

Universidad de Ciencias Médicas

Ciego de Ávila

José Aseff Yara

Policlínico Universitario Área Norte

Ciego de Ávila

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

Tesis en opción a Especialista en Primer Grado de Medicina General Integral

Autor: Dra. Dunia Mabel Díaz Pérez

2014

Universidad de Ciencias Médicas

José Aseff Yara

Ciego de Ávila

Policlínico Universitario Área Norte

Ciego de Ávila

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

Tesis en opción a Especialista en Primer Grado de Medicina General Integral

Autor: Dra. Dunia Mabel Díaz Pérez

Residente de 2do año de Medicina General Integral

Policlínico Universitario Área Norte Ciego de Ávila.

Tutor: Dra. Silvia E. Retureta Milán.

Especialista en Primer Grado de Medicina General Integral

Profesor Instructor

Policlínico Universitario Área Centro Ciego de Ávila.

2014

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que contribuyeron con la realización de esta tesis, en
especial a mi abuela Rosa por sus sacrificios y ayuda incondicional,
a mi esposo por su apoyo y comprensión,
a mi tutora, por confiar en mí y ayudarme a lograr este sueño.

DEDICATORIA

A mi abuela, pues con su ayuda ilimitada ha sido posible el inicio y terminación de
mi carrera y especialidad.

A mi esposo, que estuvo a mi lado en estos momentos difíciles demostrándome
fidelidad y amor.

RESUMEN

El parto prematuro es causa importante de morbilidad perinatal, existen factores de riesgo capaces de desencadenarlo, se realizó una investigación del tipo casos y controles en el Área Norte del municipio Ciego de Ávila en el período 2011-2012. El universo estuvo constituido por el total de mujeres con partos producidos entre las 22 y 36.6 semanas. La información se recolectó mediante una planilla con las variables a estudiar, se utilizó las historias clínicas y carnets obstétricos. Se aceptó la hipótesis del trabajo ya que presentó asociación estadística significativa con el parto prematuro: el antecedente de aborto en embarazos anteriores, el bajo peso materno y ganancia de peso baja durante el embarazo, la anemia durante la gestación, las infecciones vaginales y urinarias. Al describir la repercusión del parto prematuro sobre el recién nacido, se halló que el bajo peso al nacer, las enfermedades respiratorias y las infecciones durante el periodo neonatal en ambos años fueron las complicaciones más vistas.

INDICE

INTRODUCCION-----	07
MARCO TEORICO-----	15
METODO-----	27
ANALISIS Y DISCUSION-----	34
CONCLUSIONES-----	49
RECOMENDACIONES-----	50
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS-----	51
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al parto prematuro como el nacimiento que se produce entre las 22 y las 36,6 semanas completadas la gestación independientemente del peso del recién nacido. Aunque todos los partos que se producen antes de las 37 semanas se consideran prematuros, los que se producen antes de las 34 semanas son los máximos responsables del incremento en los daños y muerte debido al bajo peso neonatal (1, 2)

Excluidas las malformaciones congénitas, el 75% de las muertes perinatales son atribuibles a la prematurez. Un recién nacido que pesa menos de 1500 g tiene un riesgo de morir en su primer año de vida de 180 veces superior al de un recién nacido mayor de 2500 g. El riesgo de muerte de un prematuro es 20 veces mayor que el de un recién nacido a término. (1-4)

Las complicaciones de los prematuros aumentan mientras menor sea su edad gestacional o peso de nacimiento, presentando desde complicaciones leves hasta enfermedades graves. El 50% de las anormalidades neurológicas de la infancia son atribuibles a la prematurez. (1-3)

Los recién nacidos extremadamente prematuros requieren de la atención de personal altamente calificado y el uso de tecnología sofisticada, a menudo durante periodos largos. Se estima que los costos de atención a los recién nacido prematuros se continúen elevando en los próximos años, debido a la disponibilidad de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas. (5)

En los Estados Unidos los costos anuales por los nacimientos prematuros representan 57% del costo total por atención neonatal y 35% del costo total por atención médica a todos los niños. (5)

Cerca de 15 millones de niños nacen cada año antes de las 37 semanas de gestación, según reporta el informe 'Nacido demasiado pronto', presentado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2012, donde también se recoge que cada año mueren 1,1 millones de prematuros en el mundo. Su frecuencia varía de 5 a 11% en las regiones desarrolladas y hasta 40% en algunas regiones muy pobres. Desde 1990, por motivos que no acaban de comprenderse, la tasa mundial de nacimientos prematuros ha aumentado un 14% aproximadamente. (1,6-9)

En el 2005 se registró 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones (85%) se concentran en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte y las más bajas en Europa (6,2%). (2,10)

Las cifras aproximadas de incidencia son: 10,6% en América del Norte, 6,4% en Oceanía y 6,2% en Europa. (2)

Este problema de salud, que es universal, tiene, sin embargo, un factor asociado: la riqueza. La tasa de nacimientos prematuros varía del 8% o 9% en los países ricos y del 12% en los pobres. Las infecciones de la madre, diabetes, los embarazos múltiples o las actividades que las mujeres realizan influyen. En 11 países (Malawi, Congo, Comores, Zimbabue, Guinea Ecuatorial, Mozambique, Gabón, Pakistán, Indonesia, Mauritania y Botsuana) la tasa de estos nacimientos supera el 15% del total. (11)

Cerca de medio millón de recién nacidos en los Estados Unidos (1 de cada 8) nacen de manera prematura cada año, como media, nace un prematuro cada minuto. En 1981 representó 9.4% de los embarazos y, en 2005, 12.7%, lo que significa un aumento considerable en el periodo. En algunos grupos de la población se han reportado cifras elevadas, como en las adolescentes, donde la frecuencia alcanza 21.3%. Actualmente en los Estados Unidos el parto prematuro aparece en el 12,5% del total de nacimientos producidos. (5, 12-15)

