



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Informe final de investigación previo a la obtención del título de licenciatura en enfermería

TRABAJO DE TITULACIÓN

Prevención de la amenaza de parto pretérmino en Latinoamérica

Autor: Yaucan Pinduisaca Jessica Belén

Tutora: Elsa Graciela Rivera Herrera

Riobamba – Ecuador

2020

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación de título: **Prevención de la amenaza de parto pretérmino en Latinoamérica**, presentado por Yaucan Pinduisaca Jessica Belen; dirigida por la Lcda. Rivera Herrera Elsa Graciela MsC.

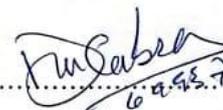
Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo. Para lo expuesto firman:

MsC. Cielito del Rosario Betancourt Jimbo

Firma: .....

Presidente del tribunal

Dr. Leonel Rodríguez Álvarez

Firma: .....
6.12.2017

Miembro del tribunal

MsC. Viviana Del Rocío Mera Herrera

Firma: .....

Miembro del tribunal

MsC. Rivera Herrera Elsa Graciela

Firma: .....

Tutora

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Certifico que el presente proyecto de investigación previo a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería con el tema: “Prevención de la amenaza de parto pretérmino en Latinoamérica”, elaborado por Yaucan Pinduisaca Jessica Belén con CI 0604626960, y asesorada por Elsa Graciela Rivera Herrera, en calidad de tutora; por lo que certifico que se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es todo en cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Atentamente:

ELSA GRACIELA RIVERA HERRERA
Firmado digitalmente por ELSA GRACIELA RIVERA HERRERA
Fecha: 2021.06.21 20:31:34 -05'00'

Lic. Elsa Graciela Rivera Herrera MsC.

TUTORA

CI. 0501375117

DERECHO DE AUTORÍA

El contenido del presente proyecto de investigación, corresponde exclusivamente a la señorita Yaucan Pinduisaca Jessica Belén con CI: 0604626960, como responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el presente trabajo de proyecto de investigación titulado: **Prevención de la amenaza de parto pretérmino en Latinoamérica**, y de la tutora Lcda. Rivera Herrera Elsa Graciela MsC. Los textos constantes en el documento que provienen de otra fuente, están debidamente citados y referenciados. El patrón intelectual del mismo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.

Como autora, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación.

Atentamente:



Yaucan Pinduisaca Jessica Belen

CI: 0604626960

Correo: jbyaucan.fse@unach.edu.ec

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Nacional de Chimborazo por brindarme la oportunidad y abrirme las puertas para el logro de los objetivos planteados en mi crecimiento personal, en especial a todos los docentes de la Carrera de Enfermería, por su labor y dedicación en nuestra formación profesional. Mi sincero agradecimiento a la Máster Graciela Rivera, tutora de la presente revisión; por su trascendental colaboración en todo el proceso investigativo, quien con su conocimiento, dirección y enseñanza permitió el desarrollo de mi trabajo.

Jessica

DEDICATORIA

Con infinito amor a mi familia, por ser un pilar fundamental, en el camino de mi formación personal y profesional, en especial a mis padres y maestros por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad. Hoy cumplimos un objetivo más; gracias por ser mi ejemplo, mi inspiración y fuente de amor incondicional.

Jessica

INDICE

| | |
|--|------|
| ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL..... | II |
| ACEPTACIÓN DEL TUTOR..... | III |
| DERECHO DE AUTORÍA..... | IV |
| AGRADECIMIENTO..... | V |
| DEDICATORIA..... | VI |
| RESUMEN..... | VIII |
| ABSTRACT..... | IX |
| CAPITULO I. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| CAPITULO II: METODOLOGÍA..... | 8 |
| CAPITULO III. DESARROLLO..... | 11 |
| TRIANGULACIÓN..... | 14 |
| Tabla 1. Factores de riesgo en amenaza de parto pretérmino y complicaciones en la paciente.. | 14 |
| Tabla 2: Diferencia de autores en cuanto a otros factores desencadenantes de la amenaza de parto pretérmino. | 22 |
| Tabla 3. Diagnósticos de Enfermería NANDA-Intervenciones NIC/acciones de promoción y prevención según autores. | 22 |
| CONCLUSIONES..... | 29 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 30 |

RESUMEN

La amenaza de parto pretérmino (APP) constituye un problema para la Salud Pública, debido al gran impacto social, económico y emocional que representa en los grupos familiares. En la mayoría de los casos el inicio de trabajo de parto prematuro es de origen multifactorial (síndrome), siendo la causa más importante de la morbilidad perinatal. Actualmente la prevención es considerada como la herramienta primordial del equipo multidisciplinario de salud, autores determinan que empleado de una manera oportuna se podrá conseguir reducir las afecciones materno-fetales derivadas de esta patología.

Se realizó una investigación bibliográfica con el objetivo de analizar evidencia científica disponible acerca de las intervenciones oportunas para la prevención de amenaza de parto pretérmino, mediante la recopilación de información de documentos científicos nacionales e internacionales publicados en páginas indexadas como: Scielo, Pubmed, Proquest,, Elsevier, Dialnet, Medgraphic Dspace y visitas en sitios webs oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), publicados en el periodo 2016-2020, se seleccionaron varios documentos, de los cuales se tomaron 74 artículos para el análisis respectivo y la triangulación para de esta manera obtener información pertinente.

Se identificaron las principales intervenciones de enfermería, según los criterios de los diferentes autores y se determinó una relación con las taxonomías NANDA y NIC, las intervenciones que se destacan son: acciones destinadas a la promoción y prevención de la APP y el reconocimiento oportuno de los factores de riesgo desencadenantes de esta patología.

Palabras clave: Parto pretérmino, prevención, factores de riesgo.

ABSTRACT

The threat of preterm birth (TPB) constitutes a problem for Public Health due to the tremendous social, economic, and emotional impact it represents on family groups. In most cases, the onset of preterm labor is multifactorial in origin (syndrome), the most important cause of perinatal morbidity and mortality. Currently, prevention is considered the primary tool of the multidisciplinary health team. Authors determine that employed promptly; it will be possible to reduce maternal-fetal conditions derived from this pathology.

Bibliographic research was carried out with the aim of analyzing available scientific evidence regarding appropriate interventions for the prevention of preterm birth. The researcher collected information from national and international scientific documents published in indexed pages such as Scielo, Pubmed, Proquest, Elsevier, Dialnet, and Medgraphic Dspace. The researcher also used official websites of the World Health Organization (WHO) and the Ministry of Public Health of Ecuador (MSP). This study considered updated publications from 2016 to 2020; several documents were selected, of which 74 articles were taken for the respective analysis and triangulation to obtain pertinent information.

According to the criteria of the different authors, the main nursing interventions were identified, and a relationship with the NANDA and NIC taxonomies was determined. The interventions that stand out are those aimed at promoting and preventing PPP and the timely recognition of the triggering risk factors for this pathology.

Keywords: Preterm birth, prevention, risk factors.

Reviewed by: MsC. Adriana Cundar Ruano, Ph.D.
ENGLISH PROFESSOR
c.c. 1709268534

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al parto pretérmino como aquel que ocurre antes de las 37 semanas completas de embarazo. El límite inferior entre parto prematuro y aborto es, de acuerdo a la OMS, 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de longitud céfalo-nalgas.⁽¹⁾ Gabriela Quirós González y colaboradores manifiestan que la amenaza de parto pretérmino, consiste en la presencia de contracciones uterinas regulares asociadas a modificaciones cervicales, que ocurren después de las 20 y antes de las 37 semanas de gestación.⁽²⁾

La mayoría de los partos pretérmino suceden entre las 34 y 37 semanas de gestación, alrededor de un 5% ocurre antes de las 28 semanas; un 15% entre las 28 y 31 semanas, y aproximadamente el 20% entre las 32 y 34 semanas, siendo la causa más importante de morbilidad y mortalidad perinatal, en tanto la incidencia mundial del parto pretérmino es de 9,6% del total de los partos, la OMS reporta a pesar del avance en la atención de las mujeres embarazadas la mortalidad perinatal continúa creciendo y representa el 75 por ciento de mortalidad infantil en América Latina y el Caribe.⁽¹⁾

La amenaza de parto pretérmino constituye un problema de Salud Pública, debido a que representa costos económicos, emocionales de gran impacto en adolescentes, grupos familiares y sociedad. Al respecto Fernando Althabe, Guillermo Carroli y colaboradores, actualmente sustentan que la prevención y la detección precoz de la amenaza de parto pretérmino son la principal herramienta que disponen los profesionales de la salud para evitar que las gestantes puedan ser víctimas de mayores afectaciones en su salud.⁽¹¹⁾

Ugalde-Valencia⁽¹³⁾ identificó mediante un estudio de caso que la edad, el estado nutricional, hábitos tóxicos, edad materna, las infecciones vaginales y urinarias incrementan dos veces el riesgo en adolescentes, entre un 8%-24% de mujeres con síntomas subjetivos desarrollan la situación clínica; las gestantes adolescentes tienen mayor riesgo de complicaciones obstétricas.

Es importante tener en cuenta que la sintomatología de la amenaza de parto pretérmino es muy imprecisa y muchos de estos síntomas han sido asignados de manera empírica a parto pretérmino inminente. Por consiguiente el profesional de enfermería desempeña un papel fundamental, en el cuidado holístico y humano con responsabilidad, con el objetivo de obtener en el menor tiempo posible mejoras mediante intervenciones especiales e individualizadas en cada paciente que atraviese dificultades en su salud, incluyendo el apoyo, confort y manteniendo una relación óptima entre enfermera/o-paciente y familia, tomando en cuenta la participación en la promoción, prevención y tratamiento de la mujer gestante con amenaza de parto pretérmino.⁽⁷⁾

La OMS estima que cada año a nivel mundial nacen 15 millones de niños antes de llegar a término, es decir, más de uno por cada diez nacimientos. Cada año mueren aproximadamente un millón de niños prematuros debido a complicaciones en el parto. Varios de los que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje, problemas visuales y auditivos.⁽³⁾

En general en América Latina no existen estadísticas confiables sobre el parto pretérmino, pero se estima que la frecuencia global supera el 10% del total de nacidos vivos. Esto se explica por las diferencias en el nivel socioeconómico y educacional entre los países desarrollados y los que están en vías de serlo; diferencia que se traduce en la cantidad y calidad de recursos destinados a la prevención y tratamiento del parto pretérmino. La prematuridad constituye un síndrome, es decir, un conjunto de signos y síntomas que ocurren juntos, pero basados en etiologías diferentes.⁽¹⁰⁾

Rosa Mercedes Castillo Sigüencia y colaboradores destacan el progreso en los cuidados prenatales en las últimas décadas, en especial la detección del embarazo de alto riesgo ha logrado disminuir la mortalidad materna, sin embargo, es poco lo que se ha logrado disminuir en la frecuencia de prematurez. Una identificación oportuna de los factores de riesgo de parto pretérmino es vital para instruir un adecuado tratamiento.⁽⁴⁾

La amenaza de parto pretérmino es considerada como un desafío para la Salud Pública por las altas tasas de morbilidad neonatal y las secuelas que podrían presentar en el futuro, además representa preocupación para los servicios de salud y familia. Las directrices de la OMS refieren que la prevención de las complicaciones y las muertes debidas al parto

prematureo comienza con un embarazo saludable; atención de calidad antes, durante y entre embarazos lo que garantizará que la gestación sea una experiencia positiva para todas las mujeres. ⁽⁵⁾

Del mismo modo, la atención prenatal incluye intervenciones preventivas para evitar el parto pretérmino, entre ellas constan: el asesoramiento en la dieta saludable, la nutrición óptima, la información acerca de las consecuencias de los hábitos tóxicos; la importancia de los controles prenatales que determinan la edad gestacional y ayudan a detectar los embarazos múltiples. ⁽⁵⁾ Es importante destacar las directrices de la OMS organismo que sugiere que la paciente debe tener un mínimo de ocho contactos con profesionales sanitarios a lo largo del embarazo, a fin de identificar y tratar factores de riesgo.

