

Universidad de La Laguna

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Tenerife

ULL

Universidad  
de La Laguna

Escuela Universitaria de  
Enfermería y Fisioterapia



# **Parto prematuro en embarazadas mayores de 40 años con reproducción asistida**

Autora

Miriam Mayato Gil

Tutores

José Luis González Siverio

Janet Delgado Rodríguez

## **Resumen**

En los últimos diez años la maternidad avanzada unida a las técnicas de reproducción asistida ha incrementado considerablemente el número de partos prematuros. El mayor problema por el que las madres retrasan la maternidad es por motivos de estabilidad o logros laborales, también por motivos económicos, de organización familiar o porque no se han hecho la idea consciente de ser madre.

El embarazo en mujeres a partir de los 35 años está asociado a múltiples complicaciones, durante el embarazo, el parto y posteriormente en la salud de la mujer y del recién nacido.

Por otro lado, las técnicas de reproducción asistida favorecen las posibilidades de obtener un embarazo múltiple, además de abortos espontáneos, partos prematuros y mayor riesgo de cesárea.

## **Summary**

In the last ten years, advanced motherhood combined with assisted reproduction techniques has considerably increased the number of premature births. The biggest problem for which mothers delay motherhood is for reasons of stability or work achievements, also for economic reasons, family organization or because they have not made the conscious idea of being a mother.

Pregnancy in women from the age of 35 is associated with multiple complications during pregnancy, childbirth and later in the health of women and newborns.

On the other hand, the techniques of assisted reproduction favor the possibilities of obtaining a multiple pregnancy, in addition to spontaneous abortions, premature births and higher risk of cesarean section.

## **Palabras clave**

- Prematuridad
- Reproducción asistida
- Maternidad tardía

## **Keywords**

- Prematurity
- Assisted reproduction
- Late motherhood

## Índice

### Summary

### Palabras clave

#### 1. Introducción

**Páginas 1 - 7**

1.1. Antecedentes

Página 1

1.2. Técnicas de reproducción asistida

Páginas 1 - 2

1.3. Prematuridad

Páginas 2 - 5

1.4. Estado actual del tema

Páginas 5 - 6

1.5. Planteamiento del problema

Página 6

1.6. Justificación

Página 6 - 7

1.7. Objetivos

Página 7

1.8. Hipótesis

Página 7

1.9. Variables

Página 7

#### 2. Metodología

**Páginas 7**

2.1. Tipo de estudio

Página 7

2.2. Población y muestra

Página 8

2.3. Materiales y métodos

Página 8

2.4. Técnicas de recolección de datos

Página 8

2.5. Análisis estadístico

Página 9

2.6. Logística

Páginas 9 - 10

2.7. Cronograma

Página 9

2.8. Presupuesto

Página 10

<b>3. Trabajo de campo</b>	<b>Páginas 10 - 13</b>
<b>4. Bibliografía</b>	<b>Página 14</b>
<b>5. Permisos</b>	<b>Página 15 - 18</b>
5.1. Compromiso de confidencialidad	Página 15
5.2. Informe motivado del tutor para TFG	Página 16
5.3. Informe de profesor/a tutor/a del Trabajo de Fin de Grado	Página 17
5.4. Aprobación del permiso solicitado al Comité de Ética del Hospital Universitario de Canarias.	Página 18

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Antecedentes**

Durante muchos años el papel de las mujeres en la sociedad era casarse muy pronto y ser madres jóvenes. No estaba tan presente el que la mujer trabajara o estudiara, solo podían ser mujer, madre y ama de casa.

En la actualidad debido al gran avance en nuestra sociedad, ocurre todo lo contrario. Por ello, *“un factor que con frecuencia se analiza como causa del descenso de nacimientos en nuestro país es la incorporación de las mujeres al empleo. Junto a la dificultad de acceso al mercado de trabajo, la precariedad laboral y el miedo a perder el empleo por maternidad son un condicionante añadido a la hora de decidirse a tener hijos”*<sup>[1]</sup>.

Todo esto ha desencadenado que *“las mujeres españolas, debido a las dificultades de mantener niveles adecuados de autonomía personal, parecen haber optado por la «calidad» en vez de la «cantidad» de la familia”*<sup>[1]</sup>. Las mujeres deciden tener hijos a una edad más avanzada y ello conlleva a consecuencias como el importante descenso de la fertilidad femenina que ocurre a partir de los 35 años.

