

**República Dominicana**  
**UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA- UNIBE**



**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela de Medicina**

**Trabajo Profesional para optar por el título de Subespecialidad en**  
**Medicina Materno Fetal**

**Evolución clínica de pacientes ingresadas con amenaza de parto pretérmino**  
**en el Hospital General de la Plaza de la Salud en el período Julio 2023 a**  
**febrero 2025.**

**Realizado por:**

Dra. Leidy Laura Castaños De León      23-1307  
Dra. Milka Estefany De Lima De Popa    23-1306

**Asesorado por:**

Dra. Violeta González, asesor metodológico  
Dr. Raúl Sánchez Jiménez, asesor de contenido

“Los conceptos expuestos en la presente investigación son de la exclusiva responsabilidad del sustentante de la misma”

Santo Domingo, República Dominicana,  
Julio 2025.

**Evolución clínica de pacientes ingresadas con amenaza de parto pretérmino en el Hospital General de la Plaza de la Salud en el período Julio 2023 a Febrero 2025.**

## Índice

|   |            |
|---|------------|
| Capítulo 1. ....  | iii        |
| <b>Planteamiento del problema</b> .....   | <b>iii</b> |
| <b>Capítulo 1. Planteamiento del problema</b> .....                               | <b>1</b>   |
| 1.1. Planteamiento del problema:.....   | 1          |
| 1.2. Preguntas de investigación.....  | 2          |
| 1.3.1. Objetivos del estudio: General y Especifico. ....                          | 3          |
| 1.3. Justificación .....  | 4          |
| <b>Capítulo 2. Marco teórico.</b> .....   | <b>5</b>   |
| 2.1. Antecedentes y referencias .....   | 6          |
| 2.2. Marco conceptual.....  | 8          |
| 2.2.1. Definición.....  | 8          |
| 2.2.1.1. Clasificación.....   | 10         |
| 2.2.1.2. Síntomas: .....  | 10         |
| 2.2.1.3. Historia de parto pretérmino previo .....                                | 11         |
| 2.2.1.4. Embarazo actual concebido con reproducción. ....                         | 11         |
| 2.2.1.5. Gestación multifetal en el embarazo actual. ....                         | 12         |
| 2.2.1.6. Amenaza de parto pretérmino en el embarazo actual. ....                  | 12         |
| 2.2.1.7. Factores de riesgo de parto pretermino: .....                            | 12         |
| 2.2.1.7.7. Factores cervicales y uterinos .....                                   | 14         |
| 2.2.1.7.8. Trastornos médicos crónicos.....                                       | 14         |
| 2.2.1.8. Predicción del riesgo de parto prematuro .....                           | 15         |
| 2.2.1.11.1. Intervenciones para la reducción del riesgo de parto pretérmino ..... | 17         |
| 2.2.2.14. Biomarcadores .....   | 20         |
| 2.2.2.15. Prevención parto pretérmino: .....                                      | 20         |
| 2.2.2.1.18. Evaluación del riesgo: .....  | 21         |
| 2.2.2.1.25. Tocólisis .....   | 26         |
| 2.2.2.1.26. Tratamiento ambulatorio: .....  | 27         |
| 2.2.2.1.27. Anestesia locoregional: .....   | 27         |
| 2.2.2.1.28. Tipos de tocolíticos: .....   | 27         |
| 2.2.2.1.29. Antibióticos:.....  | 28         |
| 2.2.2.1.30. Vía del parto en los fetos prematuros: .....                          | 28         |
| 2.3 <i>Contextualización</i> .....  | 28         |
| <b>Capítulo 3. Metodológico</b> .....   | <b>31</b>  |
| 3.1 Contexto .....  | 32         |
| 3.3 Tipo de estudio.....  | 32         |

|  |           |
|--|-----------|
| 3.4 Variables y su Operacionalización.....                         | 33        |
| 3.5 Métodos y Técnicas de Investigación .....                      | 34        |
| 3.6 Instrumentos de Recolección de Datos .....                     | 35        |
| 3.7 Consideraciones éticas .....                                   | 35        |
| 3.8 Selección de población y datos .....                           | 35        |
| 3.9 Procedimientos para el Procesamiento y Análisis de Datos ..... | 37        |
| <b>Capítulo 4. Presentación de los resultados .....</b>            | <b>38</b> |
| <b>Capítulo 5. Discusión y conclusiones.....</b>                   | <b>50</b> |
| 5.1. Discusión de los datos.....                                   | 50        |
| 5.2. Conclusiones.....   | 51        |
| <b>Capítulo 6. Recomendaciones .....</b>                           | <b>54</b> |
| 6.1.Recomendaciones: .....   | 55        |
| <b>Referencias bibliográfica .....</b>                             | <b>57</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>   | <b>61</b> |

## Resumen

**Intruducción:** Durante el periodo de estudio se atendieron un total de 1576 pacientes embarazadas de las cuales 213 fueron diagnosticadas con amenaza de parto pretermino, lo que representa el 13.5% del total. A partir de esta poblacion se selecciono una muestra de 138 pacientes para analizar su evolucion clínica. Esta condición representa una de las principales causas de morbimortalidad, lo que resalta la importancia de su abordaje oportuno y efectivo. **Objetivo:** Determinar la evolución clínica de pacientes ingresadas con amenaza de parto pretérmino en el Hospital General de la Plaza de la Salud en el período de Julio 2023 a Febrero 2025.

**Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, con recolección retrospectiva de datos, de corte transversal.

**Resultados:** El 48.55% de las pacientes se desembarazaron por encima de las 37 semanas y un 28.99% de 34 a 36.6 semanas. Al relacionar los resultados entre la edad gestacional con que ingresaron y en la cual se desembarazaron, se puede observar que a menor tiempo de edad gestacional de ser ingresada, mayor será la probabilidad de llegar sobre las 37 semanas. El 95.65% de las pacientes obtuvieron un parto vía Cesárea, y un 4.38% concluyo en parto vaginal. Se observó que el 34.78% de las pacientes ingresadas tenía una edad gestacional entre 34 a 36.6 semanas, mientras un 30.43% entre 32 a 33.6 semanas. Se observó que el 59.42% le medicaron paracetamol, un 58.70% betametosona, un 44.20% con calcioantagonistas.

**Conclusiones:** Deben implementarse medidas que vayan acorde con protocolos especificos de amenaza de parto pretermino para estadificar las pacientes de alto y bajo riesgo para que sean ingresadas las pacientes con riesgo inminente de parto pretermino.

**Palabras claves:** embarazo pretermino, primigesta, semans gestcionales, evolución clínica.

## Abstract

**Introduction:** During the study period, a total of 1,576 pregnant patients were treated, of whom 213 were diagnosed with threatened preterm labor, representing 13.5% of the total. From this population, a sample of 138 patients was selected to analyze their clinical course. This condition represents one of the leading causes of morbidity and mortality, highlighting the importance of timely and effective management.

**Objective:** To determine the clinical course of patients admitted with threatened preterm labor to the Plaza de la Salud General Hospital from July 2023 to February 2025.

**Methodology:** A descriptive, cross-sectional study was conducted with retrospective data collection.

**Results:** 48.55% of patients delivered after 37 weeks and 28.99% delivered between 34 and 36.6 weeks. When comparing the results between the gestational age at admission and the age at which the pregnancy was delivered, it can be observed that the younger the gestational age at admission, the greater the probability of delivery after 37 weeks. 95.65% of patients were delivered by cesarean section, and 4.38% had a vaginal delivery. It was observed that 34.78% of admitted patients had a gestational age between 34 and 36.6 weeks, while 30.43% had a gestational age between 32 and 33.6 weeks. It was observed that 59.42% were prescribed paracetamol, 58.70% betamethasone, and 44.20% calcium channel blockers.

**Conclusions:** Measures consistent with specific protocols for threatened preterm labor should be implemented to stage high- and low-risk patients so that those at imminent risk of preterm labor can be admitted.

**Keywords:** preterm pregnancy, primigravida, gestational weeks, clinical course.

**Capítulo 1.**  
**Planteamiento del problema**

## **Capítulo 1. Planteamiento del problema**

### **1.1. Planteamiento del problema:**

La amenaza de parto pretérmino se define como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación con membranas amnióticas íntegras.(1)

A nivel mundial el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino es una de las principales causas de ingresos de pacientes gestantes de las cuales la mayoría culmina su gestación al término del embarazo. (1)

Actualmente en República Dominicana no hay datos fiables sobre la prevalencia de prematuridad, pero en un estudio realizado en uno de los hospitales más grandes del país se reportó un 14.6%. (1)

Se debe tener en cuenta que en la mayoría de los casos en los que se ingresa la paciente con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pretérmino, el riesgo real de desencadenarse el parto en los siguientes 7 días es muy bajo, alrededor del 10%. Teniendo en cuenta que deben ser ingresadas aquellas pacientes las cuales presenten contracciones uterinas que no cede y con modificaciones cervicales. (1)

Existen métodos objetivos que evalúan este riesgo con una mejor capacidad predictiva y con una alta especificidad permitiendo descartar los falsos positivos, como la ecografía transvaginal y métodos bioquímicos. Los ingresos de estas pacientes deben estar basados en el estadiaje de riesgo ya sea alto o bajo para ingresar aquellas pacientes que lo ameriten y así evitar el riesgo de infecciones asociada a la atención hospitalaria.

En este trabajo tiene como finalidad determinar la evolución clínica, así como los resultados perinatales de aquellas pacientes ingresadas con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino y cuentan con evaluación en la Unidad de Medicina Materno Fetal del Hospital General de la Plaza de la Salud, durante el período de tiempo de Julio 2023 y Febrero 2025 para así comprobar cuales terminaron en un parto pretérmino y sus resultados perinatales.

## **1.2. Preguntas de investigación**

### **1.2.1. Pregunta general**

1. ¿Cuál es la evolución clínica de las gestantes ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino en el Hospital General Plaza de la Salud en el período Julio 2023 a Febrero 2025?

### **1.2.2. Preguntas específicas**

2. ¿Qué relación existe entre la edad gestacional de ingreso de las pacientes con amenaza de parto pre-termino y la edad gestacional de desembarazo?
3. ¿ Cuántos días fueron ingresadas las pacientes en el hospital?
4. ¿En cuántas ocasiones fueron ingresadas estas pacientes con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino?
5. ¿Qué tipo de medicación se utilizaron para yugular la amenaza de parto?
6. ¿Cuál fue la longitud cervical que presentaron estas pacientes?
7. ¿Cuáles fueron los resultados perinatales de los recién nacidos hijos de estas madres?

### **1.3.1. Objetivos del estudio: General y Especifico.**

#### **1.3.1. Objetivo general:**

Determinar la evolución clínica de pacientes ingresadas con amenaza de parto pretérmino en el Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo Julio 2023 a Febrero 2025.

#### **1.2.2. Objetivos específicos:**

1. Comparar la edad gestacional en la que se ingresaron las pacientes y en la que se desembarazaron.
2. Determinar los días de ingreso de las pacientes en el hospital.
3. Identificar en cuantas ocasiones fueron ingresadas las pacientes con este diagnóstico.
4. Conocer el tipo de medicación que ameritaron las pacientes para yugular la amenaza de parto.
5. Especificar la longitud cervical que presentaron estas pacientes.
6. Describir los resultados perinatales de los recién nacidos hijos de estas madres.

### **1.3. Justificación**

El parto prematuro es una de las complicaciones más frecuentes en el campo de obstetricia, esta es la primera causa de morbilidad y mortalidad neonatal, Desde el punto de vista sanitario es un indicador cada vez más valorado, y ha sido objeto de atención un aumento en los costos de los sistemas de salud por la atención sanitaria de estas problemática.

El nacimiento de pretérmino es un grave problema de salud pública que involucra varios componentes de alto impacto. Primeramente expone al recién nacido, desde el comienzo de su vida, a una serie de complicaciones que aumentan su morbimortalidad y pueden acarrear problemas de salud hasta la vida adulta. Se suma a esto el impacto para la madre, la familia y su entorno, lo que constituye una amenaza al concepto integral de salud, tal como es concebido mundialmente.

Es importante conocer el mecanismo por el cual se produce el parto prematuro, factores de riesgo que pueden llevar a desencadenar esta, las principales complicaciones del parto prematuro tanto para la madre como para el feto a corto y a largo plazo y cuál es el manejo ideal que se les debe dar a estas pacientes. La elaboración de protocolos, es una de las medidas que ha demostrado disminuir la incidencia de parto pretérmino.

La finalidad de este trabajo es identificar los posibles enfoques terapéuticos para mejorar el tratamiento de las pacientes con amenaza de parto prematuro y también mejorar la calidad y esperanza de vida del neonato, identificar de manera oportuna los factores predisponentes que pueden ser modificables desde la captación de la usuaria y así implementar medidas que nos ayuden a disminuir esta entidad.

## **Capítulo 2. Marco teórico.**

## Capítulo 2. Marco teórico.

### 2.1. Antecedentes y referencias

Iza y Bustillos, publicaron un estudio en el año (2022), publicaron un estudio sobre el pronóstico y la prevención de la entrega temprana en la Universidad Técnica de Ambato; El método utilizado por Ecuador fue un estudio documental en el que realizaron el proceso de búsqueda en las bases de datos electrónicas PubMed Central, Cochrane, Medline, Google Scholar, Science Direct, Scielo, Springer, Electric Wood, Taylor & Francis, entre otras cosas, seleccionan 34 artículos científicos que requieren datos apropiados. En los resultados, dicen que el riesgo de entrega prematura es la aparición de actividad uterina regular, acompañada de cambios cervicales avanzados de 22 a 36.6 semanas con una extensión igual o mayor a dos centímetros. Afirmaron que la evaluación ultrasonográfica del cervical cervical es una prueba de detección que se asocia con una mejor predicción de la entrega prematura y se considera un estándar de oro para predecir la entrega prematura, teniendo en cuenta su sensibilidad y especificidad; Y que las estrategias actuales de gestión de amenazas de suministro prematuro incluyen hospitalización, uso de tocino, tratamiento con antibióticos, la administración prenatal de corticosteroides para aumentar la tasa de desarrollo del cuerpo fetal y la progesterona, el peso y la arcilla cervical reducen la tasa de suministro prematura.<sup>1</sup>

En un estudio realizado en (2021) fue realizado por Guerrero y otros en un intento por identificar los factores madre más importantes que afectan el nacimiento de los primeros nacimientos en San Nicolás de Hidalgo en la Universidad de Michoacan, una metodología centrada en la investigación cuantitativa, retrospectiva y descriptiva. La población consistió en 530 pacientes tratados con entrega temprana. Los resultados enfatizan que el 38.9% se retrasó demasiado temprano, muy temprano en el 30.8%. Concluye que los factores de la madre desencadenante fueron una ruptura prematura de membrana del 50%, una enfermedad hipertensiva durante el embarazo del 20%, la madre más común, que muestra un parto temprano, fue de entre 20 y 25 con 35.8%. Llegaron a la conclusión de que el factor madre, que se relaciona principalmente con el parto

---

<sup>1</sup> Iza Quieta, L. L., & Bustillos Solórzano, M. E. (2022). Amenaza de parto prematuro predicción prevención y manejo. *RECIMUNDO*, 6(3), 393–408.  
[https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(3\).junio.2022.393-408](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.393-408)

premature, era una enfermedad hipertensiva durante el embarazo y el factor de parto más relacionado en la membrana prematura..<sup>2</sup>

En (2021), en la República Dominicana, el Dr. Díaz y el Dr. Rodríguez Publicación, donde analizaron los factores de riesgo asociados con el nacimiento prematuro y la propagación neonatal prematura en el país, siete referencias nacionales en diferentes regiones. Con 394 casos y 1150 distribución de control. Los resultados enfatizan que los factores de riesgo más importantes para el parto prematuro fueron la edad de la madre mayor de 35 años, el nacimiento prematuro previo, los antecedentes familiares con parto prematuro y membranas prematuras debido al parto prematuro. Por otro lado, los jóvenes, el aumento de peso durante el embarazo y los consejos de nacimiento fueron factores de parto prematuro. La conclusión de que el parto prematuro en este estudio fue del 25%.<sup>3</sup>

En un estudio publicado de la Universidad de Granada en el año (2019), que tenía como objetivo determinar el número de pacientes que fueron reconocidos como amenazas prematuras de nacimiento, que nacieron durante los próximos siete días para confirmar la credibilidad del cervical cervical con más de 450 mujeres embarazadas en mujeres embarazadas en hospitales en Granada, Londres y Lodz.<sup>4</sup>

En (2018), en un estudio realizado por ADRONS y SASSO, donde estudiaron el desarrollo clínico de pacientes con nacimiento prematuro, el primer hospital de hospital en Salvador, que consiste en 148 archivos clínicos para pacientes que ingresaron al diagnóstico temprano de parto. Los resultados mostraron que el 54% de los pacientes introdujeron la historia en un parto temprano, en comparación con el 46% de los pacientes sin antecedentes. El 90% de los pacientes no se midieron por longitud cervical, que es un pronóstico importante para el parto prematuro. Al final, se concluyó que el 76% de los pacientes ingresados en el diagnóstico de nacimiento temprano fueron los principales criterios en presencia de actividad uterina sin mostrar cambios en el cuello uterino que

---

<sup>2</sup> Guerrero Magaña, Madrigal Salguero, Hernández Flores y Izaguirre Morales (2021). Factores maternos que influyen en los nacimientos prematuros. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México. Consultado en: <https://publicaciones.umich.mx/revistas/janaskakua/enfermeria/article/download/5/6/65>

<sup>3</sup> Díaz-Rodríguez A, FelizMatos L, Ruiz Matuk CB. Risk factors associated with preterm birth in the Dominican Republic: a case-control study. *BMJ Open* 2021;11:e045399. doi:10.1136/bmjopen-2020-045399

<sup>4</sup> Universidad de Granada (2019). El 75% de las mujeres con amenaza de parto prematuro son ingresadas sin necesidad. Consultado en: <https://canal.ugr.es/noticia/amenaza-parto-prematuro-ingresadas-sin-necesidad/>

tomaron medidas internas como el uso de tocino, los antibióticos y la maduración pulmonar, confirmando que el 90% de estos casos son 37 semanas. Según los recién nacidos, 133 casos no causaron complicaciones, y 15 pacientes participaron con el síndrome de emergencia respiratoria.<sup>5</sup>

## 2.2. Marco conceptual

### 2.2.1. Definición

El riesgo de parto prematuro se define como la presencia de dinámica uterina regular asociada con modificaciones cervicales progresivas de 22.0 a 36.6 semanas de embarazo con membranas de fluidos amnióticos enteros. Sin embargo, estos parámetros tienen baja sensibilidad y especificidad para predecir la entrega prematura. En la mayoría de los casos, cuando el paciente se incluye en el diagnóstico clásico de entrega prematura, el riesgo real de causar el parto en los próximos 7 días es muy bajo, aprox. 10 por ciento.<sup>6</sup>

En todo el mundo, se estima que la tasa de natalidad temprana es de aprox. El 11 por ciento (5 por ciento en Europa, 18 por ciento en áreas africanas), el equivalente a aproximadamente 15 millones de niños, nacieron prematuramente cada año. De estos, el 84 por ciento tiene entre 32 y 36 semanas de edad gestacional, 10 por ciento de 28 a 32 semanas y 5 por ciento durante 28 semanas.<sup>7</sup>

El 20 al 30 por ciento restante del parto prematuro no es necesariamente prematuro, es decir, corresponden a los problemas de la madre o el feto que causan la madre o el feto y la fuerza o la fuerza o la fuerza del embarazo. Entre ellos se encuentran previos a la publicidad, combinación madre, placenta -slacker, placenta sin extinguir, crecimiento intrauterino o limitar varios embarazos.<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> Ardón Flores, R. A., & Sasso de Rivera, N. M. (2018). *Evolución clínica de las pacientes con amenaza de parto prematuro, en el Hospital Primero de Mayo, de enero a diciembre de 2015* [Tesis de grado, Universidad de El Salvador]. Biblioteca Virtual en Salud.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1177878>

<sup>6</sup> Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu y Universitat de Barcelona (2021). Amenaza de parto pretérmino. Consultado en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/>

<sup>7</sup> OPS. Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro. Montevideo: Ministerio de Salud, 2019. 75 pUruguay. Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Consultado en: [9789974860247\\_spa.pdf](https://www.paho.org/hq/doc/rep/OPS19001789974860247_spa.pdf)

Se estima que 15 millones de bebés nacen prematuramente cada año, representan casi el 10 por ciento de todos los nacimientos y aumentan la protección mundial.<sup>10</sup>

Esta unidad es la causa de más del 25 por ciento de todas las muertes de recién nacidos y expone el riesgo de recién nacidos de complicaciones inmediatas de recién nacidos, incluido el síndrome de emergencia respiratoria recién nacida, el daño cerebral isquémico y la enterocolitis necrotizante; Estos bebés luego corren el riesgo del riesgo de retraso en el desarrollo neurológico.<sup>8</sup>

El parto pretérmino es la complicación más frecuente en medicina materno-fetal.<sup>10</sup>

Los nacimientos prematuros también se definen como el parto (nacido o nacido muerto) superior a 20 0 semanas de embarazo y 37 0 semanas hace. Alrededor del 10 por ciento de todos los nacimientos ocurren en un tiempo prematuro, la mayoría (85 por ciento) de 32 0 a 36 6 semanas de embarazo. Entre el 60 y el 80 por ciento del último nacimiento es espontáneamente de nacimiento prematuro (40 a 50 por ciento), membrana prepreparada prematura (20 a 30 por ciento) o raramente insuficiencia cervical o fracturas placentarias (20 a 30 por ciento) utilizando una indicación médica (madre o fetal fetal)); Sin embargo, tales condiciones también pueden conducir a una entrega prematura espontánea.<sup>20</sup>

#### **Algunas de las causas son:**

- Sobredistensión uterina (gestación múltiple, polihidramnios).
- Focalidad infecciosa de otras partes del organismo (apendicitis, pielonefritis).
- Infección/Inflamación Intraamniótica subclínica: Es la causa conocida más frecuente de APP en edades gestacionales tempranas (< 32 semanas).

