

**DOI:** 10.26820/reciamuc/4.(4).noviembre.2020.226-237

**URL:** <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/559>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIAMUC

**ISSN:** 2588-0748

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de Investigación

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 226-237







## Factores de riesgo de parto pretérmino en pacientes menores de 25 años en el hospital básico de Baba, 2019

Risk factors for preterm birth in patients under 25 years of age at the basic hospital in Baba, 2019

Factores de risco para o parto prematuro em doentes com menos de 25 anos de idade no hospital de base de Baba, 2019

**Vicente Ángel Ortega Reyes<sup>1</sup>; Priscila Omayra Ocampo Moreira<sup>2</sup>;  
Mónica Denisse Ortega Reyes<sup>3</sup>; Victoria Abigail Villamar Beltrán<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 18/07/2020 **ACEPTADO:** 20/09/2020 **PUBLICADO:** 30/11/2020

1. Médico de la Universidad de Guayaquil; Ecuador; drvortegar@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-0787-4160>
2. Médico de la Universidad de Guayaquil; Ecuador; drapriscilaocampo@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-3017-9024>
3. Médico de la Universidad de Guayaquil; Ecuador; monicador95@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-1763-1349>
4. Médico de la Universidad de Guayaquil; Ecuador; vavb@hotmail.es;  <https://orcid.org/0000-0002-1763-1349>

### **CORRESPONDENCIA**

Israel Efrain Brito Cardenas  
israel\_brito92@hotmail.com

**Guayaquil, Ecuador**

## RESUMEN

Por ser el Parto Pretérmino (PP) un problema de salud pública por el que mueren un millón de niños en el mundo cada año y 35000 en América latina, debe atenderse con estrategias eficaces y una oportuna atención prenatal de calidad. Para ello, es menester el conocimiento local epidemiológico a través de estudios que revelen el comportamiento de este síndrome, para así poder actuar de forma eficaz en su prevención en cada comunidad. Se realizó estudio de carácter retrospectivo, observacional, indirecto, de corte transversal, no experimental, en una muestra de 73 pacientes menores de 25 años con riesgo de PP, atendidas el área de emergencia, consulta externa y hospitalización del Hospital Básico de Baba, entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del 2019. Los resultados revelaron que: el grupo etario con mayor frecuencia de PP fue de 20 a 25 años, con un 62% de incidencia; los factores de riesgo de PP de mayor frecuencia fueron infección de vías urinarias (51%) e infecciones vaginales (12%); la causa de PP fue la ruptura prematura de membrana con un 95% de casos. Se hacen recomendaciones en post de la prevención del PP y sus complicaciones materno-fetales que tienen, generalmente, un mal pronóstico neonatal.

**Palabras clave:** Parto, pretérmino, prematuro, prematuridad, gestación.

## ABSTRACT

Because Preterm Birth is a public health problem that causes a million children to die every year in the world and 35,000 in Latin America, it must be addressed with effective strategies and timely quality prenatal care. For this, local epidemiological knowledge is necessary through studies that reveal the behavior of the pathology, and thus be able to act effectively in its prevention in each community. A retrospective, observational, indirect, cross-sectional, non-experimental study was carried out in a sample of 73 patients under 25 years of age with risk of PP, attended in the emergency area, outpatient consultation and hospitalization of the Baba Basic Hospital, between on January 1 and December 31, 2019. The results revealed that: the age group with the highest frequency of PP was between 20 and 25 years, with a 62% incidence; the most frequent risk factors for PP were urinary tract (51%) and vaginal infections (12%); the cause of PP was premature membrane rupture with 95% of cases. Recommendations are made in post for the prevention of PP and its maternal-fetal complications, which generally have a poor neonatal prognosis.

**Keywords:** Delivery, preterm, premature, prematurity, gestation.

## RESUMO

Uma vez que o nascimento prematuro é um problema de saúde pública que provoca a morte de um milhão de crianças por ano no mundo e de 35.000 na América Latina, deve ser abordado com estratégias eficazes e cuidados pré-natais de qualidade atempada. Para isso, são necessários conhecimentos epidemiológicos locais através de estudos que revelem o comportamento da patologia, e assim ser capaz de agir eficazmente na sua prevenção em cada comunidade. Um estudo retrospectivo, observacional, indirecto, transversal, não experimental, foi realizado numa amostra de 73 pacientes com menos de 25 anos de idade com risco de PP, atendidos na área de emergência, consulta ambulatoria e hospitalização do Hospital Baba Basic, entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2019. Os resultados revelaram que: o grupo etário com maior frequência de PP estava entre os 20 e 25 anos, com uma incidência de 62%; os factores de risco mais frequentes de PP eram as vias urinárias (51%) e as infecções vaginais (12%); a causa de PP era a ruptura prematura da membrana com 95% dos casos. São feitas recomendações no pós-operatório para a prevenção da PP e das suas complicações materno-fetal, que geralmente têm um mau prognóstico neonatal.

