

**POLICLÍNICO UNIVERSITARIO
ÁREA NORTE
CIEGO DE ÁVILA**

Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el Policlínico Norte de Ciego de Ávila, 2011-2012

Risk factors associated with preterm birth in the North Polyclinic of Ciego de Ávila, 2011-2012

Dunia Mabel Díaz Pérez^I, Silvia Estelvina Retureta Milán^{II}, Yonaisy Vega Lorenzo^{III}, Frank Yaniel Martínez Lorenzo^{IV}, Milena Hidalgo Ávila^V, Idalae Pulido Hernández^{VI}.

RESUMEN

Introducción: el parto prematuro es el nacimiento antes de las 37 semanas de gestación, y constituye la causa más importante de morbilidad perinatal; existen varios factores asociados a la aparición de este evento.

Objetivo: resumir las variables que presentan asociación estadística significativa con el desarrollo de partos prematuros en las embarazadas del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila, en el período 2011-2012.

Método: se realizó una investigación del tipo casos y controles en el Área Norte del municipio Ciego de Ávila en el período 2011-2012. El universo estuvo compuesto por el total de mujeres con partos entre las 22 y 36,6 semanas. La información se recolectó mediante una planilla con las variables a estudiar y se utilizaron las historias clínicas y carnets obstétricos de las pacientes.

Análisis y Discusión: los factores que presentaron asociación estadística significativa con el parto prematuro fueron: los antecedentes de abortos en embarazos anteriores, el bajo peso materno, la ganancia insuficiente de peso durante el embarazo, la anemia durante la gestación, las infecciones vaginales y urinarias. Al describir la repercusión del parto prematuro sobre el recién nacido, se estableció que el bajo peso al nacer, las enfermedades respiratorias y las infecciones durante el período neonatal en ambos años fueron las complicaciones más frecuentes.

Conclusión: se halló asociación estadística significativa entre algunas de las variables estudiadas y la ocurrencia de partos prematuros.

Palabras clave: NACIMIENTO PREMATURO, FACTORES DE RIESGO.

ABSTRACT

Introduction: preterm birth is a premature obstetric labor before 37 weeks gestation, and is the most important cause of perinatal morbidity and mortality; there are several factors associated with the occurrence of this event.

Objective: to summarize the variables presenting significant statistical association with the development of premature births in pregnant from North Area University Polyclinic of Ciego de Ávila province, during the period 2011-2012.

Method: a case-control research in the North Area of Ciego de Ávila municipality in the period 2011-2012 was carried out. The universe was composed of the total of women delivering between 22 and 36,6 weeks. The information was collected using a form with the variables to study and obstetric medical records and cards of the patients were used.

Analysis and Discussion: the factors that presented significant statistical association with preterm birth were: history of abortions in previous pregnancies, low maternal weight, insufficient weight gain during pregnancy, anemia during pregnancy, vaginal and urinary infections. Describing the impact of preterm birth on the newborn, it was established that low birth weight, respiratory diseases and infections during the neonatal period in both years were the most frequent complications.

Conclusions: significant statistical association between some of the studied variables and the occurrence of preterm delivery was found.

Keywords: PREMATURE BIRTH, RISK FACTORS.

- I. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Policlínico Universitario Área Norte. Ciego de Ávila, Cuba.
- II. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Policlínico Docente "Antonio Maceo Grajales", Área Centro. Ciego de Ávila, Cuba.
- III. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Policlínico Universitario Área Norte. Ciego de Ávila, Cuba.
- IV. Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Policlínico Docente "Antonio Maceo Grajales", Área Centro. Ciego de Ávila, Cuba.
- V. Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Policlínico Universitario Área Norte. Ciego de Ávila, Cuba.
- VI. Estudiante de Medicina. Alumna Ayudante. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

INTRODUCCIÓN

La salud de las madres y los recién nacidos (RN) está intrínsecamente relacionada, de modo que prevenir sus muertes requiere la aplicación de intervenciones similares. Entre ellas está el control preconcepcional, la atención prenatal, la asistencia en el parto por personal calificado, el acceso a una atención obstétrica de emergencia cuando sea necesario, la atención posnatal, la atención al RN y su integración en el sistema de salud⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el parto prematuro como el nacimiento que se produce entre las 22 y las 36 semanas completada la gestación, independientemente del peso del recién nacido. Aunque todos los partos que se producen antes de las 37 semanas se consideran prematuros, los que se producen antes de las 34 semanas son los máximos responsables del incremento en los daños y muertes por el bajo peso neonatal⁽¹⁻²⁾.

