

11226
1
58

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

CLINICA " DR. SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL "
DURANGO, DGO.

**"FACTORES DE RIESGO QUE CONDICIONAN
PREMATUREZ EN EL PRODUCTO"**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:



ISSSTE

DR. HÉCTOR OLVERA LEYVA

**I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL GENERAL "C"
Jefatura de Enseñanza
& Investigación
DURANGO, DGO**

DURANGO, DGO.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1997.

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

FACTORES DE RIESGO DE LA MADRE QUE CONDICIONAN PREMATUREZ EN EL PRODUCTO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. HÉCTOR OLVERA LEYVA

AUTORIZACIONES

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo académico.

NOMBRE: Héctor Olvera

FECHA: 15-04-03

FIRMA: [Firma]

P.A. Dra. Diana Paulina

DRA. MARÍA DEL CARMEN DE LA ROSA DOMÍNGUEZ
 PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
 EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
 DURANGO, DGO.

DRA. SUSANA VAZQUEZ SIMENTAL
 ASESOR DE TESIS
 DURANGO, DGO.

DR. MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
 PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
 FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
 ASESOR DE TESIS

DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA
 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE RECURSOS
 HUMANOS PARA LA SALUD
 COORDINACIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS Y DESARROLLO EDUCATIVO
 I.S.S.S.T.E.

DURANGO, DGO.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

1997
2003

**FACTORES DE RIESGO DE LA MADRE QUE CONDICIONAN
PREMATUREZ EN EL PRODUCTO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. HÉCTOR OLVERA LEYVA

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADESCO.-

A DIOS...

A mi esposa María del carmen, a mis hijos: Héctor Alejandro, Sandra, Luis Fernando, Carmelita y mis nietos: Pamela, Alán, Paola, con amor , por todo el apoyo que me brindaron en la realización de esta tesis.

A la Dra. Susana Vázquez Simental, por mi asesoría en esta tesis, así como a la Dra. Ma. de carmen de la Rosa Domínguez, profesor titular del curso de especialización de medicina familiar, por todo el apoyo y paciencia para poder terminar esta trabajo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE GENERAL

1.- TÍTULO.....	1
2.- ÍNDICE GENERAL.....	4
3.- MARCO TEÓRICO.....	5
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
5.- JUSTIFICACIÓN.....	17
6.- OBJETIVOS.....	18
7.- METODOLOGÍA.....	20
8.- RESULTADOS.....	32
9.- DISC. DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS..	54
10.- CONCLUSIONES.....	57
11.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
12.- ANEXOS.....	64

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MARCO TEÓRICO:

Algunos autores como Bacci y col, han demostrado aproximadamente que el 50% de las pacientes embarazadas reciben sólo dos consultas prenatales y el riesgo de tener un producto prematuro aumenta cuatro veces más. Por lo que en este estudio se encontró que el 48.7% de las mujeres que acudieron a control prenatal menos de cuatro veces presentaron parto prematuro, mientras que sólo el 30% de las mujeres que acudieron cuatro veces o más a control prenatal presentaron producto prematuro. (1)

Los autores Avila-Rosas y Col., Encuentran que otro de los factores de riesgo se le debe relacionar con el nivel socioeconómico y se ha encontrado que en mujeres que se encuentran en la calificación más baja en cuanto a características de la vivienda se refiere, el porcentaje de productos prematuros es de 20% y tomando como indicador el ingreso económico del padre de familia el porcentaje aumenta en un 35% comparativamente con aquellas madres que pertenecen a un nivel socio-económico muy alto. (2)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Autores como Bacci y Col., Jiménez RA y Col. En estudios recientes acerca del embarazo en adolescentes (edad menor de los 18 años), han demostrado que el 38.1 % son madres solteras. En este estudio se encontró que el 34% de los casos de prematuros corresponde a mujeres casadas, mientras que un 30.2% corresponde a mujeres solteras. Es conveniente subrayar el hecho de que el estudio se realizó en una institución de Seguridad Social, en donde el mayor porcentaje de mujeres embarazadas son esposas del trabajador asegurado. (1) (3)

Valdez TA y Col., Cnattingius S. y Col., Milner M. y Col. Encuentran que la relación existente entre edad materna y riesgo reproductivo ha sido estudiada ampliamente y se ha observado que también en mujeres que se embarazan por arriba de los 35 años tienen un riesgo más elevado de tener un producto prematuro, por lo que se ha llegado a aseverar que a medida que la edad materna aumenta, aumenta también el riesgo de presentar un producto prematuro. (4) (5) (6)

Klebanoff MA. Encontró que las mujeres con un intervalo intergestacional corto y definido como el espacio que existe entre la terminación del primer embarazo hacia el primer día de la fecha de la última menstruación del siguiente embarazo y se ha observado que las mujeres con un intervalo intergestacional corto tienen un riesgo más elevado razón de momios (OR =1.14), de tener un producto prematuro, que las mujeres con un intervalo intergestacional de 15 a 17 meses (OR 0.6). (7)

Mc. Laughlin F J. y col., Kestier E: y col. Encontraron que la frecuencia de productos prematuros es mayor en madres cuyas ganancias ponderales durante el embarazo son menores a 200 gr/semana. (8) (9)

Manchiga GM. y col., Panduro BI y col. Encuentran que en mujeres menores de 18 años embarazadas se encuentra una prevalencia de prematuridad de 8/100 en comparación con el grupo de 20 a 30 años. (10)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los recién nacidos se clasifican en: Prematuros, a término y Postmaduros, esto permite anticipar los problemas clínicos, ya que el grado de maduración de los órganos está determinado principalmente por la edad gestacional. El recién nacido prematuro se define como: Cualquier niño que nace antes de la 37ava semana de gestación y cuyo peso se encuentre entre 1000 a 2500gr. (11)

El crecimiento intrauterino del feto y sus anomalías constituyen aspectos de enorme interés en la obstetricia actual porque el peso neonatal constituye el indicador más importante de la mortalidad neonatal e inclusive la perinatal, por lo tanto la edad gestacional es un factor predictivo importante de la sobrevivencia neonatal ya que la cifras de mortalidad en recién nacidos con un peso menor a 2500 gr. y con una edad menor a las 37 semanas de gestación alcanzan una tasa de 80/100. (12)

En los Estados Unidos de América, el parto pretérmino y el niño prematuro ha sido considerado como el número uno de los problemas perinatales y neonatales, por lo que la década pasada el avance científico y tecnológico a permitido que las cifras de sobrevivencia perinatal aumenten, sin embargo también señalan que paralelamente el costo económico y psicológico de una atención.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En contraste con lo anterior se calcula que mundialmente nacen 21 millones de niños con bajo peso al nacer y de ellos 20 millones nacen en países no industrializados por lo que constituye un grave problema de salud pública, el cual se agrava debido a las condiciones socioeconómicas, culturales y sanitarias que prevalecen en dichos países, particularmente en México.

Numerosos estudios han demostrado la asociación entre factores de riesgo y la prematurez del producto, por lo que es importante definir riesgo y factor de riesgo.

RIESGO: Significa la mayor probabilidad de padecer un daño.

FACTOR DE RIESGO: Es la característica o atributo cuya presencia se asocia con un aumento de la probabilidad de padecer el daño y que además cumple con los siguientes requisitos:

≈ Posee valor predictivo con respecto al evento que se desea estudiar. (bajo peso al nacer/prematurez).

≈ Sin ser el fenómeno lo representa.

≈ Es susceptible de expresión numérica.

≈ Representa una asociación causal más que estadística.