**Palavras-chave:** Parto, pré-termo, prematuridade, prematuridade, gestação.

## Introducción

El Parto Pretérmino (PP) es un problema de salud pública ampliamente discutido por la comunidad médica-científica de todos los países del mundo, y sobre el cual se han generado estrategias para control prenatal y acceso al tratamiento indicado para aminorarlo. Esto es menester, ya que este tipo de complicación puede sumarse a la estadística de mortalidad materna, además de las probables secuelas de por vida que puede dejar al bebé si logra sobrevivir.

Según la Organización Mundial para la salud (OMS), la prematuridad es la primera causa de muerte de niños menores de 5 años, ya que cada año se producen 15 millones de nacimientos pretérminos (más de uno por cada 10 nacimientos), y aproximadamente, “un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto” (OMS, 2018).

En América Latina mueren 35000 niños por complicaciones de PP, cada año, donde Ecuador presenta una tasa de incidencia de 19,6% (UNICEF, 2015) . Aunque Ecuador tiene una de las tasas más baja de mortalidad de niños y niñas por PP de América Latina (19,6%), a nivel nacional esta cifra es un problema de salud pública que atender con estrategias eficaces en la oportuna atención prenatal de calidad, para prevenir el PP o manejarlo con el mejor pronóstico posible. Por supuesto, su prevención es un asunto de arduo trabajo científico, porque clínicamente es área gris que amerita más investigación por la naturaleza causal del mismo: Su etiología es diversa asociada a embarazos múltiples, a las infecciones y a las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión; pero muchas veces es desconocida. Algunas veces se logra reconocer algunos factores de riesgo asociado que permiten al médico obstetra, estar alerta para un mejor manejo y toma de acciones preventivas oportunas (Ramírez M, 2018).

Es por ello, que toda investigación que aporte claridad al camino para lograr la meta

antes descrita, es de suma importancia. Tal es el caso de la presente investigación, que busca establecer los principales factores de riesgos asociados a parto pretérmino en mujeres menores de 25 años, en el Hospital Básico de Baba del cantón Baba durante el año 2019, con la finalidad de lograr una adecuada planificación familiar en las mujeres fértiles, al igual que efectivos controles prenatales que permitan identificar factores de riesgo del embarazo. De esta manera, se podrá actuar y prevenir PP y seguir evitando complicaciones fatales que disminuyen los recursos de salud pública del Estado.

## Metodología

En el presente artículo, se documenta una investigación de carácter retrospectivo, observacional, indirecto, de corte transversal, no experimental, realizado en una muestra de 73 pacientes menores de 25 años con riesgo de PP, atendidas el área de emergencia, consulta externa y hospitalización del Hospital Básico de Baba, entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del 2019.

Para llevar a cabo la investigación se establece la variable PP dependiente de los factores de riesgos (variable independiente), caracterizados por los siguientes indicadores:

- Edad de la paciente
- Edad gestacional
- Talla materna baja
- Peso materno bajo
- Obesidad
- Tabaquismo
- Infecciones vaginales
- Infecciones vías urinarias
- Restricción del crecimiento
- Intrauterino
- Oligohidramnios

- Polihidramnios
- Embarazo múltiple
- Parto prematuro previo
- Preeclampsia

La selección de la muestra se hizo bajo el criterio de inclusión de embarazadas menores de 25 años, con edad gestacional entre 22 y 36.6 semanas con factores de riesgo PP listados en el párrafo anterior. Dentro de las cuales se realizó una clasificación obteniendo las siguientes categorías de estudio:

1. entre 10 a 13 años de edad
2. entre 14 a 16 años de edad
3. entre 17 a 19 años de edad
4. entre 20 a 25 años de edad

Asimismo, se categorizó la edad gestacional de acuerdo a la data estudiada, para analizar y mostrar los resultados, utilizando cuatro categorías:

1. semana 34 a 36
2. semana 32 a 33
1. semana 28 a 31
2. semana menor a 27

Una vez obtenido los datos de historias clínicas, fueron organizados, analizados y recolectados en tablas, gráficos, cuadros en la plataforma de Excel.

La fundamentación teórica de esta investigación es producto de una revisión de literaturas concernientes al PP y sus factores de riesgos, en diferentes revistas electrónicas (PubMed, The Lancet, Gogler Scholar, entre otras), así como en documentos e información de relevancia científica para el tema de organismos y asociaciones oficiales (OMS, ACOG).

## **Resultados**

### **Parto prematuro (PP)**

Se define como PP a aquellos nacimientos que ocurren antes de la semana 37 de gestación contadas a partir de la última regla (período menstrual), aun cuando probablemente la fecundación no haya ocurrido sino hasta la segunda semana (OMS, 2018).

Cabe señalar que las semanas de gestación están muy relacionadas con el peso fetal, por lo que un parto con menor semanas de gestaciones, tendrá un producto de menor (Huerta T, 2018). Dado que el peso del recién nacido se convierte en el principal factor predictor de la mortalidad y morbilidad infantil, se ha observado que en los países en desarrollo, un recién nacido con un peso menor a 1.500 g considerado, tienen 200 veces más riesgo de morir, que un recién nacidos de peso adecuado, ya que los pesos muy bajo y el extremadamente bajo (menores de 1.000 g) del neonato son causales de parálisis cerebral, y problemas de aprendizaje que salen a relucir más adelante en sus vidas (Castro D et al, 2016).