Franco Joicy, ⁽⁷⁾ hace referencia a la teorizante Nola Pender como un modelo para brindar un cuidado holístico; en especial enfermería profesional que deberá centrarse en alcanzar el óptimo bienestar de la gestante, basándose en la consejería, promoción de hábitos saludables, reconociendo su cultura su condición socioeconómica y otros factores predisponentes a la amenaza de parto pretérmino; además debe resaltarse la necesidad e importancia de los controles prenatales, empoderando a la embarazada de su proceso y del autocuidado que requiere para prevenir las posibles causas de la amenaza de parto pretérmino y las complicaciones durante el período de gestación.

Débora Milena Álvarez-Yañez y Cindy Lorena Pérez-Bayona, definen la amenaza de parto pretérmino como la situación en que las contracciones uterinas, de frecuencia e intensidad progresiva, permiten la dilatación del cuello uterino antes de las 37 semanas de gestación. ⁽⁶⁾ La tasa de nacimientos prematuros en 184 países es de 5% - 18% y más del 80% ocurren entre las 32 y 37 semanas de gestación. ⁽³⁾

El parto pretérmino está asociado a variables sociobiológicas, historia obstétrica y complicaciones del embarazo actual. Se pueden distinguir las condiciones maternas, obstétricas o fetales que llevan al parto pretérmino. Se han relacionado con estos factores demográficos entre los que se incluyen: la edad materna (mujeres menores de 15 y mayores de 35 años), si hubo parto pretérmino previo y condiciones asociadas con el estilo de vida, como el bajo nivel socioeconómico, el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, la desnutrición crónica, así como la falta de atención prenatal, el acceso educativo, las

relaciones familiares, el entorno afectivo y la estabilidad emocional, las cuales son diferentes entre gestantes adolescentes y adultas.⁽¹¹⁾

Luis Alfonso Mendoza Tascón, Diana Isabel Claros Benítez, Laura Isabel Mendoza Tascón, Martha Deyfilia Arias Guatibonza, Claudia Bibiana Peñaranda Ospina, consideran actualmente al parto pretérmino (PPT) como un síndrome y no una patología como tal.⁽⁸⁾ Por tanto, postulan un origen multifactorial; no existe consenso acerca de las causas que puedan originar un parto pretérmino, por lo cual lo dividen en dos subgrupos:

- 1. Parto pretérmino espontáneo:** Inicio espontáneo del trabajo de parto o después de la ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO) antes de las 37 semanas de gestación.
- 2. Parto prematuro indicado por un proveedor de salud:** Inducción del trabajo de parto o parto por cesárea antes de las 37 semanas de gestación completas por indicaciones maternas, obstétricas o fetales.

Sin embargo, Gabriela Quirós González, Raúl Alfaro Piedra, Mariela Bolívar Porras, Natalia Solano Tenorio, plantean una etiología en la cual las recientes experiencias clínicas refieren que existen 4 procesos primarios que desencadenan un parto prematuro:

- Activación prematura del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal materno o fetal: este puede activarse debido a situaciones de estrés mayor, tanto emocional como físico.
- Infección o respuesta inflamatoria exagerada: infección del tracto urinario, flora bacteriana vaginal anormal, enfermedad periodontal o corioamnionitis.
- Hemorragia decidual: puede manifestarse como sangrado transvaginal o ser oculta, produciendo un hematoma retroplacentario; además, a menudo se acompaña también de un proceso inflamatorio.
- Distensión uterina patológica: debido a gesta múltiple, polihidramnios u otras condiciones. Esto lleva al estiramiento de las uniones en hendidura lo cual conlleva a un aumento de receptores de oxitocina, citoquinas proinflamatorias y prostaglandinas.⁽¹²⁾

Los procesos descritos generalmente ocurren simultáneamente; sin embargo, cada uno tiene una característica bioquímica única. Estos procesos convergen en una vía final común en donde se produce liberación de mediadores bioquímicos, aumento de proteasas y uterotoninas de membranas fetales y decidua. Por consiguiente, se produce el inicio de las

contracciones uterinas con modificaciones del cérvix, con o sin ruptura prematura de membranas, y finalmente se desencadena el parto prematuro.⁽⁹⁾

Los criterios diagnósticos de trabajo de parto prematuro según las guías conjuntas de cuidado perinatal de la American Academy of Pediatrics y American College of Obstetricians and Gynecologists⁽¹²⁾ son: contracciones uterinas dolorosas (4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos), acompañadas de cambios cervicales (borramiento cervical de al menos 80% o dilatación mayor o igual a 2 cm).

El síntoma de amenaza de parto pretérmino es una de las causas más frecuentes de hospitalización durante el embarazo. En una revisión sistemática se encontró que alrededor del 28 % de los casos las contracciones cesan espontáneamente.⁽¹⁴⁾ Otros autores han reportado que alrededor del 50% de los ingresos por este diagnóstico terminan en un parto a término.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

Las intervenciones sugeridas y coincidentes de los autores mencionados, con efecto probado para la prevención del parto prematuro se agrupan en el periodo preconcepcional y en la atención prenatal. Se desarrollan a:

- **Nivel primario:** se refiere a todas aquellas acciones que se realicen a fin de eliminar o disminuir los factores de riesgo en la población general sin antecedentes de nacimiento pretérmino. Las intervenciones se desarrollan en etapa preconcepcional o en el embarazo.
- **Nivel secundario:** son acciones de diagnóstico tempranos y prevención de enfermedades recurrentes en personas con riesgo demostrado. Es decir, aquellas pacientes que ya presentaron un embarazo con amenaza de parto pretérmino o que presentan otros factores de riesgo.
- **Nivel terciario:** son las acciones destinadas a reducir la morbilidad y la mortalidad después de que se ha producido el daño. Es decir, una vez que se ha desencadenado una amenaza de parto pretérmino o un trabajo de parto pretérmino.⁽¹⁸⁾

Cabe destacar que las acciones de prevención están destinadas principalmente a detectar condiciones de salud general que puedan ser optimizadas desde una perspectiva reproductiva tales como corregir hábitos alimentarios y controlar/prevenir sobrepeso, los hábitos tóxicos y obesidad aumenta el riesgo de desencadenar el parto prematuro entre otros.

El proceso de embarazo es una experiencia única, pero a su vez un proceso fisiológico complejo, el resultado ideal es un embarazo a término sin intervenciones innecesarias, el nacimiento de un niño sano, y un período de posparto saludable en un ambiente positivo que apoye las necesidades físicas y emocionales de la madre, el recién nacido y la familia.⁽¹⁹⁾

La amenaza de parto pretérmino genera incertidumbre en la gestante por el desconocimiento de la enfermedad y por la desconfianza hacia el personal de salud. El eje principal del cuidado es la disminución de factores estresantes para asumir la incertidumbre positivamente, logrando un afrontamiento individual y familiar.⁽⁴⁾

Ante un cuadro de trabajo de parto pretérmino, es necesario que la mujer sea acogida, tenga una asistencia adecuada y reciba información sobre su estado de salud, así como medidas de enfermería preventivas y cómo proceder en caso de emergencia. También, es esencial que el profesional pueda identificar precozmente factores de riesgo tomando en cuenta las características de las gestantes y que reciba un adecuado acompañamiento prenatal, además de la toma de decisiones eficaz ante las interocurrencias. El inicio de un parto pretérmino, puede estar significativamente asociado a la calidad de la atención ofrecida a las gestantes, así como la conducta de cada profesional implicado.⁽²⁰⁾

El proceso resolutivo del equipo profesional que asiste ese momento en la vida de las mujeres debe ser compartido con ellas y las familias. Para que ese momento sea decidido con seguridad, es necesario que exista el intercambio y comprensión de las informaciones pertinentes al proceso de selección. Un individuo que comprende el proceso de vivencia y se siente partícipe, contribuye a un mejor enfrentamiento de sus condiciones de salud. El profesional debe dejar de ser el poseedor del saber y compartir con las personas involucradas, además de emplear un lenguaje que sea accesible a la realidad de las mujeres.⁽²¹⁾

El control prenatal representa un importante aliado de la reducción de los índices de parto prematuro, no obstante el solo cumplimiento de estos controles no garantiza la calidad de atención, pues se requiere que, en cada visita se desarrolle un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud multidisciplinario brinda a la embarazada con la finalidad de identificar los factores de riesgo y enfermedades que pueden complicar el proceso fisiológico normal del embarazo e implementar medidas oportunas que contribuyan a su prevención.⁽²²⁾

La Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal del Ministerio de Salud Pública del Ecuador determina la atención a la salud materno-infantil como una prioridad cuyo objetivo principal es prevenir las complicaciones en el embarazo en base a un diagnóstico oportuno y la atención adecuada. Debe ser de fácil acceso para todas las embarazadas e individualizado en relación con su entorno comunitario y familiar, las intervenciones que se realice en el periodo prenatal deben ser efectivas y aceptadas por la paciente.⁽²²⁾

Esta guía consta de aspectos relevantes relacionados con los profesionales de enfermería capacitados, pero no describen como tales dichas intervenciones, sin embargo, participa activamente con el equipo multidisciplinario en la detección temprana de pacientes con riesgo de complicaciones en el transcurso del embarazo.

En consecuencia, el abordaje de la investigación tendrá como objetivo, analizar evidencia científica disponible acerca de las intervenciones oportunas para la prevención de la amenaza de parto pretérmino, mediante determinación de las principales coincidencias y diferencias de autores respecto a factores de riesgo del parto pretérmino y sistematización de la documentación de diversas referencias bibliográficas actualizadas.

Por lo tanto, en el presente estudio se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las actividades de enfermería que permiten prevenir/actuar sobre los factores de riesgo en la amenaza de parto pretérmino?

La investigación se enfoca en determinar los principales factores de riesgo que desencadenan el parto pretérmino, las medidas de prevención e identificar las intervenciones de enfermería más relevantes y prioritarias que se aplican a pacientes con riesgo de APP mediante la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NOC) y la taxonomía Nurse Intervention Clasification (NIC); destacando las coincidencias de los autores en la prevención de la APP; de la misma manera incluyendo actividades para cada una de las intervenciones que contribuyan a la promoción y prevención de la amenaza de parto pretérmino.

CAPITULO II: METODOLOGÍA

Se presenta un estudio documental con el objetivo de analizar evidencia científica disponible acerca de las intervenciones oportunas para la prevención de amenaza de parto pretérmino, ejecutada entre los meses abril-agosto del 2020. Se realizó una revisión sistemática de documentos publicados en las bases de datos electrónicos, sitios vinculados con los temas de salud como: Scielo, Pubmed, Proquest,, Elsevier, Dialnet además de organismos nacionales e internacionales. Para la búsqueda de información se utilizaron las siguientes palabras clave y booleanos.

- Parto pretérmino
- Factores de riesgo and parto pretérmino
- Prevención and parto pretérmino
- Manejo del parto pretérmino

También se consultaron las siguientes páginas web:

- Organización Mundial de la Salud
- Organización Panamericana de la Salud
- Repositorios Universitarios

La población de estudio está conformada por 108 artículos científicos los cuales abordan la temática de prevención de parto pretérmino publicados en revistas indexadas en bases regionales y de impacto mundial, publicados en el periodo 2016-2020.