Siete de cada cien recién nacidos españoles nacen antes de tiempo y su prematuridad les hace más vulnerables a sufrir determinadas enfermedades y situaciones de riesgo. En España, la tasa de prematuridad que se reporta es de 9,5-10% del total de nacimientos prematuros. Estos niños, de los que llegan a nacer 380.000 cada año, son extremadamente delicados y vulnerables ya que necesitan seguir desarrollándose después del parto en las unidades de cuidados intensivos neonatales, hasta completar el período completo de gestación de cualquier otro bebé. De estos casi 400.000 bebés, alrededor de un 35% llegan al mundo por indicación médica, mientras que el 40% son fruto de un parto espontáneo y el 25% restante se producen por una ruptura de las membranas. (16, 17)

En Chile, la tasa de parto prematuro se encuentra entre el 5-6%. La Enfermedad de la membrana hialina es una de las complicaciones más observadas en los recién nacidos, representando aproximadamente el 10%. (1)

En México su incidencia es de 5 a 10 % de todos los embarazos y constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal. (18)

En Montevideo Uruguay las cifras de prematuridad oscilan entre el 6 y el 15%. (15)

El parto prematuro en Colombia tiene una incidencia del 11.4%. En Medellín, se encontró una frecuencia del 9,5%. (12, 20)

Según estadísticas del Ministerio de salud de Argentina, la prematurez representa la primera causa de mortalidad en bebés y durante 2008, los fallecimientos por causas perinatales fueron más del doble de los decesos por anomalías congénitas (4724 y 2285, respectivamente). De los 746 460 nacimientos por año que se registran en Argentina, unos 56 mil (equivalente al 8%) son prematuros. (21)

En un centro perinatal de tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social del estado de Yucatán, México, se calculó que entre los años 1995 a 2004 la frecuencia de neonatos prematuros fue de 12.4%. Cuando se compararon las frecuencias de nacimientos prematuros entre los trienios de 1995 a 1998 y 2002 a 2004, en el último periodo se observó aumento de todos los nacimientos prematuros (menos de 37 semanas de embarazo). (5)

En Cuba, donde la salud pública se brinda de forma gratuita independientemente de sexo, raza o creencia religiosa, en ocasiones no se valora adecuadamente todo el esfuerzo que debe realizar el estado para que toda la población disponga de los recursos necesarios para una asistencia médica adecuada a pesar de los altos costos de los servicios de obstetricia y neonatología, importantes especialmente para la madre y el niño. (7)

El parto prematuro constituye un problema obstétrico de gran relevancia, pues a pesar de la atención médica general integral que se brinda a nivel de comunidad, el desarrollo del programa materno infantil y el perfeccionamiento de las instalaciones de salud, desarrollado por la revolución, entre el 8 y 9% de los nacimientos están representados por los prematuros, y estos constituyen el 75% de la mortalidad perinatal y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido, las cuales suelen ser graves y en muchos casos invalidantes. (15)

En Las Tunas se realizó un estudio de prematuridad, en el año 2005 y se encontró una incidencia de nacimientos prematuros de 6,1%. (22)

En Ciego de Ávila la prematuridad es el principal problema obstétrico actual, pues constituye la causa más importante de mortalidad infantil, la cual registró una tasa de 5,3 por cada 1 000 nacidos vivos en 2012, cifra superior a la de 4,4 del año 2011, y por encima de la media nacional. (23)

En el Departamento Materno Infantil del Hospital Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila, durante los años 2005 y 2006 la incidencia de los partos prematuros fue de 7.2 % y 6.1 % respectivamente; durante el año 2007, del total de partos el 5.1 % correspondieron a los partos prematuros. (24)

A pesar de las investigaciones realizadas sobre este tema aún no se disminuye el nacimiento de niños prematuros.

Justificación del estudio:

Por tanto, los conocimientos e investigaciones realizadas sobre los factores de riesgo que pueden desencadenar un parto prematuro aún resultan insuficientes, teniendo en cuenta el problema que representa el parto prematuro en el municipio se realiza este estudio, y se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles son los principales factores de riesgo asociados al parto prematuro en la Policlínica Universitaria Área Norte del municipio de Ciego de Ávila?

¿Cuáles son las primordiales causas de morbilidad de estos recién nacidos?

Objetivo General

Identificar los factores de riesgo de parto prematuro en las embarazadas del policlínico Norte de Ciego de Ávila, en el período 2011-2012.

Objetivos Específicos

- Determinar los factores de riesgos asociados al parto prematuro en el área de estudio atendiendo a las siguientes variables: antecedentes de abortos de embarazos anteriores, antecedentes de partos prematuros personales o familiares, edad materna extrema, peso y talla materno, ganancia de peso

durante el embarazo, anemia, hábitos de fumar y alcoholístico, preeclampsia, antecedentes de enfermedades crónicas, infecciones respiratorias, urinarias y vaginales, embarazo múltiple, alteraciones del líquido amniótico (polihidramnios u oligoamnios), enfermedades del útero, placenta previa, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

- Resumir el comportamiento de la morbilidad del neonato prematuro en el área de estudio.

Hipótesis de investigación:

Si se determinan los diferentes factores de riesgo asociados a la aparición de partos prematuros en las mujeres embarazadas del Policlínico Norte de Ciego de Ávila, se podrá evitar este, así como las complicaciones que generan en los recién nacidos.

Fundamento metodológico:

En la investigación que se presenta se realizó un análisis bivariado simple para determinar la asociación entre los factores de riesgos y el parto prematuro, así como un resumen de las diferentes afecciones que presentaron los recién nacidos producto de los partos prematuros pertenecientes al área de salud de estudio.

