

**Universidad de Ciencias Médicas  
Ciego de Ávila**

**Título: Factores de riesgo asociados de bajo peso  
al nacer. Municipio de Ciego de Ávila. 2011-2012.**

**Autora: Dra. Grethel González González**

**Ciego de Ávila  
2014**

**Universidad de Ciencias Médicas  
Ciego de Ávila**

**Título: Factores de riesgo asociados de bajo peso al  
nacer. Municipio de Ciego de Ávila. 2011-2012.**

**Tesis en opción al título de Especialista en Primer  
Grado en Medicina General Integral**

**Policlínico Docente Antonio Maceo**

**Autora: Dra. Grethel González González. Aspirante a  
especialista de primer grado en Medicina General Integral**

**Tutora: Dra. Silvia Retureta Milán. Especialista de 1er  
grado en Medicina General Integral. Profesor instructor.**

**2014**

## ÍNDICE:

|                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| Portada.....                    | 1     |
| Portadilla.....                 | 2     |
| Resumen.....                    | 4     |
| Introducción.....               | 5-10  |
| Marco Teórico.....              | 11-23 |
| Materiales y Métodos.....       | 24-31 |
| Análisis y Discusión.....       | 32-44 |
| Conclusiones.....               | 45    |
| Recomendaciones.....            | 46    |
| Referencias Bibliográficas..... | 47-64 |
| Anexos.....                     | 65-87 |

## RESUMEN.

Con el objetivo de determinar los factores de riesgo que se asocian a el bajo peso al nacer realizó un estudio del tipo casos y controles en el municipio de Ciego de Ávila, se realizó un análisis de los factores de riesgo que tienen mayor fuerza de asociación con el nacimiento de niños bajos pesos en las áreas de estudio. El universo estuvo constituido por todas la mujeres que presentaron recién nacidos bajos pesos en los años 2011-2012. La información se obtuvo mediante una planilla para recolectar datos y los resultados fueron expuestos en tablas, entre los principales resultados se encontró que las pacientes que más presentaron niños bajos pesos fueron con edades comprendidas entre los 18 y 34 años y con un nivel de escolaridad preuniversitaria, el área de salud Norte fue la más afectada, el bajo peso materno a la captación, la baja talla, la ganancia de peso baja durante el embarazo y la anemia, dentro de los antecedentes el haber tenido un bajo peso anterior, embarazadas fumadoras, la hipertensión arterial, las infecciones vaginales y urinarias, la gemelaridad y la restricción de crecimiento intrauterino presentaron asociación estadística significativa con el bajo peso al nacer. El parto prematuro fue la principal causa de bajo peso al nacer.

## INTRODUCCION

### **Antecedentes:**

El nacimiento de un niño con bajo peso es un motivo de preocupación para los profesionales de la salud y constituye un indicador del estado de salud de la población.

La Organización mundial de la salud (OMS) ha definido bajo peso al nacer a aquel peso menor de 2500 gr, pero ésta es una clasificación para comparación internacional de salud neonatal y pública que incluye infantes prematuros que aún, siendo pequeños tienen peso y longitud adecuados a su edad gestacional. El niño con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) se define como aquél que nace con un peso menor de percentil 10, corregido para la edad gestacional. (1, 2)

Los expertos de la OMS plantean que 1 de cada 6 niños nace con bajo peso, y se reporta un índice del 17 % a nivel mundial; el mayor número lo aportan los países en vías de desarrollo con un 17 %, y en los menos desarrollados un 18 %, de los más de 20 millones de nacimientos con bajo peso que se calculan, la mayoría se producen todos los años en el mundo actual en desarrollo, más de la mitad ocurren en Asia Meridional y más de una tercera parte en África. En cambio, el bajo peso al nacer en los países industrializados presenta un promedio de 7 %, es decir, igual al de Asia Oriental y el Pacífico y entre el 40 a 70 % son nacidos producto de un parto prematuro. (4)

La disminución del Bajo Peso Nacer (BPN) también es un componente importante de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, específicamente el objetivo 4: “Reducir la mortalidad infantil en dos terceras partes entre 1990 y 2015”. De las acciones dirigidas hacia el logro de dicho objetivo se encuentran que las mujeres empiecen el embarazo saludables y bien nutridas, y transcurran la gestación y el nacimiento en forma segura con el desarrollo de una atención prenatal rigurosa. Por lo tanto,

el BPN es un indicador importante del progreso hacia estas metas acordadas internacionalmente. (6)

Los recién nacidos con BPN se clasifican en tres grupos:

1. Recién nacidos prematuros: nacidos antes de las 37 semanas cuyo peso es apropiado para su edad gestacional.
2. Recién nacidos prematuros con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU): nacidos antes de las 37 semanas, quienes son pequeños para la edad gestacional.
3. Recién nacidos a término con RCIU: nacidos después de las 37 semanas, quienes son pequeños para la edad gestacional.

La incidencia de recién nacidos con RCIU en los países desarrollados es de aproximadamente 6,9%, y en los países en vías de desarrollo es de 23,8%, y su diagnóstico precoz es muy importante, ya que se puede evitar la asfixia y otras complicaciones en la vida intrauterina a las cuales son susceptibles estos recién nacidos, dando lugar a mejores resultados perinatales. (7)

En América Latina y el Caribe, por ejemplo, alrededor de 20 % de los recién nacidos no se pesan; en otras regiones, los indicadores oscilan entre 25 y 83 %.

El nacimiento de un niño bajo peso sobre todo con un peso inferior a 1500 gr, es un problema en cualquier unidad de recién nacidos, por las complicaciones que presentan y su difícil manejo, constituyen un grupo de alto riesgo biomédico que requieren de prolongadas hospitalizaciones y de un complejo manejo multidisciplinario; son muy dependientes de los servicios de salud considerando las frecuentes hospitalizaciones y necesidades de atención o rehabilitación, y representan una gran carga a la salud pública por los altos costos y especialmente los que nacen con peso inferior a 1 000 g, determinan el 60 % de la mortalidad neonatal y aproximadamente el 4 % de la mortalidad infantil, y de los que sobreviven, entre un 13 y un 24 % padecen trastornos neurológicos y entre un 6 y un 13 % déficit intelectual. (3)(rev1)

En esto también radica su importancia para la vida futura del niño, dado que estos tienen habitualmente múltiples problemas no sólo en el período perinatal y en la niñez sino también en la edad adulta, entre estos problemas se encuentran la mala adaptación social y diferentes impedimentos físicos y mentales que se hacen evidentes al llegar a la edad escolar.

En Cuba en 1981 cuando se estudió el riesgo obstétrico y se identificaron como factores de riesgo de bajo peso al nacer:

1. Embarazos en adolescentes menores de 17 años.
2. Desnutrición materna: peso inferior a 100 libras, talla inferior a 150 centímetros, bajo peso para la talla, ganancia insuficiente de peso durante la gestación.
3. Hábito de fumar.
4. Antecedente de niños con bajo peso.

Otros factores identificados que se tuvieron en cuenta fueron:

1. Aborto provocado.
2. Hipertensión arterial durante la gestación.
3. Incompetencia ístmico-cervical.
4. Embarazos múltiples.
5. Anemia.
6. Infección cervicovaginal.

La identificación de estos factores de riesgos, sirvió de base para el diseño de estrategias ante las condiciones económicas que enfrentaba el país creando así el Programa para la reducción del bajo peso al nacer el que se comenzó a ejecutar en 1983 y que permitió una disminución en los índices de mortalidad neonatal precoz de 11,2 a 5,4 por mil nacidos vivos en el período de 1980- 1989, este programa fue perfeccionado en 1993 y responde al concepto fundamental de complementar y enriquecer el objetivo específico referido a la mortalidad del recién nacido de bajo peso contemplado en el Programa Materno Infantil (1; 9-13).

A partir de aquí, el índice de BPN tuvo una disminución progresiva; siendo en el 2007 de 5,2 de modo que en los años 2008 y 2009 se lograron las cifras más bajas de la historia con un índice de 5,1%.(12)

No solo en Cuba se han alcanzado progresos en cuanto a la disminución del índice de bajo peso en otros países también se ha producido su disminución entre los que se destacan Jamaica, Perú, República Dominicana en América latina, en los países industrializados presenta un promedio de 7 %, es decir, igual al de Asia Oriental y el Pacífico, la incidencia más reducida (4 %) se registra en Estonia, Finlandia, Islandia, Lituania y Suecia (14)

En la provincia Ciego de Ávila durante el año 2011 según reporte del Departamento de estadística se produjo un total de 5267 partos de ellos 261 presentó como resultado un recién nacido bajo peso lo que representa una tasa de 5,0%, en el municipio Ciego de Ávila en este mismo año del total de nacidos el 5,4% fueron bajos pesos, lo que indica una cifra superior a la de la provincia, lo que constituye un problema a resolver

### **Justificación del estudio:**

A pesar del progreso de las tecnologías para la detección del bajo peso al nacer y de los tratamientos establecidos, su frecuencia se incrementa, sobre todo por una serie de factores de riesgo que durante el embarazo, pueden identificarse y tratarse adecuada y oportunamente durante la atención prenatal, atendiendo a la importancia que estos requieren motivó la realización de esta investigación, y conlleva a formular la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgos asociados con el bajo peso al nacer en las áreas de salud del municipio Ciego de Ávila?

**Objetivo general:**

- Identificar los factores de riesgos de bajo peso al nacer en las áreas de salud del municipio Ciego de Ávila en los años 2011-2012.

**Objetivos específicos:**

- Describir algunas características sociales y demográficas en las pacientes con recién nacidos bajos pesos.
- Identificar los factores de riesgos presentes en las pacientes con recién nacidos bajos pesos.
- Describir la frecuencia con que se presenta el bajo peso al nacer según su clasificación en las áreas de estudio.

**Hipótesis de investigación:** los factores de riesgos de bajo peso al nacer presentes en las gestantes del municipio Ciego de Ávila están asociados al nacimiento de niños con peso inferior a los 2500g.

**Fundamento metodológico:**

La investigación que se presenta se realizó en etapas, primeramente se realizó un análisis descriptivo de las variables que sirven para caracterizar a las madres que tuvieron niños con bajo peso a su nacimiento según: edad y escolaridad materna, peso del recién nacido, peso y talla materna, hábito de fumar y alcoholismo, antecedentes de recién nacidos bajos pesos y su distribución por áreas de salud. Para esto se utilizó medidas de resumen en números absolutos y porcentajes, en un segundo momento se procedió un análisis univariado simple para determinar la asociación de los factores de riesgos y el bajo peso al nacer, y por último se estableció la relación que existe entre el bajo peso al nacer y el parto prematuro.

## **Métodos de investigación utilizados:**

Se utilizaron los métodos generales de los niveles teóricos y empíricos.

Métodos del nivel teórico:

Histórico - Lógico: Se realizó una revisión del tema partiendo del problema de investigación en el contexto internacional, nacional y local para explicar el comportamiento del bajo peso al nacer en las áreas de salud de estudio.

Análisis – Síntesis: Se interpretaron los resultados de investigaciones anteriores encontradas en las referencias bibliográficas que orientaron a la solución del problema científico planteado.

Métodos del nivel empírico:

Planilla para recolectar datos: la información de los libros de Registros de partos del Hospital Antonio Luaces Iraola, las historias clínicas y carnets obstétricos de las pacientes de las áreas de salud del municipio Ciego de Ávila que presentaron recién nacidos con bajo peso en el período 2011 y 2012, esta información fue recogida en una planilla para recolectar datos creada por el tutor de la investigación.

La observación: se realizó mediante un estudio del tipo casos y controles con una regresión logística simple o análisis univariado entre cada una de las variables o factores de riesgo y el bajo peso al nacer.

El análisis estadístico: relacionado con los marcadores y los factores de riesgo se utilizó el tanto por ciento como unidad de resumen para el análisis descriptivo y en la etapa analítica se realizó un análisis entre cada uno de las factores de riesgo y el bajo peso al nacer, se precisó la estimación puntual de la asociación causal mediante "la razón de productos cruzados" u Odds Ratio y se calculó el intervalo de confianza del 95%. Se aplicó una regresión logística simple o análisis univariado entre cada una de las variables explicativas o independientes (factores de riesgo) y la variable de respuesta o dependiente (bajo peso al nacer).

## MARCO TEÓRICO.

En el presente acápite se realiza una exposición de los estudios realizados sobre el nacimiento de niños bajos pesos, después de realizar una exhaustiva revisión de la bibliografía relacionada con el tema.

En toda sociedad hay individuos, familias y hasta grupos, conocidos como vulnerables, cuya probabilidad de enfermar o morir es mayor que la de otros. Estos grupos deben ser identificados en la medicina preventiva, para que al identificar el riesgo, se puedan ejercer acciones de salud que tiendan a disminuir la probabilidad de enfermar. Gracias a la Atención primaria de salud (APS), con el desarrollo de la medicina comunitaria, en el subsistema de atención del Médico y Enfermera de Familia, y a través de la dispensarización, se logra una profundización en la identificación de los factores de riesgo en grupos vulnerables de la población dentro de los cuales el materno infantil ocupa un lugar de alta prioridad (15; 16).

