



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**PARTO PRETÉRMINO EXTREMO: REPORTE DE UN CASO  
EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ, LIMA – 2024**

**PRESENTADO POR:**

**MOISES MAXIMO VILCA AGUIRRE**

**ASESOR:**

**MG. MARIA DEL PILAR ASAN VELASQUEZ**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD  
REPRODUCTIVA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN  
CIENTÍFICA, ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y MONITOREO FETAL**

**MOQUEGUA-PERÚ**

**2024**



# Universidad José Carlos Mariátegui

## CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la **Escuela de Posgrado**, certifica que el trabajo de investigación ( ) / Tesis ( ) / Trabajo de suficiencia profesional ( ) / Trabajo académico (X), titulado “**PARTO PRETÉRMINO EXTREMO: REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ, LIMA - 2024**” presentado por el(la) aspirante **VILCA AGUIRRE MOISES MAXIMO**, para obtener el grado académico ( ) o Título profesional ( ) o Título de segunda especialidad (X) en: **SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y MONITOREO FETAL**, y asesorado por el(la) Mg. **MARIA DEL PILAR ASAN VELASQUEZ**, designado como asesor con Resolución Directoral N° **0806-2024-DEPG-UJCM**, fue sometido a revisión de similitud textual con el software TURNITIN, conforme a lo dispuesto en la normativa interna aplicable en la UJCM.

En tal sentido, se emite el presente certificado de originalidad, de acuerdo al siguiente detalle:

Programa académico	Aspirante(s)	Trabajo de investigación	Porcentaje de similitud
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y MONITOREO FETAL	VILCA AGUIRRE MOISES MAXIMO	PARTO PRETÉRMINO EXTREMO: REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ, LIMA - 2024	17%

El porcentaje de similitud del Trabajo de investigación es del **17%**, que está por debajo del límite **PERMITIDO** por la UJCM, por lo que se considera apto para su publicación en el Repositorio Institucional de la UJCM.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención de grado académico o título profesional o título de segunda especialidad.

Moquegua, 16 de diciembre de 2024

UNIVERSIDAD JOSE CARLOS MARIATEGUI

**Dr. JAVIER PEDRO FLORES AROCUTIPA**

JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS

## ÍNDICE DE CONTENIDO

Página del jurado	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
RESUMEN	vi
CAPÍTULO I. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.2 JUSTIFICACIÓN	8
1.3 MARCO TEORICO	9
1.3.1 ANTECEDENTES	9
ANTECEDENTES INTERNACIONALES	9
ANTECEDENTES NACIONALES	11
1.3.2 CONCEPTOS BASICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO	12
GENERALIDADES	12
ETIOLOGÍA	12
DIAGNÓSTICO	14
CLASIFICACIÓN	15
COMPLICACIONES	15
TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO	16
CAPÍTULO II CASO CLÍNICO	18
2.1 OBJETIVOS	18

OBJETIVO GENERAL	18
OBJETIVOS ESPECIFICOS	18
2.2 SUCESOS RELEVANTES	19
2.3 DISCUSIÓN	31
2.4 CONCLUSIONES	33
2.5 RECOMENDACIONES	35
BIBLIOGRAFÍA	37

## RESUMEN

El presente caso clínico aborda como tema de investigación el parto pretérmino, patología que se presenta con relativa frecuencia y cuyo tratamiento inadecuado puede derivar en complicaciones graves. **Objetivo:** Describir los factores de riesgo, el manejo clínico y terapéutico del parto pretérmino extremo en una gestante atendida en el Hospital San Bartolomé, Lima 2024. **Resultados:** Mujer multigesta, de 30 años, con 24 semanas de embarazo, que acudió al servicio de emergencia del Hospital San Bartolomé refiriendo contracciones uterinas cada 10 minutos. Al examen se detecta obesidad grado II, al tacto vaginal se encontró cuello uterino dilatado 8 cm con membranas íntegras. La gestante fue llevada a la sala de expulsivo, donde se rompen las membranas y se evidencia pérdida de coágulos de  $\pm 50$  cc; no se palpan partes fetales, y el cuello uterino se hace posterior, con presentación uterina fuera de pelvis; por lo que se indica pasar a sala de operaciones para terminar el parto por vía abdominal. El recién nacido fue una mujer de 686 gramos con talla 35 cm, con 26 semanas según Test de Capurro, Apgar 1' y 6' y pérdida de sangrado vaginal de 500 cc. La evolución fue favorable y el alta se dio tres días después de la operación. **Conclusiones:** El parto pretérmino del presente caso presentó como factores de riesgo más relevantes la presencia de obesidad en la madre y la ausencia de CPN, y para reducir la posibilidad de complicaciones se optó por terminar el parto por cesárea.

**Palabras claves:** Complicaciones del parto, Embarazo, Obesidad, Parto pretérmino.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

El parto prematuro se considera como aquel producido antes de haberse cumplido 37 semanas de gestación y representa una causa principal de morbi-mortalidad en los primeros meses de vida (1) y responsable de 1,1 millón de muertes de niños debido a complicaciones intraparto(2).

A nivel mundial, la tasa de parto prematuro oscila entre el 5-18% y se calcula que aproximadamente 15 millones de niños en condición de prematuridad nace cada año. Las estadísticas varían de acuerdo a la ubicación geográfica, por lo que, en los Estados Unidos, la prevalencia se sitúa entre el 12% y 13%, mientras que en Europa varía del 5% al 9%(1); sin embargo, de acuerdo con datos adicionales, las más altas tasas de prematuridad en general se hallan en el continentes africano y americano, seguidas de Europa. Por otra parte, aproximadamente el 9,6% de la mortalidad perinatal en todo el mundo se atribuye a los partos prematuros, con una distribución regional significativa. En Latinoamérica y el Caribe, los porcentajes bordean el 8,1%, en Colombia entre el 10%-12%, en Europa el 6,2% y en Norteamérica el 10,6%(2).

