

FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETERMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL
PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE

RISK FACTORS FOR PRETERM BIRTH IN PREGNANT HOSPITAL DOCENTE
PROVINCIAL BELEN OF LAMBAYEQUE

Chira Sosa Jorge Luis¹
Sosa Flores Jorge Luis²

RESUMEN

El nacimiento pretérmino es la mayor causa de morbilidad y mortalidad neonatal y responsable de 75 a 90% de las muertes neonatales no relacionadas con malformaciones congénitas. Determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque durante el año enero-diciembre 2010. El presente estudio es analítico, de casos y controles pareados de tipo retrospectivo, descriptivo comparativo, transversal en el que se analizaron las historias clínicas de nacimientos pretérmino (casos: n = 80) atendidos de enero-diciembre 2010, los controles se seleccionaron al azar de las historias clínicas de pacientes con nacimientos a término (n = 160). Se analizó la asociación de nacimiento pretérmino con factores preconcepcional y gestacionales. Como resultados tenemos que los escasos controles prenatales presentaron OR: 9.13 (3.51-23.7) p: 0.0000, la anemia (concentración de hemoglobina <11 gr/dl), OR: 1.79 (1.02-3.15) p: 0.0407; y el antecedente de parto pretérmino OR: 2.12 (1.03-4.40) P: 0.0385, fueron factores preconcepcional de riesgo para parto pretérmino, así como la infección del tracto urinario OR: 2.68 (1.54-4.67); p: 0,0004; la rotura prematura de membranas OR: 7.22 (3.26-15.95) p: 0,0000; el embarazo múltiple OR: 11.28 (2.40-52.85); p: 0.0002; y el oligohidramnios OR: 17.66 (2.16-143.8); P: 0.0003; son factores de riesgo gestacional elevado para parto pretérmino.

Palabras clave: parto pretérmino, factor de riesgo, embarazo múltiple. (**Fuente:** DeCS BIREME)

ABSTRACT

Preterm birth is the major cause of morbidity and mortality neonatal and responsible for 75 to 90% of neonatal deaths not associated with malformation congenital. Identify the risk factors for preterm birth in Hospital Provincial Docente Belén of Lambayeque-Peru during year 2010. The present study is analytical, cases and matched controls of comparative retrospective, descriptive type analyzed the medical histories of preterm births (cases: n = 80) cared for January-December 2010, controls selected at random from the medical histories of patients with births to term (n = 160). Analyzed the Association of birth preterm with preconceptional and gestational factors. Results have poor prenatal checks presented OR: 9.13 (3.51-23.7) q: 0.0000, anemia (hemoglobin concentration < 11 g/dl), OR: 1.79 (1.02-3.15) q: 0.0407; and the history of preterm delivery OR: 2.12 (1.03-4.40) q: 0.0385 were factors preconception risk for preterm delivery, as well as prelabour rupture of membranes OR: 7.23 (3.26-15.95) q: 0,0000; urinary tract infection OR: 2.68 (1.54-4.67); q: 0,0004; OR multiple pregnancy: 11.28 (2.40-52.85); q: 0.0002; and oligohydramnios OR: 17.66 (2.16-143.8); Q: 0.0003; are high for birth preterm gestational risk factors.

Key words: preterm birth, factor risk, Pregnancy Multiple (**Source:** MeSH NLM)

¹ Adscrito a la Escuela Profesional de Medicina Humana. Médico Cirujano. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque. Perú. Dirección de correo electrónico: jorlich@hotmail.com

² Adscrito a la Escuela Profesional de Medicina Humana. Médico Cirujano. Maestro en Ciencias Salud Pública. Doctor en Ciencias. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Perú. Dirección de correo electrónico: jsosaf@hotmail.com

1. Introducción:

Ningún problema de salud afecta con mayor gravedad que el nacimiento prematuro, ya que amenaza a todas las razas y grupos étnicos, particularmente a la mayoría de la gente pobre en los países no desarrollados¹.

También han surgido otros conceptos relacionados con los recién nacidos pretérmino, dividiendo a estos de acuerdo al peso al nacer, en recién nacidos pretérmino de muy bajo peso al nacer, en los niños que pesan 1500 gramos o menos y, recién nacidos pretérmino extremadamente bajo peso al nacer, refiriéndose a los niños que pesan 1000 gramos o menos².

