



**Universidad  
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**Trabajo Académico**

Factores de riesgo asociados al parto pretérmino

**Para optar el Título de  
Especialista en Riesgo Obstétrico**

**Presentado por:**

**Autor:** Tolemaida Espinoza, Jaimes

**Asesor:** Mg. Ayala Peralta, Félix Dasio

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-2830-3789>

**Lima – Perú**

**2022**

## **DEDICATORIA**

Dedico esta investigación a mi familia y amigos por el apoyo moral que me brindaron, en los momentos que más necesitaba, para la culminación de este trabajo.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a la universidad Norbert Wiener y a los docentes por brindarme la oportunidad de desarrollar mi segunda especialidad en riesgo obstétrico.

**ASESOR**

**Mg. Félix Dasio Ayala Peralta**

## **JURADOS**

### **PRESIDENTE:**

Dra. Ana María Sanz Ramírez

### **SECRETARIO:**

Dra. Lady Yanina García Puicon

### **VOCAL:**

Mg. Walter Enrique Tapia Núñez

# ÍNDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
ASESOR	5
JURADOS	6
ÍNDICE	7
ÍNDICE DE TABLAS	9
ÍNDICE DE FIGURAS	9
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
CAPÍTULO I:	12
EL PROBLEMA	12
1.1. Contextualización del problema	12
1.2. Problema de investigación	15
1.3. Objetivo	15
1.3.1 Objetivo general	15
1.3.2 Objetivos específicos	15
1.4. Justificación	15
1.4.1 Social	15
1.4.2 Teórica	15
1.4.3 Metodológica	16
1.4.4 Epistemológica	16
CAPÍTULO II:	17
MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedentes	17

2.2. Estado de la cuestión	21
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	29
3.1. Diseño de la investigación	29
3.2. Escenario de estudio y participantes	29
3.3. Estrategias de producción de datos	30
3.4. Análisis de datos	30
3.5. Criterios de rigor	31
3.6. Aspectos éticos	31
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	32
4.1. Resultados y triangulación	32
4.2. Discusión de resultados	55
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58
5.1. Conclusiones	58
5.2. Recomendaciones	59
REFERENCIAS	60
ANEXOS	70
Anexo 1. Matriz de categorización apriorística	70
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos	71
Anexo 3. Evaluación de rigurosidad del instrumento	73
Anexo 4: Informe de Turnitin	74

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características de la población de estudio .....	32
Tabla 2. Factores sociodemográficos asociados al parto pretérmino (PT) .....	35
Tabla 3. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino .....	39
Tabla 4. Factores de riesgo fetales asociados al parto pretérmino .....	52
Tabla 5. <i>Ficha de recolección de la información</i> .....	72

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Cervicometría de cuello normal y corto	23
Figura 2. La rotura prematura de membranas amnióticas	25

## RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo analizar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino. La metodología de estudio fue basada en una revisión narrativa que describe los factores de riesgo asociados al parto pretérmino tanto para las madres como para los hijos a nivel mundial en el periodo comprendido entre los años 2015 – 2020. Los artículos científicos fueron seleccionados por conveniencia considerando para ello los diversos criterios de inclusión y su relevancia. En total fueron unas 30 investigaciones seleccionadas de PubMed, Sciencedirect, Scopus, Dianet, Plos one y Scielo. Los resultados demostraron que los factores de riesgo asociados al parto pretérmino fueron parto pretérmino anterior [OR: 14.1], preeclampsia [OR (IC del 95%): 10.3], menor educación materna [OR (IC del 95%): 5.22 (2.01-13.58)], antecedentes de muerte fetal [OR (IC del 95%): 3.17 (1.20–8.36)], menor número de visitas prenatales [OR (IC del 95%): 6.68 (2,71-16,48)]; hemorragia ante parto [OR (IC del 95%): 2,39 (1,04 –5,53)]; edad materna avanzada [OR ( IC 95%): 2,23 ( 0.97- 4.85)] , lugar de residencia urbano (OR: 6.23); restricción de crecimiento intrauterino(OR: 3.77) e infecciones urinarias (OR: 3. 7). Se concluyó que los factores de riesgo más prevalentes asociados a parto pretérmino fueron parto pretérmino anterior, preeclampsia, menor educación materna, menor número de atención prenatal y edad materna avanzada.

**Palabras Claves:** Factores de riesgo, embarazo, parto pretérmino, obstetricia.

## ABSTRACT

The objective of this research was

to analyze the risk factors associated with preterm birth. The study methodology was based on a narrative review that describes the risk factors associated with preterm birth for both mothers and children worldwide in the period between the years 2015 - 2020. The scientific articles were selected for convenience considering for this, the various inclusion criteria and their relevance. In total, there were about 30 investigations selected from PubMed, Sciencedirect, Scopus, Dianet, Plos one and Scielo. The results showed that the risk factors associated with preterm birth were previous preterm birth [OR: 14.1], preeclampsia [OR (95% CI): 10.3], less maternal education [OR (95% CI): 5.22 (2.01-13.58) ], history of fetal death [OR (95% CI): 3.17 (1.20–8.36)], fewer prenatal visits [OR (95% CI): 6.68 (2.71 -16.48); antepartum haemorrhage [OR (95% CI): 2.39 (1.04 –5.53)]; advanced maternal age [OR (95% CI): 2.23 (0.97-4.85)], urban place of residence (OR: 6.23); intrauterine growth restriction (OR: 3.77) and urinary infections (OR: 3.7). It was concluded that the most prevalent risk factors associated with preterm birth were previous preterm birth, preeclampsia, less maternal education, less prenatal care, and advanced maternal age.

**Key Words:** Risk factors, pregnancy, preterm birth, obstetrics.

# **CAPÍTULO I:**

## **EL PROBLEMA**

### 1.1. Contextualización del problema

La identificación oportuna de gestantes con mayor riesgo de parto pretérmino o de niños producto de un parto prematuro, permite intervenciones efectivas prenatales o posnatales (1). De este modo, al no existir un tratamiento preventivo efectivo en su totalidad para la prematuridad, se pueden considerar medidas para disminuir el riesgo de la madre y el feto (2). Los factores de riesgos asociados al parto pretérmino suelen ser personales y sociales, ellos engloban aspectos económicos, sociales, biológicos y culturales, en la mayoría de los casos son prevenibles (1,3, 4). En relación a las causas más frecuentes del parto pretérmino podría decirse que existen varios factores que los investigadores consideran como modificables lo que significa que se pueden cambiar para ayudar a reducir el riesgo y también se encuentran aquellos que no se pueden cambiar. Entre los factores de riesgos se destacan las mujeres que han tenido un parto antes de término o que han experimentado antes un trabajo de parto prematuro, ellas tienen un alto riesgo de volver a presentar dicho evento; de igual forma estar embarazada de mellizos, trillizos o "gestaciones múltiples", el uso de tecnología de reproducción asistida se asocia con un mayor riesgo de trabajo de parto pre termino y nacimientos prematuros (2). Por otra parte, también se considera como riesgo de parto prematuro las anomalías en los genitales. Por ejemplo, las mujeres que presenten ciertas anomalías de los órganos reproductivos como cuello uterino corto o cuyo cuello uterino se acortan en el segundo trimestre (cuarto a sexto mes) del embarazo, en lugar del tercer trimestre, tienen un alto riesgo de parto prematuro (3). Ciertas condiciones médicas, incluidas algunas que ocurren solo durante el embarazo, colocan a la mujer en mayor riesgo de trabajo de parto prematuro y algunas de estas condiciones incluyen infecciones del tracto urinario, infecciones de transmisión sexual, ciertas infecciones vaginales como la vaginosis bacteriana y la tricomoniasis, además de presión arterial alta, sangrado vaginal, anomalías en el desarrollo fetal, embarazo resultante de la fecundación in vitro, bajo peso u obesidad antes del embarazo, periodo de tiempo corto entre embarazos (menos de 6 meses entre un nacimiento y el comienzo del siguiente embarazo), placenta previa (una condición en la que la placenta crece en la parte más baja del útero y cubre todo o parte de la abertura del cuello uterino), riesgo de ruptura del útero (la ruptura del útero es más probable si ha tenido un parto por cesárea anterior o le han extirpado un fibroma uterino), diabetes (azúcar alta en la sangre) y diabetes gestacional (que ocurre solo durante el embarazo), problemas de coagulación de la sangre (3). Otros

factores que pueden aumentar el riesgo de parto prematuro y nacimiento prematuro incluyen etnicidad, el trabajo de parto y el nacimiento prematuro ocurren con más frecuencia entre ciertos grupos raciales y étnicos. Por ejemplo, los bebés de madres afroamericanas tienen más probabilidades de nacer prematuros que los bebés de madres blancas, las madres indias americanas/nativas de Alaska también tienen más probabilidades de dar a luz antes de término que las madres blancas. La edad de la madre, dado que, las mujeres menores de 18 años tienen más probabilidades de tener un parto prematuro, por otra parte, las mujeres mayores de 35 años también corren el riesgo de tener bebés prematuros porque es más probable que tengan otras afecciones (como presión arterial alta y diabetes) que pueden causar complicaciones que requieran un parto prematuro (2, 5). Ciertos estilos de vida y factores ambientales, que incluyen atención médica tardía o nula durante el embarazo, fumadoras, consumo de alcohol o de drogas, violencia doméstica incluido el abuso físico, sexual o emocional, la falta de apoyo social, estrés, largas jornadas de trabajo con largos periodos de pie y exposición a ciertos contaminantes ambientales, pueden causar parto pre término (1,4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) sostiene que la principal causa de defunción de los niños menores de 5 años es la prematuridad. Según los cálculos, anualmente se producen 15 millones de partos pretérminos, además, la tasa de nacimientos pretérminos fue estimada en 11 % aproximadamente, ubicándose el 5 % en zonas de Europa y 18 % en zonas de África, es por esta razón que la prematuridad es causa de morbilidad y mortalidad neonatal, situación reflejada en el fallecimiento de un millón de niños (4). La prematuridad conforma los factores asociados a mortalidad fetal, ello requiere un constante análisis en búsqueda de lograr la supervivencia del neonato (5). En tal sentido, en los países de bajos ingresos los niños que nacen durante las primeras 32 semanas fallecen por falta de atención, mientras que los bebés prematuros que sobreviven generalmente padecen algún tipo de discapacidad, en especial, las relacionadas con problemas auditivos, visuales y del aprendizaje.

En Latinoamérica y el Caribe, el nacimiento pretérmino se acerca al promedio regional de 9,5 %. Colombia presenta nacimientos prematuros alrededor del 15 %, Brasil 11 %, México 7 %, Chile 6 %, Cuba 5 %, mientras que en Guyana con un 16 % y Haití 23 %, según lo manifestado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (6). Estas tasas, en su mayoría, son las más altas a nivel mundial, para disminuirlas se requiere mejorar tanto la atención obstétrica como la neonatal, aunado a establecer un sistema de referencias sistemático con unidades de atención neonatal de mayor capacidad, la eficacia del personal y el equipo (6).

En el Perú, según los datos del Boletín Estadístico de Nacimientos Perú 2016 del Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea, la tasa de parto prematuro está ubicada alrededor de 7 %, registrándose 30 294 partos prematuros; situación que ocasiona uno de los principales problemas de salud pública (7). Por otra parte, el Ministerio de Salud (MINSA) manifestó que durante el año 2015 nacieron 27 mil niños vivos, de los cuáles solo el 4.2 % nació con un tiempo menor a 28 semanas de gestación, mientras que el 86.8 % nacieron pretérmino moderado a tardío (8). Para el 2016 los nacimientos pretérminos ascendieron a 21 605, mientras que en el año 2017 ocurrieron 19 288 partos. Asimismo, más del 83 % de los prematuros nacen con un tiempo gestacional superior a las 32 semanas, situación reflejada en los porcentajes de nacimientos pretérminos por regiones tales como Amazonas (6 %) prematuros extremos, mientras que el porcentaje de los nacidos muy prematuros fue en Ayacucho (12,7 %), Tacna (12,2 %), Junín (12,2 %), Ancash (11,9 %), Piura (10,6 %) y Arequipa (10,3%) (9).

Desde esta perspectiva, es un desafío para la medicina minimizar la tasa de mortalidad en los neonatos de bajo peso al nacer, con menos de 30 semanas de gestación, además de la morbilidad a largo plazo (10). En ese aspecto, se requiere prevenir el parto de los niños pretérminos y de bajo peso al nacer con la finalidad de reducir en mayor medida la mortalidad y morbilidad neonatal (7), ello con un adecuado tratamiento en las embarazadas con antecedentes patológicos personales y del control de las complicaciones del parto (11, 12). En este sentido, la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) manifiesta que el parto prematuro o pretérmino sucede antes de las 37 semanas de gestación completas, así mismo, el pretérmino moderado a tardío es el acontecido entre las 32 y 36 semanas, el muy pretérmino o intermedio es aquel nacido en un tiempo de 28-31 semanas (8) y siendo el pretérmino extremo el nacimiento con un tiempo gestacional de 22 a 27 semanas, es por eso que, el recién nacido es llamado neonato prematuro (7,12,13). Un embarazo saludable se convierte en el primer factor de prevención de complicaciones y muertes debido al parto pretérmino, para ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) (1) emitió una directrices relacionadas con la atención prenatal con la finalidad de prevenir el parto prematuro, entre ellas destacan: a) Asesorar a las gestantes sobre la adecuada nutrición y dieta saludable durante todo el embarazo b) Evitar el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras sustancias c) Realizar las mediciones ecográficas del feto para detectar los embarazos múltiples y edad

gestacional d) Asistir por lo menos a 8 consultas con los profesionales sanitarios durante la gestación a fin de identificar y tratar los factores de riesgos inherentes tales como infecciones.

## 1.2. Problema de investigación

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pretérmino?

## 1.3. Objetivo

### 1.3.1 Objetivo general

Analizar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino.

### 1.3.2 Objetivos específicos

Describir los factores de riesgo sociodemográficos asociados al parto pretérmino.

Describir los Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino.

Describir los Factores de riesgo fetales asociados al parto pretérmino.

## 1.4. Justificación

### 1.4.1 Social

La justificación práctica radica en que los resultados del presente estudio servirán para priorizar los factores de riesgos que más enfatizan los investigadores de acuerdo a la cantidad y profundidad de los estudios, en este sentido estos datos podrán ser empleados como referentes para elaborar protocolos de atención obstétrica que puedan ser aplicados en los establecimientos de salud del primer nivel de atención y, de esta forma, contribuir en la disminución de los partos pretérminos; debido a que la morbilidad neonatal es la primera consecuencia de la prematuridad y representa un problema de salud importante.

### 1.4.2 Teórica

La justificación teórica radica en el aporte de conocimientos más actualizados para conocer a profundidad una situación práctica que se presenta a diario en los centros de salud y que representa un problema social. Desde esta perspectiva, se promueve seguir

desarrollando investigaciones para la prevención y detección en aras de disminuir la prematuridad extrema y sus consecuencias, y a la vez a que conlleva educar a la madre durante la gestación, especialmente a las de bajo nivel educativo.

#### 1.4.3 Metodológica

El estudio a nivel metodológico se justifica dado que se diseñó una ficha de registro, que podrá ser empleado en investigaciones que aborden una temática similar, en este sentido puede ser tomado como un referente para otros estudios.

#### 1.4.4 Epistemológica

El estudio se justifica a nivel epistemológico porque da a conocer los factores de riesgo asociados al parto pretérmino a lo largo de un periodo de tiempo, siendo esta información relevante para el presente estudio y futuras investigaciones que deseen abordar un tema similar.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### 2.1. Antecedentes

#### Antecedentes nacionales

Sernaque K, en Piura Perú en el año 2020, reporto un estudio sobre “Factores Maternos y Fetales Asociados a Prematuridad en Recién Nacidos Atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Santa Rosa, Piura 2019”. Cuyo objetivo fue determinar los factores maternos y fetales asociados a la prematuridad en recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Santa Rosa Piura, Piura, 2019. Los principales resultados fueron la mediana de edad de 20 años, el 65% presentó un parto distócico, el 38% fueron multíparas, el 58% presentaron patologías en gestación anterior, el 59% presentó enfermedad relacionada a la gestación, el 64% presentó controles prenatales incompletos, y solo el 11% fueron embarazos múltiples. Respecto a las características fetales de los recién nacidos con prematuridad, se encontró que el 57% fueron del sexo masculino, el 69% presentó un test de apgar < 7, el 83% presentó un peso al nacer menor a 2500 gramos, el 34% presentó restricción del crecimiento intrauterino, el 58% presentó oligohidramnios, y el 69% tuvieron presentación cefálica. Concluye que los factores fetales asociados a parto prematuro fueron oligohidramnios, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), el sexo masculino y la enfermedad actual asociada a la gestación demostrando la asociación entre los factores de riesgos maternos y fetales con la prematuridad (13)

Ramos P, en Lima Perú en el 2019, elaboró una tesis titulada “Factores de riesgo asociados al parto pretérmino, hospital nacional Hipólito Unanue, enero – julio 2018”. Cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados al parto pre termino, Hospital nacional Hipólito Unanue, enero- julio 2018. Los principales resultados demostraron la identificación de los factores de riesgo sociodemográficos asociados a parto pretérmino, puesto que el 20,8% se encontraron en edades <18 y >35, 0,9% no tuvo nivel de instrucción y 16,5% no tenía pareja; también se identificó factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino, ya que se evidencio en antecedentes obstétricos que el 52.2% tuvieron una deficiente atención prenatal o no tuvieron ninguna atención prenatal; en relación a los factores patológicos se evidencio anemia en un 72.1%. Conclusiones: Se demostró la existencia de los factores de riesgo asociados al parto pretérmino, entre ellos se identificó los factores de riesgo sociodemográficos

asociados a parto pretérmino tales como las edades entre 18 y 35 años, bajo nivel de instrucción, no tener pareja fija; en relación a los factores maternos una deficiente atención prenatal o ausencia de la misma. Asimismo, problemas fetales. (14)

Rengifo S, en Tarapoto Perú durante el año 2019, realizó un estudio titulado “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Tarapoto, 2017”. Cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital II – 2 Tarapoto. Octubre 2017 – octubre 2018. Los resultados demostraron que los factores asociados a parto pretérmino son el control prenatal inadecuado con OR = 3,198, IC (1,294 a 7,900), p valor 0.010; Infección del tracto urinario con OR = 3,738, IC (2,620 a 5,332), p valor de 0.010; vaginosis bacteriana con OR= 2,467, IC (1,426 a 4,269), p valor de 0.005; RPM con OR=3,389, IC (1,612 a 7,125), p valor de 0.003. Conclusión: los factores de riesgos más frecuentes asociados al parto pretérmino son la ruptura prematura de membranas, inadecuado control prenatal, infecciones de tracto urinario y la vaginosis bacteriana. (15)

Guadalupe S, y Oshiro S, en Lima Perú en el año 2017, realizaron un estudio titulado “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora en Perú durante el año 2015”. Cuyo objetivo fue determinar los Factores de Riesgo asociados a Parto Pretérmino en Gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. Los resultados demostraron que la edad, el estado civil, el control prenatal inadecuado, el número de paridad, la preeclampsia, la infección del tracto urinario, y la rotura prematura de membranas tienen valor estadísticamente significativo ( $p < 0.5$ ), además de ser factores de riesgo para parto pretérmino (OR:2.579). En conclusión: los factores de riesgo para presentar parto pretérmino son el número de hijos, la edad, la rotura prematura de membranas, el inadecuado control prenatal, la preeclampsia, el estado civil y la infección del tracto urinario (16).