En América Latina, nacen 135 000 niños prematuros anualmente, siendo los prematuros extremos los que se encuentran en la situación más grave ya que la mayoría no sobrevive y, entre aquellos que lo hacen, cerca del 60% sufre

discapacidades neurológicas permanentes(3). En esta región, el país con la menor tasa de nacimientos prematuros es Ecuador con 5,1%, lo que significa que casi 5 de cada 100 niños nacen antes de las 37 semanas(4).

En nuestro país, se estima que 30 000 niños nacen de parto prematuro. Asimismo, si bien la incidencia varía según la fuente de información, esta se encuentra en aumento. De acuerdo a ello, el Ministerio de Salud reporta un 7%, lo cual equivale al promedio mencionado de 30 mil nacimientos prematuros al año, sin embargo, la OMS reporta un 8,8% y la ENDES hasta un 23% (5).

Frente a ello, se cuentan con métodos que pueden ayudar a reducir estas cifras, como una atención prenatal adecuada, la cual debe reconocer aquellas gestantes que presentan mayor posibilidad de desarrollar parto en condición de prematuridad y proporcionar el manejo más oportuno(5). Basados en este panorama, en el presente estudio se desarrolló un caso clínico enfocado en la evolución de una mujer que presentó parto pretérmino en el Hospital San Bartolomé. En dicha institución se ha reportado una tasa de parto pretérmino ligeramente superior al 3% y una alta prevalencia de comorbilidades asociadas con la prematuridad, como la anemia, el índice de masa corporal pregestacional (IMC pg) elevado, la ganancia de peso excesiva, la preeclampsia u otros problemas hipertensivos, la infección urinaria y la rotura prematura de membranas (6). Esto despierta un gran interés en la actualización de sus protocolos entre los obstetras especialistas, ya que puede producir complicaciones graves si el tratamiento no es proporcionado de manera precisa y oportuna.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

El parto pretérmino representa una causa principal de mortalidad y morbilidad

neonatal alrededor del mundo. Por ello, investigar este tema puede proporcionar datos esenciales para entender la prevalencia, potenciales factores de riesgo y complicaciones que puedan surgir no sólo a corto sino también a largo plazo, lo cual es crucial para diseñar políticas de salud pública efectivas. Además, los partos pretérmino están influenciados por una variedad de factores sociales, económicos y ambientales. Investigar estas influencias puede ayudar a comprender mejor las desigualdades en salud y a desarrollar estrategias para abordarlas.

Desde un punto de vista práctico, la presente investigación puede revelar áreas de mejora en la capacitación de profesionales sanitarios, asegurando un mejor equipamiento para prevenir, identificar y manejar el parto pretérmino; además que, pueden ser utilizados para campañas de educación y sensibilización dirigidas a mujeres embarazadas y a la comunidad en general, informando sobre los riesgos y las medidas preventivas para el parto pretérmino.

Finalmente, al entender mejor y prevenir los partos pretérminos, se pueden reducir significativamente los costos asociados con la atención médica prolongada y las complicaciones a largo plazo de los bebés prematuros, lo cual beneficia tanto a las familias como al sistema de salud.

## **1.3 MARCO TEÓRICO**

### **1.3.1 ANTECEDENTES**

#### **ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

Espinoza C, et al. en el año 2023 en Ecuador, reportaron un caso clínico de una mujer de 27 años con 34 semanas de gestación, quien acude a emergencia por labor de parto en fase activa. Además, contaba con antecedentes de vaginitis a las

25 semanas e infección urinaria a las 27 semanas de gestación, con tratamiento completo. Por lo cual se decide culminar la gestación actual mediante cesárea, resultando en el nacimiento de un bebé de sexo masculino con 2460gr de peso, Apgar 5/7, sin vigor, rodeado de un líquido amniótico meconial espeso, por lo que se realizan maniobras para reanimar al neonato e intubación endotraqueal. El neonato requiere soporte ventilatorio y antibioticoterapia por antecedente de meconio, evolucionando favorablemente y siendo dado de alta tras más de 10 días de hospitalización(7).

Morla L., en el año 2022, en Ecuador, planteó como objetivo identificar los factores de riesgo propios de la madre que pueden asociarse a una amenaza de parto pretérmino, a través del caso de una primigesta adolescente de 17 años con 36 semanas de gestación. Al revisar la historia clínica se detectaron factores como la rotura prematura de membranas, infección del tracto urinario, cérvico-vaginitis y anemia. En cuanto al manejo obstétrico, se siguió el protocolo de evaluar mediante monitoreo basal para ver el estado de bienestar fetal, evaluación de las características del cérvix uterino mediante tacto vaginal, cuantificación de la longitud cervical a través del ultrasonido transvaginal, ingreso a hospitalización y maduración de los pulmones fetales. Debido a la cercanía de las 37 semanas, se procedió a concluir el parto por vía vaginal, y se obtuvieron resultados maternos y fetales favorables (8).

Ximenez de Embun I e Izquierdo I. en el año 2020, en España, reportaron el caso de una gestante de 39 años con 26 semanas de gestación, quien es ingresada a un hospital por riesgo de pérdida fetal y cuenta con antecedentes de tres abortos

previos y una muerte fetal a las 25 semanas de gestación. Se decide inducir el parto debido a marcadores de sufrimiento fetal, resultando en el nacimiento de un bebé de sexo masculino con puntaje Apgar bajo, esfuerzo respiratorio mínimo, frecuencia cardíaca baja y un tono pobre, por lo que requiere ser intubado e ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, para su tratamiento y monitoreo constante(9).

### **ANTECEDENTES NACIONALES**

Pinedo M. en el año 2023 en La Libertad-Perú, reportó el caso de una gestante de 28 años con 26 semanas de gestación, quien es derivada a un hospital por emergencia por presentar dolor tipo contracción y pérdida de sangrado vaginal, y cuenta con antecedentes de infección urinaria recurrente. Se realiza tacto vaginal que evidencia una dilatación de 6cm y borramiento al 90%, sumado a la presencia de dinámica uterina de 2 contracciones cada 10' y feto en posición podálica. Por lo cual se decide culminar la gestación mediante cesárea, resultando en el nacimiento de un bebé de sexo masculino con 800gr de peso; sin embargo, fallece a los 3 días(10).

