



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

PARTO PREMATURO

PRESENTADO POR:

MARIA DEL PILAR PINEDO IGLESIAS

ASESOR

Mg. JAQUELINE MIRIAM PORTUGAL PUMA

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

MOQUEGUA - PERÚ

2023

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|-----|
| Carátula | |
| Página de jurado | i |
| Índice de contenido | v |
| Resumen de trabajo académico | vii |
| Abstract | vii |
| CAPÍTULO I | 1 |
| Problema de Investigación | 1 |
| 1.1. Descripción del Problema de Investigación | 1 |
| 1.2. Justificación | 2 |
| 1.3. Marco Teórico | 3 |
| CAPÍTULO II | |
| 2.1. Caso Clínico | 17 |
| 2.2. Discusión | 27 |
| 2.3. Conclusiones | 28 |
| 2.4. Recomendaciones | 29 |
| Bibliografía | 34 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---------|----|
| Tabla 1 | 5 |
| Tabla 2 | 5 |
| Tabla 3 | 15 |

RESUMEN

A nivel mundial el parto pretérmino es una de las complicaciones obstétricas más frecuentes y que tiene una alta incidencia en la morbi mortalidad neonatal.

El presente trabajo hace una revisión sobre el parto prematuro, en cuanto a etiología, fisiopatología, características clínicas, así como la repercusión de la misma sobre el feto.

El objetivo del presente trabajo es conocer un caso de parto pretérmino a través de un caso clínico atendido en el Hospital Regional de Loreto Felipe Arriola Iglesias. Se realizó la revisión del caso clínico, en donde se evidencia la evolución, manejo y exámenes complementarios ordenados cronológicamente, desde la consulta externa, la hospitalización hasta el momento en que es derivada al Hospital Regional de Loreto y como en este se produce el desenlace del caso clínico que se inició en la institución que le brindo los servicios de salud en forma particular. La relevancia del presente trabajo radica en conocer cuáles son las causas maternas que pueden estar condicionando la presencia de parto prematuro para que el conocimiento de esta nos conduzca a medidas de prevención para contribuir a disminuir la incidencia de partos pre términos.

Palabras claves: Parto Prematuro, Infección del Tracto Urinario, Edad Gestacional

ABSTRACT

Worldwide, preterm delivery is one of the most frequent obstetric complications and has a high incidence in neonatal morbidity and mortality.

The present work reviews preterm birth, in terms of etiology, pathophysiology, clinical characteristics, as well as its impact on the fetus.

The objective of this work is to know a case of preterm birth through a clinical case attended at the Regional Hospital of Loreto Felipe Arriola Iglesias. A review of the clinical case was carried out, where the evolution, management and complementary examinations arranged chronologically, from the outpatient consultation, hospitalization until the moment in which it is referred to the Regional Hospital of Loreto and how in this the outcome of the clinical case that began in the institution that provided health services in particular. The relevance of this work lies in knowing what are the maternal causes that may be conditioning the presence of premature birth so that knowledge of this leads us to preventive measures to help reduce the incidence of preterm births.

Keywords: Premature Delivery, Urinary Tract Infection, Gestational Age

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción Del Problema De Investigación

A nivel mundial el parto pretérmino es una de las complicaciones obstétricas más frecuentes y que tiene una alta incidencia en la morbi mortalidad neonatal. ¹

En el 2005 la incidencia de partos pretérminos fue del 9.6% y de ellos el 85% se concentró en los continentes que tienen un menor desarrollo socio económico y las incidencias más bajas 6.2% se dio en el continente Europeo.²

1.2. Justificación.

A nivel mundial una de las causas de preocupación de la salud poblacional viene a ser la incidencia de partos pretérminos, ya que estos conllevan una gran carga económica y sentimental en las familias afectadas y para las economías de los países este es una causa de carga económica, por todo o que implica tratar de restaurar la salud del recién nacido pretérmino. Dada la importancia que esta patología representa para el bienestar de la familia y del estado es que a nivel mundial se buscan estrategias que conlleven a disminuir su incidencia para ello en el Perú el Ministerio de Salud a través de la Estrategia Materno Perinatal ha instaurado como medida la Prenatal y ha instaurado protocolos para tratar las diferentes complicaciones que la gestante pueda presentar durante su gestación y van desde los cuidados antes de la concepción, durante la atención del parto, y durante el periodo postnatal.

En el Perú el Parto pretérmino es una patología frecuente y es una patología que causa del 75 al 80% las muertes neonatales y en aquellos niños que logren sobrevivir es el responsable del 50% de los daños neurológicos recidivantes para el resto de sus vidas ³

La presente investigación pretende identificar las causas maternas que pueden estar condicionando un parto prematuro, con el propósito de determinar las medidas necesarias para contribuir a disminuir la incidencia de partos pre términos.

1.3. Marco Teórico

1.3.1 Antecedentes de la Investigación

Internacionales

Escobar B, Gordillo L, et. al. (2017) ⁴ Realizaron un estudio en el que determino que los factores asociados a parto pretérmino eran: placenta previa, pre eclampsia, embarazo múltiple, alteraciones del líquido amniótico, tabaquismo materno, ruptura prematura de membranas, e infección urinaria.

Nacionales

Abanto ⁵. Realizo un estudio no experimental y hallo que el parto pretérmino estaba asociado a Infección urinaria y que la fuerza de asociación indicaba que las gestantes con infección urinaria tienen 2.2 veces más riesgo de parto pretérmino.

Chira J, Siosa J.⁶, realizaron un estudio analítico, y concluyeron que como factores determinantes para parto prematuro se encontraba el control prenatal escaso, anemia materna, antecedentes de parto pretérmino, infección urinaria, ruptura prematura de membranas, embarazo múltiple y oligohidramnios.

Regionales.

Saavedra H.⁷, Determinó que los factores que incidían para la presencia de parto pretérmino eran: edad materna (entre 20 a 34 años), residencia rural, la convivencia, y el nivel de instrucción de secundaria. Entre las morbilidades que

hallo se encuentran: anemia, infección urinaria, hipertensión inducida por el embarazo y la preeclampsia.