### **Factores de riesgos para el bajo peso al nacer.**

Un factor de riesgo, es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de experimentar daño a la salud, al mismo tiempo los factores de riesgos pueden ser tanto indicadores de riesgos como causas reales de daño a la salud. La modificación de los factores causales de las enfermedades intercurrentes en el embarazo forman parte de los enfoques preventivos clásicos en la salud materno infantil, existen factores de riesgos que pueden ser modificados directamente ya sea; mediante la promoción de salud y/o la intervención sobre los factores de riesgos por los trabajadores de la salud. (6, 17)

El embarazo y la maternidad en la paciente con edad inferior a los 18 años, es un problema que preocupa a las sociedades, tanto por su frecuencia como por los efectos que tiene en la madre, en ocasiones el embarazo irrumpe como un fenómeno no deseado o no planificado, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción familiar, lo que conduce a un

control prenatal tardío o insuficiente, asociado a este proceso de transformación como es la adolescencia, aún no se alcanzan la madurez física y mental para la concepción de un embarazo, estos son contribuyentes a que la gestante adolescente presente un elevado índice de bajo peso al nacer. En edades superiores a los 35 años, a medida que avanza la edad se produce una tendencia a padecer de enfermedades crónicas a las que se les suman las modificaciones fisiológicas del embarazo que empeoran el pronóstico y los resultados de la gestación. De Céspedes (2013) encontró una asociación entre las edades inferiores a 20 años y las superiores a 35 años con el bajo peso al nacer. (7, 18-21)

La escolaridad materna según Ruíz Martínez desempeña un rol importante en la aparición de parto prematuro y bajo peso al nacer debido a que a menor grado de escolaridad menor cultura sanitaria y por ende mayor índice de enfermedades en estudio realizado por él acerca de embarazo en la adolescencia en Nicaragua encontró que un 60% había cursado la primaria pero no habían continuado estudios y de esa misma muestra un 40% no se efectuaron un seguimiento prenatal adecuado padeciendo en su mayoría de anemias, trastornos relacionados con la nutrición, entre otras complicaciones llevando al traste como resultado final un niño bajo peso.(22)

El programa para la reducción del bajo peso al nacer plantea que los niños, nacidos con un peso inferior a los 2500 g, presentan riesgo de mortalidad 14 veces mayor durante el primer año de vida, en comparación con los niños que nacen con un peso normal a término. Cuando la causa del bajo peso ha sido un retardo del crecimiento intrauterino, este puede hacerse irreversible después del nacimiento y acompañarse de funciones mentales inferiores a las normales, además de secuelas neurológicas e intelectuales. El peso al nacer es sin dudas el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de tener un crecimiento y desarrollo satisfactorio; es por eso que el índice de bajo peso se considera un indicador general de salud, el nacimiento de un niño con peso inferior a los 1000g contribuye a una elevada morbilidad y mortalidad, debido a las

características fisiológicas y anatómicas de estos, el porcentaje de éstos con relación a todos los nacimientos es bajo (inferior al 0,7 %), sin embargo, este grupo constituye el 20 al 50 % de todos los niños que fallecen antes del primer año de vida, las alternativas actuales de tratamiento, como el uso prenatal de corticoides o el de surfactante pulmonar exógeno, contribuyen a mejorar la supervivencia y la calidad de vida de estos y a reducir la edad mínima de viabilidad. En investigación realizada por Bárcenas (2013) el peso de los recién nacidos se osciló entre los 2000 y los 2499 gramos. (13, 23-29)

El vínculo entre la salud nutricional materna y la calidad del producto de la concepción ha sido estudiado intensamente. El descenso de la mortalidad infantil lograda en los Estados Unidos en los últimos decenios se ha obtenido precisamente a expensas de la disminución del bajo peso al nacer (BPN). Este resultado puede comprenderse mejor si se tiene en cuenta que la disponibilidad de nutrientes para el desarrollo y crecimiento fetales dependen en gran medida del estado nutricional materno, no importa la concurrencia de otros eventos no nutricionales que también pueden repercutir sobre el BPN. Múltiples estudios han demostrado que la desnutrición crónica por defecto, la ganancia de peso insuficiente y la talla inferior a los 1.50cm, en el embarazo sobreañadido por una alimentación deficiente, son determinantes para el peso del futuro niño. Entre otros autores Rey Vilchez y sus colaboradores encontraron una relación entre la nutrición materna deficiente y el bajo peso al nacer. Así mismo se encontró asociación entre la desnutrición materna por defecto y el bajo peso al nacer en una comunidad Venezolana (2005-2006) y Ticona (2012) encontró la relación entre la talla inferior a los 1.50cm y el bajo peso al nacer. (30-35, 38)

La obesidad es un problema de salud que plantea un desafío significativo para la salud individual y pública, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres en edad reproductiva (20-39 años) se ha incrementado a más del doble en los últimos 30 años, con lo que actualmente dos tercios de esta población presentan

sobrepeso y un tercio obesidad. La ganancia de peso gestacional es un fenómeno complejo influenciado no sólo por cambios fisiológicos y metabólicos maternos, sino también por el metabolismo placentario. La prevalencia de una ganancia de peso mayor a la recomendada durante el embarazo varía de 36 a 54 % Las mujeres que al momento de embarazarse tienen un índice de masa corporal (IMC) normal y una ganancia de peso adecuada durante la gestación presentan una mejor evolución en embarazo y parto que aquellas mujeres con una ganancia de peso mayor a la recomendada. Asimismo, mujeres con una ganancia de peso gestacional mayor a la recomendada presentan un incremento en el riesgo de hipertensión asociada con el embarazo, diabetes gestacional, complicaciones durante el trabajo de parto, macrosomía, falla en la lactancia, retención de peso posparto y subsecuente desarrollo de obesidad. (36-38)

De acuerdo con datos aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la deficiencia de hierro es la carencia de nutrientes con mayor prevalencia en el mundo afecta cerca de dos mil millones de personas, la mitad de ellas por una deficiencia de hierro que se origina por un desequilibrio entre las necesidades y el aporte de hierro, y es lo que da lugar a la anemia. Dentro de los grupos más afectados esta la mujer en edad fértil por la pérdida de hierro debida a las menstruaciones o a la mayor demanda de hierro durante el embarazo. No siempre la dieta habitual satisface los requerimientos diarios hierro porque contiene cantidades insuficientes o tiene baja biodisponibilidad de este elemento. Encuesta Nacional de Nutrición (México 2006 ) reportó anemia en 15.5% de las mujeres no embarazadas y 20.6% de las embarazadas. La anemia presenta además un significación importante con el bajo peso al nacer, así lo demuestran López y Milanés que presentan en sus investigaciones evidencia científica sobre el tema (39- 42)

El antecedente de tener recién nacidos bajos constituye un factor de riesgo ligado al antecedente de parto prematuro, se dice que una mujer que haya tenido un parto prematuro anterior presenta mayor riesgo de que se repita en gestaciones

posteriores. Existe una tendencia a que los nacimientos prematuros posteriores se produzcan con la misma edad gestacional que los anteriores. Evidencia la tiene investigación realizada en el 2012 por López y sus colaboradores, en el que el 9,8% de las pacientes con recién nacidos bajos peso ya habían tenido un niño con peso inferior a los 2500g. (39- 41)

Los hábitos tóxicos son el consumo frecuente de alguna sustancia dañina para la salud y que resulta a veces difícil de superar, a pesar de tener conocimiento del peligro que su utilización ocasiona, en las embarazadas ocasiona diversos efectos adversos en el feto, el cigarrillo posee toda una serie de componentes orgánicos, químicos y nocivos, donde la nicotina y el monóxido de carbono son las sustancias más conocidas. Múltiples informes confirman que el hijo de madre fumadora posee mayor riesgo de padecer toda una serie de morbilidad dentro de las que se destacan el bajo peso al nacer. Mayo en estudio realizado en el período 2007-2008 encontró asociación entre el hábito de fumar y el bajo peso al nacer. La combinación del cigarro con el alcohol presenta efectos negativos para el producto de la concepción presentando además de bajo peso al nacer, parto prematuro. El alcohol puede transmitirse de la sangre de la madre a la sangre del bebé. Pasa a través de la placenta. Incluso una pequeña cantidad de alcohol puede dañar al feto. Los médicos no saben cuánto alcohol ingerido es suficiente para causar defectos. El riesgo aumenta con el consumo moderado a intenso de alcohol y los excesos. Pero incluso el hábito social de beber alcohol podría ser peligroso. (43-45)

Uno de los riesgos más importantes para los recién nacidos de bajo peso lo constituye el parto prematuro; que se entiende como aquel que se produce entre las semana 22 y la 36.6 de la gestación, constituye un problema de salud actual, que preocupa al sistema de salud, su frecuencia varía entre 5 y 12% en las regiones desarrolladas del mundo, pero puede ser de hasta 40% en las regiones más pobres la prematuridad es la principal mala condición obstétrica, por su alto

aporte a la morbilidad y mortalidad perinatal y por los costos que ella implica, tratándose de una condición multifactorial su fisiopatología no está aún plenamente dilucidada, por lo que se orienta la terapéutica a la prevención, por lo cual los factores prenatales que pueden influir en ella tienen gran importancia. Múltiples estudios hacen alusión de la relación del parto prematuro como principal causa de recién nacido bajo peso. (3, 23, 24, 34, 46-49)

La hipertensión arterial (HTA) es un síndrome cardiovascular complejo progresivo y multicausal que origina cambios funcionales y estructurales en el corazón y el sistema vascular que pueden conducir a la morbilidad y muerte prematura, es una de las complicaciones médicas más frecuentes y graves que pueden ocurrir en el transcurso de la gestación. Representa la primera causa de muerte materna en países desarrollados y la tercera en países en vías de desarrollo, el 5% de las mujeres antes del embarazo ya padecen hipertensión, mientras que del 5 al 8% padecen de hipertensión gestacional sobretodo en el tercer trimestre y aproximadamente el 25% de las mujeres con antecedentes de padecer de hipertensión arterial crónica desarrollan durante el embarazo una forma de hipertensión gestacional que se relaciona con la restricción de crecimiento intrauterino y el parto prematuro y por consiguiente con el bajo peso al nacer. La preclampsia, es un trastorno sistémico de etiología desconocida que afecta entre el 2 y el 7 % de los embarazos en nulíparas sanas; ella condiciona el bajo peso al nacer y un incremento de muertes perinatales, por otra parte, en países donde los controles prenatales no tienen un adecuado seguimiento, la preclampsia-eclampsia representa entre el 40-80 % de las muertes maternas. Vázquez Niebla en su estudio realizado demostró que en pacientes pre-eclámpicas el bajo peso fue 2,27 veces más frecuente que en las normotensas, y que en las hipertensas crónicas hubo 1,46 veces más niños con bajo peso, por lo que concluyó que el recién nacido de bajo peso es una de las complicaciones más frecuentes en embarazadas con hipertensión arterial. (21, 22, 49-53)

El hijo de madre con diabetes puede sufrir alteraciones durante el embarazo por la enfermedad materna, cuando aparece en la segunda mitad de la gestación

hablamos de fetopatía diabética, más frecuente en mujeres con descontrol metabólico y en la diabetes *mellitus* gestacional (DMG). La edad, obesidad, ganancia de peso durante el embarazo, grado de intolerancia a la glucosa, entre otros, pueden influir como determinantes del crecimiento fetal, investigación realizada por Álvarez Zapata (2012) encontró que el bajo peso al nacer se encuentra asociado a la diabetes *mellitus* gestacional entre otros factores. (54)

El asma bronquial es una enfermedad crónica, inflamatoria, que se caracteriza por hiperreactividad bronquial de origen multifactorial, que ocasiona tos y disnea de grado variable y de carácter reversible, como resultado final hay reducción de la luz bronquial como consecuencia de un espasmo de la musculatura, edema y secreción de moco. Se plantea que el asma bronquial puede complicar el embarazo en un 4 % y ocasiona trastornos en la oxigenación materno-fetal cuando no se controla adecuadamente. Se ha demostrado en estudios que la enfermedad empeora en el 37 % de las embarazadas, mejora en un 29 % y sigue igual en un 37 %, y es más frecuente en el segundo trimestre e inicio del tercero y casi no se produce en las últimas cuatro semanas del embarazo y trabajo de parto. El control del asma antes y durante el embarazo es importante para una buena salud materno-fetal, ya que cuando se logran evitar episodios graves las pacientes embarazadas suelen tener embarazos normales y niños saludables. Para este control se pueden usar tratamientos habituales, ya que científicamente se ha demostrado que los medicamentos antiasmáticos prácticamente no tienen riesgos de malformaciones congénitas ni otras complicaciones, y la vía de elección es por aerosoles, Sanabria Arías (2013) en su investigación encontró el asma Bronquial como causa de niños con bajo peso al nacer entre otras variables. (40, 55, 56)

La cardiopatía es la causa más frecuente de muerte materna indirecta en el mundo y se espera que el número de gestantes con cardiopatía crezca en los próximos años. La prevención de las complicaciones cardiovasculares constituye un objetivo primordial del sistema de salud. Estudio realizado por Fayad demostró que dentro de la morbilidad perinatal, representó el mayor porcentaje la restricción

del crecimiento fetal (4,6 %), por el contrario Pérez Ramírez en su investigación no halló relación de las enfermedades cardiovasculares con el bajo peso al nacer. (41, 57)

Las infecciones vaginales afectan a mujeres de todas las edades, tanto a las que están activas sexualmente, como a las que no lo están. La mayoría ha tenido una infección vaginal por lo menos una vez en su vida, esta es la razón principal de las visitas de las mujeres adultas a ginecólogos y médicos de la atención primaria. La gestación constituye un factor para la aparición de las infecciones vaginales, algunas mujeres conviven con estas y en ocasiones pasan inadvertidas, pero durante el embarazo esto constituye un grave problema, ya que representan un factor de riesgo para la producción de una rotura prematura de membrana, parto prematuro y sus consecuencias, incluso el nacimiento de un producto con bajo peso. El síndrome de flujo vaginal es un proceso infeccioso de la vagina caracterizado por uno o más de los siguientes síntomas: flujo, prurito vulvar, ardor, irritación, disuria, dispareunia, fetidez de las secreciones vaginales, determinados por la invasión y multiplicación de cualquier microorganismo y como resultado de un desbalance ambiental en el ecosistema vaginal Este síndrome se clasifica en vaginitis y cervicitis, la vaginitis es producida por trichomonas, candidas y los gérmenes responsables de la vaginosis bacteriana, es la causa más común de flujo vaginal, es fácil de diagnosticar y sus complicaciones son frecuentemente relacionadas con morbilidad materna infantil. López y sus colaboradores (2012) en estudio realizado sobre los factores de riesgos relacionados con el bajo peso al nacer encontró una relación significativa de las infecciones cervicovaginales con el bajo peso, Prieto Herrera (2011) también encontró una relación entre las infecciones vaginales y el bajo peso al nacer. (29, 40, 58-61)

El embarazo es un suceso fisiológico de la mujer que tiene repercusión sobre múltiples órganos y sistemas y los riñones no están exentos de esos cambios, por lo que las estructuras renales sufren una serie de modificaciones que muchas veces alteran su normal funcionamiento. Para nadie es una incógnita que el

crecimiento de un útero grávido y el desequilibrio normal producido durante la gestación actúan sobre las diferentes funciones renales y crean alteraciones en el riñón o agravan la función de un riñón dañado previamente. De 3 a 8 % de las gestantes, presenta un número significativo de bacterias en la orina (bacteriuria asintomática), aún sin exhibir síntomas. Cerca de 40 % de gestantes portadoras de bacteriuria asintomática no tratada pueden desarrollar infecciones sintomáticas en vejiga o riñones (cistitis aguda o pielonefritis). Navas en su investigación sobre las patologías médicas asociadas a la hipertensión encontró a la infección del tracto urinario como una de las representativas. (52, 62-65)

El embarazo gemelar es una de las entidades que mayor preocupación ha causado a obstetras y neonatólogos, perteneciendo al grupo de alto riesgo. La morbilidad y mortalidad están ligadas a la mayor incidencia de prematuridad y bajo peso, a los que se añaden las patologías específicas del embarazo múltiple. González Mora en estudio realizado (2007-2010) encontró un predominio del embarazo gemelar y la enfermedad hipertensiva gravídica sobre el bajo peso al nacer (66, 67)

La placenta previa se define clásicamente como aquella implantada en el segmento inferior del útero Pero una definición actual establece que es la implantación de la placenta en el cuello uterino la que tendría un mejor sustento fisiopatológico, evolutivo y práctico, se clasifica como previa la que cubre parcial o totalmente el orificio cervical interno y marginal la que se encuentra máximo a 3 centímetros del orificio cervical interno sin cubrirlo. Es la responsable del 13% de los sangrados vaginales en el tercer trimestre y tiene relación con el parto prematuro y la restricción de crecimiento intrauterino por lo tanto está asociada al bajo peso al nacer de una manera indirecta. (29, 68)