Trinidad D. en el año 2023, en Pasco-Perú, planteó como objetivo analizar la incidencia de parto prematuro se asocia al sobrepeso en la gestación, a través de un estudio descriptivo en el que se consideró una muestra de 40 gestantes de un hospital ESSALUD II. Los resultados evidenciaron la existencia de un 60,0% de partos prematuros tardíos, 37,5% de partos prematuros moderados, y un 2,5% con parto prematuro severo. Además, se halló que el índice de masa corporal (IMC) pregestacional influye de manera significativa sobre el parto prematuro ( $p < 0.05$ ),

llegando a la conclusión que el parto prematuro está asociado al índice de masa corporal (11).

Serrano J. en el año 2018 en Loreto-Perú, reportó el caso de una gestante de 34 semanas, quien acudió a emergencia por presentar contracciones uterinas de moderada intensidad, además de disuria y un incremento de la frecuencia urinaria de 2 días de evolución. Por lo cual, previamente a la culminación de la gestación se administra tocolíticos, inductores de la madurez pulmonar fetal y antibioticoterapia. Luego de ello, el parto resulta en el nacimiento de un bebé de sexo masculino con 2000gr de peso y Apgar 8/9. El neonato estuvo bajo cuidados en el área de Neonatología, evolucionando favorablemente por lo que fue dado de alta junto a su madre tras cuatro días de hospitalización(12).

### **1.3.2 CONCEPTOS BASICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO**

#### **GENERALIDADES**

El parto prematuro se considera como aquel que sucede antes de haberse cumplido las 37 semanas de gestación y es una causa principal de morbimortalidad infantil(1) y responsable de 1,1 millón de muertes de niños debido a complicaciones intraparto(2).

#### **ETIOLOGÍA**

La mayor parte de los nacimientos prematuros suceden de manera espontánea; sin embargo otros ocurren por causas médicas que pueden ser tanto maternas como fetales(5). Entre las causas maternas se han asociado a las alteraciones a nivel del útero y la placenta, las infecciones en general y patologías cardiovasculares como

preeclampsia y eclampsia(13). Por otro lado, están las causas fetales como malformaciones congénitas, embarazos múltiples y cromosomopatías(14).

Las intervenciones tempranas pueden reducir la posibilidad de un parto prematuro, por lo que es necesario detectar potenciales factores de riesgo al empezar la gestación, siendo una pieza clave en la atención obstétrica(15). Por el contrario, este riesgo puede aumentar con la presencia de factores como el consumo de alcohol o tabaco, dieta desequilibrada, edad materna, gestantes con fibromas uterinos, hepatitis, diabetes o malformaciones congénitas(16), además de antecedentes de parto prematuro, abortos previos, estrés, menor peso al nacer en la gestación anterior y fenotipos clínicos como insuficiencia cervical y hemorragia decidual (17).

En este sentido, es crucial diferenciar entre embarazos de bajo y alto riesgo para determinar la estrategia más efectiva para evitar que suceda un parto prematuro(15).

Los factores de riesgo de parto prematuro más sobresalientes en la evidencia científica reciente son los siguientes:

- Edad materna avanzada ( $\geq 40$  años) con un OR de 1,61 (18).
- Nuliparidad con un OR de 1,13 (18).
- Antecedente de parto prematuro con un OR de 10,18 (18).
- Dependencia materna de drogas con un OR de 2,43 (18).
- Embarazo múltiple con un OR de 12,42 (18).
- Enfermedad tiroidea en la madre con un OR de 18,46 (19).
- Obesidad de la madre con un OR de 1,65 (19).

- Antecedente de legrado uterino con un OR de 2,13 (19).
- Sexo masculino en el neonato con un OR de 1,23 (20).
- Diabetes gestacional con un OR de 1,93 (20).
- Hipertensión arterial con un OR de 1,68 (20).

## **DIAGNÓSTICO**

El primer paso es la anamnesis, por lo cual se interroga a la gestante sobre los factores de riesgo y la presencia de otras patologías. Además, mediante la ecografía del I trimestre debe determinarse la edad gestacional y mediante el examen físico descartar otras causas del dolor y evaluar la dinámica uterina(21).

Estudios indican que el diagnóstico de parto prematuro se realiza cuando la edad gestacional de la paciente se encuentra entre las 20 y las 37 semanas(10) y presentan signos y síntomas como contracciones uterinas continuas caracterizadas por ser al menos dos contracciones cada diez minutos u ocho durante una hora.

Asimismo, pueden ir acompañadas de un borramiento del cuello uterino y dilatación cervical mayor o igual a 80% y de 3 centímetros, respectivamente(22).

En la actualidad, se sugiere utilizar complementariamente la medida de la longitud cervical (LC) y la fibronectina fetal para mejorar la precisión del diagnóstico. Sin embargo, según la literatura, la relevancia de estos resultados, ya sean positivos o negativos, se acentúa especialmente cuando la LC medida por el ultrasonido es inferior a 30 mm debido a que ello aumenta el riesgo de parto prematuro. Por el contrario, el riesgo es bajo cuando la LC está por debajo de 30 mm o más, así como en aquellas gestantes con LC entre 15 y 30 mm más un resultado negativo a la prueba de fibronectina(23).

## **CLASIFICACIÓN**

Se pueden identificar diferentes tipos en base a la edad gestacional cuando se produce del parto, además de evidenciar los grados de prematuridad del recién nacido, los cuales son: a) Prematuridad leve, cuando el nacimiento se produce entre las 34 y 36 semanas, considerando al recién nacido como Prematuro tardío; b) Prematuridad moderada, entre las 32 y 33 semanas, considerando de igual manera al recién nacido como Prematuro moderado; c) Prematuridad severa, comprendido entre las 28 y 31 semanas, considerando al recién nacido como Muy prematuro, y, por último, d) Prematuridad extrema, cuando se produce antes de las 28 semanas, considerando de igual manera al recién nacido como Prematuro extremo(4).

## **COMPLICACIONES**

En comparación con los nacidos a término, los casos pretérmino enfrentan mayor riesgo de muerte al encontrarse en la etapa neonatal y son más propensos a desarrollar infecciones(24), además de presentar parálisis cerebral crónica, problemas respiratorios, trastornos digestivos, trastornos neurológicos, ceguera, y a largo plazo déficits sensoriales, cognitivos, de lenguaje y aprendizaje(25).