Taboada R.⁸ Determino que el embarazo múltiple, la ruptura prematura de membranas, la atención prenatal, la anemia y la infección urinaria no tenían relación con el parto pretérmino

Definición.

El parto prematuro es definido por muchos autores como aquel parto que ocurre antes de las 37 semanas de embarazo, o antes de los 259 días del embarazo⁹.

1.3.3. Clasificación.

Tipos de nacimiento pretérmino

“El Parto pretérmino se puede clasificar por el peso al momento de nacer o por el tiempo de vida intrauterina”¹⁰.

a. Según la edad gestacional ¹¹

- Prematuro general: menor a las 37 semanas de gestación.
- Parto prematuro Tardío: parto que se produce entre las 34 y 36 semanas
- Menor de 32 semanas muy prematuro.
- Menor de 28 semanas extremadamente prematuro.

b. Según su peso ¹²

- Bajo peso: recién nacido con un peso menor de 2500 gramos.
- Muy bajo peso: recién nacido con peso menor de 1500
- Extremadamente bajo: recién nacido con peso menor de 1000 gramos

1.3.4. Frecuencia ¹³

El parto pretérmino se da con cierta frecuencia ya que este se produce en uno de diez embarazos.

Tabla 1. Incidencia de Parto Prematuro según sus países de reporte ¹⁴

| PAIS | TASA DE NACIMIENTOS PREMATUROS |
|-------------|---|
| Malawi | 18.1% |
| Comoras | 16.7% |
| Congo | 16.7% |
| Zimbabue | 16.6% |
| Guinea | 16.5% |
| Ecuatorial | |
| Mozambique | 16.4% |
| Gabón | 16.3% |
| Pakistán | 15.8% |
| Indonesia | 15.5% |
| Mauritana | 15.4% |

Fuente: Tasa de nacimientos prematuros por 100 nacimientos

Tabla N° 2 Tasa de Nacimientos prematuros en el Hospital Regional de Loreto¹⁵

| AÑO | TASA DE NACIMIENTO DE PREMATUROS |
|-------------|---|
| 2010 | 1.2 % |
| 2011 | 1.5 % |
| 2012 | 1.5 % |
| 2013 | 3.4 % |
| 2014 | 8.2 % |
| 2015 | 9.8 % |
| 2016 | 12.6 % |
| 2017 | 12.8% |
| 2018 | 11.6% |

Fuente: Sistema Informático Perinatal Hospital Regional de Loreto

1.3.5. Etiología

La etiología del trabajo de parto prematuro es multifactorial y no está del todo clara, este puede ser como consecuencia de una patología que se presente durante la gestación.⁴

- a.** Flora anormal del tracto Genital (vaginosis Bacteriana). La infección del tracto inferior de la vagina es una infección común y generalmente es asintomático, esta es una condición poli microbiana de etiología desconocida, se asocia con síntomas característicos y cambios en la microbiología y el ecosistema de la flora vaginal, conllevando que el pH de la vagina se eleve incrementándose

Su importancia es que tiene una estrecha asociación con prematuridad y que la colonización bacteriana cérvico-vaginal conduce a Vaginosis Bacteriana del líquido amniótico con un riesgo relativo para parto pretérmino.¹⁶

- b.** Infección del Tracto Urinario. Esta es una complejidad frecuente durante la gestación se detecta entre el 2 al 8%, muchas veces pasa inadvertida ya que esta suele ser asintomática. ^{17, 18}

- c.** Corioamnionitis. Esta se caracteriza por presentar agentes patógenos en el líquido amniótico y se manifiesta en la clínica de la madre como en el feto, la corioamnionitis se encuentra relacionada con frecuencia con la ruptura prematura de membranas ¹⁸

La Corioamnionitis subclínica se presenta con mayor frecuencia que la corioamnionitis clínica. Se halla interleuquina en casos de parto pre término como en el parto a término, por lo que su presencia se podría interpretar como un factor determinante para el desencadenamiento del parto pretérmino. ¹⁹

- d.** Infecciones localizadas en otras áreas. Diversos estudios de estomatología han llegado a vincular la presencia de parto pretérmino con la enfermedad periodontal ²⁰

La Academia Americana de Periodoncia señala que las embarazadas tienen hasta siete veces más probabilidades de presentar un parto ²¹
- e.** Conflicto materno fetal e infección. En el proceso de la concepción el padre y la madre aportan el 50% de la información genética respectivamente, esto conlleva a que el feto produzca antígenos paternos, esta información es interpretada por el sistema inmunológico de la madre, como algo dañino, haciendo que se produzca una reacción de rechazo para defenderse, lo que favorecería la expulsión del producto de la gestación, y un parto prematuro¹⁸.
- f.** La alergia. Podría considerarse como uno de los responsables del parto pretérmino, cuando existe la presencia de una sustancia alergena el organismo tiende a producir inmunoglobulina E y la re exposición constante del organismo a esta inmunoglobulina puede desencadenar en asma, anafilaxia y parto pretermino.⁴
- g.** Activación del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal materno o fetal provoca estrés materno o estrés fetal y esta reacción a su vez eleva los niveles del cortisol quien a su vez eleva el porcentaje de hormona liberadora de corticotropina causa la producción de prostaglandinas y estas a su vez producen contracciones uterinas, maduración cervical y sensibilizan al útero a los efectos de la oxitocina ^{4, 18}
- h.** “Embarazo y estrés. La presencia de problemas emocionales. Tensión materna y el trabajo pesado son estímulos estresantes para la mujer

embarazada y estos a su vez son factores de riesgo para la presencia de parto prematuro”²²

i. Desórdenes Hormonales. Espinoza J¹² propuso cinco mecanismos desencadenantes de parto pretérmino:

- ✓ Cortisol incrementado
- ✓ Progesterona disminuida
- ✓ Inactivación de la progesterona dentro de la célula
- ✓ Cambios de las isoformas receptoras de la progesterona
- ✓ funcionalidad de la progesterona retirada.

j. “Enfermedad vascular útero placentaria y hemorragia decidual. La producción de trombina es responsable de la isquemia útero placentaria o hemorragia decidual”²³