La infección por intraamnia/inflamación tiene una frecuencia del 40 por ciento cuando debutan dentro de las 32 semanas. Dado que la literatura se refiere a un mayor riesgo de parto prematuro espontáneo y, en consecuencia, la identificación de esta etiología de los recién nacidos, la identificación de esta etiología puede ser esencial para mejorar el pronóstico del embarazo global en estos casos. Es por esta razón que

---

<sup>8</sup> Mahmood, T., Savona Ventura, C., Messinis, I. y Mukhopadhyay, S. (Eds.). (2021). Problemas neonatales. En *The EBCOG Postgraduate Textbook of Obstetrics & Gynaecology: Obstetrics & Maternal-Fetal Medicine* (págs. 477–504). parte, Cambridge: Cambridge University Press.

la realización de la amniocentesis en el proceso de diagnóstico se mantiene en los casos en que no se conoce la etiología liberada.<sup>1</sup>

### **2.2.1.1. Clasificación**

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2020), La prematuridad puede subcategorizarse, en función de la edad gestacional como:

- Prematuro extremo: aquel recién nacido prematuro cuyo parto se produce antes de las 28.0 semanas de gestación. Representa el 5 por ciento.<sup>10</sup>
- Muy prematuro: el que nace entre las 28.0 y 31.6 semanas de gestación. Representa el 15 por ciento.
- Prematuro moderado: el que nace entre las 32.0 y 33.6 semanas de gestación (20 por ciento de partos pretérmino).
- Prematuro tardío: entre las 34.0 y 36.6 semanas (60 por ciento partos pretérmino).<sup>9</sup>

Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, enfatiza que el parto prematuro ocurre después de 20 0/7 semanas de embarazo y 37 0/7 semanas. Que puede ser espontáneo (después de trabajar con entrega prematura, violación previa a la membrana o puede ser indicada por una determinada complicación de los padres o fetales. También se divide en períodos tempranos y tardíos; El parto prematuro temprano se lleva a cabo dentro de las 34 0/7 semanas posteriores al embarazo, y el parto prematuro tardío es de 34 0/7 a 36 6/7 semanas de embarazo.<sup>10</sup>

### **2.2.1.2. Síntomas:**

Para las mujeres con contracciones uterinas regulares y cambios en el cuello uterino, el diagnóstico de entrega temprana es claro. Sin embargo, los síntomas como la corriente, el cólico o la secreción vaginal son posibles son las primeras quejas de los pacientes con alto riesgo, lo que luego inicia el parto prematuro. Debido a que estos síntomas pueden ser perezosos y a menudo ocurrir con contracciones uterinas irregulares, a veces es difícil determinar qué pacientes merecen una evaluación adicional.<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> Teresa Cobo Cobo, Vicente Diago Almela, María Goya Canino, Núria Valiño Calviño, Alberto Puertas Prieto, Juan Carlos Melchor Marcos, Jorge Burgos San Cristóbal, Anna Suy Franch, Tatiana Figueras Falcón, María de la Calle Fernández Miranda, Fernando Bugatto González. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Parto pretérmino. Prog Obstet Ginecol 2020;63:283-321. [GAP-Parto pretermino 2020.pdf](#)

<sup>10</sup> ACOG Practice Bulletin. (s/f). Fecolsog.org. Recuperado el 31 de mayo de 2025, de <https://www.fecolsog.org/articulos-noticias/acog-practice-bulletin-2/>

<sup>11</sup> Rogers VL, Roberts SW. Trabajo de parto prematuro. In: Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW, McQuaid KR. eds. *Diagnóstico clínico y tratamiento 2024*. McGraw Hill; 2024. Accessed mayo

Dentro de los signos y síntomas del parto prematuro se mencionan los siguientes:

- Sensaciones regulares o frecuentes de endurecimiento del abdomen (contracciones).
- Dolor sordo, leve y constante en la espalda.
- Sensación de presión en la pelvis o en la región inferior del abdomen.
- Cólicos leves.
- Manchado o sangrado vaginal leve.
- Rotura prematura de las membranas.
- Cambio en el tipo de flujo vaginal (acuoso, con aspecto de mucosidad o sanguinolento).<sup>12</sup>

### **2.2.1.3. Historia de parto pretérmino previo**

La historia de la entrega prematura espontánea es el factor de riesgo más importante para la recurrencia. La cantidad de riesgo depende de la causa de la parte anterior del nacimiento temprano, la edad del embarazo a la que ocurrió y el número de nacimientos anteriores..<sup>13</sup>

Un historial de dilatación cervical avanzada indolora antes del parto pretérmino espontáneo aumenta el riesgo en comparación con un historial de rotura prematura de membranas ovulares; historial materno de nacimiento prematuro aumenta el riesgo en comparación con el historial materno de parto a término; historial de parto pretérmino previamente por indicación médica es un factor de riesgo importante.<sup>14</sup>

### **2.2.1.4. Embarazo actual concebido con reproducción.**

Los embarazos concebidos por reproducción asistida tienen un mayor riesgo, incluso en ausencia de gestación multifetal. El aumento del riesgo puede estar relacionado con

---

31,2025. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3463&sectionid=286614365>

<sup>12</sup> Trabajo de parto prematuro. (s/f). MayoClinic.org. Recuperado el 31 de mayo de 2025, de <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/preterm-labor/symptoms-causes/syc-20376842>

<sup>13</sup> Dagklis T, Akolekar R, Villalain C, et al. Gestión del trabajo de parto prematuro: guía de práctica clínica y recomendación de la WAPM-Asociación Mundial de Medicina Perinatal y la Fundación de Medicina Perinatal de la PMF-. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2023; 291:196.

<sup>14</sup> Drassinower D, Običan SG, Siddiq Z, et al. ¿La presentación clínica de un parto prematuro anterior predice el riesgo en un embarazo posterior? Soy J Obstet Gynecol 2015; 213:686.

factores maternos de referencia relacionados con la subfertilidad y factores relacionados con los procedimientos de reproducción asistida.<sup>15</sup>

#### **2.2.1.5. Gestación multifetal en el embarazo actual.**

La gestación multifetal representa solo del dos al tres por ciento de todos los nacimientos, pero el 17 por ciento de los nacimientos antes de las 37 semanas de gestación y el 23 por ciento de los nacimientos antes de las 32 semanas. El mecanismo por el cual se produce el parto pretérmino en gestaciones multifetales, y particularmente en gestaciones multifetales de orden superior (triples y superiores), puede estar relacionado con las secuelas del aumento de la distensión uterina.<sup>16</sup>

#### **2.2.1.6. Amenaza de parto pretérmino en el embarazo actual.**

La amenaza de parto prematuro precede al parto prematuro espontáneo; sin embargo, las contracciones uterinas irregulares leves son un hallazgo normal en todas las etapas del embarazo, lo que se suma al desafío de distinguir el trabajo de parto verdadero (contracciones que resultan en el cambio cervical) del parto falso o prodrómico (contracciones que no resultan en un cambio cervical). Solo el 13 por ciento de los pacientes <34 semanas de gestación que cumplen con los criterios explícitos de contracción para el trabajo de parto prematuro dan a luz dentro de una semana y aproximadamente el 50 por ciento de los pacientes diagnosticados con trabajo de parto prematuro van a dar a luz a término.<sup>17</sup>

#### **2.2.1.7. Factores de riesgo de parto pretermino:**

##### **2.2.1.7.1. Obstétricos:**

- Historia de parto pretérmino previo (riesgo incrementado de 1.5 y 2.5 veces más).
- Antecedente aborto segundo trimestre de la gestación (> 16 semanas).
- Embarazo múltiple (15-20 por ciento).
- Sobredistensión uterina.
- Alteraciones vasculares.

---

<sup>15</sup> Lidegaard, Mikkelsen AP, Egerup P, et al. Pregnancy loss: A 40-year nationwide assessment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2020; 99:1492.

<sup>16</sup> Organización Mundial de Salud. (s. f.). *Epidemiología y mecanismos del parto pretérmino en gestaciones multifetales*. En *Nacimiento prematuro: epidemiología y factores de riesgo* (pp. ...-...). Biblioteca Virtual / UpToDate.

<sup>17</sup> Costantine, M. M., & Haas, D. M. (2025). *Preterm labor*. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. Recuperado de NCBI Bookshelf.

- Embarazo actual concebido con fecundación in vitro.

#### **2.2.1.7.2. Maternos:**

- Cirugía cervical: conización.
- Anomalía uterina congénita.
- Dilatación cervical, legrado uterino.
- Antecedente de cesárea anterior en dilatación completa prolongada.

#### **2.2.1.7.3. Sociodemográficos:**

- Hábito tabáquico
- Bajo peso materno pregestacional (IMC < 19,8)
- Periodo intergenésico corto (periodo entre parto y concepción de la siguiente gestación < 18 meses, según definición OMS).
- Raza afroamericana y afrocaribeña.
- Estrés materno.

#### **2.2.1.7.5. Otros mecanismo:**

- Infección intraamniótica.
- Infecciones extrauterinas.
- Senescencia celular.
- Disminución de la acción de la progesterona.<sup>10</sup>

Cabe mencionar dentro de los factores de riesgo para el parto pretermo, el entorno prenatal el cual influye y determina un aumento del riesgo materno de prematuridad y del riesgo infantil para el desarrollo de enfermedades crónicas a lo largo de la vida. Se destaca el estado nutricional materno, el abuso problemático de sustancias, las infecciones y el estrés social, laboral y económico.<sup>8</sup>

#### **2.2.1.7.6. Consumo de alcohol en el embarazo**

Es otro problema prevenible que contribuye al aumento de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. El consumo de alcohol durante el embarazo está asociado con el parto de pretérmino, aborto espontáneo, síndrome alcohólico fetal, y mayor riesgo de trastornos del comportamiento infantil.<sup>8</sup>

### **2.2.1.7.7. Factores cervicales y uterinos**

Cuello uterino corto o dilatado en segundo trimestre. Hay una relación inversa entre la longitud cervical medida por ultrasonido transvaginal a las 16 a 28 semanas de gestación y la edad gestacional al parto. Una puntuación de Bishop  $\geq 5$  en el examen digital en segundo trimestre también se ha asociado con un aumento de las probabilidades de parto pretérmino. Una disminución gradual de la longitud cervical después de 32 semanas puede ser normal y mucho menos predictiva.<sup>18</sup>

Una longitud cervical larga y consistencia dura a mediados de la gestación se asocia con el parto a término, apoyando aún más la hipótesis de que la consistencia cervical es un determinante crítico de la longitud gestacional. Otros factores cervicales y uterinos que pudieran resultar de importancia son: historia de conización cervical en frío y escisión electro quirúrgica del cérvix, dilatación y curetaje previos, pólipos cervicales, anomalías uterinas congénitas, leiomioma uterino, Sangrado transvaginal en primer trimestre<sup>17</sup>

### **2.2.1.7.8. Trastornos médicos crónicos**

Los trastornos médicos maternos crónicos pueden estar asociados con complicaciones maternas o fetales que requieren resolución del embarazo médicamente indicado, así como aumentan el riesgo de parto pretérmino espontáneo. Los ejemplos incluyen hipertensión crónica, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus tipo 1, algunas enfermedades autoinmunes y anemia crónica. Tanto la depresión como la exposición a inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se han asociado con un mayor riesgo de parto pretérmino.<sup>17</sup>

**Infección.** Algunos estudios han informado de una relación entre la infección/inflamación y el parto pretérmino, la cual puede ser mediada por prostaglandinas. La más consistente de estas observaciones fue reportada por patólogos placentarios que han descrito evidencia histológica de corioamnionitis en las placentas del 20 al 75 por ciento de los partos prematuros y cultivos de membrana positivos en el 30 al 60 por ciento de estos pacientes.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> Newman RB, Goldenberg RL, Iams JD, et al. Estudio de predicción de parto pretermino: comparación de la puntuación cervical y la puntuación de Bishop para la predicción del parto prematuro espontáneo. *Obstet Gynecol* 2008; 112:508.

<sup>19</sup> Oh KJ, Romero R, Park JY, et al. Evidencia de que la administración de antibióticos es efectiva en el tratamiento de un subconjunto de pacientes con infección/inflamación intraamniótica que presenta insuficiencia cervical. *Am J Obstet Gynecol* 2019; 221:140.

Cabe resaltar que dentro de los procesos infecciosos más asociados a parto pretérmino, se pueden mencionar: las infecciones del tracto urinario, bacteriuria asintomática, enfermedad periodontal, infección del tracto genital y malaria.<sup>20</sup>

**Factores físicos y genéticos.** Estudios han demostrado que las mujeres con una estatura más baja parecen tener un mayor riesgo de parto pretérmino y las mujeres más altas parecen tener un menor riesgo.<sup>21</sup> Las variantes genéticas parecen contribuir a la duración de la gestación y a la probabilidad de parto pretérmino espontáneo. La frecuencia parece aumentar en personas con una pariente femenina de primer grado que tenía un parto pretérmino.<sup>22</sup>

### 2.2.1.8. Predicción del riesgo de parto prematuro

Se han desarrollado diferentes estrategias para establecer la predicción del riesgo de parto prematuro en pacientes asintomáticas. La ecografía transvaginal se ha utilizado por esta razón para medir la longitud y examinar las características y del cérvix. Otras Estrategias utilizan algoritmos, puntuación de riesgo y pruebas bioquímicas.<sup>23</sup>

Sistemas de puntuación de riesgo: la puntuación de riesgo es un método cuantitativo utilizado para identificar a las personas embarazadas con mayor riesgo de parto pretérmino. Los sistemas propuestos suelen calcular una puntuación aditiva basada en puntos asignados a factores de riesgo demográficos, históricos, de laboratorio y clínicos seleccionados o ponderados arbitrariamente.<sup>24</sup>

En base a diversos estudios se ha concluido que no existe un sistema efectivo de puntuación de riesgo para la predicción del parto pretérmino. Esto se debe a nuestra falta de conocimiento sobre las causas en la mayoría de los embarazos y porque el factor de

---

<sup>20</sup> Gorski LA, Huang WH, Iriye BK, Hancock J. Implicación clínica del lodo intraamniótico en la ecografía en pacientes con cerclaje cervical. *Ultrasonido Obstet Gynecol* 2010; 36:482.

<sup>21</sup> Myklesstad K, Vatten LJ, Magnussen EB, et al. ¿Influyen las alturas de los padres en la duración del embarazo? Un estudio prospectivo basado en la población, HUNT 2. *BMC Embarazo Parto* 2013; 13:33.

<sup>22</sup> Boivin A, Luo ZC, Audibert F, et al. Riesgo de parto prematuro y muy prematuro en mujeres que nacieron prematuros. *Obstet Gynecol* 2015; 125:1177.

<sup>23</sup> Crane, J. M. G., & Hutchens, D. (2008). *Transvaginal sonographic measurement of cervical length to predict preterm birth in asymptomatic women at increased risk: a systematic review. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 31(5), 579–587. <https://doi.org/10.1002/uog.5323>

<sup>24</sup> Arabi Belaghi R, Beyene J, McDonald SD. Predicción del parto prematuro en mujeres nulíparas mediante regresión logística y aprendizaje automático. *PLoS One* 2021; 16:e0252025.

riesgo más poderoso es el parto pretérmino anterior, que no es aplicable a los pacientes nulíparas.<sup>26</sup>

También cabe resaltar que el valor predictivo positivo de la mayoría de los sistemas de puntuación de riesgo es bajo, aproximadamente del 20 al 30 por ciento, y varía según la población estudiada y el trimestre.<sup>26</sup>

#### **2.2.1.8.1. Indicadores de diagnóstico según edad gestacional.**

-Para edad gestacional por debajo de 29+6 semanas: si hay sospecha, se debe tratar (y presumiblemente ingresar) según protocolos de tocolisis y corticosteroides.