Si por complicaciones del embarazo el feto naciera (parto o cesárea) en las semanas 24 hasta la 37, podría sobrevivir si se le provee de cuidados intensivos en una unidad neonatal especializada. Ciertamente, la semana de gestación va relacionada con el peso fetal, por lo cual un parto de menor semana implica menor peso del neonato lo que implica un mal pronóstico (Ramírez M, 2018).

Según la OMS (2018), los partos prematuros se clasifican según la semana gestacional en la que nace el bebé:

Prematuro tardío: nacidos entre la 32 y 37 semanas. Representa el 84 % del total de nacimientos prematuros o 12.5 millones. La mayoría sobrevive con atención oportuna y apoyo.

Muy prematuros: nacidos entre las 28 y 32 semanas. La mayoría sobrevive con apoyo adicional especializado. Ocurre en un 15% de los casos.

Extremadamente prematuros: nacidos antes de las 28 semanas. Requieren de cuidados intensivos costosos para sobrevivir. Ocurre en un 5% de los casos, y tienen un 90% de sobrevivir en países desarrollados aunque generalmente con secuelas neurológicas, discapacidades físicas y de aprendizaje. En países de bajos recursos sólo sobreviven el 10 %.

Otras literaturas consideran una clasificación más denominada Prematuro moderado, que contempla el pequeño intervalo entre la semana 32 y 33 (APACOG, 2017).

### Causas del PP

No se conoce con exactitud la causa del PP, la ciencia médica actual sólo puede aproximarse a una predicción según la clínica que vaya presentando la gestante. Hoy en día se considera un síndrome más que una patología, porque su etiología es multifactorial (Romero R et al, 2009).

Por ello, el PP se puede clasificar atendiendo la causalidad que define su cuadro clínico (Donoso & Oyarzún, 2012):

1. Parto pretérmino espontáneo también considerado idiopático, cuando antes de la rotura de membranas no se encuentra una causa aparente de que el parto culmine. Esto sucede aproximadamente un 50% de las veces con un intervalo 23,2 a 64,1%. Sucede con mayor frecuencia en mujeres jóvenes, lo que supone un riesgo elevado que supone un peligro para la madre y el feto.
2. Parto pretérmino que se asocia con rotura prematura de membranas (RPM); ocurre con una frecuencia del 25% y un intervalo, 7,1-51,2%
3. Parto pretérmino electivo también considerado iatrogénico o por intervención obstétrica, por causa materna o fetal como por ejemplo preeclampsia, diabetes, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, placenta previa, corioamnionitis, retraso del crecimiento

uterino o anomalías fetales. La frecuencia de este parto oscila entre el 8,7 y el 35,2%.

### Factores de riesgo de PP

Se han asociado múltiples factores de riesgo al PP, como la desnutrición, el bajo nivel socioeconómico, el tabaquismo, el antecedente de tener un antecedente de parto pretérmino, el tabaquismo, la hipertensión arterial (HTA), el sangrado transvaginal, la infección del tracto urinario (ITU), la ausencia o deficiente control prenatal, edad materna inadecuada (<20 y >35 años), el oligohidramnios, la preeclampsia, los embarazos múltiple, entre otros (Carvajal CJ & Vera PG, 2010).

A continuación, se fundamentan brevemente los indicadores más importantes que sustentan los factores de riesgo de esta investigación:

**Edad de la paciente:** La edad que presenta mayor incidencia de partos pretérmino son las de menor de 18 años, y mayores de 35 años (Ayuda en Acción, 2020). En el primer caso se debe a la inmadurez fisiológica en la que se produce el embarazo, y el segundo caso se debe al envejecimiento que tampoco está preparado para sobrellevar un embarazo. Las gestantes adolescentes presentan falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, conocido como síndrome de mala adaptación circulatoria, que lleva tanto al bajo peso como al nacimiento de neonatos pretérminos (Castro D et al, 2016). El embarazo a cualquier edad es un hecho de suma importancia, donde el correcto cuidado, garantizar el curso normal del embarazo hasta su término, y para lograrlo, es vital la madurez psicológica de la embarazada (Uría RM, Rodríguez A, Yanes M, & Castillo, 2018).

**Talla materna baja:** Algunos estudios como el de Guzmán V, García P, y Liu H (2001), asocian la talla materna baja (< 152 cm) con la incidencia de partos prematuros, ya



que son más propensas a la restricción del crecimiento intrauterino. Por otro lado, Las mujeres de talla baja presentan también mayor riesgo cardiovascular al inicio de la gestación por presión arterial alta e índice de masa corporal elevado, incrementan el parto pretérmino, bajo peso al nacer y preeclampsia (Honest et al, 2005).

