

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



“Factores de riesgo asociados a prematuridad en la UCIN de un Hospital de Alta

Especialidad de Villahermosa, Tabasco”

Tesis para obtener el diploma de la:
Especialidad en Enfermería Pediátrica

Presenta:

Araceli Rueda Gil

Directores:

MCE. Amelia Hernández de La Cruz

MCE. Rodolfo Gerónimo Carrillo

Villahermosa, Tabasco.

Febrero 2022



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud



Dirección

Of. No. 00131/DACS/JAEP
10 de febrero de 2022

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Araceli Rueda Gil

Especialidad en Enfermería Pediátrica

Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores, Dra. Laura Guillermina Tejero Pérez, M.C.E. Celia del Carmen Solís Gómez, M.T.E. Verónica Guadalupe Carrera Paz, M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue, M. en C. Adelfo García Jiménez, impresión de la tesis titulada: "**Factores de riesgo asociados a prematuridad en la UCIN de un Hospital de Alta Especialidad de Villahermosa Tabasco**", para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Enfermería Pediátrica, donde funge como Director de Tesis la M.C.E. Amelia Hernández De la Cruz y el M.C.E Rodolfo Gerónimo Carrillo.

Atentamente

Dra. Mirian Carolina Martínez López

Directora



- C.c.p.- M.C.E. Amelia Hernández De la Cruz.- Director de tesis
- C.c.p.- M.C.E Rodolfo Gerónimo Carrillo.- Director de tesis
- C.c.p.- Dra. Laura Guillermina Tejero Pérez.- sinodal
- C.c.p.- M.C.E. Celia del Carmen Solís Gómez.- Sinodal
- C.c.p.- M.T.E. Verónica Guadalupe Carrera Paz.- Sinodal
- C.c.p.- M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue.- Sinodal
- C.c.p.- M. en C. Adelfo García Jiménez.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC*MCML/MCE*XME/mgcc*



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 09:00 horas del día 01 del mes de febrero de 2022 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Factores de riesgo asociados a prematuridad en la UCIN de un Hospital de Alta Especialidad de Villahermosa Tabasco"

Presentada por el alumno (a):

Rueda Gil Araceli
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

2 0 2 E 1 7 0 0 5

Aspirante al Diploma de:

Especialidad en Enfermería Pediátrica

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

M.C.E. Arhella Hernández De la Cruz
M.C.E Rodolfo Gerónimo Carrillo
Directores de Tesis

Dra. Laura Guillermina Tejero Pérez

M.C.E. Celia del Carmen Solís Gómez

M.T.E. Verónica Guadalupe Carrera Paz

M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue

M. en C. Adelfo García Jiménez

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 20 del mes de Octubre del año 2021, el que suscribe, Araceli Rueda Gil, alumno del programa de la especialidad en Enfermería Pediátrica, con número de matrícula 202E17005 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Factores de riesgo asociados a prematuridad en la UCIN de Hospital de alta Especialidad de Villahermosa Tabasco”**, bajo la Dirección de los MCE. Amelia Hernández de la Cruz y MCE. Rodolfo Gerónimo Carrillo, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: araceliruuedagil@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Araceli Rueda Gil

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
CALIDAD DE POSGRADO

Sello



AGRADECIMIENTOS

A la maestra Celia del Carmen Solís Gómez, por ser mi guía y orientarme durante la asignatura de investigación; también por su apoyo, paciencia y disponibilidad durante el desarrollo de la tesis.

A mis asesores de tesis la maestra Amelia Hernández de la Cruz y al maestro Rodolfo Gerónimo Carrillo, por su profesionalismo; hacer las observaciones pertinentes, darle un enfoque científico y ser mi guía hasta el final de este proyecto.

A mis compañeras de estudio Beatriz, Tina, Irma, Isabel y Keyla, por motivarme cada día, cuando observaron decaimiento en mí, mostrándome que tenía la capacidad para alcanzar la profesionalización de enfermería; para la cual se requiere de compromiso, responsabilidad, valor y decisión.

Al personal docente de la Facultad de Enfermería de la UJAT – DACS, por darme la oportunidad de superación académica; por su enseñanza, experiencia y profesionalismo.

Muchas gracias.

A las autoridades del Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, especialmente al Dr. Juan Antonio Torres Trejo, director de esta noble institución; a la directora de Enfermería la MCE. Guadalupe Cerino Pérez; por favorecer la superación de calidad educativa con los estudios de posgrado y poder alcanzar esta meta tan anhelada.



DEDICATORIA

A Dios

Doy gracias por tener vida, salud. Por darme fortaleza en mi deseo de superación profesional; para brindar cuidados de calidad humana; con conocimiento científicos y concluir con éxito mis estudios.

A mis hijos

Ángel, Emmanuel y esposo Carmen por apoyarme incondicionalmente; por la paciencia y tolerancia, en esta etapa de mi vida.

A mí, por darme la oportunidad de alcanzar mis estudios de posgrado; que postergué durante muchos años.



ÍNDICE

ABREVIATURAS	II
RESUMEN	III
ABSTRAC	IV
INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
JUSTIFICACION	21
OBJETIVOS	23
MATERIAL Y MÉTODOS	24
RESULTADOS	30
DISCUSION	38
CONCLUSIÓN	43
RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	46
ANEXOS	55



TABLAS Y FIGURAS

Tablas	Página
Tabla 1	31
Características sociodemográficas de la madre: edad, estado civil y nivel educativo.	
Tabla 2	32
Factores asociados al parto: Distócico, Eutócico, número de gestante y control prenatal	
Tabla 3	33
Factores gineco obstétricos: antecedentes obstétricos y patologías asociadas a la gestante.	
Tabla 4	33
Complicaciones maternas: Embarazo múltiple e infecciones genitales.	
Tabla 5	34
Factores fetales: Sufrimiento fetal y Distocia funicular.	
Tabla 6	35
Factores asociados al útero y placenta: mioma, cesárea previa, ruptura uterina, DPPNI, RPM y placenta previa.	
Tabla 7	36
Características del neonato prematuro: peso del neonato, sexo del neonato y edad gestacional	
Tabla 8	37
Características del neonato prematuro: patologías agregadas	



ABREVIATURAS

AU	Altura Uterina.
AVC	Accidente Vascular Cerebral.
CDC	División de Salud Reproductiva.
CLAP	Centro Americano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva.
DPPNI	Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normo Insertada.
Gr	Gramos.
HNSEB	Hospital Nacional Sergio E. Bernales
IMC	Índice de Masa Corporal.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social.
INP	Instituto Nacional de Pediatría.
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática.
MINSAL	Ministerio de Salud.
MM/HG	Milímetros de Mercurio.
NOM	Norma Oficial Mexicana.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PPT	Parto Pretérmino.
RCF	Retraso del Crecimiento Fetal.
RPM	Ruptura Prematura de Membrana.
RNP	Recién Nacido Prematuro.
SDR	Síndrome de Distrés Respiratorio.
SFA	Sufrimiento Fetal Agudo.
SNC	Sistema Nervioso Central.
SS	Secretaría de Salud.
TBC	Tuberculosis Pulmonar Crónicas.
UCIN	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
VSR	Virus Sincicial Respiratorio.



RESUMEN

INTRODUCCION: La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) considera como prematuridad neonatal al recién nacido cuya edad gestacional es menor a 37 semanas o 259 días.

OBJETIVO: Identificar los factores de riesgo asociados al nacimiento del recién nacido prematuro que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez, de enero a diciembre del 2020.

MATERIAL Y METODO: Se realizó un estudio epidemiológico cuantitativo, descriptivo. La población de estudio fue, neonatos ingresados con diagnóstico de prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez. La muestra estuvo conformada por 57 expedientes clínicos de recién nacidos prematuros vivos que estuvieron hospitalizados de enero a diciembre del 2020.

RESULTADOS: La edad de las madres participantes osciló entre 20 a 29 años, el 98.3% tienen pareja y 40.4% presentan estudios de secundaria completa. 71.9% de los recién nacidos prematuros nacieron por parto distócico. 51.9% de las madres fueron multíparas, 64.9% asistieron a 4 o más consultas prenatales, 19.3% presentaron algún aborto. 29.8% de las madres presentaron toxemia del embarazo, 22.8% refirieron hipertensión y 12.3% diabetes. Con relación a los factores útero-placentarios 40.4% se reportaron con ruptura prematura de membrana, 3.5% presentó DPPN y 1.8% fue diagnosticada con placenta previa. El 17.5% de las madres presentaron embarazo múltiple y 19.3% infecciones genitales. 7% de los RNP presentaron SFA, 31.6% de los neonatos pesaba de 1000 a 1500 gramos, 52.6% son hombres y 46.4% son mujeres, 70.2% se encontraban en las semanas 33 a 36 de gestación.

CONCLUSION: Los factores de riesgo asociados al parto estadísticamente significativos para recién nacido pretérmino fueron la multiparidad y la presencia de parto distócico, las infecciones genitales y RPM. De acuerdo con las características de los recién nacidos pretérminos prevalecieron los recién nacidos moderadamente prematuros con un peso entre 1000 a 2000 kg y el sexo con mayor porcentaje fueron los recién nacidos hombres. Las madres de los recién nacidos son madres jóvenes de 20 a 29 años, con secundaria completa.

Palabras Claves: prematuridad, factores de riesgo, ginecoobstétricos, complicaciones maternas, fetales, útero y placenta.



ABSTRACT

INTRODCUTION: The World Health Organization (WHO, 2018) considers neonatal prematurity to be a newborn whose gestational age is less than 37 weeks or 259 days.

OBJETIVE: to identify the risk factors associated with premature newborns who were admitted to the Neonatal Intensive Care Unit of the Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez, from January to December 2020.

MATERIAL AND METHOD: A quantitative, descriptive epidemiological study was carried out. The study population was neonates admitted with a diagnosis of premature in the Neonatal Intensive Care Unit of the Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez. The sample consisted of 57 clinical records of live premature newborns who were hospitalized from January to December 2020.

RESULTS: The age of the participating mothers ranged from 20 to 29 years, 98.3% have a partner and 40.4% have completed secondary education. 71.9% of preterm infants were delivered by dystocia. 51.9% of the mothers were multiparous, 64.9% attended 4 or more prenatal consultations, 19.3% had some abortion. 29.8% of the mothers presented toxemia of pregnancy, 22.8% reported hypertension and 12.3% diabetes. In relation to utero-placental factors, 40.4% were reported with premature rupture of the membrane, 3.5% presented DPPNI and 1.8% were diagnosed with placenta previa. 17.5% of the mothers had multiple pregnancy and 19.3% genital infections. 7% of the RNP presented SFA, 31.6% of the neonates weighed from 1000 to 1500 grams, 52.6% are men and 46.4% are women, 70.2% were in weeks 33 to 36 of gestation.

CONCLUSION: The statistically significant risk factors associated with delivery for preterm newborns were multiparity and the presence of dystocic delivery, genital infections and PROM. According to the characteristics of the preterm newborns, moderately premature newborns with a weight between 1000 to 2000 kg prevailed and the sex with the highest percentage was male newborns. The mothers of the newborns are young mothers between the ages of 20 and 29, with completed high school.