≈ Tiene una relación directa con el evento a estudiar y en la medida posible es susceptible de modificación. En la asociación de un factor de riesgo con un evento determinado es importante también el concepto de riesgo relativo; es decir el exceso de riesgo para un daño en las persona expuestas al factor comparadas con el de las que no lo están, así mismo el concepto de riesgo atribuible, es decir el porcentaje de la incidencia del daño que se reducirá con el grupo expuesto al factor si éste fuera neutralizado.

(13)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Diversos estudios han proporcionado evidencias de que la frecuencia de prematuridad se encuentra en el intervalo del 4% al 20% influyendo en la variabilidad diversos factores de riesgo principalmente de la madre, que son entre otros : peso materno previo al embarazo de menos de 50 kg. edad menor a los 18 años o mayor de los 35 años, nivel socio-económico bajo, deficiente o nula atención prenatal, periodo intergestacional corto, tabaquismo y estado de soltería de la madre. (12)

A nivel local existe el diagnóstico de salud de la clínica ISSSTE de la ciudad de Durango, sin embargo no existen estudios que asocien factores de riesgo de la madre con la presencia de la prematuridad en el producto. (14)

En México estudios recientes acerca del embarazo en adolescentes (edad menor a los 18 años), han demostrado que el 31.8% son madres solteras y aproximadamente el 50% reciben sólo dos consultas prenatales; en cuanto a los neonatales se encuentra una prevalencia de prematuridad de 8/1 00 y al realizar comparaciones con el grupo de control de mujeres de 20 a 30 años de edad se encontró que entre las adolescentes embarazadas existe mayor frecuencia de madres solteras, que acuden poco o no acuden a recibir atención médica prenatal y que la frecuencia de productos prematuros es mayor. Aunado a la edad materna la influencia de factores socioeconómicos es importante, ya que en madres adolescentes una gran porción viven en zonas suburbanas y con deficientes servicios públicos, además la frecuencia de productos prematuros en este grupo es 5% mayor que en las madres de 20 años o más y que no viven en zonas suburbanas. (3) (15)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En un estudio realizado en el hospital civil de la ciudad Nezahualcoyotl en el periodo de 1980 a 1984, encontraron que en el embarazo en adolescentes se presenta en el 4.7% aproximadamente, el 55% eran madres solteras y aproximadamente el 65% no recibió ningún tipo de atención médica prenatal, el porcentaje de productos prematuros fue del 21 % sin embargo también se menciona que no solo es la edad temprana un factor en si mismo y se le debe relacionar con el nivel socioeconómico y se ha encontrado que en mujeres que se encuentran en la calificación más baja en cuanto a características de la vivienda se refiere, el porcentaje de productos prematuros es de 20% y en caso de nivel socioeconómico es muy bajo, tomando como indicador el ingreso económico del padre de familia, el porcentaje aumenta en un 35% comparativamente con aquellas madres que pertenecen a un nivel más alto, cuya frecuencia se encuentra entre el 4% además encontraron que en aquellas madres que acudían a atención prenatal, la frecuencia de productos prematuros fue del 6% en comparación con aquellas madres que no acudían a control prenatal. En quienes el porcentaje se elevó hasta un 50%. (16) (17).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En países como Israel y Francia recientemente se ha estudiado la asociación entre el nivel socioeconómico bajo de las madres con la prematuridad en el producto y han encontrado que las mujeres que viven en condiciones de extrema pobreza tiene frecuencia elevada de productos prematuros.(18) (19)

La relación existente entre edad materna y riesgo reproductivo ha sido estudiada ampliamente y se ha observado que también en mujeres que se embarazan por arriba de los 35 años tienen un riesgo más elevado de tener un producto prematuro, por lo que se ha llegado a aseverar que a la medida que la edad materna aumenta, aumenta también el riesgo de presentar un producto prematuro. (4) (5) (6)

Otro factor de riesgo importante en la asociación con la frecuencia de productos prematuros lo constituye el espacio intergestacional corto y definido como: el espacio que existe entre la terminación de; primer embarazo, hacia el primer día de la fecha de la última menstruación de; siguiente embarazo y se ha observado que las mujeres con un intervalo intergestacional corto, tienen un riesgo más elevado OR 1.14 de tener un producto prematuro que las mujeres con un intervalo intergestacional de 15 a 17 meses (OR 0.6) (7).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En varias investigaciones se ha estudiado la importancia que tiene el control prenatal inadecuado como un factor de riesgo que condiciona prematurez en el producto, ya que aun ajustando algunas variables confusoras presentes en las mujeres como: soltería de la madre, bajo nivel de escolaridad, tabaquismo de la madre e historia previa de productos prematuros, se encontró que el riesgo relativo para aquellas madres que tuvieron un control prenatal inadecuado, aumentó en un 2.65 también se ha estudiado el efecto del control prenatal en grupos de madres cautivas (prisioneras) y que comparten importantes factores de riesgo como: historia de adicción a drogas, tabaquismo intenso, estado nutricional deficiente, procesos infecciosos frecuentes, se ha observado que en aquellas madres que tuvieron acceso a control prenatal adecuado, la frecuencia de productos prematuros fue del 35, en tanto que en aquellas madres que no aceptaron el control prenatal o quienes lo hicieron en forma tardía (finales del tercer trimestre), la frecuencia de productos fue del 20%. (20) (21).

También se han realizado estudios experimentales con la finalidad de probar la eficacia que tiene sobre el peso al nacer, el someter a las mujeres a un cuidado de atención prenatal integral (se trata de un equipo formado por: médico, trabajo social, nutriólogos y psicólogos), comparativamente con madres sometidas al cuidado prenatal tradicional (solo el médico) y sin encontrar en sus resultados diferencias estadísticamente significativas, ya que la frecuencia de productos en el primer grupo fue del 10% y de 9% para el segundo grupo. (8)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por otro lado también se ha considerado el tabaquismo como factor de riesgo que condiciona prematurez en el producto y se ha observado que en madres que fuman más de 10 cigarrillos al día durante la gestación, la frecuencia de productos prematuros aumenta, así como una diferencia de más de 500 gr. de peso de producto, en madres que han sido fumadoras es del 11 %, en comparación con las madres no fumadoras, cuya frecuencia es de 6.5%. (22) (23).

Existen algunos estudios que contemplan la mayoría de las variables de las madres, asociadas como factor de riesgo a la prematurez del producto y han encontrado que:

En aquellas madres que tuvieron intervalos gestacionales cortos el riesgo aumenta tres veces más.

Un factor significativo lo es el control prenatal inadecuado y la no asistencia a control prenatal 6 acudir tardíamente al mismo, aumenta cuatro veces más el riesgo de presentar un producto prematuro.

La frecuencia de productos prematuros es mayor en madres cuyas ganancias ponderales durante el embarazo son menores a 200 gr./ semana. (20)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La edad de la madre también es considerada como un factor de riesgo, ya que la incidencia de productos prematuros aumenta en mujeres con edades menores a los 18 años y mayores de 35. (6)

La frecuencia de productos prematuros aumenta en mujeres de talla menor a 151 cms. y con un peso de 50 kg. ó menos.

De factores importantes además calcular es riesgo atribuible en la asociación de factores de riesgo de las madres que condicionan prematuridad en el producto, ya que esto significa que en la medida en que se elimina de la población el factor de riesgo correspondiente se puede reducir la variable de bajo peso al nacer. (24) (9).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Diversos estudios han proporcionado evidencias de que la frecuencia de prematuridad se encuentra en el intervalo del 4% al 20%, influyendo en la variabilidad diversos factores de riesgo, principalmente de la madre que son entre otros: peso materno previo al embarazo de menos de 50Kg., edad menor a los 18 años o mayor de los 35 años, nivel socioeconómico bajo, deficiente o nula atención prenatal, periodo intergestacional corto, tabaquismo y estado de soltería de la madre.

Una atención especializada a largo plazo de los eventos que acompañan a la condición de prematuridad es demasiado alto.

