

Estudio de los factores biopsicosociales como causantes de prematuridad en el Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito-Ecuador.

Doris Terán Castillo, Marcela Ramón Alarcón.

Médicos Residentes, Hospital Pablo Arturo Suárez. Quito, Ecuador.

Resumen

Con el objeto de determinar los factores Biopsicosociales de las madres de niños prematuros e identificar grupos en riesgo de sufrir un parto prematuro; se estudiaron recién nacidos Pretérmino y a sus madres en el H.P.A.S durante marzo de 1998 a febrero de 1999; mediante encuestas a la madre, revisión de su historia clínica, examen de recién nacido para verificar su Prematuridad y revisión de su historia clínica. Se obtuvieron las principales características de la población de niños prematuros: edad gestacional, peso al nacer, sexo, tipo de nacimiento, presentación y complicaciones. Se relacionó la situación socioeconómica de la madre de acuerdo a ingreso, ocupación, acceso a servicios básicos y escolaridad; los aspectos biológicos, epidemiológicos y psicológicos (basados en la ansiedad) y se encontró que las madres de condición socioeconómica baja que a su vez presentaba algún otro factor sea biológico o epidemiológico sumado a un psicológico son las que con mayor riesgo se exponen a un parto prematuro. **Rev Fac Cien Méd (Quito) 2001; 26(1): 18-25**

Palabras Claves: Prematuridad, factores de riesgo biológicos, socioeconómicos, psicológicos.

Abstract

In order to determine the biosociological factors of the mothers of premature babies and identify groups in risk of suffering premature deliveries, we analyzed newborn premature kids and their mothers in the H.P.A.S between March 1998 until February 1999. This analysis was done through surveys to the mothers, review of their clinical history, tests to the newborn babies to verify their premature condition, and a review of their clinical history. We also obtained the main characteristics of the premature babies population: gestational age, weight at time of birth, sex, type of birth, presentation, and complications. Then we related the data to the mother's socioeconomic situation according to their income, occupation, access to basic services, and degree of scholarly. Finally we analyzed the biological epidemiological and psychological aspects (based on anxiety).

We concluded that the mothers in a low socioeconomic condition that presented other factors such as biological or epidemiological added to a psychological, are the ones with a higher risk of suffering premature deliveries. **Rev Fac Cien Méd (Quito) 2001; 26(1): 18-25**

Key words: Cholecystitis alithiasic, Lithiasic, Cholecistectomy.

Introducción

El parto prematuro en la actualidad es considerado como una enfermedad social. La incidencia de Prematuridad en los EEUU oscila entre 7 y 17.2%, en Uruguay entre el 6 y 15%¹, en Colombia según varios estudios es alrededor del 10%, en Ecuador de acuerdo a un trabajo realizado en el Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora" es de 8.32%².

Con los últimos estudios realizados sobre parto prematuro se han modificado los conceptos tradiciona-

les, hoy se considera como un Síndrome (condición causada por múltiples circunstancias)^{3,4}.

Aunque los mecanismos del parto permanecen aún bajo estudio, se sabe que al llegar la gestación a su término: el riñón fetal⁵ fabrica una proteína que es excretada con la orina hacia el líquido amniótico, ésta estimula el amnios, el corion y la decidua vera para liberar ácido araquidónico a partir de la fosfatidiletanolamina y del fosfatidilinositol allí presentes; bajo el estímulo de los estrógenos maternos, el aumento de Ca libre, la vitamina D3 y el factor activador plaquetario, el ácido araquidónico se transforma en

Dirección para correspondencia: Dra. Doris Terán, Servicio de Pediatría, Hospital Pablo Arturo Suárez, Ludeña s/n, Teléfono 243-163, Cotacollao, Quito-Ecuador.

prostaglandinas E2-alfa que sería la encargada de inducir la contracción uterina y por ende el parto. Aún no se logra aclarar cuáles son los factores que determinan que en un momento dado se desencadene el parto en forma prematura, lo que sí parece definido es que existen factores que a través del tiempo han reafirmado su relación con el comienzo del parto pretérmino.

Estos factores han sido agrupados en:

Factores maternos: bajo nivel socio-económico^{9,10}, soltera, edad menor de 15 años^{11,12}, peso pregravídico menos de 40 kilos, analfabetismo^{13,14}, hábito de fumar^{11,15}, farmacodependencia, anomalías útero-cervicales¹⁶, infección cérvicovaginal, infección urinaria, infección TORCH, enfermedades que producen hipoxia¹⁷, antecedente de abortos o partos prematuros (si el primer parto es Pretérmino el segundo lo es en un 17.2% de los casos)^{7,18}, exceso de actividad sexual^{6,7}, promiscuidad, falta de control prenatal, larga jornada laboral con esfuerzo físico^{19,13,20,10} o trabajo corporal intenso^{8,21,22,23,24}.

Factores fetales: embarazo múltiple^{12,25}, malformaciones congénitas, retardo en el crecimiento intrauterino^{26,27}, muerte fetal.