El término restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) es un proceso que afecta el crecimiento normal del feto que lo da como resultado un recién nacido cuyo crecimiento es menor que su potencial de crecimiento inherente, por debajo del 10 percentil para la edad gestacional dada, su frecuencia en el mundo es de 10% en

la población general, su incidencia varía de acuerdo a la edad gestacional: un 5% en el embarazo a término; 1,5% en el postérmino y 1% en el pretérmino. Estudio realizado en el 2011 en Villa Clara demostró una incidencia de 2,7% en los años de estudio. (69, 70-73)

### **Repercusión social del bajo peso al nacer.**

La prevención del bajo peso al nacimiento debe ser una de las prioridades en la salud pública de todos los países, por su frecuente incidencia y por el impacto que tiene en salvar vidas con una larga expectativa. Obviamente, la sobrevida y la incidencia de complicaciones están íntimamente relacionadas con la edad gestacional y el peso al nacimiento, son relevantes los recién nacidos de bajo peso extremo, pues en ellos se verifica con mayor frecuencia el fracaso terapéutico. Las publicaciones perinatales, son consistentes en describir, que dentro de los factores de riesgo la edad gestacional y el peso de nacimiento son determinantes de la sobrevida de los prematuros extremos, menor edad y menor peso, determina menor sobrevida. Los RN pequeños para la edad gestacional (PEG) tienen mayor riesgo de desarrollar síndrome de dificultad respiratoria y mayor mortalidad en cada edad gestacional. (39, 74-77)

El nacimiento de niños prematuros y bajos pesos traen consecuencias desde el punto de vista social que no solo implican por su importancia para la morbilidad y la mortalidad infantil, sino que estos niños, por lo general, presentarán en lo adelante múltiples problemas, tanto en el período perinatal como en la niñez, la adolescencia y aún en la edad adulta a los supervivientes a menudo les ocurren discapacidades neurológicas: trastornos del lenguaje y aprendizaje, alteraciones visuales y auditivas, retraso mental y parálisis cerebral. (3, 47, 78)

El nacimiento prematuro y el bajo peso al nacer están considerados como los principales factores riesgo asociado a diversos trastornos neurológicos (que ensombrecen el futuro del neonato); está evaluado como uno de los factores de riesgo establecido para la parálisis cerebral en la infancia, y se ha visto que los

neonatos con peso inferior a 2000g tienen un riesgo 10 veces de sufrir parálisis cerebral, que los nacidos con peso adecuado. (79)

El nacimiento de niños prematuros y bajos pesos traen consecuencias desde el punto de vista social que no solo implican por su importancia para la morbilidad y la mortalidad infantil, sino que estos niños, por lo general, presentarán en lo adelante múltiples problemas, tanto en el período perinatal como en la niñez, la adolescencia y aún en la edad adulta a los supervivientes a menudo les ocurren discapacidades neurológicas: trastornos del lenguaje y aprendizaje, alteraciones visuales y auditivas, retraso mental y parálisis cerebral. Todas con unos costos sociales y económicos significativos para los sistemas de salud y las comunidades. En las familias, a los costos socioeconómicos se suma el imponderable costo emocional. Se calcula que entre el 13 y el 24 % padecen trastornos neurológicos y entre el 6 y el 13 % déficit intelectual; repercutiendo en la adaptación social y calidad de vida. (80)

El neonato al nacer con bajo peso sufre entre otras consecuencias el retraso mental el cual está definido como una condición, por lo general permanente, originada en algún momento de la vida entre el nacimiento y los 18 años de edad, y caracterizada por una capacidad intelectual deficiente y por la alteración concomitante de la actividad adaptativa. Es considerado como un síndrome que comprende muchas entidades clínicas. Su principal característica es el déficit de la función intelectual. Según algunos autores se trata de un estado de desarrollo mental incompleto, que el individuo es incapaz de adaptarse, por sí mismo, al medio ambiente normal de sus compañeros. La capacidad intelectual general de la persona es significativamente inferior al coeficiente intelectual promedio (aproximadamente un coeficiente de inteligencia de 70 o menor), y su comportamiento no presenta el nivel de independencia personal y de responsabilidad social esperado a esa edad y en la cultura de esa persona (81).

Los recién nacidos extremadamente prematuros requieren la atención de personal altamente calificado y el uso de tecnología sofisticada, a menudo durante periodos largos. Además, se espera que los costos continúen elevándose debido a la disponibilidad de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

Se plantea, que más de la mitad de los costos hospitalarios directos están relacionados con los cuidados de los recién nacidos con bajo peso cuya causa fundamental se produce por el parto prematuro. El estado cubano invierte cuantiosas sumas en la modernización de las salas de cuidados de estos niños, y en la preparación y especialización del personal que se encarga directamente de lograr la preservación de sus vidas. (82)

### **Actividades de prevención para el bajo peso al nacer.**

En Cuba, durante los últimos 50 años también se han realizado acciones para la protección de la salud perinatal, el Ministerio de salud pública (1980) decide elaborar un programa que no solo abarcará la mortalidad infantil sino también la perinatal, preescolar, escolar y materna y se crea el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI), destacando al bajo peso al nacer por su influencia en la mortalidad infantil, para ello iniciado 1981 se estudió el riesgo obstétrico y se identificó los factores de riesgo de bajo peso al nacer, esto sirvió de base para el diseño de estrategias ante las condiciones económicas que enfrentaba el país así quedó creado el Programa para la Reducción del Bajo Peso al Nacer el que se comenzó a ejecutar en 1983 y que permitió una reversión favorable con un rápido impacto en la situación del índice de bajo peso al nacer, que incluye el parto prematuro, para la ejecución de los programas de salud se hizo necesario la creación de un nuevo modelo de atención quedando constituido en 1984 el Sistema de Médico y Enfermera de la Familia, constituido por un equipo multidisciplinario cuyas acciones de salud están encaminadas a la prevención e identificación de riesgos, pudiendo ejercer acciones de salud y educativas que tiendan a disminuir la probabilidad de enfermar. (13, 29)

Otras de las actividades realizadas por las nuevas políticas de salud en Cuba fue la creación y la extensión por el país de los hogares maternos, que atienden a las mujeres en condiciones de riesgo con sus embarazos y en los que se le brindan actividades de psicoprofilaxis y de educación mediante el programa de Maternidad y Paternidad responsables condicionados por el actual modelo de atención primaria o médico de la familia que han dado completa cobertura, para constituir una causa imprescindible de fortalecimiento de la institución de los hogares maternos, pues desde cada uno de los consultorios se controla el seguimiento de la embarazada y su ingreso en la casa de descanso para la maternidad. (83)

## MATERIAL Y MÉTODO

### **Aspectos generales del estudio:**

Analítico de tipo casos y controles.

El diseño de la metodología se realizó en 3 fases.

Primeramente un estudio observacional descriptivo para determinar algunas características sociales y demográficas de las gestantes que tuvieron un recién nacido con bajo peso, en un segundo momento un estudio del tipo casos y controles que nos permitió realizar un análisis de los factores de riesgo que con mayor fuerza de asociación se presentan en las áreas de salud del municipio Ciego de Ávila dando salida al objetivo número dos. Luego se procedió a establecer la relación del bajo peso al nacer con el parto prematuro

**Universo de estudio:** Total de mujeres que presentó como resultado de su embarazo un recién nacido con peso inferior a los 2500g (bajo peso) independientemente de la edad de gestación en el municipio Ciego de Ávila nacidos en el Hospital Antonio Luaces Iraola. Años: 2011-2012.

**Métodos de obtención de información:** Planilla de recolección de datos.

**Tipo de muestreo:** El total de pacientes con recién nacidos con bajo peso y los controles fueron hallados por muestreo de pareamiento atendiendo a tiempo y lugar.

### **Cumplimiento del objetivo 1:**

Describir algunas características sociales y demográficas en las pacientes con recién nacidos bajos pesos.

Diseño: Observacional descriptivo.

Universo: Total de gestantes del municipio Ciego de Ávila, que presentaron como producto de la concepción recién nacidos con bajo peso (menos de 2500g de peso) en los años: 2011-2012.

Medidas de resumen: Números absolutos y porcentajes.

Variables: edad y escolaridad materna, peso y talla materna, antecedentes de recién nacidos bajos pesos, hábito de fumar y alcoholismo y su distribución por áreas de salud.

Recolección de la información: Planilla de recolección de datos.

## **Cumplimiento del objetivo 2**

Identificar los factores de riesgo de prematuridad

Diseño: Analítico de tipo casos y controles.

Casos: Total de gestantes del municipio Ciego de Ávila, que presentaron como producto de la concepción recién nacidos con bajo peso (menos de 2500g de peso) en los años: 2011-2012.

Controles: dos pacientes que al terminar la gestación tuvieron un 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 por el Microsoft Excel.

**Medidas de asociación:** Para el análisis bruto la Razón de disparidad (OR).

**Medida de impacto potencial:** Se aplicó una regresión logística simple o análisis univariado entre cada una de las variables explicativas o independientes (factores de riesgo) y la variable de respuesta o dependiente (recién nacido bajo peso), 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         |

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

Significación estadística: Valor del OR y el Intervalo de Confianza para el 95 % (IC 95%).

Si  $OR < 1$ : No existe asociación estadística.

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

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

### **Cumplimiento del objetivo 3:**

Establecer la relación que existe entre el bajo peso al nacer y el parto prematuro en las áreas de estudio.

Diseño: Observacional descriptivo.

Universo: total de niños nacidos prematuros bajos pesos pertenecientes a las áreas de salud del municipio Ciego de Ávila en el período de estudio.

Medidas de resumen: Números absolutos y porcentajes.

**Operacionalización de las variables:**

| <b>Variables</b>       | <b>Tipo</b>           | <b>Escala de clasificación</b>                                     | <b>Definición</b>                               | <b>Indicador</b>                                                             |
|------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Edad materna           | Cuantitativa continua | Menores de 18 años<br>18 a 34 años<br>35 años o más                | Edad cumplida                                   | Porcentaje de mujeres menores de 18 años, de 18 a 34 años y de 35 años o más |
| Escolaridad materna    | Cualitativa ordinal   | Primaria<br>Secundaria básica<br>Preuniversitario<br>Universitario | Grado de escolaridad vencido                    | Porcentaje de mujeres según escolaridad.                                     |
| Peso del recién nacido | Cuantitativa continua | Menos de 2500 gr<br>2500 gr o más                                  | Bajo peso al nacer : peso inferior a los 2500gr | Porcentaje de mujeres con recién nacido con peso inferior a 2500 gr.         |
| Peso materno           | Cuantitativa continua | Deficiente                                                         | IMC $\leq 18.8$ kg/m <sup>2</sup> .             | Porcentajes de mujeres con                                                   |

|                                            |                                          |                                         |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                            | discretizada                             | Adecuado.<br><br>Sobrepeso<br><br>Obesa | Deficiente<br><br>IMC>18.8<br>kg/m <sup>2</sup> a <25.6<br>kg/m <sup>2</sup> .<br>Adecuado.<br><br>IMC≥25.6<br>kg/m <sup>2</sup> a<28.6<br>kg/m <sup>2</sup> .<br>Sobrepeso.<br><br>IMC ≥28.6<br>kg/m <sup>2</sup> . Obesa | pesos<br>deficientes,<br>adecuados,<br>sobrepesos y<br>obesas.<br>Disparidad de<br>asociación de<br>embarazadas<br>con peso<br>deficiente,<br>sobrepesos u<br>obesas a la<br>captación. |
| Talla materna                              | Cuantitativa<br>continua<br>discretizada | Baja talla<br><br>Talla normal          | Baja talla: de<br>1.50m o<br>Menos.<br><br>Talla normal:<br>más de 1.50m                                                                                                                                                   | Porcentaje y<br>disparidad de<br>asociación de<br>mujeres con<br>baja talla.                                                                                                            |
| Ganancia de<br>peso durante el<br>embarazo | Cuantitativa<br>continua                 | Baja<br><br>Moderada<br><br>Alta        | Según tablas<br>nutricionales<br>del libro:<br>Alimentación,<br>nutrición y<br>salud.                                                                                                                                      | Disparidad de<br>asociación de<br>mujeres con<br>ganancia de<br>peso baja y alta                                                                                                        |
| Anemia de<br>cualquier<br>etiología        | Cualitativa<br>nominal<br>dicotómica     | Si<br><br>No                            | Si: Cifras de<br>Hemoglobina<br>inferior a<br>110g/l en el                                                                                                                                                                 | Disparidad de<br>exposición<br>según presencia<br>de anemia en el                                                                                                                       |

|                                          |                                |          |                                                                                                        |                                                                                       |
|------------------------------------------|--------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|                                          |                                |          | embarazo                                                                                               | embarazo.                                                                             |
| Antecedentes de recién nacidos bajo peso | Cualitativa nominal dicotómica | Si<br>No | Si: recién nacidos previos bajos pesos (RNBP)                                                          | Porcentaje y disparidad de asociación de mujeres con antecedentes de(RNBP)            |
| Hábitos tóxicos                          | Cualitativa nominal dicotómica | Sí<br>No | Exposición al tabaco y al alcohol                                                                      | Porcentaje y disparidad de exposición al hábito de fumar y alcohólico                 |
| Parto prematuro                          | Cualitativa nominal dicotómica | Si<br>No | Si: Partos prematuros                                                                                  | Porcentaje y disparidad de asociación de mujeres con partos prematuros.               |
| Antecedentes de enfermedades crónicas    | Cualitativa nominal dicotómica | Si<br>No | Hipertensión arterial crónica.(HTA)<br><br>Diabetes Mellitus<br><br>Asma Bronquial<br><br>Cardiopatías | Disparidad de asociación de mujeres con antecedentes de padecer enfermedades crónicas |

|                             |                                |          |                                                                          |                                                                   |
|-----------------------------|--------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
|                             |                                |          | de cualquier etiología.                                                  |                                                                   |
| Preclampsia                 | Cualitativa nominal dicotómica | Si<br>No | Si : diagnóstico de Preclampsia                                          | Disparidad de exposición según presencia de Preclampsia.          |
| Infecciones                 | Cualitativa nominal dicotómica | Si<br>No | Haber padecido Infecciones vaginales y urinarias de cualquier etiología. | Disparidad de exposición según infecciones, vaginales y urinarias |
| Embarazo múltiple           | Cualitativa nominal dicotómica | Si<br>No | Si: presencia de embarazo múltiple                                       | Disparidad de exposición según presentación de embarazo múltiple  |
| Placenta previa             | Cualitativa nominal dicotómica | Si<br>No | Si: diagnóstico de placenta previa                                       | Disparidad de exposición según placenta previa                    |
| Restricción del crecimiento | Cualitativa nominal            | Si       | Si: diagnóstico de RCIU                                                  | Porcentaje y disparidad de                                        |

|                    |            |    |  |                                                                                                          |
|--------------------|------------|----|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| intrauterino(RCIU) | dicotómica | No |  | exposición<br>según recién<br>nacido<br>prematuro con<br>restricción del<br>crecimiento<br>intrauterino. |
|--------------------|------------|----|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

Título: Factores de riesgo asociados de bajo peso al nacer. Municipio de Ciego de Ávila. 2011-2012.