Impactos de los resultados obtenidos:

- Aporte social: se establecerán cuáles son los principales factores de riesgo que provocan en las gestantes del Policlínico Norte de Ciego de Ávila el nacimiento de niños prematuros, así como un resumen de las primordiales causas de morbilidad en estos, lo cual si se evita se presentará ante la sociedad mejor calidad de vidas sin las secuelas que se les atribuyen como: discapacidades neurológicas, trastornos del lenguaje y aprendizaje, alteraciones visuales y auditivas, retraso mental y parálisis cerebral repercutiendo en su adaptación social.

- Aporte económico: Desde el punto de vista económico al disminuir el número de nacimientos prematuros se reduciría la estancia hospitalaria de los neonatos y todos los gastos que representan, así como también los amplios costos que implican la atención especializada a niños discapacitados.
- Aporte científico: Se determinarían en el Policlínico Norte de Ciego de Ávila los factores de riesgos asociados a la aparición del parto prematuro, lo que permitirá realizar acciones de salud para su modificación o su prevención.

La implementación de este proyecto constituye una vía hacia lograr una disminución del parto prematuro realizando una intervención en los factores que lo producen con su precoz identificación en la atención primaria de salud.

Objeto: Parto Prematuro

Métodos de investigación utilizados:

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

Métodos del nivel teórico:

Histórico - Lógico: Se investigó sobre el comportamiento del parto prematuro tanto a nivel internacional como nacional y local con la finalidad de entender su comportamiento en el área de salud de estudio.

Análisis – Síntesis: Los resultados obtenidos en las investigaciones consultadas sobre el tema fueron interpretados, lo que contribuyó a la solución del problema científico planteado.

Métodos del nivel empírico:

Se empleó dos planilla para recolectar la información, una para los datos recogidos en los libros de Registros de partos del Hospital Antonio Luaces Iraola, las historias clínicas y carnets obstétricos de las pacientes del área Norte del municipio Ciego de Ávila que presentaron partos prematuros en los años 2011 y

2012, y otra para recoger la información del Libro de Registros de Morbilidad Neonatal del mismo Hospital. La observación: se realizó mediante un estudio del tipo casos y controles con una regresión logística simple o análisis bivariado entre cada una de las variables o factores de riesgo y el parto prematuro.

El análisis estadístico: relacionado con los marcadores, factores de riesgo y morbimortalidad del neonato prematuro, 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 los factores de riesgo y el parto prematuro, 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 bivariado entre cada una de las variables explicativas o independientes (factores de riesgo) y la variable de respuesta o dependiente (parto prematuro).

MARCO TEÓRICO

El objetivo central de este acápite es presentar las referencias hechas en la literatura sobre los factores de riesgos, posible etiología y antecedentes teóricos del parto prematuro.

El aumento de la edad materna y el incremento de los índices de aplicación de Tecnologías de Reproducción Asistida (TRA) y de gestaciones múltiples relacionadas con el uso de estas tecnologías aún aumentado la ocurrencia de partos prematuros. Los embarazos simples de mujeres que recurren a la fertilización in vitro presentan un mayor riesgo de nacimiento prematuro. Si tenemos en cuenta el hecho de que el nacimiento prematuro está asociado a un riesgo considerable de enfermedad e incluso muerte del recién nacido, este aumento es notablemente alarmante. (25)

Aún cuando en los últimos años se ha ido consolidando el programa de medicina familiar, todavía existen debilidades en la atención a gestantes con factores de riesgo, los cuales de no modificarse frecuentemente, tienen un desenlace complicado. (2, 7, 10, 15, 17)

Los factores de riesgo son cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada directa o indirectamente con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Los factores de riesgo pueden ser biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos, demográficos, entre otros. (5, 8)

Se ha visto que la edad materna constituye un factor de riesgo para el parto prematuro. En el 2008 se publicó un artículo sobre el parto prematuros en adolescentes, donde se recogió que más de la mitad de las pacientes con parto prematuros tenían edades comprendidas entre los 17 y 19 años (adolescencia

tardía). Los resultados de Villamonte no coinciden con los hallados por otros investigadores, ya que este encontró con más frecuencia el parto prematuro en las gestantes con edades entre los 20 y 35 años. (26)

El riesgo de recurrencia en la historia de parto prematuro en gestaciones anteriores fue descrito por Villamonte como uno de los principales factores de riesgo en multíparas. (26)

La historia previa de una gestante con partos prematuros es un factor de riesgo importante de que se repita este hecho, cuanto más temprana es la edad gestacional en que se produjo el parto prematuro anterior, mayor es el riesgo de un nuevo parto prematuro espontáneo precoz, con una recurrencia de 2,5 veces mayor así lo demuestra Gallego en su estudio. Las embarazadas con antecedentes de parto prematuro anterior tienen 1,28 veces más posibilidades de presentar un parto prematuro que las que no lo tienen, según Pérez. Existe una tendencia a que los nacimientos prematuros posteriores se produzcan con la misma edad gestacional que los anteriores. El riesgo de dar a luz un prematuro en mujeres con antecedente previo de prematuridad es un 80% superior a las mujeres que no presentaron este antecedente en su historia obstétrica (27-29)

Los antecedentes de abortos a repetición, también elevan el riesgo de parto prematuro, ya que el uso de la interrupción de embarazo como método de regulación de la fecundidad en las mujeres cubanas, expresa la aún insuficiente percepción de la población de las consecuencias negativas que este método puede traer para la salud en general y para la salud sexual y reproductiva en particular. El aborto aumenta el riesgo de la mayoría de las principales causas de parto prematuro, tales como rotura de la membrana, mala posición del feto o la placenta y parto prematuro espontáneo. La única causa frecuente de parto prematuro sin correlación con el aborto es la hipertensión arterial. En estudio realizado en el 2008 Cruz halló que las madres que se habían practicado un aborto previo tenían 1,7 veces más probabilidades de dar a luz un bebé de menos

de 28 semanas de gestación. Ciego de Ávila tiene una de las tasas más altas de abortos del país, lo cual fue descrito por Carmenate, quien resaltó la importancia de tener en cuenta la relación aborto-parto, pues puede afectar la salud reproductiva de la mujer e incidir en la ocurrencia de partos prematuros, hemorragias, y en la presencia de placentas previas, entre otros trastornos. (7, 23, 30)