Keywords: prematurity, risk factors, obstetric gynecology, maternal and fetal complications, uterus and placenta.



1. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) considera como prematuridad neonatal al recién nacido (RN) cuya edad gestacional es menor a 37 semanas o 259 días, desde el primer día del último periodo menstrual. El parto pretérmino le da al recién nacido menor tiempo para su correcto desarrollo fisiológico y en consecuencia, pueden presentar problemas médicos que lo obligan a permanecer en el hospital durante más tiempo, aunado a esto, un recién nacido en desarrollo pasa por momentos importantes para su crecimiento durante todo el periodo de gestación, durante el cual muchos órganos y sistemas, incluyendo al cerebro, los pulmones y el hígado, necesitan de las últimas semanas del embarazo para desarrollarse completamente; por tanto, el parto pretérmino es altamente contribuyente para la muerte de un recién nacido; ocurriendo la mayoría de estas muertes antes de las 32 semanas de gestación y constituyendo la causa principal para las discapacidades neurológicas en niños, con las correspondientes repercusiones familiares y sociales (Olarde, Gómez, Pardo y Pico, 2018).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que la prematuridad es una de las principales causas de muerte en niños menores de 5 años y son responsables de discapacidades físicas, neurológicas o de aprendizaje, con consecuencias graves para toda la vida. Esto se debe a que, al nacer antes de tiempo, los niños prematuros no están totalmente preparados para la vida extrauterina por lo que el control de la temperatura corporal, la alimentación y la respiración pueden verse muy afectados y requerirán de más ayuda que los niños a término [Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer



y Reproductiva (CLAP) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS-CLAP, 2019)].

Se han identificado diversos factores asociados a la prematurez, entre los que destacan nivel socioeconómico bajo, raza negra o indígenas, carencia de atención prenatal, intervalos inter genésico menor a 18 meses anemia severa, desnutrición índice de masa corporal $IMC < 16$, embarazos múltiples, anomalías en la placenta, infecciones vaginales, urinarias o del líquido amniótico, ruptura prematura de membranas, antecedente de parto pretérmino, enfermedades autoinmunes, anomalías del útero y tumores uterinos, polihidramnios, enfermedades propias de la gestación y traumatismos durante el embarazo (Martínez, 2017). Por otra parte, Ortiz, Otalora, Delgado y Luna (2018) afirman que la adolescencia es un factor de riesgo importante para complicaciones maternas; para parto pretérmino; que no depende exclusivamente de las características sociodemográficas de la población estudiada.

Entre las principales alteraciones de salud asociadas a la prematurez se observa el Síndrome de distrés respiratorio, apnea, displasia broncopulmonar, neumonía o bronquiolitis por virus sincicial respiratorio (VSR), encefalopatía por hiperbilirrubinemia, reflujo gastroesofágico, anemia, hipoglucemia, retinopatía del prematuro, hemorragias cerebrales, Accidentes Vascular Cerebral (AVC), entre otros (Martínez, 2017); por lo que al presentarse más nacimientos pretérmino aumenta la demanda de recursos humanos como, profesionales de enfermería especializado en atención de neonatos prematuros en estado crítico, así como también del espacio físico y equipos electromédico que incluye cuna térmica o incubadoras para brindarle una atención de calidad, calidez y una demanda económica por los recursos materiales que se utilizan durante su estancia hospitalaria,



equipos de alta tecnología y de especialidades médicas e incremento de los costos a corto y mediano plazo secundarios a la atención directa e indirecta de la atención médica y social (salud, educacional y de pérdida de productividad) que sobrepasan los presupuestos de salud de la mayoría de los países.

En Tabasco como en otras partes del mundo la prematurez representa un problema de salud que se presenta principalmente en mujeres embarazadas de alto riesgo.

Considerando que, uno de los propósitos de la enfermera pediatra es promover la salud y bienestar de los niños y adolescentes en sus diferentes etapas, es importante estudiar a este grupo vulnerable. El conocimiento de los factores de riesgo asociados a la prematurez servirá de antecedente para investigaciones futuras y el desarrollo de intervenciones preventivas con mujeres desde la etapa pregestacional hasta el parto puerperio; abonando esfuerzos para una niñez sana y una población más saludable.

Por lo anterior, el objetivo principal de esta investigación fue identificar los factores de riesgo asociados al nacimiento del recién nacido prematuro que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez del municipio del Centro en Tabasco, México.



2. MARCO TEORICO

Generalidades de la Prematurez

Se considera recién nacido prematuro o pretérmino a todo aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación, independiente del peso al nacer (OMS, 2018); así mismo contempla al Recién Nacido Prematuro sano, como aquel que no tiene ninguna lesión, o no padece alguna enfermedad y puede realizar con normalidad todas las funciones propias de su edad gestacional (OMS, 2015). Por su parte la OPS (2019), considera a los bebés prematuros, a los recién nacidos que nacen antes de las 37 semanas de gestación y son niños que llegan al mundo sin completar su desarrollo dentro del útero materno, por lo que son más vulnerables que quienes lo hacen a término.

La Federación Nacional de Neonatología de México, define el periodo neonatal, como el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta los primeros 28 días de vida; clasificándolos de acuerdo con la edad gestacional como: inmaduro al < 28 semanas, prematuros/pretérmino al < 37 semanas, lactantes a término entre 37 a 42 semanas y postérmino al > 42 semanas. Por otra parte, señalan que el peso al nacimiento es uno de los indicadores antropométricos más importantes, que permite predecir la probabilidad de la supervivencia perinatal y el crecimiento; así como, el indicador más sensible de la salud posnatal; de acuerdo con el peso al nacer el recién nacido se clasifica en macrosómico cuando el peso al nacimiento es > 4 000 g, de peso normal si se encuentra entre 2 500 a 3 999 g, de bajo peso al de < 2 500 y > 1 500 g, de Peso muy bajo al que se encuentra < 2500 y > 1500g g y peso muy bajo al que pesa < 1500g (Angulo y García, 2016).

López, Ávalos y Díaz (2018) consideran que la mayor parte de muertes y complicaciones se producen antes de la semana 34 de gestación, por lo tanto; en función de



la edad gestacional los prematuros se han clasificado en cuatro grupos: prematuro muy extremo, prematuro extremo, prematuro moderado y prematuro tardío.

A pesar de los notables avances en la medicina perinatal, anualmente en el mundo nacen alrededor de 13 millones de recién nacidos pretérmino, los cuales inicialmente debe enfrentarse al gran reto de sobrevivir; y luego, un elevado porcentaje, arrastra secuelas por el resto de sus vidas. Dada sus repercusiones en salud y la economía, constituyen un problema médico-social de primera importancia. La prematurez puede ser electiva o espontánea, la electiva o gestación interrumpida se presenta en el 25% de los nacimientos prematuros y es secundaria a complicaciones maternas como placenta previa, desprendimiento de placenta, preeclampsia, entre otras; o fetales como restricción del crecimiento o sufrimiento fetal. La espontánea corresponde al 75% de los casos de trabajo de parto antes del término.

El nacimiento prematuro constituye la principal causa de morbilidad y mortalidad en el neonato. Es responsable del 60 al 80% de las muertes y de cerca del 50% de las discapacidades neurológicas congénitas. Los hijos de madres con hábitos tóxicos, el embarazo en adolescencia, las enfermedades maternas, asociadas al embarazo como la anemia, hipertensión arterial, infección cervicovaginal, embarazos múltiples, abortos previos e infección del tracto urinario, tienen más probabilidades del nacimiento antes del término de la gestación; y constituyeron factores maternos de riesgo de nacimientos prematuros (Montero, Ferrer, Paz, Pérez & Díaz, 2019).



Estudios realizados en Barcelona reportan que aproximadamente, 1 de cada 10 mujeres gestantes presentan parto prematuro. En nuestro entorno la prevalencia es de 6-7%, pero en países como EE. UU. supera el 12% de los partos. A pesar de los cuidados prenatales, estos porcentajes se han mantenido invariables en las últimas décadas e incluso aumentado discretamente a causa, principalmente, del aumento de las técnicas de reproducción asistida, así como de la edad materna de las gestantes. Esto provoca que haya un mayor porcentaje de gestaciones múltiples y un mayor número de inducciones del parto antes de las 37 semanas por complicaciones maternos fetales. Los principales factores de riesgo de parto prematuro son: mujeres con historial de parto prematuro previo de menos de 34 semanas de gestación, factores uterinos como cirugías y malformación en el útero, complicaciones de la gestación, mujeres de origen afroamericano o afrocaribeño, nutrición definida por el índice de masa corporal (IMC), período entre parto y nueva gestación inferior a seis meses duplica el riesgo de parto prematuro, tabaco y consumo de otros tóxicos y factores sociales incluyendo los socioeconómicos y niveles educativos bajos (Herranz, Sánchez, Cobo, Arnal, Salvia, 2018).

En obstetricia y ginecología, se conoce como riesgo preconcepcional, a la probabilidad que tiene una mujer gestante o su producto de sufrir daño durante el proceso de la reproducción. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas ocasionales que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio madre-feto, durante el embarazo, parto o puerperio. El riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social y no es valorado por igual en cada caso. Los antecedentes y condiciones generales como edad menor 18 y más de 30 años conduce a numerosos riesgos; en las mujeres jóvenes es más frecuente la interrupción del embarazo antes de tiempo.



ocasionando problemas de aborto, parto inmaduro o prematuro; así como, malformaciones congénitas y otras complicaciones como inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto y muerte fetal. En las mujeres mayores de 35 años, también son frecuentes las complicaciones; si se añaden otros factores de riesgo como el hábito de fumar, las enfermedades crónicas y la multiparidad, malnutrición materna, condiciones asociales desfavorables, conductas perinatales y antecedentes obstétricos patológicos personales (Rigol & Santiesteban, 2014).

Los estudios epidemiológicos encaminados a reconocer factores asociados nos explican que el trabajo de parto prematuro ocupa del 40 al 50% de todos los partos pretérmino; la ruptura prematura de membranas ovulares y la incompetencia cervical del 25 al 40% restante y el parto prematuro inducido es responsable en un rango que oscila entre 20 y 25% de los casos. El parto pretérmino es uno de los mayores problemas en obstetricia; tiene una incidencia aproximada de 10-11%. Se han relacionado con algunos factores demográficos entre los que se incluyen la edad materna (mujeres menores 15 y mayores de 35 años), si hubo parto pretérmino previo y condiciones asociadas con el estilo de vida, como el bajo nivel socioeconómico, el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, la desnutrición crónica, así como la falta de atención prenatal. Algunas enfermedades maternas y fetales finalizan en parto pretérmino; las principales son placentas previas, desprendimiento de placenta, incompetencia cervical, preeclampsia, retraso del crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal, hipertensión arterial, infección del tracto urinario, anemia e infecciones sistémicas. Uno de los riesgos más elevados corresponde a embarazo gemelares hasta aproximadamente 50%. Casi todos los fetos de gestaciones múltiples nacen antes de las 37 semanas (Escobar, Gordillo, Martínez, 2017).



