

## FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER ZACATECANA

Diana Alejandra Santibáñez-Alfaro<sup>1</sup>

Jorge A. Zegbe-Dominguez<sup>1, 2</sup>

Dellanira Ruíz de Chávez Ramírez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Maestría Ciencias de la Salud

Unidad Académica de Medicina Humana

Universidad Autónoma de Zacatecas

<sup>2</sup> INIFAP-Campo Experimental Zacatecas

Email: [diaannafz@gmail.com](mailto:diaannafz@gmail.com)

### RESUMEN

*Objetivo.* Analizar los factores sociodemográficos asociados al parto pretérmino (PP) en mujeres atendidas en el Hospital de la Mujer Zacatecana. *Materiales y métodos.* El estudio fue observacional, prospectivo y transversal analítico, basado en un universo de 9,161 pacientes, de las cuales 1,143 (12.50 por ciento) fueron madres con PP durante 2013. Para la recolección de los datos se elaboró un cuestionario especialmente diseñado para este estudio. La información se analizó con pruebas de independencia de ji-cuadrada ( $\chi^2$ ) en el sistema de análisis SPSS (versión 15). Las medidas antropométricas se analizaron con un modelo lineal completamente aleatorio desbalanceado con el procedimiento GLM del sistema de análisis estadístico (versión 9.2). *Resultados.* Los factores sociodemográficos que se asociaron significativamente con las mujeres con PP fueron la actividad laboral, el estado civil, la escolaridad y la ocupación materna. *Conclusiones.* La mayoría de las mujeres con PP estaban casadas (52.10 por ciento) y se dedicaban a las labores domésticas (85.10 por ciento). Esto fue indicativo de que estas mujeres estuvieron expuestas a esfuerzos de trabajos domésticos mayores, debido a su estado socio-económico precario, y posiblemente tal situación no les facilitó satisfactores que mitigaran esfuerzos grandes de labor en el hogar, lo cual pudo desencadenar el PP. *Palabras clave:* Parto pretérmino, Factores sociodemográficos.

### ABSTRACT

*Objective.* To analyze the sociodemographic factors associate with preterm labor (PL) in patients treated at the Hospital of the Zacatecan Women. *Materials and methods.* The study was observational, prospective, and analytical cross sectional, based on a universe of 9,161 patients of which 1,143 (12.50 percent) were mothers with PL, during 2013. For collecting the data an especially questionnaire was designed for this study. The

information was analyzed by independence tests with chi-square ( $\chi^2$ ) using the SPSS analysis system (version 15). The anthropometric measurements were analyzed in an unbalance linear model completely randomized with the procedure GLM of the statistical analysis system (version 9.2). *Results.* The Sociodemographic factors significantly associated with women with PL were the work activity, marital status, educational level, and maternal occupations. *Conclusions.* The most of women with PL were married (52.10 percent) and they were dedicated to housework activities (85.10 percent). This was indicative that these women were exposed to greater housework efforts because their socio-economic status was precarious, and possibly this situation did not give them alternatives for mitigating heavy housework activities that it could trigger the PL.

*Key words:* Preterm labor, Sociodemographic factors.

## INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un infante prematuro, representa hoy un desafío para la salud pública actual y del futuro, debido a las complicaciones para el recién nacido, la madre, la familia y la sociedad, así como a sus implicaciones económicas. Existen fetos que no alcanzan el tiempo requerido de desarrollo dentro del vientre materno, entonces nacen prematuramente. El concepto de parto pretérmino (PP) ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud como aquel nacimiento que ocurre después de veintidós y antes de 37 semanas de gestación (SDG) y cuyo producto registra un peso mayor de 500 gramos, pero menor a 2,500 gramos.<sup>2,3</sup>

A pesar de los progresos en la atención a las mujeres embarazadas, la mortalidad perinatal continúa creciendo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), nacen anualmente quince millones de niños prematuramente.<sup>4</sup> Los casos de PP representan el 75 por ciento de la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe.<sup>5</sup> En México, Ayala y colaboradores detectaron una prevalencia del 12.70 por ciento de PP.<sup>6</sup> De manera similar, en 2013 el Hospital de la Mujer Zacatecana registró una prevalencia de 12.50 por ciento de PP.