La malnutrición materna por defecto ha aumentado notablemente en las últimas décadas y cada vez se adquiere mayor conciencia sobre la acción perjudicial de los excesos y las deficiencias nutricionales en la capacidad funcional y la salud de las gestantes. Estos efectos empiezan a manifestarse en la vida prenatal, ya que el estado nutricional deficiente de la madre afecta el desarrollo general y neurológico del feto. La malnutrición previa al embarazo puede incrementar el riesgo de parto prematuro y de efectos secundarios en la salud a largo plazo. La malnutrición materna es una condición que permite la colonización de la vagina por gérmenes polimicrobianos alterando el ph vaginal, favoreciendo el desarrollo de la flora anaeróbica y aumentando la virulencia de los gérmenes que se encuentran en vagina. Se ha encontrado que el 90% de los líquidos amnióticos de gestantes malnutridas carecen de actividad antimicrobiana, permitiendo la infección fetal y reafirmando una vez más la relación que existe entre la desnutrición materna y una de las principales causas de prematuridad, los procesos infecciosos. (7, 31)

Rosell describió la presencia de parto prematuro dentro del grupo de las malnutridas, donde fue muy significativa la desnutrición materna por defecto, la cual estuvo presente en el 88.9 % de los sujetos objeto de estudio y en el 46.2% del grupo de comparación. (32)

En el estudio realizado por Arias en Pinar del Río, se logró como resultado que el peso inferior a 50 kg al inicio del embarazo y la talla inferior a 150 cm de la madre, al analizarlos en conjunto y por separado, solo tuvo relación con el parto

premature la talla materna inferior a 150 cm, y no al bajo peso materno, lo cual no coincide con los resultados obtenidos por los otros autores. (33)

El exceso de peso corporal también se ha convertido en un problema de salud pública mayor en todo el mundo y la población obstétrica no escapa a esta epidemia nutricional. La obesidad materna y la excesiva ganancia de peso gestacional han sido reconocidas como factores de riesgo independientes para complicaciones maternas y fetales. (34)

La deficiencia de hierro es la carencia nutricional más frecuente en países en vías de desarrollo y compromete preferentemente a las mujeres embarazadas, si esta situación se prolonga, conduce a la anemia. Calderón y Robaina describen que la anemia durante el embarazo constituyó el principal factor de riesgo en la población de las mujeres embarazadas que tuvieron recién nacido prematuro. (7, 18-20, 22, 35)

El consumo de sustancias adictivas durante el embarazo representa un problema para la salud pública. En los últimos años se ha encontrado que la exposición al alcohol y al tabaco durante la gestación está asociado con un riesgo elevado de parto prematuro y muerte neonatal. Las gestantes fumadoras tienen de 20 a 30% más probabilidad de tener un parto prematuro, el alcoholismo, estrés físico y psíquico son factores de riesgo que se han visto relacionados a la aparición del parto prematuro. Mallol y sus colaboradores no encontraron diferencias significativas entre las madres que fumaron y las que no durante el embarazo respectivamente, estableciéndose que la amenaza de parto prematuro fue de 0,9% en las fumadoras. En la investigación de Berenzon, se observó que el consumo de alcohol durante el embarazo aumentó 7.9 veces el riesgo de tener hijos prematuros y la severidad de la dependencia elevó el riesgo de tener hijos de bajo peso. (36-37)

La enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un programa prioritario de salud en el mundo. En Estados Unidos, su incidencia varía entre 1,6 a 12,6 %, lo cual contrasta con la de países del tercer mundo en los cuales alcanza hasta 40 % en grupos humanos considerados de alto riesgo. La enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo produce un elevado número de partos prematuros cada año en Cuba y el resto del mundo. Esta constituye la principal causa de morbilidad y mortalidad maternas, pues la mayoría de las muertes maternas se produce en pacientes eclámpicas. En estudio realizado por Jaramillo y colaboradores en Colombia sobre los factores asociados al parto prematuro encontraron que la preclampsia es uno de los principales. Calderón y Villamonte hallaron que la enfermedad hipertensiva es una complicación presente en el desarrollo de partos prematuros. (18, 26, 38-39)

El antecedente de padecer de enfermedades crónicas en las gestantes constituye un factor de riesgo importante a considerar ante la probabilidad de que se desarrolle un parto prematuro.

La Diabetes *Mellitus*, para algunos autores, complica alrededor de 1 % de todas las gestaciones. En Cuba se reportó que la asociación de diabetes con la gestación es aproximadamente de 1 en cada 500 gestaciones. La hiperglicemia afecta el desarrollo embrionario e incrementa 6 veces los defectos congénitos, la presentación fetal anormal y las malformaciones cardíacas, La diabetes puede causar hasta el 40 % de la mortalidad perinatal. Miranda en el Hospital General de México, encontró en su investigación que la Diabetes *Mellitus* estuvo presente en las gestantes que desarrollaron partos prematuros. (38, 40, 41)

El Asma bronquial aparece como un factor de riesgo de prematuridad importante, con un incremento del riesgo mayor de 4 veces en la embarazada en que está presente, así lo demostró Robaina (2001), de igual forma reportó que la hipertensión arterial es la cuarta causa más importante en las gestantes con parto

premature de la Provincia, con OR de 3,7; no constituyeron factores de riesgo la presencia de alteraciones maternas como cardiopatía y diabetes. (35)