-Para edad gestacional por encima de 30+0 semanas: realizar ecografía transvaginal de longitud cervical:

- Más de 15 mm: poco probable parto pretérmino — valorar enviar a casa con instrucciones de volver si persisten síntomas <sup>[OBI]</sup>.
- Menos 15 mm: se considera trabajo de parto pretérmino confirmado → ingreso y tratamiento.<sup>25</sup>

#### **2.2.1.8. Cribado ecográfico. Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2020) expone lo siguiente:**

##### **2.2.1.9. Longitud cervical**

Es considerada un factor predictor independiente de parto pretérmino. Se ha reportado en numerosos estudios la relación curvilínea inversamente proporcional entre longitud cervical en el segundo trimestre de la gestación y la probabilidad de parto pretérmino, tanto en gestantes de bajo como de alto riesgo de parto pretérmino.<sup>10</sup>

La longitud cervical se define como la distancia existente entre el orificio cervical interno y el orificio cervical externo. Mediante su medición ecográfica es uno de los predictores más estudiado. Cabe resaltar que el riesgo de parto pretérmino espontáneo es considerado inversamente proporcional a la longitud del cérvix. El mejor momento para identificar a las pacientes con riesgo de parto prematuro es el segundo trimestre realizando la

---

<sup>25</sup> National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Preterm labour and birth (NG25). NICE; 20 Nov 2015 (última revisión: 1 May 2023). Disponible en: NICE

valoración rutinaria de las características cervicales, específicamente entre las 18 y 24 semanas de edad gestacional.<sup>26</sup>

Hay que tener en cuenta que, mientras más corta sea la longitud cervical, más aumenta el riesgo de parto pretérmino espontáneo. También cuanto más temprano se detecta el acortamiento del cérvix, se hace mayor el riesgo de parto pretérmino. Múltiples publicaciones coinciden en que el valor predictivo de la longitud del cuello del útero por ecografía transvaginal como riesgo de parto pretérmino es importante tanto en embarazos con feto único y múltiples, mujeres con o sin factores de riesgo para parto prematuro.<sup>27</sup>

#### **2.2.1.11.1. Intervenciones para la reducción del riesgo de parto pretérmino**

La identificación de los factores de riesgo para el parto pretérmino tanto antes de la concepción como al principio del embarazo conducirá a intervenciones que ayuden a prevenir esta complicación.<sup>28</sup>

La aplicación de una o más de las siguientes intervenciones puede reducir el riesgo del parto pretermino. Para algunos pacientes, el factor de riesgo es claro y puede ser mitigado por una intervención específica. Para otros pacientes, los factores pueden ser menos claros, pero aun así pueden ser mitigados por un enfoque multifactorial que implique el prenatal y el autocuidado. Optimizar el estado de los trastornos médicos maternos: la identificación y optimización de los trastornos médicos crónicos antes y durante el embarazo puede mejorar la salud materna en general y, a su vez, el resultado del embarazo.<sup>29</sup>

Prescribir aspirina para pacientes con alto riesgo de preeclampsia: En pacientes con alto riesgo de desarrollar preeclampsia, una dosis diaria de aspirina de dosis baja (en dosis de

---

<sup>26</sup> Feltovich H, Hall TJ, Berghella V. Beyond cervical length: emerging technologies for assessing the pregnant cervix. *Am J Obstet Gynecol.* 2012; 207(5): 345–354.

<sup>27</sup> Berghella V, Palacio M, Ness A, Alfirevics Z, Nicolaidis KH, Saccone G. Cervical length screening for prevention of preterm birth in singleton pregnancy with threatened preterm labor: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials using individual patient-level data. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017;49(3): 322-329.

<sup>28</sup> Predicción y prevención del parto prematuro espontáneo: Boletín de Práctica ACOG, Número 234. *Obstet Gynecol* 2021; 138:e65.

<sup>29</sup> Medley N, Poljak B, Mammarella S, Alfirevic Z. Directrices clínicas para la prevención y el manejo del parto prematuro: una revisión sistemática. *BJOG* 2018; 125:1361.

81 a 162 mg por vía oral) a partir de las 12 a 16 semanas de gestación puede reducir las posibilidades de desarrollar preeclampsia y la necesidad de resolución de la gestación por indicación médica.<sup>30</sup>

Los factores de alto riesgo incluyen: embarazo anterior con preeclampsia, especialmente de inicio temprano y con un resultado adverso, diabetes mellitus tipo 1 o 2, hipertensión crónica, gestación multifetal, enfermedad renal, enfermedad autoinmune con posibles complicaciones vasculares (síndrome antifosfolípido, lupus eritematoso sistémico).<sup>31</sup>

Identificar comportamientos poco saludables y ayudar a los pacientes a lograr comportamientos beneficiosos: el tabaquismo y el uso indebido de alcohol y los medicamentos recetados y sin receta son comportamientos poco saludables que aumentan el riesgo de parto pretérmino.<sup>45</sup>

Restricción de uso de tabaco: la identificación de las personas que fuman productos de tabaco, la educación sobre los riesgos maternos y fetales asociados con el tabaquismo y la ayuda con el abandono del tabaquismo son importantes para promover la salud en general.<sup>32</sup>

Restricción del uso de sustancias: los proveedores de atención médica deben preguntar sobre el consumo de sustancias maternas (por ejemplo, alcohol, uso indebido de medicamentos recetados o sin receta), proporcionar información sobre los riesgos maternos y fetales asociados con la sustancia utilizada y ayudar a los pacientes a dejar de usar la sustancia.<sup>33</sup>

Identificar un índice de masa corporal anormal y fomentar la pérdida o el aumento de peso antes del embarazo: las personas embarazadas con una nutrición adecuada y un

---

<sup>30</sup> Asesoramiento de práctica del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos: Uso de aspirina en dosis bajas para la prevención de la preeclampsia y la morbilidad y mortalidad relacionadas. Diciembre de 2021. [https://www.acog.org/clinical/clinical\\_guidance/practice-advisory/articles/2021/12/low-dose-aspirin-use-for-the-prevention-of-preeclampsia-and-related-morbidity-and-mortality](https://www.acog.org/clinical/clinical_guidance/practice-advisory/articles/2021/12/low-dose-aspirin-use-for-the-prevention-of-preeclampsia-and-related-morbidity-and-mortality) (Consultado el 11 de febrero de 2024).

<sup>31</sup> Thangaratnam S, Rogozinska E, Jolly K, et al. Efectos de las intervenciones en el embarazo sobre el peso materno y los resultados obstétricos: metanálisis de evidencia aleatoria. *BMJ* 2012; 344:e2088.

<sup>32</sup> Medley N, Poljak B, Mammarella S, Alfrevic Z. Directrices clínicas para la prevención y el manejo del parto prematuro: una revisión sistemática. *BJOG* 2018; 125:1361.

<sup>33</sup> Norman JE, Bennett P. Prevención del parto prematuro: tiempo para PROGRESAR más allá de la progesterona. *PLoS Med* 2017; 14:e1002391.

índice de masa corporal normal tienen mejores resultados en el embarazo que las personas que no lo tienen, lo que sugiere que las intervenciones dietéticas pueden tener un papel en la prevención en el riesgo de parto pretérmino en poblaciones seleccionadas <sup>48</sup>

Espaciamiento óptimo del embarazo y evitar los embarazos no planificados: se aconseja a las personas que planifican el embarazo que espacien los embarazos con al menos 18 meses de diferencia. Los intervalos cortos entre embarazos.<sup>34</sup>

#### **2.2.2.12.Funneling**

La embudización del cuello uterino o funneling, definida como la protrusión de las membranas amnióticas en el canal cervical, es considerada por algunos autores como un factor de riesgo adicional de parto pretérmino (19,89), aunque no se ha demostrado que sea un factor independiente. La longitud cervical es el método de elección para el cribado ecográfico del parto pretérmino. No obstante, se ha descrito que el funneling asociado a cérvix corto conlleva mayor riesgo de parto pretérmino que el cérvix corto sin funneling.

7

#### **2.2.2.13.Sludge:**

El “barro” o sludge en el líquido amniótico se define por la presencia de agregados ecogénicos densos de materia particulada en la proximidad del orificio cervical interno o dentro del funnelling. En el estudio ecográfico, el sludge aparece como material hiperecogénico que flota libremente en el líquido amniótico en la proximidad del cérvix. Es esencial su correcto diagnóstico, para diferenciarlo de otro material particulado detectado ecográficamente en la cavidad amniótica, como meconio, vérnix, excesiva descamación de la piel (como la observada en la histiocitosis congénita) o coágulos de sangre. El sludge es un factor de riesgo independiente para el parto pretérmino, la rotura prematura de membranas pretérmino y la corioamnionitis histológica en gestantes asintomáticas. El hallazgo de sludge y cérvix corto se asocia a un mayor riesgo de parto < 28 semanas y < 32 semanas que el cérvix corto aislado. Se ha descrito que la infección intraamniótica es más frecuente en gestantes con sludge.<sup>7</sup>

---

<sup>34</sup> Beso H, Petricevic L, Husslein P. Ensayo prospectivo aleatorizado y controlado de un programa de detección de infecciones para reducir la tasa de parto prematuro. BMJ 2004; 329:371.

#### **2.2.2.14.Biomarcadores**

##### **2.2.2.14.1.Fibronectina fetal cualitativa:**

La fibronectina fetal es una glicoproteína de matriz extracelular que se encuentra en las membranas amnióticas, decidua y citotrofoblastos. Puede ser detectada en secreciones vaginales y cervicales, pero niveles elevados ( $\geq 50$  ng/ml) más allá de las 22 semanas de gestación se han asociado a riesgo incrementado de parto pretérmino.<sup>7</sup>

##### **2.2.2.14.2.Fibronectina fetal y longitud cervical**

Existen dispositivos electrónicos que integran información sobre historia de parto pretérmino previo, medición cuantitativa de fibronectina fetal y longitud cervical para predecir riesgo de parto pretérmino espontáneo en gestantes asintomáticas.<sup>7</sup>

##### **2.2.2.14.3.Cribado de infecciones:**

-Vaginosis bacteriana: definida como cambio en el ecosistema microbiano vaginal en el que existe proliferación de bacterias anaerobias, confiere mayor riesgo de infección intraamniótica y de parto pretérmino espontáneo. No obstante, el tratamiento antibiótico de gestantes asintomáticas con vaginosis bacteriana no reduce la tasa de parto pretérmino.<sup>7</sup>

##### **2.2.2.15.Prevenición parto pretérmino:**

El tratamiento antibiótico de la bacteriuria asintomática en la gestación puede reducir el parto pretérmino y bajo peso al nacimiento, de acuerdo con las teorías sobre el papel de la infección en el resultado perinatal adverso, pero la confianza en el efecto es limitada debido a la baja calidad de la evidencia disponible.<sup>7</sup>

##### **2.2.2. 16.Prevenición primaria:**

Se identifican factores de riesgo modificables y no modificables. Los de interés para el clínico son los factores de riesgo modificables, como puede ser el hábito tabáquico, la adicción a drogas, la anemia, la ausencia de cuidados prenatales, el periodo intergenésico corto (principalmente  $< 6$  meses) y, posiblemente, el estrés laboral o personal. Actualmente, una de las medidas con mayor impacto es evitar la transferencia múltiple de embriones en las técnicas de reproducción asistida, lo cual puede disminuir la tasa final de parto pretérmino en un 0,6%. Respecto al cuidado odontológico, aunque el riesgo de parto pretérmino se asocia con la gravedad de la enfermedad periodontal no se ha demostrado que el tratamiento de la periodontitis reduzca el parto pretérmino.<sup>7</sup>

### **2.2.2. 16.1. Seguir una dieta saludable.**

Los resultados de un embarazo saludable generalmente se asocian con una buena nutrición. Además, algunas investigaciones sugieren que una dieta alta en ácidos grasos poliinsaturados se asocia con un menor riesgo de nacimiento prematuro. Los ácidos grasos poliinsaturados se encuentran en los frutos secos, las semillas, el pescado y los aceites de las semillas.<sup>13</sup>

### **2.2.2. 16.2. Esperar un tiempo entre cada embarazo.**

Algunas investigaciones sugieren que existe una relación entre los embarazos con menos de seis meses de diferencia, o con más de 59 meses de diferencia, y un mayor riesgo de parto prematuro. Considera hablar con el proveedor de atención médica sobre esperar un tiempo entre cada embarazo.<sup>13</sup>

#### **2.2.5.1.1. Tabaquismo/drogas:**

El uso de productos del tabaco (cigarrillos, tabaco sin humo y cigarrillos electrónicos) durante el embarazo provoca una disminución del suministro de oxígeno al feto por diferentes mecanismos. Hay más de 4.000 productos químicos en el humo de tabaco convencional. Esta exposición a toxinas puede producir inestabilidad cromosómica, con una mayor incidencia de anomalías cromosómicas estructurales entre las gestantes que fuman (12 por ciento vs. 3,5 por ciento). La mayoría de estas anomalías se localizan en la región 11q23, también asociada con varias neoplasias hematológicas.<sup>10</sup>

#### **2.2.2.1.17. Anemia:**

La anemia, principalmente cuando aparece en el primer trimestre, incrementa el riesgo de parto pretérmino. Una revisión de la Cochrane en 2019 concluye que la suplementación con hierro podría reducir el riesgo de parto pretérmino, así como el porcentaje de fetos pequeños para edad gestacional, principalmente en países en vías de desarrollo.<sup>10</sup>

#### **2.2.2.1.18. Evaluación del riesgo:**

##### **2.2.2.1.18.1. Pacientes de alto riesgo:**

- Cérvix corto para edad gestacional y/o Bishop mayor o igual a cinco.
- Presencia de algún factor de riesgo de parto pretérmino: historia de parto pretérmino espontáneo previo antes de la semana 34.0, pérdida gestacional tardía (>16 semanas),

gestación múltiple, portadora de cerclaje cervical, malformación uterina, antecedente de conización cervical.<sup>10</sup>

Pacientes de bajo riesgo: no presentan ninguno de los criterios citados anteriormente.<sup>10</sup>

#### **2.2.2.1.19. Manejo en urgencias:**

Cuando objetivamos dinámica uterina regular en una paciente que ha consultado por clínica compatible con amenaza de parto pretérmino, se actuara en función del riesgo:

-En pacientes de bajo riesgo y en aquellas de alto riesgo sin cérvix corto: reposo y observación dos a tres horas en el área de urgencias para valorar si hay cambios en las condiciones cervicales considerando la posibilidad de administrar tocolísis oral (nifedipina) de forma puntual.

- Si cede la dinámica uterina y no existen modificaciones cervicales: Valorar el alta domiciliaria con reposo relativo en las siguientes 24 horas y control obstétrico habitual.

- Si no cede la dinámica uterina pero no hay modificaciones cervicales: Valorar ingreso hospitalario en observación durante 12 a 24 horas. Inicialmente, no se administrará tratamiento tocolítico ni corticoides de forma sistemática. Sólo se utilizarán los tocolíticos como tratamiento sintomático y con una pauta de 12 a 24 horas si precisa. Alta precoz cuando ceda el cuadro sintomático.<sup>7</sup>

- Si hay modificaciones cervicales: ingreso hospitalario.

-El resto de pacientes de alto riesgo por cérvix corto o modificaciones cervicales serán tributarias de ingreso con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino. En ausencia de dinámica uterina regular o cuando las modificaciones cervicales han sido un hallazgo en una paciente asintomática es necesario valorar los parámetros considerados de alto riesgo con precaución, dado que pueden no relacionarse con el parto pretérmino.<sup>7</sup>

Estos hallazgos (por ejemplo, cérvix corto), en ausencia de clínica, no son tributarios de tratamiento tocolítico ya que pueden representar el extremo de la normalidad. En estos casos, valorar un seguimiento en una a dos semanas en la Unidad de alto riesgo. Como medida de precaución, podría recomendarse restringir la actividad evitando la bipedestación prolongada hasta evaluar la evolución clínica, así como el tratamiento con progesterona natural micronizada (200mg cada 24 horas, vía vaginal) si la paciente tiene menos de 26.0 semanas de gestación:<sup>7</sup>

##### **2.2.2.1.19.1. Tratamiento domiciliario**

-Reposo relativo las próximas 24 horas (no se recomienda el reposo absoluto).

-No tratamiento tocolítico oral de mantenimiento salvo excepciones justificadas.

-Control obstétrico habitual.

-Indicar motivos por los que acudir nuevamente a Urgencias: dinámica uterina regular, sangrado, disminución de movimientos fetales, salida de líquido amniótico transvaginal.<sup>35</sup>

#### **2.2.2.1.19.2. Criterios de ingreso**

Diagnóstico de APP: dinámica uterina regular más modificación cervical.

Dinámica uterina sintomática (percibida por la paciente como dolorosa) sin modificación cervical.<sup>49</sup>

-Contracciones más cambios cervicales (borramiento o dilatación), incluso si son dolorosas, justifican observación en hospital.

-Longitud cervical menor o igual de 15 mm en edad gestacional mayor o igual de 30 semanas o menor o igual de 25 mm en edad gestacional menor con contracciones estas pacientes son de riesgo alto, por lo que ameritan ingreso hospitalarios.

-Fibronectina fetal positiva más cérvix corto aumentan riesgo de parto en menos de 48 horas, por lo que estas pacientes se deben hospitalizar.

-Indicaciones agregadas: sangrado, sospecha de rotura de membranas, signos de infección, comorbilidades maternas o fetal, dilatación mayor de 2 cm.<sup>36</sup>

#### **2.2.2.1.20. Medidas a tomar durante el ingreso hospitalario:**

El ingreso incluye reposo relativo 24 horas (permitiendo higiene personal si el cuadro clínico lo permite) y control materno-fetal.

Pruebas complementarias como la cardiotocografía y la ecografía transvaginal de urgencias también se realizara:

- Ecografía fetal básica: estática fetal, líquido amniótico, biometrías, localización de placenta.

- Analítica: hemograma, bioquímica básica, coagulación y PCR.

- Cultivo vagino-rectal *Streptococcus agalactiae* (del tercio externo de vagina y del recto) si no se había realizado en las cinco semanas anteriores.

- Sedimento de orina más urinocultivo.

---

<sup>35</sup> Manual Clínico Urgencias de Obstetricia, Hospital Universitario Virgen del Rocío. (2022). *Amenaza de parto prematuro* [Capítulo del manual clínico]. En *Manual clínico de urgencias de obstetricia: Segundo y tercer trimestre*. Sevilla, España. Recuperado de <https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias-de-obstetricia/segundo-y-tercer-trimestre/amenaza-de-parto-prematuro/>

<sup>36</sup>National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2015). *Preterm labour and birth (NICE Guideline NG25)*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng25> (Última revisión: 1 de mayo de 2023; consultado el 20 de junio de 2025).

- Únicamente se realizará cultivo endocervical si paciente es portadora de cerclaje cervical.

- Amniocentesis diagnóstica: se propondrá en gestaciones únicas y menor o igual de 32.0 semanas la conveniencia de realizar una amniocentesis para descartar la infección intraamniótica en caso de que no exista otra etiología que justifique la dinámica uterina. Los riesgos de la prueba son mínimos (menor o igual que 0.7 por ciento de rotura prematura de membranas)<sup>7</sup>

En aquellas gestaciones únicas mayores de 32.0 semanas o gestaciones múltiples no se propondrá la amniocentesis de forma sistemática, ya que la prevalencia de infección intraamniótica en estos casos es baja, aunque deberá ser valorada si existe sospecha clínica de infección.<sup>7</sup>

#### **2.2.2.1.20.1. Procesos tras el ingreso**

-Reposo en cama y monitoreo: control de dinámica uterina, vigilancia fetal con registro cardiotocográfico, evaluación cervical y descartar infección (uroanálisis, cultivos).

-Confirmación de edad gestacional por fecha de última menstruación o ecografía del primer trimestre, evaluar bienestar fetal, realizar exámenes de rutina.