TABLA 1. Factores sociales en pacientes con recién nacidos bajos pesos (RNBP). Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012.

| Factores                                   | Número de casos | %<br>(n=144) |
|--------------------------------------------|-----------------|--------------|
| Edad menor de 18 años                      | 22              | 15,3         |
| Edad entre 18 a 34 años                    | 96              | 66,7         |
| Edad de 35 años o más                      | 26              | 18,0         |
| Escolaridad Primaria                       | 15              | 10,4         |
| Escolaridad Secundaria                     | 39              | 27,1         |
| Escolaridad Preuniversitaria               | 79              | 54,9         |
| Escolaridad Universitaria                  | 11              | 7,6          |
| Peso materno bajo a la captación           | 47              | 32,6         |
| Peso materno adecuado a la captación       | 75              | 52,1         |
| Sobrepeso u obesa                          | 22              | 15,3         |
| Talla inferior a los 150cm                 | 52              | 36,2         |
| Antecedentes de recién nacidos bajos pesos | 48              | 33,3         |
|                                            | 61              | 42,4         |

|             |   |     |
|-------------|---|-----|
| Fumadoras   |   |     |
| Alcoholismo | 5 | 3,5 |

Fuente: Carnet obstétricos, historias clínicas

Al observar los factores sociales presentes en las pacientes con recién nacidos bajos pesos se obtuvo que existe un predominio en las edades comprendidas entre 18 y 34 años ( 66,7%), siendo el grupo mayor, así mismo lo encontró Rey-Vilchez en su estudio, sin embargo estos resultados no se corresponden con otros autores como De Céspedes (2013) que en su estudio tuvo un predominio de bajo peso al nacer en edades extremas entre otros autores y con respecto a la escolaridad hubo un predominio de la preuniversitaria terminada (54,9%), no así por Ruíz Martínez que refiere que el bajo peso al nacer se presenta en gestantes con menos nivel cultural. (18-22, 30, 39)

El embarazo es un estado en el que concurren procesos destinados a la formación de un nuevo ser, en tal sentido el feto va a depender de la alimentación y nutrición de la madre, si ésta está en estado precario de déficit o exceso aumenta el riesgo de morbilidad perinatal. En el municipio Ciego de Ávila a pesar que existe un predominio de recién nacidos bajos pesos en mujeres con pesos adecuados a la captación (52,1%), el bajo peso materno (32,6%) y el sobrepeso u obesa (15,3%), no dejan de constituir factores presentes en las pacientes con recién nacidos bajos pesos, resultados similares encontró Rey-Vilchez en su estudio, en el que también se observó presentación del bajo peso al nacer en gestantes con talla inferior a 150cm, que en este estudio representan el 36,2% del total de pacientes, entre otros autores. (30-38)

El antecedente de recién nacido bajo peso en la presente investigación presentó una prevalencia del 33,3%, otros estudios también demuestran prevalencia de

este antecedente con el bajo peso al nacer como es el caso de Rendón, Rodríguez y López. (39-41)

La prevalencia de mujeres fumadoras que presentaron niños con bajo peso al nacer fue de 42,4%, resultado superior al encontrado por Cedeño en su investigación (16% adictas al tabaco), respecto al consumo de alcohol este autor encontró una prevalencia de alcohólicas del 5%, superior al encontrado en este estudio (3,5%) (44)

TABLA 2. Distribución de pacientes con recién nacidos bajos pesos según Área de salud. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012.

| Área de salud    | Número de RNBP | %     |
|------------------|----------------|-------|
| Norte            | 60             | 41,7  |
| Centro           | 35             | 24,3  |
| Sur              | 22             | 15,3  |
| Belkis Sotomayor | 27             | 18,7  |
| Total            | 144            | 100,0 |

Fuente: libros de registros de parto Hospital ALI

En la presente tabla se realiza una caracterización demográfica del bajo peso al nacer en el municipio Ciego de Ávila en los años de estudio en la que se observa que el área de salud más afectada es la Norte, dado que es el área de salud más poblada del municipio (41,7%), le continúan en orden de incidencia el área centro (24,3%), Belkis Sotomayor (18,7%) y el área Sur (15,3%), respectivamente.

Tabla 3. Evaluación nutricional a la captación y durante el embarazo de las pacientes recién nacidos bajo peso. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

| Variables                                    | Casos     |              | Controles |              | OR   | IC (95 %) |
|----------------------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------|-----------|
|                                              | Expuestos | No Expuestos | Expuestos | No Expuestos |      |           |
| Bajo peso materno a la captación*            | 47        | 97           | 65        | 223          | 1,66 | 1,06-2,59 |
| Obesa o sobrepeso                            | 22        | 122          | 56        | 232          | 0,74 | 0,43-1,28 |
| Baja talla materna**                         | 52        | 92           | 61        | 227          | 2,10 | 1,35-3,27 |
| Ganancia de peso baja durante el embarazo*** | 63        | 81           | 75        | 213          | 2,20 | 1,44-3,36 |
| Ganancia de peso alta durante el embarazo    | 50        | 94           | 79        | 209          | 1,40 | 0,91-2,16 |
| Anemia****                                   | 58        | 86           | 64        | 224          | 2,36 | 1,52-3,64 |

Fuente: Carnet obstétricos, historias clínicas y libros de registros de partos de Hospital ALI.

\*  $X^2$  4,55 (p: 0,0328)

\*\*  $X^2$  10,32 (p: 0,0013)

\*\*\*  $X^2$  13,04 (p: 0,0003)

\*\*\*\*  $X^2$  14,56 (p: 0,0001)

Múltiples estudios han demostrado que la desnutrición crónica por defecto, la ganancia de peso insuficiente y la talla inferior a los 1.50cm, son factores que determinan en la aparición del bajo peso al nacer, en este estudio se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre el bajo peso materno a la captación (OR1, 66 p: 0,0328), la baja talla materna (OR 2,10 p: 0,0013) y la ganancia de peso baja durante el embarazo (OR 2,20 p: 0,0003) demostradas también por Martínez Barroso, Delgado, Juarte, entre otros autores. (30-35).

La obesidad no presentó asociación con el bajo peso al nacer (OR 0,74), la ganancia de peso alta presentó una asociación con el bajo peso al nacer pero no significativa (OR 1,40; IC LI 0,91), lo que no se corresponde con otros autores que plantean la relación de la elevada ganancia de peso materno con el bajo peso al nacer por la presencia de complicaciones originadas por ella como la hipertensión gravídica y la diabetes *mellitus* gestacional. (47, 48, 54)

Con respecto a la anemia en este estudio se demuestra la relación que presenta con el bajo peso al nacer (OR 2,36; p: 0,0001), dado que el déficit de hemoglobina ocasiona una disminución en el transporte de oxígeno al feto y por tanto se produce un retardo en su crecimiento y desarrollo, tal lo demuestran López y Milanés que presentan en sus investigaciones con evidencia científica sobre el tema (39- 42)

Tabla 4. Antecedentes obstétricos y hábitos tóxicos durante el embarazo de las pacientes recién nacidos bajo peso. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

| Variables                                          | Casos     |              | Controles |              | OR   | IC (95 %)  |
|----------------------------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------|------------|
|                                                    | Expuestos | No Expuestos | Expuestos | No Expuestos |      |            |
| Antecedentes*<br>de recién<br>nacidos bajo<br>peso | 48        | 96           | 56        | 232          | 2,07 | 1,31-3,25  |
| Parto<br>prematureo**                              | 117       | 27           | 103       | 185          | 7,78 | 4,80-12,51 |
| Fumadoras***                                       | 61        | 83           | 76        | 212          | 2,05 | 1,34- 3,12 |
| Alcoholismo                                        | 5         | 139          | 13        | 275          | 0,76 | 0,27- 2,09 |

Fuente: Carnet obstétricos, historias clínicas y libros de registros de partos de Hospital ALI.

\*  $\chi^2$  9,38 (p: 0,0022)

\*\* $\chi^2$  77,66 (p: 0,0000)

\*\*\*\*  $\chi^2$  10,38 (p: 0,0011)

La prevención del recién nacido bajo peso constituye una de las prioridades del sistema de salud de cualquier país, el antecedente de recién nacidos bajos pesos ya sea por parto prematuro o por restricción del crecimiento intrauterino en embarazos anteriores es un factor que en el presente estudio tiene una significación estadística significativa (OR 2, 07), con una fuerte asociación al bajo peso al nacer (p: 0,0022) en las áreas de salud del municipio Ciego de Ávila, estos resultados se corresponden a los presentados por otros autores como Rendón (2012) que encontró una que se produce bajo peso al nacer en mujeres con el antecedente 1,66 veces más que no tiene el factor de riesgo. (39-41)

El parto prematuro se reconoce en la actualidad como un síndrome heterogéneo, y constituye la causa más importante de morbilidad y mortalidad perinatal, dada su relación con el nacimiento de niños bajos pesos, éstos presentan secuelas a corto y largo plazo que afectan su adaptación social y escolar, en el municipio Ciego de

Ávila en los años de estudio se observó la significación que representa el parto prematuro con el bajo peso al nacer (OR 7, 78 p: 0,0000) , investigadores como Ferrer (1999-2004) que en la provincia Ciego de Ávila encontró un predominio del bajo peso en niños prematuros, autores como Villanueva en su investigación demostró que mientras menos pesa el recién nacido más elevada es su morbilidad y mortalidad, Mayo encontró una asociación significativa estadística del parto prematuro con el bajo peso al nacer, resultados similares se obtuvo en este estudio, en el que el parto prematuro se asoció significativamente al bajo peso (OR 7, 78 p: 0,0000) ( 19, 25, 38, 47-49, 52)

El tabaquismo durante el embarazo ha sido relacionado con múltiples enfermedades entre las que se encuentra el bajo peso al nacer, a pesar que el feto no se encuentra expuesto directamente al humo del tabaco en la embarazada fumadora existe una concentración de nicotina que afecta el crecimiento y desarrollo del feto, en las áreas de salud de estudio se encontró una asociación del hábito de fumar con el nacimiento de niños bajos pesos (OR 2,05 p: 0,0011), otros autores han encontrado resultados similares, tales como Caraballos que encontró asociación del tabaquismo en embarazadas y el bajo peso al nacer, entre otros. (15, 18, 34, 44, 45, 47)

Otro de los efectos nocivos a los que puede estar expuesta la mujer embarazada es el alcohol, éste repercute negativamente sobre el feto produciéndose el llamado “Síndrome de alcoholismo fetal”, en este estudio no se encontró significación estadística (OR 0,76), resultado similar obtuvo Caraballos (OR 0,68), no coincidiendo con Mayo que encontró significación estadística al no tener en el grupo estudio gestantes consumidoras de alcohol. (15, 45-47)

Tabla 6. Antecedentes de enfermedades crónicas y su relación con el bajo peso al nacer .Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

| Factores de Riesgo                   | Casos     |              | Controles |              | OR   | IC (95 %)  |
|--------------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------|------------|
|                                      | Expuestos | No Expuestos | Expuestos | No Expuestos |      |            |
| Hipertensión* arterial crónica.(HTA) | 68        | 76           | 98        | 190          | 1,73 | 1,15- 2,60 |
| Diabetes Mellitus                    | 6         | 138          | 15        | 273          | 0,79 | 0,31- 2,02 |
| Asma Bronquial                       | 57        | 87           | 117       | 171          | 0,95 | 0,63- 1,43 |
| Cardiopatías de cualquier etiología. | 12        | 132          | 25        | 263          | 0,95 | 0,47- 1,94 |

Fuente: Carnet obstétricos, historias clínicas y libros de registros de partos de Hospital ALI.

\* $\chi^2$  6,51 (p: 0,0107)

Al analizar a las pacientes con antecedentes de padecer de enfermedades crónicas y su relación con el bajo peso al nacer se encontró que solamente la hipertensión arterial presenta asociación estadística significativa (OR 1,73 p: 0,0107), estos resultados se corresponden a los dados por otros autores como Vásquez Niebla que encontró en su investigación que las pacientes con hipertensión crónica presentó 1,46 más probabilidad de tener niños bajos que las normotensas, la diabetes mellitus (OR 0,79), el asma bronquial (OR 0,95) y las cardiopatías de cualquier etiología (OR 0,95) no representan significación estadística con el bajo peso al nacer, lo que puede estar dado por el desarrollo de medicina moderna. (8, 15, 51-56)

Tabla 7. Infecciones maternas y su relación con el bajo peso al nacer. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

| Factores de Riesgo | Casos     |              | Controles |              | OR   | IC (95 %)  |
|--------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------|------------|
|                    | Expuestos | No Expuestos | Expuestos | No Expuestos |      |            |
| Vaginales*         | 93        | 51           | 110       | 178          | 2,95 | 1,94- 4,46 |
| Urinarias**        | 75        | 69           | 99        | 189          | 2,07 | 1,33- 3,11 |

Fuente: Carnet obstétricos, historias clínicas y libros de registros de partos de Hospital ALI

\* $\chi^2$  25,78 (p: 0,0000)

\*\*  $\chi^2$  11,78 (p: 0,0006)

Durante el embarazo las infecciones constituyen un factor de riesgo no solo para la aparición de parto prematuro con el consiguiente recién nacido bajo peso, sino que también ejerce influencia negativa sobre el peso materno y por tanto la gestante tiene una probabilidad de presentar como resultado de su embarazo un niño bajo peso, concomitantes por la posición anatómica de sistemas reproductor y urinario en la mujer, en este estudio se encontró una asociación significativa entre las infecciones tanto vaginales (OR 2,95 p: 0,0000) como urinarias (OR 2,07 P: 0,0006), con el bajo peso al nacer en las pacientes del municipio Ciego de Ávila, resultados coincidentes con autores tales como López (2012), Prieto Herrera (2011), entre muchos más.(7, 14, 15, 18, 21, 26,37,37,41, 47, 58-61)

Tabla 8. Enfermedades maternas y su relación con el bajo peso al nacer. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

| Factores de Riesgo                               | Casos     |              | Controles |              | OR   | IC (95 %)   |
|--------------------------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------|-------------|
|                                                  | Expuestos | No Expuestos | Expuestos | No Expuestos |      |             |
| *Gemelaridad                                     | 24        | 120          | 18        | 270          | 3,00 | 1,56-5,73   |
| Placenta previa                                  | 4         | 140          | 15        | 273          | 0,52 | 0,17- 1,52  |
| Preclampsia                                      | 26        | 118          | 47        | 241          | 1,12 | 0,66- 1,90  |
| **Restricción del crecimiento intrauterino(RCIU) | 44        | 100          | 13        | 275          | 9,30 | 4,85- 18,00 |

Fuente: Carnet obstétricos, historias clínicas y libros de registros de partos de Hospital ALI

\* $\chi^2$  10,71 (p: 0,0011)

\*\* $\chi^2$  54,59 (p: 0,0000)

En cuanto a la presentación de algunas enfermedades propias del embarazo se encontró que la gemelaridad (OR 3,00 p: 0,0011) y la restricción del crecimiento intrauterino (OR 9,30 p: 0,0000) se encuentran asociadas al bajo peso al nacer, ya sea por su incidencia en la prematuridad, por hipertensión arterial o por una afectación en el crecimiento prenatal del feto, así lo demuestran investigadores como González Mora (2007-2010), Godoy, Cairo entre otros estudiosos del tema. (67, 70-73)

Por otra parte, la preclampsia presenta en esta investigación una asociación con el bajo peso al nacer pero no significativa (OR 1,12; LI IC 0,66), resultados que no se corresponden con otros autores que hayan asociación entre ambas como es el caso de Vázquez Niebla y otros colaboradores en el estudio del bajo peso al nacer. (22, 49-53)

TABLA 9. Frecuencia de recién nacidos bajos pesos según clasificación Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012.

| Clasificación                                                          | Número de RNB | %     |
|------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|
| Recién nacidos prematuros                                              | 100           | 69,4  |
| Recién nacidos prematuros con restricción del crecimiento intrauterino | 13            | 9,1   |
| Recién nacidos a término con restricción del crecimiento intrauterino  | 31            | 21,5  |
| Total                                                                  | 144           | 100,0 |

Fuente: libros de registros de parto Hospital ALI

Al determinar la frecuencia del bajo peso al nacer atendiendo a su clasificación se puede observar que existe un predominio del parto prematuro como primera causa de niños bajos pesos (69,4%) seguidos de los niños que en su período prenatal tuvieron una restricción en su crecimiento (21,5%).