A nivel local existe el diagnóstico de salud de la clínica ISSSTE de la ciudad de Durango, sin embargo no existe estudios que asocien factores de riesgo de la madre con la presencia de la prematuridad en el producto.

¿Cuales son los factores de riesgo detectados en la mujer embarazada en la clínica Santiago Ramón y Cajal de Medicina Familiar del ISSSTE de Durango?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACION:

En México el recién nacido prematuro constituye un grave problema de salud ya que la mortalidad es mayor en éste grupo de neonatos y además las condiciones sanitarias, socioeconómicas y culturales que prevalecen en la mayor parte de la República Mexicana representan factores de riesgo de la madre asociados con la prematurez del producto.

Al parecer resulta obvio que factores como: intervalo intergestacional corto (menor a 18 meses), el pertenecer a un nivel socioeconómico bajo o vivir en zonas suburbanas, tener una edad menor a los 18 años o mayor a los 35 años, al momento de embarazarse, al acudir tardíamente a un control prenatal o el no acudir, representan factores de riesgo asociados con la prematurez del producto, sin embargo a nivel local sólo existen reportes acerca de la prevalencia de productos prematuros, por lo que es necesario desarrollar y fomentar estudios de investigación que coadyuven a esclarecer los factores de riesgo de la madre asociados con la prematurez del producto, ya que ésto permitirá clasificar a las embarazadas en grupos de bajo y de alto riesgo y en consecuencia dirigir los esfuerzos a las embarazadas de alto riesgo y de ésta manera lograr un impacto en la sobrevivencia neonatal y perinatal por éste en la mortalidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS:

A) GENERALES.

Identificar los factores de riesgo de la madre que condicionan prematuridad en el producto para proporcionar una mejor atención prenatal y disminuir la morbilidad y mortalidad neonatal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B) ESPECIFICOS.

- ≈ Determinar la asociación causal de las variables epidemiológicas asociadas con la prematurez del producto.
- ≈ Establecer los parámetros para definir grupos de alto riesgo asociados con la prematurez del producto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

METODOLOGÍA :

El estudio se realizó en mujeres de 15 a 44 años de edad que acudieron para la atención de su parto en la clínica "Dr. Santiago Ramón y Cajal" del ISSSTE, de la ciudad de Durango.

La clínica ISSSTE en Durango, ofrece atención de segundo nivel a una población de 173,126 derechohabientes con un área de influencia urbana que comprende aproximadamente el 17 % de los habitantes de la ciudad de Durango; cuenta con un servicio de Labor ó sala de expulsión, que en el año de 1996 atendió 1416 partos, 940 eutócicos, 143 distócicos, y 330 cesáreas, y fueron diagnosticados 240 como productos prematuros.

DISEÑO:

Se trata de un estudio, transversal, prospectivo, observacional, comparativo de casos y controles incidentes.

GRUPOS DE ESTUDIO:

Se estudiaron los antecedentes de las mujeres de 15 a 44 años de edad, derechohabientes del ISSSTE delegación Durango y que fueron atendidas y acudieron para la atención de su parto en el servicio de Labor de la clínica hospital "Dr. Santiago Ramón y Cajal" en el período de Mayo a Diciembre de 1996, en quienes se investigaron los antecedentes y definiendose como:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASOS: Mujeres de 15 a 44 años de edad que acudan para la atención de su parto en la clínica hospital ISSSTE y cuyo producto sea diagnosticado como prematuro.

CONTROLES: Mujeres de 15 a 44 años de edad, que acudan para la atención de su parto en la clínica hospital ISSSTE y cuyo producto sea diagnosticado como maduro, señalándose que se tomarán dos controles por cada caso.

Tanto a las mujeres del grupo de casos como a las del grupo de controles se les aplicó el mismo cuestionario para establecer la presencia o ausencia de exposición a los probables factores de riesgo para condicionar prematuridad en el producto.

ANALISIS DE LOS DATOS:

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Como estudio de CASOS y CONTROLES incidentes para la determinación de causalidad de posibles factores de riesgo de la madre que condicionan prematuridad en el producto utilizando las tablas de Shlesselman y en base a:

Prevalencia de la exposición entre la población en estudio del 25%, la razón de productos cruzados asociados con la exposición de 2.5 con 0.05 de nivel de significancia y 0.20 de nivel de error tipo II, se requirió de un tamaño de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

muestra de 80 por grupo de CASOS y 160 del grupo de CONTROLES.

Para el análisis estadístico se establecieron los siguientes niveles de significancia:

Error tipo I (Alfa) = 0.05

Error tipo II (Beta) = 0.20

Para el análisis de causalidad se estructuraron tablas de contingencia de 2x2 para la estimación de razón de productos cruzados, su intervalo de confianza y el estimativo de fracción etiológica, esto es, el porcentaje de casos que se puede prevenir si se elimina la exposición.

Para evaluar el papel que el azar ha jugado en determinar el tamaño de la razón de momios se utilizó la estimación del intervalo de confianza del 95% para razón de momios que constituye una influencia de probar la hipótesis nula de igualdad de riesgo para expuestos y no expuestos, de acuerdo a la prueba de la chi cuadrada.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ☞ Mujeres de 15 a 44 años de edad
- ☞ Que acudan para la atención de su parto en la clínica hospital-ISSSTE Dgo.
- ☞ Mujeres que durante su embarazo no hayan cursado con alguna de las siguientes patologías: Diabetes, Embarazo gemelar, Hepatopatías, Enfermedad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cardiopulmonar, Preeclampsia, Eclampsia, Polihindramnios, Hemorragia Transvaginal.

☞ Mujeres que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- ☞ Mujeres menores de 15 años de edad y mayores de 44 años de edad.
- ☞ Mujeres de 15 a 44 años de edad que durante su embarazo hayan cursado con: Diabetes, Embarazo gemelar, Enfermedad Cardiopulmonar, Preeclampsia, Eclampsia, Polihindramnios, Hemorragia Transvaginal.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- ☞ No aceptaron participar.
- ☞ No derechohabientes.

DEFINICION DE LAS VARIABLES:

☞ VARIABLE DEPENDIENTE:

Producto Prematuro.

☞ VARIABLE NOMINAL:

Para los efectos de presente estudio, se considerará como producto prematuro a todo recién nacido cuya edad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

gestacional sea de 37 semanas ó menos y/o cuyo peso sea menos a 2500 grs. El peso al nacer será consignado en gramos.

☞ **VARIABLES INDEPENDIENTES:**

ANTECEDENTES DE:

Edad de la madre

☞ **VARIABLE CUALITATIVA NOMINAL:**

Se considera para el presente estudio como antecedente positivo la edad menor a los 18 años ó bien mayor a los 35 años de edad, al momento del embarazo y será expresada en años.

Ingreso Familiar:

☞ **VARIABLE CUALITATIVA NOMINAL:**

Se considera como antecedente positivo, el ingreso familiar de un salario mínimo al mes (localmente el salario mínimo diario corresponde a \$18.50).

Ganancia de peso durante el embarazo:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

☞ VARIABLE CUALITATIVA NOMINAL:

Para el presente estudio se considera como antecedente positivo a la diferencia menor a los 10 kg. entre el peso final y el peso al comienzo del embarazo.

Talla de la madre:

☞ VARIABLE CUALITATIVA NOMINAL:

Para efectos del presente estudio se considera antecedente positivo la talla de la madre menor a los 152 cm.

Consultas prenatales en menos de 4 ocasiones:

☞ VARIABLE CUALITATIVA NOMINAL:

Se considera para efectos de este estudio como antecedentes positivos, el haber acudido durante su embarazo en menos de 4 ocasiones para su control prenatal.

Intervalo intergestacional menor a los 18 m.