“La trombina genera la producción de citoquina y esta genera la producción de prostaglandina E2, conllevando a la formación de trombina, inflamación y la activación del trabajo de parto”²⁰

k. Distensión uterina. El útero tiene una capacidad de distensión, cuando esta se ve sobrepasada aumenta la contractilidad del mismo mediante la liberación de prostaglandinas quienes actuaran directamente en el útero. ²¹

1.3.6. Marcadores Predictivos²²

a. Evaluación cervical. “Cuando se realiza una evaluación del cuello uterino, la longitud que presenta no debe ser el único valor a considerar para el diagnóstico del parto pretérmino”²³

“En el tacto vaginal nos proporciona información de la longitud del cérvix, así como la posición de la misma, la incorporación, la consistencia y la dilatación del cérvix”²⁴. “El índice de Bishop en algunos países se usa como predictivo de parto pretérmino”²³

- b. Hemorragia vaginal. “Diversos trabajos de investigación señalan que la metrorragia de la primera mitad de la gestación es un antecedente frecuente en pacientes con amenaza de parto pretérmino”²⁵.
- c. Movimientos respiratorios fetales. Mediante estudios sonográficos se ha podido determinar la ausencia de los movimientos respiratorios fetales y se ha podido concluir que dicha ausencia se presenta cuarenta y ocho horas antes del inicio del parto pretérmino.²²
- d. Sonografía cervical. La ecografía transvaginal permite evaluar la longitud del canal cervical y del orificio cervical interno,²⁴ para ello la vejiga debe estar vacía de tal forma que permita apreciar la longitud del canal cervical permitiendo medir tanto la longitud como la profundidad.²⁶

En el segundo trimestre de la gestación el cérvix tiene una longitud de 3.5 cm, la cual va disminuyendo progresivamente a medida que el embarazo prosigue, sin embargo la disminución se encuentra acelerada en los embarazos múltiples.²⁴

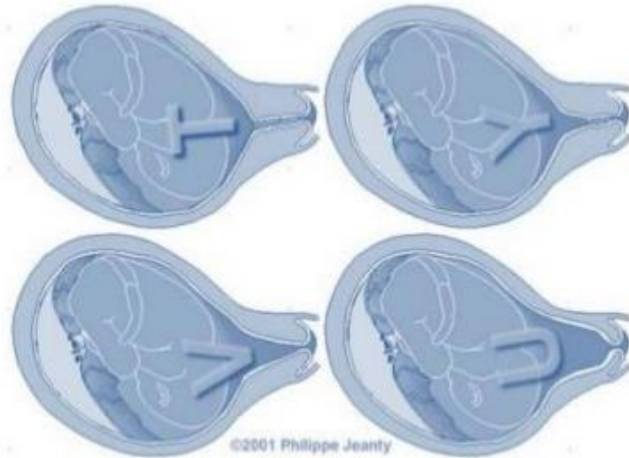


Fig. 1 Modificación Cervical

1.3.7. Marcadores Bioquímicos

Si bien es cierto que el término marcador bioquímico aún no está claramente bien definido, pero se podría considerar algunos factores como predecibles para parto prematuro, entre tales factores se pueden mencionar: demografía, hábitos, comportamientos, actitudes y presencia de sustancias nocivas^{23, 27}

- a. Alfa-feto proteína sérica: En gestantes con factor de riesgo de parto prematuro sea logrado identificar altas concentraciones de la alfa feto proteína²⁸
- b. Proteína C reactiva: Si bien es cierto que se ha encontrado altas concentraciones de proteína C en pacientes que desencadenaron en parto pretérmino, esta aun no puede considerarse como valor predictivo.²⁸

1.3.8. Cuadro Clínico

Los síntomas de parto prematuro son exactamente los mismos del parto común, sólo que tienen lugar antes de lo esperado,²⁹ esta sintomatología incluye: dolor en hipogastrio o en la región lumbar, contracciones uterinas, dilatación cervical mayor a 2 cm, incorporación cervical mayor o igual al 80%, cambios en la secreción vaginal, calambres similares al dolor menstrual ²³

1.3.9. Diagnóstico

“Se diagnostica como parto pretérmino cuando se halla: contracciones uterinas, dilatación mayor de 2 cm e incorporación cervical mayor del 80 %”³⁰, además de tener en cuenta la edad gestacional entre las 20 semanas y antes de las 37 semanas de gestación²⁸.

La gran mayoría de las veces los signos y síntomas que preceden al parto prematuro son inespecíficos y no son fáciles de diferenciar, lo que conlleva a que la mujer y su familia no busquen ayuda prontamente. ³¹

1.3.10. Diagnóstico Diferencial

Este se realizara con el falso trabajo de parto, el cual se diferencia por que las contracciones no son clínicamente detectables, ³² y en algunas ocasiones tienden a interrumpirse ³³

1.3.11. Factores de Riesgo

Estos pueden dividirse según su momento de instalación en:

- Preexistentes

Bajo nivel Socioeconómico, Analfabetismo/escolaridad insuficiente, pareja no estable, edad menor de 15 y mayor de 35 años, largas jornadas laborales, estrés psicosocial, nulíparas o gran múltipara, talla menor de 1,50 m, peso anterior menor de 45 Kg, partos anteriores de pre término o pequeños para edad gestacional, intervalos intergenésicos cortos, anomalías uterinas.^{34, 35, 36, 37}

- Instaladas en el embarazo actual:

“Tener como antecedentes el embarazo múltiple, enfermedades hipertensivas, acortamiento del cérvix, infecciones vaginales como vaginitis; infección urinaria, hemorragias de la 2ª mitad del embarazo, hidramnios, ruptura prematura de membranas o corioamnionitis”^{35, 36, 37}.