Factores placentarios: desprendimiento normoplacentario, placenta previa, tumores del cordón umbilical.

Factores uterinos: polihidramnios, incompetencia cervical.

Además de lo expuesto varios estudios^{6,28,29,30,31,32,33} han demostrado como el estrés psicosocial aumenta la probabilidad de tener partos prematuros a más de otras complicaciones, siendo un factor crítico determinante cuando la embarazada presenta además factores de riesgo biológicos. El alto riesgo biopsicosocial aumenta en más de tres veces la probabilidad de desarrollar parto prematuro^{29,30} por dos mecanismos: El estrés psicosocial severo, libera catecolaminas tipo adrenalina, noradrenalina, las cuales van a estimular directamente los receptores en útero, aumentando la contractilidad uterina.

El estrés psicosocial severo, libera catecolaminas las cuales se unen a receptores específicos en los linfocitos T, disminuyendo la respuesta a la inmunidad celular en la paciente embarazada, y de alguna manera, facilita la agresividad de las infecciones maternas.

Varios trabajos de investigación han demostrado que la interacción de factores biológicos sumados a factores psicosociales^{6,28} que se den en la embarazada son la causalidad de una complicación como: parto pretérmino, preeclampsia, bajo peso al nacer, retardo de crecimiento intrauterino, diabetes materna.

Es probable que la incidencia general este disminuyendo gracias a los programas de atención tendientes a la detección del parto prematuro, así como a la institucionalización de los servicios de alto riesgo y al trabajo integral del Grupo Obstétrico Pediátrico en las unidades de salud.

Se han realizado numerosos estudios en nuestro

país^{2,34,35,36,9,19,26,13} sobre Prematurez orientados a la búsqueda de los factores causales y se ve que los factores principalmente estudiados son los biológicos y no han dado importancia a factores críticos de tensión, bienestar social y psicológico de la embarazada.

De la revisión bibliográfica sobre Prematurez y su análisis, se decidió realizar en nuestra unidad operativa, la identificación de los factores biológicos, socioeconómicos, psicológicos y epidemiológicos en las gestantes de partos prematuros, además definir las características de la población de niños prematuros en el H.P.A.S. Determinar la frecuencia de estos factores Evaluar si la situación socio-económica tiene relación con la mayor cantidad de partos prematuros en la población gestante que acude al H.P.A.S.. Conocer si la ocupación o esfuerzo físico de la mujer gestante incurre en la terminación de la gestación antes de las 37 semanas. Definir los lineamientos para la organización de la Atención Materna y Perinatal con un enfoque de riesgo biopsicosocial para la detección oportuna de una madre en riesgo que causará la terminación del embarazo antes de la semana 37 de gestación.

Materiales y métodos

El trabajo se inscribe como un estudio prospectivo, descriptivo y correlacional. La población que se estudió correspondió al total de partos prematuros que se presentaron en la unidad Materno-Infantil del Hospital Pablo Arturo Suárez durante un año calendario, desde Marzo de 1998 a Febrero de 1999 con un total de 76 casos que correspondió al 5.2% del total de nacimientos durante ese mismo período.

Para la selección de los pacientes se revisó previamente el libro de partos del Centro Obstétrico del H.P.A.S. tomando las historias clínicas maternas y prenatales con diagnóstico de parto Pretérmino y se procedió a realizar el examen físico completo de todos esos recién nacidos con el objeto de verificar su diagnóstico.

Se establecieron varios criterios de exclusión para evitar tener un sesgo en la información; éstos fueron: Recién nacidos que al momento del examen somático de la historia clínica Perinatal base (CAAP-OPS/OMS) no correspondía a menos de 37 semanas de gestación, aunque la fecha de la última menstruación así lo indicaba y que al momento de realizar evaluación de EG de acuerdo a los signos de maduración neuromuscular y física de Ballard y col., tampoco correspondían a prematuros.

Pacientes que no colaboraron con las respuestas referentes a los factores psicológicos.

Cabe anotar que en el hospital en donde se realizó el estudio se desartan al momento de la evaluación obstétrica los posibles partos prematuros de tipo extremo; debido, a que dicha unidad no cuenta con el recurso humano necesario ni con la tecnología ade-

cuada (material dañado, falta de reactivos de laboratorio, insumos médicos insuficientes, etc).

Se realizó una entrevista con cada una de las madres de los recién nacidos pretérminos, aplicando una ficha (cuestionario) con preguntas abiertas y cerradas que se basó en datos de la historia clínica Perinatal base (CAAP-OPSIOMS) y de un modelo de investigación biopsicosocial aplicado en Medellín-Colombia y auspiciado por el Ministerio de Salud del mismo, en el año 1995. Esta entrevista se realizó en las 24 horas posteriores al parto²⁹.