Por otra parte, Montero et al. (2019) clasifica los factores asociados al parto pretérmino como maternas, gineco obstétricas, fetales, sociales o iatrogénico. Dentro de las causas maternas, se encuentran las infecciones graves, endocrinopatías, cardiopatías, hepatopatías, nefropatías, tabaquismo, ingestión de drogas, anemia y hemoglobinopatía. En las gineco obstétricas se han identificado la edad materna; es decir afecta a madres adolescente o añosas; multiparidad, alteraciones cervicales, mioma uterino, corioamnionitis, placenta previa y hematoma retroplacentario. En las causas fetales se han atribuido a la gemelaridad en un 20% de los nacimientos prematuros, malformaciones congénitas y macrosomopatía. De las causas sociales se cita el bajo nivel socioeconómico, el bajo ingreso familiar, grado educativo bajo, madre soltera y sin ocupación; y como causas iatrogénicas se ha evidenciado la inducción precoz del parto o cesárea electivas por enfermedades maternas generales con inadecuada apreciación de la edad gestacional.

Huerta (2018) considera a las causas de parto pretérmino (PPT) como un síndrome y no una patología, generalmente de origen multifactorial. Así mismo, para su estudio subdividen al parto pretérmino en dos grandes grupos: 1. Parto pretérmino espontáneo, responsable de las dos terceras parte de PPT. En este grupo solo 15% de las pacientes refieren que tienen antecedentes de PPT y 85% son primigestas o han tenido embarazos a término. 2. Parto pretérmino por indicación médica o iatrogénico; aquel que se produce por ante la aparición de un embarazo que impide continuar con la gestación al poner en grave riesgo la vida de la madre, el feto o ambos, las complicaciones incluye: preeclampsia severa, restricción del crecimiento intrauterino con alteraciones de Doppler, colestasis intrahepática, ruptura prematura de membranas pretérmino prolongadas, placenta previa



sangrante, desprendimiento prematuro de la placenta, embarazo monocoriónico complicado.

El embarazo es considerado como un evento fisiológico. Si bien es cierto, la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin complicaciones, siempre existe riesgos potenciales. Los elevados índices de mortalidad que se presentan en los países de desarrollo permiten definir la maternidad en riesgo como la posibilidad que tiene una mujer o producto de sufrir daños, lesión o incluso muerte durante el proceso de gestación, parto y puerperio (Barragán, Cruz, Maldonado, Favela y Peralta, 2017).

Aproximadamente un 15% de todas las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y en algunos casos, una intervención obstétrica acertada para la sobrevivencia de la madre y del niño. El embarazo con factores de riesgo se puede definir como aquel que presenta determinados factores que elevan la posibilidad de un incremento de morbilidad y mortalidad materna perinatal. Los factores de riesgo tienen una incidencia de 20 a 30% los que debe ser identificados oportunamente y manejados eficazmente ya que estos embarazos contribuyen con el 70 al 80% de la morbilidad y mortalidad materna. Se han identificado diferentes tipos de complicaciones entre las que destacan las asociadas al embarazo (aborto, embarazo ectópico, enfermedad gestacional del trofoblasto, sangrado en el segundo y tercer trimestre por placenta previa y desprendimiento de placenta normo inserta), asociadas a la duración del embarazo (parto pretérmino y ruptura prematura de membranas ovulares), trastornos hipertensivos del embarazo (hipertensión arterial crónica, preeclampsia-eclampsia e hipertensión gestacional), enfermedades endocrinas (diabetes mellitus) e infecciones en el



embarazo (Tuberculosis Pulmonar Crónica [TBC] , herpes genital , sepsis obstétrica); entre otras (Ministerio de Salud Panamá, 2015).

Según la OMS los partos prematuros se producen por una serie de razones. La mayoría de los partos prematuros ocurren de forma espontánea, si bien algunos se desencadenan por la inducción precoz de las contracciones uterinas o del parto por cesárea, ya sea por razones médicas o no médicas. Entre las causas más frecuentes del parto prematuro figuran los embarazos múltiples, las infecciones y las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión; ahora bien, a menudo no se identifica la causa. También se ha identificado que existe una fuerte influencia genética (OMS 2018; Moldenhauer, 2020; Carvajal y barriga, 2021).

Por otra parte, se ha considerado que la infección de vías urinarias es una causa común de trabajo de parto pretérmino, nacimiento pretérmino, así como de morbilidad y mortalidad. La bacteriuria asintomática, la cistitis y la pielonefritis son una seria amenaza para el feto y la madre, situación que exige aplicar esquemas óptimos de tratamiento antimicrobiano, de no ser así los resultados serán no positivos tanto para la madre como para el producto. Del total de partos pretérmino, 40 a 50% son espontáneos, 20 a 30% debido a diferentes causas, entre las cuales se reconoce a la infección de vías urinarias como un factor de riesgo frecuente (Torres, Hernández, Meneses & Ruvalcaba, 2020). Gómez, Hernandez, Cruz, Pérez, Rodríguez, & Torres (2019) señalan que el parto pretérmino se relaciona fuertemente con infecciones del conducto urogenital.

Según Carvajal, el control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. El registro del



control prenatal debe llevarse detalladamente en la ficha clínica (de papel o electrónica); sin embargo, suele usarse un “carnet de control prenatal”, donde el médico o matrona registra los eventos más importantes de la evolución del embarazo. Los objetivos del control prenatal son identificar los factores de riesgo biológicos, sociales o ambientales que, al estar presente se asocia con un aumento de la probabilidad de que, tanto la madre como el feto y el recién nacido puedan sufrir un daño. Durante el control prenatal se determina la edad gestacional, la condición fetal, medición de Altura Uterina (AU), estimación clínica del peso fetal, estimación clínica del líquido amniótico, auscultación de latidos cardiacos y movimientos fetales; además de diagnosticar la condición materna (anamnesis y examen físico) y educar a la madre (Carvajal y Ralph, 2017).

La guía clínica hace referencia que, el niño prematuro nace con una inmadurez de sus órganos repercutiendo este hecho principalmente en tres funciones corporales: temperatura, respiración y alimentación. El bebé prematuro necesita apoyo para poder sobrevivir fuera del útero materno, siendo necesario su ingreso en una unidad específica del hospital. La guía clínica describe también las características del prematuro, como un niño pequeño el cual presenta un aspecto frágil, de piel delgada y fina, puede parecer pegajosa al tacto y a través de ella pueden verse los vasos sanguíneos. Las uñas son muy pequeñas y blandas. La cabeza puede parecer desproporcionadamente grande para el tamaño de su cuerpo. Los pliegues de las plantas de los pies todavía no se han desarrollado. Tiene muy poca cantidad de grasa y su tono muscular es muy pobre por lo que sus movimientos son escasos y a modo de “sacudidas” o “sobresaltos”. Las orejas están poco desarrolladas, muy pegadas a la cabeza y con poco o nada de cartílago, por eso pueden estar dobladas continuamente. En los niños, los testículos aún no han descendido al escroto y el pené suele



ser muy pequeño. En las niñas, los labios mayores no cubren a lo que se observa un clítoris prominente (Balza, Fernández, 2011; Mateo et al., 2020).

Según datos estadísticos, el 80% de los bebés que nacen, incluso en la semana 28 logra sobrevivir, lo que refleja que el nivel de supervivencia de los bebés prematuros es cada vez mayor. Fernández (2017) describe algunas características comunes de los bebés prematuros como son: bajo peso al nacer; es decir, menos de 2.500 kg; piel lisa, delgada, brillante, casi translúcida; piel transparente, a través de la cual se pueden apreciar fácilmente algunas venas; el cartílago del oído suave flexible; presencia de vello (lanugo) en el cuerpo; baja temperatura corporal, frecuencia respiratoria rápida; llanto débil; débil succión y deglución; clítoris agrandado, en las niñas; escroto pequeño y desprovisto de pliegues, en los niños.

Definición de Términos

Prematuro o prematurez la OMS (2018) la define como el nacimiento que ocurre antes de completarse las 37 semanas o antes de 259 días de gestación, desde el primer día del último periodo menstrual. Este fue medido a través de una cédula de datos, en el apartado características del neonato prematuro.

Factores de riesgo asociados al prematuro se define como aquellas características, condición o comportamiento que contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos; que favorecen el nacimiento de un recién nacido prematuro (Barragán et al., 2016). Este fue medido con el instrumento factores asociados la prematurez que valora los factores gineco obstétricos, factores asociados al parto, factores asociados al útero y placenta, complicaciones maternas.



Factores Maternos son considerados aquellos determinantes físicos, funcionales, políticos, sociales, económicos y culturales de la mujer gestante que pueden afectar el embarazo y se puede asociar a la probabilidad de propiciar un parto prematuro (Mendoza et al., 2016). Este fue medido con el instrumento factores asociados a prematurez que valora antecedentes obstétricos, patologías asociadas a la madre gestante y complicaciones durante el embarazo.

Factores Fetales son aquellas características o circunstancia detectables del feto que se asocia a la probabilidad de prematurez (Díaz, 2020). Este fue medido con el instrumento factores asociados a prematurez que valora presencia de SFA y distocia funicular.

Factores útero-placentarios son consideradas todas aquellas circunstancias o alteraciones uterinas y de la placenta que presenta la mujer embarazada y que pueden ocasionar la presencia de parto prematuro, como son miomas, cesáreas previas, Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normo Insertada (DPPNI), ruptura inminente de placenta, RPM, placenta previa el cual se midió con el instrumento factores asociados la prematurez debido a complicaciones maternas (Bigolin et al., 2021).

Patologías Asociadas en los Prematuros son las derivadas del binomio, inmadurez -hipoxia, por el acortamiento gestacional y la ineficiencia de la adaptación respiratoria postnatal tras la supresión de la oxigenación transplacentaria; y depende del proceso de adaptación del recién nacido prematuro al medio externo. Este fue medido con el instrumento factores asociados a prematurez que valora las principales comorbilidades presentadas por el prematuro durante su estancia hospitalaria. (Belenguer, 2017).



Estudios Relacionados

Angulo y Robles (2020) elaboraron un estudio de tipo analítico, observacional, con el objetivo de determinar los factores de riesgo maternos asociados al nacimiento pretérmino en el departamento de gineco Obstetricia en el Hospital La Caleta Chimbote, 2019; con un diseño de casos y controles en 44 recién nacidos pretérmino (casos) y 88 recién nacidos a término (controles). Los resultados muestran que el grupo de edad más frecuente fue de 20 a 35 años, la preeclampsia fue de 20%, el control prenatal inadecuado en un 36%.

Díaz y Díaz (2020) realizaron un estudio observacional, analítico de casos y controles, con el fin de identificar los factores fetales asociados a la prematuridad en el Hospital Vicente Corral de Cuenca-Ecuador en una muestra de 160 casos y 320 controles en neonatos de una semana de vida extrauterina. Los resultados muestran que el 75% de los prematuros fueron prematuros tardíos, con una media de edad gestacional de 34.6 semanas, el peso promedio fue de 2, 121.2 gr y una talla promedio de 43.3 cm; el 48.8% fueron niños y el 51.2% niñas; el 16.9% de los recién nacidos prematuros tenían antecedentes de hermano prematuro y 11.9% antecedentes de gemelaridad.