Factores de Riesgo de parto Prematuro según su origen: estos se clasifican en maternos, fetales, de líquido amniótico y placentarios

- Maternos:^{34, 35, 36, 37, 38}
 - Tabaquismo: más de 15 cigarrillos por día.
 - Menos de 4 atenciones prenatales
 - Baja ganancia de peso durante el embarazo, I
 - Infección: cervicovaginal, intraamniótica, urinarias.
 - Anomalías útero cervicales.
 - Patologías que producen hipoxia: cardiopatías, asma, alteraciones hematológicas
 - Diabetes mellitus
 - Hipertensión arterial crónica o inducida por el embarazo

- Anemia.
- Antecedente de aborto o de partos prematuros.
- Fetales
 - Retardo en el crecimiento intrauterino, malformaciones congénitas, óbito fetal³⁹
- Líquido Amniótico
 - Poli hidramnios, Oligohidramnios, Infecciones intercurrentes^{39, 40}
- Placentarios
 - Placenta de inserción baja o previa, Desprendimiento prematuro de placenta, inserción marginal del cordón umbilical^{36, 40, 41}

1.3.12. Tratamiento³⁴⁻³⁸

- * Tocolíticos: inhiben las contracciones uterinas. Se busca retrasar el parto por 48 horas para que en este periodo se realice la maduración pulmonar.³⁵
- * Hospitalización.³⁷
- * Rehidratar con Cloruro de Sodio al 9 por mil 1000cc, empezar con 500 ml a goteo rápido y luego continuar a 50 gotas por minuto³⁷
- * Reposo absoluto de preferencia en decúbito lateral izquierdo³⁷
- * Realizar Monitoreo materno fetal³⁷
- * Determinar edad gestacional³⁷
- * Si fuera posible identificar el factor causal tratar de corregirlo³⁴
- * Si se produce con una edad gestacional de entre las 24 – 34 semanas, se debe realizar maduración pulmonar con corticoides si no los recibió previamente.³⁵
- * “Poner en conocimiento del caso al servicio de Neonatología”³⁸

* Esquemas de Corticoterapia: ³⁸

Entre las 24 – 34 semanas si no recibió previamente:

- Betametasona: 12 mg IM c/ 24 horas por dos dosis
- Dexametasona: 6 mg IM c/12 horas por 4 dosis

* Esquemas de Tocólisis

a. Bloqueadores de los canales de calcio ³⁷

“Nifedipino: antagonista de canales de calcio, dosis de inicio 10 mg VO c/20 hasta 3 oportunidades, luego 10 mg c/ 6 a 8 horas por 48 a 72 horas”

b. Beta miméticos

- ✓ Isoxuprina: antagonista beta adrenérgico, este medicamento debe administrarse por vía endovenosa en 24 o 48 horas. Este medicamento se prepara una solución en 100 ml de Cloruro de Sodio al 9 por mil con una ampolla de Isoxuprina de 10 mg; se debe iniciar con 10 gotas por minuto, cada 20 minutos, hasta conseguir que las contracciones uterinas cesen o presencia de efectos secundarios³⁶.
- ✓ “Ritrodina 1 ampolla de 5cc/en 500 ml Cloruro de Sodio al 9 por mil ó 500 ml de Dextrosa al 5% EV., dosis inicial 10 gotas que se incrementan c/ 20 min”³⁸
- ✓ “Salbutamol: 10 ampollas en 500 ml de Dextrosa al 5% en agua destilada”³⁸

✓ **Tabla N°3 Efectos colaterales en el tratamiento del parto prematuro**³⁵

| AGENTE TOCOLÍTICO | DOSIS Y ADMINISTRACIÓN | CONTRAINDICACIONES | EFFECTOS ADVERSOS MATERNOS | EFFECTOS FETALES Y NEONATALES |
|--|--|---|---|--|
| BETAMIMETICOS | RITRODINA: 50 – 100 ug/min, incrementar 50 ug c/ 10 minutos hasta cese de contracciones o hasta que ocurran efectos adversos. Dosis máxima 350 ug/min. | Arritmias cardíacas | “Arritmias” “Edema pulmonar” “Isquemia miocárdica” “Hipotensión” “Taquicardia” | “Taquicardia fetal” “Hiperinsulinemia” “Hiperglicemia” |
| SULFATO DE MAGNESIO | Administrar de 4 a 6 g en bolo en 20 min. Luego 2 – 3 gr/h | Miastenia gravis | “Letargia, cefalea, debilidad muscular, diplopía, boca seca, edema pulmonar, arresto cardíaco”. | “Letargia hipotonía, depresión respiratoria, desmineralización con uso prolongado”. |
| CALCIO ANTAGONISTA: NIFEDIPINO | 30 mg dosis inicial, luego 10-20 mg c/ 4 a 6 horas | Cardiopatía, enfermedad renal, hipotensión materna. Evitar uso con sulfato de magnesio | Cefalea, náusea, transitoria. convulsiones, hipotensión | No se han reportado |
| INHIBIDORES DE LA PROSTAGLANDINA SINTETASA | INDOMETACINA | Daño renal o hepático | Náuseas, acidez gástrica | “Cierre del ducto arterioso.” “Disminución de la función renal con Oligohidramnios, hemorragia” |

1.3.13. Asistencia del Parto Prematuro

a. Presentación Cefálica:

La vía recomendada es la vía vaginal, a menos que se evidencie sufrimiento fetal, se recomienda una episiotomía amplia, no se recomienda el uso del vacum³³.

“Alumbramiento: Si en 15 minutos no ha salido se realizará su extracción manual, seguido del legrado uterino puerperal”³⁷.

b. Presentación Podálica:

“Cuando los fetos son de muy bajo peso, el parto por vía abdominal es la recomendada”³⁷.

Para la realización de la cesárea tener en cuenta los siguientes puntos³⁷:

- ✓ El segmento inferior es más grueso.
- ✓ Asegurar una buena incisión para la extracción fetal sin problemas.
- ✓ Complicaciones: lesión cervical, desgarro del ligamento ancho, desgarro de las arterias uterinas.
- ✓ Asegurar una buena profilaxia antibiótica

1.3.14. CRITERIOS DE ALTA

Si se logró controlar los signos y síntomas del parto prematuro deberá esperarse como mínimo 48 horas para considerar el alta médica, en caso de que este hubiera concluido en un parto, el alta médica será factible a partir de las 24 horas.³⁸

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1. OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar de forma correcta el cuadro clínico de Parto Prematuro para establecer un diagnóstico oportuno en pacientes gestantes

Objetivo Especifico

- Identificar los factores de riesgo que condujeron al parto Pretérmino en el caso presentado.
- Conocer el adecuado manejo terapéutico del parto pretérmino
- Determinar si la vía de atención del parto era la más adecuada según la edad gestacional

2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

Se realizó la revisión del caso clínico, en donde se evidencia la evolución, manejo y exámenes complementarios ordenados cronológicamente, desde la consulta externa, la hospitalización hasta el momento que es derivada al Hospital Regional de Loreto y como en este se produce el desenlace del caso clínico que se inició en la institución que le brindo los servicios de salud en forma particular.