Olaya L, y Pardo D, en Tumbes Perú en el año 2017, desarrollaron un estudio titulado “Factores sociodemográficos y gestacionales asociados al parto pretérmino en el Hospital II-1 José Alfredo Mendoza Olavarria, Tumbes 2010-2014”. Cuyo objetivo fue determinar los factores sociodemográficos y gestacionales asociados al parto pretérmino en el Hospital II-1 José Alfredo Mendoza Olavarria. Los principales resultados demostraron que la preeclampsia es un factor de riesgo que se asocia al parto pretérmino, el antecedente de aborto y la anemia. Conclusión: los factores de riesgos sociodemográficos asociados al parto prematuro lo

conforman la edad adulta mayor a 35 años con OR = 2.23 e intervalo de confianza (IC 95%= 0.97- 4.85), lugar de residencia urbano con OR = 6.23, grado de instrucción analfabeta con OR = 1.69 e intervalo de confianza (IC 95%= 0.74-3.81) y primaria incompleta con OR = 2.05 e intervalo de confianza (IC 95%= 0.01- 311.9). Asimismo, los factores de riesgos principales encontrados fueron la amenaza de parto pretérmino, el antecedente de aborto y el control prenatal inadecuado. (17)

#### Antecedentes internacionales

Ahumada M, y Alvarado G, en el año 2020, dirigieron su investigación titulado “Factores de riesgo de parto pretérmino en un hospital de Bogotá D.C”. Cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo de parto pretérmino en un hospital de Bogotá D.C. Los resultados evidencian que los factores de riesgo asociados con el parto prematuro fueron el embarazo gemelar actual (OR ajustada= 2,4; p= 0,02), atención prenatal inadecuada (< 6 controles) (OR ajustada= 3,2; p < 0,001), atención prenatal ausente (OR ajustada= 3,0; p <0,001), antecedente de parto prematuro (OR ajustado= 3,7; p <0,001) y preeclampsia (OR ajustado= 1,9; p= 0,005). Los autores concluyen que los principales factores de riesgo para parto prematuro diagnosticados fueron preeclampsia (severa y no severa) y restricción del crecimiento intrauterino-RCIU (9).

Marlita S, et al en Indonesia en el año 2020, realizaron un estudio titulado “Efecto de la rotura prematura de membranas en el parto prematuro, un estudio de casos y controles en Cilegon, Indonesia”. Cuyo objetivo fue determinar el efecto de la rotura prematura de membranas en el parto prematuro, un estudio de casos y controles en Cilegon, Indonesia. Los resultados demostraron que el análisis bivariado produjo un cociente de probabilidades OR de 2,97 (intervalo de confianza [IC] del 95 %, 1,92 a 4,59) antes de controlar las covariables. El modelo derivado a través del análisis de regresión múltiple después de controlar la educación, los antecedentes de trabajo de parto prematuro y la anemia dio como resultado un OR de 2,58 (IC del 95 %, 1,68 a 3,98). Conclusiones: Las madres que experimentan rotura prematura de membrana (RPM) durante el embarazo tienen un riesgo 2,58 veces mayor de tener un parto prematuro, además de incidencia de un bajo nivel de educación, los antecedentes de parto prematuro y la anemia (18).

Rodríguez S, et al en México durante el año 2019, efectuaron un estudio titulado “Factores de riesgo para la prematurez, estudio de casos y controles en México”. Cuyo objetivo fue analizar los factores de riesgo para la prematurez. Los resultados demostraron que los factores asociados a mayor riesgo de prematuridad fueron la edad materna mayor a 35 años más frecuente en casos (14,6%), placenta previa ocurrió con mayor frecuencia en casos (9,3%), enfermedades infecciosas estuvieron muy presentes en casos tales como la infección del tracto urinario (46%). Pero la asociación de 2 o más factores como ruptura prematura de membranas y cervicovaginitis fueron significativamente más frecuentes en el grupo de estudio (76%). En conclusión, los autores manifestaron que los factores de riesgo con mayor cociente de posibilidad para parto pretérmino son el crecimiento intrauterino retardado, la preeclampsia y las infecciones urinarias (19).

Milán I, et al en Cuba durante el año 2019, elaboraron un estudio titulado “Epidemiología del parto pretérmino espontáneo en Cuba”. Cuyo objetivo fue analizar la epidemiología del parto pretérmino espontáneo. Los resultados demostraron que la incidencia de parto pretérmino en la Provincia de Villa Clara es ligeramente superior a las cifras nacionales. El parto pretérmino espontáneo predominó en pacientes nulíparas, en edad reproductiva óptima, con antecedentes de abortos precoces provocados e infecciones vaginales (vaginosis bacteriana) durante el embarazo. Su ocurrencia fue más frecuente con más de 32 semanas y en los primeros siete días de admisión hospitalaria. Conclusión: en Villa Clara el parto pretérmino espontáneo representa un problema que requiere la pronta actuación sobre las variables epidemiológicas modificables en pro de la prevención y detección de la prematurez y sus consecuencias (20).

Vanin L, et al en Brasil durante el año 2019, desarrollaron una investigación titulada “Factores de riesgo materno y fetal asociados con lactantes prematuros tardíos”. Cuyo objetivo fue analizar los factores de riesgo materno y fetal asociados con lactantes prematuros tardíos. Los resultados demostraron que los factores de riesgo asociados con el parto prematuro fueron el embarazo gemelar actual (OR ajustada= 2,4; p= 0,02), atención prenatal inadecuada (< 6 controles) (OR ajustada= 3,2; p < 0,001), atención prenatal ausente (OR ajustada= 3,0; p <0,001), antecedente de parto prematuro (OR ajustado= 3,7; p <0,001) y preeclampsia (OR ajustado= 1,9; p= 0,005). Conclusión: La atención prenatal oportuna permite prevenir los partos prematuros tardíos, entre los factores de riesgos más destacados se encuentra la rotura

prematura de membranas. Así mismo, se destaca la necesidad de mejorar la calidad de la atención prenatal y el acceso a ella (21).

Escobar B, et al en México durante el año 2017, desarrollaron una investigación titulada “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención en México”, el objetivo fue analizar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención en México. Los principales resultados demostraron que Los factores de riesgo asociados con un trabajo de parto prematuro fueron la placenta previa: OR = 10,2 (p = 0,005); parto prematuro anterior: OR = 10,2 (p = 0,005); preeclampsia: OR = 6,38 (p = 0,00); embarazo gemelar: OR = 5,8 (p = 0,000); oligohidramnios: OR = 5,8 (p = 0,000); consumo de tabaco: OR = 4,6 (p = 0,002); rotura prematura de membranas (PROM): OR = 4,1 (p = 0,000); cervicovaginitis: OR = 3 (p = 0,000); infecciones del tracto urinario (ITU): OR = 1,5 (p = 0,010) Conclusión: Los factores de riesgos con mayor significancia en la estadística lo conforman la ruptura prematura de membranas, el inadecuado control prenatal, los antecedentes maternos, la pre eclampsia, la placenta previa, el embarazo gemelar, el parto pretérmino previo, la cérvico-vaginitis, la escolaridad y la infección del tracto urinario (22).

## 2.2. Estado de la cuestión

El parto pretérmino es el producido en el periodo entre las 22 y las 36 semanas, contado a partir del sexto día después de la fecha de última menstruación. Refiere una incidencia entre el 5 % en algunos países de Europa y 18 % en países de África. Sin embargo, pese a los avances en obstetricia, 62 países han registrado un incremento en las tasas de parto pretérmino en los últimos 20 años (23). Para Huertas, E. (24), el parto prematuro es la fase final de diversos procesos fisiopatológicos, por tal motivo es un síndrome debido a que no representa una patología en sí, además, su prevención puede ser primaria o secundaria. En este contexto, el parto pretérmino espontáneo es el responsable de las 2/3 partes de los partos prematuros. De allí que, usualmente, en este grupo solo el 15 % de las pacientes tienen antecedente de parto pretérmino (PPT) y 85 % son primigestas o han tenido embarazos a término. Por otra parte, el parto pretérmino iatrogénico es el producido por indicación médica debido a una complicación del embarazo que imposibilita continuar con la gestación al colocar en grave riesgo la vida de la gestante, el feto o ambos.

## Factores de riesgo

Para Escobar, B et al. (22) los factores de riesgo asociados al parto pretérmino son la ruptura prematura de membranas, las infecciones del tracto urinario, la placenta previa, la cérvico-vaginitis, la preeclampsia, el embarazo gemelar, el tabaquismo, el parto prematuro previo, el grado bajo de escolaridad, la falta de control prenatal. Clasificando en tres grupos:

### 1.-Factores sociodemográficos:

- Edad < 20 o > 40 años
- Estado Civil
- Nivel de instrucción
- Estrés psicológico y/o social

### 2.-Factores maternos

#### a) Antecedentes obstétricos:

- Control prenatal
- Paridad
- Antecedente de parto pretérmino

#### b) Patológicos:

- Preeclampsia
- Diabetes gestacional
- Infección urinaria (ITU)
- Infección cérvico vaginal
- Amenaza de parto pre termino (APP)
- Anemia
- Rotura prematura de membranas (RPM)
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI)
- Placenta previa oclusiva (PPO)
- Malformaciones uterinas (las mujeres con útero bicorne tienen mayor riesgo de parto prematuro, así mismo las pacientes con útero didelfo tienen mayor riesgo de aborto)
- Conización cervical e Incompetencia cervical

- Sangrado Vaginal o metrorragia
- COVID- 19

### 3.- Factores fetales

- Embarazo múltiple
- Retardo del crecimiento intrauterino
- Oligohidramnios
- Polihidramnios (PHA)
- Malformación fetal

Respecto al antecedente de parto prematuro anterior, este representa un nuevo riesgo de parto pretérmino en un 15 %, además, el antecedente de dos o más pretérminos previos incide en un 30 % de recurrencia en sucesivas gestaciones. Del mismo modo, los embarazos múltiples predisponen a la próxima gestación al pretérmino, siendo aún más riesgoso la prematuridad sobre una gestación múltiple en una mujer con antecedente de pretérmino (15, 17,24,25). Por otra parte, las infecciones del tracto genital, urinario y enfermedad periodontal presentes en el embarazo, en la actualidad elevan el riesgo de parto pretérmino, observándose que el tratamiento para estas patologías no ha demostrado disminuir el riesgo de parto pretérmino en su totalidad, igualmente el comportamiento inadecuado en relación al bajo peso materno preconcepcional, abuso de sustancias y el corto intervalo intergenésico (31). En el mismo orden de ideas, el sangrado vaginal o metrorragia durante el primer trimestre conlleva a mayor riesgo de parto pretérmino temprano (28- 31 semanas), considerando que se incrementa el riesgo de rotura prematura de membranas (RPM) subsecuente, preeclampsia severa y placenta abrupta ocasionando problemas durante el embarazo al ser un marcador de defecto placentario. En relación con la obesidad se han presentado casos en que el sangrado vaginal durante el primer trimestre en mujeres obesas incrementa el riesgo de parto pretérmino hasta 7 veces (32). Respecto a la preeclampsia, es una patología que conforma un factor de riesgo grave que afecta tanto a la embarazada como al niño, ello conlleva al parto pretérmino de tipo no infeccioso. La preeclampsia coloca en alto riesgo de mortalidad a la madre y al feto, por lo que es necesario identificar esta afección (21).

En relación al nivel social y educativo, las gestantes que solo tienen el nivel de instrucción primaria presentan riesgo de parto pretérmino por desconocimiento de la importancia de un control prenatal precoz y adecuado, debido a ello no son diagnosticadas ni tratadas las infecciones urinarias, tampoco previenen a tiempo la rotura prematura de membrana, situación presentada en la mayoría de las adolescentes, exponiendo en peligro la vida del neonato y la de ellas mismas (26). Por su parte, el tabaquismo es un factor de riesgo importante debido a que al fumar se expone las toxinas del tabaco al feto ocasionando deficiente flujo sanguíneo umbilical, cambios en la expresión génica y estrés oxidativo, lo cual incide en la morbilidad y mortalidad materno perinatal (27). Sumado a ello, incrementa las complicaciones obstétricas relacionadas a placenta previa, desprendimiento de la placenta, restricción del crecimiento intrauterino y rotura prematura de membranas desencadenando el parto prematuro (28). Cabe decir que las mujeres que usan múltiples drogas tienen 60 % de riesgo mayor de parto pretérmino, mientras que las que consumen alcohol durante el embarazo son más propensas al aborto espontáneo, parto prematuro, síndrome alcohólico fetal, trastornos del comportamiento infantil, además de morbilidad y mortalidad materna y neonatal (29). Respecto al estrés psicológico y/o social, las condiciones adversas vividas en el área de residencia de la madre tales como bajo acceso a servicios de salud, crimen, pobreza, deficientes actividades recreacionales, menores oportunidades de empleo y educación, además inadecuado control prenatal de las mujeres embarazadas influye en la posibilidad de un parto pretérmino (33).

En cuanto a las características demográficas, se sabe que las mujeres que tienen la mayor activación de las vías inflamatorias, deficiente estado nutricional, la exposición al estrés y una alta tasa de infecciones del tracto genital, tienen mayor probabilidad de tener un parto pretérmino y tasas más altas de mortalidad infantil relacionada con esta patología (22, 23). (30,31). Los trastornos de la alimentación materna, tales como la desnutrición y obesidad impactan significativamente el adecuado desarrollo de la gestación tanto para la embarazada como para el feto y neonato. Al tener bajo índice de masa corporal (IMC) menor de 19 kg/mt<sup>2</sup> se tendrá como resultado parto prematuro por desnutrición materna. Por otra parte, cuando el índice de masa corporal (IMC) materno es mayor de 30 kg/mt<sup>2</sup> existe sobrepeso ocasionando en la mayoría de los casos pretérminos electivos por el desarrollo de síndrome de preeclampsia, diabetes, eclampsia e hipertensión arterial crónica (38).

En el ámbito de la disfunción cervical o incompetencia cervical representa la imposibilidad de un cuello uterino de mantener el embarazo, debido a que se dilata pasivamente (sin mediar contracciones), se presenta el clásico cuadro clínico de los abortos espontáneos del segundo trimestre (cada vez más precoces), donde la paciente consulta por flujo genital o sensación de peso en la pelvis, en consecuencia se produce el aborto (34). También los antecedentes de cirugía cervical, incluyendo conización y procedimiento de escisión electroquirúrgica en asa (LEEP) se han asociado con parto pretérmino derivado de la lesión cervical, aunque, esta relación también puede estar asociada al comportamiento de la embarazada y su pareja o a los factores ambientales. Por otra parte, el fumar es un factor de comportamiento que promueve la progresión de displasia cervical y a su vez es un factor de riesgo para parto pretérmino. En el mismo orden de ideas como factor predictivo está la longitud cervical corta, menor a 25 mm, antes de las 24-28 semanas de gestación, siendo esta proporcional a la longitud cervical, mientras más corta sea esta medida existirá mayor riesgo de parto prematuro, dicha medida es realizada por ultrasonido transvaginal (23, 27). (31) (35)

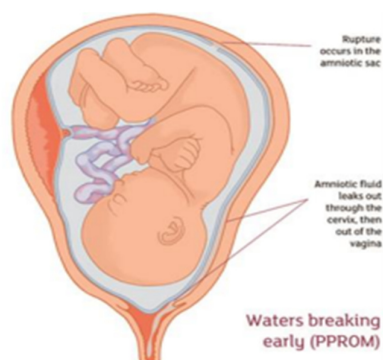


Figura 1. Cervicometría de cuello normal y corto

Fuente: Manual de Obstetricia y Ginecología (35)

Otro factor de riesgo de parto prematuro e infección (materna y fetal) es la ruptura prematura de membranas (RPM) o ruptura prematura ovular (RPO), se define como la ruptura espontánea de membranas amnióticas (amnios y corion) antes de que comience el trabajo de parto, independiente de la edad gestacional, ocurre en el 3% de todos los embarazos; presenta mayor incidencia en los embarazos de término ( $\geq 37$  semanas), alcanzando hasta el 10% (38,39). En la mayoría de los casos, la causa de la ruptura prematura ovular (RPO) es desconocida, siendo la infección intraamniótica la única causa demostrable en un elevado porcentaje de los casos, especialmente en ruptura prematura de membranas pretérmino (RPPM) (36). Desde esta perspectiva, el 50% de las gestantes que presentan ruptura prematura de membranas pretérmino

culmina en parto prematuro durante la primera semana, en un 15-25 % de los casos padece infección intraamniótica y de un 15-20 % padece infección posparto. De allí que está comprobado que el síndrome de respuesta inflamatoria fetal coexiste en 50% de los fetos, además dicho síndrome está asociado con la invasión microbiana de la cavidad amniótica y corioamnionitis histológica, el 17% tiene invasión microbiana de la cavidad amniótica y 68% tienen síndrome de respuesta inflamatoria fetal (37). Para Carvajal J, y Ralph C. (35), la ruptura prematura de membranas (RPM) o ruptura prematura ovular (RPO), es el rompimiento espontáneo de las membranas amnios y corion (amnióticas) antes del inicio del trabajo de parto, ello no depende de la edad gestacional, cuando sucede la ruptura prematura ovular (RPO) antes de las semanas 37 de gestación se llama Rotura Prematura de Membranas pretérmino (RPPM) alcanzando el 3% en los embarazos pretérminos (ver figura). Sin embargo, en la mayoría se desconoce la causa de la rotura prematura ovular (RPO), siendo la infección intraamniótica la única causa demostrable en un elevado porcentaje de los casos, especialmente en RPPM. Es considerado un riesgo debido a que están relacionada directamente con la prematuridad y con la infección materna y fetal.