☞ VARIABLE CUALITATIVA NOMINAL:

Se considera como antecedente positivo al intervalo entre el último parto y el inicio del embarazo actual de menos de 18 meses.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estado de soltería de la madre:

☞ **VARIABLE CUALITATIVA NOMINAL:**

Para efectos de este estudio se considera el estado de soltería de la madre como el estado de no unión civil y/o religiosa durante los diez meses previos a la realización del estudio.

PROCEDIMIENTOS:

Durante un período de 8 meses contados del día 01 de Mayo de 1996, a las mujeres de 15 a 44 años de edad, derechohabientes del ISSSTE que acudieron a la atención de su parto en el servicio de Labor, se les aplicó un cuestionario para identificar la exposición a los factores de riesgo que condicionan prematuridad en el producto, la aplicación de la encuesta se llevó a cabo por personal becario previamente adiestrado al respecto quienes mediante entrevista directa y toma de peso corporal a la madre al momento de su ingreso complementaron los datos de la encuesta.

CONSIDERACIONES ÉTICAS DE HELSINKI:

☞ **PRINCIPIOS BÁSICOS.-**

1.- La investigación biomédica que involucra a seres humanos debe apegarse a principios científicos aceptados en general y debe basarse en experimentos de laboratorio y con animales, realizados adecuadamente, y en un conocimiento amplio de la literatura científica.

TESIS CON
MALLA DE ORIGEN

2.- El diseño y la realización de cada procedimiento experimental que involucra a seres humanos debe formularse de manera clara en un protocolo experimental que debe enviarse a un comité independiente, asignado especialmente, para su consideración, comentarios y guía.

3.- La investigación biomédica que involucra a seres humanos debe ser conducida sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico con competencia clínica. La responsabilidad por el ser humano siempre debe residir en una persona calificada médicamente y nunca en el sujeto de la investigación, aun cuando éste haya otorgado su consentimiento.

4.- La investigación biomédica que involucra a seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia del objetivo esté en proporción con el riesgo inherente para el sujeto.

5.- Todos los proyectos de investigación biomédica que involucran a seres humanos deben ser precedidos por una evaluación cuidadosa de los riesgos predecibles, comparados con los beneficios previstos para el sujeto o para otros. La preocupación por los intereses del sujeto siempre debe prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

6.- Siempre debe respetarse el derecho de salvaguardar la integridad del sujeto sometido a investigación. Deben tomarse todas las precauciones para respetar la privacidad del sujeto y para disminuir a un mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del sujeto y en su personalidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7.- Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación que involucren a seres humanos, a menos que estén seguros de que los riesgos implicados puedan considerarse como predecibles. Los médicos deben interrumpir cualquier investigación si se encuentra que los riesgos son mayores que los beneficios potenciales.

8.- En la publicación de los resultados de su investigación, un médico está obligado a conservar la precisión de dichos resultados. Los reportes de experimentos que no estén de acuerdo con los principios manifestados en esta Declaración, no deben aceptarse para su publicación.

9.- En cualquier investigación sobre seres humanos, a todos los sujetos potenciales se les debe informar adecuadamente sobre los objetivos, métodos, beneficios anticipados y riesgos potenciales del estudio y sobre las incomodidades que éste podría acarrear. Se le debe informar que está en libertad para abstenerse de participar en el estudio y para retirar en cualquier momento su consentimiento para participar. El médico debe entonces obtener el consentimiento informado del sujeto, otorgado libremente y de preferencia por escrito.

10.- Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe ser particularmente cuidadoso en observar si el sujeto mantiene una relación dependiente con él o si podría dar su consentimiento bajo coacción. En tal caso, el consentimiento informado debe obtenerse mediante un médico que no esté comprometido con la investigación y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

quien sea completamente independiente de esta relación oficial.

11.- En caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe obtenerse del tutor legal de acuerdo con leyes nacionales. En casos en las que una incapacidad física o mental haga imposible la obtención del consentimiento informado, o cuando el sujeto es menor de edad, la autorización del familiar responsable reemplaza a aquélla del sujeto, de acuerdo con las leyes nacionales. Cuando el menor de edad es de echo capaz de dar su consentimiento, éste debe obtenerse además del consentimiento del tutor legal del menor.

12.- El protocolo de investigación siempre debe incluir un enunciado de las consideraciones éticas involucradas y debe indicar que se cumplen los principios expresados en la presente declaración.

⇐ INVESTIGACIÓN MÉDICA COMBINADA CON LA ATENCIÓN PROFESIONAL.-

1.- En el tratamiento de una persona enferma, el médico debe ser libre de usar una medida diagnóstica y terapéutica nueva, si en su juicio ofrece una esperanza para salvar la vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.

2.- Los beneficios, riesgos e incomodidades potenciales de un nuevo método deben compararse con las ventajas de los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos actuales.

3.- En cualquier estudio médico, a todos los pacientes - incluso aquéllos de un grupo control, si éste existe- se les

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

debe informar sobre el mejor método diagnóstico y terapéutico comprobado.

4.- La negativa de un paciente para participar en un estudio no debe interferir nunca en la relación médico-paciente.

5.- Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado, las razones específicas para esta proposición deben enunciarse en el protocolo experimental para comunicárselas al comité independiente.

6.- El médico puede combinar la investigación médica con la atención profesional, con el objetivo de adquirir nuevos conocimientos médicos; sólo hasta el grado en que la investigación médica esté justificada por su valor diagnóstico o terapéutico potencial para el paciente.

☞ INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA NO TERAPÉUTICA QUE INVOLUCRA A SERES HUMANOS.-

1.- En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada, es deber del médico permanecer como protector de la vida y de la salud de aquella persona en quien se está realizando la investigación biomédica.

2.- Los sujetos deben ser voluntarios, ya sean personas sanas o pacientes para quienes el diseño experimental no está relacionado con su enfermedad.

3.- El investigador o el equipo de investigación debe suspender la investigación si en su juicio podría ser perjudicial para el individuo si se continúa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.- En la investigación sobre el ser humano, el interés de la ciencia y de la sociedad nunca debe tener prioridad sobre las consideraciones relacionadas con el bienestar del sujeto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS:

El presente estudio se llevó a cabo en la clínica "Dr. Santiago Ramón y Cajal" de la ciudad de Durango, Dgo.

Con una muestra de 240 mujeres de las cuales 80 presentaron Parto Prematuro y 160 que correspondieron al grupo CONTROL con Parto Normal. Encontrando los siguientes resultados:

Realizando un análisis de varianza de los factores de riesgo de la madre que condicionan prematurez en el producto tales como:

Mujeres con más de 4 gestas, Ingreso familiar de un salario mínimo, actual estado de soltería, edad menor de 18 años, haber asistido a menos de 4 consultas prenatales, un intervalo intergestacional menor de 18 meses, haber tenido menos de 10 kg. de ganancia ponderal. Estos factores se muestran en la tabla No. 1 donde se observa:

Que a mayor número de gestas, hay más probabilidad de tener un producto prematuro en un 43.4% con una (P menor de 0.00000001). Se observa también que a mayor número de consultas ó sea al tener mejor control prenatal, hay menos probabilidades de tener un producto prematuro, porque se

TESIS CON
FALLA DE CENEN

detectan más tempranamente factores condicionantes que pueden influir para desencadenar un parto prematuro.

Al igual que los demás factores de riesgo, el peso también influye en la presentación de parto prematuro, se muestra en la tabla No.1, que a menor peso mayor riesgo de tener un parto prematuro donde el 75.3% fueron partos prematuros.

Otro de los factores de riesgo que se observa en la tabla No. 1, es en cuanto a la edad, se encontró que las mujeres menores de 18 años el 37.7% de ellas presentaron parto prematuro.