Para la selección de la muestra se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Restricción del tiempo: desde el 2016 hasta el 2020
- Documentos en cualquier idioma
- Artículos de texto completo

La misma estuvo constituida por 75 publicaciones: 12 en Scielo, 5 en Proquest, 1 en Elsevier, 6 en Dialnet, 1 en la Revista DeCiencia em Foco, 1 en la revista Médica Sinergia, 2 en la revista Mundo de la Investigación y Conocimiento, 1 en la revista Médica Instituto Mexicano, 1 en la revista Colombia, 1 en la revista La Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición, 1 en la revista Hospital Clínico Universidad de Chile, 3 en la revista Salud, 1 en la revista DeCiencia em Foco, 1 en la revista Universidad Católica del Norte, 1 en la revista Biomédica, 2 en la revista de la Facultad de Medicina Humana, 1 en la revista Enfermería Investiga, 1 en la revista Ciencia UNEMI, 1 en la revista Colomb Obstet Ginecol, 1 en la

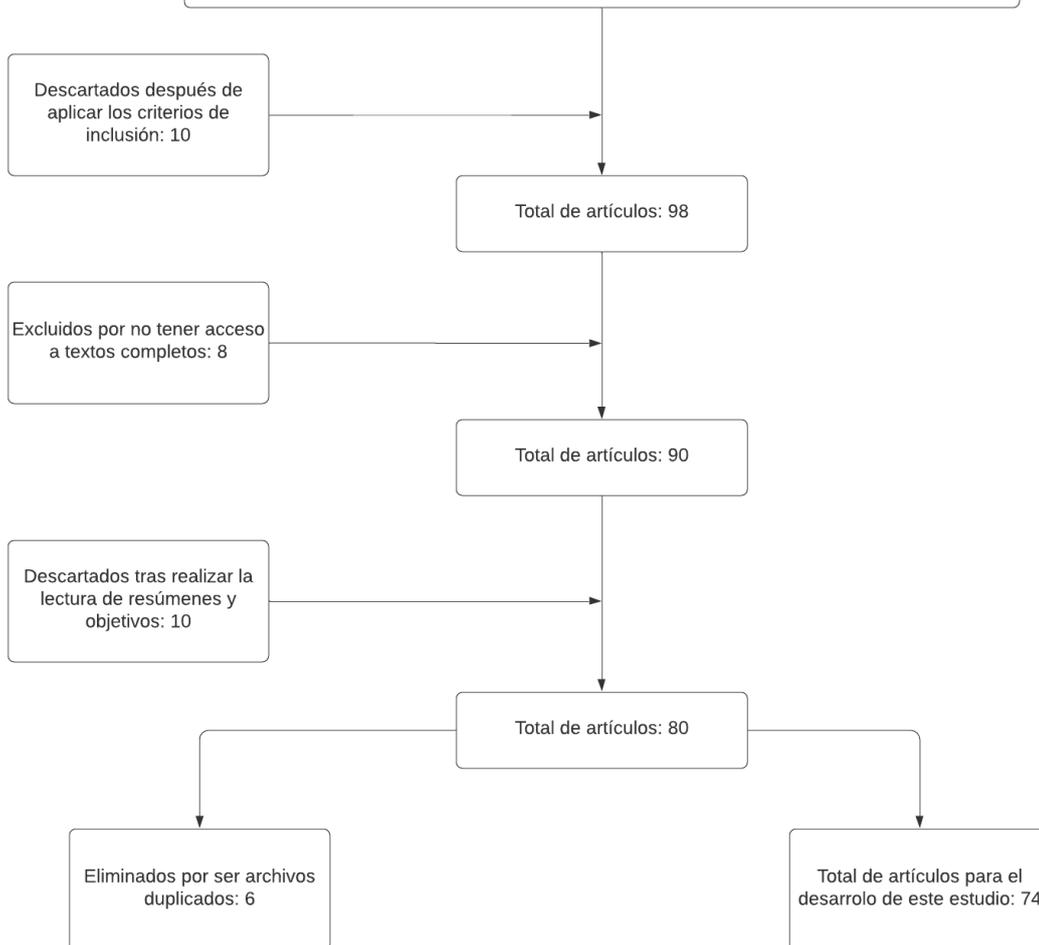
revista Medigraphic, 1 en la revista Obstetrics Gynecology, 1 en la revista Latino Americana de Enfermagem, 1 en la revista Obstet Ginecol Venezuela, 1 en la revista Colombia Enfermería, 2 en la revista Salud Uninorte, 1 en la revista Biociencia, 1 en la revista Panamericana de Salud Pública, 1 en la revista Salud Ciencia, 1 en la revista Enfermera, 1 en la revista Médica, 1 en la revista Acta Medica del Centro, 1 Organización Mundial de la Salud, 1 Fuente DEIS Ministerio de Salud de la Nación. Secretaría de Políticas, 1 del libro Obstetricia Integral. Siglo XXI. Tomo 2, 1 del libro Research for Nursing 2015, 1 Guía del Instituto Guatemalteco de seguridad social, 1 Guía Ministerio de salud presidencia de la Nación, 2 en el repositorio Universidad Privada Antenor Orrego, 1 en el repositorio de la Universidad Valladoild, 1 en el repositorio de la Universidad de Guayaquil, 2 en el repositorio de la Universidad Nacional Federico Villarreal, 1 en el repositorio de la Universidad Peruana los Andes, 2 en el repositorio de la Universidad de Babahoyo, 1 en el repositorio de la Universidad Sergio Bernales.

Una vez delimitada los criterios de inclusión, se descartaron aquellos documentos que no respondían a los objetivos de este estudio.

Para el análisis se procedió a sintetizar los datos en tablas y subsecuentemente se realizó la comparación entre los resultados referidos por distintos autores y emitir conclusiones. El algoritmo de búsqueda bibliográfica siguió la formulación siguiente:

Scielo(32), Proquest(15), Elsevier(10), Dialnet(7), Revista DeCiencia em Foco(3), Revista Médica Sinergia(1), Revista Mundo de la investigación y conocimiento(2), Revista Médica Instituto Mexicano(1), Revista Colombia(1), Revista La Ciencia al servicio de la Salud y la Nutrición(1), Revista Hospital Clínico Universidad de Chile(1), Revista salud(3), Revista DeCiencia em Foco(1), Revista Universidad Católica del Norte(1), Revista Biomédica(1), Revista de la Facultad de Medicina Humana(2), Revista Enfermería Investiga(1), Revista Ciencia UNEMI(1), Revista ColombObstet Ginecol(1), Revista Medigraphic(1), Revista Obstetrics Gynecology(1), Revista Latino Americana de Enfermagem(1), Revista Obstet Ginecol Venezuela(1), Revista Colombia Enfermería(1), Revista Salud Uninorte(2), Revista Biociencia(1), Revista Panamericana de Salud Pública(1), Revista Salud Ciencia(1), Revista Enfermera(1), Revista Médica(1), Revista Acta Medica del Centro(1), Organización Mundial de la Salud(1), Fuente DEIS Ministerio de Salud de la Nación. Secretaría de Políticas(1), libro Obstetricia Integral. Siglo XXI. Tomo 2(1), libro Research for Nursing 2015(1), Guía del Instituto Guatemalteco de seguridad social(1), Guía Ministerio de salud presidencia de la Nación(1), Repositorio Universidad Privada Antenor Orrego(2), Repositorio de la Universidad Valladolid(1), Repositorio de la Universidad de Guayaquil(1), Repositorio de la Universidad Nacional Federico Villarreal(2), Repositorio de la Universidad Peruana los Andes(1), Repositorio de la Universidad de Babahoyo(2), Repositorio de la Universidad Sergio Bernal(1).

Total de artículos : 108



CAPITULO III. DESARROLLO

La OMS considera la morbilidad materno-infantil como un indicador del grado de desarrollo social y económico de un país, por lo cual la salud reproductiva es una prioridad sanitaria. En la actualidad, la salud de la madre continúa siendo un problema en la mayoría de los países en vías de desarrollo, debido a las condiciones de inequidad y vulnerabilidad en que vive la mayor parte de sus poblaciones y las deficiencias estructurales en la prestación de servicios. ⁽²⁾

Isdeky Milián Espinosa y colaboradores en su estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital Universitario Gineco-obstétrico de Santa Clara de Cuba, determinan que, el parto pretérmino constituye un problema para los especialistas en Obstetricia y en Neonatología, por las dificultades relacionadas con la fisiología, la patología y la atención de los pretérminos. Además, consideran que a pesar de los esfuerzos de los organismos de Salud en la prevención del parto pretérmino, no se ha logrado disminuir de forma significativa en el porcentaje y en la mayoría de los países, la tasa asciende. ⁽⁸²⁾

Del mismo modo, Judith Martínez Royer y Milena Pereira Peñate en su artículo titulado Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre, mencionan que todos los embarazos implican algunos riesgos, igualmente destacan la influencia que ejercen los factores sociodemográficos y gineco-obstétricos sobre la ocurrencia de la morbilidad materno-fetal. La OMS destaca que el cuidado del embarazo de manera oportuna, periódica e integral disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones tanto maternas como perinatales. ^(2,22)

Las alteraciones durante la gestación pueden ser detectadas en el control prenatal, por esta razón, los miembros del equipo de salud y, en especial, los profesionales de enfermería deben estar capacitados en reconocer, comprender y dimensionar la complejidad de este síndrome e implementar intervenciones de cuidado, destinadas primordialmente a la detección de los factores de riesgo, asesoramiento en planificación familiar y cuidado prenatal, intervenciones educativas sobre los cambios anatómicos y fisiológicos durante el embarazo, reconocimiento temprano de los signos de alarma, consejería en alimentación, actividad física, identificación del riesgo social-laboral y tamizaje oportuno de infecciones. ⁽⁸³⁾

Ciertamente, se conoce desde hace más de una década que un buen tamizaje de infecciones y tratamiento oportuno permite prevenir hasta el 44% de los partos pretérminos, del mismo modo, el asesoramiento en la planificación del embarazo permite iniciar la suplementación de micronutrientes preconceptionales, en especial el ácido fólico, puesto que, los requerimientos de folatos incrementan desde 400 a 600 ug/día para garantizar el crecimiento fetal y placentario. El déficit materno en folatos y vitamina B12 en el periodo previo a la concepción y durante el primer trimestre gestacional, está relacionado con una serie de complicaciones maternas y fetales entre ellas: preeclampsia, aborto espontaneo, parto pretérmino, bajo peso al nacer, malformaciones del tubo neural (espina bífida, anencefalia).^(9, 85)

Gran parte de la población conoce la importancia del consumo de ácido fólico durante el embarazo, pero desconocen el papel protector que ejerce antes de la fecundación, por tal motivo, el consumo debe ser un mes antes de la concepción. La inadecuada ingesta de folato ocasiona una disminución en la concentración sérica, por ello, es necesario que los valores plasmáticos de folatos en la madre deben estar suficientemente cubiertos, para garantizar su presencia en la etapa de embriogénesis y evitar defectos en la formación del tubo neural.^(84,85)

En consecuencia, la importancia del ácido fólico radica en su condición de sustancia imprescindible para el desarrollo embrionario y fetal, especialmente en la formación del sistema nervioso y cierre del tubo neural. Este proceso de embriogénesis ocurre cuando muchas mujeres no saben que ya están embarazadas, por esta razón, es importante la suplementación de ácido fólico antes de la fecundación.⁽⁸⁴⁾

Sin embargo, la implementación de estas intervenciones a la práctica sigue siendo un desafío importante de la Salud Pública; el inconveniente principal está determinado por la insuficiente educación preconceptional de la población, por ello es fundamental llevar a cabo actividades educativas desde la Atención Primaria de Salud (APS); el personal de enfermería al encontrarse en el primer escalón de atención, desempeña un papel esencial como educador sanitario para garantizar una atención de calidad.⁽⁸³⁾

Alexis Montero Aguilera y colaboradores en su artículo científico titulado Riesgos maternos asociados a la prematuridad, precisan que las causas de la amenaza de parto pretérmino no se conocen con exactitud, solo se conoce que es una entidad nosológica multifactorial, por lo cual es catalogada como un síndrome.^(70,82) Dentro de la práctica de enfermería, identificar

los factores asociados con el riesgo de amenaza de parto pretérmino desde antes del embarazo, en la concepción o durante la gestación, permite intervenir con la paciente y familiares, para establecer acciones preventivas y terapéuticas eficaces.