**Peso materno bajo:** En condiciones de desnutrición donde no hay una correcta ganancia de peso, se produce un déficit inmunológico que favorece la invasión de gérmenes oportunistas provocando infecciones en diferentes partes del organismo, con la su eventual proceso inflamatorio, capaz de desencadenar el trabajo de parto prematuro (Rodríguez M. et al, 2019).

**Obesidad:** El estado nutricional se controla con la ganancia de peso que adquiere la gestante desde la captación y durante el embarazo, las ganancias excesivas de peso o bajas producen complicaciones en el curso del embarazo (Honest H et al, 2005). Se ha observado que en madres obesas con índice de masa corporal  $\geq 30$ , la probabilidad de parto prematuro es alta, ya que el sobrepeso abre un abanico de posibilidades patológicas como la diabetes mellitus e hipertensión arterial, y hasta una preeclampsia, siendo un riesgo materno fetal que conlleva al cese del embarazo y con frecuencia termina en cesárea de un parto pretermino (Huerta T, 2018). Cabe observar, que aunque se ha asociado el parto pretérmino con la práctica del cerclaje en las gestantes obesas, no hay evidencia científica suficiente para afirmarlo (Prodromidou A. et al, 2016).

**Tabaquismo:** El hábito de fumar de las embarazadas es estadísticamente bajo, pero el mismo está altamente asociado al PP, ya que las gestantes fumadoras desarrollan la producción de trombina, estimulando la producción de enzimas que fraccionan las proteasas, las cuales maduran el cuello uterino produciendo la rotura prematura de membranas, y estimulando las contraccio-

nes uterinas que desencadena el PP (Donoso & Oyarzún, 2012).

**Infecciones vaginales:** Las mujeres embarazadas desarrollan de manera fácilmente infecciones debido a cambios funcionales, hormonales y anatómicos normales que conlleva el embarazo. El microorganismo más frecuente es bacteriano de los cuales predominan gram negativo anaerobios, provocando una serie de complicaciones si llegan a ascender hacia la cavidad uterina, causando corioamnionitis, parto prematuro, aborto espontáneo, rotura prematura de las membranas, y endometritis puerperal (Arroyave P, et al, 2013).

**Infecciones vías urinarias:** Las infecciones más comunes en el embarazo son las infecciones de las vías urinarias y vaginales con una incidencia de 25 a 40%. Las infecciones urinarias son causada, generalmente, por *Escherichia coli* (75% a 80% de casos), el *Staphylococcus saprophyticus*, los *Proteus mirabilis* o *vulgaris*, *Klebsiella sp.*, *Streptococcus faecalis*, *Pseudomonas aeruginosa* (20% a 25%). Al igual que las infecciones vaginales, si esta llegara ascender por la cervix hacia el útero, podría ser causal de varias complicaciones, entre ellas, el PP (Donoso & Oyarzún, 2012).

**Restricción del crecimiento intrauterino:** Ocurre cuando el feto presenta peso menor al percentil 10 para esa población según la edad gestacional (Rodríguez M. et al, 2019). Y no tiene que ver con los niños constitucionalmente pequeños así como a los afectados por un proceso patológico, se estima que la prevalencia real de la enfermedad es entre el 3 y 10% de los embarazos, convirtiendo esta patología fetal en uno de los problemas obstétricos junto al parto prematuro y la rotura prematura de membranas (Casanello P. et al, 2016).

**Oligohidramnios y Polihidramnios:** El volumen de líquido amniótico indica el bienestar fetal, su cantidad varía a lo largo de todo el embarazo, aumenta gradualmente hasta las 20 semanas de gestación, alcanza su

máximo a las 34 semanas de gestación y luego disminuye gradualmente. Si la cantidad de líquido amniótico es menor a 200 ml (oligoamnios) se considera patológico, asimismo si es mayor de 2.000 ml (polihidramnios), y están asociados al PP, a defectos congénitos, y muerte perinatal (Meller CH. et al, 2018).