Existen algunas regiones con elevada morbi-mortalidad materno-infantil, cuyo origen está acorde con el perfil epidemiológico de la marginación y rezago de las condiciones de salud.<sup>7</sup> Así, en los países desarrollados la mitad de los niños nacidos en las 24 SDG sobreviven; mientras que los nacidos en las 32 SDG mueren por una deficiente atención en los países con economías emergentes.<sup>4</sup> Es relevante visualizar las tasas de sobrevivencia de los niños acordes a las semanas de gestación, donde el porcentaje de neonatos

aumenta de 0 por ciento a 75 por ciento en las veintiún y veinticinco SDG, respectivamente. Los PP traen consigo secuelas neurológicas en el desarrollo infantil, tales como la parálisis cerebral, lesiones moderadas o leves en audición, aprendizaje y percepción.<sup>8</sup>

El PP tiene implicaciones económicas significativas en su atención. Dichas erogaciones económicas están en función con el peso del neonato y la edad gestacional. Esta situación la ejemplifica un estudio realizado en el Hospital Regional de Especialidad número 23 del IMSS en Monterrey, Nuevo León, en donde los niños nacidos con pesos entre 500 a 1,500 gramos y una estancia hospitalaria de 23 días, costaron en promedio \$322,000.00 pesos MN; mientras que para aquellos que pesaron entre 1,500 a 2,000 gramos y tuvieron doce días de hospitalización, el costo medio fue de \$72,000.00 pesos M.N.<sup>5</sup> Por lo tanto, la atención del PP genera un desembolso económico alto para la sociedad, en comparación con los gastos que se realizan con una atención primaria adecuada.<sup>5</sup>

En la actualidad, no se ha identificado una etiología específica al PP que permita precisar una asociación de causalidad directa. Sin embargo, este problema se ha liado a diversos factores, tales como un nivel educativo y socioeconómico bajo, un control prenatal deficiente, antecedentes gineco-obstétricos (antecedente de un PP), estado civil (soltera), el consumo de tabaco durante el embarazo y la edad materna (menores de diecinueve y mayores de 35 años), en asociación con sus menores dimensiones antropométricas, entre otros aspectos.<sup>7,9</sup> En este último aspecto, Pritchard (2007) indicó que la antropometría materna representa mayor riesgo para la misma gestante y para el recién nacido (RN). Por ejemplo, mujeres con un peso  $\geq 50\text{kg}$  y una estatura  $\leq 1.50\text{m}$  se encuentran asociadas con RN de bajo peso; mientras que la estatura se asocia con complicaciones durante el parto.<sup>10</sup> Tales dimensiones coinciden con pelvis pequeñas y con un alto riesgo para el desarrollo de PP.<sup>11</sup>

Esta investigación pretendió identificar los factores sociales y de riesgo materno asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital de la Mujer Zacatecana. El objetivo fue analizar los factores sociodemográficos y antropométricos asociados al PP en mujeres atendidas en el Hospital de la Mujer Zacatecana. Se hipotetizó que la antropometría de las madres, el bajo estrato socio-económico, baja escolaridad, estado civil y la actividad laboral, podrían estar asociadas al parto pretérmino. La confirmación de esta hipótesis coadyuvaría a la formulación de estrategias que limiten el desarrollo de este problema en el sector salud.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se realizó en el Hospital de la Mujer Zacatecana (HMZ), institución de segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud de Zacatecas, ubicada en Guadalupe, Zacatecas, México, durante agosto a octubre de 2014. El estudio correspondió a un diseño observacional, prospectivo y transversal analítico e incluyó una muestra de 148 mujeres que presentaron PP. Según el nivel de riesgo de desarrollo del PP, la muestra se estratificó por edades en tres grupos: 12–19 años, 20–34 años y mayor a 35 años.

El tamaño de la muestra se calculó con base en una muestra finita con estimación de proporciones con la siguiente ecuación:

$$n = \frac{NZ^2 pq}{E^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

donde  $n$  es el tamaño de muestra (148),  $N$  es el universo de trabajo, el valor de  $Z$  al 95 por ciento (1.96),  $p$  es la proporción conocida (0.127) y  $q$  la proporción desconocida ( $q=1-p=1-0.127$ ).  $E$  es el error de muestreo permitido (5 por ciento). Después se calculó la proporción ( $np$ ) para cada estrato por edades y nivel de riesgo para PP con la siguiente expresión  $np = \frac{n}{N}$ , donde  $n$  y  $N$  ya fueron definidas.