El desarrollo de estas complicaciones se eleva a medida que disminuye la edad gestacional en el nacimiento (24), exponiendo a los recién nacidos a un riesgo considerablemente mayor de sufrir afecciones como enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar, retinopatía del prematuro, leucomalacia periventricular y hemorragia intracerebral(26).

## **TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO**

Es crucial notar que los avances en la práctica obstétrica han contribuido a reducir de manera temporal las tasas de mortalidad fetal por nacimientos prematuros en las últimas dos décadas. Esto evidencia que estas intervenciones están salvando vidas en riesgo, que de otra manera podrían haber enfrentado complicaciones graves como la muerte, ya sea intraútero o durante el periodo neonatal(27).

Hoy en día, los avances tecnológicos permiten realizar predicciones hacia el futuro, lo que brinda la oportunidad de prepararse y tener las herramientas necesarias ante un caso de inicio prematuro del parto o en otros tener la posibilidad de prolongar el embarazo mediante el tratamiento adecuado(28). En este último caso, y en presencia de contracciones uterinas, la terapia tocolítica es la ideal para detener estas contracciones manteniendo el embarazo por 48 horas con el objetivo de que en este tiempo se permita administrar los corticosteroides para la maduración del pulmón fetal (29) y el sulfato de magnesio, indicado generalmente para la neuroprotección, los cuales se aplican solo en casos de gestación menor a 32 semanas(30).

Durante más de 60 años, los tocolíticos se han utilizado para prevenir el parto prematuro y facilitar el traslado de la gestante a un centro de mayor nivel que cuente con servicios de cuidados intensivos neonatales. Sumado a ello, se han propuesto diversas clases de fármacos con el mismo propósito de prevención como lo son los bloqueadores de los canales de  $Ca^{++}$  como el Nifedipino, bloqueadores de los receptores de oxitocina, agonistas betamiméticos, los inhibidores de las prostaglandinas y el sulfato de magnesio(30).

Por otro lado, en el caso de culminar la gestación es fundamental una comunicación efectiva y coordinación multidisciplinaria entre obstetras y neonatólogos, lo que incluye informar las condiciones de la paciente, el tratamiento previo, pronóstico del parto y disponibilidad de espacio en la UCIN, de ser necesario. Para decidir la vía del parto, es determinante realizarlo en base a la edad gestacional y la presentación del feto, es decir, en casos de presentación cefálica, se preferirá el parto vaginal como primera opción, siempre y cuando no haya contraindicaciones maternas o fetales, y en casos de presentación podálica, la cesárea será la opción preferida(31).

La incidencia de parto prematuro lo convierte en uno de los principales desafíos a nivel obstétrico; sin embargo, gracias al manejo oportuno existe la posibilidad de mejorar los resultados maternos así como en su hijo por nacer (29).

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1 OBJETIVOS**

##### **OBJETIVO GENERAL**

Describir los factores de riesgo, el manejo clínico y terapéutico del parto pretérmino extremo en una gestante atendida en el Hospital San Bartolomé, Lima 2024.

##### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar los factores de riesgo más relevantes para que la gestante desarrolle parto pretérmino extremo.
- Identificar el manejo terapéutico que se emplea en la gestante que presenta parto pretérmino extremo.
- Describir la evolución de la gestante con parto pretérmino extremo desde que ingresa al establecimiento hasta que se le da el alta.

## 2.2 SUCESOS RELEVANTES

### Datos generales

Paciente : BPF  
Edad : 30 años  
Paridad : G4 P2012  
FUR : No precisa  
FPP : No precisa  
Procedencia : San Juan de Lurigancho  
Situación civil : Conviviente  
Grado de instrucción : Secundaria terminada

### Motivo de consulta

Paciente acude por emergencia refiriendo contracciones uterinas cada 10 minutos, refiere evaluación previa en el Hospital de Policía donde refieren no poder atenderla y acudir a otro hospital.

### Antecedentes personales patológicos

Niega convulsiones, no enfermedades hepáticas, no alergia, varices, se realizó una colecistectomía laparoscópica (2015) por colecistitis aguda.

### Antecedentes familiares

Madre con diabetes mellitus tipo II.

### Ginecoobstétricos

Número de controles prenatales : 01 (6 ss.) C.S Valle

03 (16-20ss) HOSP. POLICIA NACIONAL DEL  
PERÚ

PA máxima : 120/70 mmHg.

PA mínima : 90/60 mmHg.

IMC : 37.5

Ganancia ponderal de peso : 5 kg.

Peso inicial : 96 kg.

Peso actual : 101 kg.

Menarquia : 15 años

Régimen catamenial : 7/28±10 días

Último MAC : Ninguno

IRS : 17 años

Número de parejas sexuales : 02

FRS : No

URS : No relaciones sexuales.

Tiempo de relación con la pareja: 8 meses

PAP : No tiene

VAT : No

### Obstétricos

N°	Año	CPN	EG	Tipo de parto	Sexo	Peso	Apgar	Complicaciones	Institución
1	2011	Sí	AT	Parto vaginal	Mujer	3700	No refiere	Sin complicaciones	H. Tahuantinsuyo
2	2014	Sí	AT	Parto vaginal	Varón	4250	No refiere	Sin complicaciones	H. PNP
3	2017	Sí	8 ss	Aborto espontáneo	-	-	-	Legrado uterino	Particular
4	Actual	planificado							

Ecografías:

10/08/2022.....6.2 ss. ....24 1/7 ss . (a la fecha)

15/01/2023.....16 6/7 ss. ....25 2/7 ss . (a la fecha)

17/11/2023.....20 3/7 ss. ....24 1/7 ss . (a la fecha)

13/12/2023.... 23 1/7 ss.....23 1/7 ss. (a la fecha) PF : 641 grs.