Excluidas las malformaciones congénitas, el 75% de las muertes perinatales son atribuibles a la prematuridad. Un recién nacido que pesa menos de 1500 g tiene un riesgo de morir en su primer año de vida 180 veces superior al de un recién nacido mayor de 2500 g. El riesgo de muerte de un prematuro es 20 veces mayor que en el a término⁽¹⁻³⁾.

Las complicaciones de los prematuros aumentan mientras menor sea su edad gestacional o peso de nacimiento; presentan desde complicaciones leves hasta enfermedades graves. El 50% de las anomalías neurológicas de la infancia son atribuibles a la prematuridad⁽¹⁾.

Cerca de 15 millones de niños nacen cada año antes de las 37 semanas de gestación, cada año mueren 1,1 millones de prematuros en el mundo. Su frecuencia varía de 5 a 11% en las regiones desarrolladas y hasta 40% en algunas regiones muy pobres. Desde 1990, por motivos que no acaban de comprenderse, la tasa mundial de nacimientos prematuros ha aumentado un 14% aproximadamente; de ellos cerca de 11 millones (85%) se concentran en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excepto México) se registraron 0,5 millones respectivamente, y en América Latina y el Caribe 0,9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte y las más bajas en Europa (6,2%). Las cifras aproximadas de incidencia son del 10,6% en América del Norte, 6,4% en Oceanía y 6,2% en Europa^(1-2,4-6).

La tasa de nacimientos prematuros varía desde el 8% ó 9% en los países ricos hasta el 12% en los pobres. En España, la tasa de prematuridad que se reporta es de 9,5-10% del total de nacimientos prematuros. En Chile, la tasa de partos prematuros se encuentra entre el 5-6%, la enfermedad de la membrana hialina es una de las complicaciones más observadas (10%). En México su incidencia es de 5 a 10% de todos los embarazos y constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal. En Uruguay las cifras de prematuridad oscilan entre el 6 y el 15%. El parto prematuro en Colombia tiene una incidencia del 11,4%. En Yucatán, México, entre los años 1995 a 2004 la frecuencia de neonatos prematuros fue de 12,4%^(1,7-14).

En Cuba, a pesar de las investigaciones realizadas sobre este tema, la atención médica general integral que se brinda a nivel de comunidad, el desarrollo del Programa Materno Infantil y el perfeccionamiento de las instalaciones de salud desarrollado por la Revolución, aún ocurren

nacimientos de niños prematuros, lo cual constituye un problema obstétrico de gran relevancia. En el año 2000 la incidencia de parto prematuro en Cuba se encontraba entre un 8,0 y 9,0%; gracias a los eficientes servicios de salud, actualmente la tasa se encuentra por debajo del 5,0% como media nacional, pero constituye la principal causa de mortalidad perinatal. En el municipio Ciego de Ávila, según un estudio realizado en el período 2009 al 2012, el parto prematuro se manifestó entre el 5,6% y 7,1% de los partos, lo que es de importancia relativa para los indicadores de mortalidad infantil dadas las complicaciones neonatales como resultado del parto antes de las 37,0 semanas de gestación⁽²⁾.

Esta investigación se propone resumir las variables que presentan asociación estadística significativa con la ocurrencia de partos prematuros en las embarazadas del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila, en el período 2011-2012.