La elección para diseñar el cuestionario se basó en las investigaciones de Arango y colaboradores<sup>12</sup> y Prendes y colaboradores<sup>13</sup>, en las cuales sus resultados abordaron las dimensiones de interés para la presente investigación, centrándose básicamente en las características de la madre, tales como:

1. *Descripción materna.* Aborda el origen de la madre, así como la antropometría de la misma.
2. *Situación laboral y educativa.* Identifica la ocupación materna, así como el nivel educativo que caracteriza a las mujeres atendidas en el HMZ.

En el estudio se incluyó a gestantes en puerperio inmediato entre doce y 50 años de edad que presentaron PP inducido o espontáneo. En la estructura del cuestionario, para valorar el nivel socioeconómico se utilizó la Regla AMAI NSE 8x7.<sup>14</sup> La información se recolectó con el consentimiento firmado por las pacientes. Además la investigación cumplió con lo dispuesto en los lineamientos en materia de investigación y ética establecidos en la Declaración de Helsinki, el Código de Núremberg, la Ley General de Salud y el Comité de Ética del Hospital de la Mujer Zacatecana.

La información se capturó y analizó en el sistema de análisis estadístico SPSS (versión 15.0). Se realizaron pruebas de independencia con Ji-cuadrada ( $\chi^2$ ). Cuando las frecuencias absolutas fueron  $\leq 5$ , el análisis se corrigió con la prueba exacta de Fisher con  $p \leq 0.05$ . Las variables antropométricas (peso, talla e índice de masa corporal), por grupo de edades de madres con PP, fueron sometidas a un análisis de varianza

completamente aleatorio desbalanceado con el procedimiento GLM del sistema de análisis estadístico (SAS, versión 9.2, Cary, NC, USA). Los valores promedio fueron separados a través de la diferencia mínima significativa de Fisher con  $P \leq 0.05$ .

## RESULTADOS

La atención del Hospital de la Mujer Zacatecana (HMZ) está dirigida a las mujeres con un nivel socio-económico bajo, para garantizar el acceso a la salud de las gestantes. En esta investigación, el análisis reveló la falta de asociación significativa del nivel socio-económico y la fuente de remuneración de las madres con PP (Tabla 1). No obstante, la mayoría de éstas fueron ubicadas, según AMAI (Tabla 1). En contraste, el análisis reveló que los factores sociodemográficos que se asociaron significativamente con las madres con PP, fueron la actividad laboral y la ocupación materna (Tabla 1).

Los cambios sociales y económicos han derivado, entre otros aspectos, en la incorporación de la mujer al ámbito laboral. Sin embargo, en este estudio se encontró que 85.1 por ciento de las mujeres con PP se desempeñaban como amas de casa, sobre todo aquellas entre veinte y 34 años de edad. Es decir, que la carga de trabajo de estas pacientes se mantuvo casi hasta al momento del parto. Esta situación podría explicar el PP en éstas, ya que el trabajo doméstico conlleva una carga física y emocional importante en ellas debido, en parte, a que la principal fuente de ingresos se derivó de la remuneración del trabajo de la pareja (89.20 por ciento) (Tabla 1). Este resultado soporta lo encontrado por De la Cruz y colaboradores, en el cual, la mayoría de las mujeres con PP dependieron económicamente de su pareja y estaban dedicadas a tareas domésticas.<sup>15</sup>

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES PARTICIPANTES CON PARTO PRETÉRMINO. FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS (%)