### **DESARROLLO DEL CASO CLINICO**

**13-12-2023**

**Servicio de emergencia**

**11:15hrs.**

CFV:

PA: 100/60 mmHg    P: 80X'        R: 20x'        T°: 37.0°        SO: 98%

Albúmina (No orina)

Peso: 101kg.    Talla: 1.60 kg

Paciente acude por emergencia refiriendo contracciones uterinas cada 10 minutos, refiere evaluación previa en el hospital de policía donde refieren no poder atenderla y acudir a otro hospital.

**Examen de Gineco-Obstetricia**

AU: 24 cm.    MF: ++    FCF: 140 X'        SPP: LP        DU: 1/10 ++30''

Tono uterino: Normal

Ponderado fetal: Se realiza barrido ecográfico: placenta fúndica posterior

Tacto vaginal:

I: 80%        D: 08 cm.        M: Integras (abomban)        AP: Fuera de pelvis

**Diagnóstico:**

1. Gestante de 24 1/7 ss x ecografía
2. Trabajo de parto pretérmino inmaduro
3. Obesidad
4. D/c DPP
5. No CPN

**Plan:**

1. Pasa a centro obstétrico
2. MMF electrónico
3. NaCl 9/1000 , pasar 500 cc. a chorro
4. Nifedipino 10 mg. VO cada 20 minutos por 04 dosis
5. Betametasona 12 mg. IM
6. I/c UCI, I/c NEO
7. Ss. prequirúrgicos
8. Ss. grupo y factor
9. Examen de orina-urocultivo/VIH-VDRL
10. Vigilar signos de alarma

**11:28 hrs.**

Se canaliza NaCl 9/1000 como vía y se pasa 500 cc. a chorro.

**11:34 hrs.**

Se coloca betametasona 12 mg. IM y se inicia nifedipino 10 mg. VO.

Pasa a centro obstétrico.

**12:00 hrs.**

Ingresa gestante a centro obstétrico

CFV:

PA: 100/70 mmHg    P: 82 X'    R: 18 x'    T°: 37.°    SO: 98%

FCF: 150x'    DU: 1/10 + 30"    MF: ++

Se cumple indicaciones de emergencia

**12:15 hrs.**

Paciente con sensación de pujo, es evaluada por equipo de guardia:

Tacto vaginal:

I: 100%    D: 9 cm.    M: Integras (abomban)    AP: C-0

**Diagnóstico:**

1. Gestante de 24 1/7 ss. x ecografía
2. Trabajo de parto pretérmino inmaduro
3. ARO: No CPN

**Plan:**

1. Pasa a expulsivo
2. CFV
3. Vía salinizada
4. CEAEG

**Sala de expulsivo**

**12:25 hrs.**

Se rompen membranas y se evidencia pérdida de coágulos de + 50 cc; NO SE PALPAN PARTES FETALES, y cuello uterino se hace posterior, presentación uterina fuera de pelvis; por lo que se indica pasar a SOP STAT.

Tacto vaginal:

Cervix post. 2cm., dehiscente 3 cm., salida abundante de coágulos de + 150 cc.

**12:55 hrs.**

Paciente pasa a SOP para culminar gestación vía alta. FCF: 139 X'.

Indicación quirúrgica: Histerectomía.

**Diagnóstico:**

1. Gestante de 24 1/7 ss. x ecografía
2. Trabajo de parto pretérmino inmaduro
3. Obesidad grado I
4. D/c DPP

**Plan:**

1. NPO
2. CFV
3. Vía salinizada
4. Culminar gestación vía alta
5. Cefazolina 2grs. EV stat
6. Comunicar eventualidad
7. Seguimiento de urocultivo

Resultado de exámenes (13/12/2023)

HIV : No reactivo

Antígeno australiano : Negativo

RPR : Negativo

Hemograma

Leucocitos : 8690 mm<sup>3</sup>

Hemoglobina : 12.5 gr./dL.  
Hematocrito : 37.8%  
Plaquetas : 421 000  
Tiempo de coagulación: 6 minutos  
Tiempo de sangría : 2 minutos  
Grupo y factor : A Rh +  
Examen de orina : Negativo  
Urocultivo : Negativo  
Glucosa : 89 mg/dL  
Creatinina : 0.48 mg/dL  
PCR : 25 mg/L

**13:00 hrs.**

**Sala de operaciones**

Ingres a gestante a SOP

**Diagnóstico preoperatorio:**

1. Gestante de 24 1/7 ss. x ecografía
2. Trabajo de parto pretérmino inmaduro
3. Obesidad grado II
4. D/c DPP

**Diagnóstico post operatorio:**

1. Parto por cesárea de emergencia
2. Obesidad grado II

Hora de parto por cesárea: 13:37 hrs.

Hallazgos: Útero grávido de superficie regular, líquido amniótico claro de escasa cantidad, RNV femenino de 686 grs., talla: 35 cm., PC: 30.3 cm. Apgar 1'6', Capurro: 26 ss. placenta normoinsera de 15 x 12 x 2.0 cm. de 150 grs., cordón umbilical con 2A y 1V.

Pérdida de sangrado vaginal: 500 cc.

**14:30 hrs.**

Pasa a sala de recuperación posoperatoria inmediata

PA: 95/52 mmHg. FC: 100X' FR: 20X' T°: 37°C

(S) Puérpera inmediata es evaluada, refiere dolor en zona operatoria, afebril, no demuestra interrecurrencias, orina por sonda Foley.

(O) AREG, AREH, AREN

Piel tibias, hidratadas, elásticas

Tórax y pulmones de complexión conservada

Abdomen blando, depresible, útero contraído a 1 cm. debajo de cicatriz umbilical.

Herida operatoria cubierta con apósito seco.

Genitales: Loquios hemáticos, escasos, sin mal olor.