## CONCLUSIONES:

Se identificó que de las embarazadas que tuvieron partos de recién nacidos bajos pesos en el Municipio Ciego de Ávila el grupo de edades entre 18-34 años con nivel de escolaridad preuniversitaria fue el más afectado. Presentó asociación estadística significativa con el bajo peso al nacer, el bajo peso materno a la captación, la baja talla materna, la ganancia de peso baja durante el embarazo y la anemia, entre los antecedentes destacan el haber tenido un niño bajo peso, el parto prematuro y la gestantes fumadoras así como la hipertensión arterial ,las infecciones vaginales y urinarias ,la gemelaridad y la restricción de crecimiento intrauterino .En frecuencia predominó el parto prematuro como causa importante del bajo peso al nacer.

## RECOMENDACIÓN

Desarrollar actividades para la prevención del parto prematuro como principal causa de recién nacidos bajos pesos en las áreas de salud del Municipio Ciego de Ávila.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- [Verdecia Verde Silvia, Castillo Núñez Bárbara, Núñez Ortiz Amador. Ferro Fernández Víctor R.](#) Evaluación del programa para la reducción del bajo peso al nacer en la provincia de Santiago de Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(5):524-31. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_5\\_99/mgi06599.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_5_99/mgi06599.htm). Consulta de acceso: 31-3-2010
- 2- Oliva J. Alteraciones del término de la gestación y del crecimiento fetal. En: Rigol O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p.209-36.
- 3- Aliño Santiago M, Urra Cobas LR, Álvarez Fumero R. Enfoque social del bajo peso al nacer. RESUMED [Internet]. 2001[citado 14 jun 2010];14(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol14\\_3\\_01/res01301.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol14_3_01/res01301.htm)
- 4- Argota Matos N; Magre Carballo NI; Marín Miyares V; De la Cruz Mejías Y; Vargas Pimiento A. Indicadores del bajo peso al nacer en el área de salud del Policlínico Docente “José Martí Pérez” durante un quinquenio. Medisan 2013; 17(7): 1060[Internet ][Citado: 6 jul 2013] Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17\\_7\\_13/san05177.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_7_13/san05177.pdf)
- 5- Ministerio de Salud. Guía Clínica Prevención Parto Prematuro[Internet]. Santiago: MINSAL; 2010[citado 26 Feb 2013].[aprox. 16 pantallas]. Disponible en:<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/721fc45c972f9016e04001011f0113bf.pdf>

- 6- Taboada LN, León MC, Martínez CS. Comportamiento de algunos factores de riesgo para malformaciones congénitas mayores en el municipio de Ranchuelo. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2006 Ago [citado 2014 Sep 09]; 32(2): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2006000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000200009&lng=es).
- 7- Periquet MM, Pascao GA, Labaut GO, Vargas PL, Mora NJ. Algunos factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el Hospital General "Orlando Pantoja Tamayo". MEDISAN [revista en la Internet]. 2014 Ene [citado 2014 Abr 20]; 18(1): 11-16. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014000100003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100003&lng=es)
- 8- Navas M, Ojeda A, Oviedo L, Pacheco D, Alonso JF, Guevara H, et al. Patologías Médicas Asociadas a Hipertensión Arterial durante el Embarazo y sus Consecuencias Perinatales. Departamento de Salud Pública, Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela. [Internet] 2010. [Citado 28 ene 2013] INFORMED Vol. 12, N° 7. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fca42f0e-d840-474b-8d66-ce21bff8ea40%40sessionmgr11&vid=1&hid=10>.
- 9- Lugo Sánchez AM. Mortalidad neonatal precoz: Análisis de 15 años. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2005 Dic [citado 2014 Sep 09] ; 31(3): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2005000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000300008&lng=es).
- 10-Riverón CR, Azcuy HP. Mortalidad infantil en Cuba 1959-1999. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 2001 Sep [citado 2014 Sep 09] ; 73(3): 143-157. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312001000300001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312001000300001&lng=es)

11-Riverón CR. Estrategias para reducir la mortalidad infantil, Cuba 1959-1999. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 2000 Sep [citado 2014 Sep 09] ; 72(3): 147-164. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312000000300001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312000000300001&lng=es).

12-Matsushita Erina. Risk factors associated with preterm delivery in women with pregestational diabetes. J. Obstet. Gynaecol. Res. Vol. 34, No. 5: 851–857, October 2008. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18958928](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18958928). Consultada:31-3-2010

13-Programa para la reducción del bajo peso al Nacer. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 1998.

14- San José Pérez DM, Mulet Bruzón BI, Rodríguez NO, Legrá GM. Factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2014 Abr 20] ; 37(4): 489-501. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000400006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400006&lng=es)

15-Caraballosa HM, Bajo peso al nacer y tabaquismo. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 1999 Jun [citado 2014 Sep 09] ; 25(1): 64-69. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661999000100008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661999000100008&lng=es). (3)

- 16-García Baños LG, López Baños L, Barroso Gutiérrez M, Alonso Sicilia M, Morera Pérez M. Comportamiento del bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 2014 Abr 20] ; 40(1): 24-34. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2014000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000100004&lng=es).
- 17-Leyva Ramírez A, Sosa Zamora M, Guerra Cuba D, Mojena Orúe D, Gómez Pérez N. Modificación de conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional. MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2014 Sep 09] ; 15(3): 323-329. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-301920110003000008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-301920110003000008&lng=es).
- 18-De Céspedes, P. C. M. Factores maternos que predisponen el nacimiento del recién nacido de muy bajo peso. Multimed 2013; 17(1) Ene-Mar [citado 2014] Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2013/v17-1/7.html> (49)
- 19-Plasencia, L. C., Duverergel, R. D., Piñeiro, R. C., Sáez, A. R. A., & Weatherly, M. M. (2013). Caracterización de los factores de riesgo materno asociados al bajo peso al nacer. Isla de la Juventud. Abril 2007-Abril 2009. *Revista Médica de la Isla de la Juventud*, 1(12). [citado 25 may.2014]Disponible en: <http://www.remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/6/> (16)

- 20-Panduro Barón J, Jiménez Castellanos P, Pérez Molina J, Panduro Moore E, Peraza Martínez D, Quezada Figueroa N. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. (Spanish). Ginecología Y Obstetricia De Mexico [serial on the Internet]. (2012, Nov), [cited August 20, 2014]; 80(11): 694-704. Available from: MedicLatina. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f0c8ef3c-041b-4b74-a61d-7829029a892f%40sessionmgr4003&vid=0&hid=4214>
- 21-Guevara Cosme JA, Montero Hechavarría E, Fernández Miralles RM, Cordero Isaac R, Villamil Blanco Y. Factores de riesgo del bajo peso al nacer en el hospital materno de Palma Soriano durante un trienio. MEDISAN [revista en la Internet]. 2009 Abr [citado 2014 Sep 09]; 13(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192009000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000200009&lng=es)
- 22-Ruíz Martínez LA. Factores de riesgo para amenaza de parto prematuro en adolescentes de Chinandega[Internet].2011[citado 26 Feb 2013].[aprox. 18 pantallas]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos89/factores-riesgo-amenaza-parto-prematuro/factores-riesgo-amenaza-parto-prematuro.shtml>
- 23- Martín, Y. F., de la Paz Conde, N., Fumero, M. L., & Oliva, Z. M. H. Bajo peso al nacer en la provincia Ciego de Ávila durante el período 1999-2004. Low birth weight in Ciego de Avila province during 1999-2004. [citado 25 may.2014]Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11\\_supl2\\_05/articulos/a16\\_v11\\_supl205.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_supl2_05/articulos/a16_v11_supl205.htm) (35)
- 24-Bárcenas González, M., Soria Pérez, R., Merencio Leyva, N., Palencia Tamayo, R., & Roblejo Belett, M. C. (2013). Caracterización clínica

epidemiológica del bajo peso al nacer en el área de salud Mayarí. *Correo Científico Médico*, 17(1), 55-63. [citado 25 may.2014]Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812013000100008&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000100008&nrm=iso)

25- Molina Hernández, O. R., & Regalado Sánchez, A. (2010). Recién nacido de peso extremo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 36(2), 32-41. [citado 25 may.2014]Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000200005&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000200005&nrm=iso)

26- Velázquez Pavón, M. N., Guevara Guerrero, H., Prieto Carballosa, A., Rojas Alonso, J. L., & Guerrero González, A. (2013). Influencia de factores maternos en el bajo peso al nacer. *Correo Científico Médico*, 17(3), 331-343. [citado 19 abri.2014]Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812013000300010&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000300010&nrm=iso)

27-Sáez Rosell AT, Morejón Sotolongo Y, Espinosa Martínez J, Sáez Chirino G, Rosales Lameira MB, Soto Benítez MN. Incidencia y mortalidad del recién nacido bajo peso. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2014 Abr 20] ; 37(4): 471-480. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000400004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400004&lng=es).)

28-Hernández Núñez J, Valdés Yong M, Chong León L, González Medina IM, García Soto MM. Resultados perinatales en gestantes con bajo peso pregestacional. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2014 Abr 20] ; 39(2): 76-86. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2013000200003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000200003&lng=es)

- 29- Castiñeira, G. E. P., Pérez, G. R., Ferreiro, G. I. M., Pastrana, T. J. C., Gómez, M. J. L., & Argíz, M. A. Manual de prácticas obstétricas para la Atención Primaria de Salud. . [citado 19 abri.2014]Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/issue/view/63#sect-14>
- 30-Rey-Vilchez A, Ávila-Piña D, Rodríguez-Fuentes A, Cabrera-Iznaga A. Factores nutricionales maternos y el bajo peso al nacer en un área de salud. Revista Finlay [revista en Internet]. 2013 [citado 2014 Abr 20]; 3(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/172>
- 31-Martínez Barroso, M. T., Matienzo González Carvajal, G., Willians Serrano, S., Cruz Pérez, R., & Gómez Arcila, M. (1999). Ganancia de peso materno: relación con el peso del recién nacido. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 25(2), 114-117. . [citado 19 abri.2014]Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000100004&lng=es.\(12\)](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100004&lng=es.(12))
- 32-Delgado Álvarez I, Roca Rosales MC, Suárez Vega M, Rodríguez Alarcón JD, Ruiz Echavarría Y. Repercusión de la desnutrición materna sobre el nacimiento de niños con bajo peso. MEDISAN [revista en la Internet]. 2012 Oct [citado 2014 Abr 20]; 16(10): 1478-1485. Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012001000002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001000002&lng=es).

- 33- Juarte, E. R., Montero, M. L., & Cánovas, N. T. (2006). Efectos del bajo peso materno preconcepcional sobre el embarazo y el parto. *Archivo Médico de Camagüey*, 10(4). [citado 2014 Abr 20] Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n4-2006/2113.htm>
- 34-Gala Vidal H, Crespo Mengana E, García Díaz RC, Bertrán Bahades J, Valón Rodríguez ÁO. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en una comunidad venezolana. *MEDISAN* [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2014 Mayo 25]; 14(2): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192010000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000200011&lng=es).
- 35-Rodríguez Domínguez, P. L., & Martín Ojeda, V. (2011). Implicaciones obstétricas de la desnutrición materna. *Revista Médica Electrónica*, 33, 448-455. [citado 2014 Mayo 25] ): Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema07.htm>
- 36-Macías, N. S., Oñate, C. C., Noda, C. N. V., & Benítez, M. D. L. A. E. (2010). Principales factores de riesgo que inciden en la aparición del bajo peso al nacer. *Medicentro Electrónica*, 14(1). Mar [citado 2014 Mayo 25] :Disponible en: <http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/98/127>
- 37-González Melián D, Blanco Miclín N, Lucas Macías F, Kindelán ER. Principales causas de infecciones vaginales en gestantes ingresadas en el hospital Reynaldo Chiang Vargas durante enero - abril del 2001. *MEDISAN* [Internet]. 2002[citado 14 jun 2011];6 (3):44-48. Disponible en:

[http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol6\\_3\\_02/san10302.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_3_02/san10302.pdf). [ Consulta :  
fecha de acceso 12/03/2014]

- 38-Ferrer Martín Y, De la Paz Conde N, López Fumero M, Herrera Oliva ZM. Bajo peso al nacer en la provincia Ciego de Ávila durante el período 1999-2004. [internet]. 2009[citado 12 jun 2011] Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11\\_supl2\\_05/articulos/a16\\_v11\\_supl205.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_supl2_05/articulos/a16_v11_supl205.htm)
- 39- Rendón, M. T., Apaza, D. H., & Vildoso, M. T. (2012). Incidencia y factores de riesgo de bajo peso al nacer en población atendida en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Ginecol Obstet Mex*, 80(2), 51-60. [Internet]. [citado 12 jun 2011]; <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b3712991-f269-42c6-a02b-4e08fee4f145%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4204>
- 40-Rodríguez Domínguez PL, Hernández Cabrera J, Reyes Pérez A. Bajo peso al nacer: Algunos factores asociados a la madre. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2005 Abr [citado 2014 Abr 20] ; 31(1): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2005000100005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000100005&lng=es). <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v31n1/gin05105.pdf>
- 41-López José I, Lugones Botell M, Mantecón Echevarría SM, González Pérez C, Pérez Valdés-Dapena D. Algunos factores de riesgo relacionados con el bajo peso al nacer. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2014 Abr 20] ; 38(1): 45-55. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n1/gin06112.pdf\(18\)](http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n1/gin06112.pdf(18))
- 42-PerkinElmer Life and Analytical Sciences. Nacimiento prematuro. retos y oportunidades de la predicción y la prevención [Internet]. © 2009 PerkinElmer [citado 22 Ene 2013]. [aprox. 80 pantallas]. Disponible en:

[http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures\\_Reports\\_FactsheetsPosition\\_Papers/Prevention\\_Perkin\\_Elmar/1244-9856\\_Perkin\\_Elmer\\_Spanish.pdf\(87\)](http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures_Reports_FactsheetsPosition_Papers/Prevention_Perkin_Elmar/1244-9856_Perkin_Elmer_Spanish.pdf(87))

- 43- Milanés, O. M. R., Cruz, M. E. F., Cruz, J. M. S., León, M. M., Elías, P. O., & Valdés, R. E. A. Influencia del estado nutricional sobre el peso al nacer en el tercer trimestre de la gestación. [INTERNET] [citado 2014 May 25] [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2013000300002&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000300002&nrm=iso)
- 44-Cedeño Donet, M., Rodríguez Betancourt, M., Peraza Morelles, D., & Peraza Morelles, R. (2006). Hábitos tóxicos y embarazo: resultados perinatales. *Arch. méd. Camaguey*, 10(5). <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n5-2006/2140.htm>
- 45-Odendaal HJ, Steyn DW, Elliott A, Burd L. Combined effects of cigarette smoking and alcohol consumption on perinatal outcome. *Gynecol Obstet Invest.* 2009;67(1):1-8. doi: 10.1159/000150597. Epub 2008 Aug 6. [INTERNET] [citado 2014 May 25] [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18685256](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18685256)
- 46-Wood D. Síndrome de alcoholismo fetal (Alcohol en el embarazo; Consumo de alcohol durante el embarazo; FAS). Texto completo en HTML. Condiciones y Procedimientos En-Breve, 2012. [citado 25 mar 2014]. Disponible en:<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=h3h&AN=HL103703&lang=es&site=chc-spa>.