Diferentes estudios han mostrado una relación directa entre bajo nivel socioeconómico y mayor incidencia de bajo peso al nacer, es así como en la encuesta británica de mortalidad perinatal, aquellas madres pertenecientes a los estratos socioeconómicos inferiores tuvieron una incidencia de 10,9 % de partos pretérmino, en contraste con el 4,3% de incidencia que tuvieron las madres pertenecientes a estratos socioeconómicos superiores³.

Un estudio realizado en Perú por Germain y Oyarsun que comprendió todos los partos de adolescentes ocurridos entre enero de 1995 y diciembre de 1997 obtuvo los siguientes resultados: De los 14 701 partos; 2 732 correspondieron a gestantes adolescentes; de las cuales 209 eran adolescentes tempranas y 2 523 adolescentes tardías. Se encontró que 2 159 de los partos fueron eutócicos y 573 distócicos, la incidencia de parto pretérmino en adolescentes tempranas fue 12,4 % y 9 % en adolescentes tardías⁴.

El estrés psicológico y físico rara vez se ha estudiado de manera formal, pero desde el punto de vista intuitivo parece tener importancia. Tanto el estrés como las concentraciones séricas de cortisol se han relacionado con parto pretérmino espontáneo. El riesgo de parto pretérmino recurrente para mujeres cuyo primer parto fue pretérmino estuvo aumentando en tres veces en comparación con el que se observó en mujeres cuyo primer neonato nació a término⁵.

La patogénesis del parto pretérmino es aún discutida y, a menudo no está claro si el trabajo de parto pretérmino representa una activación temprana idiopática del trabajo de parto normal, o es el resultado de algún mecanismo patológico. Existe cada vez más evidencia, que la infección de la decidua, de las membranas ovulares y del líquido amniótico, se asocia con el parto pretérmino. La corioamnionitis clínica complica el 1 al 5% de los embarazos de término y casi el 25% de los embarazos pretérmino⁶.

Un estudio realizado en el Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el que se comparó la exposición a agentes patógenos vaginales de embarazadas entre las 26 y 36 semanas de embarazo, con y sin amenaza de trabajo de parto prematuro, reveló exposición al menos a un agente patógeno en 62.85% de las primeras, en comparación con 9.37% de las segundas, con una razón de momios de 6.7 (IC 95%; 3.06-14.66). La exposición al menos a un agente patógeno induce 16.35 veces más riesgo de parto prematuro en comparación con las mujeres de flora vaginal normal⁷.

Una vez comentado los principales problemas del nacimiento pretérmino y su repercusión adversa sobre la morbilidad y mortalidad perinatal, el presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque durante el año enero-diciembre 2010. tomando en cuenta que en el hospital provincial docente Belén de Lambayeque no se realizó un estudio de prematuridad, se decidió realizar este estudio para valorar su comportamiento.

2. Material y métodos:

El presente estudio es analítico, de casos y controles de tipo retrospectivo, descriptivo comparativo, transversal. La población estuvo constituida por las historias clínicas de los recién nacidos pretérmino de 22 a 36 semanas de gestación nacidos en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque en el periodo comprendido enero-diciembre del 2010. Por tanto la muestra (casos) estuvo constituida por todas las historias clínicas de los recién nacidos pretérmino de 22 a 36 semanas corroborada por la fecha de última menstruación con recién nacido vivo y que cumplen el siguiente criterio de inclusión: recién nacido pretérmino confirmado por fecha de última menstruación y exclusión indicados y los criterios de exclusión: Prematuro con malformaciones congénitas, muertes fetales intrauterinas, historias clínicas incompletas, pacientes que no cuenten con FUM confiable, pacientes con estimación de edad gestacional por ecografía.

La información se obtuvo de historias clínicas de pacientes, la misma que se consideró información de las gestantes, antecedentes obstétricos, patologías asociadas, controles prenatales, eh información del parto. Luego se elaboró y estandarizo una ficha de recolección de datos en relación a las variables que interviene en esta investigación, la misma que ha sido elaborada por el investigador principal, y aprobada por los gineco-obstetras especializados del Hospital Belén –Lambayeque, obteniendo información de las historias clínicas de las pacientes que tuvieron parto pretérmino con sus respectivos 2 controles del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque en el periodo comprendido entre enero-diciembre 2010.

Los datos se ingresaron a una base de datos de Microsoft Excel y luego se trasladaron al software estadístico SPSS versión 17 y EPIDAT versión 3.1 validada por la OPS y OMS. Las variables discretas se expresaron en frecuencias y proporciones y se evaluaron usando la prueba de χ^2 (X^2). Para determinar la asociación entre cada variable y el riesgo de parto pretérmino, se calculó el Odds Ratio (OR) con intervalo de confianza del 95% (IC 95%).