PRELUDIO: CLÍNICA PARTICULAR

| FECHA DE ATENCIÓN | DIAGNÓSTICO | LABORATORIOS | INDICACIÓN MÉDICA |
|-------------------|---|---|--|
| 04/01/17 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestante 11 semanas ✓ Hiperémesis Gravídica ✓ Deshidratación moderada | Ninguno | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hidratación ✓ Retorna a su casa ✓ Ecografía |
| 23/01/17 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestante 13.4 semanas ✓ Emesis Gravídica ✓ Gastritis | Ecografía: indica gestación de 13.4 semanas | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hierro más ácido fólico ✓ Perfil prenatal |
| 24/01/17 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestante 13 semanas ✓ ITU ✓ Sífilis | HEMATOLOGÍA <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemoglobina 12.4 g/dl ✓ Leucocitos 7330 ✓ Hematocrito 37% ✓ Plaquetas 316,000 HEMOGRAMA <ul style="list-style-type: none"> ✓ Abastionados 0 ✓ Segmentados 64 ✓ Linfocitos 23 ✓ Monocitos 8 ✓ Eosinófilos 5 EXÁMEN MICROSCÓPICO <ul style="list-style-type: none"> ✓ Leucocitos 35-40 x campo | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Macrofantina ✓ Penicilina G Benzatinica ✓ Urocultivo |

| | | | | |
|----------|--|--|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Flora bacteriana ++ ✓ RPR 1/16 ✓ VIH (-) | |
| 30/01/17 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestante 13 semanas ✓ Gastritis Crónica | | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dextrosa + Hipersodio ✓ Ranitidina ✓ Metamizol ✓ Dimenhidrinato |
| 14/02/17 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestante 17 semanas ✓ ITU | | <p>UROCULTIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Leucoesterasa 2+ ✓ Leucocitos 6 -8 ✓ Hematíes 1- 2 ✓ Cristales 1+ ✓ Flora bacteriana 2+ ✓ Recuento de Colonias > 100,000 ✓ Identificación: Klebsiella penumoniae <p>ANTIBIOGRAMA</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Amikacina Sensible ✓ Cefoxitina Sensible ✓ Cefalexina Sensible | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cefalexina 500 mg c/6 horas x V.O. |

| | | | |
|----------|------------------------------------|--|---|
| 24/02/17 | ✓ Gestante 18 semanas | | ✓ Dequazol x 7 días |
| | ✓ Vulvovaginitis | | ✓ Urocultivo |
| | ✓ D/c ITU | | control |
| 02/03/14 | ✓ Gestante 19 semanas | | Amikacina 1 gr EV x 5 días |
| | ✓ ITU | | |
| 03/04/17 | ✓ Gestante 24 semanas | | |
| | ✓ No labor de parto | | |
| 16/04/17 | ✓ Gestante 26 semanas | UROCULTIVO | ✓ Hospitalización |
| | ✓ Amenaza de Parto Prematuro | ✓ Leucoesterasa 3+ ✓ Hematíes 2++ ✓ Hemoglobina 2+ | ✓ Cl Na 9 ‰ XLV x ‘ |
| | ✓ Constipación | EXAMEN MICROSCOPIC | ✓ Ampicilina 2 gr EV stat |
| | ✓ Anemia leve | O | ✓ Ampicilina 1 gr EV c/6 horas |
| | | ✓ Leucocitos > 100 x campo | |
| | | ✓ Hematíes 60 – 70 x campo | ✓ Nifedipino 10 mg c/8 horas |
| | | ✓ Flora bacteriana 2+ | x VO |
| | | ✓ Píocitos 1 – 2 x campo | ✓ Progesterona Micronizadol 200 mg c/8 horas |
| | | HEMATOLOGÍ A | ✓ Diclofenaco |
| | | ✓ Hemoglobina 10.3 g/dl | 75 mg c/24 horas |
| | | ✓ Leucocitos 11,620 | ✓ Betametaso |
| | | ✓ Hematocrito 31% | 12 mg cada |

✓ Plaquetas 332,000 24 horas x 2
HEMOGRAMA dosis

✓ Abastionados 0 ✓ Amikacina

✓ Segmentados 81 500 mg c/12

✓ Linfocitos 11 horas

✓ Monocitos 8 ✓ Lactulosa 20

✓ Eosinoofilos 0 cc c/8 horas

hasta
presentar
deposiciones

17/04/17

✓ Gestante 26
semanas

✓ Trabajo de
Parto
Pretérmino

✓ ITU

✓ Anemia leve

Se transfiere al
Hospital
Regional de
Loreto

PARTO PREMATURO EN MUJER ADULTA JOVEN DE 28 AÑOS

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO -ABRIL 2017

2.3.1. Anamnesis

2.3.1.1. Datos de Filiación

| | | |
|------------------------|---|----------------------|
| “Apellidos y Nombres” | : | GPS |
| “Edad” | : | 28 años |
| “Grado de Instrucción” | : | Secundaria completa |
| “Ocupación” | : | Estudiante |
| “Estado Civil” | : | Conviviente |
| “Procedencia” | : | Iquitos |
| “Fecha de ingreso” | : | 03 de abril del 2017 |
| “Hora de ingreso” | : | 10.20 hs. |

2.3.1.2. Antecedentes

A) Personales

- Fisiológicos : Nació por parto vaginal
- Patológicos : Infección urinaria recurrente
- Quirúrgicos : Niega
- Gineco Obstétricos:

M. 15 Años RC: 4d/Irregular 1ra. R. Sx: 18 años

G2 P (1 0 0 1) F.U. R: 16-10-16 FPP: 25-04-17

E.G: 26sems. M.A.C: Preservativo

B) Familiares: Padre fallecido de cáncer de próstata en el 2011

Madre viva, aparentemente sana

Esposo aparentemente sano.