- 47-Mayo Márquez, R. C., López Borroto, K., & García Ranero, A. B. (2011). Factores influyentes en el bajo peso al nacer en el área salud Camilo Cienfuegos de Chambas, 2007-2008. *Mediciego*, 17(2). [citado 2014 May 25] Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17\\_02\\_2011/pdf/T1.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/pdf/T1.pdf)
- 48-Courtney KL, Stewart S, Popescu M, Goodwin LK. Predictors of Preterm Birth in Birth Certificate Data[Internet]. © 2008 Organizing Committee of MIE [citado 7 Abr 2010]. [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18487789>
- 49-Villanueva Egan LA, Contreras Gutiérrez AK, Pichardo Cuevas M., Rosales Lucios J. Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecol Obstet Mex* 2008; 76(9):542-8. Disponible en <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/.../Ginecol-542-8.pdf> [Consulta : fecha de acceso:31/3/2010]
- 50- Acosta R, Araújo F. Enfermedad hipertensiva del embarazo y el calcio. (Spanish). *Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología* [serial on the Internet]. (2011, Oct), [cited August 10, 2014]; 37(4): 551-561. Available from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=98191919-f885-48ad-8af2-cd2bbbe1ebba%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4201> MedicLatina.
- 51-Vázquez Niebla, J. C., Vázquez Cabrera, J., & Namfantche, J. (2003). Asociación entre la hipertensión arterial durante el embarazo, bajo peso al nacer y algunos resultados del embarazo y el parto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 29(1), 0-0. [citado 2014 May 25] [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29\\_1\\_03/gin05103.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_1_03/gin05103.htm)

- 52- Alvarado Bermúdez, K. B., Broughton Ferriol, J., Ortega Sardón, M., & Pina, A. (2011). Estudio de cinco años sobre recién nacidos de muy bajo peso en el Hospital Provincial de Ciego de Ávila. *Mediciego*, 17(2). [citado 2014 May 25] Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17\\_02\\_2011/articulos/t-7.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/articulos/t-7.html)
- 53-Fajardo Luig R, Cruz Hernández J, Gómez Sosa E, Isla Valdés A, Hernández García P. Factores de riesgo de bajo peso al nacer, estudio de tres años en el municipio Centro Habana: a 3-year study in Centro Habana municipality. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2014 Jun 01] ; 24(4): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000400007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400007&lng=es)
- 54-Álvarez Ponce, V. A., Alonso Uría, R. M., Ballesté López, I., & Muñiz Rizo, M. (2011). El bajo peso al nacer y su relación con la hipertensión arterial en el embarazo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(1), 23-31. [citado 2014 May 25] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000100004&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100004&nrm=iso)
- 55-Álvarez Zapata Damarys, Valdés Amador Lemay, Santana Bacallao Osvaldo, Lugo Alonso Josefina. El exceso y el bajo peso corporal al nacimiento en hijos de madres con diabetes. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2012 Sep [citado 2014 Abr 20] ; 38(3): 294-304. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300002&lng=es)
- 56-Rodríguez Núñez, A. C., & Felipe Rodríguez, O. (2006). Asma bronquial: Repercusión materna fetal y neonatal. *Revista Cubana de Obstetricia y*

*Ginecología*, 32(2), 0-0. [citado 2014 Abr 20] Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2006000200002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000200002&lng=es&nrm=iso)

57-Sanabria Arias AM, Nodarse Rodríguez A, Carrillo Bermúdez L, Couret Cabrera MP, Sánchez Ramírez NM, Guzmán Parrado R. Morbilidad en el recién nacido menor de 1 500 g. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2014 Ago 12] ; 38(4): 478-487. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000400005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400005&lng=es)

58- Ortega Figueroa LM, Álvarez Pineda AB, Águila Nogueira Y, Viera Hernández MI. Detección de infección por *Mycoplasma* en las gestantes con riesgo de parto pretérmino. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2014 Ago 12] ; 38(2): 161-169. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000200003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200003&lng=es)

59-Lamont Ronald F. Sobel Jack D. Akins Robert A. Akins, Hassan Sonia S, Chaiworapongsa Tinnakorn, Kusanovic Juan Pedro, Romero Roberto. The vaginal microbiome: New information about genital tract flora using molecular based techniques. Published online 2011 January 20. [ Consultada: 15-12-2013 ] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3055920/>

60-Gómez, P. B., Nogueira, Y. Á., & García, T. I. N. (2012). Comportamiento del síndrome de flujo vaginal en gestantes del Policlínico 1ro de Enero de 2011 a 2012. Behavior of vaginal discharge syndrome in pregnant women of January 1 Polyclinic from 2011 to 2012. *MEDICIEGO*, 18(2). ). [citado 2014

Abr 20] Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18\\_02\\_12/articulos/t-4.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_02_12/articulos/t-4.html)

61-Prieto Herrera, M. E., García Luna, C., Rubio López, E., Serrano Fuentes, J. M., & Rodríguez Sánchez, N. (2011). Relación del bajo peso al nacer con la sepsis vaginal: its relation to the low-birth weight. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 37(2), 162-171. ). [citado 2014 Abr 19] Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000200006&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000200006&nrm=iso)

62-Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología[Internet]. La Habana:Ciencias Medicas;2004[citado 15 may 2011]:[aprox. 438 pantalla]. Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/libros\\_texto/libro\\_de\\_ginecologia\\_y\\_obstetricia/pagina\\_legal.pdf](http://bvs.sld.cu/libros_texto/libro_de_ginecologia_y_obstetricia/pagina_legal.pdf)

63-Rainel Sánchez de la Rosa R, Rodríguez Hernández N. Enfermedades renales y embarazo. Rev Cubana Med Gen Inegr[Internet]. 1996[citado 12 jun 2011];(12)4:[aprox. 8 p.]. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251996000400011&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251996000400011&script=sci_arttext&tlng=en)

64-Pavón-Gómez N. Diagnóstico y tratamiento de infección de las vías urinarias en embarazadas que acuden a Emergencia y consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque en Managua, Nicaragua. (Spanish). Perinatologia Y Reproduccion Humana [serial on the Internet]. (2013, Jan), [cited August 10, 2014]; 27(1): 15-20. Available from: MedicLatina.  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2705ca84-4632-4420-a01d-e830614aa18f%40sessionmgr4003&vid=0&hid=4201>

- 65-Neira Miranda J. Situaciones límite de la gineco-obstetricia: Nefropatía y embarazo. Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile[Internet].2010[citado 6 ago 2011]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica18/Situaciones.html>
- 66-Rodríguez, R. O., Martín, T. M., Martínez, D. R., & Oset, L. D. C. P. (2006). Comportamiento del recién nacido bajo peso en el embarazo gemelar. *Correo Científico Médico de Holguín*, 10(3), 3. [citado 2014 Abr 19] Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no103/n103ori4.htm>
- 67-González Mora, M. D. C., Pérez González, Y., & Maldonado Álvarez, C. (2011). Comportamiento del bajo peso al nacer en el Policlínico Belkys Sotomayor Álvarez de Ciego de Ávila en el cuatrienio 2007-2010. *Mediciego*, 17(2). [citado 2014 Abr 19] Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17\\_02\\_2011/articulos/t-5.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/articulos/t-5.html)
- 68-GUIAS\_MEDICINA\_ESPECIALIZADA/GUIAS CONSULTA ESPECIALIZADA/GINECOOBSTETRICIA. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo . Jul 2012 [INTERNET] [citado 2014 Ene 15] Disponible en: <http://www.colombianadesalud.org.co>
- 69-*Colectivo de Autores*. Manual de procedimientos de Obstetricia y Perinatología. Diagnostico y tratamiento. Editorial Ciencias Medicas, 2012.592 p: il, tab\_parte1.pdf. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros/obstetricia\\_perinatologia/indice\\_p.htm](http://www.bvs.sld.cu/libros/obstetricia_perinatologia/indice_p.htm). [citado 25 mar 2013]
- 70-Godoy Torales GM, Zacur de Jiménez M. Restricción de crecimiento intrauterino, causas, características clínicas y evaluación de factores

asociados. Internet. *Pediatr. (Asunción)*, Vol. 35; Nº 2; 2008 [ citada 15 ene 2014] Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v35n2/v35n2a02.pdf>

71-García Baños Luis Gustavo, López Baños Lázaro, Barroso Gutiérrez Mercedes, Alonso Sicilia Marilín, Morera Pérez Maricela. Comportamiento del bajo peso al nacer. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 2014 Abr 20] ; 40(1): 24-34. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2014000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000100004&lng=es).

72-Cairo González V. et al. Diagnóstico prenatal del crecimiento intrauterino retardado en Villa Clara. *Acta Médica del Centro*, Vol. 5, No. 1,2011 [citado 2014 Abr 20] Disponible en: [http://www.actamedica.sld.cu/r1\\_11](http://www.actamedica.sld.cu/r1_11)

73-Delgado Álvarez, I., Roca Rosales, M. D. C., Suárez Vega, M., Rodríguez Alarcón, J. D., & Ruiz Echavarría, Y. (2012). Repercusión de la desnutrición materna sobre el nacimiento de niños con bajo peso. *Medisan*, 16(10), 1478-1485. Mar [citado 2014 Abr 20] [Internet]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012001000002&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001000002&nrm=iso)

74-Torres M. Retinopatía de la prematuridad en Ciudad de la Habana: factores que influyen en su desarrollo [serial on the Internet]. 2011 [citado 22 Ene 2013]. [aprox. 117 pantallas]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/360/1/MidialaTorres.pdf>

75-HÜBNER G ME, NAZER H J, JUÁREZ DE LEÓN G. Estrategias para Mejorar la Sobrevida del Prematuro Extremo. *Rev. chil. pediatr.* [revista en

la Internet]. 2009 Dic [citado 2012 Abr 14] ; 80(6): 551-559. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062009000600009&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000600009&lng=es) .

76- Chávez González, N., Sánchez Pérez, Y., & García Raga, M. (2013). Repercusión médico-social del bajo peso al nacer. *Correo Científico Médico*, 17(4), 511-513. . [revista en la Internet]. Mar [citado 2014 Abr 20] Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812013000400011&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400011&nrm=iso)

77- Moraes M, Pimiento M, Madera N. Morbilidad en pretérminos tardíos: estudio prospectivo caso control multicéntrico. Hospital Pereira Rossell Bvar. Artigas 1530 C.P. 11.200 Montevideo, Uruguay. [serial on the Internet]. 2009. Arch. Pediatr. Urug. vol.80 no.3 Montevideo set. 2009. versión impresa ISSN 0004-0584. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0004-05842009000300005&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0004-05842009000300005&script=sci_arttext&lng=en)

78-Pino Muñoz MS. Comportamiento de la mortalidad neonatal. 2000 –2005. Ciego de Ávila. >. [Consulta: fecha de acceso: 14-6-2010] Disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13\\_supl1\\_07/articulos/a9\\_v13\\_supl107.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_supl1_07/articulos/a9_v13_supl107.html)

79-Rosell Juarte E, Casado Callado A, Monzon Torres L. Importancia cuantificada de los síntomas sutiles de amenaza de parto pretérmino Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 2000[citado 14 jun 2011]; 16(3):275-9. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252000000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000300009). [Consulta: fecha de acceso: 31-5-2010]

- 80-Slattey Michael M. Obstetric antecedents for preterm delivery. J. Perinat. Med. 36 (2008) 306–309 • Copyright \_ by Walter de Gruyter • Berlin • New York. DOI 10.1515/JPM.2008.045.Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18598119](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18598119). [Consulta: fecha de acceso: 7-4-2010]
- 81-Pérez Martínez Víctor T., Lorenzo Parra Zurama. El impacto del déficit mental en el ámbito familiar. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2007 Sep [citado 2014 Jun 01] ; 23(3): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252007000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000300002&lng=es)
- 82-Cuba en cifras. Oficina Nacional de Estadísticas. Edición 2007.Disponible en:<http://www.one.cu>. [Consulta: fecha de acceso: 18-8-2010].
- 83-Fleites, Rafael C, Valdés Martínez L,Gómez López LM. "HISTORIA DE LOS HOGARES MATERNOS EN VILLA CLARA." *Medicentro Electrónica* 13.4 (2009) [revista en la Internet] . [Consulta: fecha de acceso: Sep. 2014] Disponible en : <http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/264/355>
- 84- Colectivo de Autores. Métodos, cifras de referencias e indicadores del estado nutricional. En: Colectivo de Autores. Alimentación, Nutrición y Salud. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. La Habana Cuba. 2011. pág. 93-97

Planilla para recolectar datos:

Nombre de la paciente: .....