*Figura 2. La rotura prematura de membranas amnióticas*

Fuente: Carvajal J, y Ralph C. (35).

En cuanto al parto prematuro en pacientes COVID-19, Gajbhiye R, Modi D, y Mahale S. (39) realizaron una revisión de más de 50 estudios de distintos países, encontrando como resultado que el parto prematuro se producía hasta en el 26 % de las pacientes por SARS-CoV2. Por otra parte, Xie A, et al. (40) reportaron en base a los datos retrospectivos de 118 gestantes de diversos hospitales de la ciudad de Wuhan que la mayoría de las pacientes con SARS-CoV2 tuvieron alguna enfermedad leve y, en consecuencia, el 93% tuvieron parto por cesárea, mientras que los pretérminos alcanzaron un 21% del total de nacimientos. Asimismo,

observaron entre las gestantes con proteína C reactiva (PCR) de SARS-CoV-2, que cuando la enfermedad se presenta sintomáticamente y más aún cuando es severa, una mayor tendencia a riesgo de parto prematuro, aunque no exista evidencia de una relación de causalidad.

Para Ferrer R, et al. (41), la corioamnionitis histológica es detectada en placentas de nacimientos prematuros antes de la semana 28 en un 80 %, en un 50 % en los prematuros entre 29 a 34 semanas y en las placentas de los recién nacidos mayores de 35 semanas el 30 %. Asimismo, la infección placentaria no siempre se asocia a un microorganismo infeccioso, la corioamnionitis es asociada al no existir movimientos respiratorios, fetales y del tono fetal (39). Por otra parte, en la madre la corioamnionitis contribuye tanto con la morbilidad como con la mortalidad materna y perinatal debido al riesgo de shock séptico, síndrome de distrés respiratorio del adulto o coagulopatía (41).

Al detallar los factores de riesgos socio-económicos tenemos:

- Lugar de residencia
- Zona urbana: Según la distribución de la población es la habitada por más de 2000 ciudadanos, abarca la ciudad y sus componentes de conjunto habitacional, ciudad y pueblos jóvenes, destacándose el área metropolitana y las aglomeraciones urbanas (40).
- Zona Rural: Son asentamientos poblacionales de 500 a menos de 2000 habitantes en comparación con las zonas urbanas, esta va desde las viviendas agrupadas en manzanas y calles hasta los pueblos, caseríos y comunidades (40).
- Nivel de instrucción: son las etapas del desarrollo personal relacionadas a los niveles educativos: Analfabeto, inicial, primaria, secundaria y superior (40).
- Estado Civil: De acuerdo a lo contemplado en la normatividad jurídica del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) los posibles estados civiles de un individuo son los siguientes: Soltero (S), Casado (C), Viudo (V) y Divorciado (D). Es así que el estado civil soltero de la gestante es una condición muchas veces relacionada al parto pretérmino (40).
- Edad: Las edades extremas representan uno de los factores asociados a la prematuridad, la incidencia mayor se encuentra entre las menores de 20 años y mayores de 34 años (40).

## Terminología básica

- Embarazo: Periodo de gestación que abarca desde la implantación del ovulo en el útero hasta el parto, tiempo de nueve meses en que la madre brinda al feto nutrientes para su desarrollo adecuado (42).
- Factores de riesgo: Para Huertas E (24) los factores de riesgo son condiciones, conductas, estilos de vida o situaciones que nos exponen a mayor riesgo de presentar un parto antes de su fecha adecuada.
- Parto pre término: Recién nacido que ha nacido en una edad gestacional de 22 a 37 semanas de gestación (25).
- Nacido vivo: Parto natural o cesárea de un producto de la concepción, independientemente de la duración de la gestación, el cual luego de haber sido separado del claustro materno muestra evidencia de vida mediante los latidos del corazón o pulsación umbilical, aunque se haya cortado el cordón umbilical o no o la placenta permanezca unida (42).
- Mortalidad neonatal: muerte del nacido vivo entre 0-27 días. Se subdivide en:
  - a) Mortalidad neonatal precoz (MNP): Defunción desde el nacimiento hasta la primera semana de vida (0-6 días). Las que ocurren durante las primeras 24 horas son ocasionadas por asfixia, malas maniobras de reanimación, malformaciones cardiovasculares y pulmonares. Asimismo, la muerte desde el segundo hasta el sexto día es consecuencia a la falta de capacidad de terapia de soporte (43).
  - b) Mortalidad neonatal tardía (MNT): Defunción ocurrida entre los 7-27 días relacionada con las condiciones ambientales y de atención infantil (43).

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### 3.1. Diseño de la investigación

La presente investigación tiene por característica ser una revisión bibliográfica bajo un diseño descriptivo, en el cual se analizarán diversos aspectos relacionados a los factores de riesgo asociados con el parto pretérmino (43-46). En este sentido el investigador recolecta datos secundarios sobre experiencias de determinados autores para describirlas y analizarlas, describe en base a la evidencia disponible, identificando categorías y temas emergentes.

### 3.2. Escenario de estudio y participantes

El escenario de estudio son los trabajos de investigación científica respecto a los factores de riesgo asociado al parto pretérmino. Los artículos científicos fueron seleccionados por conveniencia considerando para ello los diversos criterios de inclusión y exclusión. La búsqueda se hizo en plataformas como PubMed, Sciencedirect, Scopus, Dianet, Plos one y Scielo.

#### Criterios de inclusión

En búsqueda de una adecuada selección de la muestra para el presente estudio, se determinaron los siguientes criterios:

- Artículo de investigación científica.
- Estudios realizados a nivel internacional.
- Investigaciones contempladas en los periodos 2015-2020.
- El estudio debe referirse a los factores de riesgos de las gestantes y los fetos.

En ese contexto, los criterios de exclusión considerados son:

- Artículo de reflexión
- Artículo publicado en revistas no indexadas
- Artículos realizados en periodos anteriores al 2015
- Artículos no referentes a los factores de riesgos del parto pretérmino.

### 3.3. Estrategias de producción de datos

Técnicas: La técnica es el proceso a través del cual se realizó el recojo de información (47).

Instrumentos: El instrumento de recojo de información es el material en el cual se plasman los datos recolectados en campo (48). En el estudio se utilizó la ficha de extracción de la información.

### 3.4. Análisis de datos

En los estudios seleccionados se encontraron datos de las embarazadas y de los fetos a nivel internacional tales como factores sociodemográficos, (estado civil, nivel de escolaridad y grupo etario), factores de riesgos asociados a las complicaciones en la gestación tanto de la madre como del feto. La búsqueda se hizo en plataformas como PubMed, Scimedirect, Scopus, Dianet, Plos one y Scielo. Partiendo de la interpretación y análisis crítico fueron seleccionados 30 artículos según los criterios de inclusión definidos con la finalidad de extraer datos, estadísticas y hallazgos de sus autores. Desde esta perspectiva la revisión permitió conocer la realidad que viven las gestantes y los recién nacidos pre término en torno a los factores de riesgos a nivel mundial, en búsqueda de comprender y minimizar las consecuencias tanto de morbilidad como de mortalidad que representan un problema de salud, social y económico. Para ello se elaboró una ficha de recolección de la información, destacando la relevancia de esta, además de la confrontación con las bases teóricas para la validez interna. Es así que los hallazgos fueron analizados según los objetivos propuestos en el presente estudio otorgando validez a las conclusiones. De igual manera las recomendaciones se apoyan en la evidencia, además de considerar los diversos factores, riesgos, beneficios tanto de las madres, niños y profesionales. Así mismo se registró la información en la ficha de datos considerando para ello el título, la fecha, autor, objetivos, metodología, muestra, resultados y conclusiones. Ver tabla 2.

### 3.5. Criterios de rigor

Comprende la validez o credibilidad de todos los datos que se han obtenido y que se pueden corroborar de acuerdo a los autores. Para ello se han revisado bases de datos de calidad tales como: PubMed, Scienedirect, Scopus, Dianet, Plos one y Scielo.

### 3.6. Aspectos éticos

Los valores éticos se corresponden con la concepción moral normada por principios y valores que deben prevalecer en la génesis de todo proceso científico que se valga de las disciplinas inmersas. Considerando los principios establecidos por el Ministerio de Salud el estudio es catalogado de bajo riesgo. Por consiguiente, se recolectó una base de datos fiable, respetando el derecho de autor, manteniendo la integridad de los procesos, el respeto y confianza.

# CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

## 4.1. Resultados y triangulación

**Tabla 1 Características de la población de estudio**

N.º	Autor, Año, Lugar y título	Conclusión
1	Rodríguez A, et al. en el 2019. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Cienfuegos 2012. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Cienfuegos 2012 (49). Disponible: <a href="http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4214">http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4214</a>	Las edades extremas y el bajo nivel de escolaridad influyeron al parto pretérmino. además, el hábito de fumar, la ingestión de bebidas alcohólicas, embarazo pretérmino anterior, preeclampsia, crecimiento intrauterino retardado, infecciones urinarias y vaginales, la rotura prematura de membranas y las modificaciones cervicales interviene La preeclampsia, el crecimiento intrauterino retardado y las infecciones urinarias fueron los factores de riesgo con mayor cociente de posibilidad para parto pretérmino, no obstante, existen otros que también afectan como los socioeconómicos.
2	Martínez G, et al. en el 2017 (50). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. <a href="https://www.redalyc.org/pdf/487/48754566003.pdf">https://www.redalyc.org/pdf/487/48754566003.pdf</a>	A menor edad gestacional en las adolescentes embarazadas, los factores de riesgo de parto pretérmino aumentan notablemente.
3	Espinosa I, et al en el año 2019 (63). Cuba. Epidemiología del parto pretérmino espontáneo.	El parto pretérmino espontáneo representa un problema no resuelto en Villa Clara, susceptible de ser reducido, mediante su prevención y su detención durante su hospitalización y disminuir sus consecuencias.
4	Amabebe E, et al en el año 2019 (54) Parto prematuro asociado a la infección/inflamación dentro de los 14 días de presentación con síntomas de parto prematuro: Un modelo predictivo multivariante. <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222455">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222455</a>	Las mujeres sintomáticas destinadas a dar a luz de forma prematura en un plazo de 2 semanas expresan mediadores proinflamatorios significativamente mayores a mediados y finales de la gestación.
5	Shen M, et al en el año 2017 (55). Comparación de los factores de riesgo y resultados de la hipertensión gestacional y la preeclampsia <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175914">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175914</a>	La hipertensión gestacional (GH) y la preeclampsia (PE) compartieron factores de riesgo comunes. Las diferencias en los tamaños de los efectos de los factores de riesgo y los resultados indican que las condiciones pueden tener una fisiopatología y un mecanismo diferentes.
6	Tshotetsi L, et al en el año 2019 (62) Factores maternos que contribuyen a los partos prematuros en el distrito de Tshwane, Sudáfrica. <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213058">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213058</a>	Las mujeres que acudieron a menos de cinco visitas de control prenatal estaban predispuestas a dar a luz a bebés con bajo peso. Se debería animar a las madres a acudir a las visitas de control prenatal para detectar a tiempo eventos adversos como la rotura prematura de membranas y el parto prematuro.
7	Lema G, et al. En el año 2020 (63) Patología placentaria y factores maternos asociados a la mortinatalidad: Un estudio institucional de casos y controles en el norte de Tanzania. <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243455">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243455</a>	Se debe fortalecer educación de las madres sobre la importancia de la asistencia regular a la clínica prenatal, el control y el manejo de las condiciones maternas durante los períodos prenatales.
8	Dabi Y, et al en el año 2017 (64) Validación clínica de un modelo de predicción del riesgo de parto prematuro. <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171801">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171801</a>	El nomograma fue eficiente y clínicamente relevante en nuestra población de alto riesgo. Un umbral fijado en el 15% ayudaría a minimizar el riesgo de partos prematuros en embarazos únicos y debería reducir los traslados in útero innecesarios, costosos y estresantes.
9	Raju T, en el año 2017. (65) El nacimiento "prematuro tardío": diez años después. <i>Pediatría</i>	La vulnerabilidad de los bebés prematuros tardíos se asoció con una mayor morbilidad en ausencia de factores de riesgo materno o fetal identificables.
10	Encalada D, et al en el año 2020 (66). Principales factores de riesgos de morbilidad y mortalidad en neonatos pre términos extremos. Hospital IESS Babahoyo durante el periodo 2019. DOI: <a href="https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(1).enero.2020.306-314">https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(1).enero.2020.306-314</a>	Luego de las 34 semanas de edad de gestación la morbilidad y mortalidad relacionadas con la madurez se minimiza, se valora la interrupción una vez que la embarazada alcanza ese momento.
11	Guadalupe, S; y Oshiro S, en el año 2017 (23). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del hospital maría auxiliadora durante el año 2015. DOI 10.25176/RFMH.v17.n1.746	Los factores de riesgo para presentar parto pretérmino son la edad, la rotura prematura de membrana, el número de paridad, el control prenatal inadecuado, la preeclampsia, el estado civil y la infección del tracto urinario.
12	Zerna C, et al en el año 2018 (67). Ecuador. Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor. <a href="http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/cienciaunemi/article/view/678">http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/cienciaunemi/article/view/678</a>	La falta de educación en las mujeres las lleva a ignorar la importancia de los chequeos obstétricos, la multiparidad en los antecedentes ginecoobstétricos, las infecciones de vías urinarias, vaginosis bacteriana, varias patologías y traumatismos conllevan al parto pre término.

13	Escobar B; et al en el año 2017 (19). México. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. <a href="https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im174d.pdf">https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im174d.pdf</a>	Los antecedentes maternos como el control prenatal, la preeclampsia, la ruptura prematura de membranas, el embarazo gemelar, la placenta previa, la cervicovaginitis, el parto pretérmino previo y la infección del tracto urinario son los factores de riesgo con mayor significación estadística.
14	Mullins E, et al en el año 2020 (68). Reino Unido. Coronavirus en el embarazo y el parto: revisión rápida <a href="https://doi.org/10.1002/uog.2201468">https://doi.org/10.1002/uog.2201468</a>	El parto prematuro afectó al 47% de las mujeres hospitalizadas con COVID-19, lo que puede ejercer una presión considerable sobre los servicios neonatales si se cumple el peor escenario razonable del Reino Unido de que el 80% de la población se vea afectada.
15	Kruser L, et al. en el año 2019 (69). Brasil. Factores de riesgo materno y fetal asociados a los recién nacidos prematuros tardíos. <a href="https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018136">https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018136</a> .	Se encontró un cuidado prenatal inadecuado y la ruptura prematura de las membranas como factores asociados con el parto prematuro tardío.
16	García M, et al. en el año 2018 (70). España. Prematuros tardíos en España: Experiencia del Grupo de Neonatología 34-36 semanas.	La amplia muestra de LP estudiada destaca la mayor mortalidad neonatal y morbilidad que sufre esta población y la inevitable relación de su incidencia con la multiparidad, el envejecimiento materno y las todavía numerosas inducciones al parto y cesáreas electivas.
17	Ramírez K, en el año 2018 (71). Costa Rica. Prevención de parto pretérmino <a href="https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v35n1/1409-0015-mlcr-35-01-115.pdf">https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v35n1/1409-0015-mlcr-35-01-115.pdf</a>	La prevención efectiva se encuentra en un mayor control prenatal, tratamiento antibiótico de ciertas infecciones genitales, el tratamiento antibiótico en las pacientes con ruptura prematura de membranas, tratamiento de bacteriuria asintomática, la suplementación con progesterona en pacientes con parto pretérmino previo o sin antecedente, pero con longitud cervical muy corta antes de la semana 24 de gestación.
18	Huertas E, en el año 2018 (29). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. <a href="https://doi.org/10.31403/rpgo.V64i2104">https://doi.org/10.31403/rpgo.V64i2104</a>	El parto pretérmino constituye un síndrome. Su prevención puede ser primaria o secundaria, y se centra básicamente en la predicción, esta se realiza mediante calculadoras de riesgo.
19	Ahumada J; et al. en el año 2018 (14). Colombia. Factores de riesgo de parto pretérmino en Bogotá D.C., Colombia. Doi: 10.1590/1518-8345.0775.2750	Los principales factores de riesgo para PP fueron el diagnóstico con preeclampsia (severa y no severa), presentar RCIU y poca atención prenatal.
20	Ferrer R, et al en el año 2019 (45). Cuba. Repercusión de la corioamnionitis como factor de riesgo en la sepsis materna y neonatal temprana	La corioamnionitis clínica e histológica es un factor de riesgo tanto en gestaciones de término como de pre término y está asociada a la rotura prematura de membranas.
21	Olaya L, y Pardo D, en el año 2017 (24). Perú. Factores sociodemográficos y gestacionales asociados al parto pretérmino en el Hospital II-1 José Alfredo Mendoza Olavarría, Tumbes 2010-2014	Los factores riesgos principales encontrados son: la amenaza de parto pretérmino, el antecedente de aborto y el control prenatal inadecuado.
22	Ita C, et al en el año 2020. (15) Indonesia. Efecto de la rotura prematura de membranas en el parto prematuro: un estudio de casos y controles en Cilegon, Indonesia <a href="https://doi.org/10.4178/epih.e2020025">https://doi.org/10.4178/epih.e2020025</a>	Las madres que experimentaron rotura prematura de membranas (RPM) durante el embarazo tenían un riesgo 2,58 veces mayor de sufrir un parto prematuro después de controlar la educación, los antecedentes de parto prematuro y la anemia.
23	Sungkar A, et al en el año 2017 (72). Indonesia. Alto parto prematuro en el hospital cipto mangunkusumo	Varios factores que reducen la tasa de partos prematuros incluyen embarazo único, presentación de la cabeza regular.
24	Grant L, en el año 2016 (26). Cuba. Características del bajo peso al nacer en la provincia Artemisa. <a href="http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/654">http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/654</a>	La incidencia de bajo peso al nacer obedeció a múltiples factores asociados a la prematuridad y al crecimiento intrauterino retardado; así como a brechas reducibles en la conducta y/o atención preventiva preconcepcional y prenatal.
25	Blasco M, et al en el año 2018 (25). Principales factores de riesgo a la morbilidad y mortalidad neonatales pretérmino. <a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1029-30192018000700578&amp;lng=es">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1029-30192018000700578&amp;lng=es</a>	RN prematuros y con muy bajo peso al nacer, en los cuales concomitan muchos factores predisponentes, capaces de provocar su fallecimiento por disímiles causas.
26	Montero A, et al en el año 2019 (73). Cuba. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. <a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1028-48182019000501155&amp;lng=es">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1028-48182019000501155&amp;lng=es</a> . 3-	Los hijos de madres con hábitos tóxicos, el embarazo en la adolescencia, las enfermedades maternas asociadas al embarazo (anemia, hipertensión arterial, infección cervicovaginal), embarazos múltiples, abortos previos e infección del tracto urinario, constituyeron factores maternos de riesgo de nacimientos prematuros.
27	Mendoza L, et al. en el año 2016 (74). Colombia. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro	En la prematuridad interactúan diversos factores siendo necesario minimizar la desigualdad de la salud, acudir a una atención prenatal de calidad, cumplimiento

	<a href="http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012">http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012</a> .	del enfoque de riesgo para las gestantes e inclusión de personal calificado en la atención del parto. .
28	Retureta S, et al en el año 2015 (75). Cuba. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. <a href="http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2972">http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2972</a>	Los embarazos múltiples, la práctica de abortos anteriores son los factores más destacados de parto prematuro, así mismo la interrelación de múltiples factores entre sí.
29	Castillo R, et al en el año 2019 (76). Ecuador. Factores de riesgo maternos asociados al parto pre término. <a href="http://revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_6_2019/4_factores_maternos.pdf">http://revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_6_2019/4_factores_maternos.pdf</a>	La edad, el nivel económico bajo y las infecciones del tracto urinario son considerados como factor de riesgo para un parto prematuro.
30	Baptistella I, et al en el año 2017 (77). Brasil. Atención prenatal y resultado perinatal. <a href="https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5953">https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5953</a>	Las mujeres embarazadas que tuvieron menos de siete consultas durante la atención prenatal fueron más propensas a generar bebés prematuros, con bajo peso al nacer y / o muerte perinatal.