En España se estima que más del 19% de las parejas en edad fértiles sufren esterilidad, lo que supone casi un millón de demandantes del servicio de reproducción asistida y de las que alrededor del 40% se someten al tratamiento <sup>1</sup>. La reproducción asistida es una de las salidas con las que cuentan estas parejas para hacer frente a este problema.

Cifras que cada año van en aumento. Gracias a las técnicas de reproducción asistida, se hace posible el concebir después de ciertas edades. Los riesgos que supone para la madre como para el bebé son mayores que en edad fértil.

Debido a todo esto ha habido un gran avance en las nuevas tecnologías de reproducción asistida.

### **1.2. Técnicas de reproducción asistida**

El primer nacimiento producto de una fecundación in vitro (FIV) fue en 1978 en Inglaterra gracias a John Hunter.

Dentro de las técnicas de reproducción asistida se encuentran inseminación, la estimulación ovárica, microinyección espermática, los embriones criopreservados (con donación de gametos o con diagnóstico preimplantacional).

La inseminación artificial se utiliza cuando el semen del varón no reúne las condiciones idóneas para fecundar un óvulo. Primero se prepara el semen y posteriormente se deposita en el interior del útero o canal cervical de la mujer. Es necesario controlar el ciclo menstrual para saber cuándo se va a producir la ovulación.

La fecundación in vitro se define como *"la unión del espermatozoide y del óvulo en un laboratorio, creando un cigoto que tras la división celular adquiere el status embrionario siendo transferido al útero de su madre antes del decimocuarto día a contar desde la fecundación, y descontando el tiempo que pudo estar crioconservado"*<sup>[2]</sup>. Esta técnica se usa cuando hay obstrucción o ausencia de las trompas de Falopio. En primero lugar se recogen las muestras y se desarrollan en un medio de cultivo que facilita que el óvulo y el espermatozoide se unan. Posteriormente se transfieren al útero.

### **1.3. Prematuridad**

*"El nacimiento prematuro puede definirse como el nacimiento de un bebé antes de que los órganos en desarrollo sean lo suficientemente maduros para permitir la supervivencia postnatal normal"*<sup>[3]</sup>.

Teniendo en cuenta la edad gestacional del recién nacido, los podemos clasificar en: <sup>4</sup>

- Recién nacido prematuros extremos: menos de 28 semanas de gestación.
- Recién nacidos muy prematuros: de 28 a 32 semanas de gestación.
- Recién nacidos prematuros moderados: de 32 a 37 semanas de gestación.

Durante el auge de las técnicas de reproducción asistida se duplicó el número de embarazos de gemelos y trillizos, con el consecuente resultado. Más del 50% de esos embarazos acaban en partos prematuros.

Posteriormente pueden aparecer otra serie de problemas en el recién nacido prematuro que conllevan unos cuidados específicos: <sup>5</sup>

- Problemas respiratorios: entre ellas podemos encontrar el distres respiratorio por déficit de surfactante o la enfermedad de membrana hialinas. Es la primera causa de morbimortalidad.
- Problemas neurológicas: la inestabilidad del sistema nervioso central del recién nacido produce poca capacidad de adaptación al nuevo entorno.
- Problemas oftalmológicos: los bebés deben ser revisados cada cierto tiempo por el riesgo potencial de sufrir daño de las áreas visuales centrales y la alteración en la refracción.
- Problemas cardiovasculares: predomina la hipotensión arterial, que debe ser igual o superior a la edad gestacional.

- Problemas gastrointestinales: existe poca motilidad en el intestino, por lo que se retrasa la eliminación. Además pueden haber otros trastornos en la deglución y reflujo gastroesofágico. Es el mayor factor de riesgo para que el recién nacido padezca la Enterocolitis Necrotizante.
- Problemas inmunológicos: el sistema inmune no está preparado para combatir infecciones.
- Problemas metabólicos: el mayor problema es la termorregulación, debido a la poca producción de calor, la disminución de la reserva grasa corporal, un deficiente control vasomotor y un aumento relativo de la superficie cutánea. Todo esto provoca que tienda más a la hipotermia que a la hipertermia.
- Problemas hematológicos: se produce una disminución de los glóbulos rojos debido a la hemólisis fisiológica.
- Problemas endocrinos: pueden padecer hipotiroidismo transitorio o hiperfunción tiroidea que puede ocultar un hipotiroidismo.