|              |                    |       |
|--------------|--------------------|-------|
| Edad materna | Menores de 18 años | _____ |
|              | Entre 18 y 34 años | _____ |
|              | 35 años o más      | _____ |

|                      |                   |       |
|----------------------|-------------------|-------|
| Escolaridad materna. | Primaria          | _____ |
|                      | Secundaria básica | _____ |
|                      | Preuniversitario  | _____ |
|                      | Universitario     | _____ |

|                                                            |    |       |
|------------------------------------------------------------|----|-------|
| Antecedentes de partos prematuros personales o familiares. | Si | _____ |
|                                                            | No | _____ |

|                                                  |    |       |
|--------------------------------------------------|----|-------|
| Antecedentes de abortos de embarazos anteriores. | Si | _____ |
|                                                  | No | _____ |

|              |            |       |
|--------------|------------|-------|
| Peso materno | Deficiente | _____ |
|              | Adecuado   | _____ |
|              | Sobrepeso  | _____ |
|              | Obesa      | _____ |

|               |              |       |
|---------------|--------------|-------|
| Talla materna | Baja talla   | _____ |
|               | Talla normal | _____ |

|                                       |      |       |
|---------------------------------------|------|-------|
| Ganancia de peso durante el embarazo. | Baja | _____ |
|---------------------------------------|------|-------|

|                                                                    |    |          |       |
|--------------------------------------------------------------------|----|----------|-------|
|                                                                    |    | Moderada | _____ |
|                                                                    |    | Alta     | _____ |
| Anemia de cualquier etiología.                                     | Si | _____    |       |
|                                                                    | No | _____    |       |
| Hábitos tóxicos.                                                   | Si | _____    |       |
|                                                                    | No | _____    |       |
| Antecedentes de enfermedades crónicas                              | Si | _____    |       |
|                                                                    | No | _____    |       |
| Infecciones                                                        | Si | _____    |       |
|                                                                    | No | _____    |       |
| Embarazo múltiple.                                                 | Si | _____    |       |
|                                                                    | No | _____    |       |
| Alteraciones del líquido amniótico (polihidramnios u oligoamnios). | Si | _____    |       |
|                                                                    | No | _____    |       |
| Enfermedades del útero.                                            | Si | _____    |       |
|                                                                    | No | _____    |       |
| Placenta previa.                                                   | Si | _____    |       |
|                                                                    | No | _____    |       |
| Preclampsia.                                                       | Si | _____    |       |
|                                                                    | No | _____    |       |
| Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).                   | Si | _____    |       |
|                                                                    | No | _____    |       |

[ 1 peso materno bajo a la captación] Tablas de contingencia:  
Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control  
Nivel de confianza: 95,0%

| Tabla        | Casos | Controles | Total |
|--------------|-------|-----------|-------|
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Expuestos    | 47    | 65        | 112   |
| No expuestos | 97    | 223       | 320   |
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Total        | 144   | 288       | 432   |

  

|                                   | Estimación | IC(95,0%) |       |
|-----------------------------------|------------|-----------|-------|
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Proporción de casos expuestos     | 0,326389   | -         | -     |
| Proporción de controles expuestos | 0,225694   | -         | -     |
| Odds ratio                        | 1,662331   | 1,065698  |       |
| 2,592992 (Woolf)                  |            | 1,067420  |       |
| 2,589274 (Cornfield)              |            |           |       |
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Fracción atribuible en expuestos  | 0,398435   | 0,061648  |       |
| 0,614345                          |            |           |       |
| Fracción atribuible poblacional   | 0,130045   | 0,009599  |       |
| 0,235843                          |            |           |       |

  

| Prueba Ji-cuadrado de asociación | Estadístico | Valor p |
|----------------------------------|-------------|---------|
| -----                            | -----       | -----   |
| Sin corrección                   | 5,0685      | 0,0244  |
| Corrección de Yates              | 4,5578      | 0,0328  |

  

| Prueba exacta de Fisher | Valor p |
|-------------------------|---------|
| -----                   | -----   |
| Unilateral              | 0,0171  |
| Bilateral               | 0,0272  |

[ 2 sobrepeso u obesa] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

| Tabla        | Casos | Controles | Total |
|--------------|-------|-----------|-------|
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Expuestos    | 22    | 56        | 78    |
| No expuestos | 122   | 232       | 354   |
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Total        | 144   | 288       | 432   |

  

|                                   | Estimación | IC(95,0%) |       |
|-----------------------------------|------------|-----------|-------|
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Proporción de casos expuestos     | 0,152778   | -         | -     |
| Proporción de controles expuestos | 0,194444   | -         | -     |
| Odds ratio                        | 0,747073   | 0,435495  |       |
| 1,281572 (Woolf)                  |            |           |       |
|                                   |            | 0,437479  |       |
| 1,276560 (Cornfield)              |            |           |       |
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Fracción prevenida en expuestos   | 0,252927   | -0,281572 |       |
| 0,564505                          |            |           |       |
| Fracción prevenida poblacional    | 0,042942   | -0,046781 |       |
| 0,124975                          |            |           |       |

  

| Prueba Ji-cuadrado de asociación | Estadístico | Valor p |
|----------------------------------|-------------|---------|
| -----                            | -----       | -----   |
| Sin corrección                   | 1,1265      | 0,2885  |
| Corrección de Yates              | 0,8625      | 0,3531  |

  

| Prueba exacta de Fisher | Valor p |
|-------------------------|---------|
| -----                   | -----   |
| Unilateral              | 0,1769  |
| Bilateral               | 0,3531  |

[ 3 talla materna baja] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

|              | Casos | Controles | Total |
|--------------|-------|-----------|-------|
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Expuestos    | 52    | 61        | 113   |
| No expuestos | 92    | 227       | 319   |
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Total        | 144   | 288       | 432   |

|                                   | Estimación | IC(95,0%) |       |
|-----------------------------------|------------|-----------|-------|
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Proporción de casos expuestos     | 0,361111   | -         | -     |
| Proporción de controles expuestos | 0,211806   | -         | -     |
| Odds ratio                        | 2,103350   | 1,351679  |       |
| 3,273027 (Woolf)                  |            | 1,353675  |       |
| 3,268655 (Cornfield)              |            |           |       |
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Fracción atribuible en expuestos  | 0,524568   | 0,260179  |       |
| 0,694472                          |            |           |       |
| Fracción atribuible poblacional   | 0,189427   | 0,070774  |       |
| 0,292930                          |            |           |       |

| Prueba Ji-cuadrado de asociación | Estadístico | Valor p |
|----------------------------------|-------------|---------|
| -----                            | -----       | -----   |
| Sin corrección                   | 11,0795     | 0,0009  |
| Corrección de Yates              | 10,3200     | 0,0013  |

| Prueba exacta de Fisher | Valor p |
|-------------------------|---------|
| -----                   | -----   |
| Unilateral              | 0,0008  |
| Bilateral               | 0,0011  |

[ 4 ganancia de peso baja] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

|              | Casos | Controles | Total |
|--------------|-------|-----------|-------|
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Expuestos    | 63    | 75        | 138   |
| No expuestos | 81    | 213       | 294   |
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Total        | 144   | 288       | 432   |

|                                   | Estimación  | IC(95,0%) |       |
|-----------------------------------|-------------|-----------|-------|
| -----                             | -----       | -----     | ----- |
| -                                 |             |           |       |
| Proporción de casos expuestos     | 0,437500    | -         | -     |
| Proporción de controles expuestos | 0,260417    | -         | -     |
| Odds ratio                        | 2,208889    | 1,449180  |       |
| 3,366863 (Woolf)                  |             | 1,450769  |       |
| 3,363512 (Cornfield)              |             |           |       |
| -----                             | -----       | -----     | ----- |
| -Fracción atribuible en expuestos | 0,547284    | 0,309954  |       |
| 0,702988                          |             |           |       |
| Fracción atribuible poblacional   | 0,239437    | 0,107903  |       |
| 0,351577                          |             |           |       |
| Prueba Ji-cuadrado de asociación  | Estadístico | Valor p   |       |
| -----                             | -----       | -----     |       |
| Sin corrección                    | 13,8474     | 0,0002    |       |
| Corrección de Yates               | 13,0448     | 0,0003    |       |
| Prueba exacta de Fisher           | Valor p     |           |       |
| -----                             | -----       |           |       |
| Unilateral                        | 0,0002      |           |       |
| Bilateral                         | 0,0003      |           |       |

5 ganancia de peso alta] Tablas de contingencia: Tablas 2x2  
simples

Tipo de estudio : Caso-control  
Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

|              | Casos | Controles | Total |
|--------------|-------|-----------|-------|
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Expuestos    | 50    | 79        | 129   |
| No expuestos | 94    | 209       | 303   |
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Total        | 144   | 288       | 432   |

|                                   | Estimación | IC(95,0%) |       |
|-----------------------------------|------------|-----------|-------|
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Proporción de casos expuestos     | 0,347222   | -         | -     |
| Proporción de controles expuestos | 0,274306   | -         | -     |
| Odds ratio                        | 1,407218   | 0,915619  |       |
| 2,162758 (Woolf)                  |            | 0,916891  |       |
| 2,160116 (Cornfield)              |            |           |       |
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Fracción atribuible en expuestos  | 0,289378   | -0,092158 |       |
| 0,537627                          |            |           |       |
| Fracción atribuible poblacional   | 0,100478   | -0,033329 |       |
| 0,216959                          |            |           |       |

| Prueba Ji-cuadrado de asociación | Estadístico | Valor p |
|----------------------------------|-------------|---------|
| -----                            | -----       | -----   |
| Sin corrección                   | 2,4370      | 0,1185  |
| Corrección de Yates              | 2,1013      | 0,1472  |

| Prueba exacta de Fisher | Valor p |
|-------------------------|---------|
| -----                   | -----   |
| Unilateral              | 0,0742  |
| Bilateral               | 0,1204  |

[ 6 anemia] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

|              | Casos | Controles | Total |
|--------------|-------|-----------|-------|
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Expuestos    | 58    | 64        | 122   |
| No expuestos | 86    | 224       | 310   |
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Total        | 144   | 288       | 432   |

|                                   | Estimación | IC(95,0%) |       |
|-----------------------------------|------------|-----------|-------|
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Proporción de casos expuestos     | 0,402778   | -         | -     |
| Proporción de controles expuestos | 0,222222   | -         | -     |
| Odds ratio                        | 2,360465   | 1,529874  |       |
| 3,641996 (Woolf)                  |            | 1,531829  |       |
| 3,637765 (Cornfield)              |            |           |       |
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Fracción atribuible en expuestos  | 0,576355   | 0,346352  |       |
| 0,725425                          |            |           |       |
| Fracción atribuible poblacional   | 0,232143   | 0,109966  |       |
| 0,337548                          |            |           |       |

| Prueba Ji-cuadrado de asociación | Estadístico | Valor p |
|----------------------------------|-------------|---------|
| -----                            | -----       | -----   |
| Sin corrección                   | 15,4433     | 0,0001  |
| Corrección de Yates              | 14,5652     | 0,0001  |

| Prueba exacta de Fisher | Valor p |
|-------------------------|---------|
| -----                   | -----   |
| Unilateral              | 0,0001  |
| Bilateral               | 0,0001  |

[ 7 antecedentes de recién nacidos bajos pesos] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control  
Nivel de confianza: 95,0%

| Tabla        | Casos | Controles | Total |
|--------------|-------|-----------|-------|
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Expuestos    | 48    | 56        | 104   |
| No expuestos | 96    | 232       | 328   |
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Total        | 144   | 288       | 432   |

  

|                                   | Estimación | IC(95,0%) |       |
|-----------------------------------|------------|-----------|-------|
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Proporción de casos expuestos     | 0,333333   | -         | -     |
| Proporción de controles expuestos | 0,194444   | -         | -     |
| Odds ratio                        | 2,071429   | 1,316856  |       |
| 3,258379 (Woolf)                  |            | 1,319089  |       |
| 3,253360 (Cornfield)              |            |           |       |
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Fracción atribuible en expuestos  | 0,517241   | 0,240616  |       |
| 0,693099                          |            |           |       |
| Fracción atribuible poblacional   | 0,172414   | 0,058767  |       |
| 0,272339                          |            |           |       |

  

| Prueba Ji-cuadrado de asociación | Estadístico | Valor p |
|----------------------------------|-------------|---------|
| -----                            | -----       | -----   |
| Sin corrección                   | 10,1313     | 0,0015  |
| Corrección de Yates              | 9,3857      | 0,0022  |

  

| Prueba exacta de Fisher | Valor p |
|-------------------------|---------|
| -----                   | -----   |
| Unilateral              | 0,0013  |
| Bilateral               | 0,0019  |

[ 8 hábito de fumar] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

| Tabla        | Casos | Controles | Total |
|--------------|-------|-----------|-------|
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Expuestos    | 61    | 76        | 137   |
| No expuestos | 83    | 212       | 295   |
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Total        | 144   | 288       | 432   |

  

|                                   | Estimación | IC(95,0%) |       |
|-----------------------------------|------------|-----------|-------|
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Proporción de casos expuestos     | 0,423611   | -         | -     |
| Proporción de controles expuestos | 0,263889   | -         | -     |
| Odds ratio                        | 2,050095   | 1,344574  |       |
| 3,125816 (Woolf)                  |            | 1,346088  |       |
| 3,122637 (Cornfield)              |            |           |       |
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Fracción atribuible en expuestos  | 0,512218   | 0,256270  |       |
| 0,680084                          |            |           |       |
| Fracción atribuible poblacional   | 0,216981   | 0,084636  |       |
| 0,330192                          |            |           |       |

  

| Prueba Ji-cuadrado de asociación | Estadístico | Valor p |
|----------------------------------|-------------|---------|
| -----                            | -----       | -----   |
| Sin corrección                   | 11,3091     | 0,0008  |
| Corrección de Yates              | 10,5835     | 0,0011  |

  

| Prueba exacta de Fisher | Valor p |
|-------------------------|---------|
| -----                   | -----   |
| Unilateral              | 0,0006  |
| Bilateral               | 0,0010  |

[ 9 hábito alcohólico] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

|              | Casos | Controles | Total |
|--------------|-------|-----------|-------|
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Expuestos    | 5     | 13        | 18    |
| No expuestos | 139   | 275       | 414   |
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Total        | 144   | 288       | 432   |

|                                   | Estimación | IC(95,0%) |       |
|-----------------------------------|------------|-----------|-------|
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Proporción de casos expuestos     | 0,034722   | -         | -     |
| Proporción de controles expuestos | 0,045139   | -         | -     |
| Odds ratio                        | 0,760930   | 0,265912  |       |
| 2,177468 (Woolf)                  |            | 0,277073  |       |
| 2,095030 (Cornfield)              |            |           |       |
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Fracción prevenida en expuestos   | 0,239070   | -1,177468 |       |
| 0,734088                          |            |           |       |
| Fracción prevenida poblacional    | 0,010433   | -0,029825 |       |
| 0,049117                          |            |           |       |

| Prueba Ji-cuadrado de asociación | Estadístico | Valor p |
|----------------------------------|-------------|---------|
| -----                            | -----       | -----   |
| Sin corrección                   | 0,2609      | 0,6095  |
| Corrección de Yates              | 0,0652      | 0,7984  |

| Prueba exacta de Fisher | Valor p |
|-------------------------|---------|
| -----                   | -----   |
| Unilateral              | 0,4094  |
| Bilateral               | 0,7995  |