3. Resultados:

En la tabla1 se muestra que durante el año 2010 en el servicio de Ginecobstetricia del hospital Belén de Lambayeque se atendieron 2006 partos pretérmino, de los cuales 170 fueron pretérmino que representaron una incidencia de 8.4%.

Tabla 1. Incidencia del parto pretérmino en el Servicio de Ginecología. Hospital provincial docente Belén - Lambayeque 2010

Tipo de parto	n	%
Pretérmino	170	8.4
A término	1765	87.9
Post término	71	3.5
Total	2006	100

Tabla 2. Características generales de los casos y los controles para parto pretérmino. Hospital provincial docente Belén-Lambayeque 2010.

Características		Casos		Controles		P
		n	%	n	%	
Edad	<19	19	23.8	36	22.5	0.8985
	20 a 35	51	63.8	101	63.1	
	≥35	10	12.1	23	14.4	
Estado civil	Casada	17	21.3	58	36.3	0.0069
	Conviviente	59	73.8	97	60.6	
	Soltera	4	5	5	3.1	
Ocupación	Si	4	5	5	3.1	0.4711
	No	76	95	155	96.9	
Nivel de instrucción	Sin instrucción	1	1.3	5	3.1	0.0001
	Primaria completa	11	13.8	33	20.6	
	Primaria incompleta	14	17.5	20	12.5	
	Secundaria completa	27	33.8	49	30.6	
	Secundaria incompleta	22	27.5	39	24.4	
	superior	5	6.3	14	8.8	
Procedencia	Urbano	26	32.5	51	31.9	0.9221
	Rural	54	67.5	109	68.1	
Vía de terminación de parto	Vaginal	60	75	126	78.8	0.5119
	Cesárea	20	25	34	21.2	
Enfermedades maternas crónicas+	Si	10	12.5	9	5.6	0.0629
	no	70	87.5	151	94.4	

P: nivel de significancia, utilizando prueba Ji cuadrado (x2),

+: Se encontró cardiopatía, patología renal, colecistitis, enfermedad tiroidea.

Tabla 3.1. Factores de riesgo preconcepcional para parto pretérmino. HPDB. MINSA. 2010

Característica	Casos (%)	Controles (%)	OR (IC 95%)	P
Edad				
<19	19 (23.8)	36 (22.5)	1.07 (0.56-2.02)	0.8281
20 a 35	51 (63.8)	101 (63.1)	1.02 (0.58-1.74)	0.9245
>35	10 (12.1)	23 (14.4)	0.85 (0.38-1.88)	0.6909
Sin pareja				
Si	4 (5)	5 (3.1)		
No	96 (95)	155 (96.9)	1.63 (0,42-6.25)	0.4711
Nivel de instrucción				
Si	6 (7.5)	5 (3.1)		
No	74 (92.5)	155 (96.9)	2.65 (0.78-8.99)	0.1043
Paridad				
Nulípara	34 (42.5)	65 (40.6)	1.08 (0.62-1.86)	0.7809
Primípara	20 (25)	33 (20.6)	1.28 (0.68-2.41)	0.4412
Múltipara	22 (27.6)	38 (30.1)	0.88 (0.48-1.60)	0.6879
Gran múltipara	4 (4.9)	14 (8.7)	0.58 (0.17-1.72)	0.2985

Tabla 3.2: Factores de riesgo preconcepcional para parto pretérmino. HPDB MINSA. 2010

Característica	Casos (%)	Controles (%)	OR (IC 95%)	P
Periodo intergenesico				
no	34 (42.5)	63 (39.4)	1.13 (0.65-1.96)	0.6419
≤ 2 años	17 (21.3)	21 (13.1)	1.78 (0.88-3.61)	0.1041
≥ 2 años	29 (36.2)	76 (47.5)	0.62 (0.36-1.09)	0.0977
Controles prenatales CPN				
0-3 CPN	21 (26.3)	6 (3.8)	9.13 (3.51-23.7)	0.0000
4-6 CPN	47 (58.7)	34 (21.2)	5.27 (2.94-9.46)	0.0000
>7 CPN	12 (15)	120 (75)	0.058 (0.02-0.11)	0.0000
Anemia				
si	33 (41.3)	45 (28.1)	1.79 (1.02-3.15)	0.0407
no	47 (58.7)	115 (71.9)		
antecedente de parto pretérmino				
si	17 (21.3)	18 (11.3)	2.12 (1.03-4.40)	0.0385
no	63 (78.8)	142 (88.8)		