Se debe mencionar que para considerar el riesgo psicosocial se elaboraron preguntas referentes a la tensión emocional, síntoma de humor depresivo, síntomas neurovegetativos y soporte familiar. Estos síntomas de ansiedad para ser considerados como factores de riesgo Perinatal debían ser consistentes en su presentación es decir: Presentarse casi todos los días y con una intensidad severa. La tensión emocional podía identificarse con la presencia de por lo menos dos de los siguientes indicadores: llanto fácil (llora sin que exista motivo). Si la respuesta era negativa no era necesario continuar, pero si era positiva se debía preguntar los demás síntomas como tensión muscular, sobresalto, temblor, cambios continuos de posición o incapacidad de relajarse.

El síntoma de humor depresivo (pérdida de interés en las actividades cotidianas, aislamiento) con la presencia de al menos dos de los siguientes indicadores: Insomnio, falta de interés, no disfruta de pasatiempos, depresión, variaciones de humor. Los síntomas neurovegetativos podían identificarse con la presencia de al menos dos de los siguientes indicadores: Transpiración excesiva, boca seca, acceso de rubor o palidez ante situaciones de angustia, cefalea de tensión.

Para considerar el soporte familiar como factor de riesgo materno perinatal la embarazada debía expresar que nunca estuvo satisfecha en la forma como ella y su familia compartieron al menos dos o tres de los siguientes indicadores: tiempo, espacio y dinero. La pregunta que se hizo a la embarazada fue ¿Está satisfecha por el apoyo y ayuda que recibió de su familia en este embarazo? Si la respuesta fue SI no era necesario explorar más. Si la respuesta era NO estaba satisfecha se exploraba en forma individual la satisfacción por el tiempo, el espacio y el dinero.

Para el análisis que es de tipo cuantitativo y cualitativo se usaron los programas SPSS, Excel y las variables agrupadas en factores biológicos (gemelación, toxemia, infecciones genitourinarias, placenta previa, hipertensión, sangrados durante el embarazo), epidemiológicos (pretérminos previos, mortinatos, abortos habituales, tabaquismo, falta de control prenatal), socioeconómicos (pobreza, adolescencia, edad avanzada, multiparidad, soltería, larga jornada laboral) y psicológicos (relación laboral, tensión emocional, humor depresivo, síntomas neurovegetativos, soporte fami-

liar) se estudiaron para encontrar cuales fueron más frecuentes.

Resultados

En un año calendario del estudio se registraron en el Centro Obstétrico del H. P.A.S. 1622 partos, de los cuales 76 historias clínicas maternas presentaron parto pretérmino. De estos 76 partos 8 correspondieron a embarazo gemelar teniendo un total de 84 recién nacidos prematuros para el estudio.

Presentaron parto cefálico vaginal 57 (75%), parto vaginal podálico 6 (8%) y por parto cesárea 13 (17%). A los recién nacidos prematuros se les clasifica por la edad gestacional. Se tuvo 61% de prematuros leves, 21% de prematuros moderados, 18% de prematuros extremos.

De un total de 84 prematuros, nacieron vivos 79 (94%), mortinatos 5 (6%), fallecieron 10 (12%). De los 15 pretérminos extremos, 7 (47%) de ellos mueren en las cuatro primeras horas de vida y los 3 durante la primera semana. De los 18 prematuros moderados solamente mueren 2 (12%) en la primera semana de vida, de los prematuros leves muere 1(2%) durante la segunda semana.

La distribución por sexo demostró un predominio masculino (65%) en los partos únicos, mientras que en los partos gemelares se prevaleció el femenino-femenino (7%), seguido por masculino-masculino (3%) y finalmente femenino-masculino (1%).

El Apgar que presentaron fue Normal en un 56%, Asfisia leve el 14 %, Asfisia moderada el 6%, Asfisia Grave el 4%, Apgar desconocido 14% (parto en domicilio), mortinatos el 6%.

La antropometría del grupo de estudio se presenta en las figuras 1,2 y 3.

Figura 1. Distribución de los prematuros según peso.

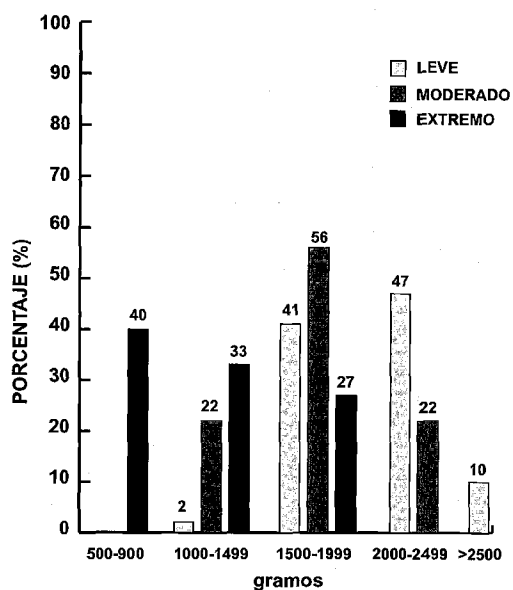


Figura 2. Distribución de los prematuros según talla.