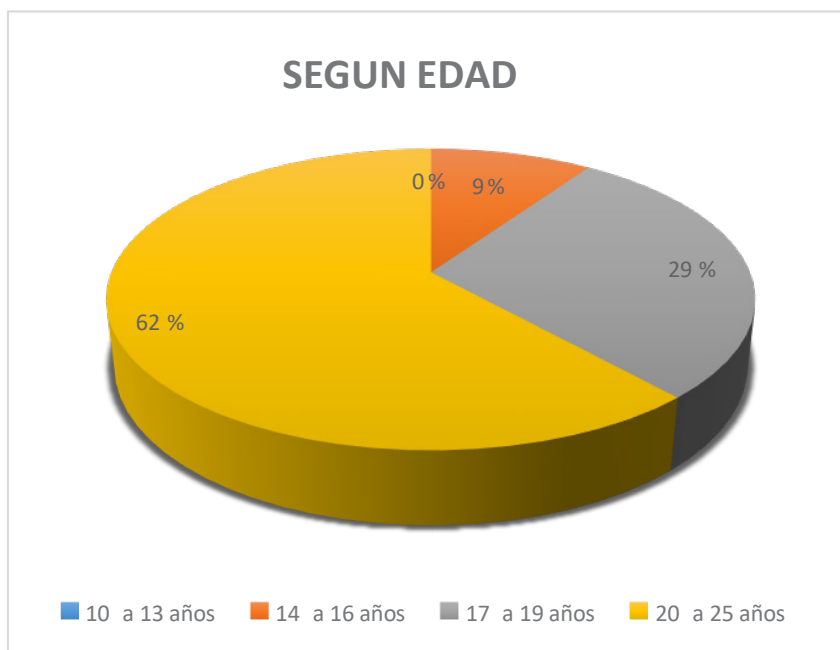
**Embarazo múltiple:** Los embarazos gemelares conllevan una gran frecuencia de complicaciones ya sean tanto maternas como fetales, es muy frecuente los abortos, anemias, hipertensión, hemorragia, también es muy común que el embarazo culmine en cesárea. Sus complicaciones se asocian a restricción de crecimiento fetal intrauterino que conlleva al PP por riesgo de muerte fetal (Rencoret P, 2016).

**Antecedente de parto prematuro:** Muchos estudios están de acuerdo en considerar el antecedente de parto prematuro como indicador de riesgo de prematuridad en sus nuevas gestas, y ha resultado de gran utilidad predictiva para el obstetra el cual actúa de manera oportuna en la prevención del mismo (Donoso & Oyarzún, 2012).

**Preeclampsia:** el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, en inglés), definen la Preeclampsia como una enfermedad hipertensiva, multisistémica, específica del embarazo, que se presenta generalmente después de la semana 20 del embarazo. Se asocia, con mayor prevalencia, a PP tardíos. Actualmente, el control prenatal está alerta a los eventos hipertensivos, deslatándose de la proteinuria como condición para establecer la severidad del caso, porque según la ACOG, muchas mujeres presentan un cuadro hipertensivo con signos graves a nivel sistémico, sin proteinuria.

### Discusión de los resultados

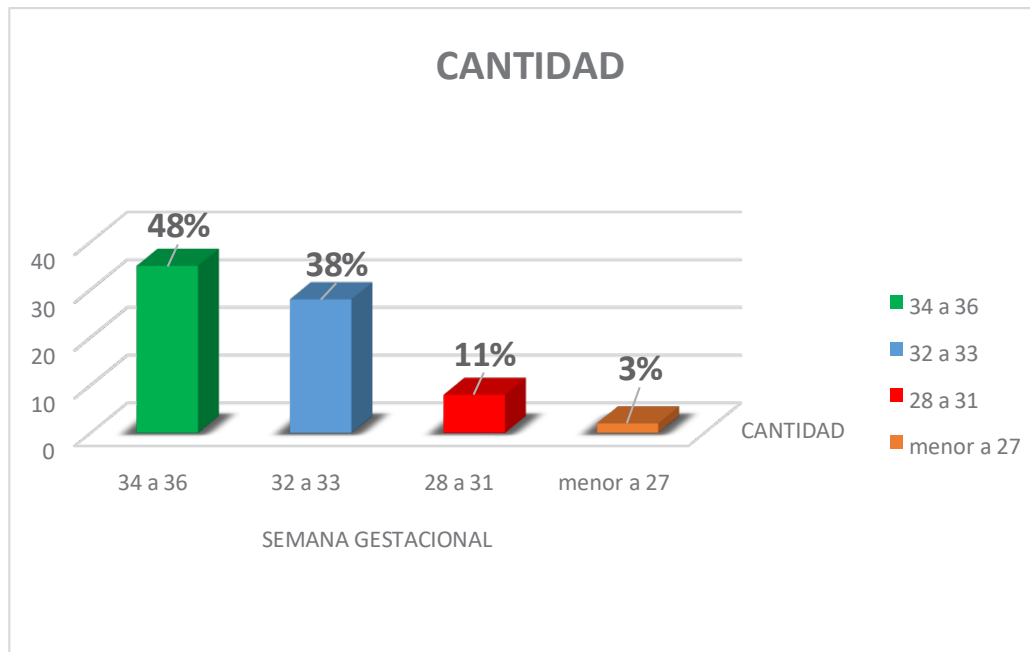
De las 73 pacientes menores de 25 años con riesgo de PP, atendidas el área de emergencia, consulta externa y hospitalización del Hospital Básico de Baba, entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del 2019, el grupo etario más afectado, fueron las pacientes entre 20 a 25 años de edad con un 62 % de frecuencia, mientras que las edades entre 10 a 13 años, no presentaron casos (ver gráfico1).



**Gráfico 1.** PP según la edad

**Fuente:** Elaboración propia basado en data epidemiológica del Hospital Básico Baba

Por otro lado, la edad gestacional con más presencia de PP en este estudio, ha sido la semana 34 a 36 correspondiente a al denominado prematuros tardíos con un porcentaje del 48% de los casos y en menor porcentaje los menores a 27 semanas con un 3% como se muestra en el gráfico 2.