-Tocolíticos como el nifedipino e inicio de corticoides entre 24–34 semanas, coordinando con unidad de cuidados neonatales si es necesario.<sup>37</sup>

Observaciones prolongadas más allá de dos días sin parto efectivo pueden no ser necesarias; se recomienda diseño de protocolos basados en riesgo tras 48 horas de internación.<sup>51</sup>

#### **2.2.2.1.21. Reposo en cama**

El reposo en cama (reposo absoluto) en embarazos únicos con amenaza de parto pretérmino no reduce el parto pretérmino. En embarazos múltiples se desconoce el efecto (beneficio o perjuicio).<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> Médecins Sans Frontières. (2025). *Threatened preterm delivery* [Capítulo 4.10, MSF Clinical Guidelines]. En *MSF Medical Guidelines*. Recuperado el 20 de junio de 2025 de <https://medicalguidelines.msf.org/es/node/489>

<sup>38</sup> Palacio M, Cobo T, Bosch J, Filella X, Navarro-Sastre A, Ribes A, et al. Cervical length and gestational age at admission as predictors of intra-amniotic inflammation in preterm labor with intact membranes. *Ultrasound Obs Gynecol*. 2009;34:441–7

#### **2.2.2.1.22. Hidratación**

El estado de hidratación en gestantes con amenaza de parto pretérmino no es diferente a la de las gestantes sin síntomas por lo que no existe evidencia científica que recomiende la hidratación en el manejo de la amenaza de parto pretérmino.<sup>10</sup>

#### **2.2.2.1.23. Corticosteroides para la madurez fetal**

Es una de las pocas intervenciones antenatales que ha demostrado mejorar los resultados neonatales. No existe evidencia científica que recomiende la administración profiláctica de corticoides en gestantes asintomáticas.<sup>39</sup>

Se debe administrar un ciclo único de corticosteroides prenatales a todas las mujeres con trabajo de parto prematuro que se considere que están en riesgo de parto prematuro dentro de los siguientes siete días cuando se encuentren entre las 23 y 33 6/7 semanas de gestación<sup>40</sup>.

Este ciclo único de corticosteroides prenatales consiste en dos dosis de 12 mg de betametasona administradas por vía intramuscular con 24 horas de diferencia o cuatro dosis de 6 mg de dexametasona administradas por vía intramuscular con 12 horas de diferencia.<sup>18</sup>

En aquellas pacientes con riesgo de parto prematuro entre las 23 y 33 semanas de gestación reduce la morbilidad (síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, ingreso en la unidad de cuidados intensivo) y la mortalidad en los lactante.<sup>18</sup>

#### **2.2.2.1.24. Sulfato de magnesio**

Este medicamento tiene un efecto neuroprotector, los recién nacidos prematuros nacidos de madres que han recibido sulfato de magnesio antes del parto tienen menos probabilidad de presentar parálisis cerebral. El sulfato de magnesio, cuando se administra antes del parto pretérmino, reduce de forma significativa el riesgo de parálisis cerebral a los dos años.<sup>10</sup>

---

<sup>39</sup> Romero R, Yeo L, Miranda J, Hassan SS, Conde-Agudelo A, Chai worapongsa T. A blueprint for the prevention of preterm birth: Vaginal progesterone in women with a short cervix. *J Perinat Med* 2013;41:27-44.

<sup>40</sup> De Heus R, Mol BW, Erwich JJHM, Van Geijn HP, Gyselaers WJ, Hanssens M, et al. Adverse drug reactions to tocolytic treatment for preterm labour: prospective cohort study. *BMJ*. 2009 Mar 28;338(7697).

La administración de sulfato de magnesio debería reservarse a aquellas gestantes en las que se sospeche un parto inminente en las siguientes 24 horas. Dicha recomendación es válida tanto para embarazos únicos como múltiples. No existe un consenso claro internacional respecto a la edad gestacional máxima de administración (hasta 29.6 a 33.6 semanas), la duración de la dosis de mantenimiento (12-24 horas) o la posibilidad de retratamiento. La dosis recomendada suele ser un bolus inicial de 4 gramos endovenoso seguido de una perfusión de mantenimiento de 1 gramo/hora endovenoso. Se ha cuestionado la dosis de mantenimiento en el sulfato de magnesio. Algunos estudios sugieren que el bolus de 4 gramos inicial podría ser suficiente para conseguir el efecto neuroprotector.<sup>10</sup>

#### **2.2.2.1.25. Tocólisis**

El objetivo de la tocólisis es prevenir el parto prematuro inminente con la inhibición de la dinámica uterina para permitir el tiempo suficiente para administrar corticosteroides, neuroprotección; y si es necesario, permitir el traslado intrauterino de la madre a un hospital con la atención neonatal adecuada.<sup>10</sup>

Los tocolíticos no reducen el riesgo de parto pretérmino, pero retrasan el parto 48 horas con el objetivo de que los corticoides y el sulfato de magnesio puedan ser administrados, y las gestantes puedan ser derivadas a un centro terciario con disponibilidad de Unidad de cuidados intensivos neonatal. Los tocolíticos no han demostrado mejorar los resultados neonatales.<sup>10</sup>

Los tocolíticos más utilizados en la actualidad son los bloqueantes del canal del calcio (nifedipino), antagonistas de los receptores de oxitocina (atosiban) y fármacos antiinflamatorios no esteroideos como los inhibidores de las prostaglandinas (indometacina). Los betabloqueantes (ritodrine) deberían ser evitados al existir alternativas igual de eficaces con mejor perfil de seguridad. Respecto al tocolítico de elección, el nifedipino y el atosiban presentan un perfil de eficacia similar.<sup>10</sup>

La indometacina es el fármaco de elección cuando los síntomas aparecen en edades gestacionales precoces (menos a 24 semanas). Sin embargo, administrada más allá de las 32 semanas de gestación se asocia a un cierre prematuro del ductus arterioso. En relación a la combinación de fármacos, la combinación de sulfato de magnesio con agonistas betaadrenérgicos o bloqueantes de los canales del calcio (nifedipino) deberían evitarse ya que aumentan el riesgo de complicaciones maternas. Es segura la combinación de sulfato

de magnesio y antagonistas de los receptores de la oxitocina (atosiban) o inhibidores de las prostaglandinas (indometacina).<sup>10</sup>

Por último, la tocólisis de mantenimiento (mayor de 48 horas) no ha demostrado retrasar el parto o mejorar los resultados neonatales. Dentro de las contraindicaciones para el uso de los tocolíticos se encuentran la pérdida del bienestar fetal, la sospecha de desprendimiento de placenta, la corioamnionitis clínica o la inestabilidad materna.<sup>10</sup>

#### **2.2.2.1.26. Tratamiento ambulatorio:**

No se pautará tratamiento tocolítico oral domiciliario tras el alta, excepto en situaciones muy específicas en las que persista la sintomatología a pesar de no observarse cambios cervicales ni riesgo de infección.<sup>7</sup>

#### **2.2.2.1.27. Anestesia locoregional:**

En pacientes con dinámica uterina sintomática persistente a pesar de la tocólisis se valorará la anestesia loco-regional con fines analgésicos. Si cede la dinámica uterina y no progresa el parto, la anestesia locoregional se retirará una vez completada la maduración pulmonar fetal. Si el trabajo de parto está instaurado se puede mantener para cobertura de parto.<sup>7</sup>

#### **2.2.2.1.28. Tipos de tocolíticos:**

**a) Inhibidor de los canales de calcio (nifedipino):** la mayoría de literatura reportada se refiere a la posología en cápsulas orales. Aunque en la actualidad existe la posología en forma de solución oral. Los estudios de farmacocinética realizados muestran una mayor biodisponibilidad y una menor variabilidad interindividual con la solución oral.<sup>41</sup>

**b) Antagonista de la oxitocina (atosiban):** fármaco de elección en gestaciones múltiples, gestantes cardiópatas y aquellas con tratamiento antihipertensivo de base. Se administra en ciclos de 48 horas. Según la ficha técnica podría repetirse hasta un total de tres ciclos.<sup>17</sup>

**c) Inhibidor de las prostaglandinas (indometacina):** tocolítico de elección por debajo de las 24.0 semanas y en cuadros de incompetencia cervical.<sup>17</sup>

---

<sup>41</sup> Berger R, Stelzl P, Maul H. Reply to: Letter to the Editor: Administration of Antenatal Corticosteroids: Optimal Timing. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2024 Sep 2;84(9):877. doi: 10.1055/a-2342-5218. eCollection 2024 Sep. PMID: 39229633 Free PMC article. No abstract available.

### **2.2.2.1.29. Antibióticos:**

La amenaza de parto pretérmino no justifica la administración indiscriminada de antibióticos profilácticos en las gestantes con amenaza de parto pretérmino con membranas intactas y sin signos de infección, ya que a largo plazo se ha observado en los niños un aumento del riesgo de parálisis cerebral respecto aquellos cuyas madres recibieron placebo.<sup>42</sup>

### **2.2.2.1.30. Vía del parto en los fetos prematuros:**

En los partos en presentación podálica que se producen más allá de las 23.0 semanas y antes de las 26.0, existe controversia respecto la vía del parto. El último metaanálisis que incluye únicamente estudios observacionales sugiere la cesárea como vía de elección ya que dicho metaanálisis observó una menor incidencia de mortalidad intraparto, mortalidad neonatal, hemorragia intraventricular y trauma obstétrico. Sin embargo, el abordaje por cesárea se asoció a un aumento de las complicaciones respiratorias neonatales (dificultad respiratoria, necesidad de surfactante y de soporte respiratorio con presión positiva), así como la morbilidad materna (aumento de hemorragia posparto y de infección puerperal).<sup>20</sup>

La edad gestacional y la presentación fetal son claves para decidir la vía del parto:

-Si el parto se produce a partir de las 26.0 y antes de las 37.0 semanas la vía del parto la determinará la presentación fetal:

-Si esta en presentación cefálica se optará por parto vaginal como vía de elección en ausencia de contraindicaciones maternas o fetales a la vía vaginal.

-En cambio, en presentaciones no cefálicas, la cesárea será el abordaje de elección del parto.

-En gestaciones entre las 23.0 y 25.6 semanas: Cuando la presentación es cefálica, la vía de elección, salvo contraindicaciones maternas o fetales, es la vía vaginal.<sup>10</sup>

## **2.3 Contextualización**

El Hospital General de la Plaza de la Salud (HGPS) es una entidad de atención de salud sin fines de lucro ubicada en la Avenida Ortega y Gasset, Ensanche La Fe, Santo

---

<sup>42</sup> Dagklis T, Akolekar R, Villalain C, Tsakiridis I, Kesrouani A, Tekay A, Plasencia W, Wellmann S, Kusuda S, Jekova N, Prefumo F, Volpe N, Chaveeva P, Allegaert K, Khalil A, Sen C. Management of preterm labor: Clinical practice guideline and recommendation by the WAPM-World Association of Perinatal Medicine and the PMF-Perinatal Medicine Foundation. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2023 Dec;291:196-205. doi: 10.1016/j.ejogrb.2023.10.013. Epub 2023 Oct 10. PMID: 37913556.

Domingo, Distrito Nacional de la República Dominicana. Considerado uno de los principales hospitales de referencia de República Dominicana.

El HGPS está dirigido por un Patronato creado por el Decreto N ° 131, de fecha 18 de abril de 1996 y ratificado por el Congreso mediante la Ley No.78-99, de fecha 24 de julio de 1999. El Patronato está integrado por 16 miembros que incluyen distinguidos doctores, empresarios y personas dedicadas a servir a la comunidad dominicana, así como miembros Ex officio: el Secretario de Estado de Salud Pública y Bienestar Social, el Director del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, el Presidente del Consejo Nacional de Hombres de Negocios y el Secretario de Trabajo.

Bajo la supervisión del Patronato, el HGPS tiene una estructura organizativa encabezada por la Dirección Administrativa, responsable de coordinar la planificación y gestión para lograr los objetivos de la institución, también cuenta con la administración de una Dirección Médica, la Dirección Administrativa tiene como dependientes a la subdirección Financiera y la subdirección de Operaciones. De estas direcciones dependen las Gerencias, departamentos y unidades de servicio que conforman toda la institución.

El personal médico del HGPS está conformado por especialistas y sub-especialistas así como médicos internistas y generales, agrupados en las siguientes áreas de atención: Medicina interna y especialidades, cirugía general y especialidades, ginecología y obstetricia, Medicina materno fetal, gastroenterología y endoscopia, Medicina de Emergencias, Pediatría y especialidades, Cardiología, Medicina física y rehabilitación, Atención Primaria, Radiología, Medicina Nuclear, Ortopedia y Traumatología, Laboratorio y banco de sangre, Patología y especialidades, Cuidados intensivos, Trasplante de Órganos, Neurocirugía, Cirugía Cardiovascular, Urología, Otorrinolaringología, Hemodinamia, Endocrinología, Nutrición, Hematología, Oncología, Odontología, Oftalmología, Neumología, Reumatología, Audiología, Dermatología, Neurología, Nefrología, Salud mental, Infectología, Geriatria, Clínica del Pie Diabético, Centro de Vacunación, Unidad de Salud Preventiva, Enfermería, Investigación Clínica, Epidemiología y Farmacia.<sup>43</sup>

Desde el año 2009, el HGPS cuenta con un Récord Médico Electrónico que permite además la visualización digital de las imágenes diagnósticas y resultados de laboratorios de sus pacientes en todas las áreas del hospital.

---

<sup>43</sup> [Plaza de la Salud inicia programa de prueba para detectar enfermedades metabólicas en recién nacidos». 17 de febrero de 2011. Consultado el 19 de febrero de 2025.](#)

El HGPS es un Centro Docente Universitario desde el 2002 con cinco programas de Residencias Médicas, actualmente cuenta con 19, en las áreas de Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina de Emergencia y Desastres, y Medicina Física y Rehabilitación, Imágenes Diagnósticas, Medicina Crítica Pediátrica y Terapia Intensiva adulto, Medicina materno fetal, entre otras, avalados por la Universidad Iberoamericana (UNIBE).<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> Mármol, Victor (2003). *Del juego a la salud*. Tomo I. [ISBN 99934-22-37-1](#).

## **Capítulo 3. Metodológico**

## **Capítulo 3. Marco Metodológico**

### **3.1 Contexto**

Se estima que a nivel mundial, el 15% de todos los nacimientos son prematuros, siendo el parto pretérmino una de las principales causas, esto supone un problema importante para los centros de salud así como para las familias afectadas.

A nivel mundial el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino es una de las principales causas de ingresos de pacientes gestantes de las cuales la mayoría culminó su gestación al término del embarazo.

Se debe tener en cuenta que en la mayoría de los casos en los que se ingresa la paciente con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pretérmino, el riesgo real de desencadenarse el parto en los siguientes 7 días es muy bajo, alrededor del 10% . Existen métodos objetivos que evalúan este riesgo con una mejor capacidad predictiva y con una alta especificidad permitiendo descartar los falsos positivos, como la ecografía transvaginal y métodos bioquímicos.

### **3.2 Modalidades de trabajo**

Este trabajo es un proyecto de investigación, donde se le dio seguimiento a la evolución clínica, así como de los resultados perinatales de aquellas pacientes que se ingresaron con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino y que se evaluaron en la Unidad de Medicina Materno Fetal del Hospital General de la Plaza de la Salud, durante el período de Julio 2023 y Febrero 2025, comprobando cuales terminaron en un parto pretérmino y sus resultados perinatales.

### **3.3 Tipo de estudio**

Se realizó un estudio descriptivo, con recolección retrospectiva de datos, de corte transversal, con el objetivo de determinar la evolución clínica de pacientes ingresadas con amenaza de parto pretérmino en el Hospital General de la Plaza de la Salud en el periodo Julio-2023 a Febrero-2025.

### 3.4 Variables y su Operacionalización

| <b>Variables</b>      | <b>Definición</b>   | <b>indicadores</b>   | <b>escala</b> |
|-----------------------|---|--|---------------|
| Edad gestacional      | Término común que se usa durante el embarazo para describir qué tan avanzado va.                | Primer trimestre<br>Segundo trimestre<br>Tercer trimestre  | Nominal       |
| Cantidad de partos    | Cantidad de nacimientos vivos o no de una mujer.  | Primigesta<br>Cesarea anterior<br>Parto vaginal  | Nominal       |
| Estadía hospitalaria  | Es el tiempo desde que un paciente ingresa en el hospital hasta que recibe el alta hospitalaria | 1-2<br>3-4<br>Mayor 4  | Numérica      |
| Frecuencia de ingreso | Cantidad de veces que fueron hospitalizadas durante el embarazo                                 | 24 horas<br>2-3<br>3-4<br>5-7<br>8 a más   | Numérica      |
| Tipo de medicación    | Medicaciones que administran en función de la situación clínica de la madre y el feto.          | Sulfato de magnesio<br><b>Tocolíticos</b><br>Nifedipina<br>Indometacina<br>Agonistas de los receptores de oxitocina (atosiban)<br>Betabloqueantes (ritrodine)<br><b>Corticosteroides</b><br>Betametasona<br>Dexametasona<br><b>Antibióticos</b><br>Ampicilina<br>Ceftriaxona<br>Eritromicina<br>Penicilina<br>Progesterona | Nominal       |
| Longitud cervical.    | Distancia comprendida entre el orificio cervical interno y orificio cervical externo.           | Ecografía transvaginal<br>longitud cervical corta<br>cervical es normal<br>medidas   | Nominal       |

|                                    |  |  |          |
|------------------------------------|--|--|----------|
| Vía de<br>desembarazo              | Se define como la manera en<br>la que se culmina el<br>embarazo.                                   | Parto vaginal<br>Cesárea   | Nominal  |
| Edad gestacional<br>de desembarazo | Tiempo en el cual ocurre el<br>nacimiento  | Debajo de 28<br>semanas, de 28-<br>31,6 semanas, 32<br>a 33,6 semanas,<br>de 34 a 36,6<br>semanas por<br>encima de las 37<br>semanas por<br>encima de las 40<br>semanas.   | Numérica |
| Resultados<br>perinatales.         | Se refieren a los resultados de<br>salud del feto o recién nacido<br>durante el periodo perinatal. | Prematuridad<br>Síndrome de<br>distrés<br>respiratorio<br>Bajo Peso<br>Restricción de<br>crecimiento<br>intrauterino<br>Síndrome de<br>aspiración<br>meconio<br>Malformaciones<br>congénitas<br>Muerte perinatal | Nominal  |

### 3.5 Métodos y Técnicas de Investigación

El método empleado será el deductivo, pues se analizarán los datos de manera particular para ofrecer conclusiones generales. Dentro de las técnicas previstas será aplicada la encuesta donde se llevara a cabo desde un cuestionario que resulta ser el instrumento de recolección de datos, con preguntas estructuradas, cerradas, el cual se aplicará a los expedientes clínicos de las pacientes, el cual contiene las variables establecidas en esta investigación para dar respuesta a los objetivos planteados.

### **3.6 Instrumentos de Recolección de Datos**

La encuesta se llevará a cabo desde el cuestionario de selección múltiple compuesto por: Nueve preguntas las cuales responden de manera específica a cada objetivo de investigación.

### **3.7 Consideraciones éticas**

Para la realización del estudio fueron revisadas y adoptadas las disposiciones del código ética médica mundial de Helsinki en lo concerniente al consentimiento informado. Fue valorado también el código de ética médica dominicano resolutive bajo decreto 641-05. Para la elaboración de instrumento de recolección de datos y diseño de estudios fueron revisadas las guías de investigación de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, sometiendo a escrutinio de las autoridades competentes del departamento de enseñanza y coordinación de investigación de la universidad.