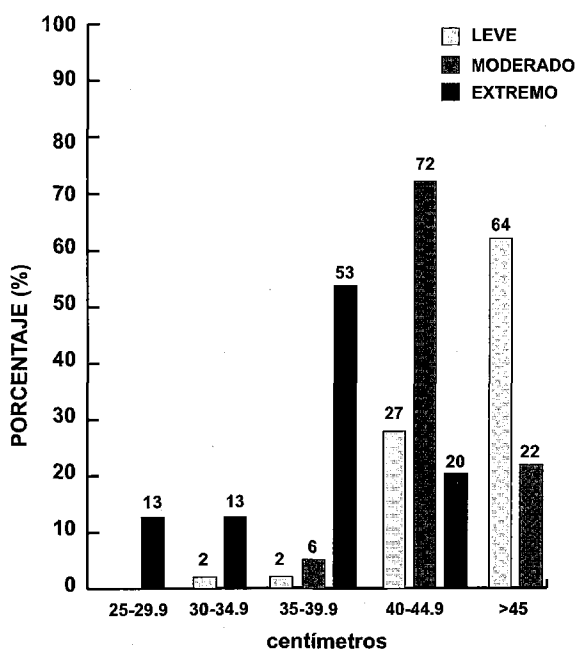
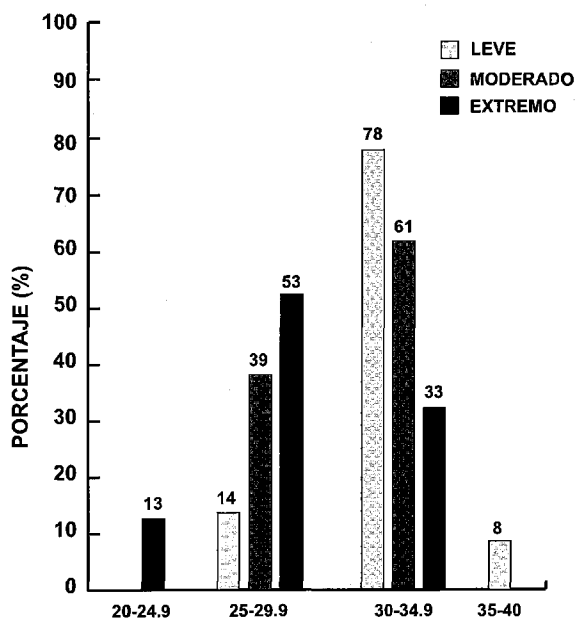


Figura 3. Distribución de los prematuros según perímetro cefálico



Dentro de las complicaciones que presentaron estos prematuros en orden de frecuencia está: retardo de crecimiento intrauterino (II), hiperbilirrubinemia multifactorial, síndrome de dificultad respiratorio (II), enfriamiento, asfixia inicial grave, policitemia, hipoglucemia, ictericia fisiológica, artritis séptica, flebitis, enterocolitis necrosante, infección intrauterina. No hu-

bo complicaciones en 39 prematuros (76%).

En lo referente a los resultados de los FACTORES BIOLÓGICOS como riesgo de prematuridad se encuentra que en la revisión de historias clínicas, 20 no presentaron ningún antecedente patológico del embarazo correspondiendo al 24%, en tanto en el restante 76% hubieron una o varias patologías, siendo las más frecuentes infección de vías urinarias, infección cérvico vaginal, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino. Las características placentarias fueron: El 87% la placenta fue normal, 4 casos (5%) hubo placenta previa y un caso de corioamnionitis.

En lo referente a los FACTORES SOCIOECONÓMICOS se realizaron tablas de los diferentes parámetros en relación con la prematuridad. La edad materna que más presentó parto prematuro fue de 20 a 35 años con el 57%, de 16 a 19 años con el 37%. En cuanto al estado civil de las madres: la Unión Libre corresponde un 43%; casadas el 33% y solteras el 21%. En lo que se refiere a paridad de estas madres se tiene: G1P1: 22 casos (29%); G2P2: 18 casos (24%); G3P3: 15 casos (20%); G4 P4: 10 casos (13%), G5 P5: 6 casos (8%), G6P6: 1 caso (1%).

Se elabora tablas para la evaluación socioeconómica tomando en cuenta los parámetros: ingreso familiar, grado de instrucción, tipo de ocupación, lugar de ubicación de la vivienda, número de habitaciones que tiene la vivienda, número de personas que comparten la vivienda, acceso a servicios básicos.

El ingreso familiar tomado encuentra con todos los montos de todos los miembros familiares que aportaron los resultados fueron: un ingreso menor a 500.000 sucres que corresponde a un 12%; 500.000 a 900.000 sucres que corresponde a un 39%; de 1.000.000 a 1.400.000 a un 26%; de 1.500.000 a 2.000.000 a un 16% y mayor a 2.100.000 a un 7%. En lo referente a la instrucción estas madres terminaron la primaria completa en un 38%; primaria incompleta en un 17%; secundaria completa en un 13%; secundaria incompleta en un 21%; superior completa en un 3%; superior incompleta en un 1%; analfabetismo en un 7%.