Tabla 3.3. Factores de riesgo preconcepcional para parto pretérmino. HPDB MINSA. 2010

Característica	Casos (%)	Controles (%)	OR (IC 95%)	P
Antecedente de cesárea				
Si	6 (7.5)	23 (14.4)	0.48(0.18-	0.1235
no	74 (92.5)	137 (85.6)	1.23)	

Tabla 4.1. Factores de riesgo gestacionales para parto pretérmino. HPDB MINSA. 2010

Característica	Casos (%)	Controles (%)	OR (IC 95%)	P
Rotura prematura de membranas				
si	26 (32.5)	10 (6.2)	7.22 (3.26-15.95)	0.0000
no	54 (67.5)	150 (93.8)		
Infección del tracto urinario				
si	44 (55)	50 (31.3)	2.68 (1.54-4.67)	0.0004
no	36 (45)	110 (68.8)		
Antecedente sangrado vaginal				
si	8 (10)	7 (4.4)	2.42 (0.84-6.95)	0.0897
no	72(90)	153 (95.6)		
Embarazo múltiple				
si	10 (12.5)	2(1.3)	11.28 (2.40-52.85)	0.0002
no	70 (87.5)	158(98.8)		

Tabla 4.2: Factores de riesgo gestacionales para parto pretérmino. HPDB MINSA. 2010

Característica	Casos (%)	Controles (%)	OR (IC 95%)	P
preeclampsia				
si	5 (6.3)	4 (2.5)	2.60 (0.67-9.96)	0.1494
no	75 (93.8)	156 (97.5)		
eclampsia				
si	3 (3.8)	1 (0.7)	6.19 (0.63-60.5)	0.0746
no	77 (96.2)	159 (99.3)		
oligohidramnios				
si	8 (10)	1(0.6)	17.66 (2.16-143.8)	0.0003
no	72 (90)	159 (99.4)		

4. Discusión:

El presente estudio se realizó en el Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque nivel II-1 Minsa Perú en el periodo comprendido enero-diciembre 2010, donde se atendieron un total de 2006 partos.

En la tabla 1. De todos estos, 1765 fueron a término y 170 fueron parto pretérmino representando este último grupo una incidencia de 8.4%, mucho menor a lo reportado por el Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”, en Lima, entre 1991 y 1999, donde el nacimiento prematuro ocurrió en 16% (7480/47198) de los nacimientos¹, pero mayor a lo reportado por Zelada⁹, en su estudio realizado en el hospital II Daniel Alcides Carrión Essalud-Tacna 2009, donde se encontró una incidencia de 4.44% (165/3795), posiblemente la alta incidencia que presenta el hospital Belén-Lambayeque en comparación al hospital antes mencionado se deba a que este último pertenece al sistema de Essalud donde la gestante cuenta con mejores condiciones socioeconómicas en relación a nuestro hospital³, la incidencia en el hospital Belén es mayor a lo encontrado en el estudio del hospital general docente Ernesto Guevara las Tunas 2005, donde el universo de estudio fue 232, y se encontró un 6% de nacimientos con parto pretérmino.

En la tabla 2 las características generales, como: edad, estado civil, ocupación, nivel de instrucción, procedencia, vía de terminación del parto, antecedente de enfermedades maternas fueron similares entre los casos y los controles. Se evidenciaron las diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta a estado civil ($p = 0.0049$), y nivel de instrucción ($p = 0.0001$) entre ambos grupos.

En la tabla 3.1, apreciamos que las gestantes adolescentes presentan un OR: 1.072, esto quiere decir que los pacientes adolescentes tienen 1.072 veces más riesgo de presentar parto pretérmino comparando de quienes no lo son, siendo este riesgo estadísticamente no significativo, ya que $P: 0.8281$ IC 95% (0.568 -1.794) contiene la unidad.

Como se sabe el embarazo adolescente en su mayoría presenta riesgos para parto pretérmino, en el estudio realizado Faneite y col¹³, encontraron que 17.08% de las embarazadas con parto pretérmino tenían de 19 a menos años, además el grupo de mayor riesgo es el de las adolescentes precoces (10-13 años) que las tardías (17-19 años), por lo general esta última etapa se comportan como adultas.

Un estudio realizado en Perú por Germain y Oyarsun que comprendió todos los partos de adolescentes ocurridos entre enero de 1995 y diciembre de 1997 obtuvo los siguientes resultados: De los 14 701 partos; 2 732 correspondieron a gestantes adolescentes; de las cuales 209 eran adolescentes tempranas y 2 523 adolescentes tardías. Se encontró que 2 159 de los partos fueron eutócicos y 573 distócicos, la incidencia de parto pretérmino en adolescentes tempranas fue 12,4% y 9 % en adolescentes tardías⁴.