Factores Sociodemográficos	Madres con parto pretérmino			Total	$\chi^2$ y valor de <i>p</i>	Prueba exacta de Fisher
	Estratos por edad (años)					
	12-19	20-34	> 35			
<b>Nivel socio-económico</b>						
Alto (A/B)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	1 (0.7%)	2 (1.4%)	5.99; p=0.20	4.879; p=0.284
Medio (C)	15 (10.1%)	30 (20.3%)	3 (2.0%)	48 (32.4%)		
Bajo (D-E)	22 (14.9%)	67 (45.3%)	9 (6.1%)	98 (66.2%)		
Totales	37 (25.0%)	98 (66.2%)	13 (8.8%)	148 (100%)		
<b>Fuente de remuneración</b>						
Remuneración al trabajo	0 (0.0%)	5 (3.4%)	2 (1.4%)	7 (4.7%)	10.81; p= 0.090	9.7; p=0.084
Remuneración al trabajo de la pareja	30 (20.3%)	87 (58.8%)	10 (6.8%)	127 (85.9%)		
Apoyos familiares	7 (4.7%)	6 (4.1%)	1 (0.7%)	14 (9.5%)		
Totales	37 (25.0%)	98 (66.2%)	13 (8.8%)	148 (100%)		
<b>Actividad laboral</b>						
Sí	0 (0.0%)	12 (8.1%)	4 (2.7%)	16 (10.8%)	10.62; p=0.031	11.74; p=0.007
No	37 (25.0%)	86 (58.1%)	9 (6.1%)	132 (89.2%)		
Totales	37 (25.0%)	98 (66.2%)	13 (8.8%)	148(100%)		
<b>Ocupación materna</b>						
Ama de casa	32 (21.6%)	85 (57.4%)	9 (6.1%)	126 (85.1%)	20.15; p=0.028	F=15.06; p=0.057
Estudiante	5(3.4%)	4 (2.7%)	0 (0.0%)	9 (6.1%)		
Negocio familiar	0 (0.0%)	2 (1.4%)	2 (1.4%)	4 (2.7%)		
Empleada	0 (0.0%)	7 (4.7%)	2 (1.4%)	9 (6.1%)		
Total	37 (25.0%)	98 (66.2%)	13 (8.8%)	148 (100%)		

Los factores sociodemográficos estuvieron asociados con el nivel educativo materno, el cual a menor nivel educativo se asoció con trabajos informales (en caso de existir), por lo tanto el nivel de ingresos fue deficiente y arrojó como resultado un nivel socio-económico precario. Otros de los factores significativamente asociados con el PP fueron el estado civil y el nivel de escolaridad (Tabla 2). La mayoría

de las gestantes estaban casadas (52.10 por ciento) y estudiaron hasta el nivel básico correspondiente a secundaria (45.90 por ciento). Las mujeres más vulnerables fueron aquellas casadas con edades entre veinte y 34 años (39.9 por ciento) y con un nivel de enseñanza de secundaria (30.4 por ciento).

TABLA 2  
 CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES PARTICIPANTES CON PARTO  
 PRETÉRMINO. FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS (%)

Factores Sociodemográficos	Madres con parto pretérmino			Total	$\chi^2$ y valor de <i>p</i>	Prueba exacta de Fisher
	Estratos por edad (años)					
	12-19	20-34	> 35			
<b>Estado Civil</b>						
Soltera	4 (2.7%)	7 (4.7%)	2 (1.4%)	13 (8.8%)	24.16; p=0.002	20.08; p=0.003
Casada	10 (6.8%)	59 (39.9%)	8 (5.4%)	77 (52.1%)		
Unión Libre	23 (15.5%)	32 (21.6%)	3 (2.0%)	58 (39.1%)		
Totales	37 (25.0%)	98 (66.2%)	13 (8.8%)	148 (100%)		
<b>Escolaridad</b>						
Primaria (6 años)	5 (3.4%)	12 (8.1%)	6 (4.1%)	23 (15.5%)	25.46; p=0.001	18.81; p=0.007
Secundaria (9 años)	17 (11.5%)	45 (30.4%)	6 (4.1%)	68 (45.9%)		
Preparatoria (12 años)	14 (9.5%)	34 (23.0%)	0 (0.0%)	48 (32.4%)		
Licenciatura (17 años)	1 (0.7%)	7 (4.7%)	0 (0.0%)	8 (5.4%)		
Posgrado (20 años)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	1 (0.7%)		
Total	37 (25.0%)	98 (66.2%)	13 (8.8%)	148 (100%)		

Al analizar las dimensiones antropométricas de las madres con PP por intervalos de edad, se observó que en promedio la talla fue similar entre las pacientes por grupos de edades, mientras que el peso y el Índice de Masa Corporal (IMC) fueron significativamente mayores en madres que tuvieron PP con edades mayores a 35 años; pero las madres entre 20–34 años se ubicaron en pesos e IMC intermedios (Tabla 3).