MÉTODO

Aspectos generales del estudio: analítico de tipo casos y controles. Se realizó una investigación con un diseño del tipo casos y controles que permitió realizar un análisis de los factores de riesgo asociados al parto prematuro en el Área Norte del municipio Ciego de Ávila durante el período 2011-2012.

Universo de estudio: total de mujeres del Área de Salud Norte del municipio Ciego de Ávila, con partos originados entre las 22 y 36,6 semanas de gestación. Años: 2011-2012.

Métodos de obtención de información: planilla de recolección de datos.

Tipo de muestreo: no probabilístico. El total de pacientes con parto prematuro (80) y los controles (160) se parearon en cuanto a edad materna, siempre que estuviesen en un mismo grupo de edades, período de tiempo y lugar.

Cumplimiento del objetivo 1: determinar los factores de riesgos asociados al parto prematuro en el área de estudio. Diseño: analítico del tipo casos y controles. Casos: total de mujeres del Área Norte del municipio Ciego de Ávila, con partos entre las 22 y 36,6 semanas de gestación en los años 2011-2012. Controles: dos casos con parto a término y recién nacido con peso de 2500g o más por cada caso.

Medidas de resumen: la información obtenida a partir de la recolección de los datos, permitió determinar la frecuencia de las variables cualitativas y cuantitativas relacionadas con los factores de riesgo. Estos datos del grupo de casos y del grupo de controles, se procesaron en el programa estadístico Epidat 3.1 para Windows, con uso de las opciones para el análisis de los factores de riesgo y se usó la corrección de Yates. En la presentación y el análisis de los resultados se utilizaron tablas y gráficos procesados en Microsoft Excel.

Medidas de asociación: para el análisis bruto se utilizó la razón de disparidad (OR).

Medida de significación estadística: se aplicó una regresión logística simple o análisis bivariado entre cada una de las variables explicativas o independientes (factores de riesgo) y la variable de respuesta o dependiente (parto prematuro), mediante la prueba de independencia de Chi cuadrado (X^2), la asociación significativa ($p < 0.05$); con las variables que resultaron significativas en el análisis bruto. Se calcularon sus intervalos de confianza del 95%.

Exposición	Casos	Controles
Expuestos	a	b
No Expuestos	c	d

$$OR = \frac{ad}{bc}$$

Significación estadística: valor del OR y el intervalo de confianza para el 95% (IC 95%).

Si $OR \leq 1$: No existe asociación estadística.

Si $OR > 1$ y el LI del IC 95% < 1 : Asociación estadística No Significativa

Si $OR > 1$ y el LI del IC 95% > 1 : Asociación estadística Significativa

Variables: antecedentes de abortos en embarazos anteriores, antecedentes de partos prematuros personales o familiares, edad materna extrema, peso y talla maternos, ganancia de peso durante el embarazo, hábitos de fumar y alcohólico, antecedentes de enfermedades crónicas, anemia, preeclampsia, infecciones respiratorias, urinarias y vaginales, embarazo múltiple, alteraciones del líquido amniótico (polihidramnios u oligoamnios), enfermedades del útero, placenta previa, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

Operacionalización de las variables:

Variables	Tipo	Escala de clasificación	Definición	Indicador
Antecedentes de abortos en embarazos anteriores	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Sí: tener el antecedente de al menos 1 aborto previo al embarazo, provocado o espontáneo	Disparidad de exposición según abortos en embarazos, provocados o espontáneos anteriores
Antecedentes de partos prematuros personales o familiares.	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Sí: partos prematuros previos	Disparidad de asociación de mujeres con antecedentes de partos prematuros.
Edad materna extrema	Cuantitativa continua	Menores de 18 años 35 años o más	Edad cumplida	Disparidad de asociación de mujeres con edades menores de 18 años, y de 35 años o más
Peso materno	Cuantitativa continua discretizada	Deficiente Adecuado. Sobrepeso Obesa	IMC ≤ 18.8 kg/m ² . Deficiente IMC > 18.8 kg/m ² a < 25.6 kg/m ² Adecuado. IMC ≥ 25.6 kg/m ² a < 28.6 kg/m ² Sobrepeso IMC ≥ 28.6 kg/m ² . Obesa	Disparidad de asociación de embarazadas con peso deficiente, sobrepesos u obesas a la captación
Talla materna	Cuantitativa continua discretizada	Baja talla Talla normal	Baja talla: de 1.50 m. o menos Talla normal: más de 1.50 m	Disparidad de asociación de mujeres con baja talla
Ganancia de peso durante el embarazo	Cuantitativa continua	Baja Moderada Alta	Según tablas nutricionales del libro "Alimentación, nutrición y salud" (66)	Disparidad de asociación de mujeres con ganancia de peso baja y alta
Hábitos tóxicos	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Exposición al tabaco y al alcohol	Disparidad de exposición al hábito de fumar y alcohólico
Antecedentes de enfermedades crónicas	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Hipertensión arterial crónica (HTA)	Disparidad de asociación de mujeres con

			Cardiopatías de cualquier etiología Diabetes Mellitus Asma bronquial	antecedentes de padecer enfermedades crónicas
Anemia de cualquier etiología	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Si: cifras de hemoglobina inferiores a 110 g/l en el embarazo	Disparidad de exposición según presencia de anemia en el embarazo.
Preeclampsia	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Sí: diagnóstico de preeclampsia	Disparidad de exposición según presencia de preeclampsia
Infecciones	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Haber padecido infecciones respiratorias, urinarias y vaginales de cualquier etiología	Disparidad de exposición según infecciones, vaginales, urinarias y respiratorias
Embarazo múltiple	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Sí: presencia de embarazo múltiple	Disparidad de exposición según presentación de embarazo múltiple
Alteraciones del líquido amniótico (polihidramnios u oligoamnios)	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Sí: diagnóstico de alteración del líquido amniótico	Disparidad de exposición según alteraciones del líquido amniótico
Enfermedades del útero: malformaciones congénitas miomas uterinos	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Sí: antecedentes de enfermedad uterina	Disparidad de exposición según padecimiento de enfermedades del útero
Placenta previa	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Sí: diagnóstico de placenta previa	Disparidad de exposición según placenta previa
Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Sí: diagnóstico de RCIU	Disparidad de exposición según recién nacido prematuro con restricción del crecimiento intrauterino.
Peso del recién nacido	Cuantitativa continua	Menos de 2500 g	Haber nacido con peso inferior a 2500 g	Porcentaje de recién nacidos con peso inferior a 2500 g

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Factores de riesgo de parto prematuro en el Área Norte del municipio Ciego de Ávila, 2011-2012

Durante los años 2011-2012 se produjeron en el Hospital Universitario "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila los nacimientos de 1079 niños pertenecientes al Área de Salud Norte; de ellos 84 corresponden a nacimientos prematuros (7,7%) los cuales son los casos de estudio. Resultados similares a los obtenidos por Retureta durante los años 2009-2012⁽²⁾.

En correspondencia con los antecedentes, el haber tenido abortos en embarazos anteriores es un

factor de riesgo importante para partos prematuros en gestaciones posteriores, pues se obtuvo asociación estadística significativa con este factor en las embarazadas (OR 2,56; X^2 10,57; IC 95% 1,47-4,45; p 0,001). Los antecedentes obstétricos de parto prematuro tienen asociación estadística no significativa con la aparición de partos prematuros para próximos embarazos (OR 1,17; X^2 0,1305; IC 95% 0,64- 2,13; p 0,7179), (Tabla No.1). Resultados que no coinciden con los obtenidos por Barrios⁽⁵⁾.

Tabla No.1. Asociación según antecedentes de aborto y parto prematuros en embarazos anteriores. Área Norte, municipio Ciego de Ávila, 2011-2012.