Desde esa perspectiva, la dinámica y abordaje de los resultados se procesó siguiendo el orden secuencial de cada uno de los objetivos específicos del estudio, dichos resultados fueron sustentados simultáneamente con los hallazgos de cada autor de los artículos científicos seleccionados, lo cual generó fiabilidad, confiabilidad y criterios éticos a la investigación. En ese sentido, se procedió a su explicación de la forma siguiente:

**Tabla 2. Factores sociodemográficos asociados al parto pretérmino (PT)**

Autor/Año/País	Objetivo de estudio	Diseño de investigación	Tamaño de muestra	Resultados
Rodríguez A, et al. en el año 2019 en Cuba (49)	Analizar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino.	estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal.	Se tomo una muestra de 678 gestantes.	Los factores como el hábito de fumar, la ingestión de bebidas alcohólicas, embarazo pre término anterior (OR=2,32), pre-eclampsia (OR=6,31), crecimiento intrauterino retardado (OR=3,77), infecciones urinarias (OR=3, 41), y vaginales, la rotura prematura de membranas y las modificaciones cervicales (OR>2), mostraron diferencias altamente significativas en las gestantes con parto pretérmino.
Ramos P, en el año 2019 en Perú (14)	Determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino, hospital nacional Hipólito Unanue.	descriptiva y retrospectiva.	115 gestantes.	Se identificó los factores de riesgo sociodemográficos asociados a parto pretérmino debido a que el 20,8 % están entre 18 y 35 años, 0,9 % no tiene nivel de instrucción y 16,5 %, no tenía pareja; en relación a los factores maternos, el 52,2 % recibieron una deficiente atención prenatal o no la tuvieron. Asimismo, el 15,6 % presentó problemas fetales.
Martínez G. et al. en el año 2017 en México (50)	Analizar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes.	observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles.	155 casos e igual número de controles.	los factores de riesgo estadísticamente significativos para parto prematuro fueron el control prenatal inadecuado, los trastornos en el líquido amniótico, así como la ruptura prematura de membranas. En las adolescentes que no tenían ninguna patología, el riesgo de parto pretérmino fue menor comparativamente con las que tuvieron una o más patologías. Además, un mayor riesgo en las pacientes con estudios universitarios incompletos (RM=4.07) (IC95% 0.4507-36.9210) p=0. 3709.
Lema G, et al. en el año 2019 en África (51)	Analizar la patología placentaria y factores maternos asociados a la mortinatalidad: Un estudio institucional de casos	observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles.	2207placentas de los recién nacidos vivos y de los mortinatos,	La edad gestacional media de los casos inscritos fue de 33,8 ±3,2 semanas, mientras que la de los controles fue de 36,3±3,6 semanas, (valor p 0,244). Los resultados arrojaron que el riesgo de muerte fetal se asoció significativamente con una menor educación materna [ORa (IC del 95%): 5,22 (2,01-13,58)], antecedentes de muerte fetal [ORa (IC del 95%): 3,17 (1,20-8,36)], menor número de visitas [ORa (IC del 95%): 6,68 (2,71-16,48), preeclampsia [ORa (IC del 95%): 4,06 (2,03-8,13)] y hemorragia anteparto [OR (IC del 95%): 2,39 (1,04 -5,53)]. (95,8%). Conformaron 2207 nacidos vivos de todos los partos, mientras que (4,2%) 98 fueron de mortinatos. Se incluyeron de estos 96 mortinatos (casos) y 192 nacidos vivos (controles).
Zema C, et al. en el año 2015 en Ecuador (52)	Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor en Ecuador.	Observacional, descriptivo, analítico, retrospectivo.	3700 historias clínicas.	Los resultados encontraron que las embarazadas se enfrentan a mayor riesgo entre las 32 y 37 semanas de gestación, ello representa el 25% de la totalidad de los partos, Asimismo el mayor riesgo lo presentan las mujeres menores de 19 años y las mayores de 35.
Olaya L, y Pardo D, en el 2017 en Perú (17)	Determinar los factores sociodemográficos y gestacionales asociados al parto pretérmino.	enfoque cuantitativo, analítico, retrospectivo y de diseño no experimental.	117 historias clínicas	Los resultados arrojaron que el riesgo de muerte fetal se asoció significativamente con una menor educación materna [ORa (IC del 95%): 5,22 (2,01-13,58)], antecedentes de muerte fetal [ORa (IC del 95%): 3,17 (1,20-8,36)], menor número de visitas [ORa (IC del 95%): 6,68 (2,71-16,48), preeclampsia [ORa (IC del 95%): 4,06 (2,03-8,13)] y hemorragia anteparto [OR (IC del 95%): 2,39 (1,04 -5,53)].

Mendoza L, et al. en el 2016 en Cuba (53)	Identificar los factores de riesgo asociados al parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila.	revisión bibliográfica.	Artículos científicos.	Los resultados encontrados arrojaron que diversos factores interactúan en la prematuridad entre ellos destacan la ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO) en un 8,5 - 51,2 % en embarazos simples y en un 27,9 % - 65,4 % en parto espontáneo prematuros. Sumado a estos, se presentaron los factores determinantes sociales, la edad de la madre (<20 años o >35 años), el tabaquismo y consumo de alcohol en exceso, inadecuada atención prenatal con un mínimo de cuatro visitas a los centros de salud, infección del tracto urinario y vaginosis bacteriana.
---	---	-------------------------	------------------------	--

Rodríguez A, et al. en el año 2019 (49) realizó un estudio titulado “Factores de riesgo asociados al parto pre término en Cienfuegos - Cuba 2012”. La investigación fue descriptiva, correlacional, de corte transversal. Seleccionando a una muestra de 678 gestantes. Encontraron como resultado que los factores sociodemográficos asociados al parto pretérmino están conformados por las edades extremas menores < 15 años y mayores de 35 años, el nivel de escolaridad entre séptimo y noveno grados, además del hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas. En este sentido existe correlación directa entre el parto pretérmino y los factores de riesgo en preeclampsia (riesgo relativo (RR)=6,31), parto prematuro anterior (riesgo relativo (RR)=2,32), infecciones urinarias (riesgo relativo (RR)=3, 41) y crecimiento intrauterino retardado (riesgo relativo (RR)=3,77). Conclusión: los factores de riesgo con mayor posibilidad de ocasionar parto pretérmino son el parto prematuro anterior, la preeclampsia, las infecciones urinarias y el crecimiento intrauterino retardado, sin embargo, existen otros que lo potencian. Por lo tanto, es necesario modificar dichos factores en búsqueda de disminuir este tipo de parto.

También, Ramos P, en el año 2019 (14) elaboró una tesis titulada “Factores de riesgo asociados al parto pretérmino, hospital nacional Hipólito Unanue, enero – julio 2018 en Lima-Perú”. La metodología fue descriptiva y retrospectiva, seleccionando a 115 gestantes atendidas en el centro de salud. Los resultados demostraron, mediante la correlación de Pearson, que si existen factores de riesgo asociados al parto pre término ( $p < 0.05$ ). Conclusiones: Se demostró la existencia de los factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Además, se identificó los factores de riesgo sociodemográficos asociados a parto pretérmino, debido a que el 20,8 % están entre 18 y 35 años, 0,9 % no tiene nivel de instrucción y 16,5 %, no tenía pareja; en relación a los factores maternos, el 52,2 % recibieron una deficiente atención prenatal o no la tuvieron. Igualmente, el 15,6 % presentó problemas fetales.

Así mismo, Martínez G. et al. en el año 2017 (50) investigaron “Los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes en México”. El estudio fue observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles. La muestra la conformaron 155 casos y controles. De la población observada el promedio de edad de las madres adolescentes en los casos fue de 17.1 y en los controles de 17.2 años. Los resultados demostraron que los factores de riesgo estadísticamente significativos para parto prematuro fueron el control prenatal inadecuado, los trastornos en el líquido amniótico, así como la ruptura prematura de membranas. En las adolescentes que no tenían ninguna patología el riesgo de parto pretérmino fue menor comparativamente con las que tuvieron una o más patologías. Además, existe un mayor riesgo en las pacientes con estudios universitarios incompletos (RM=4.07) (IC95% 0.4507-36.9210) p=0.3709. Conclusión: Manifestaron que en las adolescentes embarazadas se incrementan notablemente los factores de riesgo de parto pretérmino a menor edad gestacional.

Por su parte, Lema G, et al. en el año 2019 (51) desarrolló un estudio titulado “Patología placentaria y factores maternos asociados a la mortinatalidad, un estudio institucional de casos y controles en el norte de Tanzania”. La investigación fue observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles. Para ello fueron seleccionados muestras de placentas de los recién nacidos vivos y de los mortinatos, conformadas por (95,8%) 2207 de todos los partos de nacidos vivos, mientras que (4,2%) 98 fueron de mortinatos. Se incluyeron de estos 96 mortinatos (casos) y 192 nacidos vivos (controles). La edad gestacional media de los casos inscritos fue de  $33,8 \pm 3,2$  semanas, mientras que la de los controles fue de  $36,3 \pm 3,6$  semanas, (valor p 0,244). Los resultados arrojaron que el riesgo de muerte fetal se asoció significativamente con una menor educación materna [ORa (IC del 95%): 5,22 (2,01-13,58)], antecedentes de muerte fetal [ORa (IC del 95%): 3,17 (1,20-8,36)], menor número de visitas [ORa (IC del 95%): 6,68 (2,71-16,48)], preeclampsia [ORa (IC del 95%): 4,06 (2,03-8,13)] y hemorragia anteparto [OR (IC del 95%): 2,39 (1,04 -5,53)]. La patología placentaria asociada con la muerte fetal incluyó patología vascular uteroplacentaria y corioamnionitis aguda. Encontrando también que la patología placentaria asociada a la mortinatalidad incluía la patología vascular uteroplacentaria y la corioamnionitis aguda. Conclusión: las gestantes deben recibir educación resaltando la importancia de la asistencia regular a la consulta prenatal. Así mismo se requiere el manejo de las condiciones maternas y mejorar el control durante los períodos prenatales.

Respecto a la falta de educación en las mujeres, Zerna C, et al. en el año 2015 (52) realizaron un artículo titulado “Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino, caso Hospital Enrique C. Sotomayor en Ecuador”. La investigación fue observacional, descriptivo, analítico, retrospectivo, seleccionando 3700 historias clínicas; 180 partos pretérminos. Los resultados encontraron que las embarazadas se enfrentan a mayor riesgo entre las 32 y 37 semanas de gestación, ello representa el 25% de la totalidad de los partos, Asimismo el mayor riesgo lo presentan las mujeres menores de 19 años y las mayores de 35 años. Los autores concluyen que la baja educación materna conlleva a ignorar la importancia de las consultas obstétricas. Así mismo las principales causas del parto prematura fueron la multiparidad, antecedentes de pretérmino, las infecciones de vías urinarias, vaginosis, diversas patologías y traumatismos. En relación a los neonatos prematuros se encontraron diversas complicaciones con el Síndrome de distrés respiratorio, debido a la inmadurez de los pulmones.

De igual manera, Olaya L, y Pardo D, en el año 2017 (17) desarrollaron un estudio titulado “Factores sociodemográficos y gestacionales asociados al parto pretérmino en el Hospital II-1 José Alfredo Mendoza Olavarria, Tumbes 2010-2014”. Cuyo objetivo fue determinar los factores sociodemográficos y gestacionales asociados al parto pretérmino. La investigación fue de enfoque cuantitativo, analítico, retrospectivo y de diseño no experimental. Seleccionando una muestra de 117 historias clínicas, para ello utilizó en el análisis bivariado la prueba chi<sup>2</sup> y en el análisis de variables múltiples la regresión logística, derivando el Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confianza (IC) al 95%. Los resultados demostraron que los factores de riesgo sociodemográfico asociado al parto pretérmino son en un 71 % el estado civil soltera (OR= 3,43 e IC 95%= 1.32- 8.86). Conclusión: los factores de riesgos sociodemográficos asociados al parto prematuro lo conforman la edad adulta mayor a 35 años (OR = 2.23 e IC 95%= 0.97- 4.85), lugar de residencia urbano (OR= 6,23), grado de instrucción analfabeta (OR=1.69 e IC 95%= 0.74-3.81) y primaria incompleta (OR=2.05 e IC 95%= 0.01- 311.9). Asimismo, los factores de riesgo principales encontrados fueron la amenaza de parto pretérmino, el antecedente de aborto y el control prenatal inadecuado.

Visto así, por Mendoza L, et al. en el año 2016 (53) realizaron una investigación para identificar los factores de riesgo asociados al parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila, mediante una revisión bibliográfica. Los resultados encontrados arrojaron que diversos factores interactúan en la prematuridad, entre ellos destacan la ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO) en un 8,5 - 51,2 % en embarazos simples y en un 27,9 % - 65,4 % en parto

espontáneo prematuros. Sumado a estos, se presentaron los factores determinantes sociales, la edad de la madre (<20 años o >35 años), el tabaquismo y consumo de alcohol en exceso, inadecuada atención prenatal con un mínimo de cuatro visitas a los centros de salud, infección del tracto urinario y vaginosis bacteriana. Conclusión: en la prematuridad intervienen diversos factores prevenibles y controlables con tratamiento, al disminuir la desigualdad de la salud, acudir a una atención prenatal de calidad, cumplimiento del enfoque de riesgo para las gestantes e inclusión de personal calificado en la atención del parto.