SNC: LOTEPE

Paciente mujer de 30 años con G4P2103 con diagnóstico:

1. Puérpera inmediata postcesárea

**Plan:**

1. NPO por 6 horas, luego tolerancia oral
2. CFV
3. Dextrosa 5% \* 1000 cc. + agregados: CNa20% (2) + oxitocina 30 uI oxitocina : I y II frasco (poner a 30 gts. X')

4. Tramadol de 100 mg. EV condicional a dolor intenso
5. Ketoprofeno 100 mg. EV c/8 hrs
6. Ranitidina 50 mg. EV c/8 hrs
7. Metoclopramida 10 mg. EV c/8 hrs
8. Higiene vulvoperineal 3 veces por día
9. Masaje uterino
10. Paño perineal permanente
11. Reevaluación en 2 horas
12. Retirar sonda Foley luego de (11)
13. Ss hematocrito control a las 6 horas postparto
14. CECEG

**16:40 hrs.**

PA: 107/62 mmHg. FC: 100 X' FR:18x' T: 37°C

Puérpera postcesareada en condiciones de pasar a piso con indicaciones dadas. Se retira sonda Foley.

**14-12-2023**

Hemoglobina pre: 12.5 gr/dL Hemoglobina post: 12.5 gr/dL.

Paciente refiere dolor en herida operatoria, niega signos ortostáticos, niega cefalea. Diuresis (+), deposición (-), flatos (+)

Útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, loquios hemáticos, escasos, sin mal olor.

**Diagnóstico:**

1. Puérpera inmediata postcesárea
2. Obesidad II

**Plan:**

1. DC+LAV
2. Vía salinizada
3. CFV
4. Tramadol de 100 mg. EV condicional a dolor
5. Ketoprofeno 100 mg. EV c/8 hrs
6. Simeticona 80 mg. VO cada 8 hrs.
7. Sulfato ferroso 300mg. VO cada 12 hrs.
8. Extracción de leche materna
9. Seguimiento de urocultivo
10. HVP 3 veces por día
11. Deambulación
12. I/c Nutrición
13. CECEG

**Interconsulta de nutrición**

Paciente femenino de 30 años con diagnósticos de:

- 1.-Puérpera inmediata postcesárea
- 2.-Obesidad II.

Datos generales: IMC: 37.5 kg/m<sup>2</sup>

**Plan:**

Incrementar el aporte de fibras a través de una dieta hipocalórica e hiperproteica, con alimentos ricos en hierro que den aporte calórico de 2500 kcal.

Proteínas: 15%

Lípidos: 35%

CHO: 50%

Control y monitoreo por el servicio de Nutrición.

**15-12-2024**

**07:00 hrs.**

PA: 100/50 mmHg. FC: 80 X' FR:16x' T: 36.1°C

Paciente refiere ligero dolor lumbar, diuresis (+), deposiciones (+), flatos (+).

Útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, loquios hemáticos, escasos, sin mal olor.

**Diagnóstico:**

1. Puérpera mediata postcesárea
2. Obesidad grado II

**Plan:**

1. DC+LAV
2. CFV
3. Ketoprofeno 100 mg. EV c/8 hrs.
4. Simeticona 80 mg. VO c/8hrs.
5. Sulfato ferroso 300mg. VO cada 24 hrs.
6. Deambulación
7. Seguimiento de urocultivo
8. Extracción de leche materna
9. HVP 3 veces por día
10. CECEG
11. O y CC en planificación familiar: Implante subdérmico
12. CECEG

**16-12-2023**

**07:00 hrs.**

PA: 110/70 mmHg. FC: 80 X' FR:18 x' T: 36.6°C

Paciente refiere leve dolor que cede con los analgésicos diuresis (+), deposiciones (+), flatos (+)

Útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, loquios hemáticos, escasos, sin mal olor.

**Diagnóstico:**

1. Puérpera mediata postcesárea
2. Obesidad grado II

**Plan:**

1. Alta con indicaciones
2. DC+LAV
3. Retiro de vía salinizada
4. CFV
5. Retiro de vía salinizada
6. Ketoprofeno 100 mg. VO c/8 hrs. X 3 días.
7. Sulfato ferroso 300mg. VO cada 12 hrs.
8. Cita en ginecología en 7 días
9. Extracción de leche materna
10. HVP 3 veces por día
11. Cualquier signo de alarma acudir por emergencia

## 2.3 DISCUSIÓN

- El parto pretérmino extremo (PPE) se define como aquel que ocurre antes de las 28 semanas de gestación y se asocia con una alta morbilidad y mortalidad perinatal, por tanto identificar los factores de riesgo es de suma importancia para evitar complicaciones en la salud materna y fetal, es así como los factores de riesgo identificados para nuestro caso clínico están relacionados al antecedente de legrado uterino (OR de 2,13) y obesidad de la madre con un (OR de 1,65); lo cual coincidimos con Hanif A, Ashraf T, Pervaiz M, Guler N. con los cuales coincidimos con estos autores.
- La obesidad se define como un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup> y se clasifica en tres grados: obesidad grado I (IMC 30-34,9 kg/m<sup>2</sup>), obesidad grado II (IMC 35-39,9 kg/m<sup>2</sup>) y obesidad grado III (IMC  $\geq$  40 kg/m<sup>2</sup>); por tanto se le considera como un problema de salud pública que afecta a millones de personas en el mundo y se asocia con un impacto negativo sobre la salud materno perinatales; es por ello que para nuestro caso clínico presenta una obesidad grado II con un IMC de 37, y coincidimos con Trinidad D como principal factor de riesgo para esta grave complicación para parto prematuro extremo.
- El antecedente de aborto también se ha relacionado con un mayor riesgo de parto pretérmino, especialmente el PPE; se asoció con un aumento del 64% de dicho riesgo, lo que coincidimos con Ximenez de Embun I e Izquierdo I.; asimismo en ambos casos se presenta un pretérmino extremo con similar resultado perinatal con asfixia severa para el recién nacido prematuro como complicación de esta condición.

- Nuestro caso clínico data de una gestante de 24 semanas que ingresa en trabajo de parto fase activa, la cual no presenta infección urinaria como causa principal de la prematuridad, lo cual no concordamos con Espinoza C. y Morla L.; quienes presentaron como causa principal de parto pretérmino en sus casos clínicos presentados esta infección.
  
- Una cuestión relevante que se plantea en el manejo del PPE es la vía de culminación del parto, es decir, si se debe optar por el parto vaginal o la cesárea. La elección de la vía de parto puede tener implicaciones tanto para la madre como para el recién nacido, ya que se relaciona con el riesgo de complicaciones maternas, la morbilidad neonatal, el desarrollo neurológico y el pronóstico a largo plazo; para nuestro caso la vía de culminación terminó en cesárea, con lo cual coincidimos con Pinedo M. cuyo feto estaba en presentación podálica y en nuestro caso clínico era una presentación alta y también presencia de sangrado vaginal.
  