Analizando cada uno de los factores de riesgo por separado y aplicando la razón de momios (OR), el intervalo de confianza y la prueba de Chi cuadrada (χ^2), como procedimientos estadísticos para darle significancia a los resultados encontrados se observa que:

El 43.4% de mujeres con más de cuatro gestas, presentaron parto prematuro en comparación con un 21.6% de prematurez en mujeres con menos de cuatro gestas. Se puede observar en esta tabla No. 2, que el riesgo que presenta una mujer con más de cuatro gestas para tener un producto prematuro es estadísticamente significativo más alto que el riesgo que presenta una mujer con menos de cuatro gestas; con un intervalo de confianza de 1.5 a 5.1 y con una razón de momios (OR) de 2.7.

Como se observa en la tabla No. 3, se encuentra que el 48.7% de las mujeres que acudieron a control prenatal menos de cuatro veces, presentaron parto prematuro,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mientras que sólo el 30% de las mujeres que acudieron cuatro veces ó más a control prenatal presentaron parto prematuro.

Por otro lado se observa una razón de momios (OR de 2.2), con un intervalo de confianza de 1.05 a 4.61, y una P menor de 0.033 lo que da significancia estadística al hecho de acudir menos de cuatro veces a control prenatal y por lo tanto se le considera como un factor de riesgo de la madre que condiciona prematurez en el producto.

Se encontró que el ingreso familiar no es un factor de riesgo significativo para presentar un parto prematuro, nos lo muestra la tabla No. 4, ya que de 80 casos que se estudiaron de prematuros sólo 41 que corresponde a un 29.4% casos de prematuros tuvieron un ingreso familiar de un salario mínimo, mientras que las que tuvieron de dos salarios mínimos ó más, sólo 39 que corresponde a un 38.6% fueron prematuros.

En la tabla No. 5, se encuentra que el 34% de los casos prematuros corresponde a mujeres casadas, mientras que un 30.2% corresponde a mujeres solteras.

Dentro de otro de los factores de riesgo se encuentra la edad que de acuerdo a la tabla No. 6, se encontró que mujeres mayores de 33 años presentaron un 30.9% de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

partos prematuros, en comparación con las mujeres de 20 a 30 años que presentaron un 32.6% de partos prematuros.

En relación al intervalo intergestacional que nos muestra la tabla No. 7, que a menor intervalo intergestacional (menos de 18 meses), hay mayor probabilidad de presentar parto prematuro en un 35.1%, en comparación con aquellas mujeres que tienen un intervalo intergestacional mayor de 18 meses en un 28.7%. Con una Chi cuadrada (X^2 .84), razón de momios (OR 1.34) un intervalo de confianza de .74 a 2.43.

Sin embargo las mujeres con una ganancia ponderal menor de 10 kgs. tienen un riesgo significativo más elevado que corresponde a un 75.3% de tener un producto prematuro, que aquellas mujeres con una ganancia ponderal de 10 kgs. ó más que corresponde a un 15.7%, observándose una probabilidad de P menor de .00000001 una Chi cuadrada (X^2 de 73.90), una razón de momios (OR=16.33), un intervalo de confianza de 7.71 a 35.06, como se observa en la tabla No. 8.

Las mujeres con una edad menor de 18 años tienen un riesgo de presentar un parto prematuro de un 37.7% en comparación con las mujeres de edad de 20 a 30 años que tienen un riesgo de un 32.6% de presentar un parto prematuro como se muestra en la tabla No. 9, con una Chi cuadrada (X^2 de .20), una razón de momios (OR = 1.25), un intervalo de confianza de .59 a 2.63.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FACTORES DE RIESGO DE LA MADRE/PREMATUREZ DEL PRODUCTO

TABLA No. 1

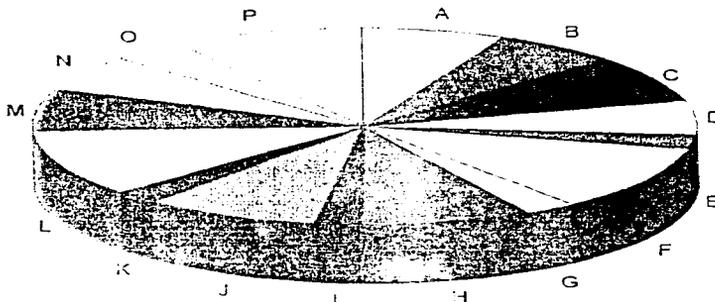
	PREMATURO	A TERMINO	TOTAL
> 4 GESTAS	56	73	129
< 4 GESTAS	24	87	111
1 INGRESO	41	98	139
2 INGRESOS	39	62	101
SOLTERA	13	30	43
CASADA	67	130	197
< 18 AÑOS	17	28	45
20-30 AÑOS	50	103	153
> 33 AÑOS	13	29	42
20-30 AÑOS	50	103	153
< 4 CONSULTAS	20	21	41
>4 CONSULTAS	60	139	199
< 18 MESES	45	83	128
> 18 MESES	31	77	108
< 10 KGS.	49	16	65
> 10 KGS.	27	144	171
TOTAL	602	1223	1825

FUENTE : ENCUESTA MAYO A DICIEMBRE 1996/CLINICA-ISSSTE

CHI CUADRADA 98.094387P<.00000001

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica de Factores de Riesgo/Prematurez del Producto.
Tabla No. 1



- A) Más de 4 gestas (129).
- B) Menos de 4 gestas (111).
- C) Un ingreso (139).
- D) Dos ingresos (101).
- E) Soltera (43).
- F) Casada (71).
- G) Menor de 18 años (45).
- H) 20-30 años (153).
- I) Menor de 33 años (42).
- J) 20-30 años (153).
- K) Más de 4 consultas (41).
- L) Menos de 4 consultas (199).
- M) Más de 18 meses (128).
- N) Menos de 18 meses (108).
- O) Más de 10 Kgs. (65).
- P) Menos de 10 Kgs. (171).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FACTORES DE RIESGO DE LA MADRE/PREMATUREZ DEL PRODUCTO**NUMERO DE GESTAS DE LA MADRE**

TABLA No. 2

NUM. DE GESTAS	PREMATURO	A TERMINO	TOTAL
MAS DE 4 GESTAS	56	73	129
MENOS DE 4 GESTAS	24	87	111
TOTAL	80	160	240

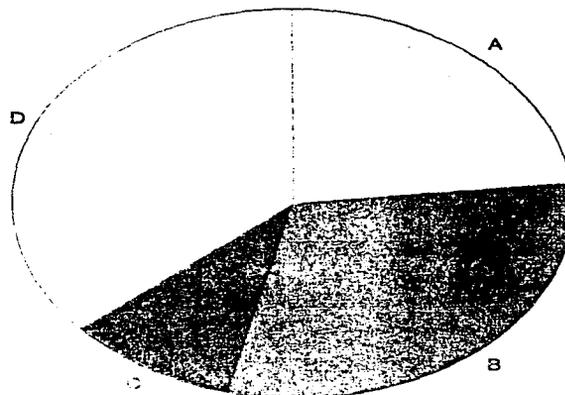
FUENTE : ENCUESTA MAYO-DICIEMBRE 1996/CLINICA-ISSSTE

O.R.:2.78 INTERVALO DE CONFIANZA: 1.5 A 5.1

CHI CUADRADA 11.7P<0.0005

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**Gráfica de Número de Gestas de la Madre.
Tabla No. 2**



- * Más de 4 gestas prematuro 56 (A).
- * Más de 4 gestas a término 73 (B).
- * Menos de 4 gestas prematuro 24 (C).
- * Menos de 4 gestas a término 87 (D)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FACTORES DE RIESGO DE LA MADRE/PREMATUREZ DEL PRODUCTO**MENOR DE CUATRO CONSULTAS/MAYOR DE CUATRO CONSULTAS**