El análisis de las publicaciones seleccionadas, permitió la identificación de los factores de riesgo más frecuentes asociados a este síndrome, como son: distensión uterina (polihidramnios, embarazo múltiple), infecciones de vías urinarias (IVU), estado nutricional materno (bajo peso, anemia), edad materna (<18 años o > 40 años), hábitos tóxicos (tabaquismo, alcoholismo), antecedentes de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, trauma físico, sobrecarga horaria, estado emocional, periodo intergenésico corto o prolongado, anomalías uterinas, sangrado durante el segundo y tercer período del embarazo, longitud cervical, controles prenatales y la enfermedad periodontal; cada uno de ellos detallados en la Tabla 1. Factores de Riesgo en amenaza de parto pretérmino.

Según Ramírez con su artículo titulado Prevención del parto pretérmino, hace referencia que es fundamental trabajar en los factores de riesgo modificables, con la finalidad de detener o retrasar el progreso del parto pretérmino y disminuir en mayor medida las complicaciones perinatales y así poder minimizar la incidencia de este síndrome. ⁽²⁸⁾

A nivel secundario, el manejo de la amenaza de parto pretérmino, la mayoría de los autores destacan la importancia de la administración de tocolíticos, con el objetivo de alcanzar la supervivencia neonatal. Cabe destacar, que la administración de medicamentos exige al personal de salud en especial al profesional de enfermería tener conocimientos específicos y especializados, dado que son responsables directos de este proceso, atribuyéndose un papel fundamental en el cuidado de la paciente en terapia medicamentosa; las intervenciones en las cuales actúan esencialmente son: evaluación de pre-administración, verificación de dosis prescrita, vigilancia de efectos terapéuticos, identificación de efectos adversos y prevención de interacciones medicamentosas. ⁽⁸⁶⁾

Castillo Castro E, y colaboradores en su artículo científico titulado Cervicometría menor o igual a 30 mm como predictor de parto pretérmino en mujeres embarazadas peruanas, indican la administración del atosiban, (antagonista de los receptores de la oxitocina), inhiben la estimulación de esta hormona sobre el músculo liso del útero, refieren que este

fármaco debe ser administrado en bolo de 6,75 mg en un minuto, seguido de una infusión de 18 mg/hora por 3 horas; continuar a 6 mg/hora durante 45 horas (dosis máxima de 330 mg).⁽³⁵⁾

Mientras que Osorio A y colaboradores en su artículo titulado Guía farmacoterapéutica de amenaza de parto pretérmino hacen referencia a la utilización de la nifedipina como tocolítico (actúa en el músculo liso del útero inhibiendo las contracciones), la dosis inicial habitualmente utilizada es de 10 a 20 mg, seguidos de 10 mg cada 15 min, ajustando de acuerdo a la respuesta clínica de las contracciones uterinas, con un máximo de 40 mg en la primera hora y luego 20 mg cada 6-8 horas durante 48 horas.⁽²²⁾

Por consiguiente, varias evidencias actuales indican que la morbimortalidad del parto pretérmino, se puede reducir mediante acciones preventivas en todos los niveles de atención, cabe destacar que existen acciones específicas de enfermería para intervenir de manera eficaz/oportuna en la APP, por otra parte la integración de las taxonomías NANDA Y NIC , resulta de vital importancia debido a que facilitan la comunicación entre los profesionales, permitiendo comprobar la efectividad de los cuidados proporcionados a cada paciente de manera individual.⁽²⁷⁾ Estas intervenciones están descritas y detalladas por niveles de atención en la Tabla 3. Diagnósticos de Enfermería NANDA-Intervenciones NIC/acciones de promoción y prevención según autores.

TRIANGULACIÓN

Tabla 1. Factores de riesgo en amenaza de parto pretérmino y complicaciones en la paciente

| Coincidencia de autores | Factor de riesgo | Complicación en la paciente |
|--|---|--|
| 39 (3, 8, 9, 13, 20, 25, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 42, 44, 47, 48, 51, 58, 59, 61, 62, 63, 64, | Distensión uterina: polihidramnios, embarazo múltiple | La distensión uterina incrementa la contractilidad, la concentración de receptores de oxitocina en el miometrio, secreción de prostaglandinas y la expresión de conexina 43 (proteína transmembrana que permite a las células musculares comunicarse entre sí para contraerse y expandirse). |

| | | |
|--|--|--|
| 68, 69, 76, 77, 79, 80, 82, 83) | | |
| 38 (3, 5, 6, 8, 9, 10, 13, 20, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40, 41, 46, 49, 50, 51, 56, 61, 62, 64, 65, 66, 68, 69, 76, 77, 80, 82) | Infecciones de vías urinarias | <p>Las gestantes experimentan cambios fisiológicos y anatómicos que elevan el riesgo de ITU en el embarazo, entre los factores de riesgo se encuentran: dilatación ureteral, cambios vesicales, cambios en la composición de la orina y factores hormonales.</p> <p>La alcalinización de la orina por el incremento en la excreción de bicarbonato y el aumento en la concentración urinaria de glucosa, de aminoácidos y de estrógenos facilitan el crecimiento bacteriano; dando lugar a altas concentraciones de citocinas y de prostaglandinas E2 y F2α, que son estimuladoras de la dinámica uterina.</p> <p>La infección puede darse por 3 vías: hematógena, ascendente y linfática.</p> |
| 35 (3, 5, 6, 8, 9, 10, 13, 20, 23, 25, 26, 28, 32, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 48, 50, 51, 56, 58, 59, 61, 62, 64, 74, 79, 80, 81, 82, 83) | Estado nutricional materno (bajo peso, anemia) | La anemia por deficiencia de hierro y vitamina B12 es frecuente en las gestantes, tiene repercusiones tanto maternas como en el desarrollo fetal. |
| 33 (3, 5, 9, 13, 20, 24, 25, 29, 32, 34, 35, 38, 44, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 56, | Edad materna <18 años o > 40 años | La edad materna es determinante ya que en las adolescentes y las mujeres en la etapa de premenopausia ocurren una serie de cambios biológicos y hormonales. |

| | | |
|---|---|---|
| 58, 59, 60, 61, 8, 62, 63, 73, 75, 80, 82, 83) | | |
| 33 (3, 6, 8, 9, 13, 20, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 32, 34, 36, 37, 38, 40, 41, 47, 51, 56, 59, 61, 62, 63, 64, 66, 68, 75, 76, 79, 82) | Hábitos tóxicos | Compromete el estado de salud materna como malnutrición, procesos infecciosos o estrés psicosocial. En referencia al desarrollo fetal implica malformaciones, insuficiencia placentaria, retraso del crecimiento. |
| 33 (8, 9, 25, 26, 35, 37, 38, 39, 51, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 66, 68, 79, 81, 82, 83) | Antecedentes de Parto pretérmino espontaneo | La incompetencia cervical está relacionada con la incapacidad del cuello uterino para mantener su rigidez propia, ocasionado por una dilatación pasiva y progresiva, por una deficiencia de colágeno o elastina u otro componente estructural, sumado al peso que ejerce el feto y anexos ovulares. Esta condición es causa de aborto en el segundo trimestre y parto prematuro. Está relacionada con antecedentes de legrados uterinos, mal formaciones uterinas, conización cervical, partos operatorios vaginales y mujeres primíparas. |
| 28 (3, 5, 8, 10, 13, 20, 25, 27, 29, 30, 32, 33, 40, 46, 48, 50, 52, 56, 61, 62, 63, 64, 68, 75, 76, 77, 79, 82) | Ruptura prematura de membranas | Existen diversos agentes: infecciosos, hormonales, isquemia placentaria, distensión de membranas, tabaquismo; que pueden modificar la morfología de las membranas, favoreciendo la formación de un sitio de rotura a nivel supracervical antes del inicio del trabajo de parto. |
| 25 | Preeclampsia | Se desarrolla a partir de la placentación anormal, este proceso conduce a la |

| | | |
|--|-----------------------|--|
| | Estrés emocional | <p>prolongada incrementan la APP y abortos espontáneos.</p> <p>Durante el embarazo se generan una serie de cambios fisiológicos (en especial en el segundo y tercer trimestre) que tienen como consecuencia un aumento de la hormona cortisol en el torrente sanguíneo, este aumento es debido a la estimulación de los estrógenos y por la liberación de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) por la placenta, de esta manera se crea un ciclo de retroalimentación positiva entre la placenta y la hipófisis anterior, por lo cual se altera el equilibrio del eje hipotálamo-hipófisis -adrenal.</p> <p>Este mecanismo se traduce en un aumento de la presión sanguínea, irritabilidad uterina, disminución de la función placentaria y deterioro de la circulación utero-placentaria con un incremento de la actividad uterina.</p> |
| <p>14 (3, 13, 20, 24, 26, 28, 32, 36, 47, 50, 53, 61, 79, 83)</p> | Periodo intergenésico | <p>Estudios recomiendan que el tiempo de transición entre un embarazo y el siguiente, sea por parto vaginal o cesárea no sea menor a 18 meses y tampoco mayor a 60 meses.</p> <p>El periodo intergenésico corto (PIC) está relacionado con condiciones no adecuadas o desfavorables para la reproducción, relacionada con la regresión fisiológica, disminución de reservas de folatos, anemia materna y falta de regulación hormonal.</p> <p>El periodo intergenésico prolongado (PIP) suele producir problemas de vascularidad a</p> |

| | | |
|--|---|---|
| | | <p>causa de la rigidez de las arterias espiraladas uterinas.</p> <p>La OMS establece que el periodo intergenésico óptimo es de 18 a 27 meses como mínimo, con el objetivo de reducir complicaciones materno-fetales.</p> |
| <p>10 (13, 29, 36, 51, 59, 62, 64, 65, 76, 82)</p> | <p>Anomalías uterinas</p> | <p>Las mal formaciones uterinas se reportan en una gran variedad de formas, estas anormalidades pueden presentarse de manera asintomática, en otros con hemorragia uterina anormal, abortos recurrentes espontáneos o infección.</p> |
| <p>11 (3, 13, 20, 32, 41, 56, 62, 64, 66, 79, 82)</p> | <p>Sangrado durante el segundo y tercer periodo de embarazo</p> | <p>La placenta previa es la mayor causa de hemorragia, seguido por el desprendimiento prematuro de placenta normoinserata, es una causa de morbimortalidad materno-fetal.</p> <p>La placenta previa es definida como la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero; factores etiológicos ovulares y maternos intervienen en su desarrollo. Se presenta un sangrado indoloro rojo brillante debido a la formación del segmento uterino inferior, cuya constitución por deslizamiento de sus capas no pueden ser seguidas por la placenta insertada a ese nivel, que se desprenden en parte, ocasionando roturas vasculares responsables de la hemorragia.</p> <p>Este sangrado irrita el útero y origina contracciones incrementando el sangrado. El</p> |

| | | |
|-----------|-------------------|---|
| | | <p>inicio del parto y descenso de la presentación fetal incrementa la dilatación cervical.</p> <p>El desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta, corresponde a la separación total o parcial de la placenta desde su inserción normal en la pared uterina; ocurre antes de las 36 semanas de gestación, existen diversos factores de riesgo asociados a esta patología entre ellos la enfermedad placentaria crónica por anomalías en el desarrollo temprano de las arterias espiraladas, lo cual conlleva a una necrosis en la decidua activándose un proceso inflamatorio, disrupción sanguínea y por último provocando una hemorragia de color rojo brillante o rojo oscuro y el particular dolor abdominal (abdomen en tabla).</p> <p>Se caracteriza por presentar un hematoma retroplacentario con frecuencia produce un compromiso hemodinámico materno-fetal, el signo semiológico característico es la contractura uterina (contracción uterina sostenida y dolorosa) estimulada por los productos de la cascada de coagulación(trombina).</p> <p>Existen diversos factores de riesgo asociados con esta patología entre ellos: los trastornos hipertensivos del embarazo, antecedentes de desprendimiento placentario, sobredistensión uterina, traumatismos abdominales y hábitos tóxicos.</p> |
| 10 | Longitud cervical | Una longitud cervical <25 mm es un predictor de parto pretérmino. |

| | | |
|---|-------------------------------|--|
| <p>(9, 13, 25, 28, 29, 35, 38, 39, 66, 67)</p> | | <p>El reblandecimiento o maduración cervical inicia poco después de la concepción y se produce gradualmente durante el embarazo, su estructura rígida se remodela y se torna distensible. El ácido hialurónico es uno de los más importantes en el proceso de maduración cervical al inicio del trabajo de parto, puesto que aumenta sustancialmente.</p> <p>Las metaloproteinasas cambian la distribución y organización del colágeno, ambas preceden el proceso de maduración cervical, tanto en parto a término como pretérmino.</p> <p>Autores determinan diversas causas del acortamiento cervical, en las cuales se incluyen alteraciones congénitas, iatrogénicas y causas patológicas.</p> |
| <p>10 (6, 3, 15, 19, 24, 30, 31, 39, 40, 46)</p> | <p>Controles prenatales</p> | <p>Los controles prenatales insuficientes incrementan el índice de riesgo de parto pretérmino.</p> <p>Además, el control prenatal debe estar combinado los cuidados prenatales, enseñanza para el manejo de las contracciones y las etapas del parto, visitas domiciliarias por el personal de salud y consejería nutricional permanente.</p> |
| <p>9 (13, 26, 28, 37, 50, 53, 66, 79, 82)</p> | <p>Enfermedad periodontal</p> | <p>Los microorganismos que inducen la enfermedad periodontal estimulan la liberación de prostaglandinas E1, E2, lo que produce la activación miometrial.</p> |