Para la obtención de información fue necesario coleccionar datos personales de las pacientes y realizar revisiones de los expedientes clínicos siendo la información coleccionada de uso exclusivo para el estudio, en estricto apego a la confidencialidad.

Declaramos que las fuentes bibliográficas consultadas de otros autores han sido debidamente citadas con el fin de proteger información de terceros y dar cumplimiento a la ley de derecho de autor.

### **3.8 Selección de población y datos**

Para la presente investigación sobre la evolución clínica de pacientes ingresadas con amenaza de parto pretérmino en el Hospital General de la Plaza de la Salud, se tomó como universo un total de 1,576 embarazadas atendidas en el período comprendido entre julio de 2023 y febrero de 2025. De este universo, se identificó una muestra inicial de 213 embarazadas diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino. A partir de esta población accesible, se calculó una muestra representativa de 138 pacientes, seleccionadas mediante un muestreo aleatorio simple. Para determinar el tamaño muestral se utilizó la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

**n** = Tamaño de muestra buscado

**N** = Tamaño de la Población o Universo

**z** = Parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza (NC)

**e** = Error de estimación máximo aceptado

**p** = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)

**q** = (1 - p) = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

Donde:

- nnn = tamaño de la muestra
- NNN = población (213)
- ZZZ = nivel de confianza (1.96 para 95 por ciento)
- ppp = probabilidad de éxito (0.5)
- qqq = 1 - p (0.5)
- ddd = margen de error permitido (0.05)

Redondeando, se obtuvo un tamaño muestral de 138 pacientes. Esta muestra permitió garantizar la representatividad estadística y la confiabilidad de los resultados obtenidos en el análisis clínico.

### 3.8.1. Criterios de inclusión

1. Paciente que haya sido ingresada con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino y se les haya realizado estudios sonográficos en la Unidad de Medicina Materno Fetal.
2. Pacientes que luego de haber sido ingresadas por amenaza de parto pretérmino hayan sido desembarazadas en el Hospital General Plaza de la Salud.

### 3.8.2. Criterios de exclusión

1. Pacientes embarazadas ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino pero que no hayan sido evaluada por la Unidad de Medicina Materno Fetal.

2. Pacientes cursando con incompetencia ístmico-cervical o diagnóstico previo de cérvix corto.
3. Pacientes que estén cursando con rotura prematura de membranas
4. Pacientes con embarazo múltiple.

### **3.9 Procedimientos para el Procesamiento y Análisis de Datos**

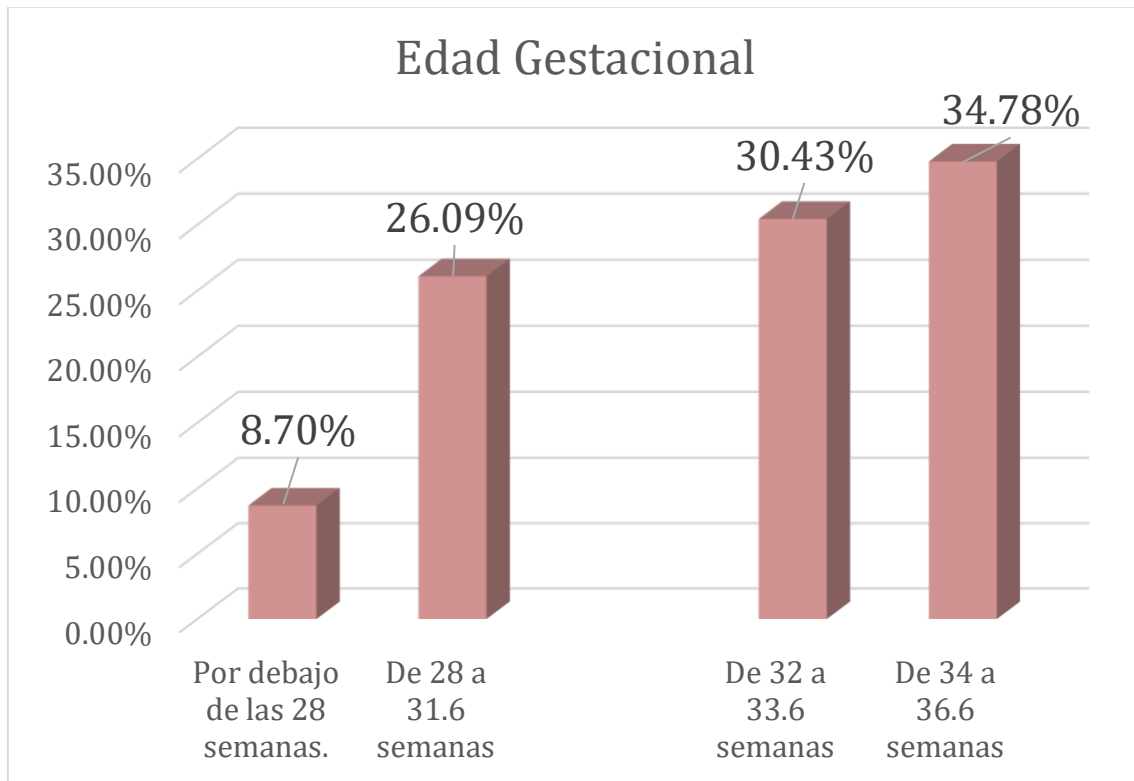
Los datos colectados serán procesados para su tabulación, representación gráfica y análisis en el programa estadístico en Launch EpiInfo en su versión 7.2.5 actualizada del 23 Noviembre 2021. Para luego llevar las estadísticas al programa de Word y tener mayor organización de la interpretación de estos resultados, mediante el programa de excell se realizarán las gráficas de las tablas de frecuencias.

Luego de obtener los resultados de la aplicación de epiInfo en tablas y gráficos se realizaron por cada tabla y de manera particular un análisis, para luego ver los resultados analizados por objetivos, variables y dar respuesta, recomendación y discusión con los demás estudios

## **Capítulo 4. Presentación de los resultados**

#### Capítulo 4. Presentación de los resultados

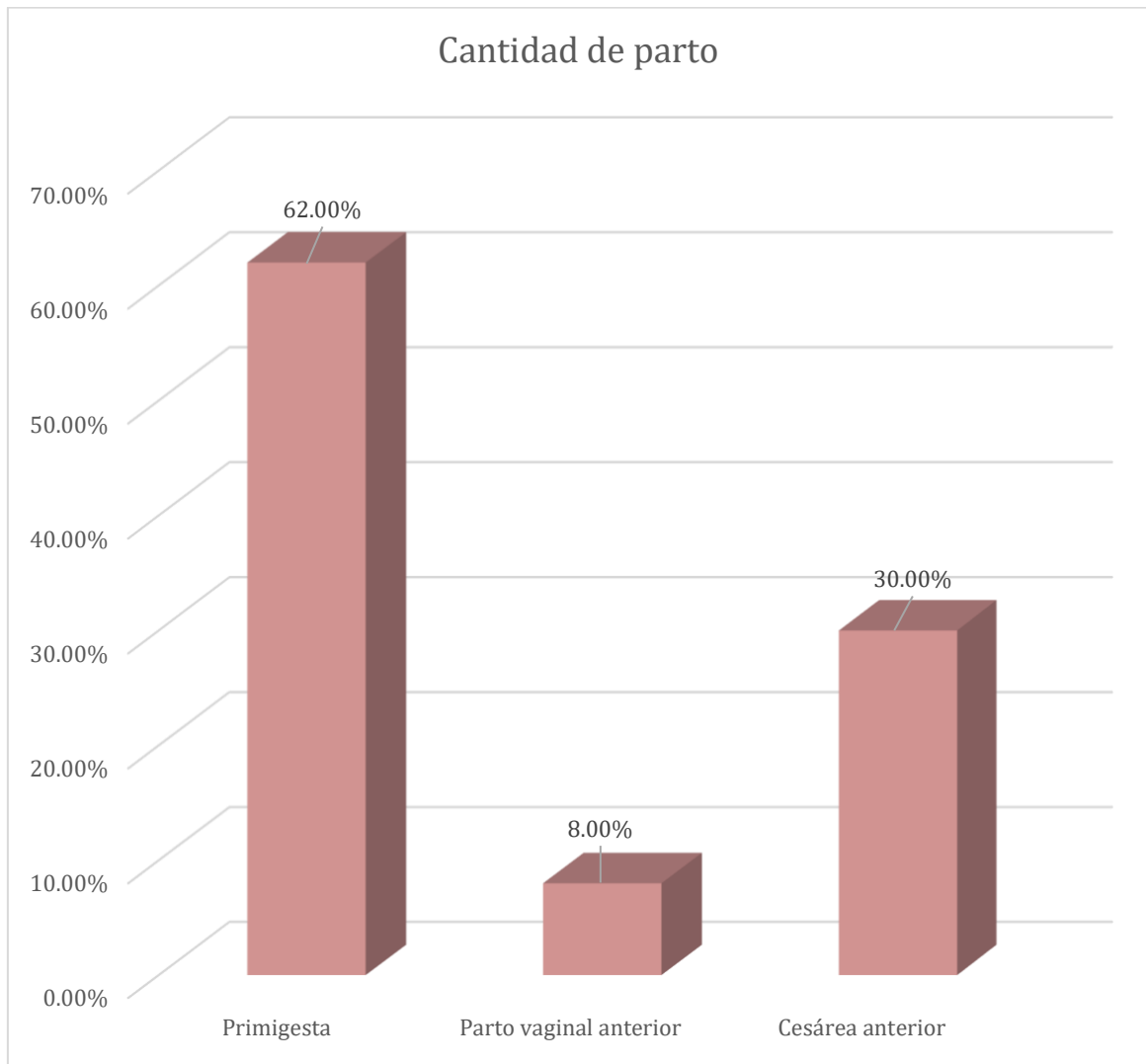
**Grafico 1.** Edad gestacional que presentaron las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de paro pretermino en el Hospital General de la Plaza de la Salud Julio 2023-Febrero 2025. N= 138



Fuente: Tabla número 1.

Se observa que un ( $N=48$ ) 34.78 por ciento de las pacientes ingresadas tenía una edad gestacional entre 34 a 36.6 semanas, un ( $N=42$ ) 30.43 por ciento entre 32 a 33.6 semanas.

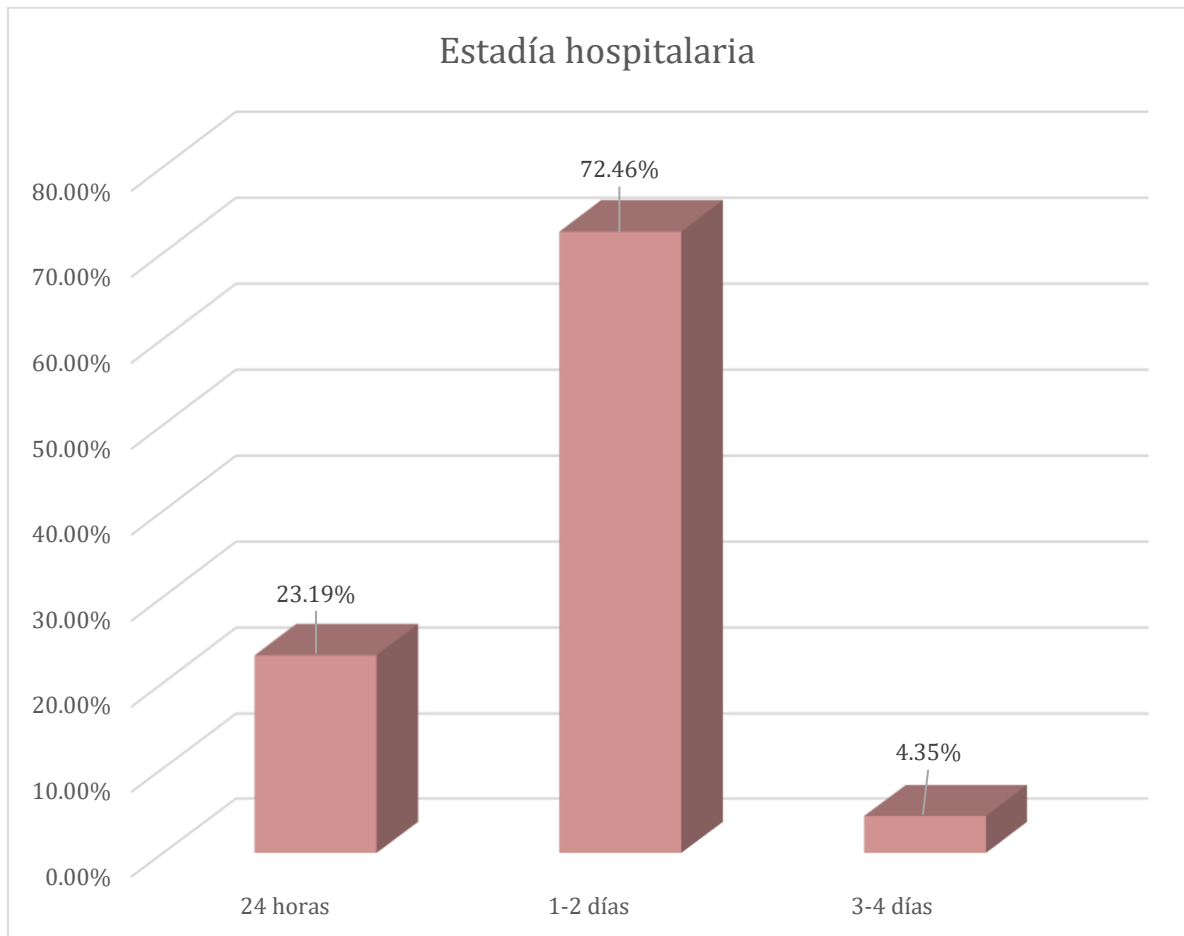
**Grafico 2.** Cantidad de partos de las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto pretermino en el Hospital General de la Plaza de la Salud Julio 2023-Febrero 2025. N= 138



Fuente: Tabla número 2.

Muestra que un ( $N=82$ ) 62 por ciento de las pacientes son primigesta, un 30% tienen una cesárea anterior y un ( $N=11$ ) 8 por ciento parto vaginal anterior.

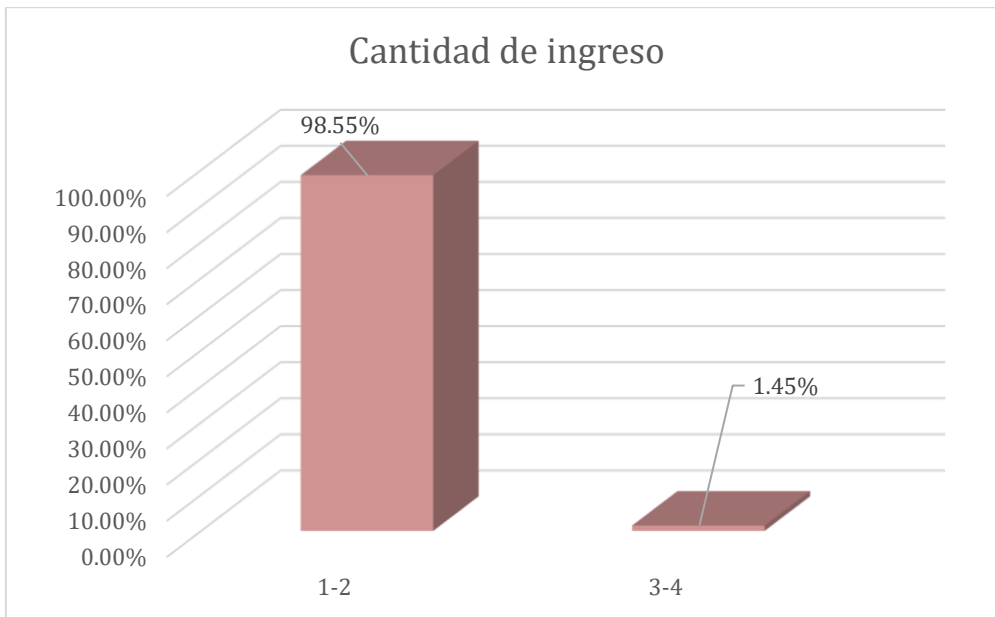
**Grafico 3.** Estadía hospitalaria de las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de paro pretermino en el Hospital General de la Plaza de la Salud Julio 2023-Febrero 2025. N= 138



Fuente: Tabla número 3.

Se muestra que un ( $N=100$ ) 72.46 por ciento de las pacientes estuvieron un estadía de 1-2 días, mientras que un ( $N=32$ ) 23.19 por ciento de 24 horas y un ( $N=6$ ) 4.35 por ciento de 3-4 días.

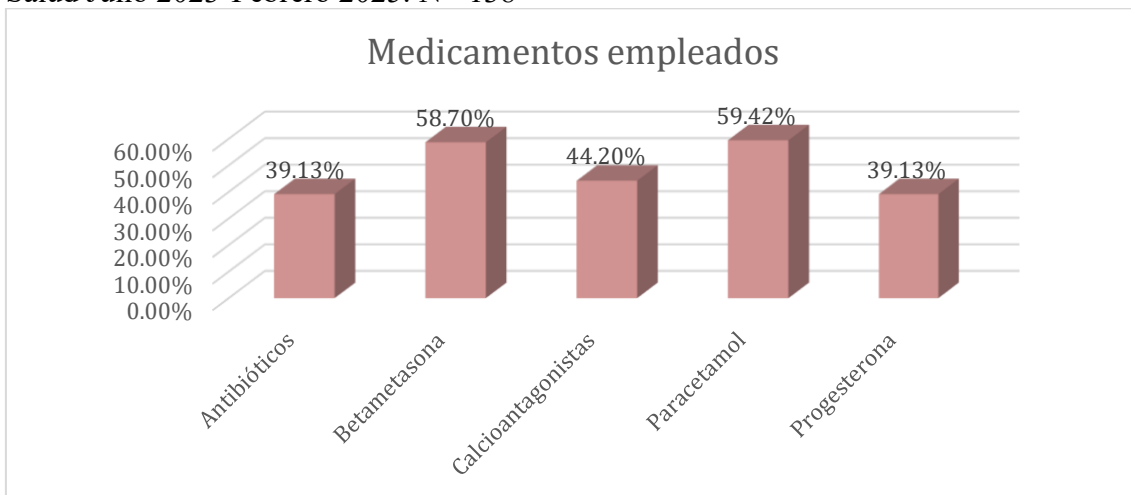
**Grafico 4.** Cantidad de ingreso de las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de paro pretermino en el Hospital General de la Plaza de la Salud Julio 2023-Febrero 2025. N= 138



Fuente: Tabla número 4.

Se observa que un ( $N=136$ ) 98.55 por ciento de las pacientes tuvieron de 1-3 ingresos, mientras que un ( $N=2$ ) 1.45 por ciento restante entre 3-4 ingresos.