Factor	Expuestos		No expuestos		OR (X^2)	IC 95% ($p < 0,005$)
	Casos	Controles	Casos	Controles		
Antecedentes de abortos en embarazos anteriores	49	61	31	99	2,56 (10,57)	1,47-4,45 (0,001)
Antecedentes de partos prematuros	23	41	57	119	1,17 (0,13)	0,64- 2,13 (0,717)

Fuente: libros de Registro de Partos del Hospital Universitario "Dr. Antonio Luaces Iraola", Ciego de Ávila.

La edad materna constituye un factor de riesgo importante para el parto prematuro, y las adolescentes y mujeres mayores de 35 años son los grupos más afectados; pero estos resultados no coinciden con los de esta investigación ya que, aunque sí presenta asociación estadística su aparición con el riesgo de tener parto prematuro, ésta no resulta significativa. Los resultados alcanzados en la investigación coinciden con los de Rodríguez⁽¹⁶⁾ (Tabla No.2).

Tabla No.2. Asociación según edades maternas extremas y parto prematuro. Área Norte, municipio Ciego de Ávila, 2011-2012.

Factor Edades	Expuestos		No expuestos		OR (X^2)	IC 95% ($p < 0,005$)
	Casos	Controles	Casos	Controles		
Menores de 18 años	5	10	75	150	1,00 (0,08)	0,32-3,03 (0,7773)
35 años o más	6	12	74	148	1,00 (0,06)	0,36-2,77 (0,7949)

Fuente: libros de Registro de Partos del Hospital Universitario "Dr. Antonio Luaces Iraola", Ciego de Ávila.

La malnutrición –ya sea por exceso o por defecto– antes de la concepción es una situación desfavorable, de la que se derivan consecuencias lamentables tanto para la madre como para el producto de la concepción.

En la investigación se observó que las mujeres con malnutrición antes y durante el embarazo tienen un elevado riesgo de presentar parto prematuro. El bajo peso materno a la captación (OR 3,47; X^2 17,31; IC 95% 1,94- 6,22; p 0,000) y la ganancia de peso baja durante el desarrollo de la gestación (OR 3,10; X^2 15,36; IC 95% 1,77- 5,41; p 0,000) son factores que presentan una asociación estadística significativa con el desarrollo de partos prematuros.

El bajo peso materno tanto a la captación como durante el embarazo fueron factores de riesgo con asociación estadística significativa, pero la baja talla materna aunque se asocia a la prematuridad no resulta significativa (OR 1,05; X^2 0,00; IC 95% 0,49-2,23; p 0,948).

Se debe resaltar que la ganancia de peso alta durante el embarazo es un factor al que hay que prestar atención, pues se evidencia su asociación con la aparición del parto prematuro (OR 1,20; X^2 0,15; IC 95% 0,62-2,32; p 0,691), aun cuando esta no es significativa. En las pacientes incluidas en el estudio no se encontró que la obesidad o el sobrepeso sean factores con asociación estadística en la aparición de partos prematuros (OR 0,77; X^2 0,44; IC 95% 0,41-1,43; p 0,504) (Tabla No.3).

Tabla No.3. Asociación según factores de riesgo y partos prematuros. Área Norte, municipio Ciego de Ávila, 2011-2012.

Factor	Expuestos		No expuestos		OR (X ²)	IC 95% (p<0,005)
	Casos	Controles	Casos	Controles		
Bajo peso materno	58	69	22	91	3,47 (17,31)	1,94- 6,22 (0,000)
Obesa o sobrepeso materno	19	46	61	114	0,77 (0,44)	0,41-1,43 (0,504)
Ganancia de peso baja	49	54	31	106	3,10 (15,36)	1,77- 5,41 (0,000)
Ganancia de peso alta	18	31	62	129	1,20 (0,15)	0,62-2,32 (0,691)
Baja talla materna	12	23	68	137	1,05 (0,00)	0,49-2,23 (0,948)

Fuente: libros de Registro de Partos del Hospital Universitario "Dr. Antonio Luaces Iraola", Ciego de Ávila.