- Los factores protectores para el recién nacido y disminuir las complicaciones en el recién nacido es la maduración pulmonar como parte importante del manejo terapéutico en un pretérmino extremo con corticoides y antibioticoterapia, algunos estudios han encontrado que los corticoides pueden reducir el riesgo de hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular, enterocolitis necrosante y muerte neonatal, así como mejorar el neurodesarrollo a largo plazo; lo cual coincidimos con Serrano J. quienes aplican el mismo esquema de tratamiento en caso de prematuridad extrema.

## 2.4 CONCLUSIONES

- Nuestro caso clínico describe una multigesta de 30 años, con 24 semanas de embarazo, que acudió al servicio de emergencia del Hospital San Bartolomé en dilatado 8 cm. con membranas íntegras, culminándose en una cesárea con un recién nacido mujer de 686 grs. y Apgar 1' y 6'.
- Los factores de riesgo para un trabajo de parto pretérmino extremo identificado para nuestro caso clínico fueron antecedente de aborto con legrado uterino y obesidad; los cuales coinciden con la literatura e investigaciones para este caso clínico.
- El manejo clínico de un trabajo de parto pretérmino es primero determinar la edad gestacional, evaluar el estado materno y fetal, determinar a través de la evaluación obstétrica la evolución del trabajo de parto e iniciar la maduración pulmonar con el aviso e interconsultas a neonatología y UCI Neo para la atención inmediata del recién nacido una vez que se produzca el parto y dar el soporte que el recién nacido de alto riesgo que necesita.
- La complicaciones en embarazo pretérmino extremo es la vía de culminación del embarazo que para este caso clínico fue cesárea, ya que una vez que estaba en dilatación completa se retrae el cuello uterino y se hace posterior; lo que hace que se proceda a una cesárea de emergencia; además de ello tener un prematuro de 24 semanas con un peso de 686 grs. y con APGAR 1'6', con asfixia severa;

con alto riesgo de mortalidad perinatal.

- La evolución de la puérpera fue favorable no presentando ninguna interrecurrencia, y saliendo de alta a los tres días con las indicaciones necesarias, pero ya queda informada por la UCI NEO sobre el estado de su recién nacido.

## 2.5 RECOMENDACIONES

- La atención prenatal es la base fundamental para la identificación de factores de riesgo que puedan conllevar a complicaciones durante el embarazo; para ello actualmente el sobrepeso y la obesidad se está convirtiendo en un factor de riesgo muy relevante para futuras complicaciones, por ende, necesitamos derivar a nuestras gestantes con sus debido IMC al servicio de nutrición.
- La capacidad resolutive de los establecimientos de salud es de vital importancia en el manejo de estos embarazos pretérmino extremo, lamentablemente en este caso la gestante se atendía en una institución policial y no la atendieron y la enviaron sin referencia a buscar otra institución que la pueda atender a ella y su recién nacido; en el hospital San Bartolomé que es nivel III la recibieron y la atendieron de la mejor manera; pero no fue la conducta adecuada de este establecimiento de origen.
- El trabajo en equipo entre Ginecología y Neonatología en este tipo de casos es sumamente importante, pues no se puede actuar de manera independiente, ya que se atenderá a la gestante si Neonatología tiene todo el soporte para poder atender al recién nacido prematuro; por ello la aceptación de una gestante depende de esta condición.
- Los obstetras tienen que estar debidamente capacitadas y actualizadas en la identificación de factores de riesgo, manejo y derivación oportuna al nivel

correspondiente en este tipo de complicación que conlleva a altas de morbimortalidad perinatal.

- Investigar y ejecutar medidas de acción con respecto a la identificación de riesgos nutricionales y su derivación oportuna a Nutrición para así evitar mayores complicaciones durante el embarazo.
- La educación en el embarazo, por tanto, se constituye en la base del empoderamiento de la mujer gestante para que sepa identificar los signos de alarma y acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano y así evitar complicaciones materno-perinatales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mitrogiannis I, Evangelou E, Efthymiou A, Kanavos T, Birbas E, Makrydimas G, et al. Risk factors for preterm birth: an umbrella review of meta-analyses of observational studies. *BMC Med.* 2023;21(1):494. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03171-4>
2. Chavez-Mauricio RD, Beltrán-Garate BE, Arango-Ochante P. Factores sociodemográficos en el riesgo de parto prematuro en gestantes del hospital Sergio Bernales en el período de 2019-2020. *Rev Peru Investig Materno Perinat.* 2023;11(4):19-26. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/314>
3. Matos-Alviso LJ, Reyes-Hernández KL, López-Navarrete GE, Reyes-Hernández MU, Aguilar-Figueroa ES, Pérez-Pacheco O, et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. *Salud Jalisco.* 2021;7(3):179-86. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98553>
4. Cherres Pacheco JI, Saltos Gutiérrez LY, Villacres Herrera LR, Villacres Herrera AI. Causas de parto pretérmino y complicaciones neonatales. *RECIAMUC.* 2023;7(1):265-72. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(1\).enero.2023.265-272](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.265-272)
5. Guevara-Ríos E. La prematuridad: Un problema de salud pública. *Rev Peru Investig Materno Perinat.* 2023;12(1):7-8. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/334>
6. Hospital San Bartolomé. Análisis de la Situación de Salud HONADOMANI San Bartolomé [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; Disponible en: <http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/publicacion2019/Direccion/RD%20>