**Tabla 3. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino**

Autor/Año/País	Objetivo de estudio	Diseño de investigación	Tamaño de muestra	Resultados
Espinosa I, et al. en el año 2019 en Cuba (20)	Analizar la epidemiología del parto pretérmino espontáneo en Cuba.	descriptivo transversal.	423 pacientes.	Los resultados arrojaron en el periodo de estudio que aproximadamente un 50 % del total de embarazadas tienen parto pretérmino, además el 40 % de estos fueron de causa espontánea, presentando etiología desconocida entre un 30 y 50 %.
Amabebe E, et al. en el año 2019 en UK (54)	Analizar el parto prematuro asociado a la infección e inflamación dentro de los 14 días de presentación con síntomas de parto prematuro.	cuantitativa, observacional y analítica, retrospectivo de corte transversal de un estudio de casos y controles.	94 mujeres que presentaban síntomas de trabajo de parto prematuro (PTL),	Sobre la predicción del parto prematuro inminente (DPT) dentro de los 7 a 10 días, arrojaron de un 75 % a 77 % de sensibilidad, asimismo de un 79 % a 83 %. Sumado a esto existe una relación directa entre el cuello uterino corto, la disbiosis vaginal y la alteración de las membranas fetales con la consiguiente fuga de fascitis necrosante cervicofacial (FNC) en el espacio cervicovaginal.
Shen M, et al. en el año 2017 en Canadá (55)	Analizar la comparación de los factores de riesgo y resultados de la hipertensión gestacional y la preeclampsia en Ottawa y Kingston.	observacional, retrospectivo, analítico, de corte transversal.	7.633 embarazadas.	Entre los factores de riesgo tenemos a la nuliparidad, la obesidad y el sobrepeso; nacimiento de gemelos (RR = 4,8 para la hipertensión gestacional (GH) frente a RR = 10,3 para la preeclampsia (PE), antecedente de parto prematuro PE (RR = 14,1) y la diabetes tipo 1 y 2.
Tshotetsi L, et al. en el año 2019 en Republica de Sudáfrica (56)	Analizar los factores maternos que contribuyen a los partos prematuros en el distrito de Tshwane, Sudáfrica.	descriptivo correlacional, observacional, retrospectivo, analítico.	1073 registros prenatales y de maternidad.	La media de la edad gestacional y el peso de los neonatos fueron de 37,16 semanas (SD 2,92) y 2675,48 gramos (SD 616,16) respectivamente. Están relacionados El BPN y la prematuridad, odds ratio (OR) 7,15, intervalo de confianza (IC) del 95%: 5,18 a 9,89; rotura prematura de membranas OR 7,33, IC del 95%: 2,43 a 22,12 y asistencia a menos de cinco

				visitas de atención prenatal (ANC) OR 1,30, IC del 95%: 1,06 a 1,61.
Dabi Y, et al en el año 2017 (57)	Elaborar un modelo de predicción del riesgo de parto prematuro.	estudio de casos y controles, observacional, retrospectivo y analítico, de corte transversal.	La muestra la conformaron dos cohortes: a) cohorte 1, los embarazos gemelares sin cerclaje cervical y rotura prematura de membranas (RPM); b) cohorte 2, los embarazos únicos sin cerclaje cervical y RPM.	Los resultados encontraron que para predecir los riesgos obstétricos el nomograma lo realiza con precisión, con una calibración y discriminación excelente con un área bajo la curva (AUC) de 0,88 (IC del 95%: 0,86-0,90), obteniendo para la cohorte 1 y de 0,73 (IC del 95%: 0,66-0,80) para la cohorte 2.
Encalada D, et al. en el año 2020 en Ecuador (58)	Analizar los principales factores de riesgos de morbilidad y mortalidad en neonatos pre términos extremos en el Hospital IESS Babahoyo.	descriptivo, observacional de corte transversal.	415 neonatos pre término.	El 80,3 % de las gestantes acudieron a la consulta por infecciones, sumado a esto en un 38 % fueron diagnosticados de sepsis de comienzo tardío, así mismo la enfermedad de membrana hialina o síndrome de dificultad al respirar repercutió en un 31,7 % en el neonato.
Kruser L, et al. en el año 2019 en Brasil (59)	Analizar los factores de riesgo materno y fetal asociados a los recién nacidos prematuros tardíos en Brasil.	correlacional, mediante el estudio de caso-control.	423 madres posopásales con sus neonatos en edades gestacionales de 37 semanas o más.	Una asociación directa del parto pretérmino con el control prenatal inadecuado [OR] 1,23; intervalo de confianza del 95% 1,12-1,34; $p \leq 0,001$ ), la estancia hospitalaria $\geq 24$ horas hasta el nacimiento (OR 0,18; 95% CI 0,06-0,52; $p \leq 0,001$ ), la ruptura prematura de membranas (OR 4,98; 95%CI 2,66-9,31; $p \leq 0,001$ y corta edad gestacional (OR 3,02; 95% CI 1,80-5,05; $p \leq 0,001$ ).
Mullins E et al. en el año 2020 en Reino Unido de Gran Bretaña (60)	Analizar el coronavirus en el embarazo y el parto.	estudios observacionales y ensayos controlados.	21 estudios.	Las tasas de letalidad por SARS y MERS fueron del 15 % y 27 %, respectivamente. Asociando al SARS con un aborto espontáneo o muerte intrauterina en cinco casos.
Ramírez K, en el año 2018 en Costa Rica (61)	Analizar la prevención de parto pretérmino en Costa Rica.	observacional, retrospectivo, transversal y analítico.	Documentos.	Una dosis de esteroides disminuye en un 66 % el síndrome de dificultad respiratoria neonatal (SDRN), en un 46 % enterocolitis necrotizante, en un 69 % muerte perinatal, en un 54 % hemorragia ventricular y en un 69 % la muerte perinatal.
Huertas E, en el año 2018 en Perú (24)	Analizar el Parto pretérmino: causas y medidas de prevención.	descriptiva, documental.	20 documentos.	El parto pretérmino tiene prevención primaria o secundaria, centrada básicamente en la predicción, esta actualmente se realiza mediante calculadoras de riesgo que combinan factores de historia clínica, longitud cervical y fibronectina fetal.
Ahumada M, et al. en el año 2020 en Colombia (9)	identificar los factores de riesgo para PP en un grupo	retrospectivo, descriptivo, metacéntrico.	452 pacientes.	La edad gestacional de los participantes estuvo comprendida entre 28.2 en un

	de gestantes de Bogotá D.C., Colombia.			89.60 % y una máxima de 43.1 semanas, solo el 10,40 % fue parto pretérmino. De allí que los factores estadísticamente significativos causante de los partos prematuros entre 28 y 36.6 semanas fueron el diagnóstico de preeclampsia (severa y no severa), mientras que para las semanas 28 y 31.6 los antecedentes de prematuridad y la anemia.
Ferrer R, en el año 2019 en Cuba (41)	Analizar la repercusión de la corioamnionitis como factor de riesgo en la sepsis materna y neonatal temprana en Cuba.	Revisión sistemática.	20 documentos.	El 30% de incidencia de partos pretérminos en pacientes con corioamnionitis. Aunado a ello la prematuridad es un factor de riesgo que incide en la mortalidad en menores de 37 semanas de gestación en un 73%.
Marlita S, et al. en el año 2020 en Indonesia (18)	determinar la magnitud del riesgo de parto prematuro asociado a la RPM en el Hospital de Cilegon desde julio de 2014 hasta diciembre de 2015 en Indonesia.	Descriptivo, transversal.	193 gestantes.	El 25-40% de los casos de parto prematuro se producen debido a la RPM, el 54.5 % eran madres trabajadoras con un nivel de estudio secundario. Las madres con parto prematuro padecían de anemia en un 52.3 %.
Montero A, et al. en el año 2019 en Cuba (62)	Analizar los riesgos maternos asociados a la prematuridad.	observacional, analítica y retrospectiva.	60 gestantes.	Relación de parto pretérmino con factores maternos como el nivel educativo, edad materna, cantidad de hijos, bajo nivel socioeconómico, hábitos tóxicos, mala alimentación, enfermedades maternas, abortos previos, múltiples embarazos, ruptura prematura de membranas, infecciones genitourinarias y placenta previa.
Retureta S, et al. en el año 2015 en Cuba (75)	Analizar los factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila en Cuba.	observacional y analítica.	35 participantes.	El parto pretérmino se relaciona con el aborto anterior, desnutrición, obesidad, antecedente de parto pretérmino, hábitos de tabaquismo y alcohol, sumado a las infecciones urinarias y múltiples embarazos.
Milian M, et al. en el año 2019 en Cuba (63)	Analizar la epidemiología del parto pretérmino espontáneo para caracterizar las variables epidemiológicas relacionadas con el parto pretérmino espontáneo en el Hospital.	descriptivo transversal.	423 pacientes con embarazo único y parto pretérmino.	El parto pretérmino predomina en las pacientes nulíparas, los antecedentes de abortos provocados, edad reproductiva adecuada e infecciones vaginales en el periodo de gestación.
Vanin L, et al. en el año 2019 en Brasil (21)	Analizar los factores de riesgo materno y fetal asociados con lactantes prematuros tardío.	cuantitativo, preexperimental.	423 pacientes.	Determinaron las variables asociadas con la prematuridad tardía el inadecuado control prenatal (Odds Ratio [OR] 1,23; intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 1,12-1,34; p≤0,001), rotura prematura de membranas (OR 4,98; IC 95% 2,66-9,31; p≤0,001).
Escobar B, et al. en el 2017 en México (22)	identificar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino.	observacional, retrospectivo, transversal y analítico.	344 pacientes.	Los factores de riesgo asociados a parto pretérmino son el antecedente de parto pretérmino RM = 10.2 (p = 0.005), la

				placenta previa: RM = 10.2 (p = 0.005), la preeclampsia: RM = 6.38 (p = 0.00); oligohidramnios: RM = 5.8 (p = 0.000), el embarazo gemelar: RM = 5.8 (p = 0.000), la ruptura prematura de membranas: RM = 4.1 (p = 0.000), el tabaquismo = RM = 4.6 (p = 0.002), la infección del tracto urinario: RM = 1.5 (p = 0.010) y la cervicovaginitis: RM = 3 (p = 0.000).
Rengifo S; en el 2019 en Perú (15)	determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital II – 2 Tarapoto, octubre 2017 – octubre 2018.	El estudio fue retrospectivo, analítico y observacional.	200 controles y casos.	RPM con OR=3,389, IC (1,612 a 7,125), p-valor de 0.003; la infección del tracto urinario con OR 3,738, IC (2,620 a 5,332), p valor de 0.010; vaginosis bacteriana con OR= 2,467, IC (1,426 a 4,269), p-valor de 0.005 y el control prenatal inadecuado OR (3,198), IC (1,294 a 7,900), p-valor 0.010.
Guadalupe S, y Oshiro S, en el 2017 en Perú (16)	determinar los Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015.	observacional, analítico y retrospectivo.	400 gestantes.	Existe una relación significativa (OR: 2.579, p< 0.5) entre el estado civil, la edad y el inadecuado control prenatal, el número de paridad, la infección del tracto urinario, la preeclampsia y la rotura prematura de membrana; factores de riesgo asociados al parto pretérmino.
Baptistella I, et al. en el 2017 en Brasil (64)	Analizar la atención prenatal y resultado perinatal en Brasil.	observacional, de corte transversal.	4.260 historias clínicas.	Las embarazadas ≤ 20 años de edad evidenciaron discrepancias al relacionarse con el más alto número de consultas prenatales (p <0.05), con una relación relevante del número más bajo en consultas de embarazadas en este grupo de edad, evidenciando que tenían menor grado de educación, con 1er o 2do grado completo.
Sungkar A, et al. en el 2017 en Indonesia (65)	Analizar el nivel alto parto prematuro en el hospital Cipto Mangunkusumo, como hospital de referencia nacional en Indonesia.	Descriptivo, transversal.	2.612 mujeres.	Los pacientes con condición no reservado se elevaron cerca de dos veces el riesgo de parto prematuro (OR 1,89; IC del 95%: 1,37-2,61). Mientras que las mujeres con un embarazo único (OR 0,17, IC del 95%: 0,12 a 0,25), exposición de la cabeza (OR 0,75, IC del 95%: 0,63 a 0,89) y ANC regular (OR 0,67, IC del 95%: 0,54 a 0,84) presentaban menor riesgo de nacimiento prematuro.

En atención al segundo objetivo de la investigación dirigido a describir los factores de riesgos maternos que están relacionados con el parto prematuro, los resultados hallados por cada uno de los autores evidencian que en las embarazadas el parto prematuro se presenta por

diversos factores de riesgo. En tal sentido, Espinosa I, et al. en el año 2019 (20) investigaron sobre la epidemiología del parto pretérmino espontáneo en Cuba. El estudio fue descriptivo transversal, la muestra fue conformada por 423 pacientes con embarazo único y parto pretérmino espontáneo. Los resultados arrojaron en el periodo de estudio que aproximadamente un 50 % del total de embarazadas tienen parto pretérmino, además el 40 % de estos fueron de causa espontánea, presentando etiología desconocida entre un 30 y 50 %. En conclusión, el parto prematuro espontáneo evidencia un problema latente, este requiere minimizarse al identificar y prevenir las variables epidemiológicas, actuar para su detención durante la hospitalización en aras de disminuir la prematuridad extrema y sus consecuencias.

Por otra parte, Amabebe E, et al. en el año 2019 (54) elaboraron un artículo titulado “parto prematuro asociado a la infección e inflamación dentro de los 14 días de presentación con síntomas de parto prematuro”. Un modelo predictivo multivariante. La metodología fue cuantitativa, observacional y analítica, retrospectivo de corte transversal de un estudio de casos y controles. La muestra la conformaron 94 mujeres que presentaban síntomas de trabajo de parto prematuro (PTL), es decir de 19+0-36+6 semanas de gestación y por lo menos una contracción uterina regulares cada 10 minutos, dilatación cervical <3 cm, membranas fetales intactas y ausencia clínica de infección del tracto genitourinario. Los resultados de dos revisiones sistemáticas amplias en mujeres sintomáticas sobre la predicción del parto prematuro inminente (DPT) dentro de los 7 a 10 días, arrojaron de un 75 % a 77 % de sensibilidad, asimismo de un 79 % al 83 %. Sumado a esto existe una relación directa entre el cuello uterino corto, la disbiosis vaginal y la alteración de las membranas fetales con la consiguiente fuga de fasciitis necrosante cervicofacial (FNC) en el espacio cervicovaginal. Conclusión: los mediadores proinflamatorios significativamente mayores a mediados y finales de la gestación son una evidencia de que las embarazadas sintomáticas tendrán riesgo inminente de prematuridad en un plazo no mayor de 2 semanas, también la relación acetato/glutamato se asociaron más con el parto prematuro inminente en comparación con otros biomarcadores.

Bajo esta vertiente, Shen M. et al. en el año 2017 (55) elaboraron un estudio titulado “Comparación de los factores de riesgo y resultados de la hipertensión gestacional y la preeclampsia en Ottawa y Kingston”. La investigación fue observacional, retrospectivo, analítico, de corte transversal. Estudio de casos y controles. Para ello escogieron a 7.633 embarazadas, reclutadas entre las 12 y 20 semanas de gestación. Los resultados determinaron entre los factores de riesgo la nuliparidad, la obesidad y el sobrepeso; nacimiento de gemelos

(OR = 4,8 para la hipertensión gestacional (GH) frente a OR = 10,3 para la preeclampsia (PE), antecedente de parto prematuro (OR = 14,1) y la diabetes tipo 1 y 2. Conclusión: la preeclampsia (PE) de inicio tanto temprano como tardío es un factor de riesgo asociado con los efectos adversos tales como: el desprendimiento de la placenta, cesárea, bajo peso según la edad gestacional y parto pretérmino. En cuanto a la hipertensión gestacional (GH) solo está asociado a este parto en un mayor riesgo, pueden tener una fisiopatología y un mecanismo diferente.

Desde esta perspectiva, Tshotetsi L, et al. en el año 2019 (56) realizaron un estudio titulado “Factores maternos que contribuyen a los partos prematuros en el distrito de Tshwane, Sudáfrica”. La metodología fue descriptivo correlacional, observacional, retrospectivo, analítico. Estudio de casos y controles. La muestra fue conformada por 1073 registros prenatales y de maternidad. Los resultados evidenciaron que el 77 % de 824 gestantes eran adultas, entre los 20 y los 35 años, de ellas el 38,54 dieron a luz a niños con bajo peso al nacer (BPN). La media de la edad gestacional y el peso de los neonatos fueron de 37,16 semanas (SD 2,92) y 2675,48 gramos (SD 616,16) respectivamente. Están relacionados El BPN y la prematuridad, odds ratio (OR) 7,15, intervalo de confianza (IC) del 95%: 5,18 a 9,89; rotura prematura de membranas OR 7,33, IC del 95%: 2,43 a 22,12 y asistencia a menos de cinco visitas de atención prenatal (ANC) OR 1,30, IC del 95%: 1,06 a 1,61. Por lo que concluyen que las embarazadas predisuestas al parto pretérmino son las que acuden a menos de cinco consultas prenatales, por tal motivo y para detectar a tiempo eventos adversos, bebés de bajo peso al nacer y la ruptura de la membrana prematura se debe fomentar en las madres el chequeo prenatal preventivo y de tratamiento.

Desde este enfoque Dabi Y, et al en el año 2017 (57) realizaron un artículo titulado “Validación clínica de un modelo de predicción del riesgo de parto prematuro”. La metodología fue un estudio de casos y controles, observacional, retrospectivo y analítico, de corte transversal. La muestra la conformaron dos cohortes: a) cohorte 1, los embarazos gemelares sin cerclaje cervical y rotura prematura de membranas (RPM); b) cohorte 2, los embarazos únicos sin cerclaje cervical y RPM. En los resultados se encontró que para predecir los riesgos obstétricos el nomograma lo realiza con precisión, con una calibración y discriminación excelente con un área bajo la curva (AUC) de 0,88 (IC del 95%: 0,86-0,90), obteniendo para la cohorte 1 y de 0,73 (IC del 95%: 0,66-0,80), para la cohorte 2. El umbral óptimo sería del 15% para la cohorte 1 y del 10% para la cohorte 2. Así mismo, el uso del nomograma evitaría 253 traslados innecesarios en la cohorte 1. Conclusión: Los autores explicaron que el nomograma

fue eficiente y clínicamente relevante en nuestra población de alto riesgo. Un umbral fijado en el 15% ayudaría a minimizar el riesgo de partos prematuros en embarazos únicos y debería reducir los traslados in útero.

En relación a lo descrito, Encalada D, et al en el año 2020 (58) investigaron “Los principales factores de riesgos de morbilidad y mortalidad en neonatos pre términos extremos en el Hospital IESS Babahoyo durante el periodo 2019 en Ecuador”. El estudio fue descriptivo, observacional de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 415 neonatos pre término, las historias clínicas tanto de las madres como de los recién nacidos que acudieron a consulta. Los resultados arrojaron que 80,3 % de las gestantes acudieron a la consulta por infecciones, sumado a esto en un 38 % fueron diagnosticados de sepsis de comienzo tardío, así mismo la enfermedad de membrana hialina o síndrome de dificultad al respirar repercutió en un 31,7 % en el neonato. Conclusión: se recomienda la prolongación de la gestación hasta la semana 34 para minimizar el riesgo morbilidad y mortalidad por prematuridad.

En concordancia con ellos, Krusser L, et al. en el año 2019 (59) efectuaron un estudio sobre “Los Factores de riesgo materno y fetal asociados a los recién nacidos prematuros tardíos en Brasil”. La investigación fue correlacional, mediante el estudio de caso-control en un centro terciario para embarazos de alto riesgo, escogiendo una muestra de 423 madres posopósales con sus neonatos en edades gestacionales de 37 semanas o más. Los resultados arrojaron una asociación directa del parto pretérmino con el control prenatal inadecuado [OR 1,23; intervalo de confianza del 95% 1,12-1,34;  $p \leq 0.001$ ], la estancia hospitalaria  $\geq 24$  horas hasta el nacimiento [OR 0,18; 95% CI 0,06-0,52;  $p \leq 0.001$ ], la ruptura prematura de membranas [OR 4,98; 95%CI 2,66-9,31;  $p \leq 0,001$ ] y corta edad gestacional [OR 3,02; 95% CI 1,80-5,05;  $p \leq 0,001$ ]. Conclusión: El inadecuado chequeo y cuidado prenatal, además de la ruptura prematura de las membranas están directamente relacionados con el parto pretérmino, por tal motivo se requiere identificar los riesgos oportunamente para minimizar los resultados negativos.