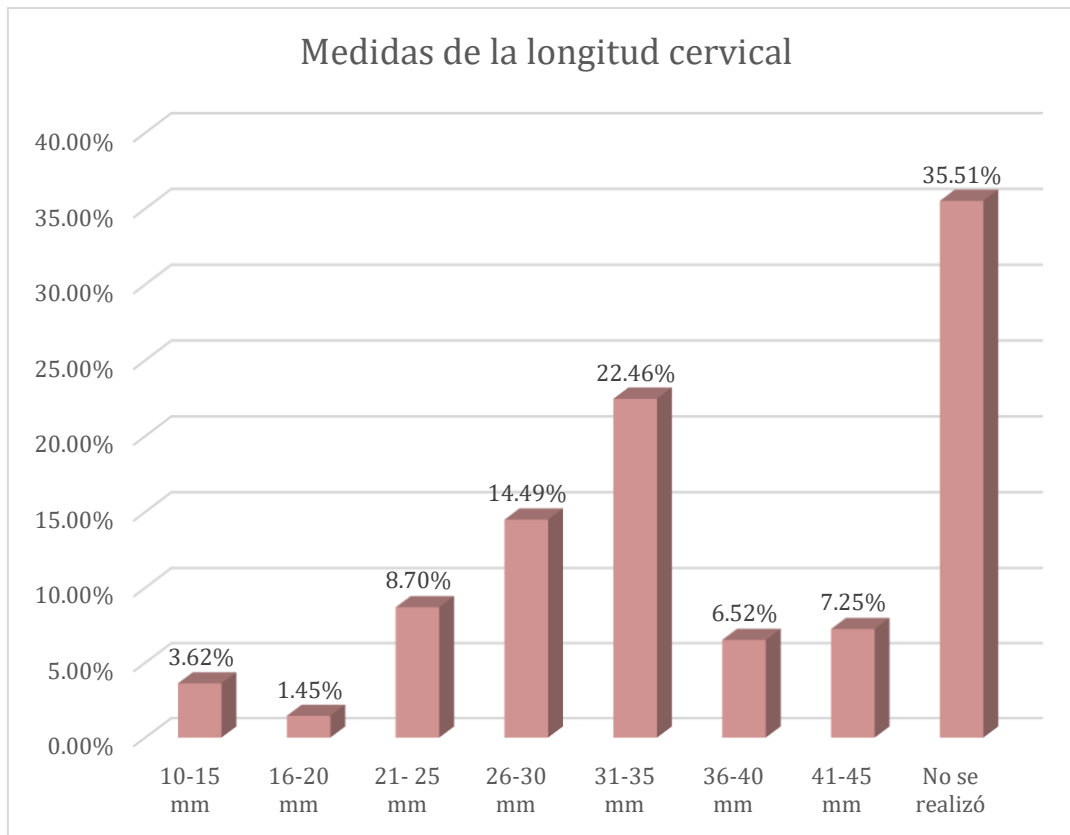
**Grafico 5.** Tipo de medicacion que recibieron que recibieron las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de paro pretermino en el Hospital General de la Plaza de la Salud Julio 2023-Febrero 2025. N= 138



Fuente: Tabla número 5.

Se observa que el ( $N=82$ ) 59.42 por ciento le medicaron paracetamol/solución salina, un 58.70 por ciento betametasona., un ( $N=61$ ) 44.20 por ciento calcioantagonistas, un ( $N=54$ ) 39.13 por ciento progesterona y un ( $N=54$ ) 39.13 por ciento con antibióticos.

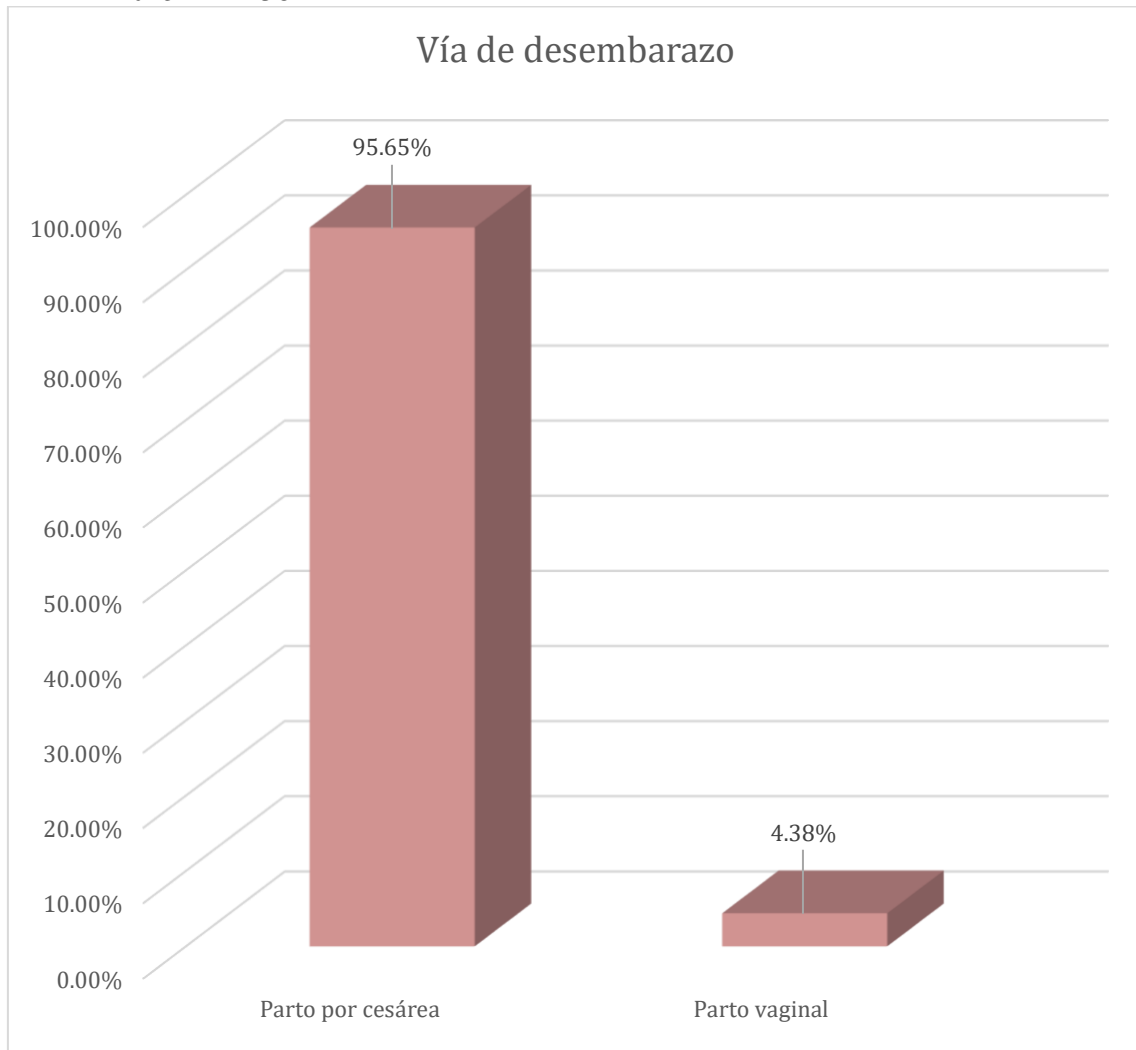
**Grafico 6.** Medidas de longitud cervical que presentaron las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de paro pretermino en el Hospital General de la Plaza de la Salud Julio 2023-Febrero 2025. N= 138



Fuente: Tabla número 6.

Se muestra que un ( $N=49$ ) 35.51 por ciento de las pacientes no se le realizó medidas de longitud cervical, un ( $N=31$ ) 22.46 por ciento presentaron una medida entre 31-35 mm, un ( $N=20$ ) 14.49 por ciento presentaron medidas entre 26-30 mm.

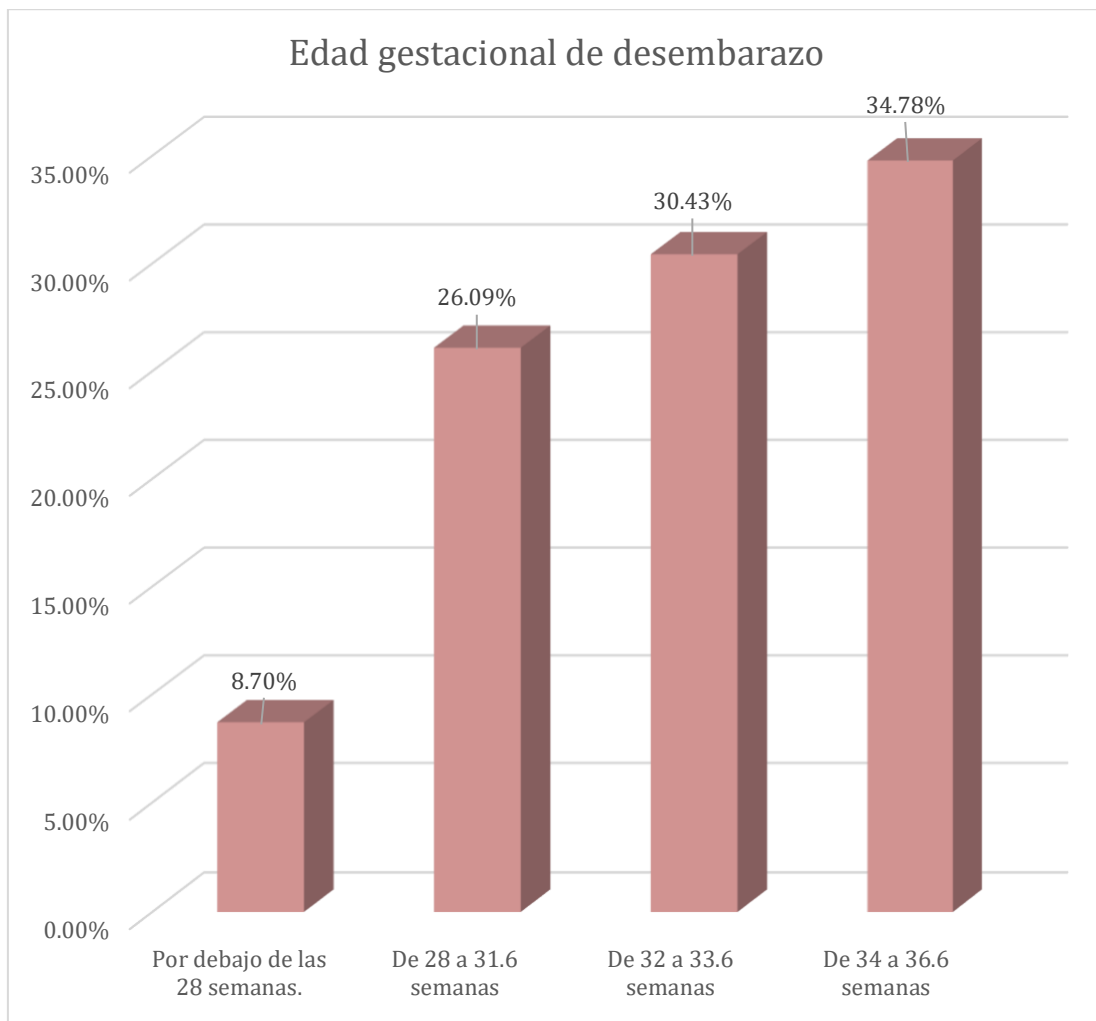
**Grafico 7.** Vía de desembarazo de las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de paro pretermino en el Hospital General de la Plaza de la Salud Julio 2023-Febrero 2025. N= 138



Fuente: Tabla número 7.

Se muestra que un ( $N= 132$ ) 95.65 por ciento de las pacientes obtuvieron un parto vía Cesárea y un ( $N=6$ ) 4.38 por ciento parto vaginal.

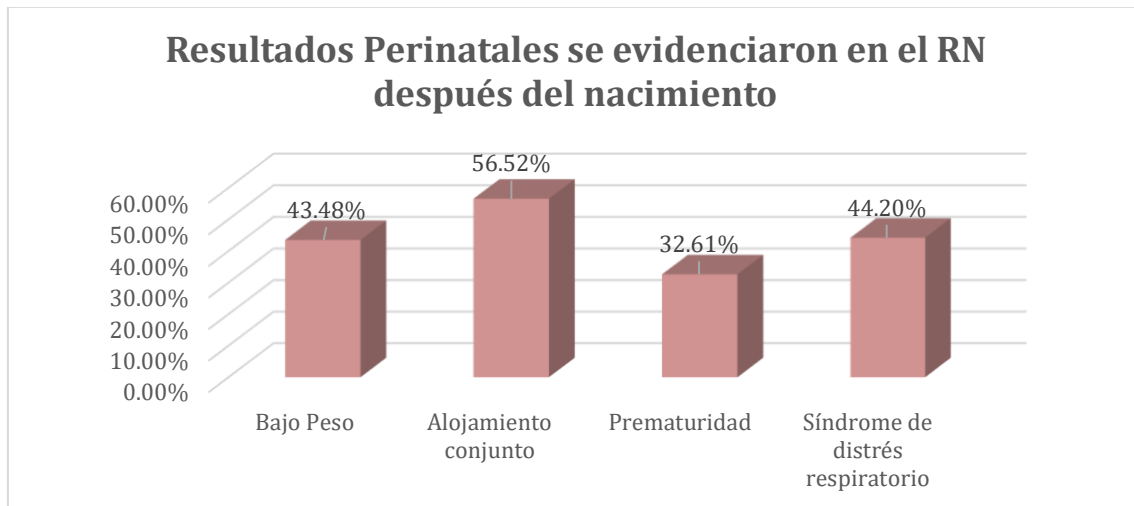
**Grafico 8.** Edad gestacional de desembarazo de las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de paro pretermino en el Hospital General de la Plaza de la Salud Julio 2023-Febrero 2025. N= 138



Fuente: Tabla número 8.

Se observa que el ( $N=67$ ) 48.55 por ciento de las pacientes se desembarazaron por encima de las 37 semanas, un ( $N=2$ ) 28.99 por ciento de 34 a 36.6 semanas.

**Grafico 9.** Resultados neonatales durante y después del nacimiento de las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto pretermino en el Hospital General de la Plaza de la Salud Julio 2023-Febrero 2025. N= 138



Fuente: Tabla número 9.

Se muestra que el ( $N=78$ ) 56.52 por ciento de los bebés de las pacientes presentaron durante y después del nacimiento alojamiento conjunto, un ( $N=45$ ) 32.61 por ciento presentó prematuridad, un ( $N=60$ ) 43.48 por ciento bajo peso, un ( $N=61$ ) 44.20 por ciento síndrome de distres respiratorio.

## Tablas cruzada

Tabla 1. Relación entre la edad gestacional del ingreso y la Edad gestacional en la que se desembarazo la paciente.

| Edad gestacional del ingreso         | Edad gestacional en la que se desembarazo la paciente. |                      |                      |                              |                              |                              | Total   |
|--------------------------------------|--|----------------------|----------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------|
|                                      | De 28 a 31.6 semanas                                   | De 32 a 33.6 semanas | De 34 a 36.6 semanas | Por encima de las 39 semanas | Por debajo de las 28 semanas | Por encima de las 37 semanas |         |
| <b>Por debajo de las 28 semanas.</b> | 1  | 0                    | 1                    | 0                            | 1                            | 9                            | 12      |
| Row%                                 | 8.33%  | 0.00%                | 8.33%                | 0.00%                        | 8.33%                        | 75.00%                       | 100.00% |
| Col%                                 | 11.11%   | 0.00%                | 2.50%                | 0.00%                        | 20.00%                       | 13.43%                       | 8.70%   |
| <b>De 28 a 31.6 semanas</b>          | 8  | 1                    | 6                    | 1                            | 4                            | 16                           | 36      |
| Row%                                 | 22.22%   | 2.78%                | 16.67%               | 2.78%                        | 11.11%                       | 44.44%                       | 100.00% |
| Col%                                 | 88.89%   | 14.29%               | 15.00%               | 10.00%                       | 80.00%                       | 23.88%                       | 26.09%  |
| <b>De 32 a 33.6 semanas</b>          | 0  | 6                    | 9                    | 5                            | 0                            | 22                           | 42      |
| Row%                                 | 0.00%  | 14.29%               | 21.43%               | 11.90%                       | 0.00%                        | 52.38%                       | 100.00% |
| Col%                                 | 0.00%  | 85.71%               | 22.50%               | 50.00%                       | 0.00%                        | 32.84%                       | 30.43%  |
| <b>De 34 a 36.6 semanas</b>          | 0  | 0                    | 24                   | 4                            | 0                            | 20                           | 48      |
| Row%                                 | 0.00%  | 0.00%                | 50.00%               | 8.33%                        | 0.00%                        | 41.67%                       | 100.00% |
| Col%                                 | 0.00%  | 0.00%                | 60.00%               | 40.00%                       | 0.00%                        | 29.85%                       | 34.78%  |
| <b>TOTAL</b>                         | 9  | 7                    | 40                   | 10                           | 5                            | 67                           | 138     |
| Row%                                 | 6.52%  | 5.07%                | 28.99%               | 7.25%                        | 3.62%                        | 48.55%                       | 100.00% |
| Col%                                 | 100.00%  | 100.00%              | 100.00%              | 100.00%                      | 100.00%                      | 100.00%                      | 100.00% |

Fuente. Ficha de recolección de información.

Al relacionar los resultados entre la edad gestacional con que ingresaron al inicio de la gestación y la edad gestacional en la cual se desembarazaron a las pacientes se puede observar que a menor tiempo de semanas gestacionales de ser ingresada mayor será la probabilidad de llegar por encima de las 37 semanas.

Tabla 2. Relación entre la edad gestacional en la que se desembarazo la paciente y la vía de desembarazo

| <b>Edad gestacional en la que se desembarazo la paciente.</b> | <b>Parto por cesárea</b> | <b>Parto vaginal</b> | <b>Total</b> |
|---|--------------------------|----------------------|--------------|
| <b>Por debajo de las 28 semanas</b>                           | 4                        | 1                    | 5            |
| Row%  | 80.00%                   | 20.00%               | 100.00%      |
| Col%  | 3.10%                    | 25.00%               | 3.62%        |
| <b>De 28 a 31.6 semanas</b>                                   | 9                        | 0                    | 9            |
| Row%  | 100.00%                  | 0.00%                | 100.00%      |
| Col%  | 6.98%                    | 0.00%                | 6.52%        |
| <b>De 32 a 33.6 semanas</b>                                   | 7                        | 0                    | 7            |
| Row%  | 100.00%                  | 0.00%                | 100.00%      |
| Col%  | 5.43%                    | 0.00%                | 5.07%        |
| <b>De 34 a 36.6 semanas</b>                                   | 40                       | 0                    | 40           |
| Row%  | 100.00%                  | 0.00%                | 100.00%      |
| Col%  | 31.01%                   | 0.00%                | 28.99%       |
| <b>Por encima de las 37 semanas</b>                           | 64                       | 3                    | 67           |
| Row%  | 95.52%                   | 4.48%                | 100.00%      |
| Col%  | 49.61%                   | 75.00%               | 48.55%       |
| <b>Por encima de las 40 semanas</b>                           | 5                        | 0                    | 10           |
| Row%  | 50.00%                   | 0.00%                | 100.00%      |
| Col%  | 3.88%                    | 0.00%                | 7.25%        |
| <b>TOTAL</b>  | 129                      | 4                    | 138          |
| Row%  | 93.48%                   | 2.90%                | 100.00%      |
| Col%  | 100.00%                  | 100.00%              | 100.00%      |

Además, se observó que el 49.61 por ciento de las pacientes que se desembarazaron por encima de las 37 semanas fue vía cesárea. Así mismo un 31.01 por ciento de las pacientes que se desembarazaron entre las 34 a 36.6 semanas fue vía cesárea.