2.3.1.3. Enfermedad Actual

- T. E.: 01 día.
- Paciente es transportada de emergencia, a la evaluación:
PA 110/80mmHg, T° 36.6°C, SAT O₂ 98%, FCF 136x'.
- Paciente ingresa a emergencia del Hospital Regional de Loreto y refiere haber estado hospitalizada en una clínica de la ciudad el día anterior a su ingreso.
- Paciente refiere dolor tipo contracción uterina que se irradia hacia la zona sacra y refiere pérdida de sangre por vía vaginal.

2.3.1.4. Exploración Física

17 de abril del 2017 09.10 hs. Servicio de Emergencia

- Signos vitales: P.A. 110/60mmHg P:76 X' R: 20 X' T°:
36.6°C
Peso: 94.100 kg Talla: 1.64 mt
- Paciente Lucida orientada en tiempo espacio y persona, Aparente regular estado general
- Palidez marcada
- Abdomen: Globuloso por útero gravídico. Tenso a la palpación.
A.U: 22 cm. LCI LCF: 134x' MF: ++
D.U: 2/10/30''' ++/+++
- T. V.: D: 6 cm Incorporación: 90% AP: -4
- Miembros inferiores: Edema (-) Varices (-)

Diagnóstico de Ingreso:

1. Segundigesta de 26 1/7 semanas por fecha de última regla.
2. Trabajo de parto prematuro

Plan:

1. Hospitalización en Centro Obstétrico. (Sala de parto)
2. Se solicita exámenes auxiliares: Hemograma, Hematocrito, T. Coagulación., T. Sangría.

2.3.1.5 EVOLUCIÓN CLÍNICA

04 de abril del 2017

10.30 hrs.

- Paciente : AREG, LOTEP
- Examen Físico : PA: 110/60mmHg FC: 76x' FR: 20x'
T°: 36.6° C Peso: 94.100 kg
- Tórax: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares
- Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos cardiacos.
- Abdomen : AU: 22 cms. LCF: 134x'
Leopold: LPI DU: 2/10. ++ 30"
- Tacto Vaginal : D: 6 cm I: 90% AP: -4

Miembros inferiores : no edemas, no varices

Diagnostico:

1. Segundigesta de 26.1 semanas por FUR
2. Trabajo de parto prematuro
3. Presentación pelviana

Tratamiento:

1. Nada por vía oral
2. Preparar pre quirúrgica

3. Interconsulta a Neonatología
4. Electrocardiograma más riesgo quirúrgico.
5. Hacer firmar a los familiares comunicados de gravedad por prematuridad del producto de la concepción.

2.3.1.6. REPORTE OPERATORIO

| DIAGNOSTICO PREOPERATORIO | HALLAZGOS | DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Segundigesta de 26 semanas por ultima regla • Trabajo de Parto Inmaduro • Presentación pelviana | <ul style="list-style-type: none"> • Útero normal • Anexos normales | <ul style="list-style-type: none"> • Segundigesta de 26 semanas por ultima regla • Trabajo de Parto Inmaduro • Presentación pelviana |

2.3.1.7. INDICACIONES MÉDICAS

| | FECHAS | 17 | 18 | 19 |
|-----------------------------------|--------|----|----|----|
| INDICACIONES | | | | |
| Ranitidina 50 mg EV c/8 h | | x | | |
| Ketoprofeno 100 mg 1amp EV c/ 8 h | | x | | |
| Ceftriaxona 2 gr EV c/24 h | | x | x | |
| Ketorolaco 60 mg EV c/ 8h | | | x | |
| Sulfato Ferroso 300 mg VO c/ 24 h | | | | x |
| Hematocrito | | x | | |

2.3.1.8. EVOLUCIÓN EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN

| FECHA | PA | P | T° | DIAGNOSTICO |
|-------|-------------|-------|--------|---|
| 17/04 | 100/60 mmHg | 65 x' | 37.2°c | Post Cesareada +/- 3 horas |
| 18/04 | 100/50 mmHg | 68x' | 36.8°C | Post Cesareada +/- 19 horas |
| 19/04 | 100/60 mmHg | 66x' | 36.2°C | Anemia moderada Post Cesareada de 1er día Anemia leve |

2.3.1.9. RESULTADOS DE LABORATORIO

| EXAMEN DE SANGRE | FECHA 17/04/17 |
|-------------------|---------------------------|
| Leucocitos | 15,200 x mm ³ |
| Segmentados | 00% |
| Linfocitos | 00% |
| Eosinófilos | 1% |
| Neutrófilos | 00% |
| Hematocrito | 30% |
| Grupo y Factor Rh | O + |
| T. Coagulación | 4'00" |
| T. Sangría | 2'00" |
| Plaquetas | 310,000 x mm ³ |

2.3.1.10 ALTA MÉDICA 19/04/2017

2.3. DISCUSIÓN

Diversos factores conducen al parto pretérmino durante la gestación, siendo la infección urinaria una de ellas.

En la presente revisión del caso clínico se pudo identificar que la infección urinaria es un factor predisponente para el parto pre termino, tal como lo pudieron determinar en su trabajo de investigación Escobar y Abanto

2.4. CONCLUSIONES

1. En el presente caso clínico se pudo identificar que el factor que predisponen el trabajo de parto y parto pretérmino fue la infección urinaria repetitiva, cuyo agente causal fue identificado oportunamente en el Urocultivo y el responsable de la atención inicio tratamiento oportunamente.
2. Cuando la paciente acude al establecimiento en el que estaba realizándose la atención prenatal realizó el diagnóstico de trabajo de parto pretérmino; el personal profesional de dicho establecimiento realiza la referencia de la paciente a un establecimiento de mayor complejidad como lo demanda esta emergencia, además que se garantiza que la atención tanto para la madre gestante y el futuro recién nacido sea la óptima.
3. Dada la edad gestacional la vía de parto adecuada es por intervención quirúrgica para disminuir el daño en el recién nacido. El parto fue por vía abdominal (cesárea); el producto de la gestación fue un recién nacido de sexo masculino, peso de 800 gramos. Lamentablemente el tiempo de sobrevivencia del niño tan solo fue de 3 días.