Para los padres la experiencia de tener un hijo prematuro y tener que ser ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales puede ser una experiencia muy traumática, “llegando a sufrir un shock, estrés, depresión y ansiedad”<sup>[3]</sup>. A menudo sienten inseguridad ante la nueva situación, miedo, incapacidad para cuidar su hijo y muchas preocupaciones.

Por ello el papel de la enfermera es fundamental y se deben desarrollar los cuidados centrados en la familia.<sup>6</sup>

Las intervenciones de enfermería al ingreso del bebé son las siguientes:<sup>6</sup>

- Se debe presentar al recién nacido a sus padres a la mayor brevedad posible.
- Se deben explicar a los padres la situación y el nuevo entorno en el que se encuentra su hijo.
- Se debe presentar a todo el equipo multidisciplinar que esté al cuidado de su hijo, además de explicarles como se trabaja en la unidad.

Las intervenciones de enfermería durante la hospitalización serán:<sup>6</sup>

- Mantener conversaciones con los padres y darles la seguridad de que todo el equipo está al cuidado de su hijo.
- Estar siempre disponibles para las dudas de los padres.
- Enseñar a los padres la manera correcta de tocar a su hijo y animarlos a hacerlo.



- Desde el primer momento y siempre que las condiciones sean favorables se debe involucrar a los padres en el cuidado básico de su hijo como cambiar pañales, como bañarlo, como alimentarlo, etc.
- Entrenar a los padres para el alta de su hijo enseñándolos a realizar aquellos cuidados más específicos en el caso de que los tuvieran como las colostomías.
- Se debe facilitar la visita de los padres en cualquier horario, así como la de otros familiares cercanos como abuelos o hermanos siguiendo las normas de la unidad.
- Se debe permitir que los padres lleven objetos personales para colocarlos cerca de su hijo, así como el sacarle fotos con el permiso del personal de la unidad.
- Se debe facilitar que los padres puedan expresar sus creencias religiosas.
- Se debe promocionar la lactancia materna y/o la extracción artificial de la leche materna.
- Se debe promover el contacto “piel con piel” temprano, prolongado y continuo entre la madre y el bebé cuando se encuentre en condiciones favorables. Además el personal deberá estar pendiente de los padres mientras el bebé esté en brazos de sus padres para asegurar el bienestar y seguridad de ambos.

Las intervenciones de enfermería al alta serán: <sup>6</sup>

- Evaluar la capacidad de los padres para realizar los cuidados en casa y reforzar aquellos que sean necesarios.
- Ayudar a los padres a afrontar los sentimientos, miedos o incapacidad derivándolos a los profesionales necesarios si fuera preciso.
- Explicar el seguimiento hospitalario o desde atención primaria.
- Entregar el informe de enfermería con las pautas de cuidados que les facilite el cuidado de su hijo en casa, además del informe del médico.
- Informar sobre recursos sanitarios y sociales disponibles.

Cuando la situación no es la esperada y el personal de enfermería se encuentra ante unos padres en situación de duelo y un recién nacido agonizando, se deben establecer otras intervenciones de enfermería: <sup>6</sup>

- Ayudar al bebé a controlar el dolor y los síntomas de agonía en todo momento.
- Se debe estar a disposición de los padres y ofrecerles ayuda emocional.
- Se debe respetar la voluntad y el afrontamiento de los padres ante esta situación.
- Cuando los padres soliciten información, se debe informar sobre el estado y evolución del bebé.

- Se debe respetar la intimidad de los padres con su hijo, mostrando respeto, comprensión y cariño.
- Se debe aceptar las creencias religiosas de los padres y ofrecerles asistencia espiritual si lo solicitan.
- Se deben apagar las alarmas de los monitores.
- Se debe preparar el cuerpo del bebé manipulándolo con cuidado, quitándole todos los elementos técnicos, asearlo, vestirlo y envolverlo.
- Si los padres lo desean facilitar el contacto físico.
- Permitirle a los padres un espacio con intimidad para que puedan despedirse tranquilamente del bebé.
- Dar las indicaciones para los trámites administrativos que se necesite en cada caso.