La ocupación de estas madres fue de un 7% como de trabajadoras en general (trabajos estables con dependencia estatal); el 12% obreras; el 5% trabajadoras agrícolas; 11% servicio doméstico; 43% QQDD (trabajo en casa) y 22% otros (trabajos ocasionales: limpieza, lavandería, vendedora ambulante, etc.).

Los resultados de vivienda fueron: propias el 26%; arrendada el 41%; cedida (dada por familiares, ó a cambio de trabajo) el 22%; otros (prestada momentáneamente, ó de visita) 11%.

Los resultados del número de habitaciones que dis-

ponían las viviendas fueron: de 1 a 3 habitaciones que corresponde al 37%, de 3 a 6 habitaciones el 59%, de 6 habitaciones en adelante el 4%.

Los resultados en lo referente al número de personas que compartían la vivienda fue hasta 3 personas el 30%, de 4 a 6 personas el 54%, de 7 a 10 personas el 16%.

Los resultados de los servicios básicos se refieren a completos e incompletos. Los completos (agua potable, energía eléctrica, alcantarillado) correspondieron al 59% y a incompletos el 41%.

Los resultados de la ubicación de la vivienda estuvieron situados en la parte urbana el 95% y en la parte suburbana el 5%.

Se realizó concentrados entre las variables: ingreso familiar, instrucción, ocupación, tipo de vivienda, número de habitaciones de la vivienda, número de personas que comparten la vivienda, servicios básicos, con el fin de obtener resultados sobre la pobreza del grupo en estudio.

En la valoración del trabajo que realizaron las madres durante la gestación se tomo en cuenta dos parámetros: 1.- número de horas de trabajo (mayor a 8 horas y menor a 8 horas); 2.- el esfuerzo físico (con la cualificación de Intenso Sí y No); este esfuerzo fue valorado en base a la posición en que la embarazada adoptaba el mayor tiempo en su trabajo (de pie, sentada, caminando, subiendo escaleras, trabajo agrícola, lavar, planchar, limpieza etc.). El 58% de madres trabajaron menos de 8 horas y el 42% mayor de 8 horas y el esfuerzo físico fue intenso en el 53% , y no intenso en el 47%.

Los resultados de los FACTORES PSICOLOGICOS se agrupo tomando en consideración: 1.- Relación laboral de la embarazada; 2.- Características del estrés de la embarazada (tensión emocional, humor depresivo, síntomas neurovegetativos); 3.- El apoyo recibido durante la gestación (tiempo que le dedican, espacio que comparten, dinero), indicamos en las tablas 1,2 y 3.

Tabla 1. Relación laboral materna.

	PREMATURO		
	LEVE	MODERADO	EXTREMO
No trabajan	50% (24)	46.7% (7)	62% (8)
Relación buena	27% (13)	46.7% (7)	23% (3)
Relación regular	23% (11)	6.67% (1)	15% (2)
Total	100% (48)	100% (15)	100% (13)

Tabla 2. Factores psicológicos asociados con la prematuridad

	PREMATURO		
	LEVE	MODERADO	EXTREMO
TENSION EMOCIONAL			
• AUSENTE	54% (26)	8 (53%)	3 (23%)
• INTENSO	46% (22)	7 (47%)	10 (77%)
HUMOR DEPRESIVO			
• AUSENTE	58% (28)	47% (7)	3 (23%)
• INTENSO	42% (20)	53% (8)	10 (77%)
S. NEUROVEGETATIVO			
• AUSENTE	46% (22)	53% (8)	23% (3)
• INTENSO	54% (26)	47%(7)	77% (10)

Tabla 3. Soporte familiar y la prematuridad.

	PREMATURO		
	LEVE	MODERADO	EXTREMO
TIEMPO QUE DEDICAN			
• A VECES	83% (19)	75% (6)	83% (5)
• NUNCA	17% (4)	25% (2)	17% (1)
ESPACIO QUE COMPARTEN			
• A VECES	83% (30)	78% (7)	50% (4)
• NUNCA	17% (6)	22% (2)	50% (4)
DINERO			
• A VECES	63% (17)	625% (5)	40% (2)
• NUNCA	37% (10)	375% (3)	60% (3)

Los FACTORES EPIDEMIOLOGICOS referentes al estudio se encontraron: en 8 casos (11%) hubo el antecedente de un neonato pretérmino; en un solo caso hubo el antecedente de dos pretérminos anteriores. En 9 casos se encontró un mortinato anterior. En lo referente a abortos anteriores se encontró 16 casos (21%) que tuvieron un solo aborto y en un solo caso se encontró tres abortos anteriores.

En cuanto a los hábitos de las embarazadas una sola madre tenía el hábito de fumar, 17 madres presentan hábitos medicamentosos (multivitaminas prenatales), en 77% de los casos no presentaban ningún hábito.

En lo referente a control prenatal: los controles prenatales adecuados correspondieron al 43% y los inadecuados (menos de cuatro controles) fueron del 57%.