Tabla 2: Diferencia de autores en cuanto a otros factores desencadenantes de la amenaza de parto pretérmino.

| Coincidencia de autores | Factor de riesgo | Complicación en la paciente |
|--|-----------------------------|---|
| <p style="text-align: center;">15</p> <p>(4, 8, 9, 13, 27, 28, 34, 36, 41, 49, 50, 56, 75, 78, 79),</p> | <p>Vaginosis Bacteriana</p> | <p>Estos autores determinan que el factor causante para la amenaza de parto pretérmino es la vaginosis bacteriana.</p> <p>La barrera encargada de impedir el desarrollo intravaginal de patógenos es la flora de la mucosa vaginal, formada por distintas especies de bacterias (lactobacillus vaginalis o acidophilus) responsables de la acción bactericida y mantenimiento del pH ácido (4,0 a 4,5), resultante de la fermentación láctica del glucógeno de las células epiteliales de la mucosa inhibiendo así el crecimiento de las bacterias anaerobias e incluso virus.</p> <p>Desde el inicio de la gestación la vagina experimenta cambios fisiológicos importantes como: incremento de la vascularización, mayor distensibilidad y aumento del flujo vaginal, provocado especialmente por el aumento de las hormonas(estrógeno).</p> <p>En la gestante uno de los principales factores desencadenantes de infecciones, está presidido por el desequilibrio en la concentración plasmática de glucosa.</p> <p>La Vaginosis bacteriana es causada por la disminución de los lactobacilos (afectado directamente por las hormonas), por tanto,</p> |

| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| | | <p>conlleva a un desequilibrio en el pH vaginal (> 4,7), las bacterias pueden ascender y colonizar las membranas placentarias ocasionando una disminución de las fuerzas de tensión de las mismas y ocasionar un debilitamiento de las membranas (desorganización del colágeno, depósito del material fibrinoide) secundario a la producción de metaloproteasas que desencadenan una rotura prematura de membranas.</p> |
| <p>4 (56, 9, 17, 74)</p> | <p>Etnia</p> | <p>Mientras que cuatro autores de la bibliografía revisada, estiman a la etnia como un factor predisponente para la amenaza de parto pretérmino.</p> <p>La etnia está influenciada por factores socioeconómicos y estilos de vida, así como por la genética. Según Carmichael en un estudio realizado en los Estados Unidos se comprobó que existe mayor prevalencia de partos prematuros en gestantes afrodescendientes que en gestantes blancas, ya que está relacionada con el desarrollo de varias patologías en especial la hipertensión arterial.</p> |
| <p>2 (9, 28)</p> | <p>Antecedentes de cirugía cervical.</p> | <p>Los autores Huertas y Ramírez señalan que el factor desencadenante es el antecedente de cirugía cervical.</p> <p>La incompetencia cervical es la dilatación del cérvix sin actividad uterina, que acontece durante el segundo trimestre del embarazo. Esta patología es asintomática, pero sin embargo algunas mujeres presentan síntomas</p> |

| | | |
|------------------------------|--------------------|---|
| | | <p>tempranos entre ellos: presión vaginal, sangrado y leucorrea.</p> <p>Según varios autores no se conoce con exactitud las causas de esta dilatación, aunque se relaciona con diferentes situaciones como: malformaciones congénitas, antecedentes de aborto espontaneo, desgarro durante el parto anterior, cérvix corto y embarazo múltiple.</p> <p>De tal forma el cerclaje uterino está indicado para la prevención y tratamiento de la incompetencia cervical, este procedimiento consiste en la colocación de una sutura circular en el cuello uterino, por vía vaginal con el fin de evitar la dilatación y borramiento del cuello uterino.</p> |
| <p>2 (13, 56)</p> | <p>Trombofilia</p> | <p>Dos autores señalan como factor predisponente de la amenaza de parto pretérmino es la trombofilia la cual se caracteriza por la formación de trombos en la circulación sanguínea</p> <p>Durante el embarazo existe cambios fisiológicos como anatómicos, puesto que la gestante presenta un estado protrombótico en el cual se produce cambios en el sistema circulatorio, con el objetivo de prevenir hemorragias durante el parto y puerperio. Sin embargo, la adaptación del sistema hemostático predispone a la madre a un riesgo de trombosis, debido al aumento de coagulantes (Factor VIII, Factor V, Fibrinógeno), y con niveles disminuidos de anticoagulantes naturales (proteína S, proteína C), dónde se genera cambios asociados a la</p> |

| | | |
|----------------------|---|--|
| | | estasis venoso progresivo y a la injuria endotelial de los vasos pelvianos, produciendo un parto. |
| 2 (20, 75) | Fibronectina fetal | <p>La fibronectina es una glucoproteína que se produce en el saco amniótico y la membrana interna del útero (decidua), tiene como función mantener adherido las membranas amnióticas y la decidua.</p> <p>Al inicio del embarazo esta proteína se halla en niveles bajos lo cual se considera normal, cuando esta se eleva (mayor a 50 ng/mL) debilita sus propiedades adhesivas, provocando un desprendimiento de placenta, y la liberación de esta proteína, la cual se convierte en una sustancia lubricante para el parto favoreciendo la dilatación y borramiento del cérvix.</p> |
| 1 (27) | Intervenciones quirúrgicas abdominales en el embarazo | <p>Según Dávila indica que el factor predisponente son las intervenciones quirúrgicas abdominales en el embarazo.</p> <p>Debido a ciertos cambios anatómicos y fisiológicos durante el embarazo, las gestantes presentan un riesgo en el desarrollo de patologías más frecuentes entre ellas: colelitiasis y apendicitis. La colelitiasis se presenta debido al efecto de las hormonas (estrógeno y progesterona), de tal forma que induce a una sobresaturación de la bilis, la acción de la progesterona disminuye la contracción vesicular y un aumento del volumen residual.</p> <p>Otras de las patologías más frecuentes es la apendicitis, hay que considerar que mientras el</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>feto se desarrolla el útero va creciendo, por lo que desplaza los órganos intrabdominales, de tal forma obstruye el lumen apendicular produciendo un proceso inflamatorio. Las mujeres embarazadas al ser sometidas a estas intervenciones quirúrgicas existe una mayor manipulación uterina, lo que conlleva a una aparición temprana de las contracciones uterinas, a través de un mecanismo irritativo, hace que se desarrolle un trabajo parto. Cabe destacar que el dolor post quirúrgico es un desencadenante de la actividad uterina debido a la liberación de los mediadores inflamatorios.</p> |
|--|--|--|

Ana Martines Peña Ruiz, Yessica Aracely España, determina que los Planes de Cuidados de Enfermería Estandarizados son una metodología de actuación homogenizada en la práctica asistencial, apropiada para los pacientes con problemas de salud comunes o predecibles asociados con un diagnóstico común, por ello, resulta una herramienta útil para la profesión de enfermería unificando la teoría y la práctica basada en la evidencia científica y con un lenguaje normalizado de enfermería.⁽⁸⁸⁻⁸⁹⁾

Del mismo modo esta metodología debe ser flexible y dinámica, con el objetivo de modificar las estrategias debido a que el ser humano es un ser cambiante por lo cual debe ser valorado de manera holística e individual, para no provocar un cuidado despersonalizado, aunque los autores enfatizan que no es el plan de cuidados el que provoca una despersonalización, si no la actitud de la enfermera/o quien debe tomar a los cuidados estandarizados como base, a partir de ahí permanecerá atenta a las respuestas individuales.⁽⁸⁸⁻⁸⁹⁾

Sin embargo, Cáceres, Narváez y España, consideran también importante los siguientes diagnósticos de enfermería como: Ansiedad, y riesgo de afrontamiento ineficaz, debido a que la gestante es propensa de sufrir alteraciones físicas y psicológicas que puedan provocar una inestabilidad emocional y una liberación hormonal (cortisol), dando como resultado un

parto pretérmino; es así que tales autores recomiendan el actuar oportuno de enfermería mediante planes de cuidado estandarizados que cubran las necesidades de las gestantes.⁽⁸⁹⁻⁹¹⁾

Por otra parte, algunos autores recomiendan otros diagnósticos de enfermería para el cuidado de la gestante entre ellos son: Riesgo de alteración de la diada materno/fetal y riesgo de infección, debido a que existe una alta vulnerabilidad por la alteración del proceso del embarazo, que pueden comprometer el estado de salud materno/fetal,^(90,91) los cuales coinciden con los diagnósticos planteados en la tabla: 3 Diagnósticos de Enfermería NANDA- Intervenciones NIC/acciones de promoción y prevención según autores.

Tabla 3. Diagnósticos de Enfermería NANDA-Intervenciones NIC/acciones de promoción y prevención según autores.

| COINCIDENCIA DE AUTORES | TAXONOMIAS NANDA-NIC Y MEDIDAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN SEGÚN AUTORES |
|--|---|
| <p>40 (6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 22, 24, 25, 27, 33, 21, 40, 45, 46, 47, 48, 49, 50,53, 54, 55, 56, 58,60, 66, 68, 69, 70, 72, 73, 75, 78, 79, 80, 82, 83)</p> | <p>Se evidencia similitud, en las actividades mencionadas por los autores, por lo cual se propone los siguientes diagnósticos e intervenciones de las taxonomías NANDA-NIC.</p> <p>Diagnóstico</p> <p>1. Conocimientos deficientes relacionado con información insuficiente manifestado por conocimientos insuficientes.</p> |
| <p>24 (8, 13, 27, 35, 37, 44, 48, 49, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 62, 64, 65, 66, 28, 67, 68, 71, 80, 81)</p> | <p>NIC: Educación para la salud</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características de la población diana y selección de las estrategias de aprendizaje • Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de la paciente y familia. • Priorizar necesidades de aprendizaje identificadas. • Implicar a los individuos, familia y grupos en la planificación e implementación de los planes destinados a la modificación de estilo de vida. • Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del estilo de vida. <p>Autores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación familiar (Asesoría) |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Consejería de alimentación saludable y ejercicio físico. • Consejería hábitos de higiene • Educación acerca de los hábitos tóxicos • Control prenatal adecuado (Asesoría para los controles, cuidados prenatales) • Educación preventiva de signos de parto <p>Diagnóstico</p> <p>2. Gestión ineficaz de la salud relacionado con apoyo social insuficiente manifestado por fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo.</p> <p>NIC: Autogestión del cuidado</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar responsable al paciente de su propia conducta. • Comentar las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias. • Proporcionar retroalimentación positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y / o cambio de conducta. <p>Autores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación oportuna de riesgos a través de visitas domiciliarias • Apoyo social multidisciplinario • Involucrar a la paciente en el cuidado preventivo • Seguimiento a las pacientes con antecedente de aborto, infecciones vaginales e IMC bajo al inicio del embarazo. |
|--|---|

Diagnóstico

3. Proceso de maternidad ineficaz relacionado con embarazo no planificado manifestado por cuidados prenatales inadecuados.