Entre los factores de riesgo más importante para el parto prematuro se encuentra las infecciones urinarias durante el embarazo se considera como una de las afecciones más frecuentes asociada a este, de ahí la necesidad de conocerla y atenderla oportuna y correctamente. La bacteriuria asintomática en el embarazo tiene un 4-7% de prevalencia, riesgo que dura toda la gestación. Las pacientes no tratadas tienen un riesgo de 15-65% de padecer pielonefritis aguda, el 60-75% en el tercer trimestre, aumentando el riesgo de parto prematuro y la probabilidad de mortalidad perinatal. (7,20, 42)

Algunas infecciones del aparato genital se asocian a un mayor riesgo de parto prematuro, pues se ha demostrado su estrecha relación con la infección intraútero, donde las alteraciones de la flora vaginal son la puerta de entrada. La vagina puede comportarse como un reservorio natural de gérmenes capaces de comprometer la salud reproductiva de la mujer. La cervicovaginitis es un problema importante relacionado con la morbilidad materno infantil, ya que puede desencadenar muerte fetal, muerte materna, o ambas, abortos espontáneos, partos prematuros, bajo peso al nacer, infección ocular y pulmonar en los neonatos, así como sífilis congénita. Las sustancias que producen las bacterias pueden debilitar las membranas que rodean al saco amniótico y estimular su ruptura temprana, incluso si las membranas permanecen intactas, las bacterias pueden causar una infección e inflamación en el útero, lo que podría acabar provocando un parto prematuro. (7, 43)

Un estudio realizado por Calderón (2005) se encontró que las infecciones cervicovaginales están presentes dentro de las complicaciones menores observadas en las pacientes con parto prematuro, el autor comparó la exposición a agentes patógenos vaginales de embarazadas entre las 26 y 36 semanas de embarazo, con y sin amenaza de trabajo de parto prematuro, lo que reveló que la exposición al menos a un agente patógeno eleva el riesgo a un 62,85% de

desarrollar un parto prematuro, lo cual induce 16,35 veces más riesgo de parto prematuro en comparación con las mujeres de flora vaginal normal. Barrios (2012) también describió en su investigación la relación existente entre el parto prematuro y la infección vaginal. (8, 18)

Una gestación de gemelos, trillizos o más multiplican por diez el riesgo de nacimiento antes de las 37 semanas de gestación, y está condicionado por múltiples factores, entre los que se encuentra una mayor distensión uterina con excesivo desarrollo excéntrico del útero, mayor secreción hormonal placentaria, así como las complicaciones que pueden surgir en este tipo de embarazo, como son: polihidramnios, placenta previa, *abruptio placentae*, toxemia grave, etcétera, que son aquí más frecuentes. Aproximadamente el 54% de los partos de gemelos nacen prematuros, mientras que solo el 9,6% de los partos simples lo son. El aumento de los embarazos múltiples está originado en las técnicas de reproducción asistida, la que aumentada la tasa de mellizos en un 55%. Jaramillo, González y Robaina también corroboran la importancia del embarazo gemelar como factor de riesgo de prematuridad. (10,17, 25, 35, 39, 44)

Las alteraciones del volumen del líquido amniótico también han sido reportadas como factores de riesgo de parto prematuro. El polihidramnios es el volumen anormalmente elevado de líquido amniótico (2000mL o más) durante el último trimestre de la gestación, usualmente diagnosticado por la desproporción entre el tamaño uterino y la edad gestacional y luego comprobado por evaluación ultrasonográfica (Índice de Líquido Amniótico), se presenta entre 0.4 y 2.3 % de todos los embarazos y es también una de las principales causas de parto prematuro, generalmente aparece asociado con diabetes materna, embarazo múltiple y anomalías congénitas. Arias los describió con asociación estadísticamente significativo. Otros autores plantean que el oligoamnios pudiera relacionarse con la falta de aumento del volumen plasmático en la mujer durante el embarazo, y ha sido indicada como mecanismo potencialmente importante en el parto prematuro. (33,35)

La prevalencia de las malformaciones uterinas es del 1% en la población general y llega hasta al 3% en pacientes con problemas reproductivos. Su herencia es poligénica y está influenciada por múltiples factores, el motivo principal de los fracasos de la gestación en estas malformaciones se entendió inicialmente como simple defecto de distensión uterina, que su alteración morfológica y estructural implican, pero sin duda, también puede influir el estado de vascularización endometrial, las alteraciones menstruales, la infertilidad, el aborto, el parto prematuro y la esterilidad con sus manifestaciones clínicas constituyen las primeras complicaciones de las afecciones uterinas. (45, 46)

La placenta previa dada su cercanía con respecto al orificio cervical interno en embarazos de más de 20 semanas se clasifica en dos formas clínicas, previa propiamente dicha cuando cubre total o parcialmente el orificio cervical interno o marginal cuando se encuentra a 3cm de él sin cubrirlo, la placenta previa tiene una incidencia de 1 por cada 200 a 390 embarazos y aumenta la mortalidad perinatal 3 a 4 veces fundamentalmente por parto prematuro indicado por las complicaciones que genera, el desprendimiento de la placenta hace que se produzca una hemorragia en la decidua relacionado por la producción de trombina que estimulan la producción de proteasas capaces de madurar el cuello uterino y provocar ruptura de las membranas prematuramente, con el desarrollo de la ultrasonografía ha dado la posibilidad de establecer un diagnóstico prenatal de la enfermedad con la toma de decisiones terapéuticas preventivas antes de la aparición de las complicaciones. Estudio realizado por Rodríguez demostró una asociación de la placenta previa con el parto prematuro presentando una prevalencia del 9,3 %. (47)

La restricción del crecimiento intrauterino se presenta aproximadamente en el 4 al 15% de los embarazos. Esta variación en la frecuencia se puede explicar por las distintas definiciones utilizadas por los autores para hacer el diagnóstico, las curvas de crecimiento fetal que se deben utilizar para evaluar cada caso. La identificación y manejo del feto con RCIU, permite disminuir las tasas de

mortalidad y morbilidad fetal, y las complicaciones neonatales a corto y a largo plazo; de otro lado la identificación de un feto pequeño para la edad gestacional permite disminuir las intervenciones obstétricas innecesarias y la morbilidad materna. Godoy en investigación realizada sobre la restricción de crecimiento intrauterino encontró asociación entre éste y el parto prematuro (64%). (48)

Repercusión del parto prematuro sobre el neonato.