Así mismo, Mullins E, et al. en el año 2020 (60) elaboraron una revisión sistemática titulada “Coronavirus en el embarazo y el parto: revisión rápida en el Reino Unido”. Mediante la búsqueda de artículos relevantes indexados en PubMed y MedRxiv se identificaron una diversidad de casos primarios, estudios observacionales y ensayos controlados aleatorios que detallen a gestantes afectadas por coronavirus. Se escogieron 21 estudios destacados de 30

embarazos, 22 % fueron asintomáticos, solo 6 % ingreso a cuidados intensivos, mientras que 47 % tuvieron parto prematuro, además se presentó un mortinato y un neonato muerto. En ese sentido, las tasas de letalidad por SARS y MERS fueron del 15 % y 27 %, respectivamente. Asociando al SARS con un aborto espontáneo o muerte intrauterina en cinco casos. Conclusión: el 47 % de las embarazadas hospitalizadas por COVID-19 presentaron parto pretérmino, situación que representa un riesgo tanto para la madre como para el feto.

Ramírez K, en el año 2018 (61) realizó una investigación titulada “Prevención de parto pretérmino en Costa Rica”. La metodología fue observacional, retrospectivo, transversal y analítico, Estudio de casos y controles. En los resultados se encontró que con solo una dosis de esteroides se disminuye en un 66 % el síndrome de dificultad respiratoria neonatal (SDRN), en un 46 % enterocolitis necrotizante, en un 69 % muerte perinatal, en un 54 % hemorragia ventricular y en un 69 % la muerte perinatal, de allí que se requiere determinar el momento indicado para aplicar la dosis y la cantidad óptima. Conclusión: como medida preventiva se deben realizar mayor cantidad de controles prenatales, tratar las infecciones genitales y del tracto urinario, además de la ruptura prematura de la membrana con antibióticos. Así mismo, suministrar progesterona a las gestantes con antecedente de parto pretérmino o con una corta longitud cervical menor a 25 mm, el cerclaje en mujeres con antecedente de parto pretérmino previo menor a 34 semanas y el cerclaje en mujeres con antecedente de parto pretérmino y el aumento de intervalo intergenésico a más de 12 meses.

Por consiguiente, Huertas E, en el año 2018 (24) efectuó un estudio titulado “Parto pretérmino, causas y medidas de prevención”. La investigación fue descriptiva, documental. Obteniendo como resultado que el parto pretérmino es la patología obstétrica en el Perú con una tasa entre el 8 y 10% desde el año 2010 según el centro de referencia INMP. Conclusión: se cataloga como síndrome al parto prematuro, en ese ámbito, el pretérmino espontaneo ocupa las dos terceras partes. Como medida de prevención la progesterona vaginal disminuye la tasa de parto pretérmino espontaneo de un 35 % a 40 % al ser administrado entre las semanas 16 a la 34. Conclusión: el parto pretérmino tiene prevención primaria o secundaria, centrada básicamente en la predicción, actualmente se realiza mediante calculadoras de riesgo que combinan factores de historia clínica, longitud cervical y fibronectina fetal.

Al respecto, Ahumada M, et al. en el año 2020 (9) dirigieron su investigación titulado “Factores de riesgo de parto pretérmino (PP) en un hospital para identificar los factores de

riesgo para PP en un grupo de gestantes de Bogotá D.C., Colombia”. La metodología, fue un estudio retrospectivo, descriptivo, metacéntrico. Seleccionando una muestra de 452 pacientes. Los resultados determinaron que la edad gestacional de los participantes estuvo comprendida entre 28.2 en un 89.60 % y una máxima de 43.1 semanas, solo el 10,40 % fue parto pretérmino. De allí que los factores estadísticamente significativos causante de los partos prematuros entre 28 y 36.6 semanas fueron: el diagnóstico de preeclampsia (severa y no severa), mientras que para las semanas 28 y 31.6 los antecedentes de prematurez y la anemia. Por otra parte, entre las características de la población estudiada se encontraron que el 96.68 % pertenece a la raza mestiza, el 48.89 % corresponde al nivel socioeconómico medio, además la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). Finalmente, los autores concluyeron que los principales factores de riesgo para parto prematuro diagnosticados fueron preeclampsia (severa y no severa) y presentar RCIU. Respecto a lo mencionado, García M, et al. (2018) manifiesta la inevitable relación e incidencia de la prematurez con la multiparidad, el envejecimiento materno y las todavía numerosas inducciones al parto.

En este contexto, Ferrer R, en el año 2019 (41) ejecuto una revisión bibliográfica titulada “Repercusión de la corioamnionitis como factor de riesgo en la sepsis materna y neonatal temprana en Cuba”, para profundizar el conocimiento de este factor de riesgo, su etiopatogenia, factores predisponentes, diagnóstico clínico y de laboratorio, riesgos para la madre y repercusión en el recién nacido, su prevención y tratamiento. Indagó y recopiló artículos científicos en buscadores como Elsevier, Lilacs, Secretaría de Ciencia y Técnica de la Nación, Medline, Pubmed, Imbiomed, La Biblioteca Cochrane, Scielo. Obtuvo como resultado una correlación directa entre corioamnionitis, leucomalacia periventricular, parálisis cerebral y enterocolitis necrosante, demostrándose el 30% de incidencia de partos pretérminos en pacientes con corioamnionitis. Aunado a ello la prematuridad es un factor de riesgo que incide en la mortalidad en menores de 37 semanas de gestación en un 73%. El autor concluyó que la corioamnionitis es un factor de riesgo determinante en la prematuridad y que tiene una marcada asociación a la ruptura prematura de la membrana que independientemente de la edad gestacional ocasiona finalizar con el embarazo.

En ese ámbito, Marlita S, et al. en el año 2020 (18) quien realizó un estudio titulado “Efecto de la rotura prematura de membranas en el parto prematuro, un estudio de casos y controles en Cilegon, Indonesia”, para determinar la magnitud del riesgo de parto prematuro asociado a la RPM en el Hospital de Cilegon desde julio de 2014 hasta diciembre de 2015 en

Indonesia. Los datos se recogieron mediante la encuesta a 193 gestantes alineadas con las historias clínicas. Los resultados arrojaron mediante la regresión múltiple un factor importante asociado al parto prematuro la rotura prematura de membranas (RPM) en un 56,2 %. Aproximadamente el 25-40% de los casos de parto prematuro se producen debido a la RPM, el 54.5 % eran madres trabajadoras con un nivel de estudio secundario. Las madres con parto prematuro padecían de anemia en un 52.3 %. Conclusión: Las madres que experimentan RPM durante el embarazo tienen un riesgo 2,58 veces mayor de tener un parto prematuro, además de incidencia de un bajo nivel de educación, los antecedentes de parto prematuro y la anemia.

Del mismo modo, Montero A, et al. en el año 2019 (62) elaboraron un estudio sobre “Riesgos maternos asociados a la prematuridad”. La metodología fue observacional, analítica y retrospectiva. Los resultados demostraron la relación del parto pretérmino con factores materno tales como el nivel educativo, edad materna, cantidad de hijos, bajo nivel socioeconómico, hábitos tóxicos, mala alimentación, enfermedades maternas, abortos previos, múltiples embarazos, ruptura prematura de membranas, infecciones genitourinarias y placenta previa. Conclusión: el embarazo en edad avanzada o en la adolescencia, las enfermedades maternas asociadas al embarazo (Hipertensión arterial, anemia, infección cervicovaginal), los embarazos múltiples y los hábitos tóxicos son factores de riesgos maternos que ocasionan partos pretérminos.

En concordancia con ello, Retureta S, et al. en el año 2015 (75) realizaron una investigación sobre “Los factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila en Cuba”. Estudiaron los casos y controles con metodología observacional y analítica. Se encontraron en los resultados que el parto pretérmino se relaciona con el aborto anterior, desnutrición, obesidad, antecedente de parto pretérmino, hábitos de tabaquismo y alcohol, sumado a las infecciones urinarias y múltiples embarazos. Conclusión: Los embarazos múltiples, la práctica de abortos anteriores son los factores más destacados de parto prematuro, así mismo la interrelación de múltiples factores entre sí.

De este modo, Milian M, et al. en el año 2019 (63) elaboraron un estudio titulado “Epidemiología del parto pretérmino espontáneo para caracterizar las variables epidemiológicas relacionadas con el parto pretérmino espontáneo en el Hospital Mariana Grajales en el período de 2015 a 2017”. Mediante la metodología descriptivo transversal. La muestra seleccionada fue de 423 pacientes con embarazo único y parto pretérmino espontáneo.

Resultados el parto pretérmino en la Provincia de Villa Clara tiene incidencia superior a las estadísticas nacionales, predominando en las pacientes nulíparas, los antecedentes de abortos provocados, edad reproductiva adecuada e infecciones vaginales en el periodo de gestación. Conclusión: En Villa Clara el parto pretérmino espontáneo representa un problema que requiere la pronta actuación sobre las variables epidemiológicas modificables en pro de la prevención y detección de la prematuridad y sus consecuencias.

Vanin L, et al. en el año 2019 (21) desarrollaron una investigación titulada “Factores de riesgo materno y fetal asociados con lactantes prematuros tardíos”, para determinar los factores de riesgo maternos y fetales asociados con el nacimiento de prematuros tardíos en comparación con los nacidos a término. El estudio fue cuantitativo, preexperimental. Con una muestra de 423 pacientes (madres con sus recién nacidos en edades gestacionales inferiores a 37 semanas). Los resultados de la prueba de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher y análisis de regresión logística determinaron las variables asociadas con la prematuridad tardía el inadecuado control prenatal (Odds Ratio [OR] 1,23; intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 1,12-1,34;  $p \leq 0,001$ ), rotura prematura de membranas (OR 4,98; IC 95% 2,66-9,31;  $p \leq 0,001$ ). Conclusión: La atención prenatal oportuna permite prevenir los partos prematuros tardíos, entre los factores de riesgos más destacados se encuentra la rotura prematura de membranas. Así mismo, se destaca la necesidad de mejorar la calidad de la atención prenatal y el acceso a ella.

En esa misma vertiente, Escobar B, et al. en el 2017 (22) desarrollaron una investigación titulada “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención en México”, para identificar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino. El estudio fue observacional, retrospectivo, transversal y analítico. La muestra la conformaron 344 pacientes, mediante el análisis estadístico, descriptivo, univariante, bivariante y la prueba chi cuadrada de Pearson se obtuvo como resultado que los factores de riesgo asociados a parto pretérmino son: el antecedente de parto pretérmino: RM = 10.2 ( $p = 0.005$ ), la placenta previa: RM = 10.2 ( $p = 0.005$ ), la preclamsia: RM = 6.38 ( $p = 0.00$ ); oligohidramnios: RM = 5.8 ( $p = 0.000$ ), el embarazo gemelar: RM = 5.8 ( $p = 0.000$ ), la ruptura prematura de membranas: RM = 4.1 ( $p = 0.000$ ), el tabaquismo = RM = 4.6 ( $p = 0.002$ ), la infección del tracto urinario: RM = 1.5 ( $p = 0.010$ ) y la cervicovaginitis: RM = 3 ( $p = 0.000$ ). Conclusión: Los factores de riesgos con mayor significancia en la estadística lo conforman: la ruptura prematura de membranas, el inadecuado control prenatal, los antecedentes maternos, la pre eclampsia, la placenta previa, el embarazo gemelar, el parto pretérmino previo, la cérvico-vaginitis, la escolaridad y la infección

del tracto urinario. Es así que al considerar medidas preventivas durante el periodo de gestación estos factores disminuyen, motivo por el cual se deben implementar acciones orientadas al diagnóstico y detección de estos factores oportunamente con la finalidad de evitar complicaciones.

Rengifo S; en el 2019 (15) realizó un estudio titulado “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Tarapoto, 2017”. El objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital II – 2 Tarapoto, octubre 2017 – octubre 2018. El estudio fue retrospectivo, analítico y observacional, seleccionando una muestra de 200 controles y casos. Los resultados arrojaron que los factores asociados al parto pretérmino son: RPM con OR=3,389, IC (1,612 a 7,125), p-valor de 0.003; la infección del tracto urinario con OR 3,738, IC (2,620 a 5,332), p valor de 0.010; vaginosis bacteriana con OR= 2,467, IC (1,426 a 4,269), p-valor de 0.005 y el control prenatal inadecuado OR (3,198), IC (1,294 a 7,900), p-valor 0.010. Conclusión: los factores de riesgos más frecuentes asociados al parto pretérmino son: la ruptura prematura de la membrana, inadecuado control prenatal, infecciones de tracto urinario y la vaginosis bacteriana.

Guadalupe S, y Oshiro S, en el 2017 (16) en su estudio titulado “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015”. Tuvo como objetivo determinar los Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. La metodología fue observacional, analítico y retrospectivo. La muestra la conformaron 400 gestantes atendidas en ese centro de salud. Los resultados demostraron que existe una relación significativa (OR: 2.579,  $p < 0.5$ ) entre el estado civil, la edad y el inadecuado control prenatal, el número de paridad, la infección del tracto urinario, la preeclampsia y la rotura prematura de membrana; factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Conclusión: los factores de riesgo para presentar parto pretérmino son el número de hijos, la edad, la rotura prematura de membrana, el inadecuado control prenatal, la preeclampsia, el estado civil y la infección del tracto urinario.

En ese contexto, Baptistella I, et al. en el 2017 (64) desarrollo un artículo titulado “Atención prenatal y resultado perinatal en Brasil”, el cual es una investigación, observacional, de corte transversal del año 2014-2015 con una muestra de 4.260 historias clínicas. Los resultados arrojaron que las embarazadas  $\leq 20$  años de edad evidenciaron discrepancias al

relacionarse con el más alto número de consultas prenatales ( $p < 0.05$ ), con una relación relevante del número más bajo en consultas de embarazadas en este grupo de edad, evidenciando que tenían menor grado de educación, con 1er o 2do grado completo. Conclusión: se pudieron observar determinadas patologías, como la hipertensión y la diabetes mellitus gestacional (DMG) los cuales muestran efectos adversos tanto para la madre como para el neonato, solicitando que las embarazadas asuman con mayor frecuencia asistir a sus consultas prenatales ya que las gestantes que tuvieron asistencia a consulta menor a siete visitas durante la atención prenatal estuvieron más expuestas a tener bebés prematuros, bajo peso al nacer y / o muerte perinatal.

En discrepancia con ello, Sungkar A, et al. en el 2017 (65) realizaron un artículo titulado “Alto parto prematuro en el hospital Cipto Mangunkusumo”, como hospital de referencia nacional en Indonesia, la muestra comprendió a 2.612 mujeres que dieron a luz pretérmino. Conclusión: el parto prematuro afectó a 1.020 de 2.616 gestaciones (38,5%). Las pacientes con condición no reservados se elevaron cerca de dos veces en el riesgo de parto prematuro (OR 1,89; IC del 95%: 1,37-2,61). Mientras que las mujeres con un embarazo único (OR 0,17, IC del 95%: 0,12 a 0,25), exposición de la cabeza (OR 0,75, IC del 95%: 0,63 a 0,89) y ANC regular (OR 0,67, IC del 95%: 0,54 a 0,84) presentaban menor riesgo de nacimiento prematuro. Conclusión: Los partos pretérminos prevalecieron aproximadamente en un 2,5 veces mayor en relación con la cifra nacional. Existen Diferentes componentes los cuales reducen la tasa de partos pretérminos incluyendo el embarazo único y exposición de la cabeza.

Finalmente se concluye que el parto pretérmino espontáneo es el responsable de las 2/3 partes de los partos prematuros. Del mismo modo, usualmente, solo un 15 % de las pacientes tienen antecedente de PPT y 85 % son primigestas o han tenido embarazos a término. Así también, la ruptura prematura de las membranas en muchos de los casos no tiene causa demostrable. Por otra parte, el parto pretérmino iatrogénico es el producido por indicación médica debido a una complicación del embarazo que imposibilita continuar con la gestación al colocar en grave riesgo la vida de la gestante, el feto o ambos. Como mecanismo de prevención para el parto pretérmino es necesario que las embarazadas acudan con mayor frecuencia a las consultas pre natales.

**Tabla 4. Factores de riesgo fetales asociados al parto pretérmino**

Autor/Año/País	Objetivo de estudio	Diseño de investigación	Tamaño de muestra	Resultados
Blasco M, et al. en el 2018 en Cuba (11)	Analizar los factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales en Cuba.	Revisión sistemática.	Documentos.	Es necesario prevenir el nacimiento prematuro y niños de bajo peso para disminuir la morbilidad y mortalidad, esto mediante el tratamiento adecuado del control de las complicaciones del parto y de las embarazadas con antecedentes patológicos, todo ello sumado a los factores del medio ambiente, trastornos nutricionales y las infecciones genitourinarias.
Grant L, en el año 2016 (23)	Analizar los múltiples factores asociados a lo anterior expuesto y al crecimiento intrauterino retardado, adicional a las brechas en la atención preventiva tanto prenatal como preconcepcional inciden en el bajo peso al nacer de los neonatos.	descriptivo, retrospectivo,	330 neonatos de bajo peso.	La edad gestacional incide en el bajo peso prematuro, al realizar la valoración nutricional en el retardo del crecimiento intrauterino ocasiona pesos inferiores a 2000 gramos y enfermedades graves.
Sernaque K, en el año 2020 en Perú (13)	determinar los factores maternos y fetales asociados a la prematuridad en recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Santa Rosa Piura, Piura 2019.	observacional, no experimental.	70 historias clínicas.	La asociación significativa de los factores maternos con el parto pretérmino, la paridad múltiple ( $p < 7$ ( $p=0,002$ ), el parto distócico ( $p=0,001$ ), restringido crecimiento intrauterino RCIU ( $p=0,003$ ) y oligohidramnios ( $p=0,001$ ).
Raju T, en el año 2017 en Estados Unidos (66)	Analizar el nacimiento "prematuro tardío": diez años después. Pediatría en E.E.U.U.	cuantitativa, descriptiva.	1427 neonatos prematuros tardíos.	En el grupo de intervención un 11,6 % de los lactantes sufrió de morbilidad respiratoria, mortinato o mortalidad posnatal ocurridas en un lapso de 72 horas, también en el grupo de placebo 14,4 % se aplicó betametasona grupo, 0,80, intervalo de confianza del 95%, 0,66-0,97.