NIC: Conducta Sanitaria Prenatal

Actividades:

- Monitorizar ganancia de peso.
- Monitorizar aparición de trastorno hipertensivo (presión arterial, edema maleolar, de las manos y facial, así como la proteinuria).
- Instruir a la paciente sobre los signos de peligro que requieren su notificación inmediata).
- Comentar las necesidades y preocupaciones nutricionales (dieta equilibrada, ácido fólico, seguridad alimentaria suplementos).
- Comentar cuidados de la salud oral.
- Monitorizar el estado psicológico de la paciente y de su pareja.
- Orientación anticipatoria sobre los cambios y molestias fisiológicos y psicológicos (náuseas, vómitos, temores).

Autores

- Optimizar el peso antes del embarazo
- Control odontológico

| | |
|--|---|
| | <p>Diagnóstico</p> <p>4. Riesgo de infección relacionado con: defensas secundarias insuficientes: supresión de la respuesta inflamatoria (interleucina 6(IL-6) proteína C reactiva (PCR) también está relacionado con defensas primarias insuficientes: alteración del pH, ruptura prematura de la membrana amniótica.</p> <p>NIC: Detección de riesgo</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtener el historial sanitario, según corresponda, que incluya factores de riesgo, hábitos sanitarios y medicamentos) • Realizar una valoración física, cuando corresponda. <p>Autores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación oportuna de infecciones urinarias y bacteriuria asintomática • Tratamiento de infecciones de vías urinarias • Usar ropa ligera, no de seda, lavar la parte externa de la vagina con loción de cuidado íntimo de acuerdo con el pH para la prevención de infecciones. <p>Diagnóstico</p> <p>5. Riesgo de sangrado relacionado con complicaciones del embarazo relacionado con complicaciones del embarazo (rotura prematura de membranas, gestación múltiple, placenta previa, desprendimiento de placenta) riesgo de preeclampsia).</p> <p>NIC: Estado Materno Parto</p> <p>Actividades:</p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Obtener historial de pérdidas de sangre de la paciente (inicio, cantidad, presencia de dolor y presencia de coágulos). • Obtener una estimación precisa de la edad fetal mediante la fecha de la última menstruación, estudio ecográfico, o historial obstétrico). • Monitorizar signos vitales de la madre, en función de la cantidad de pérdida de sangre. <p>Diagnóstico</p> <p>6. Riesgo de alteración de la diada materno/fetal relacionado con complicaciones del embarazo (rotura prematura de membranas, gestación múltiple, desprendimiento de placenta, placenta previa)</p> <p>NIC: Identificación de riesgos</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificarlos riesgos bilógicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones. • Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería • Aplicar las actividades de reducción del riesgo <p>NIC: Cuidados del embarazo de alto riesgo</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar el historial obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionados con el embarazo (prematuridad, posmadurez, preeclampsia, embarazo múltiple, desprendimiento de placenta, sensibilización de Rh, rotura prematura de membranas) |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer los factores demográficos y sociales relacionados con malos resultados del embarazo (edad materna, pobreza, cuidados prenatales tardíos o inexistentes, abuso físico, y abuso de sustancias nocivas) • Instruir a la paciente sobre el uso de fármacos prescritos (tocolíticos, antihipertensivos, antibióticos, anticoagulantes) • Enseñar a contar los movimientos fetales. • Monitorizar. <p>Autores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar estrategias de prevención • Control óptimo de enfermedades crónicas subyacentes. • Reducir la actividad física • Reducir o eliminar la actividad sexual durante el embarazo <p>Diagnóstico</p> <p>7. Disposición para mejorar el proceso de maternidad relacionado con expresa deseo de mejorar el conocimiento sobre el proceso de maternidad</p> <p>NIC: Asesoramiento antes de la concepción</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtener el historial clínico de la paciente • Realizar las pruebas de diagnóstico prenatales necesarias para determinar factores de riesgo genéticos, médicos u obstétricos. |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Instruir acerca de la relación entre el desarrollo fetal precoz y los hábitos personales, uso de medicamentos, teratógenos y requisitos de autocuidados (vitaminas y ácido fólico prenatales). • Fomentar el examen dental antes de la concepción para minimizar la exposición posterior. <p>Autores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suplementación nutricional (Asesoría importancia de micronutrientes) <p>Diagnóstico</p> <p>8. Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente m/p desinformación</p> <p>NIC: Monitorización nutricional</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesar al paciente • Determinar la cantidad apropiada de ganancia de peso durante el periodo previo al parto • Determinar los factores que afectan a la ingesta nutricional (conocimiento, disponibilidad y accesibilidad de los productos alimenticios de calidad en todas las categorías de alimentos) <p>NIC: Asesoramiento nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud • Comentar los hábitos de compra de comidas y los límites de presupuesto • Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <p>Actividades:</p> <p>Autores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suplemento nutricional (Asesoría importancia de micronutrientes) • Consejería de alimentación saludable • Optimizar el peso antes del embarazo <p>Nivel secundario</p> <p>Corresponden a las medidas adoptadas en pacientes con inicio de trabajo pretérmino, con el objetivo de detener o revertirlo para de esta manera evitar secuelas de este; es decir intervenir en el proceso natural de la enfermedad. (síndrome)</p> <p>Estas intervenciones van a depender de la edad gestacional en el cual se produce el trabajo de parto pretérmino (>26 semanas o < 34 semanas) de la misma manera tomando en cuenta los factores que lo originan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicamentos tocolíticos (nifedipina) • Administración de medicamentos corticoesteroides (Betametasona) • Administración de medicamentos neuroprotectores (edad gestacional > a 24 semanas y < a 32 semanas) • Administración de medicamentos antibióticos • Apoyo en la atención del parto (centros que cuenten con los recursos necesarios) • Administración de ácido acetil salicílico (bajas dosis antes de las 16 semanas de gestación) • Administración de progesterona en combinación con un tocolítico. |
| | <p>NIVEL TERCIARIO</p> |

| | |
|--|---|
| | Intervenciones destinadas a minimizar los efectos de las secuelas de un parto pretérmino mejorando la calidad y la esperanza de vida del neonato. |
|--|---|

CONCLUSIONES

Se analizó la evidencia científica respecto a las intervenciones oportunas en la prevención de amenaza de parto pretérmino, determinándose las principales coincidencias respecto a los factores de riesgo del parto pretérmino, para ello, se sistematizó la documentación de las referencias bibliográficas identificándose como los principales factores desencadenantes del parto pretérmino los siguientes: infecciones del tracto urinario, embarazo múltiple, estado nutricional, edad materna, hábitos tóxicos (tabaquismo y alcoholismo), antecedentes de parto pretérmino, ruptura de membranas, preeclampsia, sobre carga horaria, estado emocional, periodo intergenésico (corto y prolongado), longitud cervical (menor a 25 milímetros), controles prenatales inadecuados y la enfermedad periodontal.

Además, mediante la sistematización de la información bibliográfica se identificaron las principales diferencias de autores en cuanto al factor de riesgo desencadenante de la amenaza de parto pretérmino, entre ellas se destacan: infecciones del tracto genital, etnia, antecedentes de cirugía cervical, trombofilia, fibronectina fetal e intervenciones quirúrgicas abdominales en el embarazo.

Con respecto a las medidas de prevención de la amenaza de parto pretérmino, se establecieron las intervenciones de enfermería enfocadas a evitar/prevenir el parto pretérmino y disminuir las complicaciones materno-fetales, mediante la vinculación de las taxonomías NANDA Y NIC e incluyendo las actividades destacadas por los autores.

Cabe destacar que existen un conjunto de intervenciones dirigidas a las mujeres en edad reproductiva, atendiendo sus necesidades de salud sexual y reproductiva, en lo cual se incluye educación sexual, planificación familiar, prevención de embarazos en la adolescencia temprana, atención prenatal de calidad, cumplimiento del enfoque de riesgo para las gestantes e inclusión de personal calificado en la atención integral. Finalmente, la prevención y tratamiento de la prematuridad son estrategias muy importantes para reducir la mortalidad neonatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donoso Bernal B, Oyarzún Ebensperger E. Parto prematuro. Rev Biomédica [Internet]. 2018 [consultado 2020 mayo 27];12(8):5477 Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5477>
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Boletín de la Organización Mundial de la Salud; Stacy Beck, Daniel Wojdyla, Lale Say, Ana Pilar Betran, Mario Meriáldi, Jennifer Harris Requejo, Craig Rubens, Ramkumar Menon & Paul FA Van Look; 2014. Ana Leshner-Trevino (Production Editor); 2015 [consultado 2020 mayo 27]. Disponible en : <https://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/>
3. Margarita E. Ahumada-Barrios. German F. Alvarado Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis; Rev Scielo Medisan. [Internet]. 2015 [consultado 2020 mayo 27];32(1):105-119. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia3.pdf?fbclid=IwAR01J_sBufcBcLtpmC35ljNFwoZsbG6v4DswDLjvqr2365SxMLQre5IKos
4. Álvarez Yañez D, Pérez Bayona C. Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel. Rev Scielo. [Internet]. 2019 [Consultado 27 mayo 2020];35(1):77-86. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n1/v35n1a08.pdf?fbclid=IwAR30jkH5SiJVbYHPmq6hfeh32-2iwK8vq-VJxsxj0eYe84Yjo0RMnYy7c44>.
5. Castillo Sigüencia R. Factores de riesgo maternos asociados al parto pre término. Rev Scielo [Internet]. 2019 [Consultado 27 mayo 2020];23(5):1028-4818. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000501155
6. Guadalupe Huamán S, Oshiro Canashiro S. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del hospital maría auxiliadora durante el año 2015. Rev de la facultad de Medicina Humana [Internet]. 2017. [Consultado 27 mayo 2020];17(1):32-42. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/746>
7. Franco Coffre J. Factores maternos que inciden en amenaza de parto pretérmino en adolescentes gestantes del cantón San Jacinto de Yaguachi. Rev Enfermería investiga [Internet]. 2018 [Consultado 27 mayo 2020];3(2):79-84. Disponible en: <http://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/404>

8. Mendoza Tascón L, Claros Benítez C, Mendoza Tascón L, Arias Guatibonza M, Peñaranda Ospina C. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev Scielo [Internet]. 2016 [Consultado 27 mayo 2020];81(4):330-342. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262016000400012
9. Huertas Tacchino E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev Scielo [Internet]. 2018 [Consultado 27 mayo 2020];64(3):399-404 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230451322018000300013
10. Ríos Flórez A, Álvarez Ordoño L, David Sierra D, Zuieta Muñoz A. Influencia del nacimiento pretérmino en procesos conductuales y emocionales de niños en etapa escolar primaria. Rev Scielo [Internet]. 2017 [Consultado 27 mayo 2020];16(1):177-197 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1692715X2018000100177
11. Zerna C, Fonseca R, Viteri A, Zerna Coraima. Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor. Rev Ciencia UNEMI [Internet]. 2018 [Consultado 27 mayo 2020];11(26):134-142. Disponible en: <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/cienciaunemi/article/view/678>
12. Lozano Mosquera S, Muñoz Pérez D, Cortés Yepes H. Cervicometría menor o igual a 25 mm para identificar parto a los siete días en pacientes con amenaza de parto prematuro. Estudio de cohorte retrospectivo en un hospital de cuarto nivel de complejidad en Medellín, Colombia, 2009-2012. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2019 [consultado: 28 mayo 2020];65(2):112-114. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/59>
13. Quirós GG, Alfaro PR, Bolívar PM, Solano TN. Amenaza de Parto Pretérmino. Journals. Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica. Year 2016, Issue. Rev Medigraphic. [Internet]. 2016 [consultado 28 mayo 2020];6(1):75-80. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=63844> .
14. American College of Obstetricians and Gynecologist. Prediction and prevention of preterm birth. Practice Bulletin. Rev Obstetrics Gynecology [Internet]. 2015 [Consultado 28 mayo 2020];120(4):964-973. Disponible en:

http://journals.lww.com/greenjournal/Citation/2012/10000/Practice_Bulletin_No13_0_Prediction_and.42.aspx

