dos dosis) para la anduración pulmonar, así como la realización del test de vaginosis bacteriana y la ecografía para la medida de la extensión del cérvix. Asimismo, debido a que la paciente presentó otras comorbilidades fue necesario la aplicación de hierro sacarato endovenoso para tratar la anemia, el antibiótico ceftriaxona para la infección urinaria y metronidazol para la vaginosis bacteriana; lo cual coincide con lo estipulado en la Guía del Hospital San Bartolomé, pues el manejo incluye: hidratación, tamizaje de vaginosis bacteriana, medición del cérvix, aplicación de corticoides y si amerita la aplicación de tocólisis (indometacina y nifedipino), pero para efectos del presente caso, no fue necesario porque aminoraron las contracciones uterinas y se resolvieron.

## **2.4 Conclusiones**

1. Las características sociodemográficas de una gestante de 26 semanas atendida en un hospital III de Lima, 2021 fueron: edad de 32 años, secundaria completa, ama de casa y estado civil conviviente.
2. Los factores maternos que fijan la ocurrencia de riesgo de parto pretérmino en una gestante de 26 semanas atendida en un hospital III de Lima, 2021 fueron: infección urinaria, vaginosis, anemia, paridad y cesárea anterior dos veces.
3. El factor fetal que determina la ocurrencia de amenaza de parto pretérmino en una gestante de 26 semanas atendida en un hospital III de Lima, 2021 fue: embarazo gemelar.
4. Las características del tratamiento para la remisión de riesgo de parto pretérmino en una gestante de 26 semanas atendida en un hospital III de Lima, 2021 fueron: hidratación (vía salinizada y Cloruro de Sodio), vigilancia materno-fetal y administración de betametasona, así como la realización del test de vaginosis bacteriana y la ecografía para la medida de la extensión del cérvix.

## **2.5 Recomendaciones**

1. Se sugiere la ejecución de charlas intramurales o vía virtual a las gestantes sobre los signos de alarma, para que logren reconocerlos correctamente y acudan a tiempo al establecimiento de salud más cercano, de tal manera que se evite una serie de complicaciones y la morbi-mortalidad materno-perinatal.
2. Se recomienda la ejecución de sesiones demostrativas, ya sea presencia o virtual, donde se expliquen detalladamente los alimentos a consumir en el embarazo con la finalidad de que se instruyan, corrijan su alimentación y se evite la anemia.

3. Se sugiere que se promueva cumplir la asistencia a las atenciones prenatales, ya que de esta manera se les podrá hacer una evaluación minuciosa, identificando factores de riesgo y ciertas condiciones como las infecciones urinarias o vaginales, que puedan ser tratadas a tiempo y no culminen en una amenaza de parto pretérmino.



## BIBLIOGRAFÍA:

1. Ruiz S, Redondo N, Lasheras A, Sánchez D, Yague M. Amenaza de parto prematuro. Caso clínico. Revista Sanitaria de Investigación. 2021.
2. Salazar J, Guevara D, Domínguez J. Causas más frecuentes de amenaza de parto prematuro en el Hospital Universitario. RECIAMUC. 2021; 5(1), 70-77.
3. Huarcaya R., Cerda M., Barja J. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú. MEDISAN 2021;25(2):346.
4. Organización Panamericana de la Salud. Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro. Montevideo: Ministerio de Salud; 2019.
5. Segovia A, Mesa I, Ramírez A, García J. Características demográficas y clínicas de mujeres con amenaza de parto pretérmino. Journal of American Health. 2021.  
Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/82/175>
6. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. Ginebra: OMS; 2018. [Acceso el 07 de noviembre del 2021]. Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
7. Ministerio de Salud. Hospital San Bartolomé. Análisis de la situación de salud Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Perú - Lima: MINSAL; 2018 [Acceso el 29 de noviembre del 2021]. Disponible en: <http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/publicacion2019/Direccion/RD%20158%20SB%202019%20-%20ASIS%202018.pdf>.
8. Vásquez M. Prevalencia de Amenaza de Parto Pretérmino y Factores Asociados, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2018 [Tesis de especialidad]. Ecuador: Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas; 2019.

9. Calero L, Hernández G. Factores de Riesgo Asociados a Amenaza de Parto Pretérmino en Mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gaspar García Laviana, Rivas en el periodo comprendido desde Julio a Diciembre del año 2014. [Tesis]. Rivas-Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. Facultad de Ciencias Médicas; 2017.
10. Ordoñez P. Factores de riesgo para amenaza de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas atendidas en el Hospital Isidro Ayora en el período febrero-agosto 2016 [Tesis]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja. Facultad de la Salud Humana; 2017.
11. Dávila J, Vélez A, Salas C, Dávila J. Infección de vías urinarias como factor de riesgo de amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2017; 1(4): 791-802.
12. Barberena S, Ñurinda J. Factores asociados a la amenaza de partos pretérmino en embarazadas en edad fértil atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense, 2016. [Tesis]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-Managua. Facultad de Ciencias Médicas, 2016.
13. Bartolo R, Vásquez Y. Factores gineco obstétricos asociados a la amenaza de parto pretérmino. Centro de Salud Perú Corea. Huánuco. 2015-2019. [Tesis]. Huánuco-Perú: Universidad Nacional “Hermilio Valdizán”. Facultad de Obstetricia; 2021.
14. Gil E. Factores de riesgo maternos en la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital II-1 Rioja. [Tesis de especialidad]. Lima-Perú: Universidad San Martín de Porres. Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2020.