Tabla 3. Relación entre la estada día hospitalaria y el tipo de medicación

| Estadía hospitalaria | Tipo de medicación |                |              |                    |              |         |              |                     | Total   |
|----------------------|--------------------|----------------|--------------|--------------------|--------------|---------|--------------|---------------------|---------|
|                      | Antibióticos       | Beta-agonistas | Betametasona | Calcioantagonistas | Dexametasona | Otro    | Progesterona | Sulfato de magnesio |         |
| 1-2 semanas          | 22                 | 2              | 20           | 25                 | 1            | 30      | 23           | 9                   | 132     |
| Row%                 | 16.67%             | 1.52%          | 15.15%       | 18.94%             | 0.76%        | 22.73%  | 17.42%       | 6.82%               | 100.00% |
| Col%                 | 95.65%             | 100.00%        | 86.96%       | 100.00%            | 100.00%      | 96.77%  | 95.83%       | 100.00%             | 95.65%  |
| 3-4 semanas          | 1                  | 0              | 3            | 0                  | 0            | 1       | 1            | 0                   | 6       |
| Row%                 | 16.67%             | 0.00%          | 50.00%       | 0.00%              | 0.00%        | 16.67%  | 16.67%       | 0.00%               | 100.00% |
| Col%                 | 4.35%              | 0.00%          | 13.04%       | 0.00%              | 0.00%        | 3.23%   | 4.17%        | 0.00%               | 4.35%   |
| <b>TOTAL</b>         | 23                 | 2              | 23           | 25                 | 1            | 31      | 24           | 9                   | 138     |
| Row%                 | 16.67%             | 1.45%          | 16.67%       | 18.12%             | 0.72%        | 22.46%  | 17.39%       | 6.52%               | 100.00% |
| Col%                 | 100.00%            | 100.00%        | 100.00%      | 100.00%            | 100.00%      | 100.00% | 100.00%      | 100.00%             | 100.00% |

Se observa que la relación existente entre el tipo de medicamento y la estadía hospitalaria se encuentra en: las pacientes hospitalizadas entre 1 a 2 semanas quienes fueron medicadas con otro tipo de medicación con un 22.7%, con calcioantagonista con un 18.94% con progesterona con un 17.42% y un 16.67% con antibióticos.

## **Capítulo 5. Discusión y conclusiones**

## **Capítulo 5. Discusión y conclusiones.**

### **5.1. Interpretación de los resultados:**

El 48.5 por ciento de las pacientes se desembrazaron por encima de las 37 semanas, un 28.9 por ciento de 34 a 36.6 semanas. Al relacionar los resultados entre la edad gestacional con que ingresaron al inicio de la gestación y la edad gestacional en la cual se desembrazaron a las pacientes se puede observar que a menor tiempo de semana gestacional de ser ingresada mayor será la probabilidad de llegar por encima de las 37 semanas. Lo que coincide con el porcentaje de parto establecido por Barcelona clinic donde establece que la paciente ingresa con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pretérmino, el riesgo real de desencadenarse el parto en los siguientes 7 días es muy bajo, aproximadamente de 10 por ciento (Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu y Universitat de Barcelona, 2021). Así como también con el estudio realizado por Adron y Sasso donde las pacientes ingresadas en algún momento del embarazo por amenaza de parto pretermino un 90 por ciento de ellas tuvieron parto pasadas las 37 semanas de gestación

El 98.5 por ciento de las pacientes tuvieron de 1-3 ingresos, mientras que el 1.45 por ciento restante entre 3-4 ingresos. Se observó que el 34.7 por ciento de las pacientes ingresadas tenía una edad gestacional entre 34 a 36.6 semanas, un 30.4 por ciento entre 32 a 33.6 semanas. Se muestra que el 72.4 por ciento de las pacientes estuvieron un estadía de 1-2 días, mientras el 23.1 por ciento de 24 horas.

Durante este estudio se observó que el 59.4 por ciento de las pacientes fueron medicadas con paracetamol más solución salina, un 58.7 por ciento, betametosona, un 44.2 por ciento calcioantagonistas, un 39.1 por ciento con progesterona y un 39.1 por ciento con antibióticos. Coincidiendo con el estudio de Adron y Sasso donde concluyeron que el 76 por ciento de las pacientes fueron medicadas de manera innecesaria con tocolíticos y antibioticos sin presentar cambios cervicales solo por presentar contracciones uterinas.

En este estudio el 35.5 por ciento de las pacientes no se le realizó medidas de longitud cervical, un 22.4 por ciento presentaron una medida entre 31-35 mm, un 14.4 por ciento presentaron medidas entre 26-30 mm. En ese sentido coincide con el estudio realizado

por Adron y Sasso donde se evidenció que las pacientes ingresadas con el diagnóstico de amenaza de parto pretermino en el 90 por ciento de los casos no se les realizó medición de la longitud cervical.

El 62 por ciento de las pacientes son primigesta, un 30 por ciento tienen una cesárea anterior y un 8 por ciento parto vaginal anterior. Lo cual guarda diferencia con el estudio realizado por el Dr. Díaz donde se evidenció que la mayoría de las pacientes que presentaron un parto prematuro anterior poseía el antecedente de parto prematuro anterior.

Cabe resaltar que esta investigación arrojó que el 56.5 por ciento de los bebés de las pacientes después del nacimiento se llevaron a alojamiento conjunto, un 32.6 por ciento presentó prematuridad, un 44.2 por ciento síndrome de distres respiratorio y un 43.4 por ciento bajo peso. Guardando relación de esta manera con el estudio de Adron y Sasso donde establecen que 133 de los pacientes estudiados no presentaron ninguna complicación y que 15 pacientes presentaron como complicación el síndrome de distres respiratorio a pesar de haberles administrado corticoides prenatal.

## **5.2. Conclusiones**

En cuanto a la relación existente de la edad gestacional de ingreso y la edad gestacional de parto, aumenta la probabilidad que las pacientes se embaracen por encima de las 37 semanas al ingresarse con menor edad gestacional, esto puede ser posible porque no presentaron contracciones uterinas que causaran cambios en la longitud cervical para desencadenar un parto pretermino.

En cuanto a los días de ingreso en el hospital casi el total de las pacientes fueron ingresadas de 1-3 veces con una duración entre 1-2 días y otras pacientes solo por 24 horas, lo que indica que estas pacientes con la evaluación y medicación adecuada pudieron ser tratadas y egresadas vía emergencia.

En cuanto al tipo de medicación utilizada cabe resaltar al paracetamol más solución salina, antibióticos, betametasona, calcioantagonistas y la progesterona en mayor medida, que en su mayoría no mejoran las contracciones uterinas e indican que las pacientes podrían estar cursando con deshidratación.

En cuanto a las medidas de la longitud cervical en mayor frecuencia no se realizó este tipo de procedimientos debido a la edad gestacional de las pacientes que se encontraban por encima de las 36 semanas, sin embargo, en los casos que sí se realizaron fueron entre

31-35 mm, lo que indica que la mayoría de las pacientes ingresadas ya estaba llegando al término que podían cursar con un inicio de las contracciones uterinas para posterior al término desencadenar su labor de parto.

En cuanto a la cantidad de parto es importante resaltar que mayoría no tenían parto previo a ese embarazo es decir que eran primigesta y la en mayor cantidad la vía de desembarazo fue por cesárea.

De acuerdo a los resultados perinatales casi la totalidad de los neonatos fueron llevados a alojamiento conjunto, mientras que otra parte presentaron prematuridad lo que conllevó a bajo peso y síndrome de distres respiratorios.

## **Capítulo 6. Recomendaciones**

## Capítulo 6. Recomendaciones

### 6.1.Recomendaciones:

- Establecer criterios claros para el manejo en emergencias y egreso precoz: Se recomienda implementar protocolos clínicos en áreas de emergencia que permitan valorar a las pacientes con amenaza de parto pretérmino con las herramientas correspondiente como el monitor y un sonografo portatil, medicación puntual y monitoreo de signos de mejoría. En ausencia de modificaciones cervicales y con cese de la dinámica uterina, se debe considerar el egreso hospitalario desde la emergencia con seguimiento ambulatorio cercano y señales de alarma, evitando hospitalizaciones innecesarias que podrían aumentar el riesgo de infecciones asociadas a la atención hospitalaria y la ansiedad materna.
- Fortalecer el monitoreo ecográfico cervical en pacientes de riesgo: Se recomienda implementar de forma sistemática la medición de la longitud cervical por vía transvaginal, especialmente en el segundo trimestre, para identificar oportunamente a las pacientes con mayor riesgo de parto pretérmino.
- Protocolizar el ingreso hospitalario: Dado que muchas pacientes con amenaza de parto pretérmino no culminan en un parto antes de las 37 semanas, es necesario aplicar criterios estrictos de ingreso, estadificar las pacientes de alto y bajo riesgo de presentar una labor de parto, basados en signos clínicos objetivos y longitud cervical, para evitar hospitalizaciones innecesarias.
- Optimizar el uso racional de medicamentos: Se sugiere estandarizar el uso de medicamentos como betametasona, nifedipina, progesterona y antibióticos según edad gestacional, presencia de dinámica uterina, la inminencia de un parto pretermino y cambios cervicales, con base en protocolos actualizados y evidencia científica.
- Realizar estudios complementarios según factores de riesgo: En pacientes con antecedentes de parto pretérmino o con hallazgos ecográficos sugestivos, se debe considerar el realizar estudios infecciosos para un manejo más preciso.
- Fortalecer la atención integral interdisciplinaria: El abordaje de estas pacientes debe incluir el trabajo conjunto entre obstetras, medicina materno fetal, neonatólogos, psicólogos y trabajadores sociales, para garantizar un manejo integral y humanizado.

- Fomentar la investigación continua: Se sugiere promover nuevas investigaciones multicéntricas que permitan validar factores de riesgo específicos de la población dominicana y evaluar intervenciones preventivas efectivas para el parto pretérmino.

## Referencias bibliográfica

1. Iza Quieta, L. L., & Bustillos Solórzano, M. E. (2022). Amenaza de parto prematuro predicción prevención y manejo. *RECIMUNDO*, 6(3), 393–408. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(3\).junio.2022.393-408](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.393-408)
2. Guerrero Magaña, Madrigal Salguero, Hernández Flores y Izaguirre Morales (2021). Factores maternos que influyen en los nacimientos prematuros. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México. Consultado en: <https://publicaciones.umich.mx/revistas/janaskakua/enfermeria/article/download/5/6/65>
3. Díaz-Rodríguez A, FelizMatos L, Ruiz Matuk CB. Risk factors associated with preterm birth in the Dominican Republic: a case-control study. *BMJ Open* 2021;11:e045399. doi:10.1136/bmjopen-2020-045399
4. Universidad de Granada (2019). El 75% de las mujeres con amenaza de parto prematuro son ingresadas sin necesidad. Consultado en: <https://canal.ugr.es/noticia/amenaza-parto-prematuro-ingresadas-sin-necesidad/>
5. Ardón Flores, R. A., & Sasso de Rivera, N. M. (2018). *Evolución clínica de las pacientes con amenaza de parto prematuro, en el Hospital Primero de Mayo, de enero a diciembre de 2015* [Tesis de grado, Universidad de El Salvador]. Biblioteca Virtual en Salud. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1177878>
6. Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu y Universitat de Barcelona (2021). Amenaza de parto pretérmino. Consultado en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/>
7. OPS. Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro. Montevideo: Ministerio de Salud, 2019. 75 pUruguay. Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Consultado en: [9789974860247\\_spa.pdf](https://www.paho.org/hq/dmd/imports/OPS-9789974860247_spa.pdf)
8. Mahmood, T., Savona Ventura, C., Messinis, I. y Mukhopadhyay, S. (Eds.). (2021). Problemas neonatales. En *The EBCOG Postgraduate Textbook of Obstetrics & Gynaecology: Obstetrics & Maternal-Fetal Medicine* (págs. 477–504). parte, Cambridge: Cambridge University Press.
9. Teresa Cobo Cobo, Vicente Diago Almela, María Goya Canino, Núria Valiño Calviño, Alberto Puertas Prieto, Juan Carlos Melchor Marcos, Jorge Burgos San Cristóbal, Anna Suy Franch, Tatiana Figueras Falcón, María de la Calle Fernández Miranda, Fernando Bugatto González. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Parto pretérmino. *Prog Obstet Ginecol* 2020;63:283-321. [GAP-Parto\\_pretermino\\_2020.pdf](#)
10. *ACOG Practice Bulletin*. (s/f). Fecolsog.org. Recuperado el 31 de mayo de 2025, de <https://www.fecolsog.org/articulos-noticias/acog-practice-bulletin-2/>
11. Rogers VL, Roberts SW. Trabajo de parto prematuro. In: Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW, McQuaid KR. eds. *Diagnóstico clínico y tratamiento* 2024. McGraw Hill; 2024. Accessed mayo

- 31,2025. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3463&sectionid=286614365>
12. Trabajo de parto prematuro. (s/f). MayoClinic.org. Recuperado el 31 de mayo de 2025, de <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/preterm-labor/symptoms-causes/syc-20376842>
  13. Dagklis T, Akolekar R, Villalain C, et al. Gestión del trabajo de parto prematuro: guía de práctica clínica y recomendación de la WAPM-Asociación Mundial de Medicina Perinatal y la Fundación de Medicina Perinatal de la PMF. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2023; 291:196.
  14. Drassinower D, Običan SG, Siddiq Z, et al. ¿La presentación clínica de un parto prematuro anterior predice el riesgo en un embarazo posterior? Soy J Obstet Gynecol 2015; 213:686.
  15. Lidegaard, Mikkelsen AP, Egerup P, et al. Pregnancy loss: A 40-year nationwide assessment. Acta Obstet Gynecol Scand 2020; 99:1492.
  16. Organización Mundial de Salud. (s. f.). *Epidemiología y mecanismos del parto pretérmino en gestaciones multifetales*. En *Nacimiento prematuro: epidemiología y factores de riesgo* (pp. ...-...). Biblioteca Virtual / UpToDate.
  17. Costantine, M. M., & Haas, D. M. (2025). *Preterm labor*. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. Recuperado de NCBI Bookshelf.
  18. Newman RB, Goldenberg RL, Iams JD, et al. Estudio de predicción de parto pretermino: comparación de la puntuación cervical y la puntuación de Bishop para la predicción del parto prematuro espontaneo. Obstet Gynecol 2008; 112:508.
  19. Oh KJ, Romero R, Park JY, et al. Evidencia de que la administración de antibióticos es efectiva en el tratamiento de un subconjunto de pacientes con infección/inflamación intraamniotica que presenta insuficiencia cervical. Am J Obstet Gynecol 2019; 221:140.
  20. Gorski LA, Huang WH, Iriye BK, Hancock J. Implicación clínica del lodo intraamniotico en la ecografía en pacientes con cerclaje cervical. Ultrasonido Obstet Gynecol 2010; 36:482.
  21. Myklestad K, Vatten LJ, Magnussen EB, et al. ¿Influyen las alturas de los padres en la duración del embarazo? Un estudio prospectivo basado en la población, HUNT 2. BMC Embarazo Parto 2013; 13:33.
  22. Boivin A, Luo ZC, Audibert F, et al. Riesgo de parto prematuro y muy prematuro en mujeres que nacieron prematuros. Obstet Gynecol 2015; 125:1177.
  23. Crane, J. M. G., & Hutchens, D. (2008). *Transvaginal sonographic measurement of cervical length to predict preterm birth in asymptomatic women at increased risk: a systematic review*. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 31(5), 579–587. <https://doi.org/10.1002/uog.5323>
  24. Arabi Belaghi R, Beyene J, McDonald SD. Predicción del parto prematuro en mujeres nulíparas mediante regresión logística y aprendizaje automático. PLoS One 2021; 16:e0252025.

25. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Preterm labour and birth (NG25). NICE; 20 Nov 2015 (última revisión: 1 May 2023). Disponible en: NICE
26. Feltovich H, Hall TJ, Berghella V. Beyond cervical length: emerging technologies for assessing the pregnant cervix. *Am J Obstet Gynecol.* 2012; 207(5): 345–354.
27. Berghella V, Palacio M, Ness A, Alfirevics Z, Nicolaidis KH, Saccone G. Cervical length screening for prevention of preterm birth in singleton pregnancy with threatened preterm labor: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials using individual patient-level data. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017;49(3): 322-329.
28. <sup>1</sup> Predicción y prevención del parto prematuro espontáneo: Boletín de Práctica ACOG, Número 234. *Obstet Gynecol* 2021; 138:e65.
29. Medley N, Poljak B, Mammarella S, Alfirevic Z. Directrices clínicas para la prevención y el manejo del parto prematuro: una revisión sistemática. *BJOG* 2018; 125:1361.
30. Asesoramiento de práctica del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos: Uso de aspirina en dosis bajas para la prevención de la preeclampsia y la morbilidad y mortalidad relacionadas. Diciembre de 2021. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2021/12/low-dose-aspirin-use-for-the-prevention-of-preeclampsia-and-related-morbidity-and-mortality> (Consultado el 11 de febrero de 2024).
31. Thangaratnam S, Rogozinska E, Jolly K, et al. Efectos de las intervenciones en el embarazo sobre el peso materno y los resultados obstétricos: metanálisis de evidencia aleatoria. *BMJ* 2012; 344:e2088.
32. Medley N, Poljak B, Mammarella S, Alfirevic Z. Directrices clínicas para la prevención y el manejo del parto prematuro: una revisión sistemática. *BJOG* 2018; 125:1361.
33. Norman JE, Bennett P. Prevención del parto prematuro: tiempo para PROGRESAR más allá de la progesterona. *PLoS Med* 2017; 14:e1002391.
34. Beso H, Petricevic L, Husslein P. Ensayo prospectivo aleatorizado y controlado de un programa de detección de infecciones para reducir la tasa de parto prematuro. *BMJ* 2004; 329:371.
35. Manual Clínico Urgencias de Obstetricia, Hospital Universitario Virgen del Rocío. (2022). *Amenaza de parto prematuro* [Capítulo del manual clínico]. En *Manual clínico de urgencias de obstetricia: Segundo y tercer trimestre*. Sevilla, España. Recuperado de <https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias-de-obstetricia/segundo-y-tercer-trimestre/amenaza-de-parto-prematuro/>
36. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2015). *Preterm labour and birth (NICE Guideline NG25)*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng25> (Última revisión: 1 de mayo de 2023; consultado el 20 de junio de 2025).