En torno a ello, se encontraron los siguientes hallazgos:

En atención a la prematuridad, Blasco M, et al. en el 2018 (11) investigaron los principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales en Cuba, mediante una revisión documental. Los resultados reflejaron que es necesario prevenir el nacimiento prematuro y niños de bajo peso para disminuir la morbilidad y mortalidad, esto mediante el tratamiento

adecuado del control de las complicaciones del parto y de las embarazadas con antecedentes patológicos, todo ello sumado a los factores del medio ambiente, trastornos nutricionales y las infecciones genitourinarias. Conclusión: los desafíos más relevantes de los últimos años en relación a la neonatología es diagnosticar la causa y el control del parto prematuro, disminuir las altas tasas de morbilidad y mortalidad en los neonatos con bajas edades gestacionales. Así también un porcentaje importante de nacimientos entre las semanas 22 y 31 + 6 días de gestación sumado a la desnutrición y anemia de la madre afectan al feto ocasionándole bajo peso y complicaciones desencadenando en la mortalidad fetal intraparto.

De acuerdo con ello, Grant L, en el año 2016 (23) expresa que los múltiples factores asociados al parto pretérmino y al crecimiento intrauterino retardado, adicional a las brechas en la atención preventiva tanto prenatal como preconcepcional inciden en el bajo peso al nacer de los neonatos. La investigación fue descriptivo, retrospectivo, la muestra fueron 330 neonatos de bajo peso. Los resultados demostraron que la edad gestacional incide en el bajo peso prematuro, al realizar la valoración nutricional en el retardo del crecimiento intrauterino ocasiona pesos inferiores a 2000 gramos y enfermedades graves. Conclusión: son directamente proporcional el peso con la supervivencia, adicional a ello la anemia, malnutrición al inicio de la gestación, el parto gemelar, edad de la adolescencia y la enfermedad hipertensiva gravídica conforman los factores relacionados a la incidencia del bajo peso al nacer. Es así que, la incidencia de bajo peso al nacer obedeció a múltiples factores asociados a la prematuridad y al crecimiento intrauterino retardado; así como a brechas reducibles en la conducta y/o atención preventiva preconcepcional y prenatal.

Sernaque K, en el año 2020 (13) desarrolló una investigación titulada “Factores Maternos y Fetales Asociados a Prematuridad en Recién Nacidos Atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Santa Rosa, Piura 2019”. Tuvo como objetivo determinar los factores maternos y fetales asociados a la prematuridad en recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Santa Rosa Piura, Piura, 2019. La metodología fue analítica, descriptiva, de corte transversal. Diseño observacional, no experimental. Los resultados obtenidos del análisis bivariado y multivariado determinaron la asociación significativa de los factores maternos con el parto pretérmino, la paridad múltiple ( $p < 7$  ( $p=0,002$ ), el parto distócico ( $p=0,001$ ), restringido crecimiento intrauterino RCIU ( $p=0,003$ ) y oligohidramnios ( $p=0,001$ ). Finalmente concluye que los factores fetales asociados a parto prematuro fueron oligohidramnios, RCIU, el sexo masculino y la enfermedad actual asociada

a la gestación demostrando la asociación entre los factores de riesgos maternos y fetales con la prematuridad.

Así mismo, Raju T, en el año 2017 (66) investigo sobre “El nacimiento prematuro tardío: Diez años después. Pediatría en E.E.U.U”. La metodología fue cuantitativa, descriptiva mediante un gran ensayo controlado aleatorio multicéntrico, escogiendo una muestra de 1427 neonatos prematuros tardíos. Los resultados arrojaron que en el grupo de intervención un 11,6 % de los lactantes sufrió de morbilidad respiratoria, mortinato o mortalidad posnatal ocurridas en un lapso de 72 horas, también en el grupo de placebo 14,4 % se aplicó betametasona grupo, 0,80, intervalo de confianza del 95%, 0,66-0,97. Conclusión: los diversos factores de riesgos no identificados oportunamente que afectan a la madre representan resultados adversos a los fetos pretérmino tardío, generándoles vulnerabilidad a mayor morbilidad, dificultad para controlar la temperatura, apnea, dificultad respiratoria, hipoglucemia, convulsiones durante el período neonatal y a corto plazo mortalidad.

Finalmente, en conclusión, entre las consecuencias del parto pretérmino las gestantes dan a luz a niños con bajo peso al nacer en concordancia con Tshotetsi L. et al. (2019). En el mismo orden de ideas, Zerna C, et al. en el año 2018 (67) encontraron que las infecciones de vías urinarias, vaginosis y varias patologías representan un riesgo fetal respecto a las malformaciones congénitas. Para Encalada D, et al. en el año 2020 (66) quienes manifestaron que las infecciones en las gestantes y sepsis tardías representan un riesgo para el feto, por lo tanto, para evitar el riesgo de mortinato se debe prolongar la gestación hasta la semana 34. En ese contexto, Mullins E. et al. (2020) destacan que el COVID-19 representa un riesgo fetal provocando partos pretérminos y en cinco casos se asoció con un aborto espontáneo o muerte intrauterina.

## 4.2. Discusión de resultados

En el ámbito de los factores socio económicos Yamashita M, et al. (67) expreso que las gestantes que solo tienen el nivel de instrucción primaria presentan riesgo de parto pretérmino por desconocimiento de la importancia de un control prenatal precoz y adecuado, en concordancia con ello Lema G, et al. (51) destacó que el riesgo de mortinato se asoció significativamente a una menor educación materna. Para Zerna C, et al. (2018) (52) la falta de educación en las mujeres las lleva a ignorar la importancia de los chequeos por lo que es importante que el control prenatal sea diseñado adecuadamente para que se aplique en los establecimientos de salud, mejorando el acceso y la calidad en la atención gestacional Mendoza L, et al. (53). En concordancia con Vanin L, et al. (21) y Guadalupe, S. y Oshiro S, (16) quienes agregan el número de hijos y el estado civil como riesgo. Por su parte, Zerna C, et al. (52) manifestó que en cuanto a la edad materna en diferentes estudios se encontró como factor de riesgo a la edad de la embarazada siendo una variable relevante en los resultados negativos del parto pretérmino, esta afecta con mayor frecuencia a las madres menores de 15 y mayores de 35 años, por lo tanto, requiere un mayor control prenatal. En concordancia con Rodríguez S, et al (19) Efectuaron un estudio titulado: Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles, dirigido a identificar factores de riesgo asociados al parto pretérmino. El estudio fue descriptivo, correlacional, de corte transversal. La muestra la conformaron 678 gestantes. Los resultados demostraron en las gestantes que el parto pretérmino se debió a factores tales como: embarazo pretérmino anterior (OR=2,32), crecimiento intrauterino retardado (OR=3,77), preeclampsia (OR=6,31), infecciones urinarias y vaginales (OR=3, 41), la rotura prematura de membranas y las modificaciones cervicales (OR>2), además las edades maternas extremas bien sean menores de edad o de mayor edad, también los niveles escolares desde séptimo y noveno grado. En conclusión, los autores manifestaron que los factores de riesgo con mayor cociente de posibilidad para parto pretérmino son el crecimiento intrauterino retardado, la preeclampsia y las infecciones urinarias. En el mismo orden de ideas, Moyano E, y Ortiz N, (68) opinaron que para las gestantes el bajo nivel socioeconómico, Martínez G, (50) la desigualdad social, lugar de residencia, Olaya L, y Pardo D, (17), estrés psicológico y/o social, las condiciones adversas vividas en el área de residencia de la madre (33), situación que se complica según Rodríguez A, et al. (49) con el hábito de fumar, la ingestión de bebidas alcohólicas y drogas, implica riesgos de parto pretérmino.

Cabe precisar que los factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino en su mayoría esta resaltado por embarazo pretérmino anterior (49), este representa un nuevo riesgo de parto pretérmino en un 15 %, además, el antecedente de dos o más pretérminos previos incide en un 30 % de recurrencia en sucesivas gestaciones (29). La rotura prematura de membranas, cuando esto sucede antes de que comience el trabajo de parto, independiente de la edad gestacional, esta ocurre en el 3% de todos los embarazos, presenta mayor incidencia en los embarazos de término  $\geq 37$  semanas (36), en la mayoría de los casos, la causa de la RPO es desconocida, siendo la infección intraamniótica la única causa demostrable en un elevado porcentaje de los casos, especialmente en RPPM (36). El sangrado vaginal o metrorragia durante el primer trimestre conlleva a mayor riesgo del pretérmino temprano (28- 31 semanas) (3). En cuanto a los factores de riesgos patológicos Vanin L, et al. (21) destaca la preeclampsia como una patología que conforma un factor de riesgo grave, (Ahumada et al. (9), presentándose de manera leve o severa, la vaginosis bacteriana, infección del tracto urinario (53), aborto en gestaciones anteriores, sobrepeso, la obesidad y desnutrición de la gestante (69), en concordancia con lo expuesto por Ahumada et al. (14). Las afecciones del útero e hipertensión implicando resultados adversos tanto para la madre como para el recién nacido (64), la nuliparidad, el nacimiento de gemelos y la diabetes tipo 1 y 2 (Shen M, et al., 2017) (61). Bajo esa vertiente, Montero A. (2019) encontró la hipertensión arterial, anemia. Adicional a ello, se incrementan las complicaciones obstétricas relacionadas a placenta previa, desprendimiento de la placenta, restricción del crecimiento intrauterino. Como factor predictivo está la longitud cervical corta menor de a 25 mm antes de las 24-28 semanas de gestación siendo esta proporcional a la longitud cervical, de allí que mientras más corta sea esta medida existirá mayor riesgo de parto prematuro, dicha medida es realizada por ultrasonido transvaginal (31) (3). Existe una relación directa entre la disbiosis vaginal, el cuello uterino corto y la alteración de las membranas fetales. De allí que las mujeres sintomáticas están destinadas a dar a luz de forma prematura en un plazo de 2 semanas, ello expresa mediadores proinflamatorios significativamente mayores a mediados y finales de la gestación (54). En consecuencia, Dabi Y. (57) asevero que el nomograma fue eficiente y clínicamente relevante en una población de alto riesgo. Un umbral fijado en el 15% ayudaría a minimizar el riesgo de partos prematuros en embarazos únicos y debería reducir los traslados in útero. Para ello, la Organización Mundial de la Salud – OMS (1) emitió unas directrices relacionadas con la atención prenatal con la finalidad de prevenir el parto prematuro. En el mismo orden de ideas, Gajbhiye R, et al. (39) en sus investigaciones de más de 50 estudios de distintos países, encontraron que el parto prematuro se producía hasta en el 26 % de las pacientes por SARS-CoV2. En ese contexto,

Vielma et al. (70) observaron entre las gestantes positivas PCR SARS-CoV-2 que dicha enfermedad se presenta sintomáticamente y más aún cuando es severa una mayor tendencia a riesgo de parto prematuro, aunque no exista evidencia de una relación de causalidad. La corioamnionitis histológica es detectada en placentas de nacimientos prematuros, no siempre se asocia a un microorganismo infeccioso (71). En la madre la corioamnionitis contribuye tanto con la morbilidad como con la mortalidad materna y perinatal debido al riesgo de shock séptico, síndrome de distrés respiratorio del adulto o coagulopatía (10) (41). Estos hallazgos evidencian la necesidad de planear e implementar estrategias y políticas públicas en los centros de salud que promuevan mejores prácticas de atención prenatal con intención de reducir la incidencia de esta problemática detectando oportunamente los factores de riesgos encontrados que afecta tanto a las madres como a los fetos.

En atención a los factores de riesgo fetales asociados al parto pretérmino la prematuridad conforma los factores asociados a mortalidad fetal, por tal motivo requiere de un constante análisis en búsqueda de lograr la supervivencia del neonato (3). Tshotetsi L, et al. (56) aseguran que una de las consecuencias del parto pretérmino para los bebés es el bajo peso al nacer, se relaciona con una alta morbilidad en ausencia de factores de riesgo materno o fetal identificables (66). Asimismo, tanto sepsis tardías como las infecciones en las embarazadas son factores de riesgo de mortinato para el feto, para evitarlo se requiere prolongar la gestación hasta la semana 34 (58). Oligohidramnios, el embarazo gemelar (72), las malformaciones congénitas representan un riesgo fetal y son provocadas infecciones de vías urinarias, vaginosis y varias patologías de la madre (52). (23). Múltiples factores asociados con la prematuridad y al crecimiento intrauterino retardado, adicional a las brechas en la atención preventiva tanto prenatal como preconcepcional inciden en el bajo peso al nacer de los neonatos. Para Mullins, E. et al. (60) el COVID-19 como riesgo fetal influye en los partos antes de tiempo y en el peor de los casos estas relacionado con un aborto espontáneo o muerte intrauterina en cinco casos. En ese ámbito Blasco M, et al, (11) la desnutrición y anemia de la madre afectan al feto ocasionándole diversas complicaciones desencadenando en la mortalidad fetal intraparto. Finalmente, Sernaque K, (13) concuerda en que los factores fetales asociados a parto prematuro fueron oligohidramnios, RCIU, el sexo masculino y la enfermedad actual asociada a la gestación demostrando la asociación entre los factores de riesgos maternos y fetales con la prematuridad.

Es así que al considerar medidas preventivas durante el periodo de gestación estos factores disminuyen. Motivo por el cual se deben implementar acciones orientadas al diagnóstico y detección de estos factores oportunamente con la finalidad de evitar complicaciones.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### 5.1. Conclusiones

- a) Los factores sociodemográficos asociados al parto pre término fueron menor número de visitas prenatales [OR: 6,68], lugar de residencia urbano (OR= 6,23), una menor educación materna [OR: 5,22], tabaquismo [OR: 4.6], estado civil soltera [OR = 3.3] y la edad mayor a 35 años [OR = 2.23].
- b) Los Factores de riesgo materno asociados al parto pre término fueron antecedente de parto pre término [OR: 14.1], preclamsia [OR: 10.3], placenta previa [OR: 10.2], ruptura prematura de membranas [OR: 7.33], hipertensión gestacional [OR: 4.8], infección del tracto urinario [OR: 3.7] y cervicovaginitis [OR: 3].
- c) Los factores de riesgo fetales asociados al parto pre término fueron retardo del crecimiento intrauterino-RCIU, oligohidramnios, malformaciones congénitas, embarazos múltiples y bajo peso al nacer.

## 5.2. Recomendaciones

- El ministerio de salud debe implementar estrategias y políticas públicas en coordinación con las organizaciones sociales de base destinadas a la educación de las mujeres en edad fértil sobre el embarazo y la importancia de llevar a cabo visitas médicas regulares durante el estado de gestación con el fin de reducir las complicaciones.
- En los centros de salud tanto públicos como privados capacitar al personal de salud en el manejo de claves obstétricas y referencia oportuna por la vía más adecuada.
- Establecer protocolos de diagnóstico diferenciado en gestantes con factores de riesgo para una adecuada atención y referencia oportuna a los establecimientos de salud de mayor nivel, con capacidad resolutive para realizar seguimiento continuo y de esta manera disminuir las complicaciones.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Un nuevo estudio indica que los corticoesteroides aumentan la supervivencia de los bebés prematuros en los lugares de bajos recursos. [Online].; 2020 [Consultado 28 feb 2022]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/23-10-2020-steroids-boost-survival-of-preterm-babies-in-low-resource-settings-new-study-finds>.
2. Iragorri V, Rodríguez A, Perdomo D. Guía de manejo de trabajo de parto pretérmino. Bogotá; 2018.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 130: prediction and prevention of preterm birth. *Obstet Gynecol.* 2012 [Consultado 28 feb 2022]; 120(4) Disponible en: <http://doi.org/d6gg>).
4. McIntire D, Leveno K. Neonatal Mortality and Morbidity Rates in Late Preterm Births Compared With Births at Term. *Obstetrics & Gynecology.* 2008 [Consultado 28 feb 2022]; 111(1) Disponible en: [https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2008/01000/Neonatal\\_Mortality\\_and\\_Morbidity\\_Rates\\_in\\_Late.7.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2008/01000/Neonatal_Mortality_and_Morbidity_Rates_in_Late.7.aspx)).
5. Zeitlin J, Wildman, Bréart G, Alexander S, Barros H, Blondel B, et al. Selecting an indicator set for monitoring and evaluating perinatal health in Europe: criteria, methods and results from the PERISTAT project. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2003 [Consultado 28 feb 2022]; 111(1) Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2003.09.002>).
6. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas. [Online].; 2019 [Consultado 28 feb 2022]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51543>.
7. MINSA. Boletín Estadístico de nacimientos 2015. información OGdtdl, editor.; 2016.
8. Ministerio de Salud. INFORME TÉCNICO N° 002- 2017 DIGEMID-DFAU-UFURM/MINSA. Lima; 2022.

9. Ahumada M, Alvarado G. Risk Factors for premature birth in a hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2016 [Consultado 25 feb 2022]; 24(0) Disponible en: 10.1590/1518-8345.0775.2750).
10. García A, Sánchez C, Osorio M, Fabián N, Flores H. Expression of microRNAs associated with the development of chorioamnionitis in maternal serum. *Ginecología y obstetricia de México*. 2018 [Consultado 25 feb 2022]; 86(3) Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412018000300003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412018000300003)).
11. Blasco M, Cruz M, Cogle Y, Navarro M. Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales. *MEDISAN*. 2018 [Consultado 20 feb 2022]; 22(7) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192018000700578&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000700578&lng=es)).
12. MINSA. Boletín Estadístico de Nacimientos Perú: 2016 del Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea. [Online].; [Consultado 22 de febrero de 2022]. Available from: <https://www.minsa.gob.pe/cnv/?op=9>.
13. Sernaque K. Factores Maternos y Fetales Asociados a Prematuridad en Recién Nacidos Atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Santa Rosa, Piura 2019. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad César Vallejo; 2020.
14. Ramos P. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino, hospital nacional Hipólito UNANUE, Enero-julio 2019. [Tesis de pregrado]. Lima, Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019.
15. Reginfo S. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el hospital II-2 Tarapoto, octubre 2017-octubre 2018. [Tesis de pregrado]. Tarapoto, Perú: Universidad Nacional de San Martín-Tarapoto; 2019.
16. Guadalupe S, Oshiro S. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Maria Auxiliadora durante el año 2015. *Rev. Fac. Med. Hum*. 2017 [Consusltado 11 ene 2022]; 17(1) Disponible en: [http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1072/Shessira\\_Guadalupe.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1072/Shessira_Guadalupe.pdf?sequence=1&isAllowed=y)).