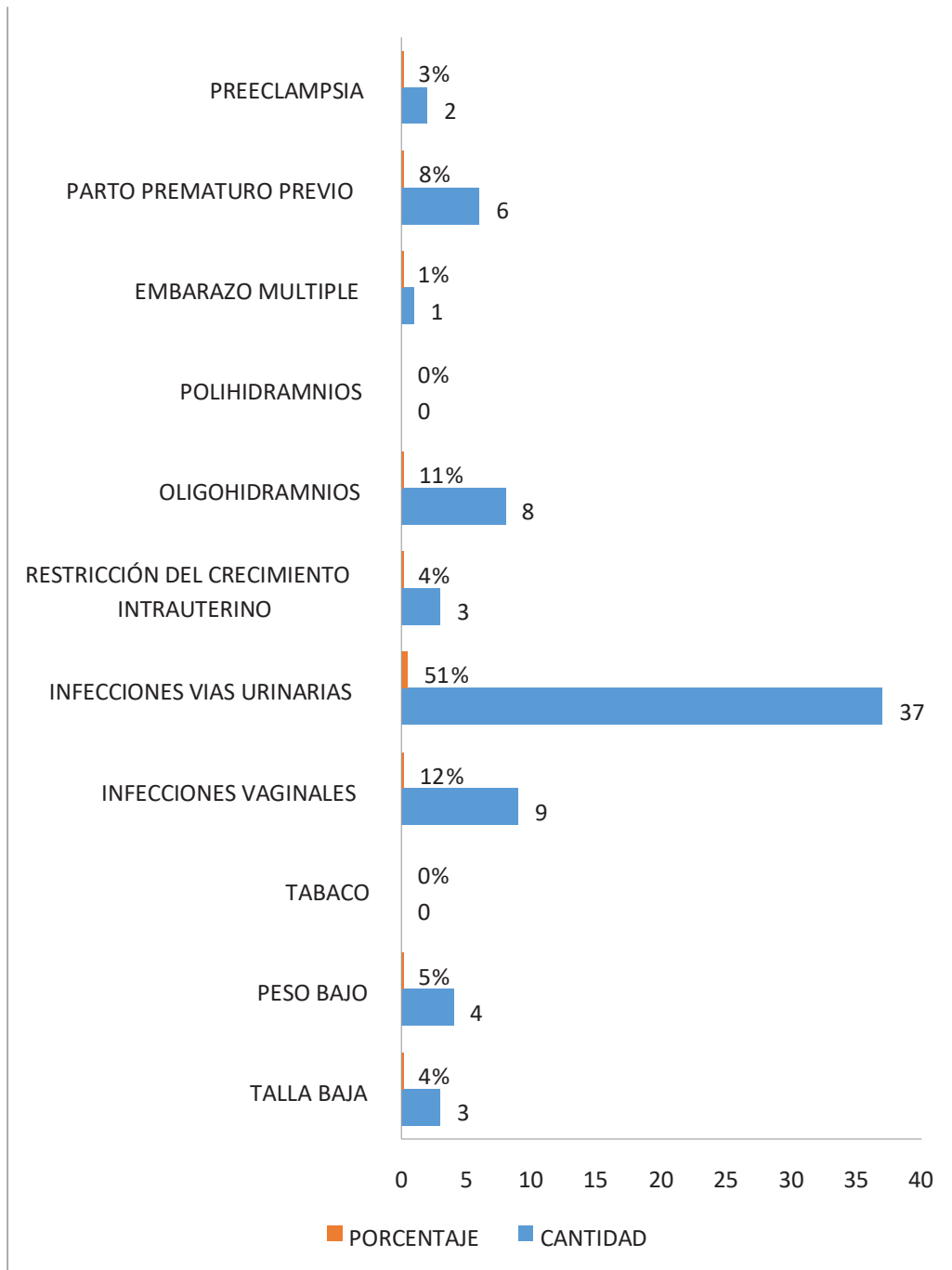
**Gráfico 2.** PP según la semana gestacional

**Fuente:** Elaboración propia basado en data epidemiológica del Hospital Básico Baba

El factor de riesgo más frecuente en este estudio fue la infección de vías urinarias con un 51% de los casos, seguida de infecciones vaginales con un 12% y oligohidramnios con un 11% de los casos, como se observa en el gráfico 3.

La causa más frecuente de PP encontrada en el estudio, fue la Ruptura Prematura de la Membrana, con 95 % de los casos, seguida de un 5% las enfermedades cervicales, siendo las únicas 2 causas encontradas en este estudio como se muestra en el gráfico 4.