#### **1.4. Estado actual del tema**

Debido a los cambios en la sociedad, mencionados anteriormente, ha habido un mayor auge de las técnicas de reproducción asistida. Pero estas técnicas, por otra parte, no están exentas de riesgos. Las técnicas de reproducción asistida han solucionado el problema, pero todo este proceso lleva consigo una serie de riesgos donde se ven afectados tanto la madre como el bebé.

Aunque en mujeres jóvenes también existe un riesgo, cuando la mujer supera los 35-40 años, el riesgo es mucho más alto.

Riesgos asociados al embarazo con la edad materna avanzada: <sup>7</sup>

- Abortos espontáneos: las causas más frecuentes son los por fetos trisómicos y euploides y principalmente se debe a la mala calidad de los óvulos.
- Embarazos ectópicos: a partir de los 35 años se duplica el riesgo comparado con una mujer joven.
- Anomalías cromosómicas: la anomalía más común es la trisomía en el cromosoma 21. Éstas anomalías pueden estar relacionadas con el estrés, el acortamiento de los telómeros de los óvulos y el agotamiento de óvulos normales disponibles para la maduración.
- Malformaciones genéticas: no se ha demostrado que haya relación entre la edad materna avanzada y las malformaciones genéticas, pero sí la edad materna y paterna avanzada junto con las reproducciones asistidas, ya que hay más probabilidades de que haya trastornos autistas en la descendencia, aunque no se considere un factor de riesgo.
- Malformaciones congénitas: algunos estudios sugieren que el riesgo de este tipo de anomalías aumenta con la edad de la mujer.

- Hipertensión arterial y preeclampsia: es el problema más común en las mujeres embarazadas pero el riesgo de sufrirla aumenta considerablemente con la edad de la mujer. La probabilidad de sufrir preeclampsia aumenta de un 5 a un 10% en mujeres mayores de 40 años, y un 35% en mujeres mayores de 50 años.
- Diabetes Mellitus y diabetes gestacional: la probabilidad de padecerla aumenta de 3 a 6 veces en mujeres mayores de 40 años en comparación con las mujeres de 35 años. La diabetes está relacionada con un aumento del riesgo de sufrir malformaciones congénitas, mortalidad y morbilidad perinatal.
- Problemas de placenta: no se ha demostrado que la edad materna avanzada esté relacionada los problemas de placenta tales como, la placenta previa y el desprendimiento de placenta.
- Partos prematuros y cesáreas: las mujeres mayores de 35 años son más propensas que una mujer más joven a sufrir partos distócicos y cesáreas, lo que al final resultarán partos prematuros.

Por otro lado, la mujer mayor de 40 años tiene ocho veces más riesgo de sufrir un embolismo en el líquido amniótico y tres veces más riesgo de sufrir shock comparado con una mujer de entre 25-29 años.<sup>7</sup>

Si se compara con una mujer mayor de 45 años, el riesgo se duplica y puede sufrir fallo renal, intervenciones obstétricas y ser ingresada en cuidados intensivos. Cuando la mujer es mayor de 50 años el riesgo de mortalidad y morbilidad aumentan considerablemente.

### **1.5. Planteamiento del problema**

¿Las mujeres son conscientes de los riesgos que hay al someterse a técnicas de reproducción asistida después de los 40 años?

¿Han sido informadas las mujeres sobre los embarazos y sus riesgos después de los 40 años?

### **1.6. Justificación**

Se ha decidido abarcar este tema ya que en los últimos años ha aumentado considerablemente los embarazos en mujeres de edad avanzada (mayor de 40 años) conseguidos a través de técnicas de reproducción asistida que han acabado en partos prematuros.

Por otro lado, se ha encontrado poca evidencia científica respecto a éste tema y sería importante para informar a las mujeres sobre los riesgos que puede suponer un embarazo después de ciertas edades tanto para ella como para el feto.

### **1.7. Objetivos**

- Determinar si los partos prematuros están relacionados con la edad materna avanzada y las técnicas de reproducción asistida.

#### **1.7.1. Objetivos específicos**

- Describir la prematuridad de los recién nacidos de las madres mayores de 40 años sometidas o no a técnicas de reproducción asistida.
- Conocer la problemática que supone tener un hijo prematuro desde el punto de vista familiar (madre y padre).

### **1.8. Hipótesis**

“La edad avanzada de la madre junto con las técnicas de reproducción asistida está relacionada con el riesgo de parto prematuro.”