TABLA No. 3

	PREMATURO	A TERMINO	TOTAL
< 4 CONSULTAS	20	21	41
>4 CONSULTAS	60	139	199
TOTAL	80	160	240

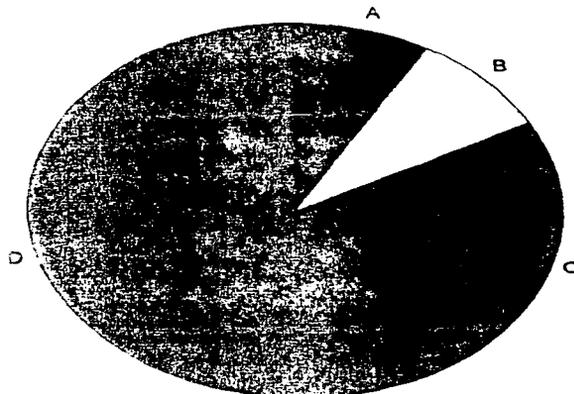
FUENTE : ENCUESTA MAYO-DICIEMBRE 1996/CLINICA-ISSSTE

O.R.:2.206 INTERVALO DE CONFIANZA: 1.056 A 4.611

CHI CUADRADA 4.504 P<0,033

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**Gráfica de Número de Consultas de la Madre.
Tabla No. 3**



- * Más de 4 consultas prematuro 20 (A).
- * Más de 4 consultas a término 21 (B).
- * Menos de 4 consultas prematuro 60 (C).
- * Menos de 4 consultas a término 139 (D)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FACTORES DE RIESGO DE LA MADRE/PREMATUREZ DEL PRODUCTO

UN INGRESO/DOS INGRESOS

TABLA No. 4

	PREMATURO	A TERMINO	TOTAL
UN INGRESO	41	98	139
DOS INGRESOS	39	62	101
TOTAL	80	160	240

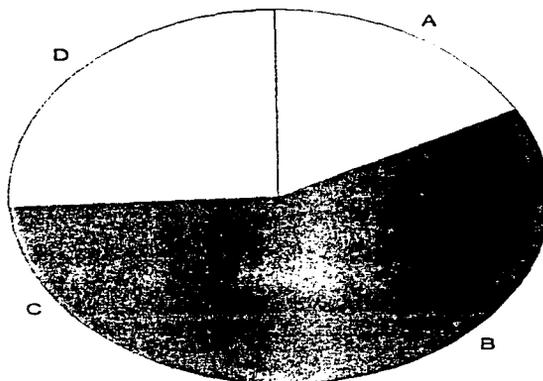
FUENTE : ENCUESTA MAYO-DICIEMBRE 1996/CLINICA-ISSSTE

O.R.:.66 INTERVALO DE CONFIANZA: .37 A 1.18

CHI CUADRADA 1.79 P<0.180

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica de Ingresos de la Madre.
Tabla No. 4



- * Un ingreso prematuro 41 (A).
- * Un ingreso a término 98 (B).
- * Dos ingresos prematuro 39 (C).
- * Dos ingresos a término 62 (D)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FACTORES DE RIESGO DE LA MADRE/PREMATUREZ DEL PRODUCTO

SOLTERA/CASADA

TABLA No.5

	PREMATURO	A TERMINO	TOTAL
SOLTERA	13	30	43
CASADA	67	130	197
TOTAL	80	160	240

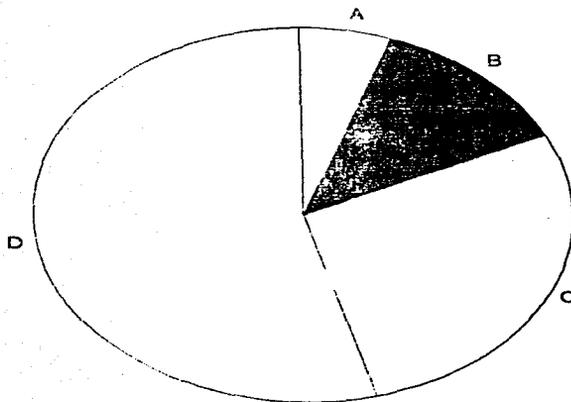
FUENTE ENCUESTA MAYO-DICIEMBRE 1996/CLINICA-ISSSTE

O.R.:.84 INTERVALO DE CONFIANZA : .38 A 1.80

CHI CUADRADA .08 P<0.766

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**Gráfica de Estado Civil de la Madre.
Tabla No. 5**



- * Soltera prematuro 13 (A).
- * Soltera a término 30 (B).
- * Casada prematuro 67 (C).
- * Casada a término 130 (D)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FACTORES DE RIESGO DE LA MADRE/PREMATUREZ DEL PRODUCTO

MAYORES DE 33 AÑOS/20-30 AÑOS

TABLA No. 6

	PREMATURO	A TERMINO	TOTAL
>33AÑOS	13	29	42
20 A 30 AÑOS	50	103	153
TOTAL	63	132	195

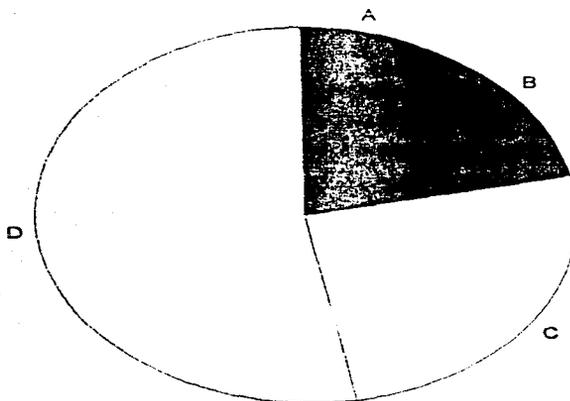
FUENTE : ENCUESTA MAYO/DICIEMBRE 1996/CLINICA-ISSSTE

O.R.: .923 INTERVALO DE CONFIANZA : 0.413 A 2.040

CHI CUADRADA .0006650 P<0.979

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**Gráfica de Edad de la Madre.
Tabla No. 6**



- * Mayor de 33 Años prematuro 13 (A).
- * Mayor de 33 Años a término 29 (B).
- * De 20 a 30 Años prematuro 50 (C).
- * De 20 a 30 Años a término 103 (D)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FACTORES DE RIESGO DE LA MADRE/PREMATUREZ DEL PRODUCTO

INTERGESTACIONAL

TABLA No. 7

	PREMATURO	A TERMINO	TOTAL
<18 MESES	45	83	128
>18 MESES	31	77	108
TOTAL	76	160	236

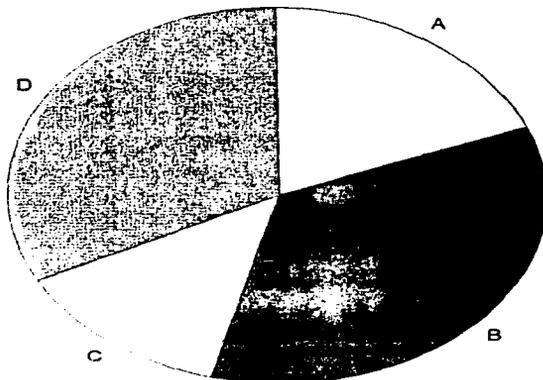
FUENTE : ENCUESTA MAYO/DICIEMBRE 1996/CLINICA-ISSSTE

O.R. : 1.346 INTERVALO DE CONFIANZA : .747 A 2.431

CHI CUADRADA .841 P<0.359

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**Gráfica Intergestacional.
Tabla No. 7**



- * Mayor de 18 Meses prematuro 45 (A).
- * Mayor de 18 Meses a término 83 (B).
- * Menor de 18 Meses prematuro 31 (C).
- * Menor de 18 Meses a término 77 (D)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FACTORES DE RIESGO DE LA MADRE/PREMATUREZ DEL PRODUCTO

MENOR DE 10 KGS./10-12 KGS.