Mientras la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁴, en el quinquenio del 2000 – 2005 señala que de los 133 millones de embarazos, que ocurrieron a nivel mundial, 14 (10,5 %) fueron de madres entre 15 y 19 años. Ubicándose el mayor porcentaje de los mismos en África,

América Latina y el Caribe. El 16 % de los nacimientos fueron de madres adolescentes, siendo Chile el país con menor porcentaje (10,2 %) y Venezuela el país con mayor frecuencia (20,5 %).

En la mayoría de los estudios descritos en la bibliografía se observa que las gestante adolescente tiene mayor frecuencia de presentar parto pretérmino, en comparación a la gestante añosa, como vemos en nuestro estudio el riesgo existe, pero no es significativo.

La epidemiología clínica demuestra que el parto pretérmino es más común en las poblaciones de mujeres con privación sicosocial, tales como, la mujer de pobre recursos económicos, la madre soltera, fumadora, desnutrida, con ausencia o deficiente controles prenatales, la mujeres múltipara, con mala historia reproductiva (tales como historia previa de muertes fetales, muerte neonatal y/o muerte infantil), embarazo pretérmino anteriores e intervalo intergenesico corto¹.

El ser humano es un organismo vivo en relación a su medio ambiente social íntimo y cercano en donde vive el ser humano es la familia, considerando este enfoque social e identificando a la mujer como madre soltera (el no tener pareja), se considera importante los factores sicosociales en el presente.

En el estudio realizado en la HUV en Cali-Colombia, se encontró que la incidencia de parto pretérmino fue mayor en mujeres solteras, sin instrucción y menores de 15 años³, esta incidencia de parto pretérmino en solteras se encontró en nuestro estudio como vivir sin pareja tabla 3.1 presentando un OR: 1.631, siendo este riesgo estadísticamente no significativo, ya que P: 0.4711 IC 95% (0.425 -6.250). Además se encontró que las madres sin instrucción tabla 3.1 presentan un OR: 2.657, siendo este riesgo estadísticamente no significativo P: 0.1043; IC 95% (0.784 - 8.999).

En el estudio realizado por Huertas y col¹⁴, Longitud cervical en la predicción de parto pretérmino espontáneo, realizado en el instituto materno perinatal-Perú se encontró en el estudio de los casos 61.4% de múltiparas y 38.6% de las nulíparas con un nivel de significancia P<0.05 (14). En la tabla 3.1 se encontró que las múltiparas presentan un OR: 0.885, es decir como factor protector, pero no significativo P: 0.6879 (>0.05), en contraste con las primíparas que se encontró un OR=1.282, siendo este riesgo estadísticamente no significativo P: 0.4412 IC 95% (0.680 - 2.419).

En el estudio realizado por Morgan y col¹⁵, sobre factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pretérmino atendidos del 2001 al 2006 en el Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa, México. Hubo el antecedente de parto previo en 328 casos y en 376 controles; en el grupo de casos, 26.5% (n = 105/328) y 16.7% de los controles (n = 70/376) tuvieron un periodo intergenesico posparto menor o igual a un año, lo que demostró una asociación estadísticamente significativa entre el periodo intergenesico posparto menor o igual a un año y riesgo de parto pretérmino subsecuente (OR: 1.79; IC 95%: 1.2 - 2.5 P: 0.0021). Comparando con nuestro estudio en la tabla 3.2 se encontró que el periodo intergenesico < de 2 años, presenta un OR: 1.786, es decir factor de riesgo, pero no significativo P: 0.1041; IC 95% (0.882-3.616), siendo estos resultados muy semejantes en OR, pero no significativo al estudio mencionado. La posible explicación de este factor como problema son los posibles

mecanismos causales de una alteración hormonal posparto, envejecimiento del ovocito por una fase folicular prolongada del primer ciclo ovulatorio, estrés materno inducido por el nuevo embarazo y disminución materna de nutrientes, presumiblemente de folatos, pero ninguno probado empíricamente.