**Gráfico 3.** Factores de riesgos más frecuente

**Fuente:** Elaboración propia basado en data epidemiológica del Hospital Básico Baba

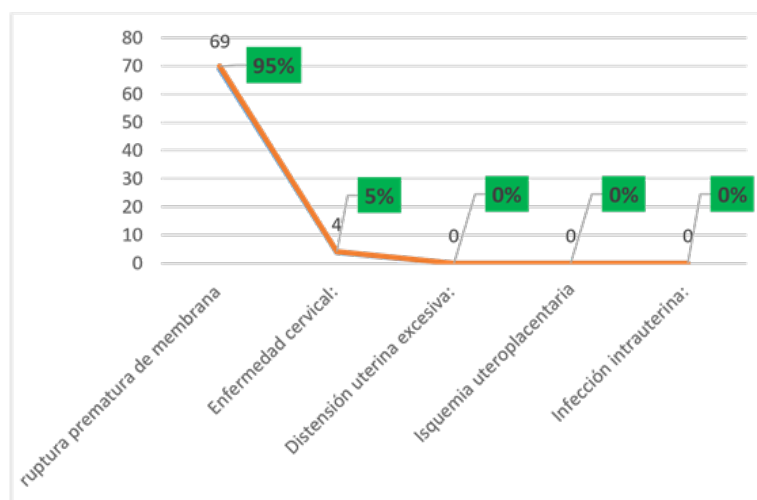


Gráfico 4. Causa de PP

**Fuente:** Elaboración propia basado en data epidemiológica del Hospital Básico Baba

### Discusión

Según la OMS, y estudios como el de Uría RM et al (2018), las edades que presentan mayor incidencia de PP, son las extremas, es decir, la edad adolescente y la de mayor de 35 años. Sin embargo, en el presente estudio, la categoría de edad con mayor frecuencia de PP resulto la comprendida entre 20 y 25 años de edad con un 62% de incidencia de casos, seguida categoría de edad comprendida entre 17 y 19 años, con 29% de presentación de casos.

Por otro lado, se coincide con la literatura consultada con respecto a la edad de 34 a 36 semanas gestacional como la de mayor presentación de caso de PP, en este estudio, con un 60 -70% de los casos, y con menor frecuencia se presentó prematuros menores de 27 semanas, con un 3%, bastante cercano a los resultados de otros estudios, y los que muestran las estadísticas mundiales (UNICEF, 2015).

Las infecciones más comunes en el embarazo son las infecciones de las vías urinarias y las vaginales, se calcula que 25 a 40% de PP se deben a una infección intrauterina derivada de la ascensión de las infecciones vaginales y urinarias por la cérvix hacia el útero (Donoso & Oyarzún, 2012). Este estudio realizado en el Hospital Básico de Baba, reveló que los factores de riesgo en PP de

mayor incidencia fueron las infecciones de vías urinarias con un 51%, seguido de las infecciones vaginales con un 12%.

A diferencia de otros estudios, como el de Rencoret P (2016), que tienen como principal causa de PP el embarazo gemelar, la Ruptura Prematura de Membrana es la causa de PP más frecuente, en un 95% de los casos, presentada durante el año 2019 en el Hospital Básico de Baba, mientras que el embarazo múltiple presentó una incidencia del 1%.

### Conclusiones

En base a un total de 73 casos recolectados en historias clínicas y referencias en el Hospital Básico de Baba durante el año 2019, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- 1.- Se encontraron 73 casos de PP en mujeres menores de 25 años, donde el grupo etario con mayor frecuencia presentado fue de 20 a 25 años con un 62% de incidencia.
- 2.- Los factores de riesgo que se presentaron, de mayor a menor frecuencia, fueron: infección de vías urinarias (51%), infecciones vaginales (12%), oligohidramnios (11%), parto prematuro previo (8%), peso bajo (5%), talla baja (4%), Restricción del crecimiento intrauterino (4%), preeclampsia (3%), embarazo múltiple (1%).



4.- Se demostró que el factor con mayor frecuencia en el Hospital Básico de Baba es la infección de vías urinarias con 51% de los casos.

3.- La ruptura prematura de membrana fue la causa de mayor frecuencia que se presentó en PP en el Hospital Básico de Baba con un 95% de casos.

El comportamiento causal del PP en cada país o zona del mundo puede diferir entre estos. Sin embargo, debe ser común para todos, un control obstétrico eficiente, oportuno y de calidad, dónde se le brinde a la madre el respectivo conocimiento sobre los signos de alarma en el embarazo, y de la importancia de los controles médicos a los que debe acudir, como mínimo, 13 visitas asistenciales durante el periodo de gestación. Ya que en ellos, se podrá prevenir o detectar factores de riesgo que pueden conllevar al término prematuro del embarazo, trayendo consigo complicaciones materno-fetales. Se deben hacer programas de prevención y de las infecciones de las vías urinarias durante el embarazo como un factor de alta incidencia de PP en la comunidad de gestante que acude al Hospital Básico de Baba.