37. Médecins Sans Frontières. (2025). *Threatened preterm delivery* [Capítulo 4.10, MSF Clinical Guidelines]. En *MSF Medical Guidelines*. Recuperado el 20 de junio de 2025 de <https://medicalguidelines.msf.org/es/node/489>
38. Palacio M, Cobo T, Bosch J, Filella X, Navarro-Sastre A, Ribes A, et al. Cervical length and gestational age at admission as predictors of intra-amniotic inflammation in preterm labor with intact membranes. *Ultrasound Obs Gynecol*. 2009;34:441–7
39. Romero R, Yeo L, Miranda J, Hassan SS, Conde-Agudelo A, Chai worapongsa T. A blueprint for the prevention of preterm birth: Vaginal progesterone in women with a short cervix. *J Perinat Med* 2013;41:27-44.
40. De Heus R, Mol BW, Erwich JJHM, Van Geijn HP, Gyselaers WJ, Hanssens M, et al. Adversedrug reactions to tocolytic treatment for preterm labour: prospective cohort study. *BMJ*. 2009 Mar 28;338(7697).
41. Berger R, Stelzl P, Maul H. Reply to: Letter to the Editor: Administration of Antenatal Corticosteroids: Optimal Timing.. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2024 Sep 2;84(9):877. doi: 10.1055/a-2342-5218. eCollection 2024 Sep. PMID: 39229633 Free PMC article. No abstract available.
42. Dagklis T, Akolekar R, Villalain C, Tsakiridis I, Kesrouani A, Tekay A, Plasencia W, Wellmann S, Kusuda S, Jekova N, Prefumo F, Volpe N, Chaveeva P, Allegaert K, Khalil A, Sen C. Management of preterm labor: Clinical practice guideline and recommendation by the WAPM-World Association of Perinatal Medicine and the PMF-Perinatal Medicine Foundation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2023 Dec;291:196-205. doi: 10.1016/j.ejogrb.2023.10.013. Epub 2023 Oct 10. PMID: 37913556.
43. Plaza de la Salud inicia programa de prueba para detectar enfermedades metabólicas en recién nacidos. 17 de febrero de 2011. Consultado el 19 de febrero de 2025.
44. Mármol, Victor (2003). *Del juego a la salud*. Tomo I. ISBN 99934-22-37-1.

## ANEXOS

### Instrumento para la recolección de los datos de los registros

- 1. Edad gestacional del ingreso:**
  - a. Por debajo de las 28 semanas.
  - b. De 28 a 31.6 semanas
  - c. De 32 a 33.6 semanas
  - d. De 34 a 36.6 semanas
  
- 2. Cantidad de partos**
  - a) Primigesta
  - b) Parto vaginal anterior
  - c) Cesárea anterior
  
- 3. Estadía hospitalaria**
  - a) 1-2 semanas
  - b) 3-4 semanas
  - c) Mayor 4 semanas
  
- 4. Cantidad de ingreso**
  - a) 1-3
  - b) 3-4
  - c) 5-7
  - d) 8 a más
  
- 5. Tipo de medicación**
  - a) Sulfato de magenesio
  - b) Tocolíticos
  - c) Beta-agonistas
  - d) Antagonistas de la oxitocina
  - e) Calcioantagonistas
  - f) Corticosteroides
  - g) Betametasona
  - h) Dexametasona
  - i) Antibióticos
  - j) Ampicilina y eritromicina
  - k) Penicilina
  - l) Progesterona
  - m) Otro: \_\_\_\_\_.
  
- 6. Medidas de la longitud cervical: \_\_\_\_\_**
  
- 7. Edad gestacional en la que se desembarazo la paciente.**
  - a) Por debajo de las 28 semanas.
  - b) De 28 a 31.6 semanas
  - c) De 32 a 33.6 semanas
  - d) De 34 a 36.6 semanas
  - e) Por encima de las 37 semanas

f) Por encima de las 40 semanas

**8. Vía de desembarazo.**

- a) Parto vaginal
- b) Parto por cesárea

**9. ¿Cuáles de los siguientes resultados perinatales se evidenciaron en el bebé durante y después del nacimiento?**

- a) Prematuridad
- b) Bajo Peso
- c) Síndrome de distrés respiratorio
- d) Restricción de crecimiento intrauterino
- e) Síndrome de aspiración meconio
- f) Malformaciones congénitas
- g) Otras: \_\_\_\_\_

**Tabla 1.** Edad gestacional del ingreso Edad gestacional que presentaron las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de paro pretermino en el Hospital General de la Plaza de la Salud Julio 2023-Febrero 2025.

| <b>Edad gestacional del ingreso</b>  | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
|--------------------------------------|-------------------|----------|
| <b>Por debajo de las 28 semanas.</b> | 12                | 8.70%    |
| <b>De 28 a 31.6 semanas</b>          | 36                | 26.09%   |
| <b>De 32 a 33.6 semanas</b>          | 42                | 30.43%   |
| <b>De 34 a 36.6 semanas</b>          | 48                | 34.78%   |
| <b>Total</b>                         | 138               | 100.00%  |

Fuente. Ficha de recolección de información.

**Tabla 2.** Cantidad de partos las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de paro pretermino en el Hospital General de la Plaza de la Salud Julio 2023-Febrero 2025.

| <b>Cantidad de parto</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
|--------------------------|-------------------|----------|
| Primigesta               | 86                | 62%      |
| Parto vaginal anterior   | 11                | 8%       |
| Cesárea anterior         | 41                | 30%      |
| <b>Total</b>             | 138               | 100%     |

Fuente. Ficha de recolección de información.

**Tabla 3.** Estadía hospitalaria Estadía hospitalaria de las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de paro pretermino en el Hospital General de la Plaza de la Salud Julio 2023-Febrero 2025.

| <b>Estadía hospitalaria</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------|-------------------|----------|
| <b>24 horas</b>             | 32                | 23.19%   |
| <b>1-2 días</b>             | 100               | 72.46%   |
| <b>3-4 días</b>             | 6                 | 4.35%    |
| <b>Total</b>                | 138               | 100.00%  |

Fuente. Ficha de recolección de información.

**Tabla 4.** Cantidad de ingreso Estadia hospitalaria de las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de paro pretermino en el Hospital General de la Plaza de la Salud Julio 2023-Febrero 2025.

| <b>Cantidad de ingreso</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
|----------------------------|-------------------|----------|
| <b>1-2</b>                 | 136               | 98.55%   |
| <b>3-4</b>                 | 2                 | 1.45%    |
| <b>Total</b>               | 138               | 100.00%  |

Fuente. Ficha de recolección de información.

**Tabla 5.** Tipo de medicación que recibieron las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de paro pretermino en el Hospital General de la Plaza de la Salud Julio 2023-Febrero 2025.

| <b>Tipo de medicación</b>   | <b>Frecuencia</b> |          |           |          | <b>Frecuencia total</b> |
|-----------------------------|-------------------|----------|-----------|----------|-------------------------|
|                             | <b>si</b>         | <b>%</b> | <b>no</b> | <b>%</b> |                         |
| <b>Antibióticos</b>         | 54                | 39.13%   | 84        | 60.87%   | 138                     |
| <b>Beta-agonistas</b>       | 10                | 7.25%    | 128       | 92.75%   | 138                     |
| <b>Betametasona</b>         | 81                | 58.70%   | 57        | 41.30%   | 138                     |
| <b>Calcioantagonistas</b>   | 61                | 44.20%   | 77        | 55.80%   | 138                     |
| <b>Dexametasona</b>         | 5                 | 3.62%    | 133       | 96.38%   | 138                     |
| <b>Paracetamol</b>          | 82                | 59.42%   | 56        | 40.58%   | 138                     |
| <b>Progesterona</b>         | 54                | 39.13%   | 84        | 60.87%   | 138                     |
| <b>Sulfato de magenesio</b> | 15                | 10.87%   | 123       | 89.13%   | 138                     |

Fuente. Ficha de recolección de información.

**Tabla 6.** Medidas de longitud cervical que presentaron las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de paro pretermino en el Hospital General de la Plaza de la Salud Julio 2023-Febrero 2025.

| <b>Medidas de la longitud cervical</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
|--|-------------------|----------|
| <b>10-15 mm</b>                        | 5                 | 3.62%    |
| <b>16-20 mm</b>                        | 2                 | 1.45%    |
| <b>21- 25 mm</b>                       | 12                | 8.70%    |
| <b>26-30 mm</b>                        | 20                | 14.49%   |
| <b>31-35 mm</b>                        | 31                | 22.46%   |
| <b>36-40 mm</b>                        | 9                 | 6.52%    |
| <b>41-45 mm</b>                        | 10                | 7.25%    |
| <b>No se realizó</b>                   | 49                | 35.51%   |
| <b>Total</b>                           | 138               | 100.00%  |

Fuente. Ficha de recolección de información.

**Tabla7.** Via de desembarazo de las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de paro pretermino en el Hospital General de la Plaza de la Salud Julio 2023-Febrero 2025.

| <b>Vía de desembarazo</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
|---------------------------|-------------------|----------|
| <b>Parto por cesárea</b>  | 132               | 95.65%   |
| <b>Parto vaginal</b>      | 6                 | 4.38%    |
| <b>Total</b>              | 138               | 100.00%  |

Fuente. Ficha de recolección de información.

**Tabla 8.** Edad gestacional de desembarazo de las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de paro pretermino en el Hospital General de la Plaza de la Salud Julio 2023-Febrero 2025.

| <b>Edad gestacional en la que se desembarazo la paciente.</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
|---|-------------------|----------|
| <b>Por debajo de las 28 semanas</b>                           | 5                 | 3.62%    |
| <b>De 28 a 31.6 semanas</b>                                   | 9                 | 6.52%    |
| <b>De 32 a 33.6 semanas</b>                                   | 7                 | 5.07%    |
| <b>De 34 a 36.6 semanas</b>                                   | 40                | 28.99%   |

|                                     |     |         |
|-------------------------------------|-----|---------|
| <b>Por encima de las 37 semanas</b> | 67  | 48.55%  |
| <b>Por encima de las 40 semanas</b> | 10  | 7.25%   |
| <b>Total</b>                        | 138 | 100.00% |

Fuente. Ficha de recolección de información.

**Tabla 9.** Resultados neonatales de las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de paro pretermino en el Hospital General de la Plaza de la Salud Julio 2023-Febrero 2025.

| <b>¿Cuáles de los siguientes resultados perinatales se evidenciaron en el bebé durante y después del nacimiento?</b> | <b>Frecuencia</b> |          |           |          | <b>Frecuencia total</b> |
|--|-------------------|----------|-----------|----------|-------------------------|
|  | <b>si</b>         | <b>%</b> | <b>no</b> | <b>%</b> |                         |
| <b>Bajo Peso</b>   | 60                | 43.48%   | 53        | 38.41%   | 138                     |
| <b>Malformaciones congénitas</b>   | 1                 | 0.72%    | 137       | 99.28%   | 138                     |
| <b>No tiene</b>  | 9                 | 6.52%    | 129       | 93.48%   | 138                     |
| <b>Alojamiento conjunto</b>  | 78                | 56.52%   | 60        | 43.48%   | 138                     |
| <b>Prematuridad</b>  | 45                | 32.61%   | 93        | 67.39%   | 138                     |
| <b>Restricción de crecimiento intrauterino</b>   | 1                 | 0.72%    | 137       | 99.28%   | 138                     |
| <b>Síndrome de distrés respiratorio</b>  | 61                | 44.20%   | 77        | 55.80%   | 138                     |

Fuente. Ficha de recolección de información.



## APLICACION SCREENER ESTUDIANTIL AL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

|   |  |
|---|--|
| Código de Aplicación                          | CEI2025-01018  |
| Cantidad de Estudiantes en la Investigación   | 2  |
| Nombre del Estudiante #1                      | Leidy Laura Castaños De León   |
| Matrícula del Estudiante #1                   | 0000000  |
| Correo Electrónico UNIBE Estudiante #1        | <a href="mailto:leidycastdl@hotmail.com">leidycastdl@hotmail.com</a> |
| Correo Electrónico PERSONAL del Estudiante #1 | <a href="mailto:leidycastdl@hotmail.com">leidycastdl@hotmail.com</a> |
| Teléfono del Estudiante #1                    | <a href="tel:(809)6036649">(809) 6036649</a>                         |
| Nombre del Estudiante #2                      | Milka De Lima De Popa  |
| Matrícula del Estudiante #2                   | 000000   |
| Correo Electrónico UNIBE del Estudiante #2    | <a href="mailto:milkadelima@gmail.com">milkadelima@gmail.com</a>     |
| Correo Electrónico PERSONAL del Estudiante #2 | <a href="mailto:milkadelima@gmail.com">milkadelima@gmail.com</a>     |
| Teléfono del Estudiante #2                    | <a href="tel:(829)6407195">(829) 6407195</a>                         |
| Nombre del Estudiante #3                      |  |
| Matrícula del Estudiante #3                   |  |
| Correo Electrónico del Estudiante #3          |  |
| Teléfono del Estudiante #3                    |  |
| Nombre del Estudiante #4                      |  |

|  |   |
|--|---|
| Carrera:   | Otra  |
| Nombre del Profesor o Asesor:  | Dra. Violeta Gonzalez   |
| Correo Electrónico del Profesor o Asesor:  | <a href="mailto:vgonzalez@hgps.org.do">vgonzalez@hgps.org.do</a>  |
| Nombre del Proyecto  | Evolución clínica de pacientes ingresadas con amenaza de parto pretérmino en el Hospital General de la Plaza de la Salud en el período de tiempo Julio 2023 a febrero 2025. |
| El estudio es:   | Retrospectivo   |
| El estudio tiene un enfoque:   | Cuantitativo  |
| El diseño del estudio es:  | No Experimental   |
| La selección de la muestra será:   | Probabilística  |
| La muestra está conformada por:  | Mayores de 18 años  |
| Indique si sus participantes serán seleccionados por alguna de las siguientes características (seleccione todas las que aplican) |   |

Describa brevemente el problema de la investigación y el procedimiento que utilizará en su investigación. Incluya la HIPÓTESIS y describa los procedimientos con detalle.

La amenaza de parto pretérmino se define como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación con membranas amnióticas íntegras.

Se debe tener en cuenta que en la mayoría de los casos en los que se ingresa la paciente con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pretérmino, el riesgo real de desencadenarse el parto en los siguientes 7 días es muy bajo, alrededor del 10%. Teniendo en cuenta que deben ser ingresadas aquellas pacientes las cuales presenten contracciones uterinas que no cede y con modificaciones cervicales. Las ingresadas sin necesidad pueden estar expuestas a infecciones por los servicios de salud o medicación no necesaria.

Este trabajo es un proyecto de investigación, donde se le dará seguimiento a la evolución clínica así como de los resultados perinatales de aquellas pacientes ingresadas con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino y que se evaluaron en la Unidad de Medicina Materno Fetal del Hospital General de la Plaza de la Salud, durante el período de tiempo de Julio 2023 y Febrero 2025 para así comprobar cuales terminaron en un parto pretérmino y sus resultados perinatales.

Describa si existe algún riesgo para los participantes y como protegerá a los participantes del mismo

Los participantes no tendrán ningún riesgo, puesto que se trabajara con expedientes clínicos, previa aprobación del departamento de investigación del Hospital General de la Plaza de la Salud y comite de ética de UNIBE.

|  |   |
|--|---|
| <p>Describa el mecanismo a través del cual asegurará la confidencialidad de los datos</p>  | <p>Luego de la autorización del departamento de investigación y estadística del hospital, así como del comité de ética de UNIBE, se garantiza la confidencialidad de los participantes, puesto que no se utilizarán nombres sino una codificación dada a cada expediente, respetando los datos personales de cada paciente.</p> |
| <p>Su recolección de datos será en:</p>  |   |
| <p>Fecha estimada de recolección de datos</p>  | <p>09/05/2025</p>   |
| <p>Formulario de consentimiento informado</p>  |   |
| <p>Carta de clínicas/ hospitales o instituciones externas (Puede subir varios documentos)</p>  | <p><a href="#">Leidy-Laura-Castanos-De-Leon.pdf</a><br/> <a href="#">MILKA-ESTEFANY-DE-LIMA-DE-POPA.pdf</a><br/> <a href="#">Hospital General.pdf</a></p>   |
| <p>Necesita una carta de pre-aprobación para solicitar la carta de la institución externa?</p>   | <p>No</p>   |
| <p>Cuestionarios, escalas u otros anexos. Anexe a esta aplicación una copia de los cuestionarios o pruebas que se utilizarán en la investigación. En caso de que estas pruebas no estén disponibles (porque no se han comprado o su reproducción no está permitida por la ley de derecho de autor y propiedad intelectual) describalas propiedades psicométricas de esta e incluya una breve descripción del uso de esta prueba en investigaciones previas o similares a esta. Si en esta investigación se</p> | <p><a href="#">Instrumento para la recolección de los datos de los registros- .docx</a></p>   |

propiedades  
intelectual) describalas  
propiedades  
psicométricas de esta e  
incluya una breve  
descripción del uso de  
esta prueba en  
investigaciones previas  
o similares a esta. Si en  
esta investigación se  
van a crear los  
instrumentos, describa  
los procedimientos que  
utilizará para establecer  
la validez y  
confiabilidad de los  
instrumentos.

[Instrumento para la recolección de los datos de los registros- .docx](#)

Comentarios  
adicionales

ESTADO DE LA  
APLICACIÓN

APROBADO

Comentarios del  
evaluador

Signature



Fecha de revisión

14-05-2025



## CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

**Nombre Completo** Leidy Laura Castanos De Leon  
**Matrícula o código institucional** 52367  
**Correo Electrónico Institucional** leidycastdl@hotmail.com  
**Carrera/Posición:** Otra  
**Estado del examen** Aprobado  
**Número de Certificación** DIAIRB2025-1002  
**Fecha** Tuesday, March 25, 2025

**Michael A. Alcántara-Minaya, MD**  
Coordinador Comité de Ética  
Vicerrectoría de Investigación e Innovación  
Universidad Iberoamericana (UNIBE)





## CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| <b>Nombre Completo</b>                  | MILKA ESTEFANY DE LIMA DE POPA |
| <b>Matrícula o código institucional</b> | 52489                          |
| <b>Carrera/Posición:</b>                | Otra                           |
| <b>Estado del examen</b>                | Aprobado                       |
| <b>Número de Certificación</b>          | <b>DIAIRB2025-0986</b>         |
| <b>Fecha</b>                            | Tuesday, March 25, 2025        |

**Michael A. Alcántara-Minaya, MD**  
Coordinador Comité de Ética  
Vicerrectoría de Investigación e Innovación  
Universidad Iberoamericana (UNIBE)





**Hospital General  
de la Plaza de la Salud**

Departamento de Investigación  
Hospital General Plaza de la Salud  
Carta de aprobación de proyecto de investigación

17 de abril del 2025

A quién pueda interesar,

Por medio de la presente certifico que la Dra. Leidy Castaños de Leon y la Dra. Milka de Lima de Popa, residentes de tercer año de la residencia de Medicina Materno Fetal, cuyo códigos son 09822 y 09821 respectivamente, del **Hospital General de la Plaza de la Salud** puede realizar el trabajo de investigación de tesis de posgrado titulado: *“Evolución clínica de pacientes ingresados con amenaza de parto pre término en el Hospital General de la Plaza de la Salud.”* con el Departamento de Investigación del **Hospital General Plaza de la Salud**, registrada en la institución con el código **25-TPG-724**.

Tras haber evaluado su propuesta de investigación, y confirmar que cumple, en este momento, con los requisitos metodológicos y éticos establecidos por la institución, aprobamos su ejecución en el tiempo establecido.

Apegados a los acuerdos establecidos entre los investigadores y la institución, reiteramos el respeto de la confidencialidad, así como la propiedad intelectual compartida, lo que nos permitirá el uso de los datos generados por esta iniciativa, siempre y cuando sean incluidos los investigadores en futuros análisis.

Los investigadores se comprometen a la entrega oportuna de bases de datos y reporte final. De lo contrario, asume las responsabilidades que acarrea el no cumplimiento de los acuerdos, dando la potestad al HGPS de proceder siguiendo las normativas establecidas por la ley.

**Dolores Mejía De La Cruz**  
Gerente de Investigación  
(809) 723-4154