2.5. RECOMENDACIONES

1. Continuar realizando la batería de análisis a todas las pacientes gestantes, además de garantizar el tamizaje de bacteriuria asintomática en todos los controles prenatales, puesto que esta acción permitirá el diagnóstico oportuno de infección urinaria en las gestantes.
2. Trabajar para educar a las gestantes y sus familiares para la rápida identificación de posibles factores que puedan poner en riesgo la gestación, para contribuir a disminuir la incidencia de partos pre términos y otras complicaciones en la región Loreto.
3. El personal de salud debe continuar trabajando en favor de la salud de la madre gestante y del niño por nacer, para evitar cualquier tipo de complicación, y contribuir a disminuir la morbi mortalidad materna y perinatal

BIBLIOGRAFÍA

1. “Factores de riesgo relacionados con el Trabajo de Parto Prematuro en adolescentes embarazadas: revisión integradora de la literatura IFS Thomazini, AD Wysocki, MCB da Cunha... - Enfermería ..., 2016 - SciELO España [citado 15 junio 2019];” Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n44/revisiones4.pdf%20Revisado%2015/06/2019>
2. OMS “Boletín de la Organización Mundial de la Salud Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas”. [citado 15 junio 2019]; Disponible en: "<https://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/>"
3. “Guadalupe Huamán Shessira Miluzka Factores de Riesgo asociado a parto Pre término en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del hospital María Auxiliadora durante el año 2015 [Tesis Pre Grado]; Lima – Perú 2017 Universidad Ricardo Palma” [citado 16 junio 2019]; Disponible en: "http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/1027/1/Guadalupe%20Huam%C3%A1n%20Shessira%20Miluzka_2017.pdf"
4. “Escobar Padilla B, Gordillo Lara LD, Martínez puon H. factores de Riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2017 N° 4 México” [citado el 16 de junio de 2019] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73975>
5. “Abanto Valencia Deivy Bagner. Infección del Tracto urinario como factor asociado a parto pretermino [Tesisde pregrado]; Trujillo. Universidad César Vallejo Facultad de Ciencias Médicas 208 Perú” [citado el 16 de junio de 2019] Disponible en:

http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/24847/abanto_vd.pdf?sequence=1&isAllowed=y

6. “Chira Sosa Jorge Luis, Siosa Flores Jorge Luis. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Rev. Salud & Vida. Sipanense Vol. 2/Nº2. ISSN 2313-0369/2015” [Citado el 16 de junio de 2019] Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/210/22>.
7. “Saavedra Hitler. Factores asociados a prematuridad en el hospital II – 1 de Yurimaguas, julio a diciembre 2014 [Tesis de pregrado] Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de medicina Humana” “Rafael Donayre Rojas” 2015 Perú. [citado el 16 de junio de 2019] Disponible en: repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3765
8. “Taboada R. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Regional de Loreto” “Felipe Arriola Iglesias” enero a diciembre 2013 [Tesis de pregrado] Universidad nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Medicina Humana “Rafael Donayre Rojas” 2015 Perú [Citado el 16 de junio de 2019]. Disponible en: [repositorio unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3786](http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3786)
9. “Dirección Nacional de Maternidad e infancia. Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontaneo y rotura prematura de membranas no espontaneo2015 Argentina” [citado el 16 de junio de 2019] Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/bes/.../0000000710cnt-guia-parto-pretermino.pdf>
10. “Hasbun J. H. y Hasbun A. N. Infección y parto prematuro: enlace epidemiológico y bioquímico Rev. Chil.infectol.v.17n.1 Santiago 2000 Chile” [citado el 17 de junio de 2019] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v17n1/art02.pdf>

11. “Lucio LR et.al Asociación entre las infecciones urinarias y el parto pretérmino Vol.48 Num 8 agosto 2005 España” [citado el 17 de junio de 2019] Disponible en: www.elsevier.es.Inicio.Enfermedades Infecciosas y Microbiología clínica

12. “Guadalupe Huamán Shessira Miluzka. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco obstetricia del hospital María Auxiliadora durante el año 2015” [Tesis Pre Grado]; Universidad Ricardo Palma [citado 16 junio 2019]. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/1027/1/Guadalupe20%Huam%C3A1n%20Shessira%20Miluzka2017.pdf>

13. “Ochoa A. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. 2009 Anales Sis San navarra vol.32 supl.1 Pamplona 2009 España”. [citado 17 junio 2019]. Disponible en: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200011

14. “Palencia C. Parto Prematuro. Universidad de Antioquia Sociedad Colombiana de Pediatría, p 9 – 14 (Colombia) 2016”. [citado 16 jun 2019] Disponible en: ["https://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo_9_vin_4/Precop_9-4-B.pdf"](https://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo_9_vin_4/Precop_9-4-B.pdf)

15. “Martínez H. Parto prematuro y enfermedad periodontal. Salud pública México vol.55 n.6 Cuernavaca Nov. /Dec. 2013”. (México) [citado 17 jun 2019] Disponible en: ["http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036"](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036)

16. “Sistema Informático Perinatal Hospital Regional de Loreto 2019” (Perú) [citado 16 jun 2019]

17. “Hitler, S. Factores Asociados A Prematuridad en el Hospital II-1 de Yurimaguas, Julio a diciembre del 2014”. [Tesis de Pre Grado]; Región Loreto Universidad Nacional de la Amazonía Peruana Facultad de Medicina Humana “Rafael Donayre Rojas” 2015 (Perú). [citado 16 jun 2019] Disponible en: repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3765

18. “Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Recomendaciones para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Amenaza de Parto Pretérmino, Atención del Parto Pretérmino Espontáneo y Rotura Prematura de Membranas no Espontaneo”. 2015 (Argentina) [citado 16 jun 2019] Disponible en: ["http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/.../0000000710cnt-guia-parto-pretermino.pdf"](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/.../0000000710cnt-guia-parto-pretermino.pdf)

19. “Nacimiento Prematuro – Retos y Oportunidades de la Predicción y la Prevención Editorial Perkin Elmer 2009” (Finlandia) [citado 16 jun 2019] Disponible en: ["http://www.efcniorg/fileadmin/Daten/Web/./1244-9856_Perkin_Elmer_Spanish.pdf"](http://www.efcniorg/fileadmin/Daten/Web/./1244-9856_Perkin_Elmer_Spanish.pdf)