15. Ochoa, J. Pérez Dettoma. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. Rev Scielo Medisan [Internet]. 2016 [Consultado 28 mayo 2020];32(1):105-119. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia3.pdf?fbclid=IwAR01JsBufcBcLtpmC35ljNFwoZsbG6v4DswDLjvqr2365SxMLQre5IKos>.
16. Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López, Renedo L. Ansiedad en los cuidados. Una mirada desde el modelo de Mishel. Rev Scielo [Internet]. 2017 [Consultado 28 mayo 2020];22(1-2):60-64. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962013000100013
17. Barrios M, Alvarado G. Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital. Rev Latino Americana de Enfermagem [Internet]. 2016 [Consultado 28 mayo 2020];24(2750):1-8. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02750.pdf
18. Fuente DEIS Ministerio de Salud de la Nación. Secretaría de Políticas. Regulación e Institutos. Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Estadísticas Vitales. Información Básica-Año 2009. Buenos Aires, República Argentina. Diciembre de 2019. [Internet]. 2016 [Consultado 28 mayo 2020]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro53.pdf>
19. Gallego Arbeláez J, Cortés Díaz D. Trabajo de parto pretérmino y amenaza de parto pretérmino. En: Parra Pineda MO, Angel Müller E, editores. Obstetricia Integral. Siglo XXI. Tomo 2 [Internet]. 2016 [consultado 28 de mayo 2020]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/8/9789584476180.06.pdf>
20. Dr. Pedro Faneite. Parto pretérmino: reto, reacciones y paradigmas. Rev Obstet Ginecol Venezuela [Internet]. 2016 [consultado 28 mayo 2020];72(4). Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000400001
21. Judith AM. Antepartum bed rest for pregnancy complications: efficacy and safety for preventing preterm birth. Biological Research for Nursing 2015 [Internet]. 2015 [consultado 28 mayo 2020];12(2):106-124. Disponible en: file:///C:/Users/IDC/Downloads/en_revision1.pdf.
22. Osorio A, García J, Guía farmacoterapéutica de amenaza de parto pretérmino. Rev Colombia enfermería [Internet]. 2015 [consultado 28 mayo 2020];10(10):78-89.

- Disponible en: <file:///C:/Users/%20Downloads/Dialnet-GuiaFarmacoterapeuticaDeAmenazaDePartoPretermino-6547175.pdf>
23. Álvarez Yañez D, Pérez Bayona C. Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel. Rev Scielo [Internet]. 2017 [consultado 10 junio 2020];35(1):77-86. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002017000100008&script=sci_abstract&lng=es.
 24. Ortega Reyes V, Paredes Paredes J, Ocampo Moreira P, Campos Martínez M. Factores de riesgo y complicaciones de parto pretermino en adultas en el hospital León Becerra Camacho en el año 2014-2015. Rev Mundo de la investigación y el conocimiento [Internet]. 2019 [consultado 10 junio 2020];3(2):449-466. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/456>
 25. Escobar Padilla B, Gordillo Lara L, Martínez Puonc H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. Rev Médica del Instituto Mexicano del seguro social [Internet]. 2017 [consultado 10 junio 2020];55(4):424-428. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73975>.
 26. Luna M, Cubides Munevar A, Ruiz Melo C, Alonso S, Pinzón E, Gullozo L. Asociación entre bajo peso al nacer y parto pretermino en gestantes con signos de enfermedad periodontal atendidas en una institución del nivel primario de salud del valle del cauca-colombia. Rev Scielo [Internet]. 2019 [consultado 10 junio 2020];84(2):103-111. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262019000200103&script=sci_arttext
 27. Dávila Vega J, Vélez Astudillo A, Salas Aragundi C. Infección de vías urinarias como factor de riesgo de amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes. Rev Dialnet [Internet]. 2017 [consultado 10 junio 2020];1(4):791-802. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6732725>
 28. Ramírez Murillo K. Prevención de parto pretérmino. Rev Scielo [Internet]. 2019 [consultado 10 junio 2020];35(1):1409-0015. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S140900152018000100115&script=sci_arttext
 29. Pacheco Romero J. Parto pretérmino, avances y retos. A manera de prólogo. Rev Scielo [Internet]. 2018 [consultado 10 junio 2020];64(3):393-397. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S23045132201800030012&lng=es&nrm=iso

30. Salazar L, Guirior C, Díaz D, Alcalde P, Bermejo R, Nieto C, Palacio M. Alternativas terapéuticas para la tocólisis en el manejo de la amenaza de parto pretérmino. Rev Dialnet [Internet]. 2016 [consultado 10 junio 2020];59(2):112-118. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5660637>
31. Pacheco Arias M. Infección de vías urinarias en mujeres con amenaza de parto pretérmino en el hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Ponton de Guayaquil en el periodo 2013. Rev Dialnet [Internet]. 2019 [consultado 21 junio 2020];3(1):1353-1374. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7065207>
32. Rodríguez Márquez A, Hernández Barrio E, Villafuerte Reinante J, Mesa Montero Z, Hernández Cabrera Y, López Rodríguez del Rey A. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Cienfuegos 2012. Rev Scielo [Internet]. 2019 [consultado 21 junio 2020];17(4):505-513. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v17n4/1727-897X-ms-17-04-505.pdf>
33. Naranjo Logroño I, Naranjo Coronel A, Herrera Abarca J, Cuzco Macías A, Pérez Jarrín N. Uso de biomarcadores e introducción a la genómica y proteómica clínica para predecir parto pretérmino y rotura prematura de membranas. Rev La ciencia al servicio de la salud y la Nutrición [Internet]. 2019 [consultado 21 junio 2020];10(2):60-68. Disponible en: <http://revistas.espoch.edu.ec/index.php/cssn/article/view/328>
34. Ramírez J, Lara K, Gallardo J, Gallegos S. Guía de práctica clínica. Prevención de parto pretérmino. Guía Práctica Clínica Perinatología y Reproducción Humana [Internet]. 2019 [consultado 21 junio 2020];33:23-63. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Berenice_Torres2/publication/331938198_Guia_de_practica_clinica_Prevencion_de_parto_pretermino/links/5ce6ba2e299bf14d95b423d7/Guia-de-practica-clinica-Prevencion-de-parto-pretermino.pdf
35. Castillo Castro E, Espinola Sánchez M, Sanca Valeriano S, Ayala Peralta F, Mascaró Sánchez P. Cervicometría menor o igual a 30 mm como predictor de parto pretérmino en mujeres embarazadas peruanas. Rev Scielo [Internet]. 2020 [consultado 21 junio 2020];18(1):1727-897. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727897X2020000100096&lng=es&nrm=iso&tlng=es
36. Osorio A, García J. Guía farmacoterapéutica de amenaza de parto pretérmino. Rev Colombiana de Enfermería [Internet]. 2015 [consultado 25 junio 2020];10(10):78-89. Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/582>

37. Ovalle A, Martínez M, Figueroa J. ¿Se puede prevenir el parto prematuro por infección bacteriana ascendente y sus resultados adversos en los hospitales públicos de Chile?. Rev Scielo [Internet]. 2019 [consultado 25 junio 2020];36(3):358-368. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0716-10182019000300358&script=sci_arttext&tlng=en
38. Parra Cordero M, Sepúlveda Martínez A, Valdés E. Serie guías clínicas: parto prematuro. Rev Hospital Clínico Universidad de Chile [Internet]. 2016 [consultado 25 junio 2020];27:110-122. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Alvaro_SepulvedaMartinez2/publication/316685142_Serie_guias_clinicas_parto_prematuro/links/590c43dca6fdcc5d421f3b63/Serie-guias-clinicas-parto-prematuro.pdf
39. Yanque Robles O, Zafra Tanaka J, Taype Rondan A, Arroyo Campuzano J. guía de práctica clínica para la prevención y manejo del parto pretérmino en el Seguro Social del Perú (EsSalud), 2018. Rev Scielo [Internet]. 2019 [consultado 25 junio 2020];36(1):46-56. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172859172019000100008&script=sci_arttext&tlng=pt
40. Barrera Sánchez L, Manrique Abril F. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá. Rev Universidad Católica del Norte [Internet]. 2016 [consultado 25 junio 2020];48:215-227. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Juan_Ospina7/publication/308929149_Factores_asociados_al_parto_pretermino_en_adolescentes_de_Tunja_Boyaca/links/57f7fc9108ae91deaa606962.pdf
41. Sales Hydall R, Nóbrega Duarte R, Lima da Costa R. Partos prematuros em adolescentes em Rio Branco - acre no ano de 2015. Rev DeCiencia em Foco [Internet]. 2018 [consultado 25 junio 2020];2(1):2526-5946. Disponible en: <http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/144/42>
42. Fischer Suárez N. Impacto de factores maternos en la amenaza de parto pretérmino niveles de 25-hidroxivitamina de progesterona y estrés durante el tercer trimestre de la gestación e índice de masa corporal pregestacional. [Internet]. 2017 [consultado 29 junio 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=181567>
43. Caro J, Muñoz S, Caro J, Araneda M, Yáñez P, Diedrich M, Urzúa F. Mujeres con escolaridad básica, y se asoció a violencia intrafamiliar. Rev Scielo [Internet]. 2017

- [consultado 29 junio 2020];82(4):373-385. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071775262017000400373&script=sci_arttext&tlng=en
44. Martínez Cancino G, Díaz Zagoya J, Romero Vázquez A. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. Rev Salud [Internet]. 2017 [consultado 29 junio 2020];23(1-2):13-18. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48754566003.pdf>
45. Robles Arce V. Actualización en el manejo de labor de parto pretérmino. Rev Dialnet [Internet]. 2020 [consultado 29 junio 2020];5(1):2215-5279. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7399395>
46. Cabrera Arroyo E. Obesidad materna y riesgo de parto pretérmino en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima. [Internet]. 2020 [consultado 29 junio 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3960>
47. López Poémape V, Mendoza Chávez F. Factores socioculturales relacionados al parto pretérmino de gestantes atendidas en el parto pretérmino de gestantes atendidas en el hospital rezola cañete: diciembre 2018 – febrero 2019. [Internet]. 2020 [consultado 29 junio 2020]. Disponible en: <http://repositorio.upsb.edu.pe/handle/UPSB/214>
48. Meléndez González J, Saldaña Solórzano M, González Habib L, Tirán Saucedo K. Relación entre el índice de masa corporal bajo previo al embarazo y el riesgo de parto prematuro. Rev Scielo [Internet]. 2017 [consultado 29 junio 2020];89(9):589-594. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412017000900589&script=sci_arttext
49. Delgado Carrillo M. Amenaza de parto prematuro. Propuesta de estrategia de intervención. [Internet]. 2016 [consultado 29 junio 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/46252>
50. Manrique Ruiz E, Vera Ortega K. Amenaza de parto pretérmino asociado a anemia en pacientes de 14 a 28 años ingresadas al hospital sagrado corazón de Jesús periodo enero-junio 2019. [Internet]. 2019 [consultado 01 julio 2020]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/107200>
51. Giraldo España Y, Gómez Jiménez J. La edad como factor predisponente de amenaza de parto pretérmino en adolescente atendidas en el hospital básico sagrado corazón de Jesús Quevedo de enero – junio 2019. [Internet]. 2019 [consultado 01 julio 2020]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8081>