Olarte et al., (2018) en su investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo; con el objetivo de describir los factores maternos asociados al recién nacido pretérmino que ingresan a la unidad neonatal del municipio del Socorro, Santander Colombia; recolectaron datos por medio de la revisión de 69 historias clínicas; de los recién nacidos pretérmino que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos neonatal. Los resultados muestran que el mayor porcentaje de los recién nacidos pretérminos



corresponden al sexo femenino con 55.1%, el promedio de la edad gestacional fue de 32.3 semanas, con un peso promedio de 1, 844.64 kg; con relación a los factores asociados al recién nacido pretérmino encontraron a la preeclampsia con 18.8%, embarazo gemelar 14.5%, amenaza de aborto 8.7%, infecciones de vías urinarias 5.8%; en lo que respecta a los factores maternos los porcentajes más altos fueron No asistencia a controles prenatales con 98.6%, amenaza de parto pretérmino con 72.5%, dispositivo intrauterino con 44.9% y ruptura prematura de membranas con 42%.

Chayña y Ocón (2017) realizaron un estudio de tipo descriptivo y relacional de nivel retrospectivo; de corte transversal en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de enero a diciembre del 2016 Arequipa-Perú 2017; con los objetivos de identificar las características principales en los recién nacidos prematuros; determinar los factores sociodemográficos, maternos, fetales y útero – placentarios asociados a la prematuridad neonatal en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. En la obtención de datos la técnica fue de observación de la historia clínica. La muestra estuvo constituida por 119 niños recién nacidos vivos prematuros. Los resultados reportan una edad materna comprendida entre 20 a 29 años con un 55.5%; 38.4% de las madres eran multíparas; 74.4% tuvieron de 4 a más controles perinatales. En cuanto al nivel educativo 67.2% tenían nivel secundaria y estado conyugal conviviente con 63.2%. En los antecedentes obstétricos presentados por la madre 14.3 % presentaron como antecedente haber tenido cesáreas previas, 13.4 % haber tenido algún aborto anteriormente, el 5% haber tenido un prematuro, el 2.5% haber tenido un aborto y cesárea anterior y por último un 1.7% tener un recién nacido pretérmino y un aborto. En relación con las patologías asociadas a las madres de los recién nacidos prematuros reportaron un 4.2% con hipertensión arterial, 3,4% con diabetes



y 1.7% con obesidad. En los factores úteros-placentarios presentes en las madres reportaron que 60% presentaron toxemia del embarazo, 27% RPM, 10% cesáreas previas y solo el 2% presentaron miomas. En cuanto a las características del recién nacido prematuro 52% fueron masculinos, 68% nacieron por parto distócico, 52% se encontraron entre la semana 33-36 de gestación con un peso de 2001 a 2500 kg al nacer. En lo que respecta a los factores fetales solo el 7% de los recién nacidos presentaron sufrimiento fetal agudo. Las patologías asociadas al RN prematuro más importantes fueron las infecciosas con 12.6%, respiratorias con 11%, metabólicas y hematológicas con 10%.

Véliz y Salvatierra (2016) efectuaron un estudio retrospectivo, no experimental y de tipo descriptivo, con el objetivo de determinar los factores de riesgo que influyen en la prematurez de los recién nacidos en la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del hospital Universitario de Guayaquil-Ecuador. La Muestra estuvo conformada por 40 neonatos prematuros menor de 37 semanas y con un peso menor a 2.500gr. Los resultados muestran que 50% fueron prematuros tardíos (34-36 SG) y 12.5% muy prematuros (28-31 SG). Se determinó que el 52.5% correspondían al sexo femenino. Según el tipo de parto, el 55% por cesárea. Con relación al peso 65% de los neonatos se encontró con bajo peso al nacer de 1501 -2500. En cuanto a los factores de riesgo maternos para el desarrollo de prematurez el mayor porcentaje correspondió al grupo de edad materna de 14-19 años con el 45%. En lo referente a la comorbilidad materna las patologías más frecuentes fueron infección de Vías urinarias con 37.7% y Anemia e hipertensión con 7.5%. En los antecedentes de enfermedad materna desprendimiento placentario 5% y diabetes 5%. Según el número de partos el 55% fue multigesta.



Barrera, Manrique y Ospina (2016) realizaron un estudio de corte transversal, observacional analítico, con el objetivo de describir factores asociados al parto pretérmino (PPT) en una muestra de gestantes adolescentes, atendidas en el Hospital San Rafael de Tunja. Se revisaron las historias clínicas de 30 adolescentes de Tunja- Colombia que asistieron al servicio de obstetricia y tuvieron PPT. Los resultados muestran una prevalencia del PPT de 6.1%; la media de edad de las participantes fue de 17.3 años, el 69.2% convive con pareja estable, el 63.3 % apenas alcanza el nivel de quinto grado de primaria o menos; el rango de edad gestacional fue de 22-37 semanas. En cuanto a las patologías de la madre asociadas al PPT identificaron infección de vías urinarias (30.5%), vaginosis (26.7%), anemia (23.3%), preeclampsia (20%). 35,3% mostraron consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo. En lo que respecta a los controles prenatales un 40% asistió de 0 a 3 controles, 33.3% asistió de 4 a 6 controles y 26.7% asistió de 7 a 9 controles. El peso de los recién nacidos fue entre 2500 y 3500 gramos en 56.6% y de menos de 2500 kg en el 43.4%.

Ahumada-Barrios y Alvarado (2016) realizaron un estudio retrospectivo de casos y controles con el fin de determinar los factores de riesgo de parto pretérmino, en una muestra de 298 casos y 302 controles en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales (HNSEB), Lima-Perú. Los resultados muestran que los factores de riesgo relacionados con el parto pretérmino fueron el embarazo gemelar actual (OR ajustado= 2,4; $p=0,02$), control prenatal insuficiente (< 6 controles) (OR ajustado= 3,2; $p < 0,001$), control prenatal nulo (OR ajustado= 3,0; $p < 0,001$), antecedente de parto pretérmino (OR ajustado= 3,7; $p < 0,001$) y preeclampsia (OR ajustado= 1,9; $p=0,005$). Concluyendo en este estudio que el antecedente de parto pretérmino, la preeclampsia, el no tener ningún control prenatal y



haber tenido un control prenatal insuficiente fueron factores de riesgo para el nacimiento preétermino.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial se estima que cada año nacen cerca de 15 millones de prematuros, más de uno por cada 10 nacimientos y es considerada la primera causa de muerte en menores de cinco años; así mismo, se considera que la tasa de supervivencia es mayor en países de altos ingresos que en los países de ingresos bajos. De acuerdo con este reporte más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional y los países con mayor número de nacimientos prematuros son India con 3, 519, 100, China con 1, 172, 300 y Nigeria con 773, 600. Es importante destacar que el problema de los nacimientos prematuros no se limita a los países de bajos ingresos; dado que países como Estados Unidos y Brasil se ubican entre los 10 países con mayor número de nacimientos prematuros presentando tasas de cerca del 12% (OMS, 2018).

En México, de acuerdo con un comunicado de prensa realizado por el Instituto Nacional de Pediatría (INP) dio a conocer que cada año nacen cerca de 200 mil niños prematuros, siendo esta la principal causa de muerte neonatal en menores de cinco años, después de la neumonía (Serrano, 2015). Por otra parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reporta que de los 425 mil 516 nacimientos que se registraron durante 2017 en los hospitales y clínicas del IMSS en todo el 9.8% de los recién nacidos nacieron antes de las 37 semanas de gestación. Así mismo, señala que un grupo importante de estos bebés mueren poco después del nacimiento; muchos otros sufren algún tipo de discapacidad física, neurológica o educativa, y a menudo representan un gran costo para las familias y la sociedad (IMSS, 2018).

En Tabasco se ha reportado un incremento de cerca del 30% de embarazos prematuros; es decir siete de cada 10 embarazos son prematuros, los cuáles nacen en la



semana 28 o 29 de gestación, de los cuales un 80% logran sobrevivir (Pérez, 2019), gracias a los avances tecnológicos y el cuidado especializado que reciben por parte del equipo de salud; lo que muestra la importancia de continuar con la profesionalización de la enfermería para la atención de la mujer durante las etapas preconcepcionales, el embarazo, el parto y los cuidados del recién nacido.

Con base en lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los Factores de riesgo asociados a prematurez en la UCIN del Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroza Pérez de Villahermosa Tabasco en el 2020?



4. JUSTIFICACIÓN

A nivel nacional la prematuridad es un problema de salud pública, y a pesar de que la comprensión de la etiopatogenia del parto prematuro es una de las principales metas de las investigaciones perinatales, aún no ha sido posible disminuir su incidencia, como se planteó anteriormente en la descripción del problema; la incidencia de recién nacidos prematuros es de 7.7%, lo que obliga a implementar estrategias para disminuir la cantidad de partos prematuros que ingresan a la UCIN y con esta investigación permitirá contribuir en el nuevo conocimiento de la profesión de enfermería, al igual va estar dirigida a identificar los factores de la población que determinan los partos prematuros, los factores asociados con el objetivo de disminuir la tasa de recién nacidos pretérmino y sus complicaciones.

La realización de esta investigación, los resultados que se obtengan a futuro serán de gran ayuda porque permitirá a los profesionales de la salud aplicar las estrategias para prevenir embarazos de alto riesgo, por medio de los factores asociados a ellos, será de gran relevancia teórica por el nuevo conocimiento que aporta y de relevancia social porque permitirá a los futuros padres que logren analizar los factores de riesgo para tener un parto prematuro; se ha analizado que todavía existe una falta de interés en las madres y en las parejas que deseen lograr tener un embarazo saludable determino ya que dentro de ellos existen factores asociados (edad, la raza, embarazos múltiples, afecciones uterinas, enfermedades crónicas y otros más) que condicionan el nacimiento de bebés prematuros. Es responsabilidad del profesional de salud que se encuentra en el contacto directo de dar una atención de calidad, con toda madre que desee un embarazo, que haga conciencia de la importancia que tiene la atención del control prenatal, perinatal y posnatal. Es fundamental tomarlo en cuenta por que en ella nos permite detectar padecimiento alguno que se desarrolle en el embarazo y un seguimiento de su



enfermedad, la cual se mantenga en control, así pueda llegar a su término sin complicación la madre e hijo. Las intervenciones esenciales que ayuden a prevenir el parto prematuro, asesoramiento de una dieta saludable, consumo de tabaco y otras sustancias; las mediciones ecográficas del feto, que ayuden a determinar la edad gestacional y detectar embarazos múltiples, y la asistencia mínima de ocho consultas en su control prenatal. El cual nos permita reducir las muertes fetales y neonatales.

En la actualidad la demanda de atención tanto a la madre como al neonato siguen en continuo aumento, esto se refleja en la sala de parto por nacimientos de niños prematuros con mortalidad y morbilidad en el periodo posnatal, y el ingreso a la UCIN para continuar con los cuidados especiales que ellos requieren por su inmadurez que presentan en todo sus órganos; en los pulmones que es una de las causas que prolongan su estancia, la termorregulación de la temperatura corporal y la alimentación (OPS, 2019).

La demanda de atención de embarazo de riesgo va en aumento, aunque las estrategias para capacitar a todo servidor en atención a la salud son una prioridad a nivel mundial, ya que hay factores que condicionan un embarazo y presentarse un parto prematuro.



5. OBJETIVOS

5.1 General:

Identificar los factores de riesgo asociados al nacimiento del recién nacido prematuro que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez. de enero a diciembre del 2020.

5.2 Específicos:

- Determinar los factores sociodemográficos de las madres de los recién nacidos prematuros que ingresaron al Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez de enero a diciembre del 2020.
- Identificar los factores de riesgo maternos, del parto, fetales y útero-placentarios asociados al nacimiento del recién nacido prematuro ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- Describir las características del neonato prematuro ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez de enero a diciembre del 2020.



6. MATERIAL Y MÉTODOS

El siguiente capítulo describe el tipo de diseño de investigación, la población, muestreo y muestra del estudio, los criterios tanto de inclusión como de exclusión, la selección de los participantes, el procedimiento de recolección de datos, así como también la descripción del instrumento, el tipo de procesamiento y análisis de datos, por último, las consideraciones éticas.

6.1 Tipo de investigación

Diseño de Estudio Se trata de un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal (Polit y Tatano, 2018; Grove, Gray & Burns, 2015). Se consideró descriptivo ya que se identificaron los factores de riesgo asociados a la prematuridad. Retrospectivo y de corte transversal dado que los datos se recolectaron de los expedientes de prematuros que ya habían sido hospitalizados en un momento del tiempo posterior a los hechos de estudio. Cuantitativo dado que se consideraron las propiedades del sujeto de estudio que son susceptibles de medir, buscando obtener información de los prematuros que nacieron y estuvieron hospitalizados en el 2020.

6.2 Universo: Población, Muestra y Muestreo

La población de estudio fueron los expedientes de neonatos ingresados con diagnóstico de prematuridad en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez de enero a diciembre del 2020. La muestra estuvo conformada por 57 expedientes de recién nacidos prematuros ingresados de enero a diciembre del 2020 en el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. El muestreo fue no



probabilístico de tipo intencional conformada por toda la población que cumpliera con las características de los criterios de inclusión.

6.3 Criterios de inclusión y exclusión

6.3.1. Inclusión

Expedientes recién nacidos vivos prematuros 28 semanas y hasta 36 semanas de gestación que ingresaron y egresaron con vida del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

6.3.2. Exclusión

Expedientes de recién nacidos de 28 semanas a 36 SG, con historias clínicas incompletas o poco legibles.

6.4 Método e instrumento de recolección de datos

El proyecto de investigación fue aprobado por el comité de ética e investigación de la División Académica de Ciencias de la Salud. Así mismo, se solicitó la aprobación de las autoridades administrativas del Hospital Regional de Alta Especialidad, Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez, en el departamento de enseñanza e investigación y al comité de ética, donde se realizaría esta investigación. Una vez obtenido los permisos, se solicitó al área de planeación los expedientes de los recién nacidos prematuros ingresados en el periodo de enero a diciembre del 2020, y se cotejo con la carpeta de ingreso y egresos del servicio de UCIN. Posteriormente se acudió al departamento de archivo clínico en el mes de octubre de 2021 en horario de 8:00 a 14:00 hrs de lunes a viernes, para realizar la revisión de los expedientes de acuerdo con el formato de revisión y la lista de expediente previamente captadas. Se contó con un espacio físico para realizar la revisión de cada uno de los expedientes de interés. Para el análisis de los expedientes se utilizó la ficha de observación documental que permitió recolectar los datos de



acuerdo con los criterios de inclusión, las características sociodemográficas de la madre, factores asociados al parto, gineco obstétricos, complicaciones maternas, fetales, asociadas al útero y placentarios; así como, las características del neonato prematuro. La técnica empleada fue la observación documental del expediente clínico cumpliendo en todo momento con los criterios éticos de confidencialidad.

6.4.1 Instrumento de Medición

Para la recolección de los datos se diseñó una cédula de recolección de datos; la cual fue utilizada como una ficha de observación documental como instrumento para valorar las variables de interés, misma que está constituida por apartados: el primero integra las características sociodemográficas de la madre, que incluye datos como fecha de nacimiento del recién nacido, número de expediente, edad de la madre, estado civil, nivel de estudio y procedencia. El segundo apartado corresponde a los factores asociados al parto que incluye datos como tipo de parto: natural o cesárea; gestas: nulípara, primípara, multípara y gran multípara; controles prenatales: 0, 1-3, 4 a +; tercer apartado factores ginecoobstétricos: antecedentes obstétricos: prematuro, aborto, cesárea; patologías asociadas: diabetes, cardiopatías, anemia, tuberculosis pulmonar crónica (TBC), hipertensión, toxemia del embarazo; en el cuarto apartado son las complicaciones maternas: embarazos múltiples e infecciones genitales; el quinto apartado en los factores fetales: sufrimiento fetal agudo (SFA) y Distocia Funicular; el sexto apartado factores asociados útero y placentas (mioma, cesárea, ruptura uterina, DPPNI, RPM y placenta previa); y el octavo apartado que comprende las características del neonato prematuro, como el peso en gr., sexo, edad gestacional, patologías agregadas y días de estancia hospitalaria (Página 55 es el anexo 1 de la Ficha de observación:



factores asociados a prematuridad neonatal, del Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez de Enero - Diciembre del 2020).

6.6 Análisis de datos

Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva, utilizando tablas de frecuencia y porcentajes, incluyendo medidas de tendencia central. El procesamiento de datos se realizó con el apoyo del paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 20.

6.7 Consideraciones Éticas

El presente estudio se apega a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 2014), el cual establece los lineamientos y principios generales a los que toda investigación debe someterse.

Con base a lo establecido en el Título V, Artículo 96, Fracciones II y III, el presente estudio aborda uno de los principales problemas de salud pública en México en la búsqueda de los conocimientos de los factores de riesgo asociados a la prematuridad. Artículo 100, Fracciones I, II y III, relativo a la investigación con seres humanos.

En cumplimiento al Artículo 23 que señala que, en investigación con riesgo mínimo, la Comisión de Ética podrá dispensar al investigador de la obtención del Consentimiento Informado sin realizar un escrito por tratarse de investigaciones sin riesgo que son de carácter documental.

Esta investigación consideró los criterios establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Esta norma es de observancia obligatoria, para todo profesional de salud, que pretenda llevar a cabo o realice actividades de investigación de



la salud en seres humanos. Se incluye al párrafo 4.4 del Comité en materia de investigación para la salud, al conjunto de profesionales pertenecientes a una institución o establecimiento donde se realiza investigación para la salud o de otros sectores, encargados de revisar, aprobar y vigilar que los proyectos o protocolos de investigación se realicen conforme a los principios científicos de investigación, ética en la investigación y de bioseguridad que dicta la lex artis médica y de conformidad con el marco jurídico-sanitario mexicano (SEGOB, 2013), por lo que se solicitó la aprobación de las autoridades del Hospital Regional de Alta Especialidad Gustavo A. Roviroso, con el fin de cumplir con lo señalado en ésta norma.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Expediente Clínico; que contiene la historia clínica la cual es una colección de datos personales que se almacenan en el expediente clínico además de regularse por la ley de la autonomía del paciente y la ley de protección de confidencialidad de datos. Los principios deontológicos implicados en relación con la protección de datos sanitarios contenidos en la historia clínicas: la sobriedad, transparencia, responsabilidad y protección universal de todos los datos de los pacientes. El numeral 5.4, señala que los expedientes clínicos son propiedad de las instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes y el numeral 5.5, para efectos de manejo de información, bajo los principios, dentro del expediente clínico: los datos personales, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer. Así como publicaciones o divulgaciones de docencia e investigación, que posibiliten la identificación del paciente, se requieren autorización escrita del mismo, en cuyo caso, se adoptarán las medidas necesarias para que éste no pueda ser identificado (SEGOB, 2012); por lo que la revisión de los expedientes se realizó dentro de las



instalaciones de la institución previa autorización. y en todo momento se garantizó la confiabilidad de los datos obtenidos, los cuales solo serán publicados con fines de investigación y de forma grupal sin revelar datos personales de ninguno de los expedientes revisados.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



7. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos del estudio realizado con el propósito de identificar los factores de riesgo asociados al recién nacido prematuro que ingresaron a la unidad de cuidados Intensivos neonatales del Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez de enero a diciembre del 2020. Se muestran las características de sociodemográficas de la madre, las variables cuantitativas que describen la estadística descriptiva de los factores asociados al parto y las características del neonato prematuro.

Estadísticos descriptivos

La muestra estuvo conformada por 57 expedientes de recién nacidos prematuros ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Alta especialidad Gustavo A, Rovirosa de enero a diciembre de 2020. En la Tabla 1 se muestran los datos sociodemográficos de las madres de los neonatos, el rango de edad con mayor frecuencia fue el grupo de 20 a 29 años con un 49.1% y el de menor frecuencia de 40 años y más con 5.3%; respecto al estado civil 98.3% tienen pareja y 40.4% de la muestra cuenta con estudios de secundaria completa y 33.3% media superior.



Tabla 1

Características sociodemográficas de la madre: edad, estado civil y nivel educativo

Variable	<i>f</i>	%
Edad		
10-19	10	17.5
20-29	28	49.1
30-39	16	28.1
40 y mas	3	5.3
Estado civil		
Con Pareja	56	98.3
Sin Pareja	1	1.8
Nivel educativo		
Primaria	13	22.8
Secundaria	23	40.4
Media superior	19	33.3
Superior	2	3.5
Total	57	100

Nota: $n=57$

En la Tabla 2 se muestran factores asociados al parto, donde se puede observar que de acuerdo con el tipo de parto el mayor porcentaje correspondió al parto distócico con 71.9% y el 28.1% eutócico. En el número de gestaciones se reporta que 57.9% fueron multíparas y 29.8 primíparas. En lo que respecta al número de consultas prenatales el 64.9% de la muestra tenía registrada cuatro o más consultas, 26.3% de 1 a 3 consultas y 8.8% no asistió a consulta prenatal



Tabla 2

Factores asociados al parto: distócico, eutócico, número de gestas y las asistencias a consultas prenatales

Variable	f	%
Tipo de parto		
Eutócico	16	28.1
Distócico	41	71.9
Número de Gestaciones		
Nulípara	2	3.5
Primípara	17	29.8
Múltipara	33	57.9
Gran múltipara	5	8.8
Consultas Prenatales		
0	5	8.8
1-3	15	26.3
4 a más	37	64.9
Total	57	100

Nota: $n=57$

En la Tabla 3 se muestran los resultados relacionados con los factores ginecoobstétricos, donde se puede observar que 19.3% presentaron antecedentes de aborto, 8.8% de cesárea y 5.3% de partos prematuros previos; en cuanto a las patologías asociadas a la gestante se encontró que el 29.8% presentaron toxemia del embarazo, 22.8% refirieron hipertensión y 12.3% diabetes.



Tabla 3

Factores gineco obstétricos: antecedentes obstétricos y patologías asociadas a la gestante.

Variable	<i>f</i>	%
Antecedentes obstétricos		
Sin datos	38	66.7
Aborto	11	19.3
Cesárea	5	8.8
Parto Prematuro previo	3	5.3
Patologías asociadas a la gestante		
Sin datos	20	35.1
Toxemia del Embarazo	17	29.8
Hipertensión	13	22.8
Diabetes	7	12.3
Total	57	100

Nota: $n=57$

En la Tabla 4 se muestran las variables relacionadas con las complicaciones maternas, donde se puede observar que la complicación más frecuente correspondió a infecciones genitales con 19.3%, seguido de embarazo múltiple con 17.5%.

Tabla 4

Complicaciones maternas

Variable	<i>f</i>	%
Embarazo múltiple		
No	47	82.5
Si	10	17.5
Infecciones genitales		
No	46	80.7
Si	11	19.3
Total	57	100

Nota: $n=57$



En la tabla 5 muestra los resultados relacionados con los factores fetales, donde se puede observar que 7% de los recién nacidos presentaron sufrimiento fetal agudo y la distocia funicular no se presentó en ninguno de los niños

Tabla 5

Factores fetales: sufrimiento fetal agudo y distocia funicular

Variable	<i>f</i>	%
Sufrimiento fetal agudo		
No	53	93
Si	4	7
Distocia funicular		
No	57	100
Si	0	0
Total	57	100

Nota: $n=57$

En la Tabla 6 se muestran los resultados relacionados con los factores atribuidos al útero y la placenta, donde el porcentaje más alto correspondió a la ruptura prematura de membranas con 40.4%, seguido de cesáreas previa con el 12.3% y desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI) con 3.5%.



Tabla 6

Factores asociados al útero y la placenta: miomas, cesárea previa, ruptura uterina DPPNI, RPM y placenta previa,

Variable	<i>f</i>	%
Mioma		
No	56	98.2
Si	1	1.8
Cesárea previa		
No	50	87.7
Si	7	12.3
DPPNI		
No	55	96.6
Si	2	3.5
RPM		
No	34	59.6
Si	23	40.4
Placenta Previa		
No	56	98.2
Si	1	1.8
Total	57	100

Nota: $n=57$, DPPNI= Desprendimiento prematuro de la placenta normo insertada; RPM= Ruptura de prematura de membrana.

En la Tabla 7 se muestran los resultados relacionados con las características del neonato prematuro, obteniéndose los mayores porcentajes en recién nacidos de 33 a 36 SG con 70.2%, 26.3% para el grupo de 28 a 32 SG y solo 3.5% para < de 27SG. Con relación al peso del neonato se encontró que 31.6% de los neonatos pesaba de 1000 a 1500 gramos, 29.8% con peso de 1501 a 2000 gramos y 19.3% de 2001 a 2500 gramos. En lo que respecta al sexo se encontró que 52.6% fueron hombres y 46.4% mujeres.



Tabla 7

Características del neonato prematuro: peso del neonato, sexo del neonato y edad gestacional

Variable	f	%
Peso del neonato		
1000 a 1500 gr	18	31.6
1501 a 2000 gr	17	29.8
2001 a 2500 gr	11	19.3
> 2500 gr	8	14.0
< 1000 gr	3	5.3
Sexo del neonato		
Hombre	30	52.6
Mujer	27	46.4
Edad gestacional		
33 - 36 SDG	40	70.2
28 - 32 SDG	15	26.3
< 27 SDG	2	3.5
Total	57	100

Nota: $n=57$

En la Tabla 8 se puede observar las principales comorbilidades presentadas por el neonato prematuro, donde se puede observar que las afecciones respiratorias son las más frecuentes con 89.5%, seguido de procesos infecciosos con 50.9%, como comorbilidad primaria. En lo que respecta a la comorbilidad secundaria agregada se encontró que las infecciones son las más importantes en el 50.9% de los casos.



Tabla 8

Características del neonato prematuro: patologías agregadas

Variable	<i>f</i>	%
Principal patología agregada		
Respiratorias	51	89.5
Infecciosas	3	5.3
Cardiovascular	1	1.8
Metabólicas	1	1.8
Oftálmicas	1	1.8
Segunda patología agregada		
Infecciosas	29	50.9
Ninguna	18	31.6
Cardiovascular	3	5.3
Metabólicas	2	3.5
Hematológicas	2	3.5
Neurológicas	2	3.5
Oftálmicas	1	1.8
Total	57	100

Nota: $n=57$



8. DISCUSIÓN

La prematuridad continúa siendo la primera causa de mortalidad en niños menores de cinco años y un problema de salud importante a nivel mundial (OMS, 2018), por lo que el conocimiento de los factores asociados a la prematuridad han sido variables importantes para comprender el comportamiento del recién nacido prematuro en las poblaciones de alto riesgo. En este capítulo se discuten los resultados obtenidos que dan respuesta al objetivo general, objetivos específicos; así como, las conclusiones y las recomendaciones.

El propósito de estudio fue identificar los factores de riesgo asociados al recién nacido prematuro que ingresan a la unidad de cuidados Intensivos neonatales en una muestra de 57 participantes. A pesar de las diferentes investigaciones y conocimientos existentes a cerca de la prematuridad y la difusión masiva de la información en los medios de comunicación, así como de los cuidados que debe tener la mujer embarazada para la prevención de la prematuridad en los niños recién nacidos, en este estudio se encontró que la mitad de las madres de los recién nacidos prematuros son madres jóvenes de 20 a 29 años, de las cuales nueve de cada diez tenían pareja y cuatro de cada diez tenían estudios de secundaria completa, datos que coinciden con lo reportado por Chayña y Ocón (2017) donde más del 50% de la población estudiada presentan características similares y lo reportado por Angulo y Robles (2020) en el Hospital La Caleta Chimbote Perú, donde cerca del 50% de las madres tenían edades comprendidas de 20 a 35 años. En este sentido es importante destacar que en México en el 2019 según reportes del INEGI (2019), el grupo de la madre que registra más nacimientos es el de 20 a 24 años y la edad promedio para ser madre es de 21 años. Por otra parte, es importante considerar que el nivel de estudio presentado es básico, lo que puede determinar que su condición económica no sea muy estable y por lo tanto no ser suficiente para cubrir las necesidades nutricionales básicas



y de salud de una mujer embarazada.

En cuanto a los factores asociados al parto más de la mitad de la población presentó parto distócico, cerca del 60% de las madres son multíparas y el 30% primíparas; más del 50% de las embarazadas acudieron a 4 o más consultas prenatales; datos similares a los reportados por Angulo y Robles (2020), Chayña, Olarte et al. (2018) y Barrera et al. (2016). Considerando que el control prenatal permite identificar los factores de riesgo biológicas, sociales o ambientales que al estar presente en una mujer embarazada se asocian con un aumento significativo de la probabilidad de riesgo que la madre como el feto y el recién nacido sufran algún daño (Carvajal, 2017). La OMS (2016) en su comunicado de prensa, dio a conocer que toda mujer embarazada debe recibir atención prenatal con un mínimo de 8 consultas, ya que esta práctica puede reducir las muertes perinatales hasta en 8 por cada 1000 nacimientos, en comparación con un mínimo de cuatro visitas. Por otra parte, desde el punto de vista médico la cesárea es considerada como un procedimiento eficaz en la prevención de la mortalidad materna y fetal hasta en un 10% o 15%.

En cuanto a los factores gineco obstétricos 3 de cada 10 madres informan que padecen alguna enfermedad y un 19.3% de la población estudiada presentaron aborto; en las patologías asociadas a la gestante se encontró que 3 de cada 10 mujeres refieren haber presentado toxemia durante el embarazo, 2 de cada 10 gestantes presentaron hipertensión y una minoría se reportó como diabética; a pesar de que los porcentajes son bajos estos patrones patológicos coinciden con lo descrito por Olarte et al. (2018), quien en su estudio reporta un porcentaje importante de mujeres que presentaron toxemia durante el embarazo; esto tal vez se deba a que en Colombia la hipertensión es responsable de 35% de todas las muertes maternas, lo que representa un problema prioritario de salud pública en ese país. De acuerdo con Martínez et al (2018) las



mayores tasas de mortalidad se observan en mujeres de piel negra, con una edad mayor o igual a 45 años, o antecedentes de diabetes. En México la Secretaría de Salud estima que, más o menos, cuatro mil mujeres y 20 mil bebés mueren al año a causa de la preeclampsia, en el país este factor no ha dejado de ser la primera causa de muerte materna, fetal y perinatal, con una prevalencia de 5 al 10%.

En relación con los factores asociados a las complicaciones maternas, en este estudio se encontró un porcentaje muy bajo de mujeres embarazadas que presentaron infección de genital y embarazo múltiple; sin embargo, son los que se destacan con mayor frecuencia. La prevalencia de embarazo múltiple es un factor que coincide con lo descrito por Chayña y Ocón (2017); Olarte et al. (2018); Véliz y Salvatierra (2016); Barrera et al. (2016) también encontraron factores maternos similares a nuestro estudio. La infección genital por su parte confirma lo descrito por la literatura que afirman que son un factor de riesgo frecuente para partos pretérminos Gómez et al (2019).

En los factores fetales, para este estudio solo el 7% de recién nacidos prematuros presentaron sufrimiento fetal agudo, datos que coinciden con lo reportado por Chayña y Ocón (2017) quienes también reportan porcentajes bajos de SFA; lo cual tiene una relación directa con las condiciones patológicas que presenta la madre durante el embarazo que pueden disminuir el flujo útero-placentario o feto-placentario y que no fueron trascendentales en ambos estudios.

En cuanto a los factores gineco obstétricos en este estudio los antecedentes de parto prematuro, aborto y cesárea no fueron muy significativos, similares a los datos reportados por Chayña y Ocón (2017) quienes en su estudio encontraron porcentajes bajos en la presencia de antecedentes de aborto, parto prematuro, a diferencia de lo reportado por Ahumada-Barrios y



Alvarado (2016) quienes encontraron que el antecedente de parto pretérmino es un determinante para el parto pretérmino en un embarazo posterior.