Entre las complicaciones de los recién nacidos prematuros se encuentra el bajo peso al nacer, Fajardo y otros colaboradores, en su investigación de tres años expusieron que de 108 neonatos bajo peso el 60,1% fueron recién nacidos prematuros. También Mayo, en el municipio Chambas al norte de la provincia de Ciego de Ávila, exhibió que tuvieron parto prematuro con recién nacidos bajo peso 18 embarazadas del grupo de estudio y solo una de los controles, sin embargo estos resultados no coinciden con los obtenidos por Robaina, quien plantea que de los recién nacidos prematuros estudiados, las tres cuartas partes del total fueron de peso mayor o igual a 2 000 g (74,5 %). González (2010), muestra que ocurrió un incremento de los partos prematuro en el año 2009, pero que no existe diferencia significativa entre bajo peso al nacer y el nacimiento prematuro. (35,44, 49, 50)

En el último trimestre de gestación es imprescindible la maduración de los pulmones y otros órganos fetales que se están preparando para la vida extrauterina. Si este proceso se interrumpe por un parto prematuro, las posibilidades de supervivencia del recién nacido se reducen enormemente. El *Distrés* respiratorio (enfermedad membrana hialina) del recién nacido es una de las complicaciones más frecuente de los prematuros, Miranda y colaboradores reportaron que las principales causas de ingreso de estos neonatos fueron las enfermedades respiratorias (47.4%), siendo la enfermedad de membrana hialina la principal afección, con un 26.8%, mientras que las infecciones se manifestó con un 4.8%, siendo esta la segunda más frecuente. (41)

El término Ductus arterioso persistente se han utilizado indistintamente en la literatura científica para decir que el conducto arterioso está abierto, es el vaso por el que pasa el mayor porcentaje del gasto del ventrículo derecho (entre el 55-60% del gasto ventricular combinado fetal), su persistencia más allá del periodo neonatal inmediato, tras la disminución de la resistencia vascular pulmonar, produce un cortocircuito de izquierda– derecha. Esta es una malformación muy rara, cuya incidencia es del 0.2-0.6% de todas las cardiopatías congénitas, generando en el prematuro complicaciones cardiovasculares de marcada importancia. (51)

Las enfermedades neurológicas en el recién nacido prematuro constituyen el predictor más importante de discapacidad en los primeros años de vida. En el estudio realizado por Moreira (2011) se mostró que las enfermedades neurológicas más diagnosticadas en los niños prematuros fueron la hemorragia intraventricular (54.28%) y la leucomalacia periventricular (25,7%) debido al infarto y necrosis de la sustancia blanca. La leucomalacia periventricular es una lesión del sistema nervioso central secundaria a hipoxia-isquemia, que afecta de 2 a 25 % de los niños prematuros. En un estudio de Hernández (2009) se encontró signos ultrasonográficos de leucomalacia periventricular en alrededor de 6 % de los recién nacidos prematuros estudiados. (52, 53)

La hipoglucemia del recién nacido es un problema común en las unidades de neonatología que refleja el proceso de adaptación a la vida extrauterina. Frecuentemente estos episodios pasan inadvertidos, aunque en algunas ocasiones pueden ocurrir síntomas inespecíficos como son tremor, irritabilidad, letargía y en algunas ocasiones convulsiones. Moraes (2009) obtuvo que en el 33,3% de los prematuros tardíos existió trastornos metabólicos, donde la incidencia de hipoglicemia tuvo diferencia significativa con respecto a los recién nacidos a término. (54-55)

La ictericia constituye un problema altamente frecuente en la población neonatal. Moraes observó en su investigación que la ictericia en los prematuros fue significativamente más frecuente que en el a término, pues esta alcanza valores más elevados y es más prolongada en el prematuro. Botta encontró que la Ictericia neonatal solo está presente en el 7,8% de los recién nacidos prematuros. (55-56)

La enterocolitis necrotizante es un desorden inflamatorio del tracto gastrointestinal que ocurre 100 veces más frecuentemente en prematuros que en neonatos a término. Las lesiones intestinales de enterocolitis necrotizante se caracterizan por necrosis de coagulación que varía desde erosiones mucosas superficiales acompañadas por infiltraciones eosinófilas a necrosis transmural del intestino con perforación. La frecuencia de enterocolitis necrotizante entre todos los ingresos varían entre el 1.2% y el 4.7%; la frecuencia, severidad y edad de inicio de esta aumenta con la disminución del peso de nacimiento y mayores grados de inmadurez. (57)

El nivel de hemoglobina fetal se va incrementando con la edad gestacional. En la sangre del cordón umbilical de un recién nacido a término la hemoglobina es de 16,8 g/dl. Los neonatos prematuros de muy bajo peso al nacer tienen 1 a 2 g de hemoglobina menos que los nacidos a término. Mesquita (2005) y López (2010) describen la relación significativa que existe entre la anemia, prematuridad y bajo peso. (58-59)