158%20SB%202019%20-%20ASIS%202018.pdf

7. Espinosa Rivas CA, Tafur Ochoa CE, Puertas Tumipamba DV. Listeriosis neonatal un desafío diagnóstico: Reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Ecuat Pediatría*. 2023;24(1):23-9. Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/1434317/cc4\\_listeriosis.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/1434317/cc4_listeriosis.pdf)
8. Morla Anchundia LJ. Conducta obstétrica en paciente primigesta de 17 años con embarazo de 36.5 semanas y amenaza de parto pretérmino. [Internet] [Tesis de pregrado]. [Ecuador]: Universidad Técnica de Babahoyo; 2022 [citado 29 de junio de 2024]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/11576>
9. Ximenez de Embun Ferrer I, Izquierdo Hidalgo I. Vínculo tras el rechazo emocional posnatal: caso clínico. *Norte Salud Ment*. 2020;17(63):47-54. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7553717.pdf>
10. Pinedo Iglesias M del P. Parto prematuro [Internet]. Univerisad José Carlos Mariátegui; 2023 [citado 28 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/1978>
11. Trinidad Aranciaga DD. Estudio de la incidencia de parto prematuro en gestantes con sobrepeso u obesidad en el Hospital Essalud II de Pasco [Internet] [Caso clínico]. [Cerro de Pasco]: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2023 [citado 29 de junio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/3338>
12. Serrano Diaz JC. Factores predisponentes del parto prematuro en Hospital de Apoyo Chepen [Internet]. Universidad Privada de Ica; 2018 [citado 29 de junio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.upica.edu.pe/handle/123456789/182>
13. Bigolin Jantsch L, Teixeira Canto R, Martins De Melo A, Rinaldo Scaburi I, Nascimento Correa De Andrade E, Tatsch Neves E. Fatores obstétricos associados ao nascimento de bebês prematuros moderados e tardíos. *Enferm Glob*. 2021;20(1):23-58. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.417281>

14. Montero Aguilera A, Ferrer Montoya R, Paz Delfin D, Pérez Dajaruch M, Díaz Fonseca Y. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. *Multimed.* 2019;23(5):1155-73.
15. Suazo-Flores D, Saez-Carrillo K, Cid-Aguayo M. Relación entre características sociodemográficas, obstétricas y psicosociales con el desenlace del parto prematuro en un hospital de alta complejidad. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2021;86(5):7727. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-48182019000501155](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000501155)
16. Ye CX, Chen SB, Wang TT, Zhang SM, Qin JB, Chen LZ. Risk factors for preterm birth: a prospective cohort study. *Chin J Contemp Pediatr.* 2021;23(12):1242-9. Disponible en: <https://doi.org/10.7499/j.issn.1008-8830.2108015>
17. Rattsev I, Flaks-Manov N, Jelin AC, Bai J, Taylor CO. Recurrent preterm birth risk assessment for two delivery subtypes: A multivariable analysis. *J Am Med Inform Assoc.* 2022;29(2):306-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocab184>
18. Chang YK, Tseng YT, Chen KT. The epidemiologic characteristics and associated risk factors of preterm birth from 2004 to 2013 in Taiwan. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):201. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02903-1>
19. Hanif A, Ashraf T, Pervaiz M, Guler N. Prevalence and risk factors of preterm birth in Pakistan. *J Pak Med Assoc.* 2020;(0):1. Disponible en: <https://doi.org/10.5455/jpma.295022>
20. Wu ST, Lin CH, Lin YH, Hsu YC, Hsu CT, Lin MC. Maternal risk factors for preterm birth in Taiwan, a nationwide population-based cohort study. *Pediatr Neonatol.* 2023; S1875957223001225. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2023.03.014>
21. Iza Aquieta LL, Bustillos Solórzano ME. Amenaza de parto prematuro predicción prevención y manejo. *RECIMUNDO.* 2022;6(3):393-408. Disponible en:

[https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(3\).junio.2022.393-408](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.393-408)

22. Leal Zavala OR. Riesgo de parto pretérmino recurrente según presentación clínica del parto pretérmino previo en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes II-2 [Internet]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2019 [citado 28 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/4607>
23. Paredes Delgado KP. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino [Internet]. Universidad César Vallejo; 2022 [citado 28 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/108646>
24. Yanque-Robles O, Zafra-Tanaka JH, Taype-Rondan A, Arroyo-Campuzano JE, Rosales-Cerrillo CH, Mucha J, et al. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del parto pretérmino en el Seguro Social del Perú (EsSalud), 2018. Acta Médica Peru. 2019;36(1):46-56. Disponible en: [https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/GPC-Parto-pretermino\\_V.-Extensa-Anexos.pdf](https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/GPC-Parto-pretermino_V.-Extensa-Anexos.pdf)
25. Crisol-Deza DA, Zurita-Borja JL, Crisol-Deza YG, Zurita-Borja ME. Relación entre preeclampsia y parto prematuro: Impacto en la vida del feto y la madre. Rev Int Salud Materno Fetal. 2023;8(1):c4-6. Disponible en: <https://doi.org/10.47784/rismf.2023.8.1.225>
26. Humberg A, Fortmann I, Siller B, Kopp MV, Herting E, Göpel W, et al. Preterm birth and sustained inflammation: consequences for the neonate. Semin Immunopathol. 2020;42(4):451-68. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00281-020-00803-2>
27. Alfonso D, Pinzón C, Aragón R, Colmenares A. Causas de parto pretérmino tardío en el Hospital Militar Central desde enero 2016 - enero 2020 [Internet]. Universidad Militar Nueva Granada; 2020 [citado 29 de junio de 2024]. Disponible en: <http://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/37390>
28. Estrada Mendoza BM. Longitud cervical ecográfica en la predicción del parto pre

término en el servicio de obstetricia. Hospital de Tingo María 2017 [Internet]. Universidad Nacional Hermilio Valdizan; 2019 [citado 29 de junio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/5305>

29. Robles Arce V, Rojas Vázquez S, Thuel Gutiérrez M. Actualización en el manejo de labor de parto pre-término. *Rev Medica Sinerg.* 2020;5(1): e330. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i1.330>
30. Albuérne Canal. AM. Farmacología en la amenaza de parto prematuro. *NPunto.* 2022;5(48):60-78. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/48/farmacologia-en-la-amenaza-de-parto-prematuro>
31. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Parto pretérmino. *Prog Obstet Ginecol Rev Of Soc Esp Ginecol Obstet.* 2020;63(5):283-321. Disponible en: [https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto\\_pretermino\\_2020.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf)