

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN SALUD MATERNO INFANTIL



“INCIDENCIA DE PREMATUREZ Y ANÁLISIS DE VARIABLES RELACIONADAS EN PAÍSES DESARROLLADOS Y SUBDESARROLLADOS, INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL DE 66 ARTÍCULOS PUBLICADOS ENTRE 2010 Y 2020. JULIO 2021”

PRESENTADO POR:

KATHIA SOFIA MELÉNDEZ BORJAS
ZOILA CAROLINA ORELLANA BENÍTEZ
VANESSA YIZEL PÉREZ VÁSQUEZ

PARA OPTAR AL GRADO DE:

LICENCIATURA EN SALUD MATERNO INFANTIL

DOCENTE ASESORA:

DRA. DELMY DEL CARMEN HERNÁNDEZ DE RAMÍREZ

CIUDAD UNIVERSITARIA “DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA”, EL SALVADOR, AGOSTO, 2022.

AUTORIDADES UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR

MSC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

VICERRECTOR ACADEMICO

PHD. RAUL ERNESTO AZCUNAGA LOPEZ

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

ING. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA

SECRETARIO GENERAL

ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCON SANDOVAL

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

DECANA

MSC. JOSEFINA SIBRIAN DE RODRIGUEZ

VICEDECANO

DR. SAUL DIAZ PEÑA

SECRETARIA

LICDA. AURA MARINA MIRANDA DE ARCE

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

MSC. JOSÉ EDUARDO ZEPEDA AVELINO

DIRECTORA DE LA CARRERA SALUD MATERNO INFANTIL

MSC. ROCIO ELENA LINARES DE TRUJILLO

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo no hubiese sido posible sin el apoyo de:

Dios principalmente por permitirme el don de la fortaleza y entendimiento para superar cada prueba y no desistir ante las adversidades llegando a completar los requisitos para obtener el título de Licda. en Salud Materno Infantil sin perder las ilusiones con las que una vez ingrese a la universidad.

A nuestras/os docentes por brindarnos su apoyo, y transmitirnos sus conocimientos con los cuales ha sido posible realizar el presente trabajo.

Muy especialmente a mi madre y hermanos que son la clave de mis logros, pues siempre me apoyaron y animaron en todo momento, sin ellos el llegar a esta meta no sería posible gracias a que me han brindado su apoyo económico, emocional, y su tiempo durante los días más difíciles y noches de desvelo.

A mis compañeras de tesis que cerramos una maravillosa historia, en la cual trabajamos juntas desde el inicio de la Carrera, agradezco por su apoyo y dedicación por llegar juntas hasta el final de una de nuestras metas de formación profesional.

Vanessa Yizel Pérez Vásquez.

Agradezco a Dios por permitirme llegar a esta etapa de mi vida, y cumplir uno de mis más grandes anhelos. Gracias por haberme dado fortaleza, sabiduría, conocimiento y sobre todo hacerme entender que todo esfuerzo al final tiene su recompensa.

A mi padre, madre y hermanos, que siempre me motivaron a luchar por cada una de mis metas y jamás rendirme. Gracias por el apoyo y fortaleza que me brindaron durante mi proceso de estudio, al igual durante la vida, más cuando hay obstáculos que afrontar, la familia siempre estará para cualquier adversidad que se presente.

Zoila Carolina Orellana Benítez.

Con todo mi amor y esfuerzo le dedico mi trabajo final primeramente a Dios, a mis padres y amigos cercanos que siempre fueron los pilares fundamentales de mi carrera, gracias por su apoyo incondicional, aunque el camino no fue fácil me llenaron de fortaleza y me inspiraron a seguir adelante y hoy en día poder por fin culminar un largo recorrido.

Kathia Sofia Meléndez Borjas.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	i
INTRODUCCIÓN	ii
1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	8
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
1.4 JUSTIFICACIÓN	8
1.5 LIMITANTES DEL ESTUDIO	10
2. MARCO TEÓRICO.....	11
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	11
2.2. BASES TEÓRICAS DE LA INFORMACIÓN	14
2.3. SISTEMA CONCEPTUAL BÁSICO DE LA INVESTIGACIÓN	35
3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	37
4. DISEÑO METODOLÓGICO	39
4.1. TIPO DE ESTUDIO.....	39
4.2. SELECCIÓN Y RECOPIACIÓN DE DOCUMENTOS.....	39
4.3. PROCEDIMIENTO PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS E INFORMACIÓN Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	40
4.4. PROCEDIMIENTO PARA LA SOCIALIZACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	40
5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	41

5.1 FICHAS BIBLIOGRÁFICAS DE CITA TEXTUAL.....	41
5.2 SINTESIS DE LOS DATOS OBTENIDOS	87
5.3 DISCUSION DE RESULTADOS.....	89
CONCLUSIONES	99
RECOMENDACIONES	100
FUENTES DE INFORMACIÓN	101
ANEXOS	

RESUMEN

La prematurez es un problema de salud pública que afecta a todos los países del mundo, los cuales según sus ingresos económicos han sido clasificados por el banco mundial en países de ingreso bajo, mediano bajo, mediano alto y alto los cuales en el presente trabajo se agruparon como países de ingresos bajos, medios y altos para facilitar la recolección y procesamiento de la información.

De dichos países se buscaron artículos científicos confiables de investigaciones previas realizadas entre el año 2010 y 2020 que evidenciarán la incidencia de la prematurez, los factores de riesgo para la prematurez y las complicaciones inmediatas y tardías en los recién nacidos/as prematuros/as. Recolectando dichos datos dentro de una matriz creada en Excel; la cual facilitó filtrar los artículos que cumplieran con los parámetros establecidos dentro de la matriz de congruencia para su posterior análisis.

Como parte de los resultados obtenidos el mayor número de nacimientos prematuros se encuentra en países de ingresos altos: Estados Unidos que presento un total de 517.400; países de ingresos medios: India 3.519.100; China 1.172.300, Nigeria 773.600 y República Democrática del Congo considerado un país de ingresos bajos que presentó un total 341.400; se puede inferir que, por ser países con mayores tasas poblacionales, se tienen mayores porcentajes de nacimientos prematuros.

Además, se encontró que los factores de riesgo para prematurez son multicausales y, dentro de ellos, predominan los factores maternos y socioeconómicos, muchos de los cuales podrían ser prevenibles. En cuanto a las complicaciones tardías de los recién nacidos/as prematuros/as no se encontró suficiente información o investigaciones que evidencien el desarrollo y las condiciones de salud en las que crecen los niños/as prematuros/as.

Palabras clave: Prematurez, incidencia de la prematurez, factores de riesgo relacionados a la prematurez y complicaciones en la salud de los recién nacidos prematuros.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación fue orientada a un análisis sobre recién nacidos/as prematuros/as, haciendo referencia a aquellos neonatos/as nacidos/as antes de las 37 semanas de gestación, abarcando los prematuros/as extremos/as, moderados/as y tardíos/as, se buscaba profundizar analíticamente sobre los principales países tanto desarrollados como subdesarrollados afectados, las poblaciones más vulnerables, identificación de los principales factores de riesgo, causas de mortalidad, consecuencias a largo plazo y los determinantes sociales que predisponen a la elevación de los índices de partos prematuros.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la tasa de prematurez en Estados Unidos fue de 11%, mientras que en Europa variaba entre 5% a 7%. A pesar de los avances en la atención obstétrica, estas cifras no han disminuido en los últimos 40 años, en los países desarrollados es responsable del 60% a 80% de las muertes neonatales de los recién nacidos/as sin malformaciones y en algunos países industrializados sigue aumentando la prematurez cada año.

Se trató de un estudio analítico-retrospectivo haciendo una revisión bibliográfica de documentos, libros, revistas y artículos científicos relacionados a las variables a investigar, realizando una evaluación minuciosa y descartando aquellos que no cumplan con los parámetros necesarios para formar parte de la investigación, realizándose de marzo 2021 a junio 2022.

CAPÍTULO

I

1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prematurez es un problema mundial que se debe a múltiples razones, ya sean de carácter materno, fetal o yatrógeno. Dentro de las causas maternas están las enfermedades generales, tales como hemopatías, infecciones graves, endocrinopatías, cardiopatías, etc.; afecciones ginecológicas y obstétricas, como infertilidad previa, alteraciones cervicales, embarazos frecuentes, desprendimiento precoz de placenta, traumatismos durante el embarazo, etc.; causas sociales, como desnutrición, nivel socioeconómico deficiente, traumas psíquicos, toxicomanías; y otras como parto prematuro previo o edad de la madre inferior a los 20 o superior a los 40 años. Cuando el origen del parto prematuro es fetal, puede deberse a malformaciones, generalidad y cromosomopatías; por último, la inducción precoz del parto y cesáreas electivas constituyen las causas yatrógenas.¹

La Organización Mundial de la Salud define como pretérmino a aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos de 37. La tasa de prematurez en Estados Unidos fue de 11%, mientras que en Europa varía entre 5% a 7%. A pesar de los avances en la atención obstétrica, estas cifras no han disminuido en los últimos 40 años. De hecho, en algunos países industrializados aumentaron levemente. La prematurez sigue siendo la principal causa de morbilidad neonatal en los países desarrollados, y es responsable del 60% a 80% de las muertes neonatales de los recién nacidos/as sin malformaciones.

La prematurez afecta entre el 5 y 10% de todos los nacimientos a nivel internacional. La mayoría de las enfermedades serias y muerte se concentraba en el 1-2% de los recién nacidos/as prematuros/as de 32 semanas y peso <1,500g. En los países desarrollados existen mejores condiciones para su manejo.

¹ Ríos Flórez, J., Cano Martínez, I. (2016). Influencia del nacimiento prematuro en el desarrollo neuropsicológico infantil. Revista Psicoespacios, Vol. 10, N. 16, pp. 201-238

En Francia el índice de nacimientos prematuros fue del 4,5%, la prematurez mediana (33 a 36.6 semanas) constituyó 80% de los nacimientos prematuros y la gran prematurez (28 a 32.6 semanas) corresponde al 10%. Los/as nacidos/as antes de las 33 semanas son los que planteaban los principales problemas médicos, ocupaban el 50% de las camas de las Unidad de Cuidados Intensivos (en adelante UCIN). En Alemania su incidencia fue de 6% y se calculaba que hasta el 20% de aquellos con peso <1000g al nacimiento presentaban complicaciones, como parálisis cerebral, alteraciones visuales, epilepsia y trastornos del desarrollo e inteligencia.

En Estados Unidos el nacimiento de prematuros/as tenía un índice de 8 a 10%. La tasa de bajo peso al nacimiento aumento por el incremento del número de nacimientos pretérmino, por lo que dicho país ha invertido billones de dólares con el objetivo de prevenir y tratar sus factores desencadenantes. Se calcula que el 17% de las muertes neonatales se podría atribuir a prematurez, la mayoría debido a problemas respiratorios y complicaciones infecciosas, constituyendo así la principal causa de muerte neonatal.

En países subdesarrollados el problema tenía mayores repercusiones, en Bangladesh, 17% de los nacidos vivos (NV) se consideran prematuros, de ellos un 50% nacían con bajo peso. En Cuba, durante cinco años en el Hospital Ginecobstétrico América Arias se produjeron 16,085 nacimientos, 18,3% de los cuales ingresaron a Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN). De éstos, 38,4% nacieron menores de 37 semanas; 41% pesaron de 1,500 a 2,500 g y 5.7 % <1,500 g. Los principales motivos de ingreso a UCIN asociados a sepsis fueron asfixia, prematurez y bajo peso. Los antecedentes de sepsis fueron ruptura prematura de membranas, uso de catéteres y ventilación mecánica. En Uruguay, un estudio reciente identificó como causas más frecuentes de ingreso de prematuros/as a UCIN bronco displasia pulmonar, sepsis y persistencia del conducto arterioso.

En México, un estudio se reporta frecuencia global de prematurez de 8.0%, en población con amparo de seguridad social del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con cifras que iban desde 2.8% en Sinaloa hasta 16.6% en Hidalgo; además, prematurez junto con bajo peso al nacer constituían 12 a 15% de los NV y contribuyeron al 25-30% de la mortalidad neonatal. Otro estudio de la misma institución encontró que en Jalisco los prematuros/as constituyeron del 2-3% de los nacimientos, con mortalidad global de 6/1000 nacidos vivos.

En el Hospital General de México de 57,431 nacidos vivos el 2.8% fueron prematuros/as e ingresaron a UCIN. La mayoría (28.8%) se encontró en el grupo de 30-32 semanas.

La principal causa de ingreso fue enfermedad de membrana hialina (26.8%), seguida de neumonía intrauterina (20.6%). Las principales causas de muerte fueron septicemia (59.6%) y hemorragia intraventricular. Se registraron 798 defunciones. Otro estudio, realizado en un hospital del IMSS en Guadalajara, encontró como diagnósticos de ingreso más frecuentes, en el mismo tipo de pacientes, sepsis, síndrome anémico, ictericia y enfermedades respiratorias. A pesar de los esfuerzos realizados en todo el mundo, aún no se ha logrado disminuir en forma sustancial el número de nacimientos prematuros de menos de 32 semanas. Este grupo de niños/as representa no más del 3-4% de NV, pero contribuye con 40-60% de las muertes por sepsis, malformaciones congénitas y complicaciones secundarias al manejo ventilatorio.²

Dónde y cuándo se producía el parto prematuro.

Si bien más del 60% de los nacimientos prematuros se producían en África y Asia meridional, se trataba de un verdadero problema mundial. En los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños/as nacía antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos. Dentro de un mismo país, las familias más pobres corrían un mayor riesgo de parto prematuro.

Los diez países con mayor número de nacimientos prematuros son los siguientes:

India	3 519 100
China	1 172 300
Nigeria	773 600
Pakistán	748 100
Indonesia	675 700
Estados Unidos de América	517 400

² Méndez S, Paloma L; Martínez L, María G; Bermúdez R, Juan M, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: Morbimortalidad en Recién Nacidos Prematuros Acta Universitaria, vol. 17, núm. 1, enero-abril, 2007, Universidad de Guanajuato, México. pp. 46-51.

Bangladesh	424 100
Filipinas	348 900
República Democrática del Congo	341 400
Brasil	279 300

Los 10 países con las tasas más elevadas de nacimientos prematuros por cada 100 nacidos vivos eran los siguientes:

Malawi	18.1%
Comoras	16.7%
Congo	16.7%
Zimbabue	16.6%
Guinea Ecuatorial	16.5%
Mozambique	16.4%
Gabón	16.3%
Pakistán	15.8%
Indonesia	15.5%
Mauritania	15.4%

Existen grandes diferencias en las tasas de supervivencia de los/as bebés prematuros/as, en función del lugar donde hayan nacido. Por ejemplo, más del 90% de los prematuros/as extremos/as (menos de 28 semanas) nacidos/as en países de ingresos bajos muere en los primeros días de vida; sin embargo, en los países de ingresos altos muere menos del 10% de los bebés de la misma edad gestacional.³

Como el riesgo de morbilidad en los nacimientos cercanos al término era baja, la mayor atención estaba focalizada en el parto pretérmino temprano (menor de 32 semanas). Si bien los nacimientos en este grupo representaban el 1% al 2% de todos los partos, ellos son responsables de cerca del 50% de la morbilidad neurológica a largo plazo y del 60% de la mortalidad neonatal.⁴

³ Nacimientos prematuros. Organización Mundial de la Salud. 2018

⁴ Scielo. Prematurez resultados perinatales. Rev Obstet Ginecol Venez v.66 n.4 Caracas dic. 2006.

Las principales causas de la mortalidad neonatal en América Latina y el Caribe fueron señaladas por la Organización Panamericana de la Salud (en adelante OPS) son: las infecciones (32%), asfixia (29%), prematuridad (24%), malformaciones congénitas (10%) y otras (5%); como puede verse una de cada cuatro muertes neonatales se debía a la prematurez. Esto también se presenta en los países desarrollados, donde ella es responsable del 60-80% de las muertes neonatales sin malformaciones, y además es responsable de casi la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo y del 60% de la mortalidad neonatal.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó que cada año en América Latina y el Caribe se suceden doce millones de nacimientos, de ellos cerca de 400.000 morían antes de los cinco años de vida, 270.000 fallecieron antes del primer año, y de estos últimos, 180.000 lo hacían durante el primer mes de vida; de nuevo, se conocía que la mayor parte de estas muertes eran evitables. Para esta región se estima que la tasa de mortalidad neonatal es de 15 por mil nacidos vivos. Las cifras oficiales del Ministerio de Salud en Venezuela en los últimos diez años reportados (1996-2005), revelaban valores que oscilaban entre 13,8 a 10,8 por mil nacidos vivos⁵.

Las características maternas de estas gestantes que tuvieron como producto un neonato/a prematuro/a; de manera general residen en zonas económicamente deprimidas, debilidad en la estabilidad familiar, con edad reproductiva promedio, deficiente control prenatal, con antecedentes de hipertensión y diabetes. Es de resaltar, que éste ha sido el mismo hallazgo reportado en estudios previos sobre el tema⁶. Es decir, se está ante una estructura socioeconómica y familiar donde están presentes factores favorecedores sobre la prematurez.

⁵ Estadísticas del Ministerio Sanidad y de Desarrollo Social. Disponible en: http://www.mpps.gob.ve/ms/direcciones_msds/Epidemiologia/Estadistica/Archivos/GrafInfantil.pdf

⁶ Faneite P, Álvarez N, Repilloza M. Factores epidemiológicos del parto prematuro. Rev Obstet Ginecol Venez. 1995; 55:71-76.

Factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en El Salvador:

De acuerdo con un estudio transversal analítico de los factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en mujeres que recibieron atención de parto en el sistema público de salud, a nivel nacional, durante el año 2017 (datos fueron obtenidos del Sistema Informativo Perinatal), en el que se analizaron un total de 44 891 casos, se obtuvo como resultado que el 9.5% (4,252) fue un parto prematuro, con las siguientes características:

- ✓ El rango de edad en que se presentaban los embarazos fue de 17 a 49 años.
- ✓ La edad gestacional promedio al momento del parto prematuro fue de 34 semanas.
- ✓ El 78.1% (3,322) de partos prematuros fueron mujeres adultas y 21.9% (930) adolescentes.
- ✓ Por otra parte, el 30.5% (1295) de embarazos prematuros se encontraban en personas menores de 19 años y mayores de 35 años.
- ✓ En cuanto a la escolaridad, el 53.3% (2,267) estudió hasta la secundaria o un grado mayor y el 46.7% (1,985) hasta un nivel de primaria o menor.
- ✓ El 85.4% tenían una pareja estable y el 14.6% (621) eran solteras.
- ✓ La mayoría de las mujeres con parto prematuro (71%, es decir, 3,021) se encontraba en su primer embarazo.
- ✓ El 57.7% (2,454) presentaban estado nutricional inadecuado.
- ✓ La asistencia al control prenatal fue de manera adecuada en el 63.1% (2,684).
- ✓ El 96.3% (4,096) correspondieron a embarazos únicos y el 3.7% (156) restante a embarazos múltiples.
- ✓ Los antecedentes personales de morbilidad se presentaron en el 2.9% (124) de mujeres con parto prematuro. En el 1.6% (68) de las embarazadas se registró el antecedente de hipertensión arterial.
- ✓ El antecedente de preeclampsia se identificó en 1.6% (69); la eclampsia como antecedente en 0.2% (7).
- ✓ Por otro lado, el 1.6% (67) tenía antecedente de diabetes.
- ✓ La cardiopatía como antecedente se registró en 0.2% (8).
- ✓ El 0.1% (3) tenía antecedente de nefropatía y otro porcentaje igual de tuberculosis.
- ✓ El VIH se registró en 1 caso.

Las mujeres que presentaban un embarazo múltiple tenían altas probabilidades de presentar un parto prematuro. Además, se consideran como factores de riesgo importantes los antecedentes clínicos maternos de enfermedades crónicas, entre ellas, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la cardiopatía. La preeclampsia constituía el antecedente obstétrico más relevante, así como la obesidad y la edad inadecuada para el embarazo, principalmente la edad mayor a 35 años⁷.

En El Salvador:

- La prematurez es la principal causa de la mortalidad neonatal antes de los 28 días de nacido.
- Entre enero y julio de 2019, murieron 97 niños y niñas prematuras
- Entre enero y julio de 2020, murieron 121 niños y niñas prematuras
- Los departamentos con más causa de niños y niñas prematuras eran: La Libertad, San Salvador y Sonsonate.

Prematurez por departamento⁸:

1. Santa Ana ----- 350
2. Ahuachapán ----- 270
3. Sonsonate ----- 394
4. La Libertad ----- 471
5. San Salvador ----- 1100
6. La Paz ----- 211
7. Chalatenango ----- 126
8. San Vicente ----- 126
9. La Unión ----- 105
10. Morazán ----- 95

⁷ Chavarría, Larisa. Factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en El Salvador. Revista ALERTA. 2019. Vol. 2. N° 2.

⁸ Save the Children 2020

11. San Miguel -----	206
12. Usulután -----	167
13. Cabañas -----	123
14. Cuscatlán -----	171

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo anteriormente expuesto, se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál fue la incidencia de prematurez y análisis de variables relacionadas en países desarrollados y subdesarrollados, investigación documental de 66 artículos publicados entre 2010 y 2020?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de prematurez y análisis de variables relacionadas en países desarrollados y subdesarrollados, investigación documental de 66 artículos publicados entre 2010 a 2020 en el periodo de noviembre 2020 a febrero 2021.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la incidencia de prematurez en países desarrollados y subdesarrollados.
- Definir los factores relacionados a la prematurez.
- Identificar las complicaciones inmediatas y tardías en la salud de los recién nacidos/as prematuros/as.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La prematurez, está asociada a múltiples factores maternos y fetales como hipertensión arterial, diabetes, edad de la madre (<20 años o >35 años), corioamnionitis, ruptura prematura de

membranas, un periodo intergenésico corto, un índice de masa corporal bajo, anomalías congénitas y otro factor importante un embarazo múltiple, que aumenta su riesgo en casi 10 veces, en comparación con embarazos únicos.

Por factores sociales, donde ciertos sectores de la población se encuentran aún desfavorecidos, existiendo inequidades en salud. Se estima que millones de personas (mujeres, niños y niñas) llevan niveles de vida deficientes e incluso están expuestos a riesgos totalmente prevenibles, como es la detección precoz de factores o condiciones que ponen en peligro la vida durante el embarazo, donde las mujeres no tienen acceso a los servicios de salud, y no asisten a sus controles preconceptionales y prenatales.

Es considerado también un grave problema de salud pública por la gran morbilidad y mortalidad que generan. Además, de los elevados costos económicos y sociales que ocasiona su atención. A nivel mundial, aproximadamente uno de cada diez neonatos/as nace prematuro/as. Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños/as prematuros/as (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación), donde esa cifra sigue aumentando.

Según datos globales, aproximadamente 5,9 millones de niños/as menores de 5 años murieron durante 2015, más de la mitad de esas muertes se debieron a enfermedades que se podrían haber evitado o tratado, con intervenciones simples y accesibles. Las enfermedades infecciosas, la prematuridad y las complicaciones durante el parto son las principales causas de muerte en los niños/as menores de 5 años. No se debe perder de vista que globalmente, el 45% de las muertes de niños/as menores de cinco años ocurren durante el período neonatal.⁹

Entre las complicaciones relacionadas a la prematuridad se encuentran:

- Conducto arterioso permeable
- Pobres reflejos de succión y deglución
- Retraso en el desarrollo

⁹ Ministerio de Salud. Mortalidad en niños menores de 5 años en El Salvador, 2012-2016.
<http://ins.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2018/07/Mortalidad-en-nin%CC%83os-menores-de-5an%CC%83os.pdf>

- Retinopatía
- Enterocolitis necrosantes
- Sepsis
- Meningitis, entre otras.

Otro estudio donde se reflejó la evaluación trimestral de enero-marzo 2019 del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, informó que entre las principales causas de muerte hospitalaria de los recién nacidos/as en general se encontraban la prematuridad extrema, otros/as recién nacidos/as pretérmino como parte de las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas, además expresaban que los índices de prematuridad, aún se mantienen altos, en las embarazadas de 34 semanas que son referidas al tercer nivel de atención por amenaza de parto prematuro.¹⁰

Es por esto que se consideró importante analizar cuáles son las causas de la morbilidad asociadas a la prematuridad, las complicaciones fetales inmediatas y tardías, donde los resultados obtenidos servirán para ser considerados en futuras investigaciones, además para que instituciones afines a la problemática puedan crear estrategias de intervención que permitan actuar antes y durante la concepción, tratando de eliminar, modificar o controlar los factores de riesgo maternos, fetales y sociales que predisponen a un nacimiento prematuro beneficiando a la población materno infantil de nuestro país.

1.5 LIMITANTES DEL ESTUDIO

- Poco presupuesto disponible.
- Alguna información obtenida fue poco clara e irrelevante.
- La falta de estudios previos de investigación sobre el tema en algunos países.
- Parte de la información no contaba con el respaldo de fuentes confiables.
- Falta de acceso a bibliotecas virtuales.

¹⁰ .Ministerio De Salud, Dirección Nacional De Hospitales, Hospital Nacional De La Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwii47Kto rXtAhWks1kKHTX4BB8QFjAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.transparencia.gob.sv%2F institutos%2Fmaternidad%2Fdocuments%2F326710%2Fdownload&usg=AOvVaw3mP08KuPsHI9lhfYO9a_Iy

CAPÍTULO

II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

De las 6.3 millones muertes estimadas de niños/as menores de cinco años en 2013, las complicaciones del nacimiento prematuro representaron casi 1.1 millones de muertes, según nuevos hallazgos publicados recientemente en The Lancet por un equipo de investigación coordinado por el Dr. Robert Black, de la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg, junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Escuela de Higiene & Medicina Tropical de Londres.

Específicamente, las complicaciones directas del nacimiento prematuro representaron 965.000 muertes durante los primeros 28 días de vida, con unas 125.000 muertes adicionales entre el primer mes y los cinco años. Otras causas principales de muertes de niños/as pequeños/as incluyen la neumonía, que mató a 935.000 niños/as menores de cinco años y complicaciones relacionadas con el nacimiento, que causaron 720.000 muertes (662.000 en el periodo neonatal, la mayoría en el primer día de vida, y 58.000 en el periodo post-neonatal).

Innovadora investigación para descubrir por qué se producen los nacimientos prematuros está ya en marcha. Estos esfuerzos sin precedentes, respaldados por \$250 millones de dólares en nuevos fondos, involucran a más de 200 investigadores y se esperan que identifiquen maneras de prevenir o aliviar este problema de salud mundial dentro de tres a cinco años, salvando incontables vidas de niños y niñas.

En total, unos 35,000 niños y niñas mueren cada año en América Latina por complicaciones del nacimiento prematuro. Brasil encabeza la lista de países con el mayor número de bebés que mueren por complicaciones del parto prematuro en la región, con 9.000 cada año, seguido por México (6.000), Colombia (3.500), Argentina (2.400), Venezuela (2.200), Perú (2.000), Guatemala (1.900), Bolivia (1.600), Ecuador (1.500) y Honduras (1.100).

En América Latina, las tasas de mortalidad infantil en menores de cinco años por complicaciones del nacimiento prematuro son: Costa Rica y Chile, 27.2 y 27.1 por ciento, respectivamente; Argentina, 26.0 por ciento; Venezuela, 24.6 por ciento; Honduras y Paraguay, 24 y 23.9 por ciento, respectivamente; Colombia, 23.1 por ciento; Brasil, 21.9 por ciento; Nicaragua, 20.6 por ciento; Ecuador y Perú, 19.7 y 19.6 por ciento respectivamente; México, 18.5 por ciento; Uruguay, 17.6 por ciento; El Salvador, 17.5 por ciento; Panamá, 15.9 por ciento; Bolivia, 15.3 por ciento; y Guatemala, 12.6 por ciento.

Cuatro iniciativas principales de investigación, con unos \$250 millones de dólares en financiamiento, están ahora en marcha. Los/as investigadores/as están tratando de descubrir las causas desconocidas del nacimiento prematuro y de encontrar formas efectivas para prevenirlo o retrasarlo. En particular, qué eventos desencadenan el inicio del parto a término, así como el parto prematuro, siguen siendo un misterio. Más de la mitad de los nacimientos prematuros ocurren espontáneamente. Estas iniciativas son:

1. La Coalición Global para la Investigación del Nacimiento Prematuro es una nueva asociación iniciada por el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano, la organización March of Dimes, la Fundación Bill & Melinda Gates y la Alianza Global para Prevenir el Nacimiento Prematuro y la Muerte Fetal (GAPPS). Unas 16 instituciones son ahora miembros de la coalición. La coalición global hará avances en las investigaciones necesarias en el campo de los nacimientos prematuros, un plan que fue detallado en *The Lancet Global Health* en diciembre de 2013.

2. La organización March of Dimes ha lanzado una Campaña para Terminar con el Nacimiento Prematuro de \$75 millones de dólares, un ‘proyecto Manhattan médico’ a fin de crear una red especializada de cinco centros de investigación basada en equipos de investigación para descubrir las causas desconocidas del nacimiento prematuro. “La iniciativa de March of Dimes está analizando todo el espectro del nacimiento prematuro” dice el Dr. Joe Leigh Simpson, vicepresidente senior de investigación y programas globales de March of Dimes. “Unos 200 científicos de 20 disciplinas ya están involucrados en este esfuerzo de investigación y se esperan que estos números se dupliquen para el próximo año”.

3. La Iniciativa del Nacimiento Prematuro de la Universidad de California en San Francisco (UCSF) ha lanzado una iniciativa mundial de 10 años para frenar la epidemia de nacimientos prematuros y mejorar la salud de los recién nacidos/as prematuros/as. La iniciativa está actualmente en una fase de planificación para determinar dónde la UCSF y sus socios pueden tener el mayor impacto. La Fundación Bill & Melinda Gates y Marc y Lynne Benioff están financiando esta iniciativa de \$100 millones de dólares.

4. El último esfuerzo de investigación está liderado por la Alianza Global para Prevenir el Nacimiento Prematuro y la Muerte Fetal (GAPPS), un programa iniciado por el Hospital de Niños de Seattle, que está centrando su investigación en descubrir las causas y mecanismos del nacimiento prematuro, trabajo que puede llevar a intervenciones para prevenirlo. Siete proyectos de investigación están en marcha con más en las etapas de planificación. El trabajo cuenta con \$20 millones de dólares en fondos de la Fundación Bill & Melinda Gates y una donación de USAID por \$1.3 millones de dólares.

El nacimiento prematuro es complejo. Por ello, los grupos de investigación son de 20 campos de especialización distintos. Además de ginecología y obstetricia, neonatología, genética, inmunología y enfermedades infecciosas, las iniciativas interdisciplinarias incluyen a expertos en ingeniería, estadística, física, bioquímica y matemáticas.

Un grupo está trabajando para identificar un marcapasos en el útero que inicia el parto mientras otro grupo intenta descubrir la fuente de las señales eléctricas que inician el parto y descubrir si el proceso se desencadena por la madre o el feto. Otro grupo está centrado en la identificación de biomarcadores, proteínas y moléculas en la circulación de la madre y el feto, la interacción gene-ambiente y el microbioma materno (el conjunto total de genomas de microorganismos en la madre).

Los investigadores están estudiando cómo la pobreza, la nutrición, la contaminación, el estrés y otros factores afectan los nacimientos prematuros. “Este esfuerzo de colaboración sin precedentes

dará resultados en tres a cinco años”, anticipa el Dr. Simpson. “Espero que el efecto neto sea mayor que la suma de las partes, para ser el producto de la colaboración entre los centros”.¹¹

2.2. BASES TEÓRICAS DE LA INFORMACIÓN

RECIÉN NACIDO/A PREMATURO/A.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se denomina recién nacido/as prematuro/as al que nace después de las 22 y antes de 37 semanas de gestación.¹²

Se puede decir que la prematuridad es un problema bastante grave para el recién nacido/a que no está preparado/a físicamente para satisfacer sus funciones básicas de respirar, alimentarse y controlar su temperatura. Esta incapacidad, hace necesario, un cuidado especial para satisfacer sus demandas básicas, requiriendo para ello una atención especializada, que permita lograr la recuperación del recién nacido/a prematuro/a, tratando de evitar las complicaciones y secuelas que pueden presentar en estos casos. También debemos reconocer que la prematuridad no sólo afecta al niño/a, sino también a la familia.¹³

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL PREMATURO/A.

- ✓ Talla: Menos de 47cm.
- ✓ Perímetro torácico: Menos de 29cm.
- ✓ Perímetro craneal: Menos de 34cm.
- ✓ Actividad postural extremidades: Hipotonía y extremidades en extensión.
- ✓ Cabeza: Grande, craneotabes (huesos craneales blandos).

¹¹ Del nacimiento prematuro M de 3. 000 NMPDPC. El Nacimiento Prematuro es Ahora la Principal Causa de Muerte en Niños Pequeños [Internet]. Who.int. [Citado 10 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/pmnch/media/events/2014/wpd_release_es.pdf

¹² Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. 2013

¹³ Hernández González N. Recién nacido prematuro. España. 2011

- ✓ Ojos prominentes: El aparato palpebral no se desarrolla hasta las 25-26 semanas, por lo que es un signo por valorar para saber si el feto será viable o no. Pabellón auricular blando y mal desarrollado.
- ✓ Tórax: Estrecho, mamilas o nódulos mamarios poco desarrollados.
- ✓ Abdomen: Prominente.
- ✓ Piel delgada, resalte de relieves óseos, color rojizo intenso. Ictericia precoz y persistente. Cianosis distal. Edemas, lanugo.
- ✓ Genitales: Testículos no descendidos, escroto con pocas arrugas, labios mayores poco desarrollados.
- ✓ Extremidades: cortas, delgadas (poco desarrollo muscular), uñas blandas y cortas, pliegue único transversal en plantas de los pies.

MANEJO DEL RECIÉN NACIDO/A PREMATURO/A.

a) Medidas Generales:

- ✓ Termorregulación: Antes del nacimiento, se debe asegurar que la temperatura de la sala de partos se encuentre sobre los 24°C. Los recién nacidos/as prematuros/as y sobre todo los de peso muy bajo son los que sufren serios problemas al no poder mantener su temperatura corporal, debido a que tienen mayor superficie corporal, menor cantidad de grasa subcutánea, menor cantidad de grasa parda y menor masa muscular, por lo tanto, menor aislamiento térmico con respecto al recién nacido/a a término.

Se puede mantener la temperatura del neonato/a prematuro/a o de bajo peso por medio de tres métodos:

- Incubadora: La temperatura varía según la edad gestacional, edad postnatal y peso. Temperaturas recomendadas para incubadoras Según peso del recién nacido/a.
- Método Canguro: El recién nacido/a prematuro/a o el de peso menor de 2,000gr. una vez estable, debe permanecer en contacto piel a piel con su madre, colocarlo/a entre los senos maternos, donde ella le pueda proporcionar calor y temperatura adecuada las 24 horas del

día. No se debe bañar al recién nacido/a prematuro/a mientras esté con el método canguro, para evitar la hipotermia.

- ✓ Los padres/madres pueden ingresar a la unidad de hospitalización, contribuir con el cuidado del recién nacido/a y estimularlo/a a través de la voz, arrullo y caricias. Todo prematuro/a que requiera hospitalización, debe ser acompañado por su madre al establecimiento de salud (E.S), categorizado para dicho fin.¹⁴

El contacto estrecho entre la madre y su bebé recién nacido/a (RN) es la norma biológica de la especie humana. Durante la mayor parte de la historia de la humanidad, la relación madre-lactante ha aportado protección, calor, estimulación social y nutrición al lactante. Se ha puesto de manifiesto que el método canguro repercute eficazmente en el control de la temperatura, la lactancia materna y el desarrollo de vínculos afectivos referidos a todos los neonatos/as, al margen de su entorno, peso, edad gestacional y situación clínica.

- ✓ Educación sanitaria a los padres y madres:
 - Enseñar a los padres/madres a identificar los signos de alarma en su bebé: respiración dificultosa, apnea frecuente, hipotermia, alimentación dificultosa, convulsiones o diarrea, y pedirle que busque asistencia en tales situaciones.
- ✓ Preparación para la madre: Ropa cómoda y abrigada. Faja de sujeción (artículo necesario).
- ✓ Preparación para el bebé: Si el Método Canguro no es continuo mantenerlo en cuna caliente y arropado con una manta entre sesión y sesión.

Procedimiento: Comenzar la técnica de forma gradual. El momento exacto del inicio del Método Canguro depende del estado de la madre y del neonato/a. Esta técnica suele prolongarse hasta alcanzar los 2,500 gramos de peso.

¹⁴ López E. Vínculo afectivo materno-infantil: método canguro. Revista Pediatría Electrónica [Internet]. 2016 [citado e17 febrero de 2021]; Volumen 13, N° 3 pág. 3 -4. URL disponible en: http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2016/vol13num3/pdf/MATERNO_INFANTIL.pdf

- Colocar al recién nacido/a en el pecho de la madre/padre en posición vertical (contacto piel a piel)
- Control de temperatura corporal antes, durante y tras la realización de este.

Beneficios del Método Canguro:

- Facilita la lactancia materna.
 - Mayor vínculo afectivo madre/hijo.
 - Aumento de la curva ponderal.
 - Menor tasa de infecciones.
 - Sueño más prolongado y menos fragmentado.
 - Acorta la estancia hospitalaria.
 - Estabilización hemodinámica y de la temperatura.
 - Reducción de estrés y ansiedad
- ✓ Control de funciones vitales: Frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria tomadas al minuto según sea necesario (máximo cada 4 horas).
 - ✓ Control diario de peso: Se debe de pesar al niño/a diariamente para evaluar la tendencia de subida de peso y realizar los cálculos de sus necesidades energéticas y del equilibrio hidroelectrolítico.
 - ✓ Prevenir hipoglicemia: Mantener suministro de energéticos, asegurando una adecuada lactancia materna temprana y frecuente, monitorizar la glicemia con tiras reactivas en la primera y la tercera hora de vida y luego cada 4 horas hasta que haya-pasado el periodo de riesgo.
 - ✓ Oxigenoterapia: Se suministra según necesidad (cuadro clínico, saturación de oxígeno y gases arteriales).
 - ✓ Alimentación: debe ser exclusivamente con leche materna a libre demanda, de día y de noche. No debe recibir sueros glucosados ni leches artificiales.

- ✓ Debe recibir el calostro de su propia madre lo antes posible, evitando el ayuno prolongado.
- ✓ A partir de las 34 semanas, cuando ya existe coordinación entre la succión y deglución, alimentar al recién nacido/a directamente del pecho materno.
- ✓ Iniciar la leche materna (leche final) de la siguiente forma:
 - Recién nacido/a prematuro/a <1,000 gr: 0.5 ml c/3 horas por sonda nasogástrica medir residuo gástrico antes de cada ingesta.
 - Recién nacido/a prematuro/a 1,000 - 1,499 gr: 1-2 ml c/2 horas por sonda nasogástrica, gotero, vasito o jeringa. Medir residuo gástrico antes de cada ingesta.
 - Recién nacido/a prematuro/a 1,500- 2,000 gr: 3 - 5 ml c/2 horas con gotero, vasito, jeringa, cucharita o succión (según edad gestacional).
 - Si a las 48 horas hay aceptación de leche materna vía oral, se indica el 50% adicional del volumen ofrecido hasta el momento, luego seguir incrementando progresivamente la cantidad hasta iniciar la succión directa y a libre demanda.
- ✓ Inmunizaciones: de acuerdo con el calendario nacional de vacunas. En el recién nacido/a de bajo peso (menor de 2,000 gr) debe posponerse la aplicación hasta alcanzar su maduración. (Directiva N° 013- MINS/DGSP-V01, esquema o calendario de vacunación del Perú 2003).
- h) Control obligatorio de la hemoglobina y hematocrito, debe realizarse en las siguientes edades: 1, 6, 12, 18 meses.
- ✓ El tratamiento de la anemia con sulfato ferroso está indicado en los siguientes casos:
 - A. Prematuro con peso al nacer mayor de 1 250 gr
 - B. Prematuro con peso al nacer entre 1000 gr y 1250 gr que no tenga ninguno de los siguientes antecedentes (recordar que, si los presenta, además del hierro requerirá eritropoyetina):
 - Transfusión sanguínea en las primeras 48 horas de vida
 - Necesidad de asistencia ventilatoria (CPAP o ventilación mecánica) previa o actual durante más de 48 horas y hematocrito al nacer menor de 46%.

- Necesidad de asistencia ventilatoria (CPAP o ventilación mecánica) previa o actual y extracción sanguínea mayor de 9 ml dentro de las primeras 48 horas de vida

C. Prematuro con peso al nacer menor de 1 000 gr concomitantemente con la administración de eritropoyetina

En estos casos ofrecer 4-6 mg/kg/día de sulfato ferroso (con base al hierro elemento), administrar esta dosis hasta que se normalicen los niveles de hemoglobina, en cuanto esto suceda disminuirla a 2-4 mg/kg/día y mantenerla así hasta que el paciente cumpla 12 meses de edad¹⁵.

- Vitamina E: 25 UI/día vía oral en recién nacidos/as < de 1,500 gr hasta completar las 40 semanas de edad gestacional corregida o hasta los 2000 gr. k)
- Vitamina A: 1,500 UI/día vía oral hasta completar las 40 semanas de edad gestacional corregida.

b) Medidas complementarias:

- ✓ Terapia específica según patología: Proceder según Guía de Práctica Clínica correspondiente a los daños observados.
- ✓ Mantener equilibrio hidroelectrolítico: Redefinir requerimientos de agua y glucosa a partir de cada evaluación que se le realice al recién nacido/a.
- ✓ Balance Hídrico: asegurar la adecuada medición de ingresos y egresos.
- ✓ Exámenes auxiliares: Glicemia, bilirrubinas. De ser necesario indicar reactantes de fase aguda (hemograma, velocidad de sedimentación globular), gases arteriales (AGA).

¹⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social, Tratamiento de la anemia del prematuro. México

COMPLICACIONES DE LA PREMATUREZ.

Problemas inmediatos:

- ✓ Termorregulación: hipotermia.
- ✓ Metabólicos: hipoglucemia, hipocalcemia, acidosis metabólica e hiperglicemia.
- ✓ Respiratorios: enfermedad de membrana hialina, apnea recurrente, taquipnea transitoria, asfixia perinatal, broncoaspiración.
- ✓ Infecciosos: sepsis, meningitis.
- ✓ Nutricionales: inmadurez enzimática del tracto intestinal.
- ✓ Gastrointestinales: enterocolitis necrotizante (NEC).
- ✓ Ictericia: hiperbilirrubinemia.
- ✓ Malformaciones congénitas.
- ✓ Trauma al nacer.

Problemas mediatos:

- ✓ Disfunción del sistema nervioso central (motora, visual, auditiva y parálisis cerebral)
- ✓ Displasia broncopulmonar.
- ✓ Patrones de crecimiento alterado.
- ✓ Retinopatía del prematuro.
- ✓ Enfermedad metabólica ósea: osteopenia.
- ✓ Anemia.
- ✓ Lesión del nervio auditivo.¹⁶

CONSECUENCIAS DEL PARTO PREMATURO.

Morbilidad Perinatal: El parto prematuro es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal. Su incidencia es aproximadamente 8 a 10% del total de partos. Algunos países (Suecia y Dinamarca, por ejemplo) tienen incidencias menores del 6%.

¹⁶ Schwarcz Ricardo, Fescina Ricardo, Duverges Carlos. Obstetricia. 6ta ed., Buenos Aires, El Ateneo, 2005

El parto prematuro es considerado esencialmente una enfermedad social, lo que explica que países pobres, o las minorías postergadas de otros, presenten cifras de incidencia superiores al 20% de los partos. Excluidas las malformaciones congénitas, el 75% de las muertes perinatales y el 50% de las anormalidades neurológicas son atribuibles directamente a prematuros, lo que ilustra la magnitud del problema.

Aun cuando la incidencia de esta patología no ha mostrado modificaciones significativas en los últimos años, la morbilidad neonatal atribuible a ella muestra una tendencia descendente. Esta reducción se atribuye a la mejoría en el cuidado neonatal de los prematuros/as, más que al éxito de las estrategias preventivas y terapéuticas del trabajo de parto prematuro.

La morbilidad neonatal de los prematuros/as es de magnitud variable, dependiendo principalmente del peso de nacimiento y de la edad gestacional al nacer, así como de las intervenciones terapéuticas realizadas. Las complicaciones más frecuentes son: depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria (SDR), hemorragia intracraneana (HIC), sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante (ECN), ductus arterioso persistente, displasia broncopulmonar (DBP), apneas y fibroplasia retrolental. Adicionalmente, pueden presentar morbilidad neurológica a largo plazo, tales como anormalidades de las funciones cognitivas y parálisis cerebral de los cuales necesitan hospitalización más prolongada, dependiendo del grado de prematuridad.

Mortalidad Neonatal: La mortalidad neonatal analizada en nuestro medio, para la última década del siglo XX, fue del 4,22%, el 87 % estaba constituido por recién nacidos/as prematuros/as y más del 50% de los neonatos/as fallecidos/as presentaban un peso al nacimiento inferior a 1500gr. Esta se define como el número de recién nacidos/as fallecidos/as antes de completar 28 días por cada 1.000 nacidos vivos.

La tasa de Mortalidad Neonatal (antes de los 28 días de vida) en la Región de América Latina y el Caribe en el año 2000 fue de 15 por cada 1000 nacidos vivos. El 76% de ella (11,5 por cada 1000 nacidos vivos) se producen antes de los 7 días de vida y el resto (3,5 por cada 1000 nacidos vivos) suceden entre el 7mo y el 28avo día de vida. ¹⁷

¹⁷ Hermoza del Pozo S. Morbimortalidad neonatal. Universidad Ricardo palma. Perú. 2005

El total de muertes neonatales calculadas por año para la Región fue de casi 173.000 de las cuales 132.000 suceden en la primera semana (muertes neonatales precoces o tempranas). La Mortalidad Neonatal cada vez representa una mayor proporción de la mortalidad infantil, aportando actualmente 54% de los decesos en el primer año de vida, con una tasa de 33 muertes neonatales por cada 1000 nacidos vivos en el Perú.

La mortalidad neonatal se debe en gran parte a causas vinculadas con el proceso reproductivo (endógenas), mientras que la post neonatal depende principalmente de factores exógenos, vinculados con el medio ambiente en que el niño/a se desarrolla (infecciones, problemas nutricionales, etc.).

FACTORES MATERNOS DE PREMATURIDAD.

Factores sociodemográficos:

- ✓ **Edad materna:** En las mujeres menores de 15 años y mayores de 35 años es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones y con una mayor morbi-mortalidad materna y fetal, como consecuencia probablemente de enfermedades crónicas y hábitos psicobiológicos inadecuados.¹⁸

- ✓ **Ocupación:** La ocupación laboral representa un riesgo en la gestación porque no descansan lo adecuado ya que trabajan todos los días de la semana. Algunos trabajos exigen mucho tiempo de pie, ocasionando fatiga física y viajes largos que predisponen a un parto prematuro. Al estar mucho tiempo de pie el útero cambia de posición de manera que comprime los vasos pélvicos e impide el retorno venoso global al corazón relacionando una disminución medible de la presión sanguínea materna y un aumento compensador de la frecuencia cardíaca. Apareciendo también contracciones uterinas mientras permanece de pie contribuyendo a cambios cervicales pretérmino. Mujeres expuestas a condiciones de estrés tienen niveles aumentados de

¹⁸ Cutie León E, Menéndez López L, Rodríguez Romero G, Izquierdo Casino M. Riesgo reproductivo. Cuba. 2011

marcadores inflamatorios como la Proteína C Reactiva, hecho que sugiere que la vía inflamatoria sea la causa del riesgo de parto prematuro en estos casos.¹⁹

- ✓ **Nivel socioeconómico:** Es el lugar de posición en la que se encuentra una persona en la escala social económica, tomando en cuenta el tipo de trabajo, educación, vivienda y comodidad.²⁰
- ✓ **Grado de instrucción:** El nivel de estudio es un factor muy importante considerando que por medio de éste se adquiere, se asimila y se comprende lo que indique el médico, debido a que las embarazadas con un mejor nivel educacional optan por cuidados médicos óptimos para control del embarazo y la percepción de riesgo al no realizarse un adecuado control prenatal durante su etapa de embarazo.
- ✓ **Estado civil:** Es un factor que puede medir tanto la salud mental y física de la gestante ya que existe algunos casos que las mujeres pueden sufrir mucho.
- ✓ **Estrés durante el embarazo:** ya sea por ser madres solteras o sufrir maltrato físico, sexual o emocional por parte de la pareja.
- ✓ **Procedencia:** la residencia es un factor importante ya que mayormente se observa con gran magnitud que el sector rural, evidentemente más alejados de los centros y puestos de salud, y en otros casos por difícil acceso concomitado por el trabajo exhaustivo de las madres en mencionado sector, lo que hace que no acudan normalmente a realizarse los controles prenatales durante su etapa de gestación evitando que se lleve un registro de atención integral y completa de la madre gestante con detección precoz de problemas a presentarse durante su embarazo, lo cual puede conllevar aun parto prematuro.²¹

¹⁹ Hidalgo de Procel M. Prevención de abortos en gestantes con ocupación laboral. Colombia 2012

²⁰ Hernández Yon B. Factores Maternos Que Influyen En El Trabajo De Parto Prematuro. [Tesis]; Universidad Mariano Garves de Guatemala. 2008

²¹ López Pérez, G. Controles Prenatales y su influencia en la presencia de Amenaza de Parto Prematuro en madres adolescentes. [tesis] Ecuador. 2013

Factores obstétricos:

- ✓ **Atención prenatal:** La deficiencia (inicio tardío o ausencia) de la atención de control prenatal está asociada a la mortalidad materna de la gestante. La falta de atención prenatal oportuno está asociada con la presencia de anemia, deficiencia de hierro y zinc. Los cuidados prenatales influyen sobre la evolución del embarazo en mujeres en desventajas sociales; en la cual no existe la educación, las condiciones sanitarias y económicas adecuadas.²²
- ✓ **Anemia en el embarazo:** Es la disminución de los glóbulos rojos para transportar oxígeno o hierro, muy común en la embarazada llamada también anemia gravídica causada por un aumento del volumen sanguíneo de la mujer. Existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al periodo preconcepcional. La desnutrición materna pregestacional o durante el embarazo se asocia un mayor riesgo de morbimortalidad infantil, en tanto que la obesidad también constituye un factor importante de riesgo, al aumentar algunas patologías del embarazo, la proporción de niños/as macrosómicos/as y por ese mecanismo, las distocias y complicaciones del parto.²³
- ✓ **Antecedentes de aborto:** La hemorragia transvaginal en etapas tempranas del embarazo se relaciona con el aumento de los resultados adversos. Weiss et al. (2002) informaron datos acerca de hemorragias vaginales de seis a trece semanas en casi 14,000 mujeres. La hemorragia tanto leve (descrita como manchado) como copiosa (similar a una menstruación) se relacionó con pérdida subsiguiente del embarazo antes de las 22 semanas, trabajo de parto y desprendimiento prematuro de placenta.²⁴
- ✓ **Antecedente de Parto Prematuro:** Es un factor de riesgo, amenaza del recién nacido/a prematuro/a. El riesgo de recurrencia en gestantes con antecedentes de parto prematuro es del 15 al 50%.

Teniendo presente:

²² Barrera Huamán P. Factores que influyen en el inicio de la Atención Prenatal de Gestantes Adolescentes atendidos en la Consulta Prenatal del Hospital Santa Rosa. [Tesis]. Perú. Universidad Mayor de San Marcos. 2007

²³ Ruiz Martínez L. Factores de riesgo para amenaza de parto prematuro en adolescentes de Chinandega. Nicaragua. 2011

²⁴ García Irene. Sangrado durante el embarazo. España. 2012

- Hallazgos ecográficos de acortamiento y/o modificaciones cervicales en gestantes asintomáticas.
- Una pérdida fetal en el segundo o inicio del tercer trimestre después de una conización.
- Dos pérdidas fetales en el segundo o inicio del tercer trimestre documentadas como sugestivas de incompetencia cervical. La incidencia de parto prematuro se correlaciona con los antecedentes obstétricos.
- Quien ha tenido un parto prematuro tiene riesgo de 17 a 40% que aumenta con el número de nacimientos prematuros.²⁵

✓ **Infecciones urinarias:** Durante el embarazo se producen modificaciones anatómicas y funcionales que aumentan el riesgo a padecer una infección urinaria.

Entre ellas se destacan: la hidronefrosis del embarazo, el aumento del volumen urinario en los uréteres que produce una columna líquida continua que ayuda a la propagación de la infección desde la vejiga al riñón, disminución del tono uretral y vesical que se asocia a un aumento del volumen urinario en la vejiga aumentando su capacidad vesical y disminuyendo su vaciamiento (estasis urinaria), obstrucción parcial del uréter por el útero grávido y rotado hacia la derecha, aumento del pH de la orina especialmente por la excreción aumentada de bicarbonato que favorece la multiplicación bacteriana, hipertrofia de la musculatura longitudinal del uréter, aumento de la filtración glomerular que determina la presencia de glucosa en la orina lo que favorece la aparición de los gérmenes, aumento del reflujo vesicoureteral, menor capacidad de defensa del epitelio del aparato urinario bajo, incremento de la secreción urinaria de estrógenos y el ambiente hipertónico de la médula renal.

Si no existen enfermedades concomitantes, el riesgo es mayor en las embarazadas de mayor edad, múltipara, y de bajo nivel socioeconómico, pero sobre todo en aquellas con antecedentes previos de infección urinaria. Del 2 al 10% de las embarazadas sin antecedentes, desarrollan bacteriuria asintomática y sin tratamiento, el 30 al 50% evolucionan a pielonefritis, ésta por su parte puede asociarse a insuficiencia renal aguda, sepsis y shock séptico. Aumenta el riesgo de

²⁵ Cobo T, Baños N, Ferrero S, Palacio M. Manejo de la paciente con riesgo de parto pretérmino. España 2008

parto prematuro y recién nacido/a de bajo peso al nacer. La mortalidad fetal más alta se presenta cuando la infección ocurre durante los 15 días que anteceden al parto. ²⁶

- ✓ **Embarazo múltiple:** Un embarazo múltiple es aquel en el que se desarrolla más de un feto. Esto se produce como resultado de la fecundación de dos o más óvulos, o cuando un óvulo se divide, dando lugar en este caso a gemelos, genéticamente idénticos, del mismo sexo y físicamente muy similares. A partir de la semana 24a de embarazo los dos fetos empiezan a tener cada vez menos espacio en el útero materno, lo que aumenta el peligro de un parto prematuro. Entre las semanas 26a y 28a los gemelos pesan juntos unos tres kilogramos, aproximadamente el peso de un bebé cuando llega el momento del parto. La tensión en la matriz crece, lo que puede provocar contracciones prematuras. Por esa razón, son especialmente importantes las revisiones preventivas en los embarazos múltiples. A las madres les puede producir diabetes gestacional, hipertensión arterial, ruptura prematura de membrana, las cuales aumentan la probabilidad de un parto prematuro. ²⁷

- ✓ **Paridad:** Es un factor que mide el riesgo obstétrico, ya que el primer embarazo tiene una alta correlación con el parto prematuro y que ésta interactúa en el embarazo de adolescente.

- ✓ **Ruptura Prematura de Membranas:** A pesar de que existen incertidumbres acerca de cuáles son los verdaderos factores causantes de una ruptura prematura de membranas, puede ser causada por una infección bacteriana, por el tabaquismo o por un defecto en la estructura del saco amniótico, En la mayoría de los casos, se desconoce la causa exacta de la ruptura prematura de membranas. La ruptura prematura de membranas se define como la ruptura espontánea de membranas ovulares después de las 22 semanas de edad gestacional y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto. Cuando la ruptura prematura de membranas ocurre antes de la semana 37 es conocida como ruptura prematura de membranas fetales prematuro.

²⁶ Álvarez G, Cruz Echevarría. T, Garau A, Lens Alejandra V. Infección urinaria y embarazo. Argentina. 2006

²⁷ Gajardo Hernández L. Embarazo múltiple. España. 2014

La ruptura prematura de membranas se presenta en una frecuencia del 10% de todos los embarazos y en un 20% de embarazos prematuros.

Según datos estadísticos del Instituto Nacional Materno Perinatal el número de casos de embarazos complicados con ruptura prematura de membranas fetales prematuros es muy significativo y en los últimos 5 años alcanza un promedio de 10.5% del total de partos prematuros y constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal.²⁸ Además, puede ocasionar la corioamnionitis, esta infección se da cuando la integridad de las membranas ovulares que es la barrera de protección contra la infección, se rompen, los mecanismos de aislamiento y defensa quedan alterados pudiendo presentar un cuadro infeccioso que puede alcanzar peligro mortal para la madre y el feto.²⁹

Esta infección puede desempeñar un papel causal en muchos casos de parto prematuro espontáneo. La mayoría de los casos de corioamnionitis histológica se observa en ausencia de signos clínicos o síntomas de infección. Este diagnóstico puede realizarse hasta en el 20% de partos a término y en más del 50% de los partos prematuros. En cambio, la corioamnionitis clínica se produce en el 1-2% de los partos a término y en el 5-10% de los prematuros.³⁰

- ✓ **Infección vaginal:** Alteración de la ecología microbiológica vaginal que habitualmente cursa con leucorrea, mal olor, dolor, prurito y ardor. La causa principal del parto prematuro es una infección en la vagina, que en general no es percibida por la embarazada.³¹

La infección puede subir hasta el útero, puede provocar contracciones uterinas, incluso una ruptura prematura de membranas puede alterar el cuello uterino, hasta llegar a un parto antes de tiempo (parto prematuro), con o sin infección del niño/a. Por lo tanto, las gestantes deben

²⁸ Fabián Velázquez, E. Factores de riesgo materno asociados a ruptura prematura de membrana pretérmino en pacientes atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Perú. 2008

²⁹ Mongrut Steane A. Corioamnionitis. 4da. Ed, tratado de obstetricia. Perú. pág. 596

³⁰ Rodney K Edwards. Corioamnionitis y Parto. Estados Unidos. 2005

³¹ Erich Saling. Programa de prevención del parto prematuro. Alemania 2013

realizar exámenes y observaciones, para reconocer a tiempo si existen signos de una amenaza de aborto o parto prematuro.

- ✓ **Preeclampsia:** Las complicaciones maternas de la preeclampsia grave (infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, síndrome de dificultad respiratoria aguda, coagulopatía, insuficiencia renal grave, lesión de la retina) son más frecuentes en presencia de trastornos médicos preexistentes y de la disfunción aguda de los órganos maternos relacionados con la preeclampsia. La morbilidad materna rara vez persiste después de la preeclampsia grave, aunque más adelante en la vida la enfermedad cardiovascular es más común, independientemente de la presentación clínica. Las complicaciones fetales y del recién nacido/a son el resultado de la exposición a la insuficiencia uteroplacentaria y/o el parto prematuro.³²

- ✓ **Enfermedades o Infecciones de transmisión sexual (ETS o ITS):** Algunas ITS pueden transmitir la enfermedad al recién nacido/a durante el embarazo o en el parto. Algunas formas en que las enfermedades de transmisión sexual pueden hacer daño al recién nacido/a incluyen: bajo peso al nacer, infecciones peligrosas, daño cerebral, ceguera, sordera, problemas hepáticos o nacimiento sin vida. Las ITS pueden generar ruptura prematura de membranas ocasionando un trabajo de parto prematuro.

Cuando se contrae durante el embarazo, la sífilis puede transmitirse a través de la placenta hacia el feto que se encuentra en desarrollo, mientras que la gonorrea prenatal es capaz de inducir partos prematuros e infecciones oculares que ponen en peligro la visión. La clamidia puede ocasionar infecciones oculares en el recién nacido/a, así como neumonía neonatal y ocasionar la prematuridad.³³

Factores ginecológicos:

- ✓ **Anomalías uterinas:** Las anomalías uterinas producen la interrupción anticipada de la gestación con abortos precoces y tardíos y, sobre todo, con partos prematuros. Dentro de esta

³² Baha M. Preeclampsia Grave antes de la semana 34 de Gestación. Septiembre. 2011

³³ Borgatta L. Lo último sobre enfermedades de transmisión sexual. México.1997

patología no hay una clara distinción en lo que sucede en cada uno de los tipos de malformación que se pueden encontrar. Sin embargo, en los úteros septos hay más frecuencia de pérdidas gestacionales recurrentes en el primer trimestre de gestación que en otras malformaciones.³⁴

Entre los factores uterinos de las anomalías se encuentran:

- Cirugía uterina previa (ej. conización).
- Malformaciones uterinas (ej. cérvix hipoplásico secundario a tratamiento médico con dietilestilbestrol, miomas uterinos que deformen la cavidad endometrial). La malformación uterina más común es el útero septo y bicorne.
- Miomas: La mayor incidencia de partos prematuros se relaciona con los miomas de tamaño superior a 3 cm de diámetro (dificultades en la distensión de las fibras musculares uterinas).³⁵

INCIDENCIA DE LA PREMATUREZ.

Un país desarrollado es aquel que tiene un alta calidad de vida; además de poseer un alto nivel de ingresos, grandes avances industriales y socioeconómicos, además de poseer una inflación relativamente nula.

Sus características incluyen:

- Una muy baja tasa de inflación y pobreza (casi nula).
- Un sector industrial amplio y variado.
- Una muy tasa de mortalidad.
- La esperanza de vida es muy elevada.
- Fuertes índices de exportación entre países
- Estabilidad económica y política.
- Altos niveles de calidad de vida.

³⁴ Matorras R, Hernández J. Ma (formaciones uterinas. España 2007. Pág. 107

³⁵ Brañez García C. Miomectomía durante el Embarazo. Bolivia. 2007

Los países subdesarrollados, son todos aquellos que su nivel de calidad, de ingresos, su desarrollo o avances industriales y tecnológicos son completamente escasos e inferiores a cualquier otro país. Generalmente, los países subdesarrollados son los más propensos a tener inflación o una tasa de desempleo y pobreza realmente elevados. Características:

- Una alta o constante tasa de desempleo, pobreza e inflación.
- Un sector industrial limitado.
- Dependencia de otros países para elaborar algún producto necesario.
- Insuficiencia en el nivel de educación.
- Un nivel muy elevado en problemas de salud.
- Política corrupta.

De igual forma, en un país desarrollado el Producto Nacional Bruto (PNB) es igual o superior a los 12.055 \$ (USD) mientras que uno subdesarrollado, posee uno por debajo de este cálculo³⁶

Asimismo, la Calidad de Vida es indispensable para medir también el tipo de país que es; ya que, aunque un país tenga mucha producción industrial, si no posee unos altos niveles en calidad de vida, no estará haciendo nada para sus ciudadanos/as, es decir, estos vivirán siempre en constante angustia e inquietud.

Los países subdesarrollados, generalmente son países con ingresos muy pobres y mantienen una calidad de vida muy pobre e inferior para sus habitantes, el sector salud es limitado y la educación es demasiado frágil, enseñando solo lo básico y limitando todo tipo de conocimientos. Asimismo, algunos servicios públicos y básicos escasean; tales como los servicios de transporte, los servicios de aseo, los servicios eléctricos, los servicios de internet y televisión, etcétera.

Estos países son los más propensos a tener conflictos económicos y sociales en su interior, así como una gran inflación o índices de desempleos comunes.

³⁶ Etias Visa, Países desarrollados y subdesarrollados del mundo, Paseo Bulnes 79 Santiago de Chile, Chile, 2016 – 2019 Disponible en: <https://www.etiasvisa.cl/economia/paises-subdesarrollados-de-europa/>

Existen también el término de “País en vía de desarrollo” es para los países subdesarrollados que, gracias a una buena gestión del uso de sus riquezas fértiles y terrenales, como los minerales, cultivos, joyas, petróleo y demás, logran posicionarse por encima de los demás países subdesarrollados, abriéndole la posibilidad de alcanzar una etapa de desarrollo.

Cada año, unos 15 millones de bebés en el mundo, más de uno en 10 nacimientos, nacen demasiado pronto, según el recientemente lanzado informe Nacido Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. Más de un millón de estos bebés mueren poco después del nacimiento; muchos otros sufren algún tipo de discapacidad física, neurológica o educativa, a menudo a un gran costo para las familias y la sociedad.³⁷

Cerca del 75 por ciento de estos bebés prematuros/as que mueren podrían sobrevivir sin una atención costosa, si tratamientos simples, comprobados y económicos, así como medidas preventivas estuvieran disponibles en todo el mundo, según más de 100 expertos que contribuyeron al informe, representando casi 40 agencias de Naciones Unidas, universidades y organizaciones.

Cifras por países para un grave problema.

Los nacimientos prematuros han sido un problema grave y desatendido, dicen los líderes de salud del mundo. “Todos los recién nacidos son vulnerables, pero los bebés prematuros son más aún,” dice el secretario general de las Naciones Unidas Ban Ki-moon, quien escribió el prólogo del informe y considera que el esfuerzo para reducir los nacimientos prematuros y las muertes como una parte integral de su Estrategia Global para la Salud de la Mujer y los Niños.

El problema de los nacimientos prematuros no se limita a los países de bajos ingresos. Los Estados Unidos y Brasil se ubican entre los 10 países con mayor número de nacimientos prematuros. Por

³⁷ Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros, OMS, 2021. Disponible en: https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html

ejemplo, en los Estados Unidos, alrededor del 12 por ciento, o más de uno en nueve de todos los nacimientos, son prematuros.³⁷

Los países con el mayor número de nacimientos prematuros son:

India	3 519 100
China	1 172 300
Nigeria	773 600
Pakistán	748 100
Indonesia	675 700
Estados Unidos de América	517 400
Bangladesh	424 100
Filipinas	348 900
República Democrática del Congo	341 400
Brasil	279 300

Los 10 países con las mayores tasas de nacimientos prematuros por cada 100 nacimientos son:

Malawi	18.1%
Comoras	16.7%
Congo	16.7%
Zimbabwe	16.6%
Guinea Ecuatorial	16.5%
Mozambique	16.4%
Gabón	16.3%
Pakistán	15.8%
Indonesia	15.5%
Mauritania	15.4%

³⁷ Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros, OMS, 2021. Disponible en: https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html

Estos países contrastan con los países con tasas más bajas de nacimientos prematuros:³⁷

Belarus	4.1%
Ecuador	5.1%
Letonia	5.3
Finlandia, Croacia y Samoa	5.5%
Lituania y Estonia	5.7%
Barbados/Antigua	5.8%
Japón	5.9%

“El número de nacimientos prematuros está aumentando. En todos los países, excepto en tres, las tasas de nacimientos prematuros aumentaron en los últimos 20 años”, dice la Dra. Lawn. “Unos 50 millones de nacimientos en el mundo aún ocurren en los hogares y muchos bebés mueren sin certificados de nacimiento o de muerte,” agrega la Dra. Lawn.

En países de altos ingresos, el aumento en el número de nacimientos prematuros está vinculado con el número de mujeres mayores teniendo bebés y el aumento en el consumo de drogas de fertilidad, resultando en embarazos múltiples. En algunos países desarrollados, los partos médicamente inducidos innecesariamente y las cesáreas antes de término también han aumentado los nacimientos prematuros. En muchos países de bajos ingresos, las principales causas de los nacimientos prematuros incluyen infecciones, malaria, VIH y altas tasas de embarazo adolescente. En países ricos y pobres, muchos nacimientos prematuros siguen siendo inexplicables.

Se encontraron amplias diferencias entre los países. Por ejemplo, en Estados Unidos la tasa de nacimientos prematuro en 2009 para los estadounidenses negros fue del 17.5 por ciento, en comparación con 10.9 por ciento de los estadounidenses blancos. La edad de la madre marcó una diferencia significativa. En los Estados Unidos, la tasa de nacimientos prematuro para las mujeres entre 20 y 35 años fue entre 11-12 por ciento; y fue más del 15 por ciento para las mujeres menores de 17 años y mayores de 40 años.

³⁷ Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros, OMS, 2021. Disponible en: https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html

“Existen diferencias en la calidad de atención entre y dentro de los países de Latinoamérica en cuanto a la prevención y cuidado de los embarazos y niños prematuros”, dice el Dr. José Belizán, coeditor del equipo de revisión técnica del informe y Científico del Departamento de Investigación en Salud de la Madre y el Niño del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. “La calidad y equidad en la atención de la salud debe ser una medida prioritaria para lograr una mayor sobrevivencia y mejor calidad de vida de estos niños”. Poner énfasis en los nacimientos prematuros puede ayudar a muchos países de bajos ingresos, principalmente en el África subsahariana, a alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4, una reducción de dos tercios en las muertes de niños de corta edad, y el Objetivo 5, mejorar la salud materna, para 2015. Estos objetivos fueron fijados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2000. Casi todos los países desarrollados de altos ingresos ya han alcanzado estos objetivos.

Técnicas simples y económicas salvan vidas.

“La gente tiende a asociar los nacimientos prematuros con servicios de cuidados intensivos de alto costo que serían desafiantes para los países pobres; pero hay un amplio menú de servicios eficaces y económicos para salvar la mayoría de estas vidas,” dice la Dra. Carole Presern, una partera que trabajó en áreas remotas de Asia y es la directora de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño.

Los expertos de las Naciones Unidas, las instituciones médicas y las organizaciones de campo dicen que existen formas económicas y comprobadas de atención para los bebés prematuros/as que podrían salvar al menos las tres cuartas partes de estos bebés en el mundo en desarrollo. Estas incluyen:³⁷

- Inyecciones de esteroides prenatales para madres en parto prematuro, que cuestan un dólar por inyección. Esto ayuda a desarrollar los pulmones inmaduros en el feto y prevenir problemas respiratorios; sin embargo, en países de bajos ingresos, están disponibles y son administradas al 10 por ciento de los casos que las necesitan. Sólo esta intervención podría salvar casi 400.000 vidas de bebés al año.

³⁷ Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros, OMS, 2021. Disponible en: https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html

- “Cuidado de madre canguro” donde el bebé es mantenido en contacto con la piel de la madre, a fin de brindarle calor. El calor es muy importante para los recién nacidos/as prematuros/as. El cuidado de madre canguro facilita la lactancia frecuente y proporciona constante supervisión materna para el bebé. Esta intervención podría salvar 450.000 vidas al año.
- Crema antiséptica para evitar la infección del cordón umbilical.
- Antibióticos para prevenir y combatir infecciones, una importante causa de muerte neonatal.

2.3. SISTEMA CONCEPTUAL BÁSICO DE LA INVESTIGACIÓN

- a) **Parto prematuro:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se denomina recién nacido/a prematuro/a al que nace después de las 22 y antes de 37 semanas de gestación.
- b) **Recién nacido/a Prematuro/a:** Se considera un recién nacido/a prematuro/a si nace antes de que el embarazo llegue a término, normalmente se habla de prematuros/as cuando el parto tiene lugar antes de la 37a semana de embarazo y cuando hay menos posibilidades de que las funciones de los sistemas respiratorio, digestivo y cardiovascular estén suficientemente desarrolladas para poder vivir fuera del útero.³⁸
- c) **Recién nacido/as de bajo peso:** Según la OMS, el bajo peso al nacer se da cuando un niño/a pesa menos de 2,500 gr al nacer, esta medición debe realizarse al momento de nacer o dentro de las primeras horas de vida, antes de que la significativa pérdida postnatal haya ocurrido. Por lo general, los recién nacidos/as prematuros/as presentan bajo peso al nacer, sin embargo, hay recién nacidos/as a término con bajo peso por problemas en su crecimiento intrauterino.³⁹

³⁸ Farcite P, Nicolini F. El Recién Nacido Prematuro. Revista de Obstetricia y Ginecología. Venezuela. 2006

³⁹ Monogas T. Nutrición Materna Infantil. Cuba 2010

- d) **Factores de riesgo:** Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas, asociada con un aumento a la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.
- e) **Factores de riesgo materno:** Es la característica o circunstancia detectable de una gestante, asociada con un aumento a la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.
- f) **Factores de riesgo fetales:** Es la característica o circunstancia detectable de un feto, asociado con un aumento a la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.
- g) **Factores de riesgo del parto prematuro:** está fuertemente ligado a problemas de fondo sociodemográficos, obstétricos y ginecológicos, el ideal es poder controlarlos en la etapa de preconcepción, pero en nuestra región de América Latina una gran proporción de mujeres se embarazan sin cuidados previos.⁴⁰

⁴⁰ Betancur Ramos, C. Epidemiología generalidades e identificación de factores de riesgo. España. 2011

CAPÍTULO

III

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

MATRIZ DE CONGRUENCIA

Objetivo general:				
Determinar la incidencia de prematuridad y análisis de variables relacionadas en países desarrollados y subdesarrollados				
Objetivos	Variables	Operacionalización de variables	Indicadores	Aspectos por evaluar
Identificar la incidencia de prematuridad en países desarrollados y subdesarrollados	Incidencia de prematuridad	Cantidad de casos nuevos de prematuridad que se registren durante un tiempo determinado.	-Número de casos de prematuridad en los últimos 10 años en una región determinada. -Países que se encuentren dentro de la clasificación como subdesarrollados y desarrollados	-Investigaciones que presenten estadísticas de prematuridad de los últimos diez años
Definir los factores relacionados a la prematuridad	Factores relacionados a la prematuridad	Es un rasgo, característica o exposición que aumenta la probabilidad de	-Edad materna -Paridad -Enfermedades maternas, paternas y fetales -Edad gestacional -Embarazo múltiple -Factores ambientales	-Investigaciones que incluyan resultados sobre factores maternos y fetales predisponentes a prematuridad -Investigaciones donde se evidencie la influencia

		presentarse un parto prematuro	<ul style="list-style-type: none"> -Condiciones de trabajo de la madre -Estilos de vida maternos y paternos. -Factores Socioeconómicos de la familia -Poca o ninguna atención prenatal 	del ambiente y estilos de vida sobre la incidencia de prematurez
Identificar las complicaciones inmediatas y tardías en la salud de los recién nacidos prematuros	Complicaciones en la salud de los recién nacidos	Daños en la salud de los recién nacidos prematuros que requieran de una atención medica inmediata al nacimiento para poder realizar la transición extrauterina y el seguimiento para las complicaciones en años posteriores.	<p>Complicaciones inmediatas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reanimación neonatal -Distrés respiratorio -Hipoglucemia -Muerte -Sepsis -Hemorragia cerebral <p>Complicaciones tardías</p> <ul style="list-style-type: none"> -Parálisis cerebral -Bajo coeficiente intelectual -Retinopatía del prematuro -Baja audición 	-Toda investigación que contenga una o más de las complicaciones que pueden presentar los recién nacidos prematuros de manera inmediata y tardía a su nacimiento y afecte su calidad de vida.

CAPÍTULO

IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO

- Se desarrolló una investigación **documental**: La recopilación documental es una técnica de investigación general cuya finalidad fue la obtención de datos e información a partir de fuentes documentales secundarias tales como: revistas, documentos científicos, libros y artículos sobre prematurez.
- **Descriptivo**: Porque se buscó especificar propiedades y características importantes del problema en análisis y describir su situación dentro de la población.
- Con enfoque **cualitativo**: Ya que se buscó comprender la situación de la prematurez por medio de la revisión documental.
- **Transversal**: Ya que se realizó en un espacio de tiempo determinado y correlacional ya que se partió de datos secundarios.
- Empleando el **método deductivo**: La deducción partió de lo general a lo particular, este método parte de datos generales aceptados como verdaderos, para inferir, por medio del razonamiento lógico, varias suposiciones. Este enfoque se basó en certezas previamente establecidas como principio general, para luego emplear ese marco teórico a casos individuales y comprobar así su validez.

4.2. SELECCIÓN Y RECOPIACIÓN DE DOCUMENTOS

Se realizó una revisión documental de fuentes de información variada, para lo cual fue necesario la recopilación de 66 artículos científicos o informes de investigaciones realizadas sobre la prematurez entre los años 2010 a 2020 en países de ingresos medios, altos y bajos según la división de países realizada por el Banco Mundial, que cumplieron con al menos una de las variables a considerar dentro de la matriz de congruencia, debido a la dificultad para encontrar artículos que cumplieran con todas las variables al mismo tiempo.

Se utilizó una matriz para la recolección y clasificación de la información realizada en Excel la cual facilitó la obtención y recopilación de fuentes bibliográficas confiables, mediante la lectura de documentos, informes, revistas científicas, artículos y libros en línea que se encontraron en internet para su utilización. Dicha matriz requería el nombre del artículo, el autor/es, el país, la incidencia de prematuridad, los factores de riesgo para prematuridad, complicaciones inmediatas y tardías en los recién nacidos prematuros y las recomendaciones.

4.3. PROCEDIMIENTO PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS E INFORMACIÓN Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Al filtrar y verificar que cada artículo científico cumpliera con los parámetros requeridos para la investigación y eliminar los que no tuvieran una base suficiente de confiabilidad, se elaboraron por cada artículo una ficha bibliográfica de cita textual; y posteriormente un análisis de dichos resultados.

El análisis de la información documentada se realizó empleando técnicas de redacción y estructuración, para lograr una mejor comprensión de los resultados obtenidos. Los resultados se presentaron por medio de cuadros y textos que sintetizaron y presentaron los datos obtenidos.

4.4. PROCEDIMIENTO PARA LA SOCIALIZACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

La socialización de los resultados se realizó en un espacio ambientado con los resultados obtenidos impresos en papel, imágenes y contenido referente al tema de la investigación y además utilizando una presentación en PowerPoint, con la utilización de cuadros que presentaron los principales resultados obtenidos de la investigación frente a un Tribunal Calificador de la Carrera Salud Materno Infantil de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador, en modalidad virtual.

CAPÍTULO

V

5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 FICHAS BIBLIOGRÁFICAS DE CITA TEXTUAL

PAISES DE INGRESOS MEDIOS

García P, Pardo F, Zúñiga C. Factores asociados al parto prematuro en el departamento de Lempira, Honduras. Revistamedicahondurena.hn. [Publicación periódica en línea]. 2012 [citada 2022 abril 17]. 80(4):153-157. Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol80-4-2012-4.pdf>

FICHA
Nº1

Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el departamento de Lempira, Honduras (ficha de cita textual)

Objetivo: Identificar factores asociados al parto prematuro.

Incidencia: Mundialmente, entre 8 y 10% de partos son prematuros. La Organización Mundial de la Salud estimó para Honduras en 2010 que el 12% de los partos serían prematuros. En el Departamento de Lempira, durante el 2009 el 41% de muertes neonatales fueron atribuidas a la prematuridad.

Recomendaciones: Para reducir partos prematuros, se ha monitorizado la cantidad y calidad de atenciones prenatales y focalizando la oferta de métodos de planificación familiar en múltiparas. Se recomienda realizar estudios en municipios con altas tasas de parto prematuro.

Indicador: Factores de riesgo maternos

López B, Ávalos N, Díaz N. Incidencia de prematuros en el Hospital General Naval de Alta Especialidad 2015-2017. [Publicación periódica en línea]. 2018 [citada 2022 abril 17]; 72(1):19-23. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000100019

FICHA
Nº2

Incidencia de prematuros en el Hospital General Naval de Alta Especialidad 2015-2017 (ficha de cita textual)

Objetivo: Conocer la incidencia de recién nacidos prematuros que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General Naval de Alta Especialidad durante el periodo 2015-2017.

Incidencia: En el periodo de estudio hubo 1,855 nacimientos, 383 fueron ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; de éstos, 37% fueron prematuros, con mayor frecuencia de pacientes masculinos (55.9%) y prematuros tardíos (48.2%).

Indicador: Incidencia

Pérez Zamudio R, López Terrones CR, Rodríguez Barboza A. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. 2013 [citado el 04 de marzo de 2022];70(4):299–305. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000400005

**FICHA
N°3**

**Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato
(México)
(Ficha de cita textual)**

Objetivo: Conocer la incidencia de la prematuridad y las principales causas de morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato

Incidencia: Se registraron 10,532 nacimientos. De estos, 6.9% (736) fueron prematuros. Ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales 64% (472) de los nacimientos prematuros y 4.4% del total de nacimientos. En 2012 se observó un incremento en los ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (n =266) en relación con 2011 (n =206).

Conclusión: La incidencia de prematuridad incrementó de 6.5% en 2011 a 7.4% en 2012. Se requiere identificar los factores de riesgo para establecer medidas de prevención.

Matos-Alviso LJ, Reyes-Hernández KL, López-Navarrete GE, et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. Sal Jal. 2020;7(3):179-186.

**FICHA
N°4**

**La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad
(México)
(Ficha de cita textual)**

El nivel de ingreso del país continúa siendo un factor importante al medir la supervivencia de los recién nacidos.

En los países de ingresos altos la tasa de mortalidad es de solo tres muertes por cada mil nacimientos y en los países de ingresos bajos la tasa es de 27 fallecidos por el igual número de nacimientos. Japón es el país con mayor supervivencia al fallecer solo uno por cada mil recién nacidos, mientras que en Nigeria se registra la estadística más alta con 46 muertes por cada mil nacidos en el mismo periodo.

Incidencia de prematuridad:

Los 10 países a nivel mundial con mayor número de nacimientos prematuros		
Nº	País	Nacimientos
1	India	3 519 100
2	China	1 172 300
3	Nigeria	773 600
4	Pakistán	748 100
5	Indonesia	675 700
6	E. U. A.	517 400
7	Bangladesh	424 100
8	Filipinas	348 900
9	R.D. del Congo	341 400
10	Brasil	279 300

Los 10 países con las tasas más elevadas de nacimientos prematuros por cada 100 nacidos vivos		
No.	País	Nacimientos
1	Malawi	18,1
2	Comoras	16,7
3	Congo	16,7
4	Zimbabue	16,6
5	Guinea Ecuatorial	16,5
6	Mozambique	16,4
7	Gabón	16,3
8	Pakistán	15,8
9	Indonesia	15,5
10	Mauritania	15,4

En América latina nacen cada año 135 000 niños por parto prematuro. La situación es aún más grave en los prematuros extremos (<32 semanas) quienes la mayoría no sobrevive y llegar a lograrlo, hasta el 60% de los sobrevivientes tienen discapacidades neurológicas permanentes importantes

Nacimientos prematuros por cada 100 nacimientos en América latina		
No	País	% nacimientos prematuros
1	Costa Rica	13,6
2	El Salvador	12,8
3	Honduras	12,2
4	Belice	10,4
5	Uruguay	10,1
6	Nicaragua	9,3
7	Brasil	9,2
8	Bolivia	9,0

Indicadores utilizados: Incidencia

Mendoza Sánchez V, Acosta Tovar MA. “PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DE LA PREMATUREZ EN EL CENTRO MEDICO ISSEMYM ECATEPEC”. 2017 [citado el 5 de abril de 2022]; Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/994902>

FICHA
Nº5

**“Panorama epidemiológico de la prematuridad en el centro médico Issemym Ecatepec”
(México)
(Ficha de cita textual)**

Objetivo: Determinar la epidemiología de recién nacidos pretérmino hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el Centro Médico ISSEMYM Ecatepec.

Incidencia: Se documentaron 13 887 nacimientos. De estos, 2819 (20.3%) fueron prematuros; y de acuerdo con la clasificación del prematuro 1916 (68%) pertenecen al grupo de recién nacido prematuro moderado-tardío, 701 (24.8%) muy prematuro, 189 (6.7%), prematuro extremo y 12 (0.49%) a inmaduros. Con un predominio del género masculino 1663 (59%) sobre el femenino 1155(41%).

Recomendaciones: La epidemiología de prematuridad en nuestra unidad hospitalaria es similar en comparación con otras unidades médicas. La sobrevida del paciente prematuro extremo es cada vez mayor dada la disponibilidad de equipo biomédico y dada mayor capacitación de personal médico involucrado en la atención de este tipo de pacientes. Se requiere mejorar las estrategias de prevención y calidad de atención del nacimiento prematuro como una prioridad.

Conclusión: La sobrevida del paciente prematuro extremo es cada vez mayor dada la disponibilidad de equipo biomédico y dada mayor capacitación de personal médico involucrado en la atención de este tipo de pacientes. Se requiere mejorar las estrategias de prevención y calidad de atención del nacimiento prematuro como una prioridad.

Valdés R, Fabrè L, Montiel H, et al. Influencia de la prematuridad sobre el sistema nervioso en la niñez y en la adultez. [Publicación periódica en línea].2014. [citada: 2021 mayo 31]. 5(1), 40–48; Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/15>

FICHA
Nº6

**“Influencia de la prematuridad sobre el sistema nervioso en la niñez y en la adultez” (Cuba)
(ficha de cita textual)**

Incidencia: El nacimiento prematuro se da en 1 de cada 10 embarazos. En el mundo se producen anualmente alrededor de 13 millones de nacimientos prematuros. Las cifras aproximadas de incidencia son: 11 % en América del Norte, 5,6 % en Oceanía y 5,8 % en Europa. En Estados Unidos, como media, nace un bebé prematuro cada minuto.

Conclusión: Los programas de atención, evaluación y seguimiento de niños pretérmino deben tener en cuenta el efecto de dicho evento en las diferentes etapas de la vida.

Matos J, Reyes L, López E, et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. Sal Jal. 2020;7(3):179-186. [Publicación periódica en línea].2020. [citada 2022 abril 19]. disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj203h.pdf>

FICHA
Nº7

“La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad.”
(México)
(ficha de cita textual)

Incidencia: Diariamente mueren siete mil recién nacidos en todo el mundo, principalmente en los países más pobres, el 80% son prematuros y mueren el primer día de vida. El nivel de ingreso del país continúa siendo un factor importante al medir la supervivencia de los recién nacidos.

En los países de ingresos altos la tasa de mortalidad es de solo tres muertes por cada mil nacimientos y en los países de ingresos bajos la tasa es de 27 fallecidos por el igual número de nacimientos. Japón es el país con mayor supervivencia al fallecer solo uno por cada mil recién nacidos, mientras que en Nigeria se registra la estadística más alta con 46 muertes por cada mil nacidos en el mismo periodo. En América latina nacen cada año 135 000 niños por parto prematuro. La situación es aún más grave en los prematuros extremos (<32 semanas) quienes la mayoría no sobrevive y llegar a lograrlo, hasta el 60% de los sobrevivientes tienen discapacidades neurológicas permanentes importantes.

Chavarría F. Factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en El Salvador. Alerta. 2019. Revista científico – profesional. (2(2), 144–152. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i2.7922>

FICHA
Nº8

“Factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en El Salvador”
(ficha de cita textual)

Objetivo: Caracterizar los factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en El Salvador.

Incidencia: la prematuridad alcanza el 10.7%, constituyendo más del 60% de todas las muertes ocurridas en niñas y niños en el primer año de vida.

Recomendaciones: La historia clínica perinatal es un documento valioso para la detección y control adecuado de toda embarazada, por lo que se debe hacer un esfuerzo especial para identificar y registrar oportunamente los posibles riesgos de un embarazo, con el fin de brindar el manejo perinatal apropiado.

Abdel M, Khader Y, Batieha M. La incidencia, los factores de riesgo y la mortalidad de los recién nacidos prematuros: un estudio prospectivo de Jordania (2012-2013). [Publicación periódica en línea]. 2017.marzo. [citada 17 de abril de 2022];14(1):28-36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4274/tjod.62582>

FICHA
Nº9

La incidencia, los factores de riesgo y la mortalidad de los neonatos prematuros: un estudio prospectivo de Jordania (2012-2013)
(Ficha de cita textual)

Incidencia: La incidencia de parto prematuro fue del 5,8%, de los cuales el 85% fueron en 32-36 semanas gestacionales. La tasa de mortalidad neonatal fue de 4/1000 nacidos vivos entre los recién nacidos a término y de 123/1000 nacidos vivos entre los recién nacidos prematuros. La prematuridad, las anomalías congénitas y las enfermedades maternas fueron las causas del 84% de las muertes neonatales prematuras.

Conclusión: La tasa de mortalidad fue considerablemente mayor entre los recién nacidos prematuros que entre los recién nacidos a término; discrepancias entre Jordania y otros países. Se requiere una evaluación sistemática del riesgo prenatal y mejoras en la calidad de la atención médica posnatal para mejorar las tasas de supervivencia de los neonatos prematuros.

Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev peru ginecol obstet [Internet]. 2018 [citado el 6 de febrero de 2022];64(3):405-13. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6679493>

FICHA
Nº10

Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino
(Perú)
(Ficha de cita textual)

Dentro de la etiología de la rotura prematura de membranas (RPM) se consideran defectos estructurales de la formación de la membrana amniótica; sobre distensión de las membranas, como ocurre en los casos de polihidramnios o embarazo gemelar; causas infecciosas que pueden ascender desde la vagina y cuello, como es el caso de la vaginosis bacteriana. Sin embargo, muchas veces no se conoce la causa.

Incidencia: En el Perú, la tasa de parto prematuro se encuentra alrededor de 7%, y el año 2016 se registraron 30 294 partos prematuros; lo que coloca a esta entidad como uno de los principales problemas de salud pública. La prematuridad, evento no infrecuente en la práctica obstétrica y que tiene muchos riesgos para el neonato, se ve complicada mucho más cuando se da la ocurrencia de una rotura prematura de membranas. Le añade un factor de riesgo mayor al parto pretérmino, sobre todo cuando este es muy temprano. El total de partos durante el año 2016 fue 21 605. Durante ese año ocurrieron un total de 2 717 casos de rotura prematura de membranas (12,5%) y de ellos 518 (19%) fueron partos prematuros. El año 2017 ocurrieron 19 288 partos; de ellos, 2 697 (13,9%) fueron con rotura prematura de membranas y de ellos, 481 en embarazos pretérmino (17%).

Isayama T, Lee SK, Mori R, Kusuda S, Fujimura M. et al. Comparación de la mortalidad y la morbilidad de los lactantes de muy bajo peso al nacer entre Canadá y Japón. *Pediatría* [Publicación periódica en línea]. 2012 [citada:2021 mayo 31];130(4): 957-65. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/130/4/e957/30222/Comparison-of-Mortality-and-Morbidity-of-Very-Low?redirectedFrom=fulltext>

**FICHA
N°11**

**Comparación de la mortalidad y morbilidad de los lactantes de muy bajo peso al nacer entre Canadá y Japón
(ficha de cita textual)**

Objetivo: Comparar los resultados neonatales de neonatos de muy bajo peso al nacer (VLBW, por sus, admitidos en las CIN que participan en la red neonatal canadiense y la red neonatal de Japón.

Factores relacionados con la prematuridad: Se compararon un total de 5341 neonatos de la red neonatal canadiense y 9812 de la red neonatal de Japón. Hubo tasas más altas de hipertensión materna, diabetes mellitus, uso prenatal de esteroides y múltiples en Canadá, mientras que los partos por cesárea fueron más altos en Japón.

Indicadores: factores sociodemográficos y factores obstétricos.

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA PREMATUREZ (PAÍSES DE INGRESOS ALTOS)

Dres. Comas J, Meller C. Micone P. Consenso prevención parto prematuro. Sogiba [Internet] 2018. http://www.sogiba.org.ar/images/consenso_ppp_final_2018.pdf

**FICHA
N°12**

**CONSENSO PREVENCIÓN PARTO PREMATURO SOGIBA 2018
(ficha de cita textual)**

Factores relacionados con la prematuridad:

- Antecedente de parto prematuro espontáneo
- Antecedente de parto prematuro inducido
- Antecedente de rotura prematura de membranas Pretérmino
- Antecedente personal de parto prematuro
- Antecedente de feto muerto
- Antecedente de aborto del primero y segundo trimestre
- Embarazo múltiple
- Infección urinaria y bacteriuria asintomática

- Infecciones cervicovaginales: Vaginosis bacteriana, tricomonas, clamidia, micoplasma
- Enfermedad periodontal
- Patología cuello uterino: conización, incompetencia ístmico cervical
- Patología uterina: malformaciones, miomatosis
- Metrorragia de la primera y segunda mitad del embarazo
- Edad materna extrema: < 18 o > 40 años
- Índice de masa corporal inicial bajo: < 19.8
- Reproducción asistida
- Intervalo intergenésico menor a 6 meses
- Mal control prenatal
- Adicciones: tabaquismo, alcoholismo, drogas
- Estrés físico psíquico o laboral.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores obstétricos, factores ginecológicos, factores fetales y factores de infección.

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA PREMATUREZ (PAÍSES DE INGRESOS MEDIOS)

Dra. Pérez D. Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el Policlínico Norte de Ciego de Ávila, 2011-2012. Ciego de Ávila, Cuba. 20 de julio de 2015. [Consultado: 3 Abril 2022]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/viewFile/458/876>

**FICHA
N°13**

Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el Policlínico Norte de Ciego de Ávila, 2011-2012 (Cuba) (ficha de cita textual)

Objetivo: Resumir las variables que presentan asociación estadística significativa con el desarrollo de partos prematuros en las embarazadas del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila, en el período 2011-2012.

Factores relacionados con la prematurez: En el estudio se encontró asociación estadística significativa del parto prematuro con los siguientes factores de riesgo: antecedentes de abortos en embarazos anteriores, el bajo peso materno, la ganancia insuficiente de peso durante el embarazo, la anemia durante la gestación, las infecciones vaginales y urinarias.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores obstétricos, factores ginecológicos, factores fetales y factores de infección.

Aguirre M. Villena S. Universidad Nacional de San Antonio Abad el cusco facultad de enfermería. Factores de riesgo maternos asociados a la prematuridad de los recién nacidos en el servicio de neonatología del hospital Antonio lorena cusco enero-julio-2011. Cusca-Perú pág. 4 – 50. Disponible en: <https://1library.co/document/zpw8o30y-factores-materno-asociados-prematuridad-servicio-neonatologia-hospital-antonio.html>

FICHA
N°14

Factores de riesgo materno asociados a la prematuridad de los recién nacidos en el servicio de Neonatología del hospital Antonio Lorena Cusco Enero-Julio 2011(Perú)
(ficha de cita textual)

Objetivo: Determinar los factores de riesgo maternos asociados con la prematuridad de los recién nacidos en el servicio de neonatología del hospital Antonio Lorena- Cusco 2011.

Factores relacionados con la prematurez: Los factores de riesgo asociados a la prematuridad identificados en el hospital Antonio Lorena del Cusco en el periodo Enero- Julio del 2011 fueron: edades extremas (<19- >35 años) de la madres, (factores sociales), controles prenatales incompletos, ruptura prematura de membranas, infecciones de tracto urinario, hipertensión inducida por el embarazo (pre eclampsia, eclampsia) y antecedentes de aborto (factores de riesgo materno), confirmando la hipótesis planteada.

Recomendaciones: 1. El profesional de salud debe de catalogar a una paciente gestante de alto riesgo para lo cual es necesario plantear y realizar programas de asistencia que incluyan un control prenatal adecuado y determinar si la gestante presenta alguno de los factores de riesgo, por ende, hacer un seguimiento adecuado de las misma. Considerando este hecho como un problema en la salud materno infantil.
2. Es de importancia el trabajo multisectorial para mejorar la educación sanitaria de la población objetivo y la accesibilidad a los servicios de salud a través de diversas estrategias como mejorar la relación personal - paciente, además de la capacitación constante del personal para brindar una atención adecuada e integral a la gestante.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores obstétricos, factores ginecológicos, factores fetales y factores de infección.

Gálvez M. Perfil epidemiológico de recién nacidos de gestantes adolescentes nacidos en el Hospital de San Benito, en el período de enero a diciembre del 2017. [Tesis previa al grado de Magister Artium y especialista en pediatría]. Guatemala. Universidad Mariano Gálvez de Guatemala. 2019.

FICHA
N°15

“Perfil epidemiológico de recién nacidos de gestantes adolescentes nacidos en el hospital de san Benito, en el período de enero a diciembre del 2017” (Guatemala)
(ficha de cita textual)

Objetivo: Establecer el perfil epidemiológico de recién nacidos de gestantes adolescentes nacidos en el Hospital de San Benito, en el período de enero a diciembre del 2017.

Factores relacionados con la prematurez:

Se evidencio que la mayoría de las adolescentes embarazadas provienen del área rural con un porcentaje de 63% (182) y del área urbana con un total de 108 pacientes (37%), quienes en un 50% corresponden a los rangos de edades entre 18 y 19 años (145) y el otro 50% en el rango de 12 a 17 años, encontrándose 215.

El (74%) en estado civil unión de hecho y/o casadas y 75 solteras (26%) de las cuales 240 usuarias son amas de casa con (82%); 21 con ocupación de estudiantes (7%); con ocupación dependiente 12 adolescentes (4%), comerciantes 7 usuarias (3%); secretarias 5 (2%) y maestras 5 (2%), perteneciendo según su etnia a la ladina (79%) y maya (21%), de las cuales según su escolaridad 166 llegaron a cursar el nivel primario, 81 llegaron al nivel secundario, 33 el nivel diversificado y 10 sin ningún nivel de escolaridad.

Según el número de gestaciones 219 (75.5%) han tenido más de dos partos (múltiparas); 71 (24.5%) solamente su primer parto (primípara) de las cuales 145 presentaron alguna complicación correspondiendo al 50%. Se encontró que 263 (90.7%) recién nacidos fueron a término; 26 (8.9%) pertenecen a prematuro y 1 (0.4%) caso de recién nacido postmaduro, identificándose 239 (81%) casos que corresponden a peso normal, 48 (17.6%) con bajo peso y 3 (1.4%) casos con peso macrosómicos.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos y factores obstétricos.

Morales E. Factores de riesgo en la amenaza del parto pretérmino. [Tesis previa al grado de especialidad en ginecología y obstetricia]. Guatemala: Universidad de san Carlos Guatemala. 2017

**FICHA
N°16**

**Factores de riesgo en la amenaza del parto pretérmino (Guatemala)
(ficha de cita textual)**

Objetivo: Describir los factores de riesgo encontrados en pacientes con amenaza de parto pretérmino en el Hospital nacional de escuintla en el periodo de enero a diciembre de 2014”

Factores relacionados con la prematuridad: En cuanto al perfil epidemiológico de pacientes con amenaza de parto pretérmino evaluadas en el Hospital Nacional de Escuintla durante el periodo de 1 de enero a 31 de diciembre 2014 se pudo concluir lo siguiente: 1. El factor de riesgo más frecuente fue la infección del tracto urinario se observó en un 55% para un total de 33 pacientes, seguido del antecedente de amenaza de parto pretérmino para un 43.3%. 2. Según la edad gestación en la que se presentó con más frecuencia la amenaza de parto pretérmino fue entre las 28 a 36 semanas para un 88.3%. 3. Predominaron las pacientes en edades jóvenes con un rango de 15 a 19 años, de las cuales 11 son primigestas (18.3%), seguida de paciente entre el rango de edades de 25 a 29 años, secundigestas. La mayoría eran amas de casa y del área rural. 4. El 53.3% no llevo control prenatal.

Recomendaciones: Se recomienda elevar la calidad del control prenatal, cumpliendo los cuatro requisitos básicos: precoz, periódico, completo y extenso. Ofrecer plan educacional a las mujeres embarazadas sobre los signos y síntomas de trabajo de parto pretérmino y así poder realizar un diagnóstico temprano y ofrecer tratamiento oportuno y asimismo evitar todas las complicaciones que lleva la misma. Incrementar las acciones de salud reproductiva y educación sexual en pacientes adolescentes para evitar embarazos a esta edad ya que los embarazos a esta edad van en aumento.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores obstétricos, factores ginecológicos, factores fetales y factores de infección.

Mayorga G, Rodríguez E, Ortiz J, Rivera W, Duarte N. Perfil epidemiológico y factores de riesgo en recién nacidos prematuros, Hospital Regional, Gracias, Lempira. Desastres.hn. [Publicación periódica en línea]. 2011[citado el 17 de abril de 2022]. disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/rmh/pdf/2012/pdf/vol80-4-2012-3.pdf>

FICHA
N°17

Perfil epidemiológico y factores de riesgo en recién nacidos prematuros, Hospital Regional, Gracias, Lempira (Honduras)
(ficha de cita textual)

Objetivo: Conocer la caracterización epidemiológica y factores de riesgo en recién nacidos prematuros atendidos en el Hospital Dr. Juan Manuel Gálvez, Gracias, Lempira, Honduras, 2011.

Factores relacionados con la prematurez: Los factores fetales como el sexo masculino, presencia de malformaciones congénitas o productos de embarazo múltiple están relacionados al riesgo de prematurez y que los factores maternos como el embarazo adolescente, primigesta, espacio intergenésico menor de 2 años y enfermedades en el embarazo en especial las infecciones del tracto urinario, anemia, sumados a un control prenatal deficiente son factores de riesgo determinantes de prematurez.

Recomendaciones: Reforzar el programa materno infantil con énfasis en la calidad del control prenatal, educación garantizada a toda la población, especialmente a la más vulnerable, como ser los adolescentes, concientizar a las embarazadas sobre la importancia de acudir a los controles prenatales puntualmente, sobre todo, si presenta riesgo obstétrico.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores obstétricos, factores ginecológicos, factores fetales y factores de infección.

García P, Pardo F, Zúñiga C. Factores asociados al parto prematuro en el departamento de Lempira, Honduras. Revistamedicahondurena.hn. [Publicación periódica en línea]. 2012 [citada 2022 abril 17]. 80(4):153-157. Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol80-4-2012-4.pdf>

FICHA
N°12

Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el departamento de Lempira, Honduras
(ficha de cita textual)

Objetivo: Identificar factores asociados al parto prematuro.

Factores relacionados con la prematurez: El parto prematuro en el Departamento de Lempira esta asociado con bacteriuria, pocas atenciones prenatales y multiparidad.

Recomendaciones: Para reducir partos prematuros, se ha monitorizado la cantidad y calidad de atenciones prenatales y focalizando la oferta de métodos de planificación familiar en multiparas. Se recomienda realizar estudios en municipios con altas tasas de parto prematuro.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores obstétricos, factores ginecológicos y factores de infección.

K. Adu-Bonsaffoh, C. Gyamfi-Bannerman, S.A. Opong, J.D. Seffah Determinantes y resultados de los partos prematuros en un hospital terciario de Ghana. Sciencedirect.com. [Publicación periódica en línea]. 2019 [citada 2022 abril 17]. 79(1):62-67. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0143400418310567?via%3Dihub>

**FICHA
N°18**

**Determinantes y resultados de los nacimientos prematuros en un hospital terciario de Ghana
(ficha de cita textual)**

Objetivo: Determinar la incidencia, los determinantes específicos y los resultados del parto prematuro en un hospital universitario de Ghana.

Factores relacionados con la prematurez: Los principales factores asociados con la PTB incluyen la edad materna avanzada (>35 años), la atención prenatal deficiente, los trastornos hipertensivos y la ruptura prematura de membranas (RPMP), mientras que la obesidad fue protectora.

Recomendaciones: Se requiere urgentemente un cambio de paradigma en el manejo clínico de los nacimientos prematuros / prematuros con un equipo multidisciplinario dedicado de manera proactiva y la participación de la comunidad global.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores obstétricos, factores ginecológicos y factores de infección.

Oliveira L. Carvalho A. Gonçalves J. Bonilha A. Factores Maternos y Neonatales Relacionados con la Prematuridad. Scielo Brasil. [Internet] 2022. [consultado abril 2022]. Vol. 9 Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/7MGKxJcY8Ldggf8ynN69LWJk/?lang=en>

**FICHA
N°19**

**Factores maternos y neonatales relacionados con la prematuridad (Brasil)
(ficha de cita textual)**

Objetivo: Identificar factores maternos y neonatales asociados a prematuridad en el municipio de Porto Alegre.

Factores relacionados con la prematurez: En el análisis estadístico, las siguientes variables se asociaron significativamente con la prematuridad: edad materna; nivel educacional; tipo de embarazo; Puntuación de Apgar a los cinco minutos; peso de nacimiento; y atención prenatal inadecuada.

Recomendaciones: La atención prenatal tiene un papel fundamental en la reducción de los nacimientos prematuros. Es fundamental identificar a una mujer embarazada desde el principio y comenzar pronto la atención prenatal. De esta forma el profesional de la salud podrá identificar los riesgos gestacionales con un parto prematuro, el tratamiento de las complicaciones y la derivación para tratamiento en el caso de mayores complejidades, si fuera necesario.

Recomendaciones: El aumento de la prevalencia de la prematuridad es un evento que preocupa a los gestores de salud en todo el país y contrasta con el aumento del desarrollo tecnológico en la atención médica y la reducción de la mortalidad infantil. La prematuridad es un problema complejo de salud pública porque es un tema multifactorial que está interrelacionado y puede variar en diferentes poblaciones.

La atención prenatal tiene un papel fundamental en la reducción de los nacimientos prematuros. Es fundamental identificar a una mujer embarazada desde el principio y comenzar pronto la atención prenatal. De esta forma el profesional de la salud podrá identificar los riesgos gestacionales con un parto prematuro, el tratamiento de las complicaciones y la derivación para tratamiento en el caso de mayores complejidades, si fuera necesario. El presente estudio mostró la consecuencia más inmediata de la prematuridad para los recién nacidos al evidenciar su asociación con peores puntajes de Apgar y bajo peso al nacer. Los siguientes factores también se mostraron como posibles determinantes más distales de la prematuridad: edad de la madre, educación materna inadecuada, gestación múltiple, atención prenatal inadecuada y cesárea.

Se cree que es necesario desarrollar estudios poblacionales regionales debido a la gran diversidad de la población brasileña. Considerando la parte significativa de la prematuridad en la mortalidad infantil, es imperativo que las investigaciones con este tema continúen dilucidando las causas de la prematuridad a fin de ayudar en la planificación de acciones preventivas para combatirla, con la consecuente disminución de la morbimortalidad infantil.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos y factores obstétricos.

Derakhshi B, Esmailnasab N, Ghaderi E, Hemmatpour S. Factor de riesgo del trabajo de parto prematuro en el oeste de Irán: un estudio de casos y controles. [Publicación periódica en línea]. 2014 [citada 2022 abril 17];43(4):499–50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4433732/>

FICHA
Nº20

**Factor de riesgo del trabajo prematuro en el oeste de Irán: Un estudio de casos y controles
(ficha de cita textual)**

Objetivo: Evaluar los factores de riesgo del trabajo de parto prematuro en la etnia kurda.

Factores relacionados con la prematurez; En el análisis univariado, la propia prematuridad de la madre, la historia de parto prematuro previo, la prematuridad en los miembros de la familia de primer grado, los antecedentes de niños muertos, la ruptura prematura de membranas, los embarazos múltiples, la diabetes general, la hipertensión crónica, la preeclampsia y la eclampsia, la infertilidad y la incompetencia cervical tuvieron una relación significativa con el trabajo de parto prematuro. Sin embargo, los resultados del análisis multivariante mostraron que el líquido amniótico anormal, la ruptura prematura de membranas, los embarazos dobles y múltiples, la hipertensión crónica, los antecedentes familiares de nacimiento prematuro, las madres envejecen más de 35 años y la incompetencia cervical tuvieron una relación significativa con el nacimiento prematuro.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores obstétricos, factores ginecológicos y factores de infección.

Nolasco B , Hernández, González M. Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada. Gineco Obstet Mex [Internet]. 2012 [citado el 16 de noviembre de 2021];80(04):270–5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=34802>

**FICHA
N°21**

**Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada
(México)
(Ficha de cita textual)**

Objetivo: Conocer los resultados materno-fetales de las pacientes de 40 o más años que recibieron atención del parto en el lapso de un año en un hospital de concentración de la ciudad de Monterrey, Nuevo León.

Factores relacionados con la prematuridad: Se incluyeron 163 pacientes y 170 recién nacidos. Un neonato falleció, pero no se registraron las muertes maternas. La complicación materna más frecuente fue la diabetes gestacional (16%) seguida de los trastornos hipertensivos del embarazo (10%). El 71.1% de los embarazos terminó mediante cesárea, indicada por cesáreas previas. El principal motivo de la hospitalización fue la amenaza de parto prematuro (4.2%). En 11% de las pacientes hubo rotura prematura de membranas. El promedio de semanas de gestación al nacimiento fue de 38. El peso promedio de los neonatos fue de 3032 g. Se registraron cinco casos (2.9%) de malformaciones congénitas.

El 12.3% (21/170) de los recién nacidos se trasladó al cunero debido a prematuridad.

Conclusión: El antecedente de cesárea previa fue la principal indicación de cesárea y la prematuridad la causa primaria de morbilidad perinatal.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores obstétricos y factores de infección.

Repositorio de Tesis DGBSDI: Prematuridad y bajo peso al nacimiento: expresión clínica de violencia física que sufre la madre durante la gestación: revisión cualitativa de la literatura [Internet]. Unam.mx. [citado el 12 de abril de 2022]. Disponible en: https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000663639

**FICHA
N°22**

**Prematuridad y bajo peso al nacimiento. Expresión clínica de violencia física que sufre la madre durante la gestación (2010) (México)
(Ficha de cita textual)**

Objetivo: Búsqueda cualitativa de la literatura que señale la asociación de prematuridad y bajo peso al nacimiento con la antecedente violencia física de madres durante la gestación.

Factores relacionados con la prematuridad: Los resultados presentados en este estudio indican que la violencia física durante el embarazo es un factor altamente asociado para la presencia de prematuridad y bajo peso al nacimiento. La relación que se da entre el personal de salud y la mujer embarazada es una oportunidad para identificar y ayudar a mujeres que son víctimas de la violencia física, evitando así el gasto tan excesivo de los cuidados perinatales y de secuelas a largo plazo.

Recomendaciones: Basados en los resultados de este estudio se sugiere que se deberían incluir programas de prevención de la violencia física durante el embarazo. Así como realizar un escrutinio durante todo el control prenatal, para identificar este fenómeno inclusive después de la resolución del embarazo. Los resultados obtenidos indican la necesidad de investigar más a fondo el tema, para instruir al personal de salud involucrado sobre la violencia a las mujeres como factor de riesgo reproductivo y conformar grupos expertos en este tema con el fin de desarrollar protocolos especializados para identificar embarazadas sometidas a algún tipo de agresión y favorecer que la mujer y su hijo tengan un ambiente lo más seguro posible.

Este fenómeno de violencia también es un problema de derechos humanos por lo tanto de competencia y responsabilidad social.

Indicadores utilizados: factores socioeconómicos.

Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev. Perú gineco Obstet [Internet]. 2018[citado el 9 de marzo de 2022];64(3):405–13. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6679493>

**FICHA
N°10.1**

**Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino
(Perú)
(Ficha de cita textual)**

Factores relacionados con la prematuridad:

Parto pretérmino previo: 31% a 50%
Embarazo múltiple y complicaciones asociadas: 12% a 28%
Rotura prematura de membranas: 6% a 40%
Trastornos hipertensivos del embarazo: 12%
Restricción del crecimiento intrauterino: 2% a 4%
Hemorragia ante parto: 6 a 9%
Miscelánea (estatus socioeconómico): 8% a 9%
Madre adolescente: 41% a 63%.

También debemos considerar las infecciones como factor de riesgo tanto para la posibilidad de un parto prematuro como para la de la rotura prematura de membranas. Es así que, en los casos de infecciones urinarias y bacteriuria asintomática, existen evidencias del riesgo significativo de parto pretérmino en el grupo de portadoras de bacteriuria asintomática; se señala hasta un 64%. Es importante recordar que cuando tenemos un urocultivo positivo a estreptococo del grupo B, las embarazadas deben ser tratadas e identificadas como portadoras, debiendo recibir profilaxis intraparto (tanto en el pretérmino como en los casos de gestantes a término), para prevención de la sepsis neonatal.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores obstétricos, factores ginecológicos y factores de infección.

Jamedinova U. El análisis de los factores sociodemográficos del riesgo de nacimiento de niños prematuros en la república de Kazajstán. [Publicación periódica en línea].2018. julio [citada 2022 abril 17];(280-281):107-12. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/30204106>

FICHA
N°23

El análisis de los factores sociodemográficos del riesgo de nacimiento de los niños prematuros en la república de Kazajstán
(Ficha de cita textual)

Objetivo: Analizar los factores de riesgo para el nacimiento de bebés prematuros en la ciudad de Semey, Kazajstán.
Factores relacionados con la prematuridad: El estudio incluyó nacidos vivos nacidos entre 2012 y 2015 en el Centro Perinatal de la Ciudad de Un total de 722 niños fueron incluidos en el estudio, de los cuales 358 eran bebés prematuros y 364 recién nacidos a término. El procesamiento estadístico de los datos se realizó utilizando IBM SPSS 20. Con cada embarazo posterior, la madre tiene un aumento de 1,2 veces en las posibilidades de tener un bebé prematuramente. Con cada nacimiento posterior, las posibilidades de tener un bebé aumentan prematuramente 0,7 veces. Un aumento en la edad de la menarquía durante 1 año aumenta las posibilidades de tener un bebé prematuramente 0,9 veces. El sexo masculino del bebé también está prematuramente en riesgo. El nacimiento prematuro es un proceso multifactorial que hemos descubierto que la frecuencia del parto y el embarazo, así como el sexo del niño y la edad de la menarquía de la madre son factores del nacimiento prematuro del niño. A fin de prevenir el nacimiento de niños, es prematuro realizar una labor educativa con niñas y mujeres en edad fértil.
Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores ginecológicos y factores obstétricos.

Abdel M, Khader Y, Batieha M. La incidencia, los factores de riesgo y la mortalidad de los recién nacidos prematuros: un estudio prospectivo de Jordania (2012-2013). [Publicación periódica en línea]. 2017.marzo. [citada 2022 abril 17];14(1):28-36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4274/tjod.62582>

FICHA
N°9.1

La incidencia, los factores de riesgo y la mortalidad de los recién nacidos prematuros: un estudio prospectivo de Jordania (2012-2013)
(Ficha de cita textual)

Objetivo: Explorar la incidencia del parto prematuro, los factores de riesgo maternos para tener un neonato prematuro y la mortalidad de los neonatos prematuros en Jordania.
Factores relacionados con la prematuridad: El sexo masculino, primer embarazo, la hipertensión, la preeclampsia y la diabetes se asociaron significativamente con un mayor riesgo de parto prematuro. Las mujeres de 20 a 35 años tenían el menor riesgo de parto prematuro. El peso de la madre <50 kg, la hospitalización a las 24-34 semanas gestacionales, la falta de visitas de atención prenatal o las visitas <8 durante el embarazo, un historial de parto prematuro y un historial de mortinato/muerte neonatal se asociaron con un mayor riesgo de parto prematuro.
Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores obstétricos, factores ginecológicos y factores de infección.

Mohammad K, Abu Dalou A, Kassab M, Gamble J, Creedy K. Prevalencia y factores asociados con la aparición de partos prematuros en la gobernación de Irbid de Jordania: un estudio retrospectivo. [Publicación periódica en línea].2014. septiembre. [citada 2022 abril 17];21(5):505–510. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12335>

**FICHA
N°24**

**Prevalencia y factores asociados con la aparición de partos prematuros en la gobernación de Irbid de Jordania: un estudio retrospectivo
(Ficha de cita textual)**

Objetivo: Analizar los registros médicos para determinar los posibles factores de riesgo que conducen al parto prematuro en la gobernación de Irbid de Jordania.

Factores relacionados con la prematurez: Se incluyeron un total de 647 nacimientos. Hubo más mujeres que hombres (54,9% vs. 45,1%), siendo el 75,6% el segundo hijo o más. La mitad de las madres (50,2%) tenían entre 25 y 35 años de edad. Los factores asociados con el parto prematuro fueron el sexo masculino ($P = 0,008$), la edad materna > 35 y el primer nacimiento.

Recomendación: Las enfermeras deben proporcionar apoyo y educación a las madres con riesgo potencial de salud reproductiva y planificación familiar.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores obstétricos, factores fetales, factores ginecológicos y factores de infección.

Chimhini G, Tshimanga M, Chikwasha V, Mungofa S. Determinantes de los nacimientos prematuros en dos hospitales centrales de Harare, Zimbabwe, 2011. [Publicación periódica en línea].2014. septiembre. [citada 2022 abril 17];59(1):9–12. Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/cajm/article/view/107810>

**FICHA
N°25**

**Determinantes de los nacimientos prematuros en dos hospitales centrales de Harare, Zimbabwe, 2011
(Ficha de cita textual)**

Objetivo: Identificar los factores de riesgo locales para la prematuridad podría ayudar a la llegada con la intervención local y las estrategias de prevención.

Factores relacionados con la prematurez: periodo intergenésico menor a 24 meses, el parto prematuro previo, sólo una asistencia a controles prenatales, la desnutrición materna y la hospitalización con complicaciones en el embarazo se asociaron con el parto prematuro. No había asociación con la infección VIH. Se deben hacer esfuerzos para dar suplementos alimenticios a las mujeres embarazadas desnutridas.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores obstétricos, factores fetales, factores ginecológicos y factores de infección.

Ijusa M. Prevalencia de parto prematuro y factores de riesgo asociados en el Hospital General de Enseñanza y Referencia del Condado de Kakamega. [Tesis previa al grado de maestría en medicina y salud infantil]. Universidad de Nairobi. Kenia. 2019.

FICHA
N°26

Prevalencia de parto prematuro y factores de riesgo asociados en el Hospital General de Enseñanza y Referencia del Condado de Kakamega (Kenia)
(Ficha de cita textual)

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados para el parto prematuro en el Hospital General de Referencia Docente del Condado de Kakamega (KCGTRH).

Factores relacionados con la prematurez: Hubo un total de 230 madres que fueron muestreadas consecutivamente e inscritas para el estudio después de firmar un formulario de consentimiento. Se realizó una entrevista guiada por cuestionario cara a cara para determinar los factores de riesgo asociados para el parto prematuro y se realizaron tres secciones sobre datos sociodemográficos, obstétricos y neonatales.

Resultados: La mediana de edad de las madres entrevistadas fue de 25,5 años. El estudio mostró que la prevalencia de partos prematuros fue del 18,6%. La mayoría de los factores sociodemográficos no tuvieron asociación significativa con el parto prematuro. Ningún nivel de educación o educación hasta el nivel primario fue un factor de riesgo para el parto prematuro. Se demostró que el período de embarazo inter por debajo de los dos años y los antecedentes de afecciones médicas relacionadas con el embarazo como la hipertensión tenían una asociación significativa con el parto prematuro. Otros factores obstétricos que fueron analizados y no tuvieron asociación significativa con el parto prematuro en este estudio fueron: Paridad por debajo de 4 y por encima de 4, historia de parto prematuro, historia de aborto, antecedentes de afecciones crónicas, antecedentes de infecciones en el embarazo y nivel de hemoglobina.

Conclusión: Se encontró que la prevalencia de parto prematuro fue de 18,6% en KCGTRH. Los principales factores de riesgo asociados incluyeron ningún nivel de educación o educación hasta el nivel primario, el nivel Inter embarazo de 2 o menos de 2 años y la historia de la condición médica relacionada con el embarazo como la hipertensión.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos y factores obstétricos.

Meqa K, Dragidella F, Disha M, Sllamniku-Dalipi Z. The association between periodontal disease and preterm low birthweight in Kosovo. Acta Stomatol Croat [Internet]. 2017;51(1):33–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15644/asc51/1/4>

FICHA
N°27

La asociación entre la enfermedad periodontal y el bajo peso al nacer prematuro en Kosovo
(Ficha de cita textual)

Objetivo: Comparar el estado periodontal entre las mujeres con parto normal y aquellas con parto prematuro de bajo peso al nacer.

Factores relacionados con la prematurez: Las mujeres con periodontitis tienen estadísticamente un riesgo 3,2 veces mayor de dar a luz a un hijo con bajo peso y un riesgo 3,4 veces mayor de dar a luz prematuro, en comparación con las mujeres sin periodontitis. Las mujeres con bebés prematuros de bajo peso al nacer tenían bolsas periodontales más profundas que las mujeres con parto normal.

Recomendaciones: La enfermedad periodontal en mujeres embarazadas con un reservorio de organismos y sus productos puede considerarse un factor de riesgo para el resultado adverso del embarazo.

Indicadores utilizados: factores de infección.

Ministerio de salud pública y bienestar social. Bebés prematuros, pequeños grandes luchadores [Publicación periódica en línea]. 2019 [citada 2022 junio 19]. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/portal-19976/bebes-prematuros-pequentildeos-grandes-luchadores.html>

FICHA
N°28

**Bebés prematuros, pequeños grandes luchadores (Paraguay)
(ficha de cita textual)**

Factores asociados a la prematuridad: La prematuridad es aún prevenible porque las causas de la misma están asociadas a enfermedades del embarazo que pueden prevenirse o, de aparecer, ser tratadas y controladas. “Como ejemplo, tenemos tasas de prematuridad asociadas a infecciones maternas, como una infección de las vías urinarias, que es de fácil diagnóstico y tratamiento. Asimismo, existen tasas de prematuridad asociadas a la hipertensión arterial, que es una morbilidad que puede aparecer en el embarazo, pero tener un adecuado control para disminuir los riesgos de que la gestación se interrumpa prematuramente”.

En Paraguay -refiere la Dra. Fonseca- se registra una tasa de 8% de prematuridad. “Desde el año 2018, de los ciento quince mil niños que nacieron en nuestro país, un 8 por ciento fue prematuro. Esto nos da un número aproximado de 9.000 niños nacidos prematuramente”.

La tasa de mortalidad neonatal en este periodo fue del 10.8 por cada 1.000 niños nacidos vivos, detalla la pediatra. “Según datos provistos por el Ministerio de Salud Pública, de la tasa de fallecimiento de neonatos, un 95% estuvo relacionado con la prematuridad”. Estas cifras -asegura la Dra. Fonseca- posicionan a la prematuridad “como un problema de salud pública en Paraguay.” Lo mismo ocurre a nivel mundial, apunta.

“En nuestro país, poco a poco vamos mejorando la sobre vida de los niños prematuros, a través de la mejora en la calidad de atención que se les provee”, asegura la Dra. Fonseca. “Y en esto, nuestro hospital es referente. Dentro del San Pablo, contamos con una Unidad de Terapia Intensiva que posee 14 unidades preparadas para una atención con alta tecnología a los niños; 14 en terapia intermedia y 10 unidades en cuidados mínimos. Asimismo, tenemos 3 unidades en sala de parto equipadas adecuadamente,” describe la neonatóloga.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos y factores de infección.

Sánchez, K., Milian L. Complicaciones Obstétricas y Perinatales en gestantes añosas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Santa María de Cutervo, noviembre 2018 – febrero 2019. Tesis previa al grado de especialista en obstetricia de riesgo y emergencias obstétricas]. Perú. Universidad Particular de Chiclayo. 2020

FICHA
N°29

**Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes añosas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Santa María de Cutervo, noviembre 2018 – febrero 2019 (Perú)
(ficha de cita textual)**

Objetivo: Determinar las Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes añosas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Santa María de Cutervo, noviembre 2018 – febrero 2019.

Factores relacionados a la prematuridad:

-La prevalencia de gestaciones en añosas en el período de estudio fue 14.40%.

-Las gestantes añosas se caracterizaron por tener entre 36 y 39 años (63.64%), ser convivientes (60%), proceder de zonas urbano-marginales (45.45%), amas de casa (85.45%) y tener estudios secundarios completos (36.36%).

-Predominaron las madres cuya edad gestacional oscilaba entre 37 – 41 semanas (65.31%) y las multíparas (63.64%).

-La prevalencia de complicaciones obstétricas en gestantes añosas fue del 54.55%, dentro de ellas se halló a la Parto Pretérmino (18.18%), Hipertensión Inducida por el embarazo (14.55%), DPP (09.09%), Atonía uterina (07.27%) y aborto (05.45%).

-La prevalencia de complicaciones perinatales en gestantes añosas fue del 45.45%, dentro de las cuales se identificaron al: bajo peso al nacer (21.82%), prematuridad (14.55%), RCIU (07.27%) y sepsis (01.82%).

Recomendaciones: Orientar a las mujeres sobre los riesgos que amerita el postergar la concepción en edades avanzadas.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores obstétricos y factores fetales.

Mendoza A. Factores asociados a prematuridad en recién nacidos de cesárea por preeclampsia, Hospital Sergio E. Bernales, [Internet] 2017-2019. Lima Perú. 2020 disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2981/TESIS_VERGARA%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

**FICHA
N°30**

**“Factores asociados a prematuridad en recién nacidos de cesárea por preeclampsia, Hospital Sergio E. Bernales, 2017-2019” (Perú)
(ficha de cita textual)**

La prematuridad es la complicación neonatal más frecuente en la preeclampsia, relacionándose hasta en el 50% de casos. El parto pretérmino conlleva a otras complicaciones neonatales tales como talla y peso bajo para edad gestacional, pequeño para la edad gestacional y un puntaje APGAR al minuto y a los 5 minutos bajo.

Objetivos: Determinar los factores asociados a prematuridad en recién nacidos por cesárea a causa de preeclampsia en el servicio de Neonatología del Hospital Sergio E. Bernales en el periodo 2017-2019.
Materiales y métodos: Estudio observacional, transversal analítico.

Factores relacionados a la prematurez: en el análisis multivariado las variables significativas fueron la clasificación del peso al nacer y la insuficiencia de controles.

Dentro de las complicaciones neonatales, la más frecuente fue la prematuridad en un 25%, seguida por bajo peso al nacer en 17.5%, depresión neonatal en 15%, síndrome de dificultad respiratoria en 7.5 %, 2.5% trastornos metabólicos y RCIU.

Conclusiones: El inadecuado peso al nacer y la insuficiencia de controles prenatales son un factor asociado a prematuridad en la población de estudio.

Recomendaciones: -Al encontrar la variable de insuficiencia de controles prenatales significativa, se recomienda ampliar en futuras investigaciones las razones sociodemográficas que puedan influir en las mujeres para que no cumplan sus factores.

-Se recomienda ampliar la investigación en esta población de estudio sobre las complicaciones neonatales.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores obstétricos y factores fetales.

Torres K. Causas de la amenaza de parto pretérmino y sus complicaciones neonatales en la prematuridad en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel (septiembre 2012 – febrero 2013). [Tesis previa al grado de obstetricia]. Ecuador. Universidad de Guayaquil. 2013.

FICHA
Nº.31

“Causas de la amenaza de parto pretérmino y sus complicaciones neonatales en la prematuridad” en el Hospital materno infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel (septiembre 2012 – febrero 2013) (Ecuador)

(ficha de cita textual)

Objetivo: Analizar la amenaza de parto pretérmino y las complicaciones neonatales de la prematuridad en el hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel.

Factores relacionados a la prematuridad: El 36,78% de ingreso con amenaza de parto pretérmino fueron pacientes de 14 y 18 años, siendo la causa principal infección de vías urinarias 80.45%. En lo que respecta a los antecedentes obstétricos de las pacientes 47,12% eran primigestas, la edad gestacional al momento del ingreso 33-35 semanas, las modificaciones cervicales que presentaron el 51,7% fue 2cm de dilatación y 20% de borramiento. Del total de la muestra en 12 pacientes se desarrolló el trabajo de parto en los cuales 10 fueron parto normal 2 cesáreas, y de aquellos recién nacidos el 75% a la valoración por examen físico fueron de 34 – 35 semanas, 47% peso 2.000 gramos y presentaron un pagar 7 a 8 el 50%, a pesar de eso se ingresó al 83.3% a UCIN con diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria.

Recomendaciones: -Capacitar a las pacientes con charlas sobre la importancia de realizar oportunamente los controles prenatales, y así evitar la amenaza de parto pretérmino.

-Fomentar mediante charlas dirigidas a las pacientes adolescentes sobre las causas y las complicaciones fetales al nacer antes de las semanas óptimas de gestación.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores obstétricos, factores fetales, factores ginecológicos y factores de infección.

Guamán S. Prevalencia y factores asociados a prematuridad en el área de pediatría del Hospital José Carrasco Arteaga, enero 2016 a diciembre 2017. [Tesis previa al grado de Medicina]. Ecuador. Universidad Católica de Cuenca; 2018.

FICHA
Nº32

“Prevalencia y factores asociados a prematuridad en el área de pediatría del Hospital José Carrasco Arteaga, enero 2016 a diciembre 2017” (Ecuador)

(ficha de cita textual)

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a prematuridad en el área de pediatría del hospital José Carrasco Arteaga. Enero 2016 a diciembre 2017.

Factores de riesgo relacionados a la prematuridad: La prevalencia de prematuridad fue 11%. La media de edad materna fue 21 a 30 años, el 54,3% habita en zona rural y 43,9% instrucción superior. Los factores de riesgo maternos que presentaron asociación y significancia estadística con prematuridad fueron antecedente de parto prematuro, ruptura prematura de membranas y trastornos hipertensivos del embarazo, no se encontró esta relación con la infección de vías urinarias y vaginosis.

Recomendaciones: Realizar un adecuado control prenatal en las gestantes con lo cual se podría identificar factores de riesgo maternos e intervenir, pudiendo evitar que se desencadene un nacimiento prematuro.

-Estimular a los profesionales de salud, para mejorar la atención primaria para así de esta manera mejorar la calidad y cobertura, con la finalidad de reducir las morbimortalidad neonatal y materna.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores obstétricos y factores de infección.

Ricaurte J. Clelia C. Prematurez como factor de riesgo para el crecimiento y neurodesarrollo. [Publicación periódica en línea]. 2019 [citada 2022 junio 19]. 2020 (3). Pág. 2361-2377. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7926922>

FICHA
Nº.33

“Prematurez como factor de riesgo para el crecimiento y neurodesarrollo” (Ecuador)
(ficha de cita textual)

Objetivo: Identificar las principales causas de morbilidad y mortalidad de prematuros.

Factores relacionados a la prematurez: incompetencia cervical (el cérvix uterino está alterado), preeclampsia (hipertensión del embarazo), enfermedad materna grave (diabetes, cardiopatía, anemia), las madres muy delgadas con IMC inferior a 19, en relación disminución del flujo uterino por mal nutrición, también la obesidad ya que el tejido adiposo produce proteínas inflamatorias que desencadenan el parto espontáneo, la edad (menor de 20 años o mayor de 40 años), nivel sociocultural bajo, depresión, el consumo excesivo de alcohol, el abuso de drogas, tabaco y consumo otros tóxicos, llevan a parto prematuro y de retraso de crecimiento intrauterino fetal, la conducción irresponsable, antecedentes de otros partos pretérmino, infecciones urinarias o genitales, el consumo excesivo de alcohol, el abuso de drogas, la conducción irresponsable y temeraria, la falta de protección obligatoria entre otras.

Recomendaciones: -La detección temprana o precoz, oportuna del factor de riesgo que es la prematurez para poder realizar un exhaustivo seguimiento tanto físico, psicológico, desarrollando sus habilidades y destrezas del niño y de su entorno familiar y social, con lo que vamos a conseguir un desarrollo y crecimiento de acuerdo con sus condiciones y comorbilidades que pueda presentar.

-La lactancia materna sigue siendo un estímulo facilitador para que el niño desarrolle sus capacidades cognitivas, motoras, de lenguaje que requieren para su crecimiento. La plasticidad y maduración cerebrales se puede llevar de una manera óptima, conceptual, disciplinaria para el bienestar futuro del niño.

-Es necesario el equipo multidisciplinario (Pediatría, Psicología, neurología, cardiología, otorrinolaringología, oftalmología, endocrinología, genetista, fisiatría con sus terapeutas físico, ocupacional, lenguaje, entre otros), quienes van a dar un diagnóstico oportuno de su comorbilidad que ayudará para su estimulación temprana y rehabilitación cerebral.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores obstétricos, factores fetales, factores ginecológicos y factores de infección.

Castillo R. Ortiz N. Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino. [Publicación periódica en línea]. 2019. [citada 2022 junio 16]. Disponible en: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_6_2019/4_factores_maternos.pdf

FICHA
Nº34

“Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino” (Ecuador)
(ficha de cita textual)

Objetivo: Determinar los factores de riesgo maternos preconceptionales y conceptionales asociados con el parto pretérmino.

Factores relacionados a la prematurez: en cuanto a factores maternos preconceptionales asociados al parto pretérmino para el caso invariado son: edad materna adolescente o añosa, nivel económico bajo, antecedente de amenaza de parto pretérmino, y antecedente materno de ITU pregestacional. El nivel económico está referido al lugar de posición en la que se encuentra una persona en la escala social económica, tomando en cuenta el tipo de trabajo, educación, vivienda y comodidad, entre otros. Cuando el nivel se ubica en el rango bajo se constituye en un importante factor de riesgo. Los antecedentes de amenaza de parto pretérmino, es considerado como otro factor de riesgo. La prevalencia de parto pretérmino del 53,7%; observando que hay 2 veces más riesgo en mujeres menores de 16 años.

Recientes estudios longitudinales demuestran que el seguimiento hasta los primeros cinco años en prematuros ha permitido observar, déficit sensorial, parálisis cerebral, problemas de aprendizaje, así como enfermedades respiratorias en comparación con los niños nacidos a término.

En conclusión: La edad, el nivel económico bajo y las infecciones del tracto urinario considerados como factor de riesgo para un parto prematuro.

Indicadores utilizados: edad materna, factores maternos, factores socioeconómicos.

Cabrera P. Rivera S. Factores determinantes en partos prematuros en mujeres de 20 a 49 años que asisten a las 19 Unidades de Salud Comunitarias de la RIIS Chalchuapa periodo Marzo - Septiembre del 2019. [Tesis previa al grado de maestra en salud pública]. El Salvador. Universidad de El Salvador; 2019.

**FICHA
N°35**

**“Factores determinantes en partos prematuros en mujeres de 20 a 49 años que asisten a las 19 Unidades de Salud Comunitarias de la RIIS Chalchuapa periodo Marzo – Septiembre del 2019”
(El Salvador)
(ficha de cita textual)**

Objetivo: factores determinantes en partos prematuros en mujeres de 20 a 49 años que asisten a las 19 Unidades de Salud Comunitarias de la RIIS Chalchuapa periodo Marzo – Septiembre del 2019.

Factores relacionados a la prematurez: - La frecuencia de partos prematuros en mujeres de 20 a 49 años que asisten las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de La RIIS Chalchuapa, se evidencia que son constantes y representan una tendencia que marcan una probabilidad alta de riesgos materno neonatal.

- Las mujeres con partos prematuros que asisten las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, el mayor porcentaje son mujeres jóvenes, con trabajos en la industria textil (maquila) y ama de casa; aparte sus ingresos están encima de la línea de la pobreza, ya que muchas trabajan o sus parejas generan sus ingresos, pero, además, algunas son comerciantes. Estos rasgos propician que muchas de ellas, se encuentren en una condición de riesgo de presentar partos prematuros.

-Las mujeres con partos prematuros tienen una escolaridad básica y con alcances a información limitados, además, viven mayoritariamente con su pareja y mantiene vínculos afectivos directos con éstos.

- Entre las principales morbilidades que las mujeres reportaron se tiene con un 35% las infecciones de las vías urinarias (IVU), y la vaginosis en un porcentaje de 25%.

Recomendaciones: -Prestar atención a los factores determinantes en partos prematuros para mejorar y orientar la atención a la paciente embarazada que asiste a los controles prenatales.

-Considerar una mejora en la atención no sólo en cuanto a la cantidad de mujeres atendidas, sino a la calidad de la atención a fin de proporcionales de mejor manera las herramientas para su autocuidado, identificación de factores de riesgo, consejería, pero con un aprendizaje significativo y un trato humanizado.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores ginecológicos y factores de infección.

Valdés R, Fabré L, Montiel H, et al. Influencia de la prematuridad sobre el sistema nervioso en la niñez y en la adultez. [Publicación periódica en línea].2014. [citada: 2021 mayo 31] 5(1), 40–48; Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/15>

FICHA
N°36

“Influencia de la prematuridad sobre el sistema nervioso en la niñez y en la adultez” (Cuba)
(ficha de cita textual)

Factores relacionados a la prematurez: El antecedente personal de nacimiento prematuro constituye el principal factor de riesgo del parto pretérmino espontáneo. Las mujeres con antecedentes de nacimiento prematuro presentan un riesgo considerablemente mayor de que esto se repita, la gestación multifetal (gemelos, trillizos o más), el bajo nivel socioeconómico, la ascendencia afroamericana (aunque puede resultar difícil separar los factores étnicos de los socioeconómicos), el peso extremo (bajo peso u obesidad), la edad extrema (<16 años o >35 años), el tabaquismo, el estrés, la infección del tracto genital, la rotura prematura de las membranas, la hemorragia anteparto, la insuficiencia cervical, y las anomalías uterinas congénitas. Los motivos más comunes del parto pretérmino iatrogénico son la preeclampsia y otros trastornos médicos padecidos durante el embarazo, el retraso del crecimiento intrauterino, las anomalías congénitas y los traumatismos.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores obstétricos, factores ginecológicos y factores de infección.

Chavarría F. Factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en El Salvador. Alerta. 2019. Revista científico – profesional. (2(2), 144–152. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i2.7922>

FICHA
N°8.1

“Factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en El Salvador”
(ficha de cita textual)

Objetivo: Caracterizar los factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en El Salvador.

Factores relacionados a la prematurez:

- ✓ Las mujeres con edad menor a 19 años y mayor a 35 tienen más probabilidades de un parto prematuro.
- ✓ Por otra parte, en los embarazos múltiples existe 14 veces mayor probabilidad de concluir con un parto prematuro.
- ✓ El parto prematuro tuvo mayor frecuencia en mujeres con enfermedades crónicas.
- ✓ Se identificó que, en embarazadas con antecedente de diabetes, el parto prematuro se presenta casi cinco veces más que en quienes no la padecen.
- ✓ Así mismo, el parto prematuro fue más frecuente en mujeres con antecedente de nefropatía.
- ✓ Las embarazadas con antecedentes de hipertensión arterial tienen dos veces más probabilidades de finalizar su embarazo con un parto prematuro.
- ✓ De igual forma, las mujeres con antecedente de cardiopatía tienen doble probabilidad de presentar un parto prematuro.
- ✓ La prematurez fue más frecuente en mujeres con obesidad detectada en su primer control prenatal.

- ✓ A pesar de que el parto prematuro se presentó con mayor frecuencia en las mujeres con escolaridad de primaria o menor , este dato no es estadísticamente significativo.
- ✓ El control prenatal inadecuado corresponde a un riesgo bajo de parto prematuro.
- ✓

Recomendaciones: La historia clínica perinatal es un documento valioso para la detección y control adecuado de toda embarazada, por lo que se debe hacer un esfuerzo especial para identificar y registrar oportunamente los posibles riesgos de un embarazo, con el fin de brindar el manejo perinatal apropiado.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores obstétricos, factores ginecológicos y factores de infección.

Matos J, Reyes L, López E, et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. [Publicación periódica en línea] 2020 ;7(3):179-186.[citada 2022 abril 19].disponible en:<https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98553>

**FICHA
Nº7.1**

**“La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad.”
(México)
(ficha de cita textual)**

La prematuridad ocupa la primera causa de mortalidad entre los niños menores de cinco años de edad y constituye uno de los problemas de salud pública más importantes actualmente. A nivel mundial nacen cada año 15 millones de niños prematuros y aproximadamente cada año más de un millón de ellos muere a causa de las complicaciones relacionadas con la prematuridad.

Los nacimientos prematuros son cada vez más frecuentes y sus causas, involucran no solo la salud materna, sino también factores sociales ambientales, políticos, públicos y económicos entre otros. La patología de la prematurez es compleja y difícil de tratar debido a la inmadurez propia de los órganos, lo que repercute en la fisiología del prematuro quien no está aún preparado para llevarla a cabo en forma adecuada, lo que conlleva a la presencia de trastornos y alteraciones muchas de ellas con daño y repercusión permanente traduciéndose en discapacidad. Existen algunas estrategias para prevenir y tratar el parto prematuro y sus consecuencias, que van desde los cuidados preconcepcionales hasta la atención del parto y del neonato en el periodo postnatal.

Factores asociados a la prematuridad: maternos, sociales, circunstanciales como lo son la pobreza, la estructura familiar, calidad de vida, acceso a alimentos nutritivos, acceso a los servicios de salud y atención médica primaria, tecnología en salud, inequidad, acceso a empleo y situación laboral, políticas de promoción a la salud entre otros.

El aumento de los embarazos en mujeres menores a 18 años de edad y mayores a 35 años, han sido recientemente uno de los factores de más riesgo relacionados con el desencadenamiento de un parto prematuro, el aumento de las gestaciones múltiples (embarazos gemelares, trillizos, cuatrillizos, quintillizos) secundarias a la proliferación de las técnicas de reproducción asistida y su relación con el parto prematuro aun cuando se implanta un solo embrión han contribuido enormemente el incremento de los nacimientos prematuros en todos el mundo.

Recomendaciones: en cuanto a la prevención del parto prematuro es necesario reforzar la consejería anticonceptiva en las adolescentes para prevenir los embarazos no deseados, y tratar las infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos, factores obstétricos, factores ginecológicos y factores de infección.

Rodríguez-Coutiño SI, Ramos-González R, Hernández-Herrera RJ, Jorge R, Herrera H. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 5 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom139b.pdf>

FICHA
N°37

Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles
(México)
(Ficha de cita textual)

Objetivo: Conocer los factores de riesgo y la relación de cada uno de ellos y cómo influyen en la prematuridad de los nacidos en Hospital de Ginecoobstetricia 23 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey NL.

Factores relacionados con la prematuridad: los factores de riesgo para nacimiento prematuro en el grupo de casos fueron: edad materna mayor de 35 años (14.6%), placenta previa (9.3%) e infecciones urinarias (46%). La asociación de factores como la ruptura prematura de membranas y procesos infecciosos fue más significativa con cervicovaginitis (76%).

Conclusión: Los factores de riesgo asociados con la prematuridad fueron: la atención prenatal deficiente, los óvuloplacentarios e infecciosos, la infección urinaria y cervicovaginitis, así como dos o más factores, como las infecciones asociadas con amenaza de parto prematuro que favorece la grave consecuencia de tener un recién nacido prematuro. Un gran porcentaje de estas afecciones del embarazo pueden precipitar el parto prematuro, que son potencialmente prevenibles y el diagnóstico y seguimiento pueden mejorar el pronóstico. Por lo tanto, establecer programas institucionales específicos para la mejora en la detección oportuna de estas patologías puede repercutir en la reducción del nacimiento prematuro.

Indicador utilizado: Factores de riesgo maternos

Díaz-Zagoya, Juan Cuauhtémoc, Martínez-Cancino, Graciela Alejandra, Romero-Vázquez, Argeo, Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. Salud en Tabasco [Internet]. 2017;23(1-2):13-18. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48754566003>

FICHA
N°38

Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes
(México)
(Ficha de cita textual)

Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados a partos pretérmino en adolescentes en un hospital regional de alta especialidad del sureste mexicano, durante el año 2015.

Factores relacionados con la prematuridad: De las variables analizadas los factores de riesgo estadísticamente significativos para parto prematuro fueron: el control prenatal inadecuado, los trastornos en el líquido amniótico, así como la ruptura prematura de membranas. En las adolescentes que no tenían ninguna patología, el riesgo de parto pretérmino fue menor comparativamente con las que tuvieron una o más patologías.

Conclusión: Se observó que los factores de riesgo estadísticamente significativos asociados a parto pretérmino fueron: los trastornos de líquido amniótico, ruptura prematura de membranas, así como la atención prenatal inadecuada. Además, resultó como factor protector la ausencia de patologías durante el embarazo. En cambio, presentaron riesgo para parto prematuro las pacientes con una o más patologías. Con respecto a la relación entre factores de riesgo y semanas de gestación se encontró que a menor edad gestacional los riesgos de tener complicaciones en el embarazo son mayores

Indicadores utilizados: Factores de riesgo maternos

García G. Infección por chlamydia trachomatis asociada a la prematuridad y al bajo peso del recién nacido. [Tesis previa al grado de especialidad en ginecología y obstetricia]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2020.

FICHA
N°39

Infección por clamidia trachomatis asociada a la prematuridad y al bajo peso del recién nacido
(México)
(Ficha de cita textual)

Objetivo: Establecer la asociación entre la infección placentaria por Chlamydia Trachomatis con el parto prematuro y el bajo peso del recién nacido.

Factores relacionados con la prematuridad: En este estudio no fue posible establecer asociación entre la infección por Chlamydia trachomatis y el parto pretérmino o el bajo peso al nacer.

La prevalencia de infección por Chlamydia Trachomatis fue de 1.9% en nuestra población. No se encontró asociación entre los antecedentes clínicos de las pacientes con la presencia de infección, asimismo, tampoco se encontró asociación con el parto pretérmino o el bajo peso al nacer. Por lo tanto, nuestra hipótesis de trabajo fue rechazada y se acepta la hipótesis nula. A pesar de esto, es posible que la realización de un estudio con una mayor cantidad de pacientes pudiera facilitar el establecimiento de la asociación entre un resultado positivo para Chlamydia trachomatis y la incidencia del parto pretérmino o del bajo peso del recién nacido en nuestra población. Así mismo, es necesario un mayor análisis que posibilite caracterizar y describir el daño que puede ejercer este microorganismo sobre el tejido placentario y uterino, para así comprender mejor su papel en las patologías relacionadas.

Indicadores utilizados: Factores de riesgo maternos.

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA PREMATUREZ (PAÍSES DE INGRESOS BAJOS)

Ramsis E. Abdalla S. Nagib E. Prevalencia y factores de riesgo de partos prematuros en el Hospital Docente De la Universidad Nacional de Ribat, Norte Sudán, enero a abril de 2012. [Publicación periódica en línea].2015. [citada 2022 abril 19];2(1):1–8. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Emmanuel-Hakem/publication/281995100_Prevalence_And_Risk_Factors_of_Preterm_Births_in_the_National_Ribat_University_Teaching_Hospital_North_Sudan_January_to_April_2012/links/5a38104caca272a6ec1e7cd3/Prevalence-And-Risk-Factors-of-Preterm-Births-in-the-National-Ribat-University-Teaching-Hospital-North-Sudan-January-to-April-2012.pdf

FICHA
N°40

“Prevalencia y factores de riesgo de partos prematuros en el Hospital Docente de la Universidad Nacional Ribat, Norte Sudán, enero a abril de 2012.” (Sudan)
(ficha de cita textual)

Objetivo: Medir la prevalencia de partos prematuros en la Universidad Nacional Ribat Hospital Docente de enero a abril de 2012

Factores de riesgo relacionados a la prematurez: El estudio realizado fue descriptivo de serie de casos con base hospitalaria, el estudio se realizó a 74 señoras que dieron a luz a pretérminos nacimientos en la NRUTH (National Ribat University Teaching Hospital); mediante el uso de formularios de recolección de datos llenados desde el hospital registros durante el período mencionado. El estudio mostró que el porcentaje de partos prematuros en el período mencionado fue el 4.7% del total de nacimientos, la mayoría producto de partos vaginales prematuros, de los cuales el 88% nació entre las 34 y 36 semanas de gestación, se encontró que el principal factor de riesgo era el embarazo - hipertensión inducida y sus complicaciones y gestacional diabetes mellitus y sus complicaciones.

Recomendaciones: se recomiendan más investigaciones que incluyan un estudio transversal o de cohorte para identificar causas prevenibles de partos prematuros y complicaciones a largo plazo de la misma y reducir la carga sobre las familias y los centros de salud.

Indicadores utilizados: factores sociodemográficos y factores obstétricos.

COMPLICACIONES INMEDIATAS Y TARDÍAS DE LA PREMATUREZ (PAÍSES DE INGRESOS ALTOS)

Dra. Carmen María Toro. Seguimiento prematuros moderados y tardíos en APS [Internet] Dra. Pamela Rojas G. Agosto 2020. [citado 06 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/seguimiento-prematuros-moderados-y-tardios-en-aps/>

FICHA
N°41

Seguimientos prematuros moderados y tardíos en APS (Chile) (ficha de cita textual)

Complicaciones inmediatas de la prematurez: Mortalidad neonatal, síndrome de distrés respiratorio, apnea, enterocolitis necrosante y hemorragia interventricular.

Complicaciones tardías de la prematurez: Mortalidad infantil y alteraciones del neurodesarrollo (parálisis cerebral, parálisis y autismo).

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas y tardías de la prematurez.

Aikawa H, Noro M. Baja incidencia de retinopatía del prematuro que amenaza la vista en bebés nacidos antes de las 28 semanas de gestación en una unidad de cuidados intensivos neonatales en Japón. *Tohoku J Exp Med*[Publicación periódica en línea]. 2013. julio. [citada: 2021 mayo 31]; 230(3):185–90. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/tjem/230/3/230_185/_article/-char/en

**FICHA
N°42**

**Baja incidencia de retinopatía del prematuro que amenaza la vista en bebés nacidos antes de las 28 semanas de gestación en una unidad de cuidados intensivos neonatales en Japón
(ficha de cita textual)**

Objetivo: Estudiar la incidencia y progresión de la RP en neonatos extremadamente prematuros en Japón. Investigar las características y los cursos clínicos de los niños que progresaron a ROP vista-amenazador.

Complicaciones tardías de la prematurez: El resultado primario compuesto fue mejor en Japón en comparación con Canadá. Las probabilidades de mortalidad, lesión neurológica grave, enterocolitis necrosante y sepsis de inicio tardío fueron menores en Japón; sin embargo, las probabilidades de displasia broncopulmonar y retinopatía grave del prematuro fueron mayores en Japón.

Indicadores utilizados: complicaciones tardías de la prematurez.

Isayama T, Lee SK, Mori R, Kusuda S, Fujimura M. et al. Comparación de la mortalidad y la morbilidad de los lactantes de muy bajo peso al nacer entre Canadá y Japón. *Pediatría* [Publicación periódica en línea]. 2012 [citada:2021 mayo 31];130(4): 957-65. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/130/4/e957/30222/Comparison-of-Mortality-and-Morbidity-of-Very-Low?redirectedFrom=fulltext>

**FICHA
N°43**

**Comparación de la mortalidad y morbilidad de los lactantes de muy bajo peso al nacer entre Canadá y Japón
(ficha de cita textual)**

Objetivo: Comparar los resultados neonatales de neonatos de muy bajo peso al nacer de la Red neonatal canadiense y la red de investigación neonatal de Japón.

Complicaciones inmediatas de la prematurez: El resultado primario compuesto fue mejor en Japón en comparación con Canadá. Las probabilidades de mortalidad, lesión neurológica grave, enterocolitis necrosante y sepsis de inicio tardío fueron menores en Japón; sin embargo, las probabilidades de displasia broncopulmonar y retinopatía grave del prematuro fueron mayores en Japón.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas de la prematurez

Wani VB, Kumar N, Sabti K, Raizada S, Rashwan N, Shukkur MM, et al. Resultados del cribado de retinopatía del prematuro en un gran vivero de Kuwait: Incidencia y factores de riesgo. *Indio J Oftalmol.* [Publicación periódica en línea]. 2015. febrero [citada 2021 mayo 31];56(1):46–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4103/0301-4738.62644>

FICHA
Nº44

**Resultados de la detección de la retinopatía del prematuro en un vivero grande en Kuwait: incidencia y factores de riesgo
(ficha de cita textual)**

Objetivo: Informar de la incidencia de retinopatía del prematuro (ROP) y ROP grave e identificar los factores de riesgo para su desarrollo en un gran vivero en Kuwait.

Complicaciones tardías de la prematurez: De los 599 bebés estudiados, 38,9% desarrollaron RP y 7,8% necesitaron tratamiento para la RP grave. Para ser significativo para el desarrollo de cualquier RP, bajo peso al nacer, sepsis bacteriana y necesidad de surfactante fue encontrado para ser los factores de riesgo para el ROP severo que necesitaba el tratamiento del láser.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas y tardías de la prematurez

Allen L, Leon-Attia O, Shaham M, Shefer S, Gabis LV. El riesgo de autismo relacionado con la prematuridad es más acentuado en las niñas. *Plos on.* [Publicación periódica en línea]. 2020. Agosto [citada 2021 mayo 31];15(8):0236994. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0236994>

FICHA
Nº45

**El riesgo de autismo vinculado a la prematuridad se acentúa más en las niñas
(ficha de cita textual)**

Objetivo: Evaluar la correlación entre el grado de prematuridad y la incidencia del autismo en una cohorte de 871 niños nacidos prematuramente y seguidos desde el nacimiento. La cohorte se redujo a 416 neonatos prematuros nacidos entre 2011 y 2017 que fueron seguidos durante 2 a 14 años y analizados según la semana de nacimiento (grado de prematuridad) y según el género.

Complicaciones tardías de la prematurez: 43 niños (10,3%) recibió una diagnosis definida de ASD. Hubo una correlación significativa entre la semana de nacimiento y el riesgo de TEA, con el 22,6% de los niños diagnosticados con TEA cuando nacieron a las 25 semanas, en comparación con el 6% de los diagnósticos de TEA a las 31 semanas de prematuridad. Para los niños nacidos después de las 32 semanas, la incidencia disminuyó a 8-12,5%. Se encontró un fuerte vínculo entre la semana de nacimiento más temprano y el aumento del riesgo de autismo; el riesgo seguía siendo elevado durante precocidad a corto plazo en muchachos. Una correlación entre la semana temprana del nacimiento y un riesgo elevado para ASD fue considerada en todos los niños, pero acentuada en hembras, disminuyendo gradualmente mientras que progresa la semana del nacimiento; en los hombres, el riesgo de TEA sigue siendo elevado para cualquier semana de nacimiento.

Indicadores utilizados: complicaciones tardías de la prematurez.

Borroni C, Carlevaro C, Morzenti S, De Ponti E, Bozzetti V, Consolé V, et al. Encuesta sobre la retinopatía del prematuro (ROP) en Italia. Revista italiana de pediatría. [Publicación periódica en línea]. 2013. Julio. [citada 2021 mayo 31];39(1):43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1824-7288-39-43>

FICHA
N°46

**Encuesta sobre la retinopatía del prematuro (ROP) en Italia
(ficha de cita textual)**

Objetivo: Investigar la incidencia y los factores de riesgo relativos de la retinopatía del prematuro (ROP) y la ROP posterior (P-ROP): ROP en la Zona I y la Zona II posterior, así como analizar la ocurrencia de tratamiento quirúrgico de la RP y evaluar el resultado a corto plazo de la enfermedad en Italia.

Complicaciones tardías de la prematurez: se examinaron 421 lactantes: 265 (62,9%) desarrollaron ROP y 102 (24,2%) P-ROP.

Indicadores utilizados: complicaciones tardías de la prematurez.

Van Veen S, Van Wassenae-Leemhuis AG, Van Kaam AH, Oosterlaanb J, Aarnoudse-Moens CSH. Las habilidades perceptivas visuales dan cuenta de las dificultades en matemáticas en niños preescolares nacidos muy prematuros. Siben.net. [Publicación periódica en línea]. 2019 [citada 2022 abril 4];129(1):11-15. Disponible en: https://siben.net/images/htmleditor/files/5._las_habilidades_perceptivas-fusionado.pdf

FICHA
N°47

**Las habilidades perceptivas visuales dan cuenta de las dificultades en matemáticas
en niños preescolares nacidos muy prematuros
(ficha de cita textual)**

Objetivo: Comparar los niños MPT y sus pares nacidos a término en el logro matemático preescolar a la edad corregida de 5 años, y determinar si las habilidades cognitivas, visual-perceptivas, visomotoras, e integración motora son responsables de diferencias significativas observada.

Complicaciones tardías de la prematurez: Las habilidades matemáticas preescolares y las perceptivas visuales estuvieron significativamente más bajas en niños MPT que en niños nacidos de término (Cohen d= 0.63; Cohen d= 0.84, respectivamente). El test de Sobel indicó un significativo efecto mediador de las habilidades perceptivas visuales sobre la asociación entre nacimiento MPT y las habilidades matemáticas preescolares.

Conclusión: En la edad preescolar, los niños MPT tienen menores habilidades matemáticas preescolares comparados con sus pares nacidos a término; déficits que fueron completamente asociados a las pobres habilidades visuo-perceptivas. Nuestros hallazgos indican la relevancia de tamizar las habilidades perceptivas visuales en edad preescolar, facilitando identificación oportuna de niños en riesgo para dificultades en matemáticas.

Recomendaciones Nuestros hallazgos subrayan la relevancia del screening visual en edad temprana para habilidades perceptivas visuales y capacidad numérica, posibilitando identificación oportuna de niños en riesgo de dificultades matemáticas y permitiendo intervención temprana.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas y tardías de la prematurez.

COMPLICACIONES INMEDIATAS Y TARDÍAS DE LA PREMATUREZ (PAÍSES DE INGRESOS MEDIOS)

Ndapandula K. Análisis de la tasa de supervivencia de recién nacidos prematuros y críticamente enfermos admitidos en Windhoek, central hospital (wch), Namibia. [Tesis previa al grado de Maestría de Ciencias de la Salud] Namibia: Universidad de ciencia y tecnología namibia; 2020.

FICHA
N°48

Análisis sobre la tasa de supervivencia de recién nacidos prematuros y críticamente enfermos admitidos en Windhoek, central hospital (wch), Namibia (Ficha de cita textual)

Objetivo: Determinar la tasa de supervivencia de los recién nacidos prematuros y gravemente enfermos y evaluar los factores de riesgo asociados con la muerte de estos bebés (bebés prematuros que antes de las 37 semanas de gestación).

Complicaciones inmediatas de la prematurez: La prematuridad es la principal causa de muerte neonatal en todo el mundo, incluida Namibia.

En Namibia, la mortalidad neonatal ha aumentado drásticamente de 19 muertes por cada 1000 nacidos vivos. en 20 a 30 muertes por 1000 nacidos vivos en 2014.

Un total de 509 archivos disponibles para bebés admitidos en el Hospital Central de Windhoek: Se analizó la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). En general, se observó una alta tasa de supervivencia. (68,4% sobrevivió, 31,6% murió).

Se observaron bajas tasas de supervivencia en edades gestacionales más bajas (EG) extremadamente prematuro y categoría muy prematura) y bajo peso al nacer. El cincuenta por ciento de los bebés derivados de hospitales de distrito (derivaciones) no sobreviven y el porcentaje de supervivientes frente a la reanimación administrada son:
36,2% (n = 177) colocado en ventilador;
48,5% (n = 101) dado el tensioactivo;
60,1% (n = 278) oxigenoterapia;
66,1% (n = 387) aplicar presión positiva continua en las vías respiratorias;
71,7% (n = 184) en fototerapia.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas de la prematurez

Flores T, Elia D. Morbimortalidad de neonatos hijos de madres con preeclampsia severa en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes. 2013 [citado el 4 de enero de 2022]; Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/1077>

FICHA
Nº49

**Morbimortalidad de neonatos hijos de madres con preeclampsia severa, en el Hospital de la mujer de Aguascalientes.
(México)
(Ficha de cita textual)**

Objetivo: Conocer la morbi- mortalidad de neonatos hijos de madres con preeclampsia severa

Complicaciones inmediatas de la prematurez: Predominó la preeclampsia severa como diagnostico único no asociados a comorbilidad como HELLP y Eclampsia, donde en este estudio se incluyeron 8 y 11 neonatos respectivamente, el nacimiento por cesárea se encontró en 86%. La prematurez se encontró en 5 de cada 10 neonatos con una media de 35 semanas de gestación, Apgar bajo, peso bajo para la edad gestacional y mayor morbilidad se asociaron significativamente a una menor edad gestacional. La morbilidad predominante fue el síndrome de dificultad respiratoria 32.3%, RCIU 7.3%, HIC 4.2%, enterocolitis necrosante 1% y la mortalidad 14%.

Conclusiones: la prematurez es la principal causa de morbilidad aunada a las demás complicaciones propias de esta, se encontró que el SDR fue la segunda causa de morbilidad y no el RCIU como se había planteado en este estudio, probablemente esto se deba al subregistro, dada la alta presencia de bajo peso al nacer ajustada por edad gestacional que encontramos en 28 neonatos.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas de la prematurez.

Matos-Alviso LJ, Reyes-Hernández KL, López-Navarrete GE, et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. Sal Jal. 2020;7(3):179-186.

FICHA
Nº7.2

**La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad
(México)
(Ficha de cita textual)**

Complicaciones tardías de la prematurez: La prematuridad no solo es causa importante de muerte, sino también lo es de otros eventos adversos, como son las alteraciones fisiológicas y del neurodesarrollo, complicaciones respiratorias, oftalmológicas, cardíacas, gastrointestinales, metabólicas e inmunológicas entre otras.

Indicadores utilizados complicaciones tardías de la prematurez.

Sandoval F. Mortalidad perinatal y neonatal tardía. [Publicación periódica en línea]. 2019 [citado el 17 de abril de 2022]. disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/phocadownloadpap/boletin-semana-epidemiologica/Semepi-9.pdf>

FICHA
N°50

Mortalidad perinatal y neonatal tardía. (Guatemala)
(ficha de cita textual)

Complicaciones inmediatas de la prematurez: La mayoría de las muertes fetales como neonatales registradas en el país, ocurren en la población rural con escasos recursos económicos, menor nivel de educación, sin ningún control prenatal, con nacimientos en casa y con un peso al nacer menor de 5.5 lb.(2.5 kg) (3) En Guatemala, según la ENSMI 2014-2015 la tasa de mortalidad perinatal es de 22 X 1,000 nacimientos, observando descenso comparado con la reportada con la ENSMI 2008-2009 (31 X 1,000 nacimientos). Con datos obtenidos en el Instituto Nacional de Estadística-INE se elaboró la tasa de mortalidad perinatal la cual para el año 2018 fue 14.25 X 1,000 nacimientos. Según los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística-INE de Guatemala durante el año 2018 las principales causas de Muerte Neonatal se asocian a sepsis, a complicaciones vinculadas al parto, malformaciones congénitas y a la prematurez y bajo peso al nacer; las cuales se correlacionan a las referidas a nivel mundial por la OMS para el año 2016. La mayoría de los casos (57%) ocurren en el sexo masculino.

Recomendaciones:

- Disminución de los riesgos, detectar y tratar oportunamente al neonato con complicaciones y prevenir discapacidades por defectos al nacimiento.
- Fortalecer las acciones de la Comisión de Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Perinatal y Neonatal Tardía.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas de la prematurez.

Ovaldo C. González R. Morbilidad y mortalidad de los prematuros.. [Tesis previa al grado de Maestros en Ciencias en Ginecología y Obstetricia]. Guatemala: Universidad de san Carlos Guatemala. 2014.

FICHA
N°51

Morbilidad y mortalidad de los prematuros (Guatemala)
(ficha de cita textual)

Objetivo: Identificar la morbilidad y mortalidad en prematuros nacidos en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios de enero a diciembre del 2011.

Complicaciones inmediatas de la prematurez: Las principales causas de morbilidad de prematuros en el Hospital General San Juan de Dios, fueron membrana hialina, sepsis neonatal y neumonía; y las causas principales de mortalidad fueron neumonía, prematurez y sepsis neonatal. En relación al recién nacido, el principal grupo fallecido fue el de extremo bajo peso. Los prematuros con peso no adecuado (PEG/GEG) tuvieron 2.74 veces más riesgo de morir que aquellos con peso AEG. La recién nacida de sexo femenino presentó una relación de 0.64:1 para el riesgo de morir en comparación al sexo masculino.

Recomendaciones: Conocidas las principales causas de mortalidad y morbilidad se recomienda actualizar y mejorar el manejo de estas patologías en recién nacidos prematuros. Realizar estudios constantes sobre la etiología de sepsis neonatal y neumonía para un mejor manejo de estas causas de mortalidad. 2. Llevar un adecuado control prenatal en búsqueda de alcanzar un peso adecuado al nacer para mejorar el pronóstico de los recién nacidos prematuros.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas de la prematurez.

Gálvez M. Perfil epidemiológico de recién nacidos de gestantes adolescentes nacidos en el Hospital de San Benito, en el período de enero a diciembre del 2017. [Tesis previa al grado de Magister Artium y especialista en pediatría]. Guatemala. Universidad Mariano Gálvez de Guatemala. 2019.

**FICHA
N°15.1**

**“Perfil epidemiológico de recién nacidos de gestantes adolescentes nacidos en el hospital de san Benito, en el período de enero a diciembre del 2017” (Guatemala)
(ficha de cita textual)**

Objetivo: Establecer el perfil epidemiológico de recién nacidos de gestantes adolescentes nacidos en el Hospital de San Benito, en el período de enero a diciembre del 2017.

Indicador: Edad menor de 19 años.

Complicaciones inmediatas de la prematurez: la resolución del embarazo de adolescentes gestantes con mayor recurrencia fue por medio de cesárea con 174 (60%) pacientes y 116 (40%) por medio de parto vaginal. En donde el producto de su concepción 226 (78%) no sufrió ninguna complicación al nacimiento, y 64 (22%) requirieron de ingreso hospitalario. Las complicaciones más frecuentes, se encontró que enfermedad de membrana hialina y prematurez predominó con un 40%. La mortalidad represento el 22% de los pacientes ingresados correspondiendo a 14 recién nacidos; siendo la patología más frecuente de mortalidad prematurez y enfermedad de membrana hialina correspondiendo a 10 fallecidos con 71.5%.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas de la prematurez.

Figuroa Z. Caracterización de la mortalidad infantil en el municipio del Distrito Central, Francisco Morazán durante el año 2010. [tesis previa al grado de master en salud pública]. Tegucigalpa: Universidad Nacional Autónoma De Honduras. 2014.

**FICHA
N°52**

**Caracterización de la mortalidad infantil, en el municipio del distrito central, Francisco Morazán, durante el año 2010. (Honduras)
(ficha de cita textual)**

Objetivo: Investigar las muertes en los niños menores de un año, en el Municipio del Distrito Central, Departamento de Francisco Morazán, Honduras, en el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del 2010, para realizar intervenciones que permitan alcanzar el cuarto objetivo del milenio y sus metas.

Complicaciones inmediatas de la prematurez: Las principales causas básicas de defunción en la etapa neonatal temprana fueron: Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, asfixia del nacimiento, neumonía congénita, sepsis bacteriana, cardiopatías congénitas, anomalías del sistema nervioso central y columna vertebral, malformaciones congénitas no clasificadas, hernia diafragmática y gemelos siameses.

Complicaciones tardías de la prematurez: la mayoría de las defunciones en el periodo neonatal tardío se debió a las siguientes causas: Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, sepsis bacteriana, enterocolitis necrotizante, neumonía congénita, asfixia del nacimiento, anomalías congénitas del aparato digestivo, hernia diafragmática, cardiopatías congénitas, gastrosquisis y malformaciones congénitas múltiples. En la etapa pos neonatal fueron: Malformaciones congénitas cardiacas, enfermedades e infecciones respiratorias, neumonías congénitas, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, asfixia del nacimiento, cuerpo extraño en vías respiratorias y aparato digestivo, diarreas, dengue hemorrágico, leucemias e hipoglicemias neonatales.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas y tardías de la prematurez

Mendoza Sánchez V, Acosta Tovar MA. "PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DE LA PREMATUREZ EN EL CENTRO MEDICO ISSEMYM ECATEPEC". 2017 [citado el 15 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/994902>

FICHA
N°5.1

**"Panorama epidemiológico de la prematuridad en el centro médico Issemym Ecatepec"
(México)
(Ficha de cita textual)**

Complicaciones inmediatas del RN prematuro: Dentro de la morbilidad se encuentra el síndrome de dificultad respiratoria, seguido de trastornos metabólicos y sepsis. En cuanto a las defunciones, se documentó una tasa de mortalidad neonatal por prematuridad de 7.7% (219). Las principales causas de mortalidad corresponden a cardiopatías congénitas en un 36.7%, seguido de malformaciones congénitas y hemorragia intraventricular. De acuerdo a los resultados obtenidos en relación a la epidemiología de prematuridad tiene similitud con tasas de prematuridad a nivel mundial; y la mortalidad es inversamente proporcional a la edad gestacional.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas de la prematuridad.

María González-Pérez D, Pérez-Rodríguez G, Leal-Omaña JC, Agulí Ruíz-Rosas R, De Jesús González-Izquierdo J. Tendencia y causas de mortalidad neonatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2011-2014, a nivel nacional [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 12 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2016/sp164c.pdf>

FICHA
N°53

**Tendencia y causas de mortalidad neonatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2011-2014, a nivel nacional (México)
(Ficha de cita textual)**

Objetivo: Analizar la tendencia y causas de la mortalidad neonatal temprana y tardía

Complicaciones inmediatas de la prematuridad: La primera causa de mortalidad neonatal precoz en el periodo analizado fue: trastornos relacionados con duración corta de gestación y bajo peso al nacer, 2,567 (23.8%). La segunda causa fue: dificultad respiratoria del recién nacido, 1,701 (15.8%).

La tercera fue: malformaciones congénitas, 575 (5.3%). La cuarta fue: otras malformaciones congénitas del corazón, 567 (5.3%). La quinta fue: sepsis bacteriana del recién nacido, 502 (4.6%). La sexta fue: asfixia al nacimiento, 398 (3.7%). La séptima fue: otras afecciones originadas en el periodo perinatal, 316 (2.9%). La octava fue: hipoxia intrauterina, 286 (2.6%), mientras que la novena: síndrome de aspiración neonatal, 278 (2.6%).

Complicaciones tardías de la prematuridad: Las principales causas de mortalidad tardía fueron: prematuridad y sus complicaciones que representaron 25.3%, los procesos infecciosos 16.9%, los cuales pueden relacionarse con estancia hospitalaria prolongada igual o mayor de siete días, insuficiente prevención de infecciones nosocomiales y con malformaciones congénitas que correspondieron a 15.3%.

Recomendación: La vigilancia del embarazo, trabajo de parto y parto con apego a las guías de práctica clínica, beneficiaran el nacimiento de recién nacidos con más semanas de gestación y con menos riesgo de morbilidad.

Conclusión: La prematuridad y la dificultad respiratoria son las dos causas más frecuentes de mortalidad neonatal precoz, mientras que para la mortalidad neonatal tardía son la prematuridad y la sepsis bacteriana.

La prematuridad, los eventos de hipoxia-asfixia y sus complicaciones pueden prevenirse con una eficiente vigilancia del embarazo, trabajo de parto y parto.

Indicadores utilizados: Complicaciones inmediatas y tardías de la prematuridad.

Paulino IDL, Patricia GT, Jannet CD, Martín VG. Prematuro tardío: morbilidad y mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales [Internet]. Com.mx. [citado el 22 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=91248>

FICHA
N°54

Prematuro tardío: morbilidad y mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (México)
(Ficha de cita textual)

Se define al “prematuro tardío” como al recién nacido de 34 a 36.6 semanas de gestación. Las complicaciones en este periodo neonatal son: mayor incidencia de problemas respiratorios (retraso de reabsorción del líquido pulmonar fetal, membrana hialina, hipertensión pulmonar persistente, síndromes de aspiración), apneas, inestabilidad térmica, hipoglucemia y dificultad para la alimentación. La prematuridad tardía está asociada a un aumento de la morbilidad y mortalidad neonatal.

Objetivo: Conocer la incidencia y principales patologías como causa de ingreso de los prematuros tardíos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Definir el tiempo de hospitalización y su relación con la mortalidad.

Complicaciones inmediatas de la prematurez: Los prematuros tardíos conforman el 8% (n=365) del total de nacimientos (n = 4 562). De éstos, el 1.55% (n = 71) ameritó ingreso a la UCIN. El 76% (n=54) por dificultad respiratoria, el 14% (n=10) por malformaciones congénitas y el 7% por septicemia (n = 5). El 43% (n = 30) de los recién nacidos entre 35 y 35.6 semanas de gestación son los de mayor ingreso, y por peso los de 1 501 y 2 000 g el 53% (n=38). El 43% (n = 6) con más de siete días de hospitalización fallecieron. La mortalidad es de 19.7% (n=14).

Conclusión: El recién nacido con prematuridad tardía no es un neonato “sano”, las complicaciones que presenta durante el periodo inmediato y mediato al nacimiento pueden ser letales y ameritan ingreso a una UCIN. Esta revisión demuestra la labilidad del prematuro tardío.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas de la prematurez

Ndapandula K. Análisis de la tasa de supervivencia de recién nacidos prematuros y críticamente enfermos admitidos en Windhoek, central hospital (wch), Namibia. [Tesis previa al grado de Maestría de Ciencias de la Salud] Namibia: Universidad de ciencia y tecnología namibia; 2020.

FICHA
N°45.1

Análisis sobre la tasa de supervivencia de recién nacidos prematuros y críticamente enfermos admitidos en Windhoek, central hospital (wch), Namibia
(Ficha de cita textual)

Complicaciones inmediatas de la prematurez: La tasa de supervivencia de los recién nacidos prematuros y gravemente enfermos en nuestro estudio fue alto (68,4%), similar a los hallazgos de estudios comparables en otros entornos con recursos limitados. Nuestros hallazgos sugieren que el síndrome de dificultad respiratoria, la sepsis y la asfixia son las principales causas de muerte de recién nacidos prematuros y gravemente enfermos. Los hallazgos también concluyeron que el Cuanto menor sea la edad gestacional y el peso al nacer, menor será la probabilidad de supervivencia de los recién nacidos.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas de la prematurez.

Mdala F, Mash R. Causas de mortalidad y factores de atención médica modificables asociados para niños (< 5 años) ingresados en el Hospital Onandjokwe, Namibia. 2015. [Publicación periódica en línea].2015. [citada 2022 abril 19];7(1):1-8. Disponible en: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-29362015000100026

**FICHA
N°55**

**Causas de mortalidad y factores modificables asociados de atención de la salud para niños (< 5 años) ingresados en el Hospital Onandjokwe, Namibia
(Ficha de cita textual)**

Complicaciones inmediatas de la prematurez: Las cinco principales causas de 125 muertes perinatales fueron la prematuridad 22 (17,6%), la asfixia al nacer 19 (15,2%), las anomalías congénitas 16 (12,8%), las desconocidas 13 (10,4%) y abrupción placentaria 11 (8,8%).

Complicaciones tardías de la prematurez: Las cinco principales causas de 60 muertes post-perinatales fueron neumonía bacteriana 21 (35%), gastroenteritis 12 (20%), desnutrición grave 6 (10%), septicemia 6 (10%) y tuberculosis 4 (6,7%). Las condiciones médicas subyacentes identificadas fueron desnutrición grave, infección por VIH, anomalías congénitas (principalmente síndrome de Down y microcefalia debido a asfixia al nacer) y post-prematuridad.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas y tardías de la prematurez.

Ota Nakasone Arturo. Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2018 jul [citado 27 de noviembre de 2021]; 64(3): 415-422. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300015&lng=es. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2106>.

**FICHA
N°56**

**Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú
(Ficha de cita textual)**

Complicaciones inmediatas de la prematurez: Asfixia perinatal.

Complicaciones tardías de la prematurez: Cardiovasculares, SNC, infecciones intrahospitalarias, gastrointestinal, oftalmológicas, enfermedad de membrana hialina, displasia broncopulmonar, persistencia del ductus arterioso, hemorragia interventricular, leucomalacia periventricular, sepsis, retinopatía y enterocolitis.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas y tardías de la prematurez.

Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev peru ginecol obstet [Internet]. 2018 [citado el 17 de febrero de 2022];64(3):405–13. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6679493>

FICHA
N°57

**Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino
(Perú)
(Ficha de cita textual)**

Complicaciones inmediatas de la prematurez: como es de esperarse, los riesgos más significativos para el feto después de la RPM prematura son las complicaciones de la prematuridad, ya que el parto pretérmino se puede producir poco tiempo después de la RPM. Por otro lado, dependiendo del tiempo de la RPM y del uso o no de antibióticos, existe la posibilidad de infección intraútero, la cual de presentarse se puede asociar con un mayor riesgo de deterioro del neurodesarrollo fetal. Además, la prematuridad en la rotura de la membrana también se ha asociado con un mayor riesgo de daño de la sustancia blanca neonatal.

La infección y el accidente del cordón umbilical contribuyen al 1 o 2% de riesgo de muerte fetal prenatal después de una RPM pretérmino.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas de la prematurez.

Pachas, T. Polo C. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2019. [Tesis previa al grado de especialista en medicina pediátrica]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2020

FICHA
N°58

**“Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital San Juan Bautista, Huaral,” (Perú)
(ficha de cita textual)**

Objetivo: Determinar la morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro del hospital San Juan Bautista, Huaral, 2019.

Complicaciones inmediatas de la prematurez: Los recién nacidos prematuros que sobreviven presentan un mayor riesgo de experimentar a corto plazo complicaciones con el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), broncopulmonar displasia, enterocolitis necrotizante, sepsis, hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular y retinopatía de prematuro.

Las complicaciones de parto prematuro son una de las principales causas de muerte entre los niños y niñas menores de 5 años en todo el mundo que simbolizan aproximaciones del 18% de todas las muertes y el 35% de las muertes entre los recién nacidos.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas y tardías de la prematurez.

Cano E, Nogales I, Valdez C. Factores de mortalidad en prematuros menores de 34 semanas de gestación. [Publicación periódica en línea].2020. [citada 2022 abril 19]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2021/apm212c.pdf>

FICHA
N°59

“Factores de mortalidad en prematuros menores de 34 semanas de gestación.” (México)
(ficha de cita textual)

Objetivo: Determinar los factores asociados con mortalidad en recién nacidos prematuros iguales o menores de 34 semanas de gestación.

Complicaciones inmediatas de la prematurez: Las complicaciones neonatales se han asociado con bajo peso al nacer y menor edad gestacional.

La hemorragia intraventricular y asfixia neonatal son causas frecuentes de mortalidad entre las semanas 26-28 y 29-31 de gestación, respectivamente; mientras que en recién nacidos menores de 1500 g, la hemorragia pulmonar, síndrome de dificultad respiratoria y sepsis son las más prevalentes.

Se reportó en el grupo de los supervivientes; la cardiopatía congénita, hiperbilirrubinemia, displasia broncopulmonar, enterocolitis necrosante, retinopatía del prematuro, anemia y persistencia del conducto arterioso fueron comorbilidades que aparecieron con el tiempo.

Conclusión: El 19.1% de las defunciones ocurrió en los primeros 7 días de vida extrauterina, lo que representa el periodo de mayor vulnerabilidad para la supervivencia del recién nacido prematuro.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas de la prematurez

Matos J, Reyes L, López E, et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. Sal Jal. 2020;7(3):179-186.[Publicación periódica en línea].2020.[citada 2022 abril 19]. disponible en:<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98553>

FICHA
N°60

“La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad.”
(México)
(ficha de cita textual)

Complicaciones inmediatas de la prematurez: el distrés respiratorio y por déficit pulmonar o enfermedad de membrana hialina, seguida de la apnea del prematuro y la displasia broncopulmonar en secuencia cronológica de su aparición. La función pulmonar está comprometida por diversos factores, entre los que se encuentran la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria, asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar, déficit de síntesis de surfactante pulmonar y aumento de grosor de la membrana alveolo capilar. La vascularización pulmonar tiene un desarrollo incompleto con una capa arteriolar muscular de menor grosor y disminución del número de capilares alveolares.

Complicaciones tardías de la prematurez: parálisis cerebral infantil, retraso en el desarrollo psicomotor, sordera o hipoacusia neurosensorial. La retinopatía de la prematuridad que en su grado severo ocasiona la ceguera, hipotensión arterial, patología gastrointestinal, trastornos de tolerancia con escasa capacidad gástrica, reflujo gastroesofágico, la motilidad del intestino es lenta y con frecuencia se presentan retraso en las evacuaciones.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas y tardías de la prematurez.

Jacome A. Manejo expectante vs manejo activo de la rotura prematura de membranas en embarazos mayores de 34 semanas como factor asociado a la disminución de complicaciones neonatales por prematuridad en el Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito entre el año 2016 y julio del 2019. [Tesis previa al grado de especialista en ginecología y obstetricia]. Quito. Pontificia Universidad Católica Del Ecuador. 2019.

**FICHA
N°61**

“Manejo expectante vs manejo activo de la rotura prematura de membranas en embarazos mayores de 34 semanas como factor asociado a la disminución de complicaciones neonatales por prematuridad en el Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito entre el año 2016 y julio del 2019” (Ecuador)
(ficha de cita textual)

Objetivo: Evaluar el manejo expectante vs el manejo activo de la rotura prematura de membranas en embarazos mayores de 34 semanas como factor asociado a la disminución de complicaciones neonatales por prematuridad.

Complicaciones inmediatas de la prematuridad: en el presente estudio se logró evaluar el manejo expectante vs el manejo activo de la rotura prematura de membranas y se determinó que el grado de complicaciones neonatales va a depender de la edad gestacional a la que se produzca el parto, con ligeras diferencias, pero no estadísticamente significativas entre ambos grupos. Se identificó una tasa de sobrevida neonatal mayor al 98% para ambos grupos, con mayor riesgo de mortalidad y enterocolitis necrotizante en el grupo de manejo activo. El riesgo de sepsis neonatal no mostró diferencias significativas, en función del tipo de manejo. La enterocolitis necrotizante fue poco prevalente, sin embargo, se presentó en un caso tras manejo expectante y dos casos en el grupo de manejo activo, siendo motivo de una muerte neonatal en este grupo. La frecuencia de síndrome de distrés respiratorio fue similar en ambos grupos sin embargo hubo diferencia estadística con una tendencia a ser más frecuente en neonatos que no recibieron maduración pulmonar y entre las 34 y 35 semanas de gestación en un 35.9% en relación a una edad gestacional mayor de 36 semanas. - La prevalencia de cesárea fue mayor en casos de manejo activo con un 50.9%.

Recomendaciones: Recordar que la infección materna puede actuar como causa o consecuencia de la rotura de membranas, por lo tanto, el inicio de antibiótico profilaxis es mandatorio para disminuir riesgo de sepsis en el binomio madre-hijo.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas de la prematuridad.

Machaca J. Factores de riesgo asociados a la morbimortalidad del prematuro en el periodo neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018. [Tesis previa al grado de Médico cirujano]. Universidad Nacional del Altiplano. 2019.

**FICHA
N°62**

“Factores de riesgo asociados a la morbimortalidad del prematuro en el periodo neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018” (Perú)

(ficha de cita textual)

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a la morbimortalidad del prematuro en el periodo neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, en el año 2018.

Complicaciones inmediatas de la prematuridad: de los 228 recién nacidos prematuros, 182 presentaron morbilidad (79.8%) y 41 fallecieron (17.9%); las causas de morbilidad fueron, Membrana hialina (42.3%), Sepsis temprana

(27.5%), Ictericia (17.0%), Neumonía (5.5%), Asfixia perinatal (3.3%), Cardiopatía congénita (2.2%) y Anemia (2.2%); las causas de mortalidad fueron, Sepsis temprana (43.8%), Membrana hialina (36.6%), Cardiopatía congénita (9.8%), Neumonía y Asfixia perinatal (4.9% cada una); se encontró asociación como factor de riesgo: prematuro extremo, no se encontró asociación: sexo y peso del prematuro, edad, procedencia, control prenatal, grado de Instrucción, ocupación, índice de masa corporal y antecedentes gineco obstétricos de la madre, y tipo de parto.

Conclusión: La prevalencia de la morbimortalidad del prematuro es elevada, los factores asociados son tipo de prematuridad y Apgar al minuto.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas de la prematurez.

Jiménez R. Carrillo M. Factores de riesgo asociados a la mortalidad del recién nacido prematuro. [Publicación periódica en línea].2018. Vol. 12(2):22-31.[citada 2022 abril 19].Disponible en:
<https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=111633#:~:text=Conclusiones%3A%20Los%20principales%20factores%20de%20riesgo%20asociados%20a,sepsis%20neonatal%20y%20s%20C3%ADndrome%20de%20la%20membrana%20hialina.>

**FICHA
Nº63**

**“Factores de riesgo asociados a la mortalidad del recién nacido prematuro” (México)
(ficha de cita textual)**

Objetivo: Determinar los principales factores de riesgo asociados a la mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Tarimoya de abril de 2015 a febrero de 2017.

Complicaciones inmediatas en los RN prematuros: factores de riesgo observados en el prematuro: género masculino, edad gestacional entre la semana 27 y 29, y peso < 1500g al nacer, en los recién nacidos fallecidos. No se encontró relación estadística significativa entre la edad materna y la mortalidad del prematuro, lo que descarta nuestra hipótesis que establecía a la edad materna como el principal factor de riesgo en el recién nacido prematuro del Hospital General de Tarimoya.

Conclusiones: Los principales factores de riesgo asociados a la mortalidad del recién nacido prematuro fueron: la ruptura prematura de membranas, la edad gestacional (semana 27 a 29), muy bajo peso al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, asfixia perinatal, sepsis neonatal y síndrome de la membrana hialina.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas en el RN prematuro.

Navarrete M. Montoya D. Caracterización neuropsicológica en niños entre seis y ocho años con antecedente de muy bajo peso al nacer y prematurez. [Publicación periódica en línea].2016. abril. [citada 2022 abril 19];35(2):89–99. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1590/159049704003/html/>

FICHA
N°64

“Caracterización neuropsicológica en niños entre seis y ocho años con antecedente de muy bajo peso al nacer y prematurez” (Ecuador)
(ficha de cita textual)

Objetivo: Revisar la influencia de la prematuridad sobre el sistema nervioso durante los primeros años de vida y posteriormente durante la adultez.

Complicaciones tardías de la prematurez: Un poco más de la mitad de los pacientes (26 o 53.1%) estaba conformada por el sexo masculino. El 30.6% tenía seis años, el 46.9% tenía siete y el 14.3%, ocho años.

La escolaridad se distribuyó así: el 6% estaba en transición, el 34.7% en primero, el 34.7% en segundo y el 8.2% en tercero de primaria.

La distribución por estrato socioeconómico fue: el 4.1% bajo, el 38.8% medio, el 34.7% medio alto, el 14.3% alto.

En las variables neuropsicológicas se encontró un desempeño promedio en la mayoría de las subescalas. Sin embargo, el grupo de 750 – 1 000 gr obtuvo un rendimiento por debajo de la media en evocación visual a largo plazo, habilidades metalingüísticas y en errores perseverativos (flexibilidad cognitiva), número de categoría y fluidez verbal; con una diferencia significativa en estas dos últimas características.

Se vuelve a observar que los prematuros con peso de 1 500 gr o más obtienen mejores resultados cuando se comparan con el grupo de prematuros extremos (750 – 1 000 gr). Se observa un adecuado rendimiento en cuanto a la capacidad intelectual, con mejores desempeños a mayor edad gestacional y con diferencia estadísticamente significativa en el razonamiento perceptivo. Hay desempeño por debajo de la media en los prematuros extremos en habilidades metalingüísticas, memoria visual a largo plazo, fluidez verbal y flexibilidad cognitiva.

Conclusión: Los niños de seis a ocho años con antecedente de prematurez y muy bajo peso al nacer tienen entre cinco a 14 puntos menos en el CI total y alteración en los diferentes índices. El peso al nacer interviene de forma negativa en el funcionamiento neuropsicológico. Sin embargo, el rendimiento en general estuvo en el rango promedio.

Indicadores utilizados: complicaciones tardías de la prematurez.

Torres C. La prematuridad y su incidencia en el desarrollo motriz de los niños de 0 a 1 año que asisten al Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la Ciudad de Ambato en el período marzo - septiembre de 2013. [Tesis previa al grado de Licenciada en estimulación temprana]. Ecuador. Universidad técnica de Ambato; 2014.

FICHA
N°65

“La prematuridad y su incidencia en el desarrollo motriz de los niños de 0 a 1 año que asisten al Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Ambato en el período Marzo - septiembre del 2013” (Ecuador)
(ficha de cita textual)

Objetivo: Analizar la incidencia de la prematuridad en el desarrollo motriz de los niños de 0 a 1 año del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Ambato en el período Marzo-septiembre del 2013.

Complicaciones tardías de la prematuridad: El 60 % de los niños prematuros en lo que se refiere al área motriz gruesa se encuentran en nivel de alerta con relación a los niños a término ya que tan solo el 16.6 % se encuentran en este nivel, mientras que en el área motriz fina el 63% de niños prematuros se encuentran en nivel de alerta y el 10 % de los niños a término se encuentran en esta categoría; esto indica que un mayor porcentaje de niños tanto en el área motriz gruesa como fina se encuentran en niveles de alerta, a diferencia de los niños nacidos a término.

Recomendaciones: Capacitar a los padres de familia de los niños prematuros, para vigilar su evolución y evitar que se generen atrasos en el desarrollo del niño. Proporcionar a los padres y madres de familia de los niños prematuros una guía de actividades que permitan desarrollar el área motriz gruesa y fina.

Indicadores utilizados: complicaciones tardías de la prematuridad.

Valdés R, Fabrè L, Montiel H, et al. Influencia de la prematuridad sobre el sistema nervioso en la niñez y en la adultez. [Publicación periódica en línea].2015. [citada: 2021 mayo 31]. 5(1), 40-48; Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/15>

FICHA
N°36.1

“Influencia de la prematuridad sobre el sistema nervioso en la niñez y en la adultez” (Cuba)
(ficha de cita textual)

Complicaciones tardías de la prematuridad: Los niños pretérminos al nacer muestran un amplio rango de anomalías neuromotoras las cuales en ocasiones pueden persistir y acompañarse de un retardo y/o trastorno motor, así como también un trastorno motor fino, déficit visuo-espacial, alteraciones en la función ejecutiva, visuo perceptual y problemas con la ejecución motora. Los recién nacidos pretérmino constituyen una población vulnerable. Tienen un elevado riesgo de sufrir problemas de salud, discapacidades neurológicas y trastornos de la conducta, pobre desempeño cognitivo.

También cursan con un riesgo elevado de presentar parálisis cerebral y trastornos sensoriales. Por otra parte, es conocido que algunos eventos que ocurren tempranamente en la vida influyen en el desarrollo de enfermedades en la vida adulta.

Los trastornos motores en estos niños pueden ir desde una parálisis cerebral ligera– severa, hasta un trastorno motor funcional ligero denominado disfunción neuromotora (DN) o trastorno en el desarrollo de la coordinación. Para muchos de estos pacientes el trastorno motor es menos discapacitante que las alteraciones asociadas a ellos (esfera ejecutiva, trastornos cognitivos y motor fino).

A largo plazo, los niños que nacieron prematuramente tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y diabetes mellitus en la edad adulta y posiblemente, también presenten un riesgo mayor de padecer cáncer.

Recomendaciones: Los programas de atención, evaluación y seguimiento de niños pretérmino deben tener en cuenta el efecto de dicho evento en las diferentes etapas de la vida.

Indicadores utilizados: complicaciones tardías de la prematurez

Ministerio de salud pública y bienestar social. Bebés prematuros, pequeños grandes luchadores [Publicación periódica en línea]. 2019 [citada 2022 junio 19]. Disponible en:<https://www.mspbs.gov.py/portal-19976/bebes-prematuros-pequentildeos-grandes-luchadores.html>

**FICHA
Nº28.1**

**Bebés prematuros, pequeños grandes luchadores (Paraguay)
(ficha de cita textual)**

Complicaciones inmediatas de la prematurez: en Paraguay -refiere la Dra. Fonseca- se registra una tasa de 8% de prematurez. “Desde el año 2018, de los ciento quince mil niños que nacieron en nuestro país, un 8 por ciento fue prematuro. Esto nos da un número aproximado de 9.000 niños nacidos prematuramente”.

La tasa de mortalidad neonatal en este periodo fue del 10.8 por cada 1.000 niños nacidos vivos, detalla la pediatra. “Según datos provistos por el Ministerio de Salud Pública, de la tasa de fallecimiento de neonatos, un 95% estuvo relacionado con la prematurez”. Estas cifras -asegura la Dra. Fonseca- posicionan a la prematurez “como un problema de salud pública en Paraguay.” Lo mismo ocurre a nivel mundial, apunta.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas de la prematurez.

COMPLICACIONES INMEDIATAS Y TARDÍAS EN LA PREMATUREZ (PAÍSES DE INGRESOS BAJOS)

Save of Children. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Salud Neonatal en escenarios humanitarios. [en línea]. New York. 2017. [Citado: 2022 abril 19]. Capítulo 2. Antecedentes: salud neonatal epidemiología. Disponible en:<https://www.healthynewbornnetwork.org/hnncontent/uploads/Spanish-Newborn-Health-in-Humanitarian-Settings-Field-Guide-1-1.pdf>

**FICHA
N°66**

“Salud

neonatal en escenarios humanitarios” (ficha de cita textual)

Objetivo: Identificar la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años (2015)

Complicaciones inmediatas de la prematurez:

Myanmar: La tasa de mortalidad neonatal fue 52.5%, siendo la prematuridad la principal causa con un 18.7%.

República centroafricana: La tasa de mortalidad neonatal fue 33.0%, siendo la prematuridad la principal causa con un 9.2%.

Yemen: La tasa de mortalidad neonatal fue 33.0%, siendo la prematuridad la principal causa con un 9.2%.

Malawi: 1 de cada 5 niños nace prematuro o con bajo peso.

Las principales causas de mortalidad neonatal a nivel global para el año 2016, fueron las complicaciones por parto prematuro con un 35%, seguido de eventos relacionados al parto un 24%, septicemia o meningitis un 15%, anomalías congénitas 11%, y otras el 11% restante.

Indicadores utilizados: complicaciones inmediatas de la prematurez.

Save of Children. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Salud Neonatal en escenarios humanitarios. [en línea]. New York. 2017. [Citado: 2022 abril 19]. Capítulo 2. Antecedentes: salud neonatal epidemiología. Disponible en:<https://www.healthynewbornnetwork.org/hnncontent/uploads/Spanish-Newborn-Health-in-Humanitarian-Settings-Field-Guide-1-1.pdf>

**FICHA
N°66.1**

“Salud neonatal en escenarios humanitarios” (ficha de cita textual)

Objetivo: Identificar la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años (2015)

Complicaciones tardías de la prematurez:

Myanmar: la tasa de mortalidad en niños de 1 a 59 meses fue 47.5%, ocupando la prematuridad 1.1%.

República centroafricana: la tasa de mortalidad en niños de 1 a 59 meses fue 66.8%, ocupando la prematuridad 1.6%.

Yemen: la tasa de mortalidad en niños de 1 a 59 meses fue 47.0%, ocupando la prematuridad 2.1%.

Las principales causas de mortalidad neonatal a nivel global para el año 2016, fueron las complicaciones por parto prematuro con un 35%, seguido de eventos relacionados al parto un 24%, septicemia o meningitis un 15%, anomalías congénitas 11%, y otras el 11% restante.

Indicadores utilizados: complicaciones tardías de la prematurez

5.2 SINTESIS DE LOS DATOS OBTENIDOS

**TABLA 1:
FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA PREMATUREZ**

PAÍSES DE INGRESOS ALTOS	PAÍSES DE INGRESOS MEDIOS	PAÍSES DE INGRESOS BAJOS
<p>-Factores sociodemográficos (Diabetes mellitus, trastornos hipertensivos, edad materna extrema, Stress físico, psíquico o laboral, adicciones: alcoholismo, drogadicción, o tabaquismo)</p> <p>-Factores Obstétricos (Antecedente de parto prematuro espontáneo, inducido u óbito fetal, antecedente de aborto del primero y segundo trimestre, anemia, sobrepeso, embarazo múltiple, infertilidad, intervalo intergenésico menor a 6 meses, mal control prenatal, metrorragia de la primera y segunda mitad del embarazo)</p> <p>-Factores ginecológicos (anomalías del aparato reproductor femenino Patología cuello uterino: conización, incompetencia ístmico cervical, malformaciones, miomatosis)</p> <p>-Factores de infección (Ruptura prematura de membranas, infección de vías urinarias, bacteriuria asintomática, infecciones cérvico vaginales, enfermedad periodontal)</p>	<p>-Factores sociodemográficos (Diabetes mellitus, trastornos hipertensivos, antecedentes de nefropatía, cardiopatía, edad materna extrema, peso, Stress físico, psíquico o laboral, adicciones: alcoholismo, drogadicción o tabaquismo, factores socioeconómicos escasos recursos económicos, bajo nivel educativo, violencia durante el embarazo, trabajo en la industria textil y ama de casa, depresión)</p> <p>-Factores Obstétricos (Antecedente de parto prematuro espontáneo, inducido u óbito fetal. Primigesta, antecedente de aborto del primero y segundo trimestre, embarazo múltiple, espacio intergenésico menor de 2 años, controles prenatales nulos e incompletos, metrorragia de la primera y segunda mitad del embarazo, placenta previa, trastornos en el líquido amniótico)</p> <p>-Factores fetales (sexo masculino, malformaciones congénitas, retraso del crecimiento intrauterino)</p> <p>-Factores de infección (Ruptura prematura de membranas, infección de vías urinarias, bacteriuria asintomática, infecciones cérvico vaginales, enfermedad periodontal)</p> <p>-Factores ginecológicos Anomalías del aparato reproductor femenino (Patología cuello uterino: conización, incompetencia ístmico cervical, malformaciones, miomatosis, infertilidad)</p>	<p>-Hipertensión inducida y sus complicaciones</p> <p>-Diabetes gestacional</p> <p>-Diabetes mellitus y sus complicaciones</p> <p>-Alimentación materna.</p>

FUENTE: Resultados investigación “INCIDENCIA DE PREMATUREZ Y ANÁLISIS DE VARIABLES RELACIONADAS EN PAÍSES DESARROLLADOS Y SUBDESARROLLADOS, INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL DE 66 ARTÍCULOS PUBLICADOS ENTRE 2010 Y 2020. JULIO 2021”

**TABLA 2:
COMPLICACIONES INMEDIATAS Y TARDÍAS EN LOS RECIÉN NACIDOS
PREMATUROS**

PAÍSES DE INGRESOS ALTOS	
COMPLICACIONES INMEDIATAS DE LA PREMATUREZ	COMPLICACIONES TARDÍAS DE LA PREMATUREZ
<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad neonatal • Síndrome de distrés respiratorio • Apnea • Enterocolitis necrosante • Hemorragia intraventricular • Displasia broncopulmonar 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del neurodesarrollo (parálisis cerebral, parálisis y autismo) • Enterocolitis necrotizante • Sepsis de inicio tardío • Retinopatía del prematuro • Bajo coeficiente intelectual • Displasia broncopulmonar
PAÍSES DE INGRESOS MEDIOS	
COMPLICACIONES INMEDIATAS DE LA PREMATUREZ	COMPLICACIONES TARDÍAS DE LA PREMATUREZ
<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad neonatal • Síndrome de dificultad respiratoria • Hemorragia intracraneal • Enterocolitis necrosante • Enfermedad de membrana hialina • Septicemia • Retardo de crecimiento intrauterino • Asfixia perinatal • Trastornos metabólicos • Sepsis • Cardiopatías congénitas • Malformaciones congénitas • Hemorragia intraventricular • Leucomalacia periventricular 	<ul style="list-style-type: none"> • Retardo en las áreas motora fina y gruesa • Déficit visual espacial • Trastornos de conducta • Déficit cognitivo • Displasia broncopulmonar • Alteraciones fisiológicas y del neurodesarrollo, parálisis cerebral • Bajo coeficiente intelectual • Enterocolitis necrosante • Sordera o hipoacusia neurosensorial. • La retinopatía de la prematuridad que en su grado severo ocasiona la ceguera.
PAÍSES DE INGRESOS BAJOS	
COMPLICACIONES INMEDIATAS DE LA PREMATUREZ	COMPLICACIONES TARDÍAS DE LA PREMATUREZ
<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad neonatal como principal causa la prematurez 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad infantil como principal causa la prematurez

FUENTE: Resultados investigación “INCIDENCIA DE PREMATUREZ Y ANÁLISIS DE VARIABLES RELACIONADAS EN PAÍSES DESARROLLADOS Y SUBDESARROLLADOS, INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL DE 66 ARTÍCULOS PUBLICADOS ENTRE 2010 Y 2020. JULIO 2021”

5.3 DISCUSION DE RESULTADOS

Según el informe denominado “Recién nacidos demasiado pronto” nos muestra la variación global, regional y nacional de nacimientos prematuros para el año 2010, donde se reflejan las nuevas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), respecto a las tasas mundiales de nacimientos prematuros indicando que, de los 135 millones nacidos vivos en todo el mundo, alrededor de 15 millones de bebés fueron nacidos demasiado temprano, lo que representa una tasa de nacimientos prematuros del 11,1%. Más del 60% de los nacimientos prematuros ocurrieron en el África subsahariana y Asia meridional, donde se estima que 9,1 millones de nacimientos (12,8%) anuales son prematuros.

El mayor número de nacimientos prematuros se encuentra en países de ingresos altos: Estados Unidos que presentó un total de 517.400; países de ingresos medios: India 3.519.100; China 1.172.300; Nigeria 773.600; Pakistán 748.100; Indonesia 675.700; Bangladesh 424.100; Filipinas 348.900; Brasil 279.300 y República Democrática del Congo considerado un país de ingresos bajos que presento un total 341.400; se puede inferir que por ser países con mayores tasas poblacionales, se tienen mayores porcentajes de nacimientos prematuros. Sin embargo; pueden deberse también a otras condiciones en el que las mujeres tienen a sus bebés a temprana edad, a edades avanzadas o presentan un embarazo múltiple.

Asimismo, tenemos también los 10 países con las mayores tasas de nacimientos prematuros por cada 100 nacimientos entre ellos: Malawi 18.1 por cada 100; Comoras y Congo 16.7; Zimbabue 16.6; Guinea Ecuatorial 16.5; Mozambique 16.4; Gabón 16.3; Pakistán 15.8; Indonesia 15.5; y Mauritania 15.4. Todos ellos considerados países de ingresos medios y bajos que, debido a algún factor de riesgo social, económico, ambiental, materno o paterno, representan una mayor probabilidad de presentar un parto prematuro.

Los países anteriormente mencionados contrastan con los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros: Belarús 4.1; Ecuador 5.1; Letonia 5.3; Finlandia, Croacia y Samoa 5.5; Lituania y Estonia 5.7; Barbados/Antigua 5.8; Japón 5.9. Países en su mayoría considerados de ingresos altos, a diferencia de Ecuador un país de ingreso medio. Que debido a que le dan más

prioridad a la salud, cuentan con el acceso, equipo y tecnología avanzada para brindar servicios de salud con calidad para toda su población donde su finalidad es el bienestar de cada uno/a de ellos/as.

Según otro informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2012 al menos uno de diez nacimientos ocurre antes de completar las 37 semanas de gestación. En el mundo se producen anualmente alrededor de 13 millones de nacimientos prematuros. Las cifras aproximadas de incidencia son: 11% en América del Norte, 5,6% en Oceanía y 5,8% en Europa. En Estados Unidos, como media, nace un bebé prematuro/a cada minuto. Pudiéndose observar para este año una disminución de los partos prematuros.

Este informe señala que, en países de altos ingresos, el incremento de nacimientos prematuros se vincula con embarazos en mujeres de avanzada edad, consumo de medicamentos para la fertilidad que conllevan a embarazos múltiples, y también con cesáreas programadas y partos que se inducen innecesariamente antes del término. En países de bajos ingresos, se tienen como causas principales infecciones como la malaria y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como las altas tasas de embarazos en adolescentes. Siendo todas causas prevenibles, que con educación y acceso a los servicios de salud se pudiesen evitar y de esa manera disminuir los casos de prematuridad.

Se encuentran también diversos estudios de diferentes países de ingresos bajos y medios que nos señalan los porcentajes de incidencia de prematurez:

- En Brasil, para el año 2012, de los 19.457 nacimientos ocurridos en Porto Alegre, 2.370 de estos nacimientos se clasificaron como prematuros, lo que corresponde a un 12.2%. Porcentaje que se suma a la incidencia de prematurez anual en todo el país, debido a la alta tasa de densidad poblacional y algún factor de riesgo adicional que podría sumarse.
- En México, en el año 2013. Un estudio tenía como objetivo “Conocer la incidencia de la prematurez y las principales causas de morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato” donde se registraron 10,532 nacimientos. De estos, 6.9% (736) fueron prematuros/as. Ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales 64% (472) de los nacimientos prematuros y 4.4% del total de nacimientos. En

2012 se observó un incremento de ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales un total de 266, en relación con el año 2011 con 206, pudiéndose observar en el hospital un aumento de nacimientos prematuros con respecto a los años anteriores, debido a que se obtuvieron mayores ingresos de prematuros/as a la unidad de cuidados intensivos.

Por otro lado, siempre en México, para el año 2013, en el estudio denominado “Prematuro tardío: morbilidad y mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales”, Los prematuros/as tardíos/as conformaron el 8%, es decir 365 del total de nacimientos que fueron 562.

Otro estudio nos muestra la incidencia de prematurez en el Hospital General Naval de Alta Especialidad 2015-2017, en el periodo de estudio hubo 1,855 nacimientos, 383 fueron ingresados/as a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; de éstos, 37% fueron prematuros/as, con mayor frecuencia de pacientes masculinos (55.9%) y prematuros tardíos (48.2%). Un poco menos de la mitad fueron prematuros/as e ingresaron a la unidad de cuidados intensivos debido a alguna complicación.

Para el año 2016, en el estudio “Panorama epidemiológico de la prematurez en el centro médico Issemym Ecatepec”, Se documentaron 13,887 nacimientos. De estos, 2819 (20.3%) fueron prematuros/as; y de acuerdo con la clasificación del prematuro 1916 (68%) pertenecen al grupo de recién nacido prematuro moderado-tardío, 701 (24.8%) muy prematuro, 189 (6.7%), prematuro extremo y 12 (0.49%) a inmaduros. Con un predominio del género masculino 1663 (59%) sobre el femenino 1155(41%), pudiéndose observar también un porcentaje alto de nacimientos prematuros, en su mayoría moderados tardíos, prevaleciendo el sexo masculino.

En definitiva, se puede identificar que:

- En México se mantiene en aumento la incidencia de prematurez durante los últimos años, quienes son ingresados/as a la unidad de cuidados intensivos, debido a complicaciones propias de la prematurez requiriendo de atención y equipo especializado para su sobrevivencia.
- En Paraguay, para el año 2018. Con el estudio “Bebés prematuros, pequeños grandes luchadores” se registra una tasa de 8% de prematurez. “Desde el año 2018, de los ciento quince mil niños que nacieron en el país, un 8% fue prematuro. Esto nos da un número aproximado de 9.000 niños nacidos prematuramente”.
- Jordania: La incidencia, los factores de riesgo y la mortalidad de los neonatos/as prematuros/as, estudio prospectivo de Jordania (2012-2013), establece que la incidencia de parto prematuro fue del 5,8%, de los cuales el 85% fueron en 32-36 semanas gestacionales.
- La situación es similar en países de ingresos bajos, Malawi en 2016, público que 1 de cada 5 niños/as nace prematuro/a o con bajo peso al nacer.
- En Ghana, para el año 2019, en la República Democrática del Congo se presentó una incidencia de 341.400 recién nacidos/as prematuros/as; destacando que se requiere urgentemente un cambio de paradigma en el manejo clínico de los controles prenatales para reducir los riesgos de un nacimiento prematuro con un equipo multidisciplinario dedicado de manera proactiva a la atención materno infantil junto a la participación de la comunidad global.
- En El Salvador, para el año 2019; la incidencia de la prematurez alcanzo el 10.7%, constituyendo más del 60% de todas las muertes ocurridas en niñas y niños en el primer año de vida.
- En Honduras: La Organización Mundial de la Salud estimó para Honduras en 2010 que el 12% de los partos serían prematuros. Cifra que para el año 2020 se mantuvo.

- En México, durante el año 2020, un artículo denominado “La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad”. Reflejo que diariamente mueren siete mil recién nacidos/as en todo el mundo, principalmente en los países más pobres, el 80% fueron prematuros/as quienes murieron en el primer día de vida. El nivel de ingreso del país continúa siendo un factor importante al medir la supervivencia de los recién nacidos/as.

En países de ingresos altos la tasa de mortalidad es de solo tres muertes por cada mil nacimientos y en los países de ingresos bajos la tasa es de 27 fallecidos/as por el igual número de nacimientos. Japón es el país con mayor supervivencia al fallecer solo uno/a por cada mil recién nacidos, mientras que en Nigeria se registra la estadística más alta con 46 muertes por cada mil nacidos en el mismo periodo.

En América latina nacen cada año 135.000 niños/as por parto prematuro. La situación es aún más grave en los prematuros/as extremos/as (<32 semanas) quienes la mayoría no sobrevive y llegar a lograrlo, hasta el 60% de los sobrevivientes tienen discapacidades neurológicas permanentes importantes.

**TABLA 3:
TASAS DE NACIMIENTOS PREMATUROS POR CADA 100 NACIMIENTOS**

PAÍS	TASA DE NACIMIENTOS PREMATUROS POR CADA 100 NACIMIENTOS
Costa Rica	13.6%
El Salvador	12.8%
Honduras	12.2%
Belice	10.4%
Uruguay	10.1%
Nicaragua	9.3%
Brasil	9.2%
Bolivia	9.0%
Colombia	8.8%
Panamá	8.1%
Venezuela	8.1%
Argentina	8.0%
Paraguay	7.8%

Guatemala	7.7%
Perú	7.3%
México	7.3%
Chile	7.1%
Cuba	6.4%
Ecuador	5.1%

FUENTE: Resultados investigación “INCIDENCIA DE PREMATUREZ Y ANÁLISIS DE VARIABLES RELACIONADAS EN PAÍSES DESARROLLADOS Y SUBDESARROLLADOS, INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL DE 66 ARTÍCULOS PUBLICADOS ENTRE 2010 Y 2020. JULIO 2021”

Observando que los niveles de incidencia sobre prematurez se han mantenido a lo largo de la década en todos los países a nivel mundial; en países de ingresos altos, medios y bajos, que debido a diversos factores que pudiesen estar relacionados siempre se tienen tasas altas.

En países medios y bajos, la pobreza sigue siendo el principal factor, donde tanto las mujeres y hombres tienen poco acceso y disponibilidad a los servicios de salud, poca educación sobre métodos anticonceptivos, la multiparidad, un nivel de escolaridad bajo, y las enfermedades maternas, paternas y fetales que pueden estar adicionales.

En cuanto a los factores de riesgo para la prematurez se encuentran: edad materna, Paridad, enfermedades maternas, paternas y fetales, edad gestacional, embarazo múltiple, factores ambientales, condiciones de trabajo de la madre, estilos de vida maternos y paternos, factores Socioeconómicos de la familia, poca o ninguna atención prenatal.

Considerando la clasificación de los países según sus ingresos se recolecto poca información de dichos factores de riesgo dentro de los países de ingresos altos y bajos posiblemente porque los artículos científicos se encuentran en idiomas diferente y en páginas web de difícil acceso o porque los recursos destinados a dicha investigación son limitados.

De los países de ingresos medios se ha recopilado la mayor cantidad de artículos científicos sobre los factores de riesgo para la prematurez, encontrando que son múltiples los factores que influyen

en la ocurrencia de un parto prematuro dentro de dichos países. Lo cual se presenta en la siguiente tabla:

TABLA 4:
FACTORES ASOCIADOS A PARTO PREMATURO POR NIVEL DE INGRESO PAÍS

PAÍSES DE INGRESOS ALTOS	PAÍSES DE INGRESOS MEDIOS	PAÍSES DE INGRESOS BAJOS
<p>-Factores sociodemográficos (Diabetes mellitus, trastornos hipertensivos, edad materna extrema, Stress físico, psíquico o laboral, adicciones: alcoholismo, drogadicción, o tabaquismo)</p> <p>-Factores Obstétricos (Antecedente de parto prematuro espontáneo, inducido u óbito fetal, antecedente de aborto del primero y segundo trimestre, anemia, sobrepeso, embarazo múltiple, infertilidad, intervalo intergenésico menor a 6 meses, mal control prenatal, metrorragia de la primera y segunda mitad del embarazo)</p> <p>-Factores ginecológicos (anomalías del aparato reproductor femenino Patología cuello uterino: conización, incompetencia ístmico cervical, malformaciones, miomatosis)</p>	<p>-Factores sociodemográficos (Diabetes mellitus, trastornos hipertensivos, antecedentes de nefropatía, cardiopatía, edad materna extrema, peso, Stress físico, psíquico o laboral, adicciones: alcoholismo, drogadicción o tabaquismo, factores socioeconómicos escasos recursos económicos, bajo nivel educativo, violencia durante el embarazo, trabajo en la industria textil y ama de casa, depresión)</p> <p>-Factores Obstétricos (Antecedente de parto prematuro espontáneo, inducido u óbito fetal. Primigesta, antecedente de aborto del primero y segundo trimestre, embarazo múltiple, espacio intergenésico menor de 2 años, controles prenatales nulos e incompletos, metrorragia de la primera y segunda mitad del embarazo, placenta previa, trastornos en el líquido amniótico)</p>	<p>-Hipertensión inducida y sus complicaciones</p> <p>-Diabetes gestacional</p> <p>-Diabetes mellitus y sus complicaciones</p> <p>-Alimentación materna.</p>

<p>-Factores de infección (Ruptura prematura de membranas, infección de vías urinarias, bacteriuria asintomática, infecciones cérvico vaginales, enfermedad periodontal)</p>	<p>-Factores fetales (sexo masculino, malformaciones congénitas, retraso del crecimiento intrauterino)</p> <p>-Factores de infección (Ruptura prematura de membranas, infección de vías urinarias, bacteriuria asintomática, infecciones cérvico vaginales, enfermedad periodontal)</p> <p>-Factores ginecológicos Anomalías del aparato reproductor femenino (Patología cuello uterino: conización, incompetencia ístmico cervical, malformaciones, miomatosis, infertilidad)</p>	
---	---	--

FUENTE: Resultados investigación “INCIDENCIA DE PREMATUREZ Y ANÁLISIS DE VARIABLES RELACIONADAS EN PAÍSES DESARROLLADOS Y SUBDESARROLLADOS, INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL DE 66 ARTÍCULOS PUBLICADOS ENTRE 2010 Y 2020. JULIO 2021”

A pesar de las diferencias económicas que dividen a los países del mundo, los factores de riesgo que propician un parto prematuro se mantienen constantes y prevalentes en la incidencia de estos. Los factores maternos, fetales y socioeconómicos son los que más se repiten, siendo muchos de ellos prevenibles antes de la concepción en mujeres en edad reproductiva.

En cuanto a las complicaciones inmediatas y tardías en la salud de los recién nacidos/as prematuros/as, según los artículos analizados en el presente el informe, podemos encontrar dos tipos de complicaciones en los recién nacidos/as prematuros/as como son:

1. Complicaciones o problemas inmediatos en lo que incluye hipotermia, los recién nacidos/as tienen una respuesta metabólica al enfriamiento que comprende la termogénesis química (sin escalofríos) mediante la descarga de noradrenalina por los nervios simpáticos en la grasa parda. Este tejido especializado del recién nacido/as, localizado en la nuca, entre las escápulas y alrededor de los riñones, responde con lipólisis, seguida de oxidación o de los ácidos grasos liberados. Estas reacciones producen calor local, y la rica irrigación de la grasa parda ayuda a transferirlo al resto del cuerpo del recién nacido/a. Esta reacción duplica o triplica el metabolismo y el consumo de oxígeno.

Por consiguiente, en recién nacidos/as con insuficiencia respiratoria (p. ej., el recién nacido/a pretérmino con síndrome de dificultad respiratoria), el estrés por frío también puede provocar hipoxia tisular y daño neurológico. La activación de las reservas de glucógeno puede causar hiperglucemia transitoria, hipoglucemia, que puede causar piel de color azulado o pálido, problemas respiratorios, como pausas en la respiración (apnea), respiración rápida o sonidos de gruñidos irritabilidad o desgano, músculos flojos o flácidos, alimentación deficiente o vómitos, problemas para mantener el calor corporal y temblores, escalofríos, sudoración o convulsiones y así mismo podría ocasionarle hipocalcemia, acidosis metabólica e hiperglicemia.

También podrían causar enfermedades respiratorias de membrana hialina, apnea recurrente, taquipnea transitoria, asfixia perinatal, broncoaspiración como sepsis y meningitis, los problemas de estos recién nacidos/as son de forma generalizada, ya que podrían dañar hasta el tracto intestinal causando inmadurez enzimática hiperbilirrubinemia y enterocolitis necrosante

Un recién nacido/a prematuro/a puede presentar cierto grado de irritabilidad o desgano, músculos flojos o flácidos y alimentación deficiente con vómitos frecuentes lo que ocasionara un bajo peso y una mala nutrición y problemas para mantener el calor corporal anudado a esto pueden presentarse malformaciones congénitas o traumas al nacer.

Las enfermedades infecciosas, la prematurez y las complicaciones durante el parto son las principales causas de muerte en los niños/as menores de 5 años. No se debe perder de vista que globalmente, el 45% de las muertes de niños/as menores de cinco años ocurren durante el período neonatal.

2. Existen problemas tardíos como disfunción del sistema nervioso central (motora, visual, auditiva y Parálisis cerebral). Lo que en un futuro puede causarle al niño/a problemas para caminar, para comunicarse con otras personas o para desarrollar un pensamiento lógico. Algunos tipos de displasia broncopulmonar, patrones de crecimiento alterado, retinopatía del prematuro, enfermedad metabólica ósea: osteopenia, anemias y lesión del nervio auditivo.

Entre las complicaciones relacionadas a la prematuridad se encuentran conducto arterioso permeable, pobres reflejos de succión y deglución, retraso en el desarrollo, retinopatía, enterocolitis necrosantes, sepsis, meningitis entre otras.

La morbilidad neonatal de los prematuros/as es de magnitud variable, dependiendo principalmente del peso de nacimiento y de la edad gestacional al nacer, así como de las intervenciones terapéuticas realizadas. Las complicaciones más frecuentes son: depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria (SDR), hemorragia intracraneana (HIC), sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante (ECN), ductus arterioso persistente, displasia broncopulmonar (DBP), apneas y fibroplasia retrolental. Adicionalmente, pueden presentar morbilidad neurológica a largo plazo, tales como anomalías de las funciones cognitivas y parálisis cerebral de los cuales necesitan hospitalización más prolongada, dependiendo del grado de prematuridad.

CONCLUSIONES

- Según los datos obtenidos, la incidencia de prematurez más alta se registra en los países de ingresos altos y en primer lugar estados Unidos, seguido por Europa luego los países de ingresos medios y bajos. Según reportes de la OMS en 2012 los factores en la incidencia de prematurez de países de ingresos altos es la edad materna avanzada, tratamientos de infertilidad y como consecuencia los embarazos múltiples, los factores registrados en los países de ingresos bajos han sido: la malaria, el VIH y los embarazos en adolescentes.
- La mayor cantidad de información se obtuvo de los países de ingresos medios, como fuente artículos y revistas científicas; entre los datos relevantes y significativos documentados ha sido la incidencia de acuerdo con la clasificación de prematurez: prematuro moderado-tardío 68%, muy prematuro 24.8%, prematuro extremo 6.7%, inmaduro 0.49% de los cuales la prevalencia fue del sexo masculino con el 59% sobre el femenino con el 41%.
- Los factores de riesgo que predisponen a prematurez que presentan mayor incidencia en los países de ingresos altos y medios fueron factores sociodemográficos, factores obstétricos, factores ginecológicos y factores de infección, agregándose solo a los países de ingresos medios los factores fetales como: sexo masculino, malformaciones congénitas y retraso del crecimiento intrauterino. En los países de ingresos bajos los factores de riesgo fueron: Hipertensión inducida y sus complicaciones, diabetes gestacional, diabetes mellitus y una inadecuada alimentación materna.
- Como consecuencia de la prematurez las primeras 5 complicaciones inmediatas que se presentaron en países de ingresos altos y medios fueron: mortalidad neonatal, síndrome de dificultad respiratoria, apnea, hemorragia intracraneal, y enterocolitis necrosante. Y entre las complicaciones tardías fueron: Alteraciones del neurodesarrollo, sepsis de inicio tardío, retinopatía del prematuro, displasia broncopulmonar y déficit visual espacial. Los datos encontrados de los países de ingresos bajos indican que la mortalidad es la principal complicación tanto inmediata como tardía debido a la falta de equipo médico necesario para atender a los recién nacidos/as prematuros/as adecuadamente.

RECOMENDACIONES

- Implementar acciones y estrategias de educación sobre temas relacionados a la salud sexual y reproductiva; en adolescentes y mujeres en edades avanzadas con la finalidad de prevenir y evitar un embarazo no deseado, donde se ponga en riesgo la salud de la madre e hijo/a y con ellos el riesgo de prematurez.
- Que toda institución pública encargada de velar por la salud materno-infantil realice un adecuado manejo en cuanto a los programas de atención preconcepcional y atención prenatal, donde se incluya a la pareja y se pueda concientizar a ambos sobre la importancia de asistir a cada uno de sus los controles preconcepcionales y prenatales con la finalidad de prevenir, detectar, tratar o disminuir cualquier factor de riesgo durante el embarazo.
- Es de vital importancia la participación de un equipo multidisciplinario (Neonatología, pediatría, neurología, cardiología, otorrinolaringología, oftalmología, endocrinología terapia ocupacional, profesional materno infantil, psicología y enfermería) para brindar seguimiento adecuado al niño o niña con diagnóstico de prematurez, en cualquier etapa de su vida identificando y tratando de manera oportuna cualquier anormalidad que pueda presentar para un crecimiento y desarrollo adecuado de acuerdo a su edad.
- Se considera pertinente la realización continua de estudios sobre prematurez en los diferentes países, ya que en muchos no existen documentos que respalden este problema de salud pública, siendo necesario identificar factores de riesgo, complicaciones inmediatas y tardías en los niños y niñas nacidas prematuramente y la incidencia que tiene en cada país. Ya que los países con menos recursos económicos son los que tienen pocos o ningún estudio que demuestre su condición en relación con la prematurez.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. García P, Pardo F, Zúñiga C. Factores asociados al parto prematuro en el departamento de Lempira, Honduras. *Revistamedicahondurena.hn*. [Publicación periódica en línea]. 2012 [citada 17 de abril de 2021]. 80(4):153-157. Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol80-4-2012-4.pdf>
2. Pérez R, López C, Rodríguez A. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. *Org.mx*. [Publicación periódica en línea]. 2013 [citada el 17 de abril de 2021]; 70(4):299–303. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v70n4/v70n4a5.pdf>
3. Tovar E. Morbimortalidad de neonatos hijos de madres con preeclampsia severa, en el Hospital de la mujer de aguas calientes. [Tesis previa al grado de especialidad en ginecología y obstetricia]. Aguas calientes: Universidad autónoma de aguas calientes. 2013.
4. Martínez G, Díaz J, Romero A. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. *Redalyc.org*. [Publicación periódica en línea]. 2017. Enero [citada el 17 de abril de 2021]; 23(1-2) 13-18. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48754566003.pdf>
5. Pérez M, Rodríguez G, Leal C, Rosas, R, Izquierdo J. Tendencia y causas de mortalidad neonatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2011-2014, a nivel nacional. [Publicación periódica en línea]. 2016 [citada el 17 de abril de 2021] ;83(4):115–23. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68236>
6. Domínguez L, Torres P, Cruz J, Verduzco M. Prematuro tardío: morbilidad y mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. [Publicación periódica en línea]. 2013.enero [citada el 19 de abril de 2021];76(1):29–33. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-prematuro-tardio-morbilidad-mortalidad-unidad-X018510631395620X>

7. Ortiz L. Prematurez y bajo peso al nacimiento: expresión clínica de violencia física que sufre la madre durante la gestación: revisión cualitativa de la literatura. [Tesis previa al grado de especialista en pediatría]. México: Universidad Nacional Autónoma de México. 2010
8. Jamedinova U. El análisis de los factores sociodemográficos del riesgo de nacimiento de niños es prematuro en la república de Kazajstán. [Publicación periódica en línea].2018. julio [citada el 19 de abril de 2021] (280–281):107–12. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/30204106>
9. Mdala F, Mash R. Causas de mortalidad y factores de atención médica modificables asociados para niños (< 5 años) ingresados en el Hospital Onandjokwe, Namibia. 2015. [Publicación periódica en línea].2015. [citada el 19 de abril de 2021];7(1):1–8. Disponible en: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-29362015000100026
10. Torres K. Causas de la amenaza de parto pretérmino y sus complicaciones neonatales en la prematurez en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel (septiembre 2012 – febrero 2013. [Tesis previa al grado de obstetricia]. Ecuador. Universidad de Guayaquil. 2013.
11. Jacome A. Manejo expectante vs manejo activo de la rotura prematura de membranas en embarazos mayores de 34 semanas como factor asociado a la disminución de complicaciones neonatales por prematurez en el Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito entre el año 2016 y julio del 2019. [Tesis previa al grado de especialista en ginecología y obstetricia]. Quito. Pontificia Universidad Católica Del Ecuador. 2019.
12. Guamán S. Prevalencia y factores asociados a prematurez en el área de pediatría del Hospital José Carrasco Arteaga, enero 2016 a diciembre 2017. [Tesis previa al grado de Medicina]. Ecuador. Universidad Católica de Cuenca; 2018.
13. Navarrete M. Montoya D. Caracterización neuropsicológica en niños entre seis y ocho años con antecedente de muy bajo peso al nacer y prematurez. [Publicación periódica en línea].2016.

- abril. [citada el 19 de abril de 2021] 35(2):89–99. Disponible en: Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1590/159049704003/html/>
14. Dra. Norma Rossato. Legislación anti-tabáquica y prematurez. [Internet] 2013. [citada el 19 de abril de 2021] Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752013000300001
15. Dres Juan Pablo Comas, César Meller, Paula Micone, Sandra Susacasa y Roberto Votta. CONSENSO PREVENCIÓN PARTO PREMATURO. SOGIBA [Internet] 2018. [Citada el 23 de abril de 2021] Disponible en: https://biblioguias.uam.es/citar/estilo_vancouver
16. Dra. Juliana Z. Finkelsteina , Dra. Mariana Duhaua,b, Dra. María L. Fasolab y Lic. Paola Escobar. Mortalidad neonatal en Argentina. Análisis de situación de 2005 a 2014. [Internet] Arch Argent Pediatr. [Citada el 24 de abril de 2021] Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2017/v115n4a09.pdf>
17. Bra. Lucrecia Martínez Valverde. Factores asociados a prematurez neonatal en hijos de madres adolescentes del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de enero 2011 a enero 2013. [Internet]. Managua. 2013. [Citada el 25 de abril de 2021] Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/1439/1/63590.pdf>
18. Drs. Pedro Faneite, Fátima Rodríguez, Clara Rivera, Josmery Faneite, José Duque. Estado neonatal en prematurez. [Internet] 2005-2007. Scielo. v.68 n.4 [Citada el 27 de abril de 2021] Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000400003
19. Drs. Pedro Faneite, Clara Rivera, Rossana Amato, Josmery Faneite. Morbilidad materna: hospitalización ante-parto. [Internet] Scielo. vol.72 no.2. [Citada el 27 de abril de 2021] Disponible en; http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322012000200003&script=sci_arttext

20. Arturo Ota Nakasone. Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú. [Internet] Scielo. vol.64 no.3. [Citada el 27 de abril de 2021] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300015
21. Guía de práctica clínica del recién nacido prematuro. Colombia. [Internet] 2013. [Citada el 28 de abril de 2021] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Completa_Premat.pdf
22. Andrea Alejandra Vergara Mendoza. Factores asociados a prematuridad en recién nacidos de cesárea por preeclampsia, Hospital Sergio E. Bernales, [Internet] 2017-2019. Lima Perú. 2020. [Citada el 28 de abril de 2021] Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2981/TESIS_VERGARA%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Huerta P. Ortega M. “Factores maternos relacionados al recién nacido prematuro, Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón 2013” [internet]. Huaraz-Perú. Universidad Nacional “Santiago Antúnez de Mayolo”; 2014. [Citada el 29 de abril de 2021] Disponible en: <http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/979/FACTORES%20MATER%20NOS%20RELACIONADOS%20AL%20RECIEN%20NACIDO%20PREMATURO%2C%20HOSPITAL%20REGIONAL%20ELEAZAR%20GUZMAN%20BARRONNUEVO%20CHIMBOTE%2C%202013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Vigil G. Manejo expectante o conservador de preeclampsia grave lejos del término. [Internet] Rev. Perú. Ginecología y Obstetricia. [Internet]. Octubre 2014. 60(4): 379-384. [Citado el 29 de abril de 2021] Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400014&lng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400014&lng=es)

25. Preeclampsia grave antes de la semana 34 de gestación [Internet]. Intramed.net. [Citado el 30 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=72719>
26. Huamán PB. Factores que influyen en el inicio de la atención prenatal de gestantes adolescentes atendidas en la consulta prenatal del Hospital Santa Rosa de octubre a diciembre del 2007 [Internet]. [Lima – Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008. [Citada el 02 de mayo de 2021] Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/1156/Barrera_hp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Villar Aguirre Manuel. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta méd. peruana [Internet]. Octubre 2011 [Citado el 04 de mayo de 2021]; 28(4):237-241. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172011000400011&lng=es.
28. Infecciones de transmisión sexual en México: una mirada desde la historia y el género [Internet]. Gob.mx. [Citado el 04 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/59950/ITS_en_Mex_una_mirada_1.pdf
29. Sánchez Redonet Edel Miguel, Vázquez Cabrera Juan, Salas Castillo Luis. Miomectomía durante el embarazo. Rev cubana Obstet Ginecol [Internet] septiembre 2019. [Citado el 05 de mayo de 2021]; 45(3): e486. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2019000300010&lng=es. Epub 01-Sep-2019.
30. Brañez García Cristhian Alexander, Espinoza Quinteros Jacqueline, Gutiérrez Ricaldi Víctor, Camacho Claros Claudia. Miomectomía durante el embarazo. [Internet]. 2007 [Citado el 06 de mayo de 2021]; 30(2): 47-53. Disponible en:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S101229662007000200010&lng=es.

31. López E. Vínculo afectivo materno-infantil: método canguro. Revista Pediatría Electrónica [Internet]. 2016 [citado el 17 de mayo de 2021]; Volumen 13, N° 3 pág. 3 -4. URL disponible en:
http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2016/vol13num3/pdf/MATERNO_INFANTIL.pdf
32. Cárcamo W, Tristán M, Rodríguez H, Orozco L, García M, Andrino R, Beitía A, Guidos M, Guerrero S, Cruz J, Muñoz R, Rosado F, Rodríguez M. “Guía de práctica clínica para el manejo de parto pretérmino”. [Internet]. San José, Costa Rica –IHCAI Institute Foundation, FECASOG, Primera Edición, abril 2018. Bvsalud.org. [Citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en:
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1393162/gpc_partopretermino_fecasog_ihcai.pdf
33. González A. Países desarrollados y subdesarrollados del mundo [Internet]. Etias Visa. [Citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.etiasvisa.cl/economia/paises-subdesarrollados-de-europa/>
34. Figueredo Fonseca Marely, Fernández Núñez Donailis, Hidalgo Rodríguez Magaly, Rodríguez Reyna Ruby, Álvarez Paneque Tamara. Factores de riesgo asociados al riesgo reproductivo preconcepcional. Niquero. Granma. Multimed [Internet]. Octubre 2019 [Citado el 20 de mayo de 2021]; 23(5): 972-984. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102848182019000500972&lng=es.
35. El Nacimiento Prematuro es Ahora la Principal Causa de Muerte en Niños Pequeños [Internet]. Medchannel.org. [Citado el 20 de mayo de 2021]. Disponible en:
<https://network.medchannel.org/blogs/1/191/el-nacimiento-prematuro-es-ahora-la-principal-causa-de-muerte-en>

36. Saling E. Jungen L. Schreiber M. Programa de prevención del parto prematuro para embarazadas [Internet]. Saling-institut.de. [citado el 21 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.saling-institut.de/espanol/03infomo/02selbstv.html>
37. Velásquez EGF. Factores de riesgo materno asociados a ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo enero-diciembre, 2008 [Internet]. [Lima-Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009. [Citado el 21 de mayo de 2021] Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3030/Fabian_ve.pdf?sequence=1&isAllowed=y
38. S. Rellan Rodríguez CG de R y. MPAG. El recién nacido prematuro [Internet]. Protocolos Diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Neonatología. 2008 [Citado el 27 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf
39. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. who.int. 19 de febrero 2018 [Citado el 28 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
40. Sefertilidad.net. Embarazo múltiple. [Citado el 28 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/recomendaciones/embarazoMultiple.pdf>
41. Suárez MMH. Embarazo gemelar en mujeres con diabetes pregestacional tipo 1 y tipo 2. Universidad de La Laguna; 2014. [Citado el 28 de mayo de 2021] Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/26237/Embarazo%20gemelar%20en%20mujeres%20con%20diabetes%20pregestacional%20tipo%201%20y%20tipo%202.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
42. I. Gómez Gutiérrez-Solana CL. Hemorragia en la gestación [Internet]. Scielo. 2009 [Citado el 02 de junio de 2021]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia1.pdf>

43. Ramírez E. Factores asociados a la mortalidad perinatal en prematuros nacidos en el hospital maría auxiliadora de enero a diciembre 2017 [Internet]. Lima – Perú. UNIVERSIDAD RICARDO PALMA; 2019. [Citado el 02 de junio de 2021] Disponible en:<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/1815/ERAMIREZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
44. Licda. Cabrera P. Licda. Rivera S. Factores determinantes en partos prematuros en mujeres de 20 a 49 años que asisten a las 19 unidades de salud comunitarias de la RIIS Chalchuapa periodo marzo – septiembre del 2019 [Internet]. El Salvador, San Salvador. Universidad de El Salvador; 2019. [Citado el 02 de junio de 2021] Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/02/1147106/272-11106153.pdf>
45. María De Lourdes M, Santos M, Jorge C, Román Hernández J, Salomón N. Estrés psicosocial laboral como factor de riesgo para las complicaciones de la gestación y el bajo peso al nacer. [Internet]. Scielosp.org. [Citado el 02 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2013.v39suppl1/864-880/es>
46. López G. Rojas P. “Controles prenatales y su influencia en la presencia de amenazas de parto prematuro en madres adolescentes que acuden al centro obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato en el período enero – junio 2012” [Internet]. Ambato, Ecuador. Universidad técnica de Ambato; 2013. [Citado el 02 de octubre de 2021] Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/5512/1/GRACE%20L%c3%93PEZ.pdf>
47. Scucces María. Malformaciones uterinas en el Hospital Central de Maracay. Revisión de 1999 a 2007. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. Junio 2009 69(2): 82-88. [Citado el 02 de octubre de 2021] Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322009000200003&lng=es
48. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y Perinatología. [Internet] inmp.gob.pe. 2018; 69(2): 82-88. [citado el 05 de octubre de 2021] Disponible en:

<https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>

49. Orozco-Rodríguez S, Navas-García A. Estado de la nutrición materno-infantil en la provincia de Camagüey. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición [Internet]. 2013 [Citado 05 de octubre de 2021]; 23(2): [aprox.-13p.]. Disponible en: <http://www.revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/296>
50. OMS | 15 millones de bebés nacen demasiado pronto. 2013 [Citado el 06 de octubre de 2021] Disponible en: https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2012/preterm_20120502/es/index.html
51. Ortiz R, Tobar J, Mellizo A, Mondragón M, Ruiz G, Diez L. Complicaciones neonatales asociadas al diagnóstico de Corioamnionitis histológica en pacientes con parto pretérmino espontáneo en un hospital de alta complejidad en Colombia. [Internet] Scielo.cl. [Citado el 06 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v85n5/0717-7526-rchog-85-05-0450.pdf>
52. Matamoros L. Salgado M. Factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretermino En adolescentes atendidas en El Hospital Bertha Calderón, Managua Abril-Junio De 2015. [Internet]. Managua- Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma Nicaragua, Managua; 2018. [Citado el 06 de octubre de 2021] Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/9237/1/98625.pdf>
53. García P, Pardo F, Zúñiga C. Factores asociados al parto prematuro en el departamento de Lempira, Honduras. Revistamedicahondurena.hn. [Publicación periódica en línea]. 2012 [Citada el 06 de octubre de 2021]. 80(4):153-157. Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol80-4-2012-4.pdf>
54. López B, Ávalos N, Díaz N. Incidencia de prematuros en el Hospital General Naval de Alta Especialidad 2015-2017. [Publicación periódica en línea].2018[Citada el 06 de octubre de

- 2021]; 72(1):19–23. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301696X201800010009
55. Pérez Zamudio R, López Terrones CR, Rodríguez Barboza A. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. *Bol Med Hosp Infant Mex* [Internet]. 2013 [Citado el 06 de octubre de 2021];70(4):299–305. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16651146201300040000
56. Matos-Alviso LJ, Reyes-Hernández KL, López-Navarrete GE, et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. *Sal Jal*. 2020;7(3):179-186. [Citado el 06 de octubre de 2021] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98553>
57. Mendoza Sánchez V, Acosta Tovar MA. “Panorama Epidemiológico de la Prematurez En El Centro Médico Issemym Ecatepec”. 2017 [Citado el 10 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/994902>
58. Valdés R, Fabré L, Montiel H, et al. Influencia de la prematuridad sobre el sistema nervioso en la niñez y en la adultez. [Publicación periódica en línea].2014. [Citada el 10 de octubre de 2021] 5(1), 40–48; Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/15>
59. Matos J, Reyes L, López E, et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. *Sal Jal*. 2020;7(3):179-186. [Publicación periódica en línea].2020. [Citada el 10 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj203h.pdf>
60. Chavarría F. Factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en El Salvador. *Alerta*. 2019. *Revista científico – profesional*. (2(2), 144–152. [Citada el 12 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i2.7922>

61. Abdel M, Khader Y, Batiha M. La incidencia, los factores de riesgo y la mortalidad de los recién nacidos prematuros: un estudio prospectivo de Jordania (2012-2013). [Publicación periódica en línea]. 2017.marzo. [Citada el 17 de octubre de 2021]; 14(1):28–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4274/tjod.62582>
62. Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev peru ginecol obstet [Internet]. 2018 [Citado el 18 de octubre de 2021]; 64(3):405–13. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6679493>
63. Isayama T, Lee SK, Mori R, Kusuda S, Fujimura M. et al. Comparación de la mortalidad y la morbilidad de los lactantes de muy bajo peso al nacer entre Canadá y Japón. Pediatría [Publicación periódica en línea]. 2012 [Citada el 18 de octubre de 2021]; 130(4): 957-65. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/130/4/e957/30222/Comparison-of-Mortality-and-Morbidity-of-Very-Low?redirectedFrom=fulltext>
64. Dres. Comas J, Meller C. Micone P. Consenso prevención parto prematuro. Sogiba [Internet] 2018. [Citada el 18 de octubre de 2021] Disponible en: http://www.sogiba.org.ar/images/consenso_ppp_final_2018.pdf
65. Dra. Pérez D. Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el Policlínico Norte de Ciego de Ávila, 2011-2012. Ciego de Ávila, Cuba. 20 de julio de 2015. [Citado el 21 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/viewFile/458/876>
66. Aguirre M. Villena S. Universidad Nacional de San Antonio Abad el Cusco Facultad de Enfermería. Factores de riesgo maternos asociados a la prematuridad de los recién nacidos en el servicio de neonatología del Hospital Antonio Lorena Cusco enero-julio- 2011. Cusco-Perú pág. 4 – 50. [Citado el 21 de octubre de 2021] Disponible en: <https://1library.co/document/zpw8o30y-factores-materno-asociados-prematuridad-servicio-neonatologia-hospital-antonio.html>

67. Gálvez M. Perfil epidemiológico de recién nacidos de gestantes adolescentes nacidos en el Hospital de San Benito, en el período de enero a diciembre del 2017. [Tesis previa al grado de Magister Artium y especialista en pediatría]. Guatemala. Universidad Mariano Gálvez de Guatemala. 2019.
68. Morales E. Factores de riesgo en la amenaza del parto pretérmino. [Tesis previa al grado de especialidad en ginecología y obstetricia]. Guatemala: Universidad de san Carlos Guatemala. 2017
69. Mayorga G, Rodríguez E, Ortiz J, Rivera W, Duarte N. Perfil epidemiológico y factores de riesgo en recién nacidos prematuros, Hospital Regional, Gracias, Lempira. Desastres.hn. [Publicación periódica en línea]. 2011[Citado el 27 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/rmh/pdf/2012/pdf/vol80-4-2012-3.pdf>
70. K. Adu-Bonsaffoh, C. Gyamfi-Bannerman, S.A. Oppong, J.D. Seffah Determinantes y resultados de los partos prematuros en un hospital terciario de Ghana. Sciencedirect.com. [Publicación periódica en línea]. 2019 [Citada el 27 de octubre de 2021] 79(1):62-67. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0143400418310567?via%3Dihub>
71. Oliveira L. Carvalho A. Gonçalves J. Bonilha A. Factores Maternos y Neonatales Relacionados con la Prematuridad. Scielo Brasil. [Internet] 2022. [citado el 29 de octubre de 2021]. Vol. 9 Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reecusp/a/7MGKxJcY8Ldggf8ynN69LWJk/?lang=en>
72. Derakhshi B, Esmailnasab N, Ghaderi E, Hemmatpour S. Factor de riesgo del trabajo de parto prematuro en el oeste de Irán: un estudio de casos y controles. [Publicación periódica en línea]. 2014 [Citado el 29 de octubre de 2021];43(4):499–50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4433732/>
73. Nolasco B , Hernández, González M. Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada. Gineco Obste Mex [Internet]. 2012 [citado el 16 de noviembre de 2021];80(04):270–

5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=34802>
74. Repositorio de Tesis DGBSDI: Prematurez y bajo peso al nacimiento: expresión clínica de violencia física que sufre la madre durante la gestación: revisión cualitativa de la literatura [Internet]. Unam.mx. [Citado el 16 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000663639
75. Jamedinova U. El análisis de los factores sociodemográficos del riesgo de nacimiento de niños prematuros en la república de Kazajstán. [Publicación periódica en línea].2018. julio [Citado el 16 de noviembre de 2021]; (280–281):107–12. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/30204106>
76. Mohammad K, Abu Dalou A, Kassab M, Gamble J, Creedy K. Prevalencia y factores asociados con la aparición de partos prematuros en la gobernación de Irbid de Jordania: un estudio retrospectivo. [Publicación periódica en línea].2014. septiembre. [Citado el 16 de noviembre de 2021]; 21(5):505–510. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12335>
77. Chimhini G, Tshimanga M, Chikwasha V, Mungofa S. Determinantes de los nacimientos prematuros en dos hospitales centrales de Harare, Zimbabue, 2011. [Publicación periódica en línea].2014. septiembre. 59(1):9–12. [Citado el 19 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/cajm/article/view/107810>
78. Ijusa M. Prevalencia de parto prematuro y factores de riesgo asociados en el Hospital General de Enseñanza y Referencia del Condado de Kakamega. [Tesis previa al grado de maestría en medicina y salud infantil]. Universidad de Nairobi. Kenia. 2019.
79. Meqa K, Dragidella F, Disha M, Sllamniku-Dalipi Z. The association between periodontal disease and preterm low birthweight in Kosovo. Acta Stomatol Croat [Internet]. 2017;51(1):33–40. [Citado el 19 de noviembre de 2021] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15644/asc51/1/4>

80. Ministerio de salud pública y bienestar social. Bebés prematuros, pequeños grandes luchadores [Publicación periódica en línea]. 2019 [Citado el 19 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/portal-19976/bebes-prematuros-pequentildeos-grandes-luchadores.html>
81. Sánchez, K., Milian L. Complicaciones Obstétricas y Perinatales en gestantes añosas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Santa María de Cutervo, noviembre 2018 – febrero 2019. Tesis previa al grado de especialista en obstetricia de riesgo y emergencias obstétricas. Perú. Universidad Particular de Chiclayo. 2020
82. Mendoza A. Factores asociados a prematuridad en recién nacidos de cesárea por preeclampsia, Hospital Sergio E. Bernales, [Internet] 2017-2019. Lima Perú. 2020 [Citado el 19 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2981/TESIS_VERGARA%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
83. Torres K. Causas de la amenaza de parto pretérmino y sus complicaciones neonatales en la prematurez en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel septiembre 2012 – febrero 2013. [Tesis previa al grado de obstetricia]. Ecuador. Universidad de Guayaquil. 2013.
84. Guamán S. Prevalencia y factores asociados a prematurez en el área de pediatría del Hospital José Carrasco Arteaga, enero 2016 a diciembre 2017. [Tesis previa al grado de Medicina]. Ecuador. Universidad Católica de Cuenca; 2018.
85. Ricaurte J. Clelia C. Prematurez como factor de riesgo para el crecimiento y neurodesarrollo. [Publicación periódica en línea] 2019. 2020 (3). Pág. 2361-2377. [Citado el 23 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7926922>

86. Castillo R. Ortiz N. Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino. [Publicación periódica en línea]. 2019.[Citada el 23 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_6_2019/4_factores_maternos.pdf
87. Cabrera P. Rivera S. Factores determinantes en partos prematuros en mujeres de 20 a 49 años que asisten a las 19 Unidades de Salud Comunitarias de la RIIS Chalchuapa periodo Marzo – Septiembre del 2019. [Tesis previa al grado de maestra en salud pública]. El Salvador. Universidad de El Salvador; 2019.
88. Valdés R, Fabré L, Montiel H, et al. Influencia de la prematuridad sobre el sistema nervioso en la niñez y en la adultez. [Publicación periódica en línea].2014. 5(1), 40–48; [Citada el 24 de noviembre de 2021] Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/15>
89. Rodríguez-Coutiño SI, Ramos-González R, Hernández-Herrera RJ, Jorge R, Herrera H. Factores de riesgo para la prematurez. Estudio de casos y controles [Internet]. Medigraphic.com. [Citado el 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom139b.pdf>
90. Díaz-Zagoya, Juan Cuauhtémoc, Martínez-Cancino, Graciela Alejandra, Romero-Vázquez, Argeo, Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. Salud en Tabasco [Internet]. 2017;23(1-2):13-18. [Citado el 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48754566003>
91. García G. Infección por chlamydia trachomatis asociada a la prematurez y al bajo peso del recién nacido. [Tesis previa al grado de especialidad en ginecología y obstetricia]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2020.
92. Ramsis E. Abdalla S. Nagib E. Prevalencia y factores de riesgo de partos prematuros en el Hospital Docente De la Universidad Nacional de Ribat, Norte Sudán, enero a abril de 2012. [Publicación periódica en línea].2015. [Citada el 27 de noviembre de 2021]; 2(1):1–8. Disponible en: <https://www.researchgate.net/profile/Emmanuel->

Hakem/publication/281995100_Prevalence_And_Risk_Factors_of_Preterm_Births_in_the_National_Ribat_University_Teaching_Hospital_North_Sudan_January_to_April_2012/links/5a38104caca272a6ec1e7cd3/Prevalence-And-Risk-Factors-of-Preterm-Births-in-the-National-Ribat-University-Teaching-Hospital-North-Sudan-January-to-April-2012.pdf

93. Dra. Carmen María Toro. Seguimiento a prematuros moderados y tardíos en APS [Internet] Dra. Pamela Rojas G. agosto 2020. [Citado el 06 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/seguimiento-prematuros-moderados-y-tardios-en-aps/>
94. Aikawa H, Noro M. Baja incidencia de retinopatía del prematuro que amenaza la vista en bebés nacidos antes de las 28 semanas de gestación en una unidad de cuidados intensivos neonatales en Japón. *Tohoku J Exp Med* [Publicación periódica en línea]. 2013. julio. [Citada el 06 de diciembre de 2021]; 230(3):185–90. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/tjem/230/3/230_185/_article/-char/en
95. Isayama T, Lee SK, Mori R, Kusuda S, Fujimura M. et al. Comparación de la mortalidad y la morbilidad de los lactantes de muy bajo peso al nacer entre Canadá y Japón. *Pediatría* [Publicación periódica en línea]. 2012. 130(4): 957-65. [Citada el 06 de diciembre de 2021] Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/130/4/e957/30222/Comparison-of-Mortality-and-Morbidity-of-Very-Low?redirectedFrom=fulltext>
96. Wani VB, Kumar N, Sabti K, Raizada S, Rashwan N, Shukkur MM, et al. Resultados del cribado de retinopatía del prematuro en un gran vivero de Kuwait: Incidencia y factores de riesgo. *Indio J Oftalmol.* [Publicación periódica en línea]. 2015. febrero [Citada 08 de diciembre de 2021]; 56(1):46–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4103/0301-4738.62644>
97. Allen L, Leon-Attia O, Shaham M, Shefer S, Gabis LV. El riesgo de autismo relacionado con la prematuridad es más acentuado en las niñas. *Plos on.* [Publicación periódica en línea]. 2020.

- Agosto [Citada el 09 de diciembre de 2021]; 15(8):0236994. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0236994>
98. Borroni C, Carlevaro C, Morzenti S, De Ponti E, Bozzetti V, Consolé V, et al. Encuesta sobre la retinopatía del prematuro (ROP) en Italia. *Revista italiana de pediatría*. [Publicación periódica en línea]. 2013. Julio. [Citada el 10 de diciembre de 2021]; 39(1):43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1824-7288-39-43>
99. Van Veena S, Van Wassenaer-Leemhuis AG, Van Kaam AH, Oosterlaanb J, Aarnoudse-Moens CSH. Las habilidades perceptivas visuales dan cuenta de las dificultades en matemáticas en niños preescolares nacidos muy prematuros. *Siben.net*. [Publicación periódica en línea]. 2019 [Citada el 10 de diciembre de 2021]; 129(1):11-15. Disponible en: https://siben.net/images/htmleditor/files/5._las_habilidades_perceptivas-fusionado.pdf
100. Ndapandula K. Análisis de la tasa de supervivencia de recién nacidos prematuros y críticamente enfermos admitidos en Windhoek, central hospital (wch), Namibia. [Tesis previa al grado de Maestría de Ciencias de la Salud] Namibia: Universidad de ciencia y tecnología namibia; 2020.
101. Flores T, Elia D. Morbimortalidad de neonatos hijos de madres con preeclampsia severa en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes. 2013 [Citado el 14 de diciembre de 2021]; Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/1077>
102. Sandoval F. Mortalidad perinatal y neonatal tardía. [Publicación periódica en línea]. 2019 [Citado el 17 de diciembre de 2021]. disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/phocadownloadpap/boletin-semana-epidemiologica/Semepi-9.pdf>
103. Ovaldo C. González R. Morbilidad y mortalidad de los prematuros. [Tesis previa al grado de Maestros en Ciencias en Ginecología y Obstetricia]. Guatemala: Universidad de san Carlos Guatemala. 2014.

104. Figueroa Z. Caracterización de la mortalidad infantil en el municipio del Distrito Central, Francisco Morazán durante el año 2010. [tesis previa al grado de master en salud pública]. Tegucigalpa: Universidad Nacional Autónoma De Honduras. 2014.
105. María González-Pérez D, Pérez-Rodríguez G, Leal-Omaña JC, Agulí Ruíz-Rosas R, De Jesús González-Izquierdo J. Tendencia y causas de mortalidad neonatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2011-2014, a nivel nacional [Internet]. Medigraphic.com. [Citado el 17 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2016/sp164c.pdf>
106. Paulino IDL, Patricia GT, Jannet CD, Martín VG. Prematuro tardío: morbilidad y mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales [Internet]. Com.mx. [Citado el 22 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=91248>
107. Mdala F, Mash R. Causas de mortalidad y factores de atención médica modificables asociados para niños (< 5 años) ingresados en el Hospital Onandjokwe, Namibia. 2015. [Publicación periódica en línea].2015. [Citada el 22 de diciembre de 2021]; 7(1):1–8. Disponible en: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-29362015000100026
108. Ota Nakasone Arturo. Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2018 jul [citado 27 de noviembre de 2021]; 64(3): 415-422. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300015&lng=es. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2106>.
109. Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev peru ginecol obstet [Internet]. 2018 [citado el 17 de febrero de 2022];64(3):405–13. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6679493>

110. Pachas, T. Polo C. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2019. [Tesis previa al grado de especialista en medicina pediátrica]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2020
111. Cano E, Nogales I, Valdez C. Factores de mortalidad en prematuros menores de 34 semanas de gestación. [Publicación periódica en línea].2020. [Citada el 12 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2021/apm212c.pdf>
112. Matos J, Reyes L, López E, et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. Sal Jal. 2020;7(3):179-186. [Publicación periódica en línea].2020. [Citada el 12 de enero de 2022]. disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98553>
113. Jacome A. Manejo expectante vs manejo activo de la rotura prematura de membranas en embarazos mayores de 34 semanas como factor asociado a la disminución de complicaciones neonatales por prematurez en el Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito entre el año 2016 y julio del 2019. [Tesis previa al grado de especialista en ginecología y obstetricia]. Quito. Pontificia Universidad Católica Del Ecuador. 2019.
114. Machaca J. Factores de riesgo asociados a la morbimortalidad del prematuro en el periodo neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018. . [Tesis previa al grado de Médico cirujano]. Universidad Nacional del Altiplano. 2019.
115. Jiménez R. Carrillo M. Factores de riesgo asociados a la mortalidad del recién nacido prematuro. [Publicación periódica en línea].2018. Vol. 12(2):22-31. [Citada el 12 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=111633#:~:text=Conclusiones%3A%20Los%20principales%20factores%20de%20riesgo%20asociados%20a,sepsis%20neonatal%20y%20s%3ADndrome%20de%20la%20membrana%20hialina.>

116. Navarrete M. Montoya D. Caracterización neuropsicológica en niños entre seis y ocho años con antecedente de muy bajo peso al nacer y prematuridad. [Publicación periódica en línea].2016. abril. [Citada el 12 de enero de 2022]; 35(2):89–99. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1590/159049704003/html/>
117. Torres C. La prematuridad y su incidencia en el desarrollo motriz de los niños de 0 a 1 año que asisten al Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la Ciudad de Ambato en el período marzo - septiembre de 2013. [Tesis previa al grado de Licenciada en estimulación temprana]. Ecuador. Universidad técnica de Ambato; 2014.
118. Save of Children. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Salud Neonatal en escenarios humanitarios. [en línea]. New York. 2017. Capítulo 2. Antecedentes: salud neonatal epidemiología. [Citado el 12 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnncontent/uploads/Spanish-Newborn-Health-in-Humanitarian-Settings-Field-Guide-1-1.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Mes Actividad	Marzo 2021	Julio 2021	Agosto 2021	Septiembre 2021	Octubre 2021	Febrero 2022	Marzo 2022	Mayo 2022	Junio 2022	Agosto 2022
Elaboración del protocolo de investigación										
Entrega de protocolo de investigación										
Proceso de recolección de datos										
Elaboración de informe final de investigación										
Entrega del informe final de investigación										
Defensa de la investigación										

ANEXO 2. PRESUPUESTO

RECURSOS	CANTIDAD	COSTOS
Materiales		
Resma de papel bond	1	\$ 3.50
Impresiones de los artículos	279	\$30.00
Lapiceros	6	\$0.90
Impresión del informe final	7	\$10.00
Empastado	3	\$20.00
Informe digital en CD	3	\$10.00
Humanos		
Docente asesora		
Tres Estudiantes		
Tecnológicos		
Servicio de internet	3	\$207.00
Computadoras	3	
Celulares	3	
Servicio de luz eléctrica	3	\$200.00
Total		\$481.40