### **1.9. Variables**

En este proyecto encontramos dos variables: una variable independiente, la cual es la edad de la mujer y la variable dependiente, que son los partos prematuros.

## **2. METODOLOGÍA**

### **2.1. Tipo de estudio**

Se trata de un estudio de investigación descriptivo multicéntrico cuantitativo transversal.

## **2.2. Población y muestra**

La población de este estudio son los recién nacidos prematuros, cuyas madres sean de edad igual o mayor a 40 años, se hayan sometido o no a técnicas de reproducción asistida y hayan dado a luz en el Hospital Universitario de Canarias (HUC) y en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) en los últimos diez años.

Los criterios de inclusión que se van a utilizar serán: todos los recién nacidos prematuros cuyas madres en el momento del parto tengan edad igual o superior a 40 años que hayan sido fertilizadas o no con técnicas de reproducción asistida y hayan dado a luz en el HUC o en el HUNSC.

Los criterios de exclusión serán todos los recién nacidos prematuros cuyas madres tengan en el momento del parto edad igual o inferior a 39 años que hayan sido fertilizadas o no con técnicas de reproducción asistida y hayan dado a luz en el HUC o en el HUNSC

## **2.3. Materiales y métodos**

Se trata de un estudio de investigación descriptivo multicéntrico transversal en el que se pretende estudiar la relación que existe entre los partos prematuros, la edad avanzada de las madres y las técnicas de fecundación in vitro. Se confeccionará un cuaderno de campo donde se recojan las variables a estudio. Los centros participantes en el estudio serán el Complejo Hospital Universitario de Canarias (HUC) y el Complejo Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) pertenecientes a la red pública de hospitales del Servicio Canario de Salud. En el HUC se dispone de acceso a la base de datos Neosoft (UCI Neonatal, donde podremos filtrar la búsqueda de los bebés nacidos prematuros, de madres con edad igual o superior a 40 años, con o sin ayuda de técnicas de reproducción asistida). En el Complejo HUNSC se utilizarán las bases de datos a las que nos otorgen acceso los permisos solicitados. Se solicitará los permisos pertinentes y la aprobación por los Comités de Ética.

## **2.4. Técnica de recolección de datos**

La recolección de datos se hará a través de una base codificada en Excel a la que a cada recién nacido se le asociará un número para asegurar la confidencialidad de las historias clínicas. En dicha tabla se registrarán los siguientes datos de los últimos diez años: la edad gestacional del recién nacido, si el embarazo fue conseguido a través de técnicas de reproducción asistida la edad de la madre y la edad del padre.

## **2.5. Análisis estadístico**

Se describen los resultados obtenidos empleando el paquete estadístico de Microsoft Office Excel 2007 tanto para las variables dependientes como para las independientes. Se estudiará por separado la incidencia de los partos prematuros conseguidos por FIV y los conseguidos sin FIV.

## **2.6. Logística**

### **2.6.1. Cronograma**

Concepto	Tiempo aproximado (semanas)
Búsqueda de la información Asesoría metodológica Propuesta a los distintos servicios Diseño del proyecto Elaboración de permisos	7
Desarrollo de la investigación	10
Estudio estadístico Obtención de resultados Análisis e interpretación	3
Redacción Revisión	4
Total	24

Total: 24 semanas

## **2.6.2. Presupuesto**

Concepto	Cantidad/mes	Tiempo/meses	Subtotal	Total
Gastos fungibles				
· Papelería	1 paquete 500 folios	6 meses	2 €	12 €
· Tinta impresora	3 tintas		6 €	36 €
Teléfono	25 €/mes	6 meses	150 €	150 €
Transporte (gasolina)	30 €/mes	6 meses	180 €	180 €

## **3. TRABAJO DE CAMPO**

### Justificación:

Planteada la viabilidad de realizar un estudio previo por la posibilidad de acceder a las base de datos Neosoft del HUC. Consideramos que sería de interés para el estudio contar con datos previos que nos orientarán en las futuras acciones a conseguir. En este sentido planificamos un protocolo de trabajo que incluyo desde la petición de los permisos necesarios hasta la elaboración de las conclusiones preliminares.

### Material y métodos:

Solicitados los permisos pertinentes, fueron aprobados por el Comité de Ética del Hospital Universitario de Canarias. Se obtuvo acceso al Neosoft, la base de datos que se utiliza en la UCI Neonatal del HUC donde se ingresan a los niños prematuros. Se utiliza el programa para filtrar la búsqueda de bebés que han nacido prematuramente de madres de edad igual o superior a 40 años con y sin ayuda de técnicas de reproducción asistida durante los últimos diez años.