En el estudio anterior Morgan y Col¹⁵, evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta a los controles prenatales (CPN) (<0.05), en la tabla 3.2 se encuentra que los pacientes de 0 a 3 CPN, presentan 26.3% en el grupo de casos y 3.8% en el grupo de controles con un OR: 9.135; P: 0.0000 IC 95% (3.513 - 23.7), y en los pacientes de 4 a 6 CPN, presentan 58.7% en el grupo de los casos y 21.2% en los controles con un OR: 5.275; P: 0.0000 IC: 95% (2.94 - 9.46), y en los pacientes de 7 a más CPN, con un OR: 0.058 P:0.0000, como vemos a menos controles prenatales es más el riesgo de parto pretérmino, lo cual se entiende porque la frecuencia y calidad del control prenatal permite hacer una evaluación integral de la salud materna y fetal que puede contribuir a la detección de factores que incrementan el riesgo.

En el mismo estudio de Morgan y Col¹⁵, la frecuencia de anemia (<11 gr/dl) fue de 21.3% en los casos (n = 160/748) y de 19.7% en los controles (n= 149/755) (OR: 1.11; IC 95%: 0.8-1.4; P: 0.4653), en nuestro estudio la tabla 3.2 los pacientes con concentración de Hb<11 gr/dl (anemia) presentan 41,3% en el grupo de los casos y 28.1% en los controles con un (OR: 1.79; IC 95%: 1.021-3.150; P: 0.0407), esto demuestra una asociación significativa y muy similar a lo encontrado también por Gacomin y col¹⁶, en su estudio realizado en Costa rica, donde encontró un porcentaje de pacientes con anemia en el grupo de casos fue del 10,9% (n=12) y en el grupo control, del 4,1% (n=9). Esta diferencia fue estadísticamente significativa (p=0,016), el (OR) mostró una asociación positiva entre la presencia de anemia y la presentación de un parto pretérmino de 2,87 (IC 95% 1.08 - 7,69). Se podría explicar esto ya que las pacientes de bajo ingreso económico (medio socioeconómico bajo como la mayoría de pacientes en el Hospital Belén de Lambayeque) tienen mayor susceptibilidad de tener carencias nutricionales de micro y macronutrientes, circunstancia que las predispone a anemias carenciales por nutrición deficiente en calidad y cantidad; ésta se ha asociado con mayor riesgo de nacimiento pretérmino.

En el estudio realizado por Jaramillo y col¹⁷, Factores asociados a parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales-Colombia. Julio 2004 - Junio 2005. El antecedente de parto pretérmino fue 37/232 en los casos y de 8/232 en los controles (OR: 5.31; IC 95%; 2.31 - 12.69), en nuestro estudio la tabla 3.2 apreciamos que los pacientes con antecedentes de parto pretérmino se presentó en 21.3% de los casos y 11.3% de los controles con un (OR: 2.129; IC 95%; 1.030 - 4.401; P: 0.0385) siendo esto estadísticamente significativo y representando un factor de riesgo para parto pretérmino, el antecedente de parto pretérmino ha sido descrito por Mercer y otros autores como el principal factor de riesgo en múltiparas con un incremento de 2.5 veces el riesgo, lo cual se correlaciona claramente con nuestro estudio Lo anterior debe motivar la captación de estas pacientes siempre dentro de los controles de alto riesgo obstétrico tendiente a minimizar los factores de riesgo modificables que puedan estar presentes.

En la tabla 3.3 apreciamos que el antecedente de cesárea se presentó en 7.5% de los casos y en 14.4% de los controles con un OR: 0.483; IC 95%: 0.188 - 1.239; P: 0.1235), siendo esto no estadísticamente significativo, similar a lo encontrado por Zelada⁹, en el Hospital III Daniel

Alcides Carrión Tacna 2009, el que se presentó en 13.3% casos y 11.9% de los controles donde se encontró un (OR: 1.19; IC 95%: 0.70 - 1.84; $P > 0.05$), siendo esto no significativo.

En el estudio Jaramillo y col¹⁷, encontró que la rotura prematura de membranas se presentó en 74/232 de los casos y 28/232 en el grupo de controles (OR: 3.4 IC 95% 2.05 - 5.69), siendo esto significativo. En nuestro estudio en tabla 4.1 se aprecia que las pacientes con rotura prematura de membranas se presentaron en 32.5% de los casos y 6.2% de los controles con un (OR: 7.222 IC 95%: 3.268 - 15.959, $P = 0.0000$) siendo esto estadísticamente significativo, y por tanto un factor de riesgo, además en el estudio realizado de Morgan y col¹⁵, el 28.3% de los casos se asoció con rotura prematura de membranas, comparado con 4.1% de los controles, esta asociación fue estadísticamente significativa (OR:9.24; IC 95%: 6.1 - 13.9), siendo estos valores muy semejantes a los encontrados en nuestro estudio. Vemos una asociación entre la rotura prematura de membranas y el nacimiento pretérmino, lo que coincide con lo reportado en la bibliografía, pues el parto pretérmino y la rotura de membranas comparten ciertos eventos fisiopatológicos, como estar relacionado con procesos infecciosos (vaginales y urinarios) que incrementan la síntesis de prostaglandinas y enzimas proteolíticas que, primeramente, inducen cambios cervicales e inicio de contracciones uterinas que aumentan la tensión en las membranas ovulares que han sufrido cambios en la matriz de colágeno por la acción de elastasas y enzimas proteolíticas producidas por los agentes bacterianos.