TABLA No.8

	PREMATURO	A TERMINO	TOTAL
<10 KGS.	49	16	65
10-12 KGS.	27	144	171
TOTAL	76	160	236

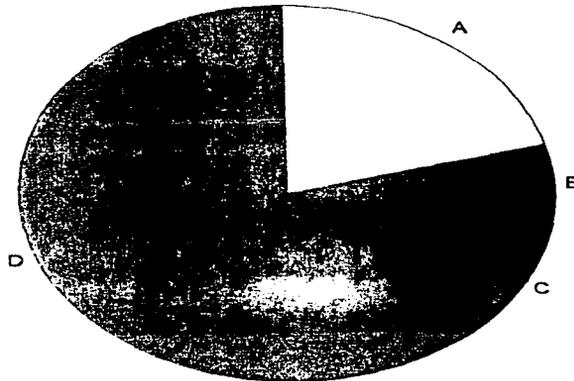
FUENTE : ENCUESTA MAYO/DICIEMBRE 1996/CLINICA-ISSSTE

O.R. 16.333 INTERVALO DE CONFIANZA : 7.713 A 35.066

CHI CUADRADA 73.908 P<0.00000001

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**Gráfica por Peso.
Tabla No. 8**



- * Menor de 10 Kgs. prematuro 49 (A).
- * Menor de 10 Kgs. a término 16 (B).
- * Entre 10-12 Kgs. prematuro 27 (C).
- * Entre 10-12 Kgs. a término 144 (D)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FACTORES DE RIESGO DE LA MADRE/PREMATUREZ DEL PRODUCTO**MENORES DE 18 AÑOS/ 20 A 30 AÑOS**

TABLA No. 9

	PREMATURO	A TERMINO	TOTAL
<18 AÑOS	17	28	45
20 A 30 AÑOS	50	103	153
TOTAL	67	131	198

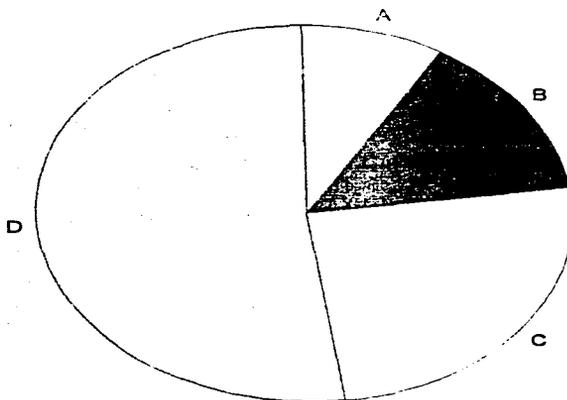
FUENTE : ENCUESTA MAYO-DICIEMBRE 1995:CLINICA-ISSSTE

O.R.: 1.25 INTERVALO DE CONFIANZA : .591 A 2.632

CHI CUADRADA .208 P<0.648

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica por Edad de la Madre.
Tabla No. 9



- * Menor de 18 Años prematuro 17 (A).
- * Menor de 18 Años a término 28 (B).
- * Entre 20-30 Años prematuro 50 (C).
- * Entre 20-30 Años a término 103 (D).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN :

Se observa en el presente estudio que a mayor número de gestas hay más probabilidad de tener un producto prematuro, puesto que el 43.4% de mujeres con más de 4 gestas, presentaron parto prematuro en comparación con un 21.6% de prematuridad en mujeres con menos de 4 gestas.

En este estudio se encontró que el ingreso familiar no es un factor de riesgo significativo para presentar un parto prematuro, ya que de 80 casos que se estudiaron de prematuros solo 41 que corresponde a un 29.4% tuvieron ingreso familiar de un salario mínimo, mientras que las que tuvieron dos salarios mínimos o más, solo 39 que corresponde a un 38.8% tuvieron parto prematuro, a diferencia de lo encontrado en el estudio de Ávila-Rosas (2) en el que el nivel socioeconómico más bajo se asocia a mayor porcentaje de productos prematuros, resultado que coincide a lo obtenido en el estudio realizado en el Hospital Civil de Netzahualcoyotl (15) (16) y con lo encontrado en países como Israel y Francia (17) en los cuales los productos prematuros se presentan con más frecuencia en nivel socioeconómico bajo.

En este estudio se encontró que mujeres mayores de 33 años presentaron un 30.9% de partos prematuros en comparación con las mujeres de 20 a 30 años que se presentaron un 32.6% de partos prematuros, por lo que es necesario resaltar el hecho de que el número de mujeres mayores de 33 años que acuden embarazadas es muy bajo, es posible que al aumentar el tamaño de la muestra y tiempo de recolección de la información, los resultados sean similares ha estudios previos. En el estudio de Casanueva E.(11) si se encontró relación entre la edad materna superior a 35 años, con productos prematuros, asociación

reportada también por Cnattinguis S.(5), y Milner (6) en su estudio "The Impact of Maternal Age Pregnancy and it's Outcare" y por Valdez T.A. (4) en su estudio "Aspectos prenatales y Resultados Obstétricos del embarazo en la Mujer Madura".

En este estudio se encontró que a menor intervalo intergestacional (menos de 18 meses), hay mayor probabilidad de presentar un parto prematuro en un 35.1% en comparación con aquellas mujeres que tienen un intervalo gestacional mayor de 18 meses en un 28.7%, resultados similares con los reportes de Klebanoff (7) y Jiménez P.A. (3), en los que existe un mayor riesgo de prematuridad del producto en mujeres embarazadas con un intervalo intergestacional corto, que en aquellas en las cuales el intervalo intergestacional es de 15 a 17 meses.

En este estudio las mujeres con una ganancia ponderal menor de 10 kg. Tiene un riesgo significativo más elevado que corresponde a un 75.3% de tener un producto prematuro, que aquellas mujeres con una ganancia ponderal de 10 kg. o más, que corresponde a un 15.7% comparado con la referencia de Cordero I (19), se encuentra que existe similitud, en las cuales las ganancias ponderales durante el embarazo son menores a 200 gr/semana.

Se encuentra que las mujeres con una edad menor de 18 años tiene un riesgo de presentar un parto prematuro de un 37.7%, en comparación con las mujeres de edad de 20 a30 años que tienen un riesgo de un 32.6% de presentar un parto prematuro, existiendo una similitud con las referencias de Bacci A.(1),Casanueva E.(11) y Milner (6) en las cuales el porcentaje de productos prematuros en mujeres embarazadas menores de 18 años es de 34% y el de productos prematuros de mujeres embarazadas entre los 20 y los 30 años es de 32% por lo que se considera que si se aumenta el tamaño de muestra y tiempo de recolección de la información, se tendrá un mayor número de mujeres embarazadas menores de 18 años; sin embargo habrá que tener en cuenta el marco legal de las instituciones de servicio social.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al hacer el análisis de los resultados de las variables de este protocolo de investigación, se encontró respecto a las referencias bibliográficas una gran similitud entre ambas, en las cuales se demuestra que la falta de control prenatal, edad y adicciones, son factores de riesgo que condicionan prematuridad en el producto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIÓN:

En este estudio se encontró que las siguientes variables están asociados con prematurez:

- ≈ Menos de 4 consultas prenatales
- ≈ Más de 4 gestas
- ≈ Edad materna menor de 18 años y mayor de 35 años
- ≈ Ingreso familiar igual o menor a un salario mínimo
- ≈ Ganancia de peso materno final en el embarazo menor a 10 Kg.