15. Ochoa A, Pérez J. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. Anales Sis San Navarra [Revista en Internet]. 2009 [Acceso el 10 de agosto del 2021]; 32(1). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200011](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200011)
16. Paucar G. Parto Pretérmino y Amenaza de Parto Pretérmino. España: Complejo Hospitalario Universitario Albacete; 2012. [Acceso el 10 de agosto del 2021]. Disponible en: [https://www.chospab.es/area\\_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2012-2013/sesion20120704.pdf](https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2012-2013/sesion20120704.pdf)
17. Quirós G, Alfaro R Bolívar M, Solano N. Tema 2-2016: Amenaza de Parto Pretérmino. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. 2016; 1(1): 75-80.
18. Villar M. Factores determinantes de la salud: importancia de la prevención. Acta méd. Peruana [Revista en Internet]. 2011 [Acceso el 29 de agosto del 2021]; 28(4). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172011000400011](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011)
19. Álvarez D, Pérez C. Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel. Av Enferm. 2017; 35(1): 77-86.
20. Picot M. Amenaza de parto pretérmino. Matronas Profesión [Revista en Internet]. 2004 [Acceso el 10 de agosto del 2021]; 5(17): 30-36. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol5n17pag30-36.pdf>

21. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. 2ª ed. Lima-Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2018.
22. Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”. Parto pretérmino. Lima-Perú: Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”; 2011.
23. Rodríguez R. Amenaza de Parto Pretérmino. España: Junta de Andalucía; 2013. [Acceso el 17 de agosto del 2021]. Disponible en: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/tcg/documentos/Protocolos/Protocolo%20APP%202013-01.pdf>
24. Carrillo R, Sánchez M, Medveczky N, Carrillo D. Evolución de la definición del síndrome de insuficiencia respiratoria aguda. Med Int Méx [Revista en Internet]. 2018 [Acceso el 19 de agosto del 2021]; 34(4):594-600. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2018/mim184k.pdf>
25. Halac E, Paisani J, Ottino C, Manzur R. Trastornos metabólicos del recién nacido. 2003. [Acceso el 19 de agosto del 2021]. Disponible en: [http://www.clinicapediatria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/revisiones\\_monografias/monografias/monografia%20-%20trastornos%20metabolicos%20del%20recien%20nacido.pdf](http://www.clinicapediatria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/revisiones_monografias/monografias/monografia%20-%20trastornos%20metabolicos%20del%20recien%20nacido.pdf)
26. Stavis R. Hipotermia en recién nacidos. 2019. [Acceso el 22 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/hipotermia-en-reci%C3%A9n-nacidos>
27. López E. Trauma obstétrico. España: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 2011. [Acceso el 22 de agosto del 2021]. Disponible en:

[https://www.chospab.es/area\\_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20110629\\_1.pdf](https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20110629_1.pdf)

28. Tumbarell I, Duste L, De Oca A. Embarazo múltiple. MEDISAN [Revista en internet]. 2012 [Acceso el 16 de julio del 2021];.16 (7): 165-1169. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n7/san18712.pdf>
29. Romero M, Hernández M, Fasolino A. Complicaciones feto-neonatales del embarazo múltiple. Análisis embriológico. Rev Obstet Ginecol Venez [Revista en internet]. 2015 [Acceso el 16 de julio del 2021]; 75 (1). Disponible en [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322015000100003](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000100003)
30. Vallejo D, Rangel Y, Angarita A. Estado actual del embarazo gemelar. Revisión de la literatura. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [Revista en internet]. 2012 [Acceso el 16 de julio del 2021]; 44 (3). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072012000300006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072012000300006)
31. Valenzuela P, Becker J, Carbajal J. Pautas de manejo clínico de embarazos gemelares. Rev Chil Obstet Ginecol [Revista en internet]. 2009 [Acceso el 16 de julio del 2021]; 74(1): 52-68. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v74n1/art10.pdf>
32. Delgado A, Morales D. Epidemiología del embarazo gemelar doble en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Perinatol Reprod Hum [Revista en internet]. 2013 [Acceso el 16 de julio del 2021]; 27 (3): 153-160. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v27n3/v27n3a3.pdf>