Según Barrios, el consumo de sustancias tóxicas (fumar e ingestión de alcohol) constituye un factor de riesgo para el desarrollo de partos prematuros, pero estos resultados no coinciden con los obtenidos en esta investigación donde, aunque existe el riesgo, éste no es significativo⁽⁵⁾ (Tabla No.4).

Tabla No.4. Asociación según hábitos tóxicos y parto prematuro. Área Norte, municipio Ciego de Ávila, 2011-2012.

Factor	Expuestos		No expuestos		OR (X ²)	IC 95% (p<0,005)
	Casos	Controles	Casos	Controles		
Fumadoras	31	56	49	104	1,17 (0,18)	0,67-2,04 (0,669)
Ingestión de alcohol	3	5	77	155	1,20 (0,01)	0,28-5,18 (0,898)

Fuente: libros de Registro de Partos del Hospital Universitario "Dr. Antonio Luaces Iraola", Ciego de Ávila.

La hipertensión arterial (OR 1,08; X² 0,00; IC 95% 0,54-2,17; p 0,952) y las cardiopatías (OR 1,67; X² 1,30; IC 95% 0,78-3,56; p 0,253) se relacionan con la presentación de partos prematuros y, aunque no poseen asociación estadística significativa con éstos, constituyen factores de riesgo a vigilar.

La diabetes mellitus no tuvo asociación estadística con la aparición de partos antes de las 37 semanas de gestación (OR 0,59; X² 1,15; IC 95% 0,26-1,33; p 0,282).

El asma bronquial, aunque presenta asociación estadística como factor de riesgo en el desenlace de los partos prematuros, no es significativa (OR 1,10; X² 0,02; IC 95% 0,60-2,01; p 0,876).

La anemia durante el embarazo presenta asociación estadística significativa con el desenlace del parto prematuro (OR 1,96; X² 4,22; IC 95% 1,07-3,57; p 0,039).

El desarrollo de preeclampsia en las gestantes del Área Norte se relaciona con la aparición de partos antes de las 37 semanas de gestación, a pesar de lo cual su asociación estadística como factor de riesgo no resulta significativa (OR 1,30; X² 0,22; IC 95% 0,60-2,85; p 0,633); aún así, constituye un factor de riesgo a vigilar, resultados que coinciden con los de Barrios⁽⁵⁾.

Las tres infecciones más frecuentemente vistas en las embarazadas que tuvieron parto prematuro son las vaginales, urinarias y respiratorias; las dos primeras fueron las más asociadas al desenlace de éstos (infecciones vaginales OR 2,58; X² 10,50; IC 95% 1,48-4,52; p 0,001; urinarias OR 1,78; X² 3,85; IC 95% 1,03-3,06; p 0,049). Esto guarda relación con el estudio de

Rodríguez y Retureta. La infección que presentó valor estadístico más significativo fue la vaginal, resultado similar a los de Barrios^(2,5,16) (Tabla No.5).

Tabla No.5. Asociación de pacientes con partos prematuros según enfermedades maternas. Área Norte, municipio Ciego de Ávila, 2011-2012.

Factor	Expuestos		No expuestos		OR (X ²)	IC 95% (p<0,005)
	Casos	Controles	Casos	Controles		
Antecedentes de hipertensión arterial crónica	15	28	65	132	1,08 (0,00)	0,54-2,17 (0,952)
Antecedentes de cardiopatías	14	18	66	142	1,67 (1,30)	0,78-3,56 (0,253)
Diabetes mellitus	9	28	71	132	0,59 (1,15)	0,26-1,33 (0,282)
Antecedentes de asma bronquial	22	41	58	119	1,10 (0,02)	0,60-2,01 (0,876)
Anemia durante el embarazo	27	33	53	127	1,96 (4,22)	1,07-3,57 (0,039)
Preeclampsia	12	19	68	141	1,30 (0,22)	0,60-2,85 (0,633)
Infecciones vaginales	53	69	27	91	2,58 (10,50)	1,48-4,52 (0,001)
Infecciones urinarias	46	69	34	91	1,78 (3,85)	1,03-3,06 (0,049)
Infecciones respiratorias	29	55	51	105	1,08 (0,02)	0,61-1,90 (0,885)

Fuente: libros de Registro de Partos del Hospital Universitario "Dr. Antonio Luaces Iraola", Ciego de Ávila.