En el estudio realizado por Calderón y col¹⁸, en el Hospital Regional 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Querétaro. Se encontró que las infecciones de las vías urinarias se presentó en 53% de los casos y 31% de los controles (OR: 1.6 y $P < 0.05$) siendo esto significativo, en la tabla 4.1 se aprecia que las pacientes con ITU se presentaron en 55% de los casos y en 31.3% de los controles con un (OR: 2.689; IC 95%: 1.547 - 4.674; $P = 0.0004$), siendo este un factor de riesgo y estadísticamente significativo. Esto se podría explicar en que en algunos estudios se encontró que el tratamiento de la bacteriuria asintomática en gestantes disminuye el riesgo de parto pretérmino.

Analizando los factores de riesgo gestacional se encontró también en nuestro estudio en la tabla 4.1, que las pacientes con antecedente de sangrado vaginal en la gestación se presentaron 10% en los casos y 4.4% de los controles con un (OR: 2.418; IC 95%: 0.847 - 6.956; $P = 0.0897$), siendo esto no significativo, contrastando en el estudio realizado por Morgan y col¹⁵, donde se encontró sangrado vaginal en 7.6% de los casos en comparación de 0.2% de los controles con un OR: 31.6; IC 95%: 7.5 - 127.6) en el cual si fue significativo.

En la tabla 4.1 las pacientes con embarazo múltiple en la gestación se presentaron en 12.5% de los casos y 1.3% de los controles con un OR: 11.28; IC 95%: 2.409 - 52.85; $P = 0.0002$) siendo esto estadísticamente significativo, y en consecuencia un factor de riesgo en nuestro Hospital, semejante esto a lo encontrado por Jaramillo y col¹⁷, donde el embarazo múltiple represento 28/232 de los casos y 5/232 de los controles con un OR: 6.23; IC 95%: 2.24 - 18.75), el cual represento asociación significativa.

La preeclampsia se ha asociado a parto pretérmino y esto debido a la dificultad de la placenta en el transporte de oxígeno al feto, en esta entidad la disminución aguda y crónica de oxígeno al feto produce consecuentemente parto pretérmino¹. En nuestro estudio se analizó la variables preeclampsia y eclampsia como factores de riesgo para parto pretérmino, que podemos apreciar

en la tabla 4.2, donde apreciamos que las pacientes con preeclampsia se presentaron en 6.3% de los casos y en 2.5% de los controles con un (OR: 2.600; IC 95%: 0.679 - 9.963; P: 0.1494); y en las pacientes con eclampsia se presentaron en 3.8% de los casos y en 0.7% de los controles con un (OR: 6.194; IC 95%: 0.633 - 60.53; P: 0.0746, siendo en ambos análisis estadísticamente no significativos. En el estudio realizado por Jaramillo J y Col se encontró preeclampsia en 57/232 de los casos y 26/232 del grupo control, con un OR: 2.58; IC 95%: 1.51 - 4.42 siendo en este estudio estadísticamente significativo¹⁷.

Por ultimo tenemos en la tabla 4.2 el factor de oligohidramnios donde se presentó en 10% de los casos y en 0.6% de los controles con un (OR: 17.66; IC 95%: 2.16 – 143.89; P: 0.0003), siendo esto un factor de riesgo y estadísticamente significativo, habría que considerar este hallazgo como dependiente de la rotura prematura de membranas encontrada también como factor de riesgo en esta investigación, y pudiendo depender este resultado de lo antes mencionado.

5. Conclusiones:

- La incidencia de parto pretérmino en el Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque MINSA, en el periodo comprendido enero-diciembre 2010, de un total de 2006 gestantes fue de 8.4% similar a la reportada en la literatura.
- Los factores de riesgo preconcepcional asociados a parto pretérmino y con significancia estadística fueron en orden de importancia porcentual los escasos controles prenatales, anemia, y el antecedente de parto pretérmino.
- Los factores de riesgo gestacional asociado a parto pretérmino y con significancia estadística fueron en orden de importancia porcentual las infecciones del tracto urinario, la rotura prematura de membranas, embarazo múltiple y oligohidramnios.