Los factores asociados útero y placentario de las variables la cesárea previa se presenta en 7 de 10 gestantes de tipo abdominal. Chayña y Ocón por su parte reportaron que más diez de su población presentaron una cesárea preveía, similar a las obtenidas. El instituto Nacional de Estadística e Información (INEI) de Lima Perú, publicó que la tasa de cesárea para el año 2017 eran 45.4% (Barrera, Quispe, Flores y León, 2020). En México las cesáreas representan la cirugía más realizada en hospitales de segundo y tercer nivel, lo que ha disminuido las causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. La cesárea se estima indispensable en 10 a 15% de los partos según la OMS o 15 a 20% según la NOM-007 para disminuir los riesgos de salud materna y neonatal. Cuando se utilizan sin las indicaciones precisas los riesgos sobrepasan los benéficos; México tiene una tasa de 37.8% más alta de cesárea en Latinoamérica, utilizadas con mayor frecuencia en los casos de presentación pélvica, embarazo gemelar y falta de progreso en el trabajo de parto; sin embargo, se reconoce que cerca de 850,000 cesáreas en Latinoamérica se realizan sin justificación alguna (Bernal y Escobedo, 2018). Por otra parte, este estudio muestra que más de 20 gestantes presentaron ruptura prematura de membrana en 1% a 3% de los embarazos y es 1/3 aproximadamente de las causas de parto prematuro. Chayña y Ocón (2017); Olarte et al. (2018) y Barrera et al. (2016) muestran una similitud con la RPM en aquellas mujeres con un embarazo. La causa es desconocida y se asocia a múltiples patologías como infección del tracto genital intrauterino, hemorragias antes del parto, anomalías cervicales y procedimientos invasivos; así mismo complican un 3% de los embarazos y provocan de un 25 a 30% de los partos prematuros (Orias, 2020). Con relación a las patologías presentadas por la mujer embarazada la toxemia



del embarazo, hipertensión y diabetes fueron las más frecuentes, Chayña y Ocón (2017) además de lo anterior reportaron que un porcentaje muy bajo de las mujeres embarazadas presentaron obesidad; Véliz y Salvatierra (2016) por su parte las infecciones de vías urinarias fueron las más significativas. Para este estudio la complicación más importante fue la infección genital.

En las características clínicas del neonato prematuro en cuanto al sexo en este estudio se encontró predominio en hombres con 52.6%, con un mayor porcentaje en el peso de 1000 a 1500 gr, y la edad gestacional de mayor prevalencia fue de 33 - 36 SDG en más de la mitad de los recién nacidos vivos del estudio. Fernández (2017), Matos-Alviso, et al (2020) señalan que los recién nacidos pretérminos de más de 22 semanas de gestación y de bajo peso, tiene un 80% de sobrevivencia, gracias a la existencia de las unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y el advenimiento del desarrollo tecnológico, la ventilación asistida y el uso del surfactante pulmonar, entre otros.

En este sentido es importante subrayar que en México la mortalidad infantil a disminuido; sin embargo, las muertes en menores de un año representan aún el 15.1%, debido a que nacen muy pronto. Las causas más frecuentes identificadas son nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, infecciones, asfixia y traumatismo en el parto (Montaño, Cázerez, Juárez y Ramírez, 2019).



9. CONCLUSIONES

La prematurez se encuentra determinada por la asociación de muchos factores que interactúan entre sí. En este estudio se observó que los factores de riesgo asociados al parto estadísticamente significativos para recién nacido pretérmino fueron la multiparidad y la presencia de parto distócico. De los factores gineco obstétricos el más significativo fue la toxemia en el embarazo. Las infecciones genitales contribuyeron como factor de riesgo en el nacimiento de un recién nacido pretérmino; por lo tanto, el tratamiento oportuno de la infección genital puede tener una influencia positiva en el nacimiento de un prematuro.

En este estudio los factores fetales parecen no tener influencia sobre la prematurez. En cuanto a los factores atribuibles al útero la RPM fue el factor más importante en la presencia de recién nacidos prematuros. De acuerdo con las características de los recién nacidos pretérminos prevalecieron los recién nacidos moderadamente prematuros con un peso entre 1000 a 2000 kg y el sexo con mayor porcentaje fueron los recién nacidos hombres. Las madres de los recién nacidos son madres jóvenes de 20 a 29 años, con secundaria completa.



10. RECOMENDACIONES

La prevención de la prematuridad es una política de salud prioritaria en México y en el mundo; sin embargo, diseñar políticas y programas de salud no basta. Es necesario realizar intervenciones e implementar intervenciones dirigidas a las mujeres desde la etapa preconcepcional y prenatal, incluyendo actividades educativas desde la salud sexual y reproductiva, el uso de anticonceptivos, prevención de embarazos no deseados y embarazos en adolescentes; así como desarrollo de autoestima y prevención de la violencia contra la mujer, que permitan disminuir la morbilidad neonatal y materna secundaria a nacimientos prematuros.

Los resultados de este estudio nos permiten socializar los resultados obtenidos con las autoridades administrativas del Hospital Regional de Alta especialidad Gustavo A. Roviroso Pérez, con el fin de analizar el problema y generar una oportunidad de mejora que permita realizar planeaciones estratégicas que ayuden a disminuir las complicaciones en los usuarios prematuros, y al mismo tiempo difundir los resultados de esta investigación con el gremio de enfermería que atiende a esta población en las unidades de cuidados intensivos con la finalidad de que participen activamente en el establecimiento de un programa de intervención que permitan disminuir la presencia de partos prematuros en la población y estrategias de atención que garanticen un mejor pronóstico y calidad de vida para el niño prematuro.

Se recomienda que en futuras investigaciones se pueda ampliar el tamaño de la muestra y hacer la medición en diferentes unidades hospitalarias del estado que brindan atención al embarazo, parto y puerperio. Así mismo, que puedan contemplarse nuevas variables de estudio como son el estatus económico, características antropométricas de la madre y del recién nacido, toxicomanías, violencia, entre otros.



Es importante que estos resultados sean socializados con los profesionales de enfermería que laboran en el primer nivel de atención, con la finalidad de que se fortalezca la promoción para la salud de la mujer y el cuidado del recién nacido prematuro en el hogar para prevenir riesgos y reintegrar a la sociedad a un niño en las mejores condiciones posibles.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Angulo, E. García, E. (2016). PAC Neonatología 4: Alimentación en el recién nacido.
Recuperado: diciembre 7, 2021, de Federación Nacional de Neonatología Sitio web:
https://www.anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC_Neonato_4_L4_edited.pdf
- Angulo, L., Robles, J. (2020). Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino en el Hospital La Caleta Chimbote, 2019. Repositorio de Universidad de San Pedro,
Recuperado: abril 30, 2021 Sitio web:
http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/14027/Tesis_65021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ahumada-Barrios, Margarita E. y Alvarado German F. (2016). Risk Factors for premature birth in a hospital 1 Article extracted from undergraduate thesis "Risk Factors for Premature Birth in a Hospital of North Lima" presented to Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica Sedes Sapientiae, Lima, Peru. *Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 24. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.0775.2750>>. Epub 25 Jul 2016. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0775.2750>.
- Balza, A., Fernández, M. (2011) El bebé prematuro: sección de Neonatología Hospital Universitario Donostia. Osakidetza. Recuperado: junio 27, 2021, Sitio web:
<https://www.osakidetza.euskadi.eus>>...
- Barragán, O., Cruz, J., Maldonado, L., Favela, A. & Peralta., S. (2017). Nivel de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden a un centro de primer nivel de atención. SANUS (Revista del Departamento de Enfermería Universidad de Sonora), Núm.3 (2017) INVESTIGACIÓN publicado. 2019-08-11, p.6.
- Barrera, N., Quispe, I., Flores, M., & León, C. (2020). Frecuencia e indicaciones del parto por



- cesárea en un Hospital docente de Lima Perú. Scielo, Rey.peru.gicecol.obstet.vol.66no.2 Lima abr-jun2020, p.1.
- Barrera, L. Manrique, F. & Ospina, J. (2016) Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, (48),215-227. [fecha de Consulta 10 de enero de 2022]. ISSN: 0124-5821. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194245902013>
- Belenguer, P. (2017). Patología del Recién Nacido Prematuro. Recuperado: diciembre 07, 2020, de Universidad Zaragoza Sitio web: <https://zaguan.unizar.es/record/70492>
- Bernal, C., Escobedo, C. (2018). Cesárea: Situación actual y México. Salud Quintana Roo medigraphic, volumen 11. N. 40. septiembre-diciembre2018, pp.28-29.
- Bigolin, L., Teixeira, R., Martins de Melo, A., Rinaldo, I. Correa, E., & Tatsch, E. (2021). Factores obstétricos asociados con el nacimiento de bebés prematuros moderados y tardíos. Enfermería Global SciELO, glob.vol.20no.61 Murcia ene.2021 Epub 01-Feb-2021, p.1.
- Carhuavilca, D. (2020). Perú Natalidad, Mortalidad y nupcialidad 2019. Recuperado: noviembre 29, 2021, de INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática Sitio web: <https://www.inel.gob.pe> >libro PDF
- Carvajal, J. & Ralph, C. (2017). Control prenatal. Manual de Obstetricia y Ginecología (59-63). Chile: Facultad de Medicina: pontifica Universidad católica de Chile. Recuperado: septiembre 19, 2021, Sitio web: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>
- Carvajal, J., & Barriga, Ma. (2021). Manual de Obstetricia y Ginecología, Duodécima edición,



- Chile. Recuperado: septiembre 19, 2021, Sitio Web: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/11/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2021-11112020.pdf>
- Chayña, U y Ocón, P. (2017). *Factores asociados a prematurez neonatal, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Enero a diciembre del 2016*. (Tesis). Universidad Católica De Santa María, Arequipa, Perú. Repositorio de tesis UCSM. Recuperado: abril 29, 2021, Sitio web: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/6668>
- CLAP/OPS. (2020). 17 de noviembre, Día del Prematuro: brindar atención y cuidado es un derecho. Recuperado: septiembre 21, 2021, de OPS: Organización Panamericana de la Salud Sitio web: <https://www.paho.org>noticias>1...>
- Datosmacro. (2020). Tasa de natalidad socio demográfico. Recuperado: noviembre 30, 2021, de datosmacro.com Sitio web: <https://datosmacro.expansión.com>
- División de Salud Reproductiva (CDC) (2019) Nacimiento prematuro. Centro para el control y prevención de enfermedades EE. UU. Recuperado mayo 3, 2021.
- Díaz, R. Díaz, L. (2020). Factores fetales asociados a prematuridad. Redalyc.org, Archivo de Medicina (Col), vol. 20, núm. 1, pp97-106,2020, pp.97-106.Sitio web: <https://www.redalyc.org>html>
- Escobar-Padilla, B., Gordillo, L.& Martínez, H. (2017) Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017,55(4);424- 428. Recuperado: agosto 4, 2021, Sitio web: <https://www.mediagraphic.com>new>
- Fernández, P. (2017) Él bebe prematuro. Guiainfantil.com, Recuperado: junio 27, 2021, Sitio web: <https://www.guiainfantil.com>
- Gómez, M., Hernandez, G. Cruz, C., Pérez, J., Rodríguez, N. & Torres, L. (2019).