Se realizará un estudio de investigación descriptivo multicéntrico cuantitativo transversal cuya población eran todos los partos prematuros del HUC de madres de edad igual o superior a 40 años sometidas o no a técnicas de reproducción asistida.

La muestra será todos los partos prematuros tratados en el HUC durante los últimos diez años

recogidos en el programa Neosoft. A los resultados se le aplicará el paquete estadístico de Microsoft Office Excel 2007.

### Discusión y resultados:

Los datos se recogieron en las siguientes tablas:

<b>Año</b>	<b>Nº total de partos anual de madres de edad igual o mayor de 40 años conseguidos <u>con FIV</u></b>	<b>Nº de partos prematuros</b>
<b>2007</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>2008</b>	<b>6</b>	<b>5</b>
<b>2009</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>2010</b>	<b>7</b>	<b>4</b>
<b>2011</b>	<b>16</b>	<b>8</b>
<b>2012</b>	<b>6</b>	<b>4</b>
<b>2013</b>	<b>10</b>	<b>8</b>
<b>2014</b>	<b>10</b>	<b>8</b>
<b>2015</b>	<b>9</b>	<b>6</b>
<b>2016</b>	<b>7</b>	<b>4</b>
<b>2017</b>	<b>13</b>	<b>6</b>

**Tabla 1 - Registro de partos prematuros en el HUC entre los años 2007-2017 conseguidos con FIV**

<b>Año</b>	<b>Nº total de partos anual de madres de edad igual o mayor de 40 años <u>sin FIV</u></b>	<b>Nº de partos prematuros</b>
<b>2007</b>	<b>34</b>	<b>10</b>
<b>2008</b>	<b>37</b>	<b>11</b>
<b>2009</b>	<b>34</b>	<b>10</b>
<b>2010</b>	<b>32</b>	<b>12</b>
<b>2011</b>	<b>34</b>	<b>8</b>
<b>2012</b>	<b>41</b>	<b>15</b>
<b>2013</b>	<b>37</b>	<b>14</b>
<b>2014</b>	<b>43</b>	<b>17</b>
<b>2015</b>	<b>29</b>	<b>12</b>
<b>2016</b>	<b>43</b>	<b>13</b>
<b>2017</b>	<b>38</b>	<b>7</b>