6. Referencias bibliográficas:

1. Pacora P, Romero R. El parto pretérmino y el nacimiento prematuro. En: Pacheco Romero J, Editor. Ginecología obstetricia y reproducción. 2ed. Lima, Perú: 2007.p. 1244-67.
2. Millar E, Keyes H. Factores perinatales que inciden en el parto pretérmino. Rev Med Panamá 2005; 43-50.
3. Rodrigo B. Obstetricia de alto riesgo. 6ª ed. Bogotá (Colombia): Distribuna editorial médica. 2007.
4. Manrique R, Rivero A, Ortunio M, Rivas M, Cardozo R, Guevara H. Parto pretérmino en adolescentes. RevVenezGinecolObstet [en línea] 2008 [fecha de acceso 2011]; 68(3): 144-149. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v68n3/art02.pdf>
5. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III L, Wenstrom KD. Obstetricia de Williams. 22ª ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
6. Goldenberg RL. Hauth JC. Andrews VN. Intrauterine infection and preterm birth. N Eng J Med 2000; 342:1500-7.
7. Villanueva LA, Contreras AK, Pichardo Cuevas M, Rosales J. Perfil epidemiológico del parto prematuro. RevMexGinecolobstet [en línea] 2008 [fecha de acceso 2011]; 76(9): 542-8. Disponible en:

- <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2008/septiembre2008/Ginecol-542-8.pdf>
8. Oliveros M. El recién nacido de muy bajo peso en el Perú. Relato de proyecto COSISE, 2001. Rev Peruana Ped. 2006; 55(2):60-2.
 9. Zelada CA. Incidencia y factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna enero 2004-diciembre 2008. [tesis para optar el título de médico cirujano]. Tacna-Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, facultad de ciencias médicas. 2009. p51.
 10. Cabezas S. Parto pretérmino: Factores de riesgo y mortalidad neonatal junio 1997-junio 2002, Hospital Bertha Calderón. [tesis para optar al título de especialista en ginecología y obstetricia]. Managua-Nicaragua. Universidad Nacional autónoma de Nicaragua, facultad de ciencias médicas-Managua. 2006. p44.
 11. Ilesca J. Factores de riesgo clínico y prevención del parto pretermino. Rev Per GinecolObstet [en línea] 2008 [fecha de acceso 11 de enero 2011]; 54(1): 11-14. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/ginecologia/vol54_n1/pdf/a04v54n1.pdf
 12. Pacheco J. Parto pretérmino tratamiento y las evidencias. Rev Per GinecolObstet [en línea] 2008 [fecha de acceso 11 de enero 2011]; 54(1): 24-32. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/ginecologia/vol54_n1/pdf/a07v54n1.pdf
 13. Faneite P, Gómez R, Guinand M, Faneite J, Manzano M, Martí A, et al. Amenaza de parto prematuro e infección urinaria. Rev Obstet Ginecol Venez. 2006; 66(1):1-6.
 14. Huertas E, Valladares E, Gomez C. Longitud cervical en la predicción de parto pretérmino espontáneo. Rev Per Ginecol Obstet [en línea] 2010 [fecha de acceso 2011]; 56: 50 - 56. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a09v56n1.pdf.
 15. Morgan F, Cinco A, Douriet F, Báez J, Muñoz J, Osuna I. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pretérmino. RevMexGinecolObstet [en línea] 2010 [fecha de acceso 2011]; 78(2):103-109. Disponible en:<http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2010/FEBRERO/Femego%202.6%20FACTORES.pdf>
 16. Giacomini L, Leal M, Moya R. Anemia materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo para parto pretérmino. Acta méd costarric [en línea] 2009 [fecha de acceso 2011]; 51(1). Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n1/3945.pdf>.
 17. Jaramillo J, López I, Arango F. Factores asociados a parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales. Julio 2004-Junio 2005. Rev Col GinecolObstet [en línea] 2006 [fecha de acceso 2011]; 57(2): 74-81. Disponible en:http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol57No2_Abril_Junio_2006/v57n2a02.pdf.
 18. Calderón J, Vega G, Velasquez J, Morales R, Vega A. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. RevMexGinecolObstet[en línea] 2005 [fecha de acceso 2011]; 43(4): 339-342. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im054i.pdf>.

Fecha de recepción: 18 agosto 2015
Fecha de aceptación: 28 octubre 2015