Discusión

En el mundo la incidencia de parto prematuro es aproximadamente de un 10 % de los embarazos, por lo tanto todas las mujeres embarazadas podrían potencialmente culminar en un parto prematuro. Esta cifra es corroborada con la realización de nuestro estudio

durante el período de Marzo de 1998 a Febrero de 1999, en el Hospital Pablo Arturo Suárez donde se produjeron el 5.2 % de partos pretérminos de todos los nacimientos de ese año; cifra comparable con lo dicho y con estudios realizados por otras instituciones de Salud de la ciudad de Quito.^{2,34,9,19}

A los prematuros se los clasifico con la nomenclatura que en la actualidad son presentados por las literaturas médicas, para poder individualizar y conocer las características de cada grupo de prematuros. Concluimos que el grupo de prematuros leves fue mayor en nuestra unidad hospitalaria por el hecho de que al momento del ingreso en Emergencia Obstétrica son transferidos los embarazos de alto riesgo por limitaciones físicas y de personal que tiene la unidad. Estas limitaciones se evidencia en el resultado significativo de muertes de prematuros extremos (70%) en las 4 primeras horas de nacimiento y durante la primera semana de vida.

La Antropometría de los prematuros del estudio es equiparable a las encontradas en los estudios realizados por otras instituciones^{34,12,36,14,37}.

Presentaron alto porcentaje de complicaciones, pero hay que destacar que el grupo de prematuros leves fue el que menor complicaciones presento; esto ayuda a comprobar que mientras más edad gestacional tenga un neonato es más maduro biológicamente y por ende es menos predispuesto a tener complicaciones. El parto prematuro es un fenómeno cuyo origen es multifactorial, la revisión de las historias clínicas de las madres, de las historias perinatales, la entrevista a las madres nos facilito llegar a los múltiples factores que puede darse en la embarazada para que culmine en un parto pretérmino, podemos comprobar con este estudio que es una sumaria de circunstancias que nuestras madres presentaron para terminar con su embarazo sin que su feto llegue a la madurez.

como: infección de vías urinarias, infección cervico vaginal, ruptura prematura de membranas. Y son las infecciones que desencadenan la fisiopatología del parto prematuro. Estos factores son de difícil detección por parte de la madre ya que en muchos casos son asintomáticos y si a esto se acompaña un control prenatal inadecuado el diagnóstico es tardío.

Los factores de tipo vascular no sobresalió en nuestro estudio, la normalidad placentaria fue en su mayoría. No existe normativos rígidos para la valoración y establecimiento de la situación socio económica familiar; la revisión bibliográfica nos permitió la elaboración de una encuesta que nos lleva a concluir que la población de madres que llegan al H.P.A.S. son eminentemente de clase social media baja a pobre; la búsqueda de factores de riesgo Biopsicosociales en estas madres nos lleva a concluir que existe una alta vulnerabilidad para que su embarazo termine prematuramente.

El cruce de las diferentes variables propuestas nos han dado como resultados que los factores socioeconómicos deficientes son los que acompañan al

parto prematuro con mayor frecuencia que cualquier otro factor clínico, las estadísticas nacionales sobre éste ítem son altas y en nuestro estudio así se evidencia al igual que en otros trabajos reportados.^{9,10} Más aún que en este momento la situación socioeconómica política de nuestro país era inestable, por la búsqueda de solucionar el problema fronterizo, lo que evidencia las cifras reportadas del trabajo.

En nuestro país, uno de cada diez hogares tiene vivienda, el 69% con servicios básicos deficitarios y sólo el 31% condiciones aceptables; sólo tres de cada diez hogares disponen de vivienda propia. En cuanto a ingresos económicos 55 de cada 100 hogares tiene ingresos bajos (según el Centro de Investigaciones Ciudad de Quito) lo que obliga a que las madres participen de la fuerza laboral, dejando una brecha enorme entre la situación real a la deseada de macro-ambiente ideal de las embarazadas.

Hay evidencia de un predominio de prematuros en madres que presentan un nivel de instrucción bajo²⁰, igualmente otros autores encuentran una mayor frecuencia de prematurez en madres con instrucción primaria o ninguna¹¹ equiparable con nuestro estudio. En los últimos 20 años se ha presentado un gran crecimiento en el conocimiento de los factores de riesgo que influyen negativamente en el resultado Perinatal, incluyendo los factores de riesgo psicosociales. Estos estudios han visto la relación crítica entre eventos de estrés social, ansiedad y el parto prematuro²⁷, entre actitudes negativas hacia el embarazo y altas tasas de mortalidad perinatal, incluyendo hemorragias e infecciones.

Si bien al inicio se consideraban por separado el riesgo biomédico y psicosocial, en una investigación de 1984 describen como la interacción entre el estrés familiar y el riesgo biomédico, aumentaba en conjunto la incidencia de complicaciones del parto y postparto, demostrando como el enfoque de riesgo biopsicosocial es un mejor predictor comparado con la evaluación independiente de los riesgos biológicos o psicosociales; y en nuestros resultados nos dan cuenta que es así.