TABLA 3. INFLUENCIA DE LA EDAD DE MADRES CON PARTO PRETÉRMINO EN EL PESO, TALLA E ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC).

Estratos por edad (años)	Talla (m)	Peso (kg)	IMC
12-19	1.57 a <sup>(x)</sup>	58.0 b	23.3 b
20-34	1.58 a	63.7 ab	25.5 ab
> 35	1.57 a	65.0 a	26.1 a
P>F	0.832	0.041	0.036
DMS	0.03	6.5	2.4
CV (%)	4.0	18.7	17.3

(<sup>x</sup>) Dentro de las columnas, las letras minúsculas iguales indican no diferencia significativa por la Diferencia Mínima Significativa (DMS) de la prueba de Tukey al 95 por ciento de confiabilidad. La P>F es el nivel de significación y CV es el Coeficiente de Variación.

## DISCUSIÓN

El PP se ha considerado como un problema de salud pública, el cual trae consigo repercusiones económicas, sociales y familiares para la población. Por ello, el gobierno de México ha planteado políticas de atención a la salud de la mujer embarazada, las cuales no han priorizado el atender los factores sociales que las rodean, de manera que los esfuerzos por mejorar la salud de población materno-infantil se ven limitados por las condiciones de marginación, y por ende se han observado repercusiones negativas en la condición de salud tanto de la mujer como del recién nacido.

En este estudio se identificó una asociación entre el nivel educativo, el estado civil y la ocupación materna como factores de riesgo al PP. Por otra parte, las participantes reflejaron un nivel socio-económico bajo, similar a lo encontrado por el estudio de Jaramillo y colaboradores, a pesar de ello, el PP fue independiente del PP.<sup>16</sup> En contraste, la investigación de Escriba y colaboradores determinaron que las mujeres con bajos ingresos familiares presentaron mayor riesgo de presentar un PP. Por otra parte, Manrique y colaboradores concluyeron que el PP es una complicación presente en las embarazadas adolescentes con bajo nivel socio-económico, provenientes de poblaciones rurales y urbanas marginadas.<sup>17</sup>

La mayoría de la población estudiada provino de un medio rural, por lo que se podría relacionar con las expectativas de bienestar y/o pobreza de la mujer, en el cual, donde probablemente el estudiar no se

considera importante; ya que culturalmente se asume que la mujer se casará a temprana edad y, generalizando, se dedicarán a labores domésticas. El nivel educativo encontrado por Villanueva y colaboradores, reveló un riesgo mayor para las mujeres que interrumpieron sus estudios antes de los quince años.<sup>18</sup> Así mismo Lucín y colaboradores observaron que un nivel educativo menor a doce años coincidió con aumento en el número de PP.<sup>19</sup>

Con similares hallazgos al estudio de Salvadores y colaboradores, quienes indicaron un porcentaje mayor de mujeres casadas con PP, la presente investigación registró que la mayoría de las mujeres con PP estaban casadas (Tabla 2).<sup>20</sup> En contraste, Osorno y colaboradores determinaron que las mujeres que no tenían pareja presentaron mayor riesgo de prematuridad, lo cual no se observó en este estudio.<sup>21</sup>

En relación con los factores maternos incluidos en esta investigación, ellos revelaron una falta de significancia en cuanto a la talla de las mujeres con PP, lo cual fue porque esta dimensión fue similar entre las pacientes (Tabla 3). En este estudio se encontró que dicho problema no sólo tiene que ver con el sobrepeso de las gestantes, sino también con una situación económica precaria. Esto último soportó el estudio de Lucín y colaboradores, quienes encontraron una asociación entre mujeres con PP con una dieta pobre, bajo ingreso económico e IMC por debajo del rango normal.<sup>22</sup> Similarmente, Troncoso y colaboradores reportaron una estatura promedio de 1.55m de mujeres con PP.<sup>23</sup> También Calderón y colaboradores coincidieron con esta investigación, porque el peso ( $57.9 \pm 8.2$  kg) y la talla ( $1.5 \pm 0.2$  m) de las pacientes con PP estuvieron asociados con la incidencia de PP, ya que tales dimensiones indicaron sobrepeso.<sup>24</sup>