- Identificación de microorganismos vaginales en pacientes en trabajo de parto pretérmino. Recuperado: septiembre 21, 2021, de *Ginecol Obstet Mex*. Sitio web: <https://www.medigraphic.com>>...PDF
- Grove, Susan., Gray, J & Burns, N. (2016). Investigación en Enfermería: Desarrollo de la enfermería basada en la evidencia. Grand Prairiere, Arlington, Burlesom Texas: Elsevier. pp 89-98.
- Hernández- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014) Metodología de la Investigación. 6ª edición. México: McGraw Hill Education. Recuperado: junio 29, 2021. Pág. 599. Pp 92, 90, 15
- Herranz, A. Sánchez. E. Cobo, M., Arnal, M., & Salvia, M. (2018) Causa y factores de riesgo de la prematuridad. Portal Clínico Barcelona. Recuperado: junio 27, 2021, Sitio web: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/prematuridad/causas-y-factores-de-riesgo>
- Huertas, E. (2018) Parto pretérmino: causa y medidas de prevención. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia Scielo Perú. *Rev.peru.ginecol.obstet*.vol.64 no.3Lima jul./set.2010. Recuperado: agosto 4, 2021,
- INEGI. (2019). Características de los Nacimientos Registrado, en México durante el 2019. Recuperado: noviembre 30, 2021, de INEGI Informa Sitio web: <https://www.inegi.org.ms>>...DOC
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). Por Problemas de Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. Gobierno de México. Recuperado junio 20, 2021 de <http://imss.gob.mx/prensa/archivo/201807/179>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018) Características de los Nacimientos:



- Registrados en México durante 2018. Recuperado: junio 29, 2021, Sitio web:
<https://www.inegi.org.mx>>N...
- Kuri, P. (2016). Norma Oficial Mexicana NOM-007SSA-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Recuperado: septiembre 21, 2021, de SEGOB Diario Oficial de la Federación Sitio web:
<https://www.dof.gob.mx>>nota_deta...
- López, B. Ávalos, N. & Díaz, N. (2018) Incidencia de prematuros en el Hospital General Naval de Alta Especialidad 2015 – 2017. Artículo de Investigación. Recuperado: junio 27, 2021, Sitio web: <https://revistasanidadmilitar.org/index.php/rsm/article/view/147>
- Martínez y Martínez, R. (2017) Salud y Enfermedad del Niño y del Adolescente. 8ª Edición. México: Manual Moderno. pp.188-190.
- Martínez, L., Rodríguez, M, Ruiz, C., Hernández, I., Quintero, D. & Arango, A. (2018). Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con trastornos hipertensivos asociados al embarazo en Medellín, Colombia. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología Infumed, Vol.44 No.2(2018)> Martínez, p 1.
- Matos-Alviso, L., Reyes, K., López, G., Reyes, M., Aguilar, E., Pérez, O., Reyes, U., López, G., Flores, B., Quero, A. & Quero, A. (2020). La prematuridad: epidemiológica, causa y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. *Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco*, Años 7. Número 3. Septiembre-Diciembre2020 RevSaljal, p.180.
- Mendoza, L., Claro, D., Mendoza, L., Arias, M., & Peñarandas, C. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. julio 3, 2021, de REV CHIL OBSTET GINECOL 2016; 8(4): 330-342 Sitio web:



- <https://scielo.conicy.cl/art12https://www.cdc.gov/reproductivehealth/features/premature-birth/>
- Ministerio de Salud Panamá. (2015). Guía de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo. Recuperado: septiembre 21, 2021, de CSS/Salud Ministerio de Panamá Sitio web: <https://data.miraquetemiro.orga>...PDF>
- Ministerio de Salud. (2019). Situación de la Vigilancia epidemiológica de la mortalidad fetal y neonatal en el Perú, hasta SE 14 20129. Boletín Epidemiológico del Perú, Volumen28-SE14, p.349.
- Moldenhauer, J. (2020). Trabajo de parto pretérmino. Recuperado: septiembre 21, 2021, de Manual MSD Sitio web: <https://www.msmanual.com>es-mx>
- Montaño, C., Cázarez, M., Juárez, A., & Ramírez, M. (2019). Morbilidad y mortalidad en recién nacidos menores de 1000gr en una institución pública de tercer nivel en México. Revista Mexicana de Pediatría medigraphic, Vol.86, No.3Mayo-Junio2019, pp.108-109.
- Montero, A., Ferrer, R., Paz, D., Pérez, M., & Díaz, Y. (2019). Riesgos maternos asociados a la prematuridad. *Multimed*, *Multimed* vol.23 no.5 Granma sep.-oct.2019, p.1. Recuperado: septiembre 21. 2021, Sitio web: <http://scielo.sld.cu> scielo>
- Olarte, G., Gómez, D., Pardo A. & Pico, L. (2018). Factores asociados a recién nacido pretérmino. *Revista Cuidado y Ocupación Humana* Vol.8. Recuperado: abril 30, 2021 http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/COH/article/download/3901/2138
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Qué es un niño prematuro OMS. Recuperado: junio 20, 2021, Disponible en Sitio web: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/preterm-birth>



- OMS. (2016). La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. Recuperado: noviembre 29, 2021, de OMS Sitio web: <https://www.int>...>item>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre bajo peso al nacer. Recuperado: septiembre 21, 2021, de OMS-1000 DAYS Sitio web: <https://apps.who.int>handlePDF>
- Organización Mundial de la Salud. (2018) Nacimientos prematuros. Prensa. Recuperado mayo 3, agosto 4, 2021, Sitio web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2018) Clasificación Robson: Manual de Aplicación, pp56. Recuperado: agosto 5, 2021, Sitio web: <http://www.clap,ops-oms.org>...PDF>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019) Bebés prematuros: historias de seis madres. Recuperado: mayo 10, 2021, Sitio web: <https://www.paho.org/es/historias/bebes-prematuros-historias-seis-madres>
- Orias, M. (2020). Ruptura prematura de membranas. *Revista Médica Sinergia*, Vol. % Núm.11, Noviembre2020, p3.
- Ortiz, R., Otalora, M., Delgado, A., & Luna. (2018). Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*; 83(5): 478 – 486. Recuperado 31 v29 de abril de 2021, Sitio web: <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000500478>
- Pérez, R. (2019). En aumento nacimientos prematuros. Recuperado en noviembre 22, 2021 de <https://www.elheraldodetabasco.com.mx/local/en-aumento-nacimientos-prematuros->



- 4503082.html
- Pérez, R., Rosas, A., Baltazar & Mata, M. (2018). Estudio descriptivo de la mortalidad neonatal en un Hospital Institucional. Scielo, Méxvol.39no.1México ene/feb.2018, p1.
- Polit, Denise y Tátano, Chery. (2018). Investigación en enfermería. España: Wolter Kluwer. pp 116-118, 130-132, 178-180.
- Rigol, O. Santisteban, A & coautores. (2014). Riesgo reproductivo: riesgo preconcepcional. En Obstetricia y Ginecología(pp.23-27). Habana: Ciencias Médicas-eciMED. Recuperado: http://aulavirtual.sld.cu/pluginfile.php/58190/mod_resource/content/0/ginecologia_completo_parte1.pdf
- Salvarriaga, W. & Artuz, M. (2017). Historias clínicas y semiología en ginecología y terminologías. En Fundamentos de ginecología y obstetricia. (pp.95-99, 230). Cali Colombia: Universidad del valle. Recuperado: septiembre 20, 2021, Sitio web: <https://libros.univalle.edu.co/index.php/programaeditorial/catalog/view/56/7/238-3>
- Secretaria de Gobernación. (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. julio 2,2021, de Diario Oficial de la Federación Sitio web: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012
- Secretaria de Gobernación. (2013). Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. julio 2,2021, de Diario Oficial de la Federación Sitio web: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
- Secretaria de Gobernación. (2014). Reglamento de la ley General de salud en Materia de investigación para la salud. julio 2, 2021, de Diario Oficial de la Federación Sitio web: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014
- Serrano, A. (2015). 4º Simposio Nacional del Día Del Prematuro. Prensa de Gobierno de



- México. Recuperado: junio 27, 2021 Sitio web: <https://www.gob.mx/salud/prensa/en-mexico-nacen-cada-ano-200-mil-ninos-prematuros-inp>
- Torres, O., Hernández, I., Meneses, C. & Ruvalcaba, J. (2020). Infección urinaria como factor de riesgo para parto pretérmino. *Revista Journal*, Volumen 5 Numero 11, pp. 1426-1428. Recuperado: septiembre 21, 2021, Sitio web: <http://revista.proeditio.com>>...PDF
- Véliz, K., Salvatierra, D., (2016) *Prematurez, Factores de Riesgo en neonatos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*. Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas. Recuperado: abril 29, 2021, Sitio web: <http://repositorio.ug.edu.ec/browse?type=author&order=ASC&rpp=100&value=V%C3%A9liz+G%C3%A9rman+Katherine+E>.
- Ventura, L. W. (2015). Validez de la evaluación posnatal de la edad gestacional: estudio comparativo del método de Capurro versus ecografía de las 10+0 a 14+2 semanas. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 61(2), 115-120. Recuperado: abril 29, 2021, de Sitio web: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000200004&lng=es&tlng=es.
- Yauri, R. (2016). Características perinatales de los recién en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2015. julio 3, 2021, de Universidad Nacional Mayor de san Marcos Sitio web: <https://core.ac.uk>.>pdf



12. ANEXOS

Apéndice 1. Ficha de observación: Factores asociados a prematuridad neonatal, del Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez de enero - diciembre del 2020

Instrucciones: Marque con una X según corresponda o conteste lo que se solicita

I. Datos sociodemográficos de la madre											
Fecha		Folio		Núm. de expediente			Edad				
							10 -19				
Estado civil		Nivel educativo		Procedencia (municipio)			20-29				
Casada		Sabe leer y escribir					30-39				
Soltera		Primaria					40 a +				
Unión libre		Secundaria		Otro estado							
Otro		Media sup.									
		Superior									
II. Factores asociados al parto											
Parto natural		Cesárea		Nulípara			Primípara				
Múltipara		Gran múltipara									
Controles prenatales		0		1-3			4 a +				
III. Factores gineco obstétricos						IV. Complicaciones maternas					
Antecedentes obstétricos		Patologías asociadas		Embarazo múltiple			Infecciones genitales				
Prematuro		Diabetes		si	no	si	no	si	no		
Aborto		Cardiopatía		V. Factores fetales							
Cesárea		Anemia		Sufrimiento fetal agudo			si				
SD registrados		TBC					no				
		Hipertensión		Distocia funicular*							
		Toxemia del embarazo		si							
		SD registrados		no							
VI. Factores asociados al útero y placenta											
Mioma			Cesárea previa			Ruptura uterina					
Si	No		Si	No		si	no				
DPPNI*			RPM*			Placenta Previa					
Si	No		Si	No		si	no				
VII. Características del neonato prematuro											
Peso en gr		Sexo		Patologías agregadas			Días-estancia hospitalaria				
< 1000 gr		H		Respiratoria			1 semana				
1000 -1500 gr		M		Infecciosa			15 días				
1501-2000 gr		Edad gestacional		Cardiovasculares			1 mes				
		< 27SG		Metabólicas			>1 mes				
>2500 gr		28-32 SG		GI							
		33-36 SG		Oftálmicas							
					Hematológicas						
					Renales						
					Endócrinas						
					Neurológicas						