Estudios epidemiológicos realizados en el país reportan que el 40% de madres de prematuros tenían antecedentes de uno o más abortos y el nuestro nos da un resultado similar. El tabaquismo en nuestra investigación no es representativo debido al nivel sociocultural de nuestras madres. El antecedente de un mortinato o parto pretérmino es factor de incidencia en la presentación de un parto prematuro en la embarazada del H.P.A.S encontramos que este parámetro es semejante al de otras publicaciones.

El primer paso en la prevención de la Prematurez es la identificación de las madres con riesgo de desencadenarlo y aquello solamente puede realizarse a través de un adecuado control prenatal; y si hablamos de que deben realizarse por lo menos cuatro controles prenatales para que sea adecuado, la mayoría de nuestra madres no tienen controles adecua-

dos esto es un agravante más para la frecuencia de prematuridad.

Conclusiones

La frecuencia de prematuridad en el estudio prospectivo realizado en el H.P.A.S. es de 5,2 %.

Según la edad gestacional los prematuros leves fueron en mayor número.

La antropometría de los prematuros estudiados se encuentra dentro de parámetros normales, con escaso número de peso bajo al nacimiento y con predominio de retardo de crecimiento intrauterino asimétrico.

Las complicaciones más frecuentes fueron: RCIU tipo II, hiperbilirrubinemia multifactorial, síndrome de dificultad respiratoria tipo II y tipo I.

Según grupos de edad las más frecuentes en presentar parto prematuro se encuentran entre 20 a 35 y 16 a 19 años.

Hay mayor frecuencia de prematuridad en madres que conviven en unión libre y en las solteras.

La multiparidad como factor causante no fue significativo.

La clase social media baja, de familias numerosas con viviendas de servicios básicos deficitarios, nivel de instrucción incompleto, ingreso mínimo en relación al sueldo básico; son las que influyen en la frecuencia de Prematuridad del H.P.A.S.

El esfuerzo físico y las horas de trabajo no fueron los indicadores para el desencadenamiento del parto pretérmino en el H.P.A.S. En el 76% de los casos se evidencia que los factores biomédicos tienen incidencia en la prematuridad.

Si bien se observa que la mayoría tenía riesgos biomédicos también se observó que los riesgos psicosociales se encontraron en un 50% aproximadamente. La conclusión principal es que siempre van paralelos los factores biológicos y los psicosociológicos como causantes de prematuridad en la población del H.P.A.S

Recomendaciones

Sugerimos a los proveedores de Salud Pública que necesitan ser sensibles a las necesidades particulares de las familias de bajo ingreso con el fin de mejorar su calidad de vida y el acceso a servicios de salud. Asegurar la disponibilidad del control prenatal en el cuidado de la madre del H.P.A.S, e identificar los riesgos de parto prematuro para intervenir en ellos. Concienciar a las madres sobre la necesidad de mantener un equilibrio emocional y un macro ambiente apropiado durante su periodo gestacional para el bienestar conjunto de la madre e hijo.

Promover más estudios para disminuir la incidencia de Prematuridad y sus consecuencias en nuestro país.

Bibliografía

1. Cover J, García J: Fundamentos de Pediatría. Medellín Colombia, Ediciones Rojo, 1994; TI: 379-81.
2. Espín H, Arias A, Pizarro A: Morbilidad y Mortalidad Perinatal Intrahospitalaria-Crecimiento de Niños de 2000

gr. o menos de peso al nacer en el primer año de vida. De. Néstlé Maternidad "Isidro Ayora" Quito- Ecuador, 1996; 18-49.