En base a lo anterior, se determinaron dos perspectivas teóricas que intentan explicar los mecanismos por los cuales los factores sociales afectan a la salud de las gestantes y desencadena el PP. La Teoría de la Acción Razonada asume que las mujeres embarazadas se comportarán de una manera orientada a sus actitudes, intenciones conductuales y las creencias en relación a la influencia social. Mientras que el Modelo Ecológico plantea que el desarrollo humano es resultado de la interacción del hombre con su medio ambiente, el cual tendrá variaciones según la clase social, además de las mismas características de la gestante, sumado a ello sus relaciones interpersonales, por lo que las influencias externas pueden llegar a desarrollar un papel crítico en la situación de salud de la persona.



## CONCLUSIONES

La presente investigación identificó una asociación entre el nivel educativo, el estado civil y la ocupación materna como factores de riesgo al PP. En donde la mayoría de las participantes tuvieron sobrepeso (mujeres mayores a veinte años), provenían de un medio rural, estaban casadas, pero además reflejaron un nivel socio-económico bajo, aun cuando esta última variable no resultó estadísticamente significativa, representa una constante dentro de las características de la población que es atendida en el Hospital de la Mujer Zacatecana.

Actualmente la incidencia de PP es un indicador que muestra el nivel de la calidad de la atención prenatal; para su prevención es indispensable el brindar a las mujeres una atención prenatal eficiente y oportuna; para ello sería adecuado implementar un programa de visitas domiciliarias, las cuales aportarán información materna y prenatal, con la finalidad de lograr una detección precoz de cualquier factor de riesgo, de modo tal que permita aplicar medidas de asistencia y control adecuadas. Garantizando así que las mujeres en proceso de gestación reciban el cuidado prenatal que corresponda a las necesidades de sus condiciones de salud.

Con base en lo anterior, la hipótesis planteada en esta investigación se rechazó, ya que los resultados revelaron que el nivel socioeconómico, el origen de la remuneración y la ocupación materna no se asociaron significativamente con las madres con PP. Sin embargo, se observó que las mujeres con PP casadas, amas de casa, con baja escolaridad y sobrepeso, estuvieron expuestas a esfuerzos de trabajos domésticos mayores, porque su estado socio-económico fue precario y posiblemente estos factores no les permitieron alcanzar satisfactores que mitigaran esfuerzos grandes de labor en el hogar, lo cual pudo, en conjunto, desencadenar el PP.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al personal del Hospital de la Mujer Zacatecana por su colaboración y a sus autoridades por el apoyo ofrecido para la realización de este estudio. De igual manera es imprescindible expresar la profunda gratitud a cada una de las participantes, sin cuya colaboración no hubiera sido posible la presente investigación.