20. “OMS. Nacimientos Prematuros.2014 (Suiza)” [citado 16 jun 2019] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es>

21. “Lucio LR et al Asociación entre las infecciones urinarias y el parto pretérmino”. Vol. 48 Num. 8 agosto 2005 (España). [citado 20 jun 2017] [citado 17 jun 2019] Disponible en: www.elsevier.es › Inicio › Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

22. “Ochoa. A., Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis”. 2009 anales Sis San Navarra vol.32 supl.1 Pamplona 2009 (España) [citado 17 jun 2019] Disponible en: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200011

23. “Rodríguez. L., Gonzales V. Relación de las Citoquinas proinflamatorias con la Corioamnionitis subclínica y el parto pretérmino”. “Rev cubana Obstet Ginecol vol.37 no.4 Ciudad de la Habana” oct.-dic. 2011 (Cuba) [citado 17 jun 2019] Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400013
24. “Troyano M. et al. Salud Bucal en la Mujer. Capítulo 10 Patología Periodontal y parto prematuro: riesgo de resultados adversos del embarazo”. [citado 15 jun 2019] Disponible en: bibliotecas.unr.edu.ar/muestra/medica_panamericana/9788498357356.pdf
25. “Espinoza J. Fisiopatología del síndrome del parto pretérmino. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2008”; 54:15-21. (Perú). [citado 15 jul 2019] Disponible en: sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n1/pdf/A05V54N1.pdf
26. “Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Amenaza Parto Pretérmino y complicaciones derivadas de la prematuridad”. Madrid 2013 (España) p. 23-29. [citado 16 jun 2019]. Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/libros/Libro_Parto_Pretermino_amnisure_Web.pdf
27. “OMS nacimientos prematuros 2014” (Suiza) [citado 16 jul 2019] Disponible en: <http://www.xho.int/mediacentre/facts/fs363/es>
28. “López F. et al. Fibronectina fetal y longitud cervical como predictores tempranos de parto pretérmino” Ginecol Obstet Mex 2011;79(6):337-343. México [citado el 16 de julio de 2019] Disponible en: <http://www.medigrsphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom116b.pdf>

29. “Herrero C. Importancia del valor predictivo en el parto pretérmino. Toco-Ginecología Práctica”. Vol. 58 Núm. 637. Mayo 2017. [citado 16 jul 2019] Disponible en: www.elsevier.es › Inicio › Toco-Ginecología Práctica
30. “Manzanares S. et al. Amenaza de Parto Prematuro, valor de la cervicometria y la Fibronectina. Actualización Obstetricia y Ginecología 2009”. [citado 16 jul 2019] Disponible en: "http://www.hvn.es/serios_asistenciales/.../07appvalordelacervicometriamanzanares.pdf"
31. “Nápoles D. La cervicometria en la valoración del parto pretérmino. Hospital Ginecobstetricia Provincial Docente” "Mariana Grajales Coello", Santiago de Cuba, 2011 (Cuba). [citado 16 jul 2019] Disponible en: bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_1_12/san12112.htm
32. “Andrade C. et al. Cervicometria como factor de riesgo de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga.” 2012. (Ecuador) [citado 17 jul 2019] Disponible en: dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/66/1/09116.pdf
33. “Zaragoza G. et al. Marcadores Bioquímicos y determinantes genómicos y proteómicos del parto pretérmino”. “Actualización Obstetricia y Ginecología 2009. Medicina Materno-Fetal”. [citado 17 jul 2019] Disponible en: www.hvn.es/serviciosy08marcadoresbioquimicosydeterminanteszaragoza.Pdf
34. “Urdaneta M. et al. Alfa-feto proteína sérica en la predicción de parto pretérmino”. “Revista Chilena de Obstetricia y ginecología vol.78 no.5 Santiago oct. 2013”. (Chile) [citado 17 jul 2019] Disponible en: "http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000500006"

35. “Suarez-Torrez I. et al. Proteína C reactiva plasmática en el segundo trimestre para predicción de parto pretérmino. *Perinatología y Reproducción Humana*”. Vol. 30, Issue 2, June 2016 p. 57 – 62. 2016 (México) [citado 17 jul 2019]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533716300395>
36. “Armin A. Brot. *Voy a ser papá: La guía esencial que todo futuro papa debe leer.* 2016”. [citado 17 jul 2019] Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?isbn=6073143230>
37. “Diagnóstico y Manejo del Parto pretérmino. México: Secretaria de salud 2009”. P. 13. (México) [citado 17 jul 2019]. Disponible en: "http://www.cenetuc.salud.gob.mx/PartoPretermino/Parto_Preter.mino_ER_CENETEC.pdf"
38. “Peiró. E. et al. Diagnóstico de la amenaza de parto prematuro. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid”. *Clin Invest Ginecol Obstet* 2003; 30:339-43 - DOI: 10.1016/S0210-573X (03)77285-2. 2003 (España). [citado 18 jun 2019]. Disponible en: www.elsevier.es › Inicio › Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia
39. “Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. Diagnóstico y Manejo del parto pretérmino”. Ab. p 133-136. 2010 (México) [citado 18 jul 2019]. Disponible en comego.org.mx/.../5-Diagnostico%20y%20manejo%20del%20parto%20preter
40. “Guía Clínica de Manejo de Amenaza de parto pretérmino y manejo de parto pretérmino. Hospital Civil de Guadalajara” “Dr. Juan I. Menchaca.2005. (México) [citado 18 jul 2019]. Disponible en: hcg.udg.mx/LIBs/bajArchivos.php?id=4H_GC_T_15.pdf

41. “Falso Trabajo de Parto. Servicio de Andaluz de Salud. Hospital Universitario Virgen de las Nieves”. (España) [citado 18 jul 2019]. Disponible en: "http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y.../plan_falsos_prodomos.pdf"

42. “Hospital Nacional Cayetano Heredia Guía de Práctica Clínica: Parto Prematuro. 2013 (Perú)”. [citado 19 jul 2019]. Disponible en: "http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/./RD/./rd_481_2013.pdf"