La retinopatía del prematuro (ROP), también conocida como fibroplasia retrolental, es una retinopatía neovascular que se desarrolla en un alto porcentaje en los prematuros; cuanto menor es el peso y la edad gestacional, mayor es la incidencia. La Retinopatía de Prematuro es el desarrollo anormal de los vasos sanguíneos en la retina, y frecuentemente comienza en los primeros días de la vida; su progresión es rápida y puede dejar ciego recién nacido en corto tiempo, se presenta con más frecuencia cuanto más prematuro y menos peso tenga el niño, así lo describen Torres (2010) y Fernández (2010) en sus investigaciones. (60-63)

El período neonatal constituye una época de gran susceptibilidad a las infecciones y entre las razones que explican esta vulnerabilidad están las deficiencias en el sistema de inmunidad celular, humoral, fagocítica y de función del complemento. La infección neonatal en el prematuro es definida como el cuadro clínico caracterizado por signos de infección acompañado de bacteriemia desencadenado como mecanismo de respuesta inflamatoria sistémica ante la presencia de un agente infeccioso que ocurre durante el primer mes de vida. Entre 15 % – 20% de los nacimientos en países del tercer mundo se complican con infección neonatal. La mortalidad por esta entidad en recién nacidos prematuros es tres veces superior a la de los niños a término. En un estudio realizado por Valverde se registró que los gérmenes aislados como bacteria única que predominaron en neonatos prematuros por medio de hemocultivo, fueron *Staphylococcus aureus* coagulasa negativo, *Pantoea agglomerans* y *Candida* sp. representando 17,49 % respectivamente; mientras que en la infección de flora mixta dada por la asociación de microorganismos se observó 6 casos con predominio de *Staph. epidermidis* y *Candida* sp. en 2 casos 33,32 %. (64)

El conocimiento moderno, la instrumentación y los productos tecnológicos y su aplicación en las salas de neonatología han sido cada vez más exitosos para evitar la muerte neonatal, pero aún cuando esta ha experimentado un notable descenso varios autores señalan que la prematuridad continua siendo una importante causa de muerte en los recién nacidos. (65)

A pesar de las investigaciones realizadas en la Provincia de Ciego de Ávila, no se encontró ningún trabajo que resuma cuales son los principales factores de riesgo asociados a la prematuridad en las gestantes del Policlínico Universitario Área Norte, aún cuando este es un problema latente entre sus embarazadas, causando importantes complicaciones tanto maternas como fetales.

MÉTODO

Aspectos generales del estudio:

Analítico de tipo casos y controles.

El diseño de la metodología se realizó en dos fases.

Se realizó una investigación con un diseño del tipo casos y controles que permitió realizar un análisis de los factores de riesgo asociados al parto prematuro y se resumió las principales causas de morbilidad y mortalidad del neonato prematuro, en el área Norte del municipio Ciego de Ávila durante el período 2011-2012.

Universo de estudio: Total de mujeres del Área de Salud Norte del municipio Ciego de Ávila, con partos producidos entre las 22 y 36.6 semanas de gestación. Años: 2011-2012.

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

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

La fuente principal para la recolección de los datos fue el Libro de Registro de Partos del Hospital Provincial Antonio Luaces Iraola de Ciego de Ávila, por lo que no resultará necesario especificar la procedencia de los datos en las tablas cuando esta sea el origen primordial.

Cumplimiento del objetivo 1:

Determinar los factores de riesgos asociados al parto prematuro en el área de estudio.

Diseño: Analítico del tipo casos y controles.

Casos: Total de mujeres del Área Norte del municipio Ciego de Ávila, con partos producidos entre las 22 y 36.6 semanas de gestación de los años 2011– 2012

Controles: dos casos con parto a término y recién nacido con peso de 2500g o más por cada caso.

Medidas de resumen:

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

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

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

Exposición	Casos	Controles
Expuestos	a	b
No Expuestos	c	d

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

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

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

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

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

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

Cumplimiento del objetivo 2:

Resumir el comportamiento de la morbilidad y mortalidad del neonato prematuro en el área de estudio.

Universo: total de niños nacidos prematuros pertenecientes al área sur en el período de estudio.

Medidas de resumen: Números absolutos y porcentajes.

Variables: Peso del recién nacido inferior a 2500gr, enfermedades respiratorias, cardiovasculares, cerebrales, metabólicas y digestivas, anemia del prematuro, retinopatía del prematuro, infecciones durante el periodo neonatal, fallecidos.

Recolección de la información: Planilla de recolección de datos

Operacionalización de las variables:

Variables	Tipo	Escala de clasificación	Definición	Indicador
Antecedentes de abortos de embarazos anteriores	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si: tener el antecedente de al menos 1 aborto previo al embarazo provocado o espontáneo.	Disparidad de exposición según abortos de embarazos provocados o espontáneos anteriores
Antecedentes de partos prematuros personales o familiares.	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si: Partos prematuros previos	Disparidad de asociación de mujeres con antecedentes de partos prematuros.
Edad materna extrema	Cuantitativa continua	Menores de 18 años 35 años o más	Edad cumplida	Disparidad de asociación de mujeres con edad menores de 18 años, y de 35 años o más
Peso materno	Cuantitativa continua discretizada	Deficiente Adecuado. Sobrepeso Obesa	IMC $\leq 18.8 \text{ kg/m}^2$. Deficiente IMC $> 18.8 \text{ kg/m}^2$ a $< 25.6 \text{ kg/m}^2$. Adecuado. IMC $\geq 25.6 \text{ kg/m}^2$ a $< 28.6 \text{ kg/m}^2$. Sobrepeso. IMC $\geq 28.6 \text{ kg/m}^2$. Obesa	Disparidad de asociación de embarazadas con peso deficiente, sobrepesos u obesas a la captación.
Talla materna	Cuantitativa continua discretizada	Baja talla Talla normal	Baja talla: de 1.50m o Menos. Talla normal: más de 1.50m	Disparidad de asociación de mujeres con baja talla.