La existencia de embarazo múltiple constituye un factor de riesgo para el desarrollo del parto antes de las 37 semanas de gestación; esta asociación fue expuesta por Barrios y González en sus publicaciones, pero en esta investigación no resultó significativa (OR 2,05; X² 0,40; IC 95% 0,49-8,43; p 0,525)^(5,15).

Las alteraciones del volumen del líquido amniótico son factores de riesgo a considerar ante la posibilidad de tener un parto prematuro; en esta investigación no se demostró que dicha alteración estuviese asociada a su aparición.

Las anomalías del útero producen la interrupción anticipada de la gestación con abortos precoces y tardíos y, sobre todo, con partos prematuros (OR 1,21; X² 0,16; IC 95% 0,62-2,38; p 0,684), así lo demuestran los resultados estadísticos de esta investigación; es importante señalar que no es significativa su aparición. La placenta previa no presenta asociación estadística con el desarrollo de partos prematuros en las gestantes del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila (OR 0,48; X² 0,32; IC 95% 0,10-2,34; p 0,568).

No se obtuvo asociación entre la RCIU en las gestantes del Área Norte y el desenlace de partos prematuros (OR 0,35; X² 2,06; IC 95% 0,09-1,24; p 0,150). Esto no coincide con Godoy, pues la mayor proporción de recién nacidos con retardo del crecimiento intrauterino fueron prematuros, lo cual representa un 64%, con una media de edad gestacional de 33,1 ± 3,1 semanas⁽¹⁷⁾ (Tabla No.6).

Tabla No.6. Asociación según factores de riesgos obstétricos y partos prematuros. Área Norte, municipio Ciego de Ávila, 2011-2012.

Factor	Expuestos		No expuestos		OR (X ²)	IC 95% (p<0,005)
	Casos	Controles	Casos	Controles		
Embarazo múltiple	4	4	76	156	2,05 (0,40)	0,49-8,43 (0,525)
Alteración del líquido amniótico	12	25	68	135	0,95 (0,00)	0,45-2,01 (0,949)
Enfermedades del útero	17	29	63	131	1,21 (0,16)	0,62-2,38 (0,684)
Placenta previa	2	8	78	152	0,48 (0,32)	0,10-2,34 (0,568)
RCIU	3	16	77	144	0,35 (2,06)	0,09-1,24 (0,150)

Fuente: libros de Registro de Partos del Hospital Universitario Dr. "Antonio Luaces Iraola", Ciego de Ávila.

CONCLUSIONES

En el estudio se encontró asociación estadística significativa del el parto prematuro con los siguientes factores de riesgo: antecedentes de abortos en embarazos anteriores, el bajo peso materno, la ganancia insuficiente de peso durante el embarazo, la anemia durante la gestación, las infecciones vaginales y urinarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mejía Guizado MI, González Falla CV. Guía de práctica Clínica: parto prematuro [Internet]. Lima: Hospital Nacional Cayetano Heredia, Departamento de Obstetricia y Ginecología; 2013 [citado 17 Nov 2013]. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2013/rd_481_2013.pdf
- Retureta Milán S, Rojas Álvarez L, Retureta Milán M. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del municipio Ciego de Ávila. Medisur [Internet]. 2014 [citado 26 Dic 2014];13(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/297>
- Couto Núñez D, Nápoles Méndez D, Montes de Oca Santiago P. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. MEDISAN [Internet]. 2014 [citado 12 Ago 2014];18(6):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000600014&lng=es
- Peña Sisto M, Ortiz Moncada C, Sisto Peña L, Pascual López V, Toirac Lamarque A. La enfermedad periodontal como factor de riesgo para partos pretérmino y nacimiento de niños con bajo peso. MEDISAN [Internet]. 2006 [citado 2 Feb 2008];10: [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_e_06/san04%28esp%2906.pdf
- Barrios, V. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Rev Nac Itauguá [Internet]. 2012 [citado 26 Feb 2014];4(2):1-7. Disponible en: <http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/delnacional/article/download/204/153>
- Illescas Castañeda AJ. Factores de riesgo clínicos y prevención del parto prematuro. Rev Per Ginecol Obstet [Internet]. 2008 [citado 26 Feb 2014];54:11-4. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n1/pdf/a04v54n1.pdf
- Sarasqueta P. Mortalidad infantil por malformaciones congénitas y prematurez en la Argentina: análisis de los criterios de reducibilidad. Arch argent pediatr [Internet]. 2006 [citado 17 Nov 2006];104(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S032500752006000200012&script=sci_arttext&lng=pt

8. Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret E, Fuentes A, Del Río MJ, Marong C et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Rev Méd Chile [Internet]. 2012 [citado 26 Feb 2014];140(1):3-10. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000100003&script=sci_arttext
9. Coutiño IS, González RR, Hernández RJ. Factores de riesgo para la prematuridad. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2013 [citado 26 Feb 2014];81: [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom139b.pdf>
10. Zeledón E. Influencia de los sucesos perinatales en la incidencia de la mortalidad infantil en Costa Rica en el periodo 2006-2010. Rev Enfer Act en Costa Rica [Internet]. 2012 [citado 21 Feb 2014];23: [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/mortalidadinfantil.pdf>
11. Satoshi Hirakata C. Asociación de talla baja de la gestante con riesgo de parto pretérmino [tesis]. Lima: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/495/1>
12. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Amenaza de parto pretérmino [Internet]. En: Hospital Universitario Barcelona. Protocolos Asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Barcelona: HUB; 2012 [citado 8 Ago 2012]. Disponible en: https://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/amenaza_de_parto_pretermino_hcp_hsjd.pdf
13. Surkan PJ. Partos prematuros y con bajo peso para la edad gestacional y el riesgo de muerte fetal. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. [Internet]. 2005 [citado 7 Ene 2008];24(2):52-60. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91224202.pdf>
14. Urdaneta RJ, Sánchez K, Cepeda M, García J, Briceño O, Baabel N. Anemias nutricionales en gestantes. MedULA [Internet]. 2013 [citado 21 Feb 2014];22(2):2-5. Disponible en: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/38602/3/articulo_2.pdf
15. González MC, Pérez Y, Maldonado C. Comportamiento del bajo peso al nacer en el Policlínico "Belkys Sotomayor Álvarez" de Ciego de Ávila en el cuatrienio 2007-2010. MediCiego [Internet]. 2011 [citado 21 Feb 2014];17(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/pdf/T5.pdf
16. Rodríguez S, Ramos R, Hernández R. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. Rev Ginecol y Obst de Méx [Internet]. 2013 [citado 23 May 2014];81(9):499-503. Disponible en: http://content.ebscohost.com/pdf29_30/pdf/2013/7KM/01Sep13/90300843.pdf?T=P&P=AN&K=90300843&S=R&D=lth&EbscoContent=dGJyMMTo50SeprQ4yOvsOLCmr0yepRBSsam4S7C WxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGnr06vr7JJuePfgex64fg3%2Bp9
17. Sepúlveda E, Crispí F, Pons A, Gratacos E. Restricción del crecimiento intrauterino. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2014 [citado 26 Dic 2014];25(6):958-63. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90374088&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=75&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v25n06a90374088pdf001.pdf

Recibido: 20 de noviembre de 2014

Aprobado: 20 de julio de 2015

Dra. Dunia Mabel Díaz Pérez
Policlínico Universitario Área Norte
Calle Bembeta No.63, Oeste. Ciego de Ávila, Cuba. CP.65100
Correo electrónico: duniadp@ciego.cav.sld.cu