[ 10 Parto prematuro] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

|              | Casos | Controles | Total |
|--------------|-------|-----------|-------|
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Expuestos    | 117   | 103       | 220   |
| No expuestos | 27    | 185       | 212   |
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Total        | 144   | 288       | 432   |

|                                   | Estimación | IC(95,0%) |       |
|-----------------------------------|------------|-----------|-------|
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Proporción de casos expuestos     | 0,812500   | -         | -     |
| Proporción de controles expuestos | 0,357639   | -         | -     |
| Odds ratio                        | 7,783172   | 4,802264  |       |
| 12,614416 (Woolf)                 |            | 4,813082  |       |
| 12,580888 (Cornfield)             |            |           |       |
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Fracción atribuible en expuestos  | 0,871518   | 0,791765  |       |
| 0,920726                          |            |           |       |
| Fracción atribuible poblacional   | 0,708108   | 0,585475  |       |
| 0,794462                          |            |           |       |

| Prueba Ji-cuadrado de asociación | Estadístico | Valor p |
|----------------------------------|-------------|---------|
| -----                            | -----       | -----   |
| Sin corrección                   | 79,4763     | 0,0000  |
| Corrección de Yates              | 77,6667     | 0,0000  |

| Prueba exacta de Fisher | Valor p |
|-------------------------|---------|
| -----                   | -----   |
| Unilateral              | 0,0000  |
| Bilateral               | 0,0000  |

[ 11 antecedentes de hipertensión arterial crónica] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control  
Nivel de confianza: 95,0%

| Tabla        | Casos | Controles | Total |
|--------------|-------|-----------|-------|
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Expuestos    | 68    | 98        | 166   |
| No expuestos | 76    | 190       | 266   |
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Total        | 144   | 288       | 432   |

  

|                                   | Estimación | IC(95,0%) |       |
|-----------------------------------|------------|-----------|-------|
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Proporción de casos expuestos     | 0,472222   | -         | -     |
| Proporción de controles expuestos | 0,340278   | -         | -     |
| Odds ratio                        | 1,734694   | 1,153548  |       |
| 2,608614 (Woolf)                  |            | 1,154652  |       |
| 2,606292 (Cornfield)              |            |           |       |
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Fracción atribuible en expuestos  | 0,423529   | 0,133110  |       |
| 0,616655                          |            |           |       |
| Fracción atribuible poblacional   | 0,200000   | 0,046667  |       |
| 0,328671                          |            |           |       |

  

| Prueba Ji-cuadrado de asociación | Estadístico | Valor p |
|----------------------------------|-------------|---------|
| -----                            | -----       | -----   |
| Sin corrección                   | 7,0637      | 0,0079  |
| Corrección de Yates              | 6,5170      | 0,0107  |

  

| Prueba exacta de Fisher | Valor p |
|-------------------------|---------|
| -----                   | -----   |
| Unilateral              | 0,0055  |
| Bilateral               | 0,0088  |

[ 12 antecedentes de asma bronquial] Tablas de contingencia:  
Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control  
Nivel de confianza: 95,0%

| Tabla        | Casos | Controles | Total |
|--------------|-------|-----------|-------|
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Expuestos    | 57    | 117       | 174   |
| No expuestos | 87    | 171       | 258   |
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Total        | 144   | 288       | 432   |

  

|                                   | Estimación | IC(95,0%) |       |
|-----------------------------------|------------|-----------|-------|
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Proporción de casos expuestos     | 0,395833   | -         | -     |
| Proporción de controles expuestos | 0,406250   | -         | -     |
| Odds ratio                        | 0,957560   | 0,636459  |       |
| 1,440660 (Woolf)                  |            | 0,637145  |       |
| 1,439252 (Cornfield)              |            |           |       |
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Fracción prevenida en expuestos   | 0,042440   | -0,440660 |       |
| 0,363541                          |            |           |       |
| Fracción prevenida poblacional    | 0,012413   | -0,162552 |       |
| 0,161045                          |            |           |       |

  

| Prueba Ji-cuadrado de asociación | Estadístico | Valor p |
|----------------------------------|-------------|---------|
| -----                            | -----       | -----   |
| Sin corrección                   | 0,0433      | 0,8352  |
| Corrección de Yates              | 0,0108      | 0,9171  |

  

| Prueba exacta de Fisher | Valor p |
|-------------------------|---------|
| -----                   | -----   |
| Unilateral              | 0,4595  |
| Bilateral               | 0,9172  |

[ 13 antecedentes de diabetes mellitus gestacional] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

|              | Casos | Controles | Total |
|--------------|-------|-----------|-------|
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Expuestos    | 6     | 15        | 21    |
| No expuestos | 138   | 273       | 411   |
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Total        | 144   | 288       | 432   |

|                                   | Estimación | IC(95,0%) |       |
|-----------------------------------|------------|-----------|-------|
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Proporción de casos expuestos     | 0,041667   | -         | -     |
| Proporción de controles expuestos | 0,052083   | -         | -     |
| Odds ratio                        | 0,791304   | 0,300381  |       |
| 2,084564 (Woolf)                  |            | 0,310210  |       |
| 2,022942 (Cornfield)              |            |           |       |
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Fracción prevenida en expuestos   | 0,208696   | -1,084564 |       |
| 0,699619                          |            |           |       |
| Fracción prevenida poblacional    | 0,010439   | -0,033562 |       |
| 0,052568                          |            |           |       |

| Prueba Ji-cuadrado de asociación | Estadístico | Valor p |
|----------------------------------|-------------|---------|
| -----                            | -----       | -----   |
| Sin corrección                   | 0,2252      | 0,6351  |
| Corrección de Yates              | 0,0563      | 0,8124  |

| Prueba exacta de Fisher | Valor p |
|-------------------------|---------|
| -----                   | -----   |
| Unilateral              | 0,4156  |
| Bilateral               | 0,8133  |

[ 14 antecedentes de cardiopatías] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

|              | Casos | Controles | Total |
|--------------|-------|-----------|-------|
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Expuestos    | 12    | 25        | 37    |
| No expuestos | 132   | 263       | 395   |
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Total        | 144   | 288       | 432   |

|                                   | Estimación | IC(95,0%) |       |
|-----------------------------------|------------|-----------|-------|
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Proporción de casos expuestos     | 0,083333   | -         | -     |
| Proporción de controles expuestos | 0,086806   | -         | -     |
| Odds ratio                        | 0,956364   | 0,465807  |       |
| 1,963541 (Woolf)                  |            | 0,471637  |       |
| 1,941449 (Cornfield)              |            |           |       |
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Fracción prevenida en expuestos   | 0,043636   | -0,963541 |       |
| 0,534193                          |            |           |       |
| Fracción prevenida poblacional    | 0,003498   | -0,058939 |       |
| 0,062252                          |            |           |       |

| Prueba Ji-cuadrado de asociación | Estadístico | Valor p |
|----------------------------------|-------------|---------|
| -----                            | -----       | -----   |
| Sin corrección                   | 0,0148      | 0,9032  |
| Corrección de Yates              | 0,0037      | 0,9515  |

| Prueba exacta de Fisher | Valor p |
|-------------------------|---------|
| -----                   | -----   |
| Unilateral              | 0,5309  |
| Bilateral               | 1,0000  |

[ 15 antecedentes de infecciones vaginales] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

| Tabla        | Casos | Controles | Total |
|--------------|-------|-----------|-------|
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Expuestos    | 93    | 110       | 203   |
| No expuestos | 51    | 178       | 229   |
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Total        | 144   | 288       | 432   |

  

|                                   | Estimación | IC(95,0%) |       |
|-----------------------------------|------------|-----------|-------|
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Proporción de casos expuestos     | 0,645833   | -         | -     |
| Proporción de controles expuestos | 0,381944   | -         | -     |
| Odds ratio                        | 2,950802   | 1,946407  |       |
| 4,473490 (Woolf)                  |            | 1,948386  |       |
| 4,468650 (Cornfield)              |            |           |       |
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Fracción atribuible en expuestos  | 0,661109   | 0,486233  |       |
| 0,776461                          |            |           |       |
| Fracción atribuible poblacional   | 0,426966   | 0,272613  |       |
| 0,548565                          |            |           |       |

  

| Prueba Ji-cuadrado de asociación | Estadístico | Valor p |
|----------------------------------|-------------|---------|
| -----                            | -----       | -----   |
| Sin corrección                   | 26,8380     | 0,0000  |
| Corrección de Yates              | 25,7890     | 0,0000  |

  

| Prueba exacta de Fisher | Valor p |
|-------------------------|---------|
| -----                   | -----   |
| Unilateral              | 0,0000  |
| Bilateral               | 0,0000  |

[ 16 antecedentes de infecciones urinarias] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

|              | Casos | Controles | Total |
|--------------|-------|-----------|-------|
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Expuestos    | 75    | 99        | 174   |
| No expuestos | 69    | 189       | 258   |
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Total        | 144   | 288       | 432   |

|                                   | Estimación | IC(95,0%) |       |
|-----------------------------------|------------|-----------|-------|
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Proporción de casos expuestos     | 0,520833   | -         | -     |
| Proporción de controles expuestos | 0,343750   | -         | -     |
| Odds ratio                        | 2,075099   | 1,380647  |       |
| 3,118852 (Woolf)                  |            | 1,381906  |       |
| 3,116129 (Cornfield)              |            |           |       |
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Fracción atribuible en expuestos  | 0,518095   | 0,275702  |       |
| 0,679369                          |            |           |       |
| Fracción atribuible poblacional   | 0,269841   | 0,117327  |       |
| 0,396003                          |            |           |       |

| Prueba Ji-cuadrado de asociación | Estadístico | Valor p |
|----------------------------------|-------------|---------|
| -----                            | -----       | -----   |
| Sin corrección                   | 12,5148     | 0,0004  |
| Corrección de Yates              | 11,7895     | 0,0006  |

| Prueba exacta de Fisher | Valor p |
|-------------------------|---------|
| -----                   | -----   |
| Unilateral              | 0,0003  |
| Bilateral               | 0,0006  |

[ 17 Gemelaridad] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

|              | Casos | Controles | Total |
|--------------|-------|-----------|-------|
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Expuestos    | 24    | 18        | 42    |
| No expuestos | 120   | 270       | 390   |
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Total        | 144   | 288       | 432   |

|                                   | Estimación | IC(95,0%) |       |
|-----------------------------------|------------|-----------|-------|
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Proporción de casos expuestos     | 0,166667   | -         | -     |
| Proporción de controles expuestos | 0,062500   | -         | -     |
| Odds ratio                        | 3,000000   | 1,569502  |       |
| 5,734304 (Woolf)                  |            | 1,581711  |       |
| 5,688613 (Cornfield)              |            |           |       |
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Fracción atribuible en expuestos  | 0,666667   | 0,362855  |       |
| 0,825611                          |            |           |       |
| Fracción atribuible poblacional   | 0,111111   | 0,038141  |       |
| 0,178546                          |            |           |       |

| Prueba Ji-cuadrado de asociación | Estadístico | Valor p |
|----------------------------------|-------------|---------|
| -----                            | -----       | -----   |
| Sin corrección                   | 11,8681     | 0,0006  |
| Corrección de Yates              | 10,7110     | 0,0011  |

| Prueba exacta de Fisher | Valor p |
|-------------------------|---------|
| -----                   | -----   |
| Unilateral              | 0,0007  |
| Bilateral               | 0,0009  |

[ 18 placenta previa] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

| Tabla        | Casos | Controles | Total |
|--------------|-------|-----------|-------|
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Expuestos    | 4     | 15        | 19    |
| No expuestos | 140   | 273       | 413   |
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Total        | 144   | 288       | 432   |

  

|                                   | Estimación | IC(95,0%) |       |
|-----------------------------------|------------|-----------|-------|
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Proporción de casos expuestos     | 0,027778   | -         | -     |
| Proporción de controles expuestos | 0,052083   | -         | -     |
| Odds ratio                        | 0,520000   | 0,169395  |       |
| 1,596266 (Woolf)                  |            | 0,178111  |       |
| 1,523010 (Cornfield)              |            |           |       |
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Fracción prevenida en expuestos   | 0,480000   | -0,596266 |       |
| 0,830605                          |            |           |       |
| Fracción prevenida poblacional    | 0,024341   | -0,014123 |       |
| 0,061346                          |            |           |       |

  

| Prueba Ji-cuadrado de asociación | Estadístico | Valor p |
|----------------------------------|-------------|---------|
| -----                            | -----       | -----   |
| Sin corrección                   | 1,3488      | 0,2455  |
| Corrección de Yates              | 0,8327      | 0,3615  |

  

| Prueba exacta de Fisher | Valor p |
|-------------------------|---------|
| -----                   | -----   |
| Unilateral              | 0,1821  |
| Bilateral               | 0,3231  |

[ 19 preclampsia] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

|              | Casos | Controles | Total |
|--------------|-------|-----------|-------|
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Expuestos    | 26    | 47        | 73    |
| No expuestos | 118   | 241       | 359   |
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Total        | 144   | 288       | 432   |

|                                   | Estimación | IC(95,0%) |       |
|-----------------------------------|------------|-----------|-------|
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Proporción de casos expuestos     | 0,180556   | -         | -     |
| Proporción de controles expuestos | 0,163194   | -         | -     |
| Odds ratio                        | 1,129823   | 0,666861  |       |
| 1,914192 (Woolf)                  |            | 0,669461  |       |
| 1,907640 (Cornfield)              |            |           |       |
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Fracción atribuible en expuestos  | 0,114906   | -0,499562 |       |
| 0,477586                          |            |           |       |
| Fracción atribuible poblacional   | 0,020747   | -0,073707 |       |
| 0,106892                          |            |           |       |

| Prueba Ji-cuadrado de asociación | Estadístico | Valor p |
|----------------------------------|-------------|---------|
| -----                            | -----       | -----   |
| Sin corrección                   | 0,2061      | 0,6499  |
| Corrección de Yates              | 0,1010      | 0,7507  |

| Prueba exacta de Fisher | Valor p |
|-------------------------|---------|
| -----                   | -----   |
| Unilateral              | 0,3720  |
| Bilateral               | 0,6836  |

[ 20 RCIU] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

|              | Casos | Controles | Total |
|--------------|-------|-----------|-------|
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Expuestos    | 44    | 13        | 57    |
| No expuestos | 100   | 275       | 375   |
| -----        | ----- | -----     | ----- |
| Total        | 144   | 288       | 432   |

|                                   | Estimación | IC(95,0%) |       |
|-----------------------------------|------------|-----------|-------|
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Proporción de casos expuestos     | 0,305556   | -         | -     |
| Proporción de controles expuestos | 0,045139   | -         | -     |
| Odds ratio                        | 9,307692   | 4,812202  |       |
| 18,002807 (Woolf)                 |            | 4,850709  |       |
| 17,838923 (Cornfield)             |            |           |       |
| -----                             | -----      | -----     | ----- |
| -                                 |            |           |       |
| Fracción atribuible en expuestos  | 0,892562   | 0,792195  |       |
| 0,944453                          |            |           |       |
| Fracción atribuible poblacional   | 0,272727   | 0,187176  |       |
| 0,349274                          |            |           |       |

| Prueba Ji-cuadrado de asociación | Estadístico | Valor p |
|----------------------------------|-------------|---------|
| -----                            | -----       | -----   |
| Sin corrección                   | 56,8421     | 0,0000  |
| Corrección de Yates              | 54,5912     | 0,0000  |

| Prueba exacta de Fisher | Valor p |
|-------------------------|---------|
| -----                   | -----   |
| Unilateral              | 0,0000  |
| Bilateral               | 0,0000  |