52. Association of maternal age with gestational complications. [Internet]. 2019 [consultado 15 julio 2020]. Disponible en: http://www.revhipertension.com/rlh_2_2018/8_asociacion_de_la_edad_materna.pdf
53. Martínez J, Milena R, Pereira Peñate. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de sucre (Colombia) 2015. Rev Salud Uninorte [Internet]. 2016 [consultado 15 julio 2020];32(3):452-460. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?Pid=S012055522016000300009&script=sci_abstract&tlng=es
54. Corchuelo Ojeda J, Mambuscay J. Conocimientos de estudiantes de medicina, enfermería y odontología acerca de la salud bucodental en gestantes. Cali, 2015. Rev Salud Uninorte [Internet]. 2018 [consultado 15 julio 2020];34(3): 652-663. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?Pid=S0120-55522018000300652&script=sci_abstract&tlng=es
55. Dr Mezzabotta L. Consenso prevención parto prematuro. 2018 [consultado 15 julio 2020]. Disponible en: http://www.sogiba.org.ar/images/CONSENSO_PPP_FINAL_2018.pdf
56. Rivera Casas Ana María, Rueda Barrios Ana Patricia. Diagnóstico y prevención del parto pretérmino. Biociencia [Internet]. 2016 [consultado 15 julio 2020];11(2):55-66. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/biociencias/article/view/2564/1996>
57. Pinedo Hidalgo S. Eficacia de la aspirina a dosis baja sobre la prevención del parto pretérmino espontáneo en gestantes nulíparas. [Internet]. 2018 [consultado 15 julio 2020]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/4935/1/RE_SE.MED.HUMA_SIN_THIA.PINEDO_ASPIRINA.PARTO.PRETERMINO_DATOS.pdf
58. Althabe F, Carroli G, Lede R, Belizán J, Althabe H. El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. Rev Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2016 [consultado 15 julio 2020];5(6):373-385. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpsp/1999.v5n6/373-385/es/>
59. Ridout A, Ross G. El parto pretérmino: herramientas predictivas y preventivas en la práctica clínica. Rev Salud Ciencia [Internet]. 2018 [consultado 15 julio 2020];22(1):318-323. Disponible en: https://www.siicsalud.com/saludciencia/pdf/sic_22_4_50517.pdf

60. Uriguen García A, González Bracho JH, Espinoza Diaz J , Hidalgo Noroña T. Embarazo en la adolescencia : la nueva epidemia de los países en desarrollo. Rev ProQuest [Internet]. 2019 [consultado 15 julio 2020];38(3): 232-245.. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/2313322345/fulltextpdf/7D7A162A550F4918PQ/13?Accountid=36757>
61. Castillo Siguencia R, Ortiz Dávalos N. Factores de riesgo maternos asociados al parto pre término. Rev ProQuest [Internet]. 2019 [consultado 15 julio 2020];38(6): 706-710.. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/2389735525/fulltextpdf/43039D16C56D494BPQ/1?Accountid=36757>
62. Grupo de especialistas del Hospital de Ginecología del IGSS. Manejo del Trabajo. [Internet]. Guatemala 2013 [consultado 15 julio 2020]. Disponible en: <https://www.igsgt.org/wp-content/uploads/images/gpc-be/ginecologia/GPC-BE%2048%20TPP.pdf>
63. Pohlmann F, Nalú K, Pereira Costa J, Silva Carvalho V, Franco Costa C Carolina. Parto prematuro: enfoques presentes en la producción científica nacional e internacional. Rev Enfermera [Internet]. 2016 [consultado 15 julio 2020]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/revision1.pdf>
64. Dra. Voto L. Parto pretérmino. [Internet]. Argentina 2014 [consultado 15 julio 2020]. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Parto_Pretermino.pdf
65. Sánchez Renilla M. Prevención ante la amenaza de parto prematuro. [Internet]. 2017 [consultado 20 julio 2020]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/23989>
66. Camacho Cruz M, García Sáinz Mario, García Moreira G, Camacho Cruz Lizbeth. Progesterona vaginal combinada con nifedipino en la prevención de parto pretermino con cervix corto. Rev Scielo [Internet]. 2017 [consultado 15 julio 2020];40(2): 1012-2966 Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S10122966201700020003
67. Germain Alfredo. Protocolo de manejo en pacientes con amenaza de parto prematuro en clínica las condes. Rev Elsevier [Internet]. 2014 [consultado 20 julio 2020];25(6): 953-957. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-protocolo-manejo-pacientes-con-amenaza-S0716864014706431>

68. Marco I, Asprea Ignacio. Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto prematuro, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas. [Internet]. 2015 [consultado 20 julio 2020]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000710cnt-guia-parto-pretermino.pdf>
69. Couto Núñez Dayana, Nápoles Méndez Danilo, Montes de Oca S. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. Rev Medisan [Internet]. 2016 [consultado 20 julio 2020];29(12):6041-6047. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1216/pdf>
70. Montero Aguilera A, Ferrer Montoya R, Paz D, Pérez Dajaruch M, Díaz Fonseca Y. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. Rev Medica [Internet]. 2019 [consultado 20 julio 2020];23(5):1155-1173. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v23n5/1028-4818-mmed-23-05-1155.pdf>
71. Sánchez Monge M. Un test en el primer trimestre mide el riesgo de parto prematuro. Rev proquest [Internet]. 2018 [consultado 20 julio 2020];11(1):18-22. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/2052729748/citation/3ACC8773D485430FPQ/1?Accountid=36757>
72. Ocampo Ramírez S, Hoyos Patiño S, Lambertino Montaña J, Gutiérrez-Marín Jorge, Campo-Campo M. Caracterización de mujeres embarazadas con lupus eritematoso sistémico y resultados materno-fetales en el noroeste de Colombia. Rev ProQuest [Internet]. 2019 [consultado 20 julio 2020];32(4): 266-275. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/2310037442/15E009A98CBB4EBBPQ/8?Accountid=36757>
73. Diaz Espinoza C, Borja James E, Zambrano Morocho A, Cobeña Falconez K, Wong Freire M. Características clínicas y complicaciones asociadas a preeclampsia y eclampsia en pacientes del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos. Rev ProQuest [Internet]. 2019 [consultado 20 julio 2020];14(2): 201-204. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/2246150429/15E009A98CBB4EBBPQ/15?Accountid=36757>
74. Ramirez Ocampo, Hoyos S, Lambertino Simón. Características de mujeres embarazadas con lupus eritematoso sistémico y resultados maternos fetales en el noroeste en Colombia. Estudio descriptivo. Rev proquest [Internet]. 2019 [consultado 20 julio 2020];32(4):266-275. Disponible en:

https://search.proquest.com/docview/2246150429/15E009A98CBB4EBBPQ/15?ac_countid=36757

75. Monge Acuña T. Parto pretérmino. Rev Medica Sinergia [Internet]. 2017 [consultado 20 julio 2020];2(14):12-14. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/97/185>
76. Abanto Bojorquezd, Soto A. Infección del tracto urinario y amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes de un hospital peruano. Rev Facultad de Medicina Humana [Internet]. 2020 [consultado 20 julio 2020];20(3): :419-424. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/3056/3179>.
77. Núñez Carrillo O. Influencia del consumo de hierbas ancestrales en la amenaza de parto pretérmino. [Internet]. 2019 [consultado 20 julio 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/42283/1/CD-586NU%c3%91EZ%20CARRILLO.pdf>
78. Luna M, Cubides Munevar A, Ruiz Melo C, Alonso S, Pinzón E, Gullozo L. Asociación entre bajo peso al nacer y parto pretérmino en gestantes con signos de enfermedad periodontal atendidas en una institución del nivel primario de salud del valle del cauca-colombia. Rev Scielo [Internet]. 2019 [consultado 20 julio 2020];84(2):103-111. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?Pid=S071775262019000200103&script=sci_art_ext
79. Amaya Castillo M. Periodo intergenésico prolongado como factor de riesgo para parto pretérmino, Hospital Belén de Trujillo, 2014-2018. [Internet]. 2019 [consultado 20 julio 2020]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/5660/1/RE_MED.HUMA_MARIO.AMAYA_PERIODO.INTERGENESICO_DATOS.PDF
80. Cabrera Arroyo E. Obesidad materna y riesgo de parto pretérmino en gestantes del instituto nacional materno perinatal, lima. [Internet]. 2020 [consultado 20 julio 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3960?show=full>
81. Vilca enciso M. Factores maternos asociados al desarrollo del parto pretérmino-2018. [Internet]. 2019 [consultado 20 julio 2020]. Disponible en: http://173.244.209.199/bitstream/handle/UPLA/986/T037_10423575_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
82. Milián Espinosa I, Cairo Gonzáles V, Negrín M, Benavides Casals María Elena, Cortes R, Marín Tápanes Y. Epidemiología del parto pretérmino espontáneo. Rev

- Acta Medica del Centro [Internet]. 2019 [consultado 20 julio 2020];13(3):354-366
Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2019/mec193g.pdf>
83. Ministerio de Salud Pública: Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. Primera Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2016. [Internet]. 2020 [consultado 20 julio 2020] Disponible en: <http://salud.gob.ec>
84. Felipe Hernández Ugalde, Grecia Martínez Leyva, Yasmín Rodríguez Acosta, Damarys Hernández Suárez. Ácido fólico y embarazo, ¿beneficio o riesgo? [Internet]. 2020 [consultado 26 septiembre 2020]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v41n1/1684-1824-rme-41-01-142.pdf>
85. Manuela Plasencia. Ácido Fólico. [Internet]. 2020 [consultado 26 septiembre 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-acido-folico-13071463>
86. Danilo Nápoles Méndez. Los tocolíticos en el parto pretérmino: un dilema actual. [Internet]. 2020 [consultado 26 septiembre 2020]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000900014
87. Ana Martínez, Peña Ruiz. Propuesta de implantación de plan de cuidados Estandarizado en las Amenazas de Parto Pretérmino. Universidad Pública de Navarra. [Internet]. 2020 [consultado 25 Octubre 2020]. Disponible en: <https://academicae.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/7808/Master%20Gestion%20Cuidados%20Enfermeria%20Ana%20Mart%C3%ADnez%20Pe%C3%B1a.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
88. Yessica Aracely España, Vilma Mercedes Miranda Baquedano. Cuidados de enfermería basados en Dorotea Orem en ruptura prematura de membrana y oligoamnios. Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud. [Internet]. 2020 [consultado 25 Octubre 2020]. Disponible en: <file:///C:/Users/jessy/Downloads/9763-Texto%20del%20art%C3%ADculo-34592-2-10-20200605.pdf>
89. Cáceres Limaco, M. Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con amenaza de parto prematuro e infección urinaria en el Servicio de Gineco Obstetricia de una clínica de Lima, 2018. [Internet] 2019 [consultado 23 octubre 2020]. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/1935>

90. Narváez Inga, J. Rol de enfermería en pacientes con amenaza de parto pretérmino Hospital Luis Martínez. Cañar-2016. [Internet] 2016 [consultado 23 octubre 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/46446>
91. España, Y. Cuidados de enfermería basados en Dorotea Orem en ruptura prematura de membrana y oligoamnios. Rev Científica de la Escuela Universitaria de las ciencias de la salud. [Internet] 2019 [consultado 23 octubre 2020];6(2):40-48. Disponible en: <https://lamjol.info/index.php/RCEUCS/article/view/9763>
92. Retuerto Flores, Y. Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con amenaza de parto prematuro en el Servicio de Gineco Obstetricia de una clínica de Lima, 2018. [Internet] 2019 [consultado 23 octubre 2020]. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/2008>