## Bibliografía

- Acevedo G, Martínez M, & Gallardo G et al. (2018). Efectos de los Esteroides como Inductores de Maduración Pulmonar en Restricción del Crecimiento Intrauterino. Revisión Sistemática. Perinatal Reprod Humana, 32(3), 118-126.
- APACOG. (Septiembre de 2017). Guidelines for perinatal care. 8, Apendix F 619-20. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologist.
- Arroyave P, Benavides L, Agudelo L, Arcilla A, & Bermúdez R. (2013). CORIOAMNIONITIS: Un reto diagnóstico. Revista Facultad Ciencias de la Salud, 15, 16-24.
- Asturizaga, P., & Toledo Jaldin, L. (2014). HEMORRAGIA OBSTÉTRICA. Revista Médica La Paz, 20, 57-68.
- Ayuda en Acción. (29 de 02 de 2020). Mortalidad materna: causas y datos en el mundo. Obtenido de <https://ayudaenaccion.org/ong/blog/mujer/mortalidad-materna/>
- Bell, M. J. (2010). A Historical Overview of Preeclampsia-Eclampsia. NIH Public Access Author Manuscript (págs. 510–518). Pittsburgh: University of Pittsburgh.
- Bujold, E., Roberge, S., Lacasse, Y., & Bureau M, A. (2010). Prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy. Obstet Gynecol, 402-414.
- Carvajal CJ, & Vera PG. (2010). Dos Régimenes de Dosis de Nifedipino para el Manejo del Trabajo de Parto Prematuro: Un estudio randomizado controlado. Rev Chil Obstet Ginecol, 75(11), 343-345.
- Casanello P, Castro R, Uauy R, & Krause BJ. (2016). Programación Epigenética Placentaria en Restricción del Crecimiento Intrauterino. Rev Chilena Pediatría, 87(3), 154-161.
- Castro D et al. (2016). Muy Bajo Peso al Nacer. Pediatría, 49(1), 23-30.
- CHESLEY'S. (1999). Hypertensive Disorders in Pregnancy (3rd Edition ed.). Vermont: Academic Press.
- Donoso, B., & Oyarzún, E. (2012). Parto Prematuro. Medwave, 12(8), 107-112.
- Guzmán V, García P, & Liu H. (2001). Talla materna baja como factor de riesgo de cesàrea. Ginecol Obstet, 47, 117-120.
- Honest H, Bachmann LM, Ngai C, Gupta K, Kleijnen, J., & Khan KS. (2005). The accuracy of maternal anthropometry measurements as predictor for spontaneous preterm birth--a systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 119(1), 11-20.
- Huerta T. (2018). Parto Pretérmino: Causas y Medidas de Prevención. Rev Perú Ginecol Obstet, 64(3), 399-404.
- Meller CH, Carducci ME, Cernadas JM, & Otaño L. (2018). Preterm Premature Rupture of Membranes. Arc Argent Pediatr, 1-16.
- Moreno Z, Casquero J, Sánchez S, Zavala B, & García H et al. (2014). Raza Negra como Factor de Riesgo Independiente para Preeclampsia. Rev Perú Ginecol Obstet, 60(4), 269-278.
- OMS. (19 de 02 de 2018). Nacimientos Prematuros. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (19 de 09 de 2019). Mortalidad Materna. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

- Ponce J, Benítez L, Baños N, & Goncé A et al. (2020). Latencia al Parto tras Cerclaje de Emergencia en Gestación Múltiple. *Clínica E Investig En Ginecol Obstet*, 64(3), 3-8.
- Prodromidou A, Frountzas M, Perrea D, Vlachos GD, & Pergialiotis V. (2016). The impact of Obesity on Cervical Cerclage Efficacy: A Systematic review of the literature. *J Neonatal-Perinat Med*, 9(1), 59-65.
- Ramírez M. (2018). Prevención de Parto Pretérmino. *Med Leg*, 35(1), 115-126.
- Rencoret P, G. (2016). Embarazo Gemelar. *Rev Médica Clínica Los Condes*, 25(6), 964-971.
- Rodríguez M, Hernández B, Villafuerte R, Mesa M, & López R. (2019). Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. *Cienfuegos 2012. Medisur*, 17(4), 505-513.
- Rodríguez, L. M., & Gon, V. E. (2011). Relación de las citoquinas proinflamatorias con la corioamnionitis subclínica y el parto pretérmino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37, 562-576.
- Romero R, Gómez R, Mazor M, Yoon BH, & Espinoza J. (2009). Síndrome de parto prematuro: relevancia clínica y etiológica, Cap. 81. Edit. Medica Panamericana, 723-735.
- UNICEF. (2015). El Nacimiento Prematuro es Ahora la Principal Causa de Muerte en Niños Pequeños. Caracas: Every Woman Every Child.
- Uría RM, Rodríguez A, Yanes M, & Castillo . (2018). Caracterización del Neonato bajo peso hijo de madre adolescente. *Rev Cuba Obstet Ginecol*, 44(1), 1-10.

**CITAR ESTE ARTICULO:**

Ortega Reyes, V. Ángel, Ocampo Moreira, P. O., Ortega Reyes, M. D., & Villamar Beltrán, V. A. (2020). Factores de riesgo de parto pretérmino en pacientes menores de 25 años en el hospital básico de Baba, 2019. *RECIAMUC*, 4(4), 226-237. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(4\).noviembre.2020.226-237](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(4).noviembre.2020.226-237)