**Tabla 2 - Registro de partos prematuros en el HUC entre los años 2007-2017 conseguidos sin FIV**

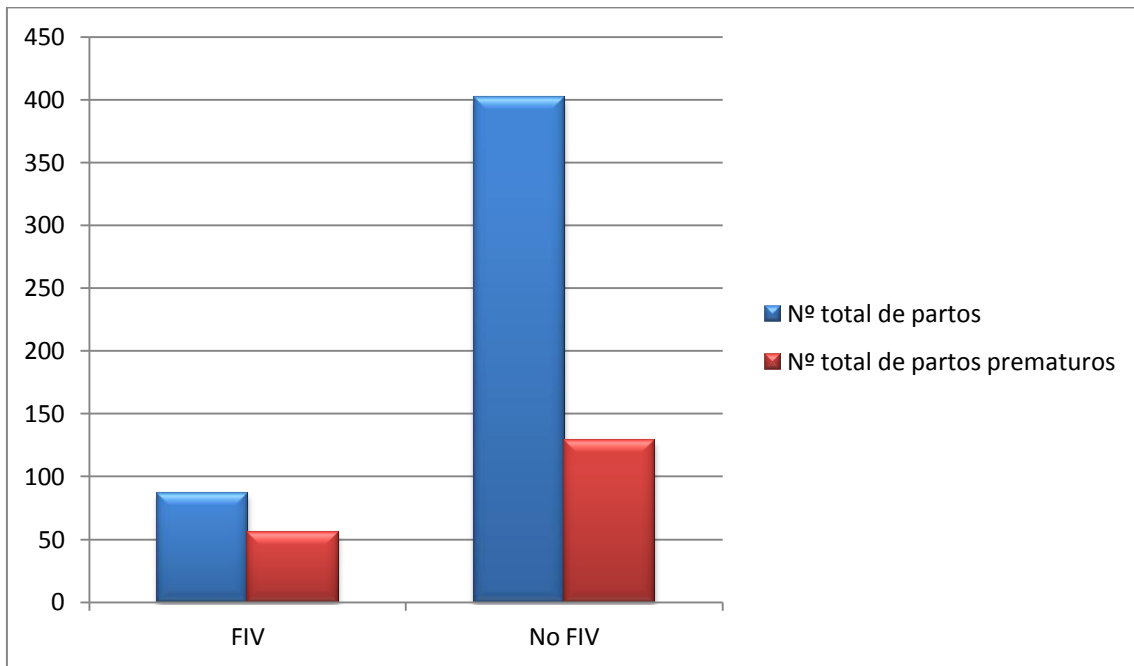


En los resultados obtenidos se observa, en primer lugar que el total de partos de mujeres de edad igual o superior a 40 años durante los últimos 10 años en el HUC fueron de 489 independientemente de si el embarazo se ha conseguido con o sin FIV. El número total de partos en mujeres de edad igual o superior a 40 años sometidas a FIV en los últimos diez años es de 87, de los cuales 56 partos fueron prematuros, que corresponde con el 64,3%. Mientras que el número total de partos en mujeres de edad igual o superior a 40 años que no se han sometido a técnicas de reproducción asistida es de 402 de los cuales 129 han sido prematuros, que corresponde a un 32%.

Una primera discusión nos hace reflexionar que si bien los partos con resultado prematuro tras parto sin FIV son casi tres veces menos frecuentes que los partos con resultado prematuro en embarazadas con técnicas de reproducción asistida; también es mayor el número de mujeres que tienen a sus bebés por vía natural y no por técnicas de reproducción asistida.

Parece que existe una ligera elevación de las FIV en mujeres mayores de 40 años, manteniéndose estable la tasa de nacidos prematuros tras estas técnicas. Para ser más exactos en esta afirmación tendríamos que complementar la muestra algún año más y ver la tendencia que nos ofrece.





	<b>Nº total partos</b>	<b>Nº total partos prematuros</b>	<b>%</b>
<b>FIV</b>	<b>87</b>	<b>56</b>	<b>64,3%</b>
<b>No FIV</b>	<b>402</b>	<b>129</b>	<b>32%</b>

Los datos obtenidos en este trabajo no entran en discusión con los datos de la bibliografía ya que aportan resultados similares.

#### **4. BIBLIOGRAFÍA**

[1] Gracia Maroto-Navarro; María del Mar García-Calvente; Inmaculada Mateo-Rodríguez; *El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias*; Revista Scielo, diciembre 2003, España. Disponible:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112004000500004&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112004000500004&script=sci_arttext&tlng=pt)

[2] Valdéz Díaz, Caridad del Carmen; *El acceso a algunas técnicas de reproducción humana asistida: "Crónica de una vida anunciada"*; Revista Scielo, vol. 11, no. 39, enero 2017. Disponible en : [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-21472017000100003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-21472017000100003)

[3] Iriarte Roteta A, Carrión Torre M. Experiencias de los padres de grandes prematuros en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: revisión sistemática de la evidencia cualitativa. *Metas Enferm* 2013; 16(2):20-25. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80416/experiencias-de-los-padres-de-grandes-prematuros-en-la-unidad-de-cuidado-intensivo-neonatal-revision-sistemica-de-la-evidencia-cualitativa>

[4] Nacimientos prematuros; OMS, noviembre 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>

[5] Rellan Rodríguez, S.; Garcia de Ribera, C.; Aragón Garcia, M Paz. “*El recién nacido prematuro*”. Asociación Española de Pediatría, 2008. Disponible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8\\_1.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf)

[6] Cuesta Miguel, M<sup>a</sup> Josefa; Espinosa Briones, Ana Bela; Gómez Prats, Susana. “*Enfermería neonatal: cuidados centrados en la familia*”. *Revista Enfermería Integral* 2012; nº 98, pág 36-40. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/98/ENF-INTEG-98.pdf>

[7] Fretts, Ruth C; MD; MPH; *Effects of advanced maternal age on pregnancy*; Agosto, 2017.

8. Dra. Porta Ribera, Roser; “*Etiopatogenia y medidas de prevención y protección de los riesgos de la prematuridad. Fertilización in vitro*”; Editorial médica panamericana, bloque 1, módulo 2.