## BIBLIOGRAFÍA

- [1] Campus UAZ Siglo XXI, Carretera Guadalajara km. 6, Ejido la Escondida, C.P. 98160, Zacatecas, Zacatecas, México. E-mail: [diaannafz@gmail.com](mailto:diaannafz@gmail.com)
- [2] LUCÍN Alarcón Carlos, *et al.*, «Parto Pretérmino: aspectos socio-demográficos en gestantes del hospital gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor, Guayaquil, Ecuador», *Biblioteca Virtual Emsaúde*, Volumen 16, Número 4, 2011, pp. 266-272.
- [3] NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-1993 «Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio», Disponible en [http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/programas/mujer/5\\_LegislacionNacionalInternacional/Legislacion/NormasOficialesMexicanas/Nom007.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/programas/mujer/5_LegislacionNacionalInternacional/Legislacion/NormasOficialesMexicanas/Nom007.pdf) Consultado 15 abril 2013.
- [4] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, «Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros» Disponible en: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon\\_execsum\\_es.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon_execsum_es.pdf) Consultado 8 junio 2013.
- [5] VILLANUEVA Egan Luis Alberto, *et al.*, «Perfil Epidemiológico del Parto Pretérmino», *Ginecología y Obstetricia de México*, Volumen 76 Número 9. México, 2008, pp. 542-8.
- [6] AYALA Méndez José Antonio, *et al.*, «Diagnóstico y manejo del parto pretérmino», *Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia*, 2010, Disponible en <http://www.comego.org.mx/index.php/diagnostico-y-manejo-del-parto-pretermino>, Consultado 25 abril 2013.
- [7] OSORNO Covarrubias Lorenzo, *et al.*, «Factores maternos relacionados con prematuridad», *Ginecología y Obstetricia de México*, Volumen 76, Número 9, México, 2008, pp. 526-536.
- [8] Sebastiani G, *et al.*, «Factores relacionados con las técnicas de reproducción asistida y su repercusión en el neonato», *Anales de Pediatría*, Volumen 70, Número 4, España, abril 2009, pp. 323-332.
- [9] COUCEIRO M., *et al.*, «Variables biológicas y sociales de embarazadas y peso al nacer de sus hijos, controladas por el primer nivel de atención», *Antropo*, Volumen 19, Argentina 2009, pp.7-21.
- [10] PRITCHARD Jack A., *et al.*, « Embarazo de alto riesgo », *Nuevo Manual Merck de Información Médica General*, Océano, Barcelona, España, 2007, pp. 1714-1729.
- [11] PRITCHARD Jack A., *et al.*, «Cuidados prenatales», *Williams Obstetricia*, Tercer edición, Salvat Editores, S.A., Barcelona, España, 1986, pp. 237-258.
- [12] ARANGO María del Pilar, *et al.*, «Risk factors for preterm deliveries in the department of Caldas between 2003-2006», *Archivos de Medicina*, Volume 8, Number 1, Colombia, june 2008, pp. 22-31.
- [13] PRENDES Marianela, JIMÉNEZ Guénola, GONZÁLEZ Rinado, REYES Wilfredo. «Estado nutricional materno y peso al nacer», *Rev Cubana Med.Gen. Integr.*, Volumen 17, Número 1, Cuba 2001, pp. 35-42.
- [14] LÓPEZ Romo Heriberto, «Los Niveles Socioeconómicos y la distribución del gasto», *AMAI*, Número 21, México, Octubre-Diciembre 2009, pp. 1-44.
- [15] DE LA CRUZ Gallardo Carlos Mario, ROBLES Calvillo Víctor Hugo, HERNÁNDEZ Blé José Alejo, «Mortalidad neonatal y factores asociados, Macuspana Tabasco, México», *Revistas Cubana de Salud Pública*, Volumen 35, Número 1, Cuba, enero-marzo 2009, pp. 1-11.
- [16] JARAMILLO Prado Jahn Jairo, *et al.*, «Factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales Julio 2004-Junio 2005», *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Volumen 57, Número 2, Colombia 2006, pp. 74-81.
- [17] MANRIQUE Riscarle, *et al.*, «Parto pretérmino en adolescentes», *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, Volumen 68, Número. 3, Venezuela, 2008, pp. 144-149.
- [18] VILLANUEVA Egan Luis Alberto, *et al.*, *op cit.*
- [19] LUCÍN Alarcón Carlos, *et al.*, *op cit.*



- [20] SALVADORES Rubio Juan Jesús, *et al.*, «Estudios sociodemográficos de las gestantes y su relación con la aceptación del embarazo», *Rev San Hig Púb*, Volumen 67, Número 6, Asturias, España, Diciembre, 1993, pp. 519-527.
- [21] OSORNO Covarrubias Lorenzo, *et al.*, *op cit.*
- [22] LUCÍN Alarcón Carlos, *et al.*, *op cit.*
- [23] TRONCOSO María Fernanda, *et al.*, «Detección de factores de riesgo en el grupo de gestantes del programa de control prenatal, en una entidad de 1° nivel, y sus efectos en el neonato, Manizales 2007», *Archivos de Medicina*, Número 15, Colombia, 2007, pp. 57-65.
- [24] CALDERÓN Guillén Juvenal, *et al.*, «Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino», *Rev Med IMSS*, Volumen 43, Número 4, Querétaro, México, Octubre, 2004, pp. 339-342.