3. Correa JA: Fundamentos de Pediatría Tomo I Generalidades y Neonatología. Medellín-Colombia, Corporación para Investigaciones Biológicas, 1994; 300-10.
4. Venturafañuncá P: Prematuridad y Bajo Peso de Nacimiento. <http://escuela.med.puc.cl/publicaciones/ManualPed/RNPPremat.html>.
5. Laham N, Brennecke S, Brendtzen K et al: Differential release of interleukin $\alpha 6$ from human gestational tissues in association with labour and in vitro endotoxin treatment. *J Endocrinol* 1996; 149(3): 431-43.
6. Herrera J, Cáceres D, García B: Aplicación de un Modelo Biopsicosocial para la reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal en Colombia. Facultad de Salud, Cali-Colombia Universidad del Valle 1997; 6-55
7. Parto Prematuro. <http://www.partoprematuro.cl>.
8. Pujol N, Prats J: Manual de Neonatología. Madrid-Barcelona, Ediciones Mosby, 1996; 55-9.
9. Calle A: Incidencia del parto prematuro en el H.I.A. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador 1986; 11:179-84.
10. Klaus M, Fanaroff A: Asistencia del Recién Nacido de Alto Riesgo. Editorial Médica Panamericana Buenos Aires, 1987; 305-15.
11. Koupilova I, Rahu K, Rahu M et al: Social determinants of birthweight and length of gestation in Estonia during the transition to democracy. *Int J Epidemiol* 2000; 29 (1): 118-24.
12. Rodríguez E: Influencia de los factores biológicos en la prematuridad. *Toko Gineco* 1976; 304(1): 22-31.
13. Narvaez F: Prematuridad: Causas e Incidencia en el Hospital Regional Docente "Isidro Ayora" de Loja. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Loja 1985; 11.
14. Lara A: Prevención del Parto Prematuro. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. 1985; 11: 174-85.
15. Ancel PY, Saurel-Cubizolles MJ, Renzo D et al: Very and moderate preterm births: are the risk factors different? *J Obstet Gynaecol* 1999; 106 (11): 1162-70.
16. Byrkit G, Kekker J, Alpert J: Is a previous cesarean delivery a risk factor for subsequent preterm delivery? *Obstet Gynecol* 2000; 95 (4 Suppl 1):S66.
17. Lugones Botell M, De Córdova M, Quintana T: Análisis del peso bajo en la Atención Primaria. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 1995; 14: 71-7.
18. March Ch: Prevención de la Prematuridad. *Clínica de Perinatología*. Interamericana. Philadelphia. 1992; 2: 29-37.
19. Espín V H: El Niño Prematuro. En alto riesgo obstétrico. Departamento de publicaciones de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. Quito 1988; 291-300.
20. Burgoyne W: Prevention of low Birth weight in Canada. 2nd Edition; Prepared for the Best Start Resource Centre OPC, Ontario 1998. <http://www.opc.on.ca/beststart/lbw/lbwChap2b.html>.
21. Youngblut JM, Madigan EA, Neff D F et al: Eplymet patterns and timing of birth in women with high-risk pregnancies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2000; 29(2): 137-44.
22. Prudencia C M, Constanza I, Siobán D et al: Condicio-

- nes de trabajo materno y bajo peso al nacer en la Ciudad de México. *Salud Pública Mex* 1997; 39: 2-10.
23. Tuntiseranee P, Geater A, Chongsuvivatwong V, et al: The effect of heavy maternal workload on fetal growth retardation and preterm delivery. A study among southern Thai women. *J Occup Environ Med* 1998; 40(11): 1013-21.
 24. Diallo F B, Dialio M S, Sylla M et al: Premature delivery: epidemiology, etiologic factors, prevention strategies. *Dakar Med.* 1998; 43(1): 70-3.
 25. Shah L P, Meier E: Are short women with multiple gestation at risk for preterm labor?. *Obstet Gynecol.* 2000; 95 (4 Suppl 1):S71.
 26. Gil R, Dirren H, Casares F: et al: Características generales del Parto en Madres de Barrios Suburbanos del Norte de Quito. *Nestlé* 1999; 5: 33-50.
 27. March of Dimes Birth Defects Foundation.: El estrés Durante el Embarazo. <http://www.modimes.org/healthLibrary2/factSheets/Spanish/1997>.
 28. Smilklein G, Helsper-Lucas A, Ashworth C et al: Predictions of Pregnancy complications: an application of the biopsichosocial model. *Soc Sci Med* 1984; 315-21.
 29. Herrera J A, Caceres D, Hurtado H: Aplicación de un modelo Biopsicosocial en la prediccion de complicaciones Perinatales. *Med. Fam.* 1994; 6: 42-46.
 30. Herrera J A, Salmerón B, Hurtado H et al : The prenatal Biopsychosocial risk and low Birth - Weight. *Soc Sic Med.* 1997; 44 (8): 1107-1114.
 31. Ramírez Días V, Sánchez Texido C, Silva Leal N: Factores Psicosociales en el bajo peso al nacer. *Rev Cubana Obste Ginecol.* 1990; 16 (2): 216-25.
 32. Bennedsen, BE: Adverse pregnancy outcome in schizophrenic women: occurrence and risk factors. *Schiophr Res.* 1998; 33(1-2): 1-26.
 33. March of Dimes Birth Defects Foundation.: El bajo peso al Nacer. <http://www.modimes.org/healthLibrary2/factSheets/Spanish/1997>.
 34. Ordoñez G, Centeno E, Bossano R et al: Fundamentos Científicos y Sociales de la Práctica Pediátrica. Libro II. Hospital Vozandes de Quito, Codigraf, 1997; 296-300.
 35. Estrella L, Guijarro S, Pizarro J et al: Situación Socio Económica materna y crecimiento fetal. Crecimiento intrauterino en Quito Variables sociales y biológicas. Facultad de Ciencias Médicas CONACYT. Quito 1984; 159-66.
 36. Váscones F y colab.: Crecimiento Intrauterino en Quito. Variables sociales y biológicas. Facultad de Ciencias Médicas. CONACYT Quito 1984; 17-24.
 37. Yanéz, MF.; Perfiles Epidemiológicos de la Madre de R. N. prematuro en el H. Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Post - Grado de Pediatría Universidad Central del Ecuador Facultad de Ciencias Médicas. Quito, Jul. 1996.