17. Olaya L, Pardo D. actores sociodemográficos y gestacionales asociados al parto pretermino en el Hospital II-1. [Tesis de pregrado]. Tumbes, Perú: Universidad Nacional de Tumbes; 2017.
18. Marlita S, Asri A, Sabarinah P, Dwirani A, Ratih P. Effect of premature rupture of membranes on preterm labor: a case-control study in Cilegon, Indonesia. *Epidemiology and Health*. 2020 [Consultado 25 feb 2022]; (Disponible en: <https://www.dbpia.co.kr/Journal/articleDetail?nodeId=NODE10712973>).
19. Rodríguez S, Ramos R, Hernández R. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. *Ginecol Obstet. Mex*. 2019 [Consultado 29 ene 2022]; 81(9) Disponible en: <https://web.s.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authType=crawler&jrnl=03009041&AN=90300843&h=pVHHvp8r%2fFRhxNapmKFDUL4kcu9oCx6jWHR9C5gOsyAhEtMuxAeoCrc0JtlX0XravyhhTfuvElSs%2fn y7bDqnb%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminW>.
20. Milán I, Cairo V, Silverio M, Benavides M, Pentón R, Marín Y. Epidemiología del parto pretérmino espontáneo. *Acta Médica del Centro*. 2019; 13(3) Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2019/mec193g.pdf>.
21. Vanin L, Zatti H, Soncini T, Nunes R, Siqueira L. Maternal and fetal risk factors associated with late preterm infants. *Revista Paulista de Pediatria*. 2019 [Consultado 11 feb 2022]; 38(Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/cDpY6xg3RsHkgj65S7jBxXd/abstract/?lang=en>).
22. Escobar B, Gordillo D, Martínez H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017 [Consultado 11 ene 2022]; 55(4) Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im174d.pdf>.
23. Grant L. Características del bajo peso al nacer en la provincia Artemisa. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 2016 [Consultado 20 ene 2022]; 41(3) Disponible en: [http://www.revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/article/view/654/pdf\\_253](http://www.revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/article/view/654/pdf_253).
24. Huertas E. Preterm birth, causes and preventive measures. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2018 [Consultado 11 ene 2022]; 64(3) Disponible en: <https://scihub.st/10.31403/rpgo.V64i2104>).

25. Behrman R, Butler A. Preterm Birth Causes, Consequences, and Prevention; The National Academies Press: Washington DC; 2007.
26. Yamashita M, Hayashi S, Endo M, Okuno K, Fukui O, Mimura K, et al. Incidence and risk factors for recurrent spontaneous preterm birth: A retrospective cohort study in Japan. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2015 [Consultado 25 ene 2022]; 41(11) Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jog.12786>.
27. Schaaf J, Michel H, Ben W, Ameen H, Anita R. Recurrence risk of preterm birth in subsequent singleton pregnancy after preterm twin delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2012 [Consultado 25 ene 2022]; 207(4) Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.07.026>.
28. Barrera L, Manrique F, Ospina J. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. 2016 [Consultado 22 ene 2022];(48) Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194245902013.pdf>.
29. Shinjo A, Ventura W, Koide K, Hori K, Yotsumoto J, Matsuoka R, et al. Maternal Smoking and Placental Expression of a Panel of Genes Related to Angiogenesis and Oxidative Stress in Early Pregnancy. *Fetal Diagnosis and Therapy*. 2014 [Consultado 25 ene 2022]; 35(Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000357704>).
30. Lee K, Richmond R, Pingzhao H, Frechn L, Shin J, Bourdon C, et al. Prenatal Exposure to Maternal Cigarette Smoking and DNA Methylation: Epigenome-Wide Association in a Discovery Sample of Adolescents and Replication in an Independent Cohort at Birth through 17 Years of Age. *Children's Health*. 2015 [Consultado 28 ene 2022]; 123(2) Disponible en: <https://ehp.niehs.nih.gov/doi/full/10.1289/ehp.1408614>.
31. Escalante G, Delcid A, Barcan M, Humberto C, Guevara I, Lagos S, et al. Caracterización del Nacimiento Pretérmino en Embarazadas Atendidas en el Hospital Materno Infantil. *iMedPub Journals*. 2017 [Consultado 22 ene 2022]; 13(1) Disponible en: doi: 10.3823/1340).
32. Kilpatrick J. Guidelines for perinatal care. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologist. American Academy of Pediatrics; 2017.

33. Lockwood C. Risk factors for preterm birth and new approaches to its early diagnosis. From the journal *Journal of Perinatal Medicine*. 2015 [Consultado 25 ene 2022]; 43(Disponible en: <https://doi.org/10.1515/jpm-2015-0261>).
34. Shapiro C, Barfield W, Henderson Z, James A, Howse J, Iskander J, et al. Morbidity and Mortality Weekly. Centers for Disease Control & Prevention (CDC). 2016 [Consultado 28 ene 2022]; 65(32) Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/24858919>).
35. Carvajal J, Ralph C. *Manual de Obstetricia y ginecología*. Santiago de Chile: Escuela de medicina; 2018.
36. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. *Obstetricia 7ma edición* Buenos Aires: El Ateneo; 2014.
37. UNICEF. *El nacimiento prematuro es ahora la principal causa de muerte en niños pequeños*. Venezuela; 2015.
38. Mastrolia S, Erez O, Loverro G, Di Naro E, Weintraub A, Tirosh D, et al. Ultrasonographic approach to diagnosis of fetal inflammatory response syndrome: a tool for at-risk fetuses? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016 [Consultado 28 ene 2022]; 215(1) Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.01.164>).
39. Gajbhiye R, Modi D, Mahale S. Pregnancy outcomes, Newborn complications and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2 in women with COVID-19: A systematic review of 441 cases. *Medrxiv*. 2020 [Consultado 11 feb 2022];(Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.11.20062356v2>).
40. Xie A, Zhang W, Chen M, Wang Y, Wang Y, Zhou Q. Related factors and adverse neonatal outcomes in women with preterm rupture of membranes complicated by histologic chorioamnionitis. *Med Sci Monit*. 2015;(21).
41. Ferrer R, Estévez M, Montero A, Díaz Y, García Y. Riesgos de la neumonía asociada a la ventilación mecánica en el recién nacido pretérmino. *Revista Inf Cient*. 2019; 98(2). Disponible en: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/viewFile/2281/4004>).
42. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Glosario de términos*. Lima.

43. Alesolis paz. Embarazo Y Adaptaciones. [Online].; 2015 [Consultado 28 feb 2022]. Available from: <https://www.clubensayos.com/Ciencia/Embarazo-Y-Adaptaciones/2363335.html>.
44. Aguilera R. ¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis? Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2014 [Consultado 15 feb 2022]; 21(6) Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462014000600010&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462014000600010&script=sci_arttext&tlng=pt).
45. Rossella F. Writting narrative style literature reviews. Medical Writings. 2015; 24(5).
46. Creswell J. Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research: Pearson Education; 2005.
47. Padua J. Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales Ciudad de México: Fondo de cultura económica; 2018 [Consultado 8 feb 2022].
48. Salgado A. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Revista en línea. 2019 [Consultado 8 feb 2022]; 13(Disponible en: [scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf](http://scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf)).
49. Rodríguez A, Hernández E, Villafuerte J, Mesa Z, Hernández Y, López A. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Cienfuegos 2012. Medisur. 2019 [Consultado 8 feb 2022]; 17(4) Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4214>).
50. Martínez G, Díaz J, Romero A. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. Salud en tabasco. 2017 [Consultado 8 feb 2022]; 23(1-2) Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48754566003.pdf>).
51. Lema G, Mremi A, Amsi P, Pyuza J, Alloyce J, Mlay P. Placental pathology and maternal factors associated with stillbirth: An institutional case-control study in northern Tanzania. Plos One. 2020 [Consultado 15 feb 2022]; 15(12) Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0243455>).
52. Zerna C, Fonseca R, Viteri A, Zerna C. Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor. Revista Ciencia Unemi. 2018 [Consultado 8 feb 2022]; 11(26) Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5826/582661257012/movil/>).
53. Mendoza L, Claros D, Mendoza L, Arias M, Bibiana C. epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Revista chilena

- de obstetricia y ginecología. 2016 [Consultado 24 feb 2022]; 81(4) Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262016000400012&lng=es.%20%20http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012&lng=es.%20%20http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012)).
54. Amabebe E, Reynolds S, He X, Wood R, Stern, Anumba D. Infection/inflammation-associated preterm delivery within 14 days of presentation with symptoms of preterm labour: A multivariate predictive model. *Plos One*. 2019 [Consultado 8 feb 2022]; 14(9) Disponible en: [doi.org/10.1371/journal.pone.0222455](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222455)).
  55. Shen M, Smith G, Rodger M, White R, Walker M, Wen S. Comparison of risk factors and outcomes of gestational hypertension and pre-eclampsia. *Plos One*. 2016 [Consultado 8 feb 2022]; 12(4) Disponible en: [doi.org/10.1371/journal.pone.0175914](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175914)).
  56. Tshotetsi L, Dziki L, Hajison P, Feresu S. Maternal factors contributing to low birth weight deliveries in Tshwane District, South Africa. *Plos One*. 2019 [Consultado 8 feb 2022]; 14(3) Disponible en: [doi.org/10.1371/journal.pone.0213058](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213058)).
  57. Dabi Y, Nedellec S, Bonneau C, Trouchard B, Rouzier R, Benachi A. Clinical validation of a model predicting the risk of preterm delivery. *Plos One*. 2017 [Consultado 8 feb 2022]; 14(3) Disponible en: [doi.org/10.1371/journal.pone.0171801](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171801)).
  58. Escalada M, Aguirre K, Calero A. Principales factores de riesgos de morbilidad y mortalidad en neonatos pretérminos extremos. *Hospital IESS Babahoyo durante el periodo 2019*. *Recimundo*. 2020 [Consultado 8 feb 2022]; 4(1) Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7402180>).
  59. Krusser L, Zatti H, Soncini T, Dias R, Staudt L. Maternal and fetal risk factors associated with late preterm infants. *Rev. Paul. Pediatr. Rev. paul. pediatr*. 2020 [Consultado 26 ene 2022]; (Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/cDpY6xg3RsHkgj65S7jBxXd/abstract/?lang=en>).
  60. Mullins E, Viner E, Brien P, Morris. Coronavirus in pregnancy and delivery: rapid review. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2020 [Consultado 15 feb 2022]; 55(5) Disponible en: <https://doi.org/10.1002/uog.22014>).

61. Ramírez K. Prevención de parto pretérmino. *Medicina Legal de Costa Rica Edición Virtual*. 2018 [Consultado 8 feb 2022]; 35(1) Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v35n1/1409-0015-mlcr-35-01-115.pdf>.
62. Montero A, Ferrer R, Paz D, Pérez M. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. *Multimed*. 2019 [Consultado 8 feb 2022]; 23(5) Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v23n5/1028-4818-mmed-23-05-1155.pdf>.
63. Espinosa I, González V, Negrín M, Casals M, Cortes R, Tapanés Y. Epidemiología del parto pretérmino espontáneo. *Acta médica*. 2019 [Consultado 11 feb 2022]; 13(3) Disponible
64. Baptistella I, Fleig R, Cardoso V, Ramos M, Bach E, Ribeiro T, et al. Assistência pré-natal e resultado perinatal. *Promoção da Saúde*. 2017 [Consultado 15 feb 2022]; 30(2) Disponible en: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5953>.
65. Sungkar A, Fattah A, Surya R, Santoso B, Zalud I. High preterm birth at cipto mangunkusumo hospital as a national referral hospital in indonesia. *Clinical Research*. 2017 [Consultado 8 feb 2022]; 26(3) Disponible en: [doi.org/10.13181/mji.v26i3.1454](https://doi.org/10.13181/mji.v26i3.1454).
66. Raju T. The "late preterm" birth: ten years later. *Perspectivas de la pediatría*. 2017 [Consultado 8 feb 2022]; 139(3) Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3331>.
67. Yamashita J. Assessment of Oral Conditions and Quality of Life in Morbid Obese and Normal Weight Individuals: A Cross-Sectional Study. *Plos one*. 2015n [Consultado 11 feb 2022]; 10(9) Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0129687>.
68. Castillo R, Moyano E, Ortiz N, Villa C. Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino. *Revistas Médicas*. 2019 [Consultado 18 feb 2022]; 38(6) Disponible en: [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_aavft/article/view/17605/144814484007](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/17605/144814484007).
69. Retureta S, Rojas L, Estelbina M. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. *Medisur*. 2015 [Consultado 12 feb 2022]; 13(4) Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2972>.
70. Vielma S, López A, Bustos J, Assar R, Valdés F. Parto prematuro en pacientes COVID-19 en Hospital San Juan de Dios. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2020; 85(1).

- Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262020000700009](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000700009)).
71. Ferrer R, Cedeño T, Montero A, Vázquez G, Rivero L. Repercusión de la corioamnionitis como factor de riesgo en la sepsis materna y neonatal temprana. *Multimed.* 2020 [Consultado 9 feb 2022]; 24(6) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-48182020000601417](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000601417)).
  72. Díaz D, Morales R, López M. Estadística y probabilidades. *Revista Paranaense de Educação Matemática.* 2015 [Consultado 8 feb 2022]; 4(7) Disponible en: <http://fecilcam.br/revista/index.php/rpem/article/viewArticle/1037>).
  73. Organización Mundial de la Salud. Planificación Familiar. [Online].; 2018 [cited 2019 Junio 6. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/family-planning-contraception>.
  74. Ministerio de Salud. Boletín Estadístico 2018. Lima; 2018.
  75. Trilla C, Medina M, Ginovart G, Betancourt J, Armengol J, Calaf J. Maternal risk factors and obstetric complications in late preterm prematurity. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2014 [Consultado 11 ene 2022]; 179(Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.05.030>).
  76. Lundsberg L, Illuzzi J, Belanger K, Triche E, Bracken M. Low-to-moderate prenatal alcohol consumption and the risk of selected birth outcomes: a prospective cohort study. *Annals of Epidemiology.* 2014 [Consultado 22 ene 2022]; 25(1) Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2014.10.011>).
  77. Sristava M, Sharma N, Kushwaha K, Aditya V. Obstetric Behavior and Pregnancy Outcome in Overweight and Obese Women. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India* volume. 2012 [Consultado 10 feb 2022]; 62(Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13224-012-0215-z>).
  78. Gutarra F. Conceptos básicos de obstetricia. [Online].; 2012 [Consultado 8 feb 2022]. Available from: <https://es.slideshare.net/vigutaunt2011/conceptos-bsicos-de-obstetricia>.
  79. Guardián A. El Paradigma Cualitativo en la Investigación. [Tesis de pregrado]. San José: Universidad de Costa Rica; 2010.
  80. Ferrari R. Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing.* 2015; 24(4) Disponible en: <https://doi.org/10.1179/2047480615Z.000000000329>).

81. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la Investigación Interamericana Editores SAdCV, editor.: McGraw-Hill; 2014.
82. García M, Demestre X, Calvo M, Ginovart G, Jiménez A, Hurtado J. Prematuro tardío en España: experiencia del Grupo SEN34-36Late preterm infants in Spain: Experience of the 34-36 Neonatal Group. Anales de Pediatría. 2018 [Consultaado 15 feb 2022]; 88(5) Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.05.006>.
83. Ministerio de Salud. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2016 Registrados en línea. Lima; 2016.

## ANEXOS

Anexo 1. Matriz de categorización apriorística

Problema de investigación	Pregunta de investigación	Objetivo general	Objetivos específicos	Categorías	Sub categorías	Preguntas orientadoras	Metodología
Desconocimiento sobre la literatura actual en relación a los factores que se asocian al parto pretérmino.	¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pretérmino?	Analizar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino.	<p>Describir los factores de riesgo sociodemográficos asociados al parto pretérmino.</p> <p>Describir los Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino.</p> <p>Describir los Factores de riesgo fetales asociados al parto pretérmino.</p>	Factores de riesgo	Factores de riesgo sociodemográficos	<p>¿Cuáles son los hallazgos de los estudios actuales sobre los factores de riesgo sociodemográficos asociados al parto pretérmino?</p> <p>¿Cuáles son los hallazgos de los estudios actuales sobre los factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino?</p> <p>¿Cuáles son los hallazgos de los estudios actuales sobre los factores de riesgo fetal asociados al parto pretérmino?</p>	<p>Enfoque: cualitativo</p> <p>Método/diseño: Revisión bibliográfica</p> <p>Técnica: análisis documental</p> <p>Instrumento: Ficha de extracción de datos</p> <p>Población/muestra a participante:</p> <p>Escenario de estudio: Estudios sobre factores que se asocian al parto pretérmino de los años 2015 al 2020.</p>
					Factores de riesgo materno		
					Factores de riesgo fetales		
				Parto pretérmino	Semanas gestación de		



**Tabla 5. Ficha de recolección de la información**

<b>Autor, Año, Lugar y Título</b>	<b>Conclusión</b>
Shen M, et al. en el año 2017 Ottawa y Kingston Comparación de los factores de riesgo y resultados de la hipertensión gestacional y la preeclampsia  PLOS ONE 12(4): e0175914	La hipertensión gestacional (HG) y la preeclampsia (PE) compartieron factores de riesgo comunes como el sobrepeso y la obesidad, la nuliparidad, los antecedentes de PE, la diabetes tipo 1 y 2. Las diferencias en los tamaños de los efectos de los factores de riesgo y los resultados indican que las condiciones pueden tener una fisiopatología y un mecanismo diferente.

### Anexo 3. Evaluación de rigurosidad del instrumento

## Anexo 4: Informe de Turnitin

### Factores de riesgo asociados a parto pretérmino

#### INFORME DE ORIGINALIDAD



#### FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	2%
2	<a href="http://repositorio.unsm.edu.pe">repositorio.unsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
3	<a href="http://repositorio.unfv.edu.pe">repositorio.unfv.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 2%

Excluir bibliografía

Apagado

## **SIGLAS Y ABREVIATURAS**

AAP= academia Americana de Pediatría

APP= amenaza de parto prematuro

RCI o CIR= retraso del crecimiento intrauterino

DPM= desarrollo psicomotor

EG= edad gestacional

EMH: enfermedad de membrana hialina

HPPN= hipertensión pulmonar persistente neonatal

HIV= hemorragia intraventricular

ITU= infección del tracto urinario

RN= recién nacido

RNPT= recién nacido pretérmino