AUTOCRITICA:

Para poder traspolar los resultados de esta investigación a la población general, sería necesario ampliar la muestra y realizar un estudio comparativo entre otros grupos de población - tal vez otras instituciones- con diferencias socioeconómicas.

También sería conveniente para otro estudio de investigación ampliar los posible factores de riesgo como por ejemplo:

- *Tabaquismo de la Madre*
- *Peso del producto al nacer*
- *Vía de obtención del producto.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PAUTAS DE SOLUCIÓN:

ACCIONES EN LA MUJER: Ácido fólico, tomando en consideración que hay embarazos no planeados, y la utilidad del ácido fólico es mayor, en el primer mes de gestación.

ACCIONES EN EL EMBARAZO:

- ≈ Llenar en todas las embarazadas el carnet perinatal.
- ≈ Énfasis especial en la 1er. Consulta de: nutrición, la existencia de lazos consanguíneos con la pareja, antecedentes de anomalía cromosómica, retraso mental, alcoholismo, otras toxicomanías.

EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA:

- ≈ Revisión de mamas, pezón, útero, además de dentadura, TA, peso, FC, FR, presencia de edema.
- ≈ Solicitar a todas laboratorio: Htc, Hb, F.blanca, Gpo. Sanguíneo, VDRL, ECG en 3ª consulta.

PREVENCIÓN ESPECIAL:

- ≈ Antitetánica 2do. Mes.
- ≈ Pláticas de lactancia materna.
- ≈ Identificar en forma precoz complicaciones del embarazo.

CAPACITACIÓN CONTINUA DEL MÉDICO:

- ≈ Asistir a cursos de actualización.
- ≈ Asistir a simposium.
- ≈ Asistir a talleres.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

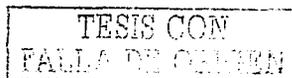
BIBLIOGRAFÍA.

1. Bacci A., Manhica R., Bugalho A., Cuttini M., "Outcome of teenage pregnancy in maputo, Mozambique" Int.J.Gynecol Obstret. 1993.40:19-23.

2. Avila Rosas H. Casanueva E., Barrera A. Cruz I., Rojo MC. "Algunas determinaciones biológicas y sociales del peso al nacer".Salud Pública Mex. 1988,30:47-53.

3. Jiménez RA., Panduro Bl., González MJ., Arias AM., "Análisis de 400 embarazos en adolescentes".Ginecología y Obstetricia de México. 1992.60:53-56.

4. Valdez TA., Castro CF., Peña SM., "Aspectos prenatales y resultados obstétricos del embarazo en la mujer madura".Ginecología y Obstetricia de México. 1990;p.58-96.



5. Cnattingius S., Forman MR., Berendez IW., Isotalo C., "Delayed Childbearing and risk of adverse perinatal outcome. A population based study".Jama 1992;19:88

6. Milner M., Barry.Kinsella C., Unwin A., Harrison RF., "The impact of maternal Age on pregnancy and its outcome".int J.Gynecol Obstret. 1992,38:281-6.

7. Klebanoff MA., "Short interpregnancy interval and the risk of low birth weight".Am J Public Health. 1998;78:669-690.

8. Mc Laughlin Fj., Alteimer Wa., Chistensen Mj., Sherrad KB., Dietrich MS., Stern DT., "Randomized trial of comprehensive prenatal care for low income women:Effect on infant birth weight".Pediatrics 1992; 89:128-32

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9. Kestler E., Villar J., Bolaños L., Calvert W., "Identificación de embarazos de alto riesgo de bajo peso al nacer en zonas urbanas de América Latina: Índice simplificado de detección precoz en la ciudad de Guatemala". Bol of Sanit Panam 1991; 111:201-14.
10. Panduro Bl., González MJ., Arias AM., "Análisis de 400 embarazos en adolescentes". Ginecología y Obstetricia de México 1992.60:53-
11. Casanueva E., "Prevención del bajo peso al nacer". Salud Pública Mex. 1988.30:370-378.
12. Ladden M., "The Impact of preterm birth on the family and society. Part 1" Psychological sequelae of preterm birth. Pediatr Nurse. 1990.16:515-3.
13. Diagnóstico de salud. Dgo. 1992.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

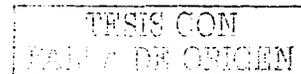
14. Cloherty Pj., Murphy IW., "Management of the newborn". Manual of Pediatric Therapeutics Chap. 5. 1988. p.119-122.

15. Ortiz SE., " Embarazo en la adolescencia.Revisión sw 840 casos clínicos". Ginec.Obst.Méx. 1991.59:289.292.

16. Pollack NR., Jewish DM., "Retardo del crecimiento intrauterino" Definición, Clasificación y Causas Clínicas obstétricas y Ginecológicas. Ed. Interamericana Mc. Graw Hill, 1992.p.97-105.

17. Seidman DS., Dollbergs S., Stevenson DR., Gale R., "The effects of high parity and socioeconomic status on obstetric and neonatal outcome". Arch Gynecol Obst. 1991;249.119-27.

18. Blondes B., Saurel-Cubizolles MJ., "And Indicator of adverse pregnancy outcome in France: not receiving maternity benefits". J Epidemiol community Health 1991;45:211-5.



19. Cordero I., Hines S., Shiley Ka., Landon Mb., "perinatal outcome for women in prisión" J perinatai. 1992;12:205-9.

20. Macquart-Moulin G., Baret C., Francelo G., Vincent A., Ayme S., "Antenatal surveillance and fetal Growth". J Gynecol Obstret boil Repod 1992;21:9-18.

21. Wilcox JA., Skjoerven R. "Birth Weith and perinatal mortality" The effect of gestational age. Am J Public Health 1992. 82:378-82.

22. Olsen J., Da Costa-Pereyra A., Olsen S., Does "Maternal Tobacco Smoking modify the effect of alcohol on fetal gruowth" Am J Public Healt 1991; 81: 69-73.

23. Wen SW., Goldenberg RL., Cutter GR. Hoffman HJ., Cliver SP., "Intrauterine growth retardation and preterm delivery: Prenatal risk factors in an indigent population". Am J Obstret Gynecology 1990; 162:pend.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PROCOLO DE INVESTIGACIÓN

FACTORES DE RIESGO DE LA MADRE QUE CONDICIONAN

PREMATUREZ EN EL PRODUCTO

CEDULA DE ENCUESTA

NOMBRE DE LA MADRE : _____

No. DE AFILIACIÓN : _____

Dom. Calle _____ No. _____ Col. _____

Tel : _____

Edad : _____ Edo. Civil _____ Ocupación _____

No. Consultorio _____ Turno _____ Clínica _____

Fecha del estudio _____

ANTECEDENTES DE LA MADRE

F.U.M. _____ Gestas _____ Paras _____ Abortos _____

Cesáreas _____ F.U.P. _____

Ingreso Fam: _____
 semanal _____ Quincenal _____ Mensual _____

Salarios Minimos _____ Percepción _____

Peso materno al comienzo del embarazo _____ Kgs. _____

Peso materno al final del embarazo _____ Kgs. _____

Aumento de peso durante el embarazo _____ Kgs. _____

Talla de la madre _____ Cms. _____

No. de consult.de atención prenatal: 1er.Trim.() 2do.Trim.() 3er.Trim.() No acudí

Intervalo entre los partos en meses: 1o.al 2o () 3o.al 4o () 5o.al 6o ()

2o.al 3o () 4o.al 5o ()

Tabaquismo de la madre durante el embarazo :

Positivo: _____ Negativo: _____

Semanas de gestación: _____ Peso: _____ gr. _____

Sexo: _____ Masc.() Fem.() Cesárea () Transvaginal ()

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**