## 5. PERMISOS

### 5.1. Compromiso de confidencialidad

#### Compromiso de confidencialidad destinado a alumnos

D Miriam Mayato Gil con DNI/NIF/NIE 79082322L tiene la condición de personal en formación en régimen de alumnado en el Centro Sanitario Hospital Universitario de Canarias como

- Alumno universitario de Grado: en Enfermería

Declara que,

1. Reconoce que los pacientes tienen derecho al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso.
  2. También reconoce que los pacientes tienen derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización.
  3. De acuerdo con el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, reconoce que tiene el deber de mantener secreto respecto a la información a la que acceda en el desarrollo de su actividad, comprometiéndose a prestar el máximo cuidado y confidencialidad en el manejo y custodia de cualquier información / documentación durante su periodo formativo y una vez concluido el mismo.
  4. Reconoce que no procede transferir, duplicar o reproducir todo o parte de la información a la que tenga acceso con motivo de su actividad en el Centro, no pudiendo utilizar los datos proporcionados por el mismo para finalidades distintas a la formación, o aquellas otras para las que fuera autorizado por la dirección del Centro.
  5. Conoce y acepta el Protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos relacionados con las Ciencias de la Salud.
  6. Está enterado de que es responsable personal de acatar el deber de confidencialidad y de que su incumplimiento puede tener consecuencias penales, disciplinarias o incluso civiles.
- Por todo ello se compromete a que su conducta en el Centro Sanitario se adecue a lo previsto en los apartados anteriores de esta declaración responsable, que se suscribe por duplicado,

En S/C de Tenerife, a 22 de enero de 2018

Fdo.:



Ejemplar interesado  Ejemplar Centro Sanitario

## 5.2. Informe motivado del tutor para TFG.

### INFORME MOTIVADO DEL TUTOR PARA TFG

AA: Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario de Canarias

Título del TFG: Parto prematuro en embarazadas primigestas mayores de 40 años por reproducción asistida

Tutor: José Luis González Siverio / Janet Delgado Rodríguez

Alumno/s: Miriam Mayato Gil

En el presente estudio de carácter epidemiológico/observacional, que sirve de base para la presentación del TFG, los alumnos accederán a los datos clínico-asistenciales de los pacientes previamente disociados de sus datos personales identificativos (nombre y apellidos, número de historia clínica, de episodio, de la Seguridad Social, DNI, etc.).

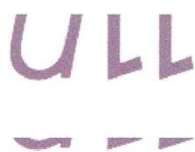
Para ello se utilizará *una base de datos codificada*.

El tutor se responsabiliza de que este proceso se realice con las suficientes garantías, de forma que se respete la intimidad y confidencialidad de los datos de salud de los pacientes que vayan a ser incluidos.

La Laguna, a 22 de enero de 2018

Fdo. TUTOR:

### 5.3. Informe de profesor/a tutor/a del Trabajo de Fin de Grado.



UNIVERSIDAD  
de La Laguna

Facultad de Ciencias de la Salud  
Sección de Enfermería y Fisioterapia

Facultad de Ciencias de la Salud  
Sección de Enfermería y Fisioterapia

## INFORME DEL PROFESOR/A TUTOR/A DEL TRABAJO FIN DE GRADO

CURSO ACADÉMICO 2017- 2018

TÍTULO DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA

PROFESOR /A- TUTOR/A	
DNI	NOMBRE Y APELLIDOS
42044518 N	JOSÉ LUIS GONZÁLEZ SIVERIO
78620034 P	JANET DELGADO RODRÍGUEZ

El TFG presenta los siguientes aspectos destacables

DATOS DEL ALUMNO/A	
APELLIDOS : MAYATO GIL, MIRIAM	
DNI/PASAPORTE:	E-mail:
79082322 L	<a href="mailto:alu0100726213@ull.edu.es">alu0100726213@ull.edu.es</a> <a href="mailto:miriamayato@gmail.com">miriamayato@gmail.com</a>

**5.4. Aprobación del permiso solicitado al Comité de Ética del Hospital Universitario de Canarias.**



Universidad de La Laguna  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Grado en Enfermería



**Parto prematuro en embarazadas primigestas  
mayores de 40 años con reproducción  
asistida**

Autora

Miriam Mayato Gil

Tutores

José Luis González Siverio

Janet Delgado Rodríguez