Ganancia de peso durante el embarazo	Cuantitativa continua	Baja Moderada Alta	Según tablas nutricionales del libro: Alimentación, nutrición y salud. (66)	Disparidad de asociación de mujeres con ganancia de peso baja y alta
Hábitos tóxicos	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Exposición al tabaco y al alcohol	Disparidad de exposición al hábito de fumar y alcohólico
Antecedentes de enfermedades crónicas	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Hipertensión arterial crónica.(HTA) Cardiopatías de cualquier etiología. Diabetes Mellitus Asma Bronquial	Disparidad de asociación de mujeres con antecedentes de padecer enfermedades crónicas
Anemia de cualquier etiología	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si: Cifras de Hemoglobina inferior a 110g/l en el embarazo	Disparidad de exposición según presencia de anemia en el embarazo.
Preclampsia	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si : diagnóstico de Preclampsia	Disparidad de exposición según presencia de Preclampsia.
Infecciones	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Haber padecido Infecciones respiratorias, urinarias y vaginales de cualquier etiología.	Disparidad de exposición según infecciones, vaginales, urinarias y respiratorias
Embarazo múltiple	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si: presencia de embarazo múltiple	Disparidad de exposición según presentación de

				embarazo múltiple
Alteraciones del líquido amniótico (Polihidramnios u Oligoamnios)	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si: diagnóstico de alteración del líquido amniótico	Disparidad de exposición según alteraciones del líquido amniótico
Enfermedades del útero	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si: antecedente de enfermedad uterina de cualquier etiología	Disparidad de exposición según padecimiento de enfermedades del útero
Placenta previa	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si: diagnóstico de placenta previa	Disparidad de exposición según placenta previa
Restricción del crecimiento intrauterino(RCIU)	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si: diagnóstico de RCIU	Disparidad de exposición según recién nacido prematuro con restricción del crecimiento intrauterino.
Peso del recién nacido	Cuantitativa continua	Menos de 2500 gr	Haber nacido con peso inferior a 2500gr.	Porcentaje recién nacido con peso inferior a 2500 gr.
Enfermedades Respiratorias del recién nacido	Cualitativa nominal politómica	Distrés respiratorio (Enfermedad Membrana Hialina) Apnea del prematuro Displasia broncopulmonar	Haber padecido como mínimo una de estas enfermedades.	Porcentaje de según enfermedades respiratorias
Enfermedades cardiovasculares del recién nacido	Cualitativa nominal dicotómica	Ductus arterioso persistente Hipotensión arterial.	Haber padecido como mínimo una de estas enfermedades.	Porcentaje de según enfermedades cardiovasculares

Enfermedades cerebrales del recién nacido	Cualitativa nominal politómica	Hemorragia intracraneal Hidrocefalia posthemorrágica Leucomalacia periventricular	Haber padecido como mínimo una de estas enfermedades.	Porcentaje de según enfermedades cerebrales
Enfermedades metabólicas del recién nacido	Cualitativa nominal politómica	Hipo/hiperglucemia Acidosis metabólica Ictericia del prematuro	Haber padecido como mínimo una de estas enfermedades.	Porcentaje de según enfermedades metabólicas
Enfermedades digestivas del recién nacido	Cualitativa nominal politómica	Dificultad para la nutrición Nutrición parenteral Enterocolitis necrotizante	Haber padecido como mínimo una de estas enfermedades.	Porcentaje de según enfermedades digestivas
Anemia del prematuro	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Presencia de anemia en el neonato	Porcentaje según anemia
Retinopatía del prematuro	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Presencia de retinopatía en el neonato	Porcentaje según retinopatía
Infecciones durante el período neonatal	Cualitativa nominal Politómica	Sepsis precoz y/o tardía	Haber padecido como mínimo una infección durante el período neonatal.	Porcentaje de según infecciones de cualquier localización
Fallecido	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Neonato fallecido	Porcentaje de fallecidos

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Factores de riesgo de parto prematuro en el Área Norte del Municipio Ciego de Ávila

Durante los años 2011-2012 se produjo en el Hospital General Dr. Antonio Luaces Iraola de Ciego de Ávila el nacimiento de 1079 niños pertenecientes al Área de Salud Norte, de ellos 84 corresponden a nacimientos prematuros (7,7%) lo que constituye los casos de estudio. Calderón encontró una incidencia de partos prematuros de un 7%, similar a lo que se obtiene en esta investigación. (18)

Tabla 1: Asociación de gestantes según antecedente de aborto y parto prematuro en embarazos anteriores. Área Norte. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Factor	Expuestos		No expuestos		OR (X ²)	IC 95% (p<0,005)
	Casos	Controles	Casos	Controles		
Antecedente de Aborto de Embarazos Anteriores	49	61	31	99	2,56 (10,57)	1,47-4,45 (0,001)
Antecedentes de Parto Prematuro	23	41	57	119	1,17 (0,13)	0,64- 2,13 (0,717)

En correspondencia con los antecedentes el haber tenido abortos en embarazos anteriores es un factor de riesgo importante para tener parto prematuro en gestaciones posteriores, pues se obtuvo asociación estadística significativa con este factor en las embarazadas (OR 2,56; X² 10,57; IC 95% 1,47-4,45; p 0,001). En esta provincia según Carmenate, “es importante tener en cuenta la relación aborto-parto, pues Ciego de Ávila tiene una de las tasas más altas de abortos del país, y ello puede afectar la salud reproductiva de la mujer e incidir en la

ocurrencia de partos prematuros, hemorragias, y en la presencia de placentas previas, entre otros trastornos". (23)

Los antecedentes obstétricos de parto prematuro en gestaciones anteriores tienen asociación estadística no significativa con la aparición de partos prematuros antes de la semana 37 de edad gestacional para próximos embarazos (OR 1,17; X^2 0,1305; IC 95% 0,64- 2,13; p 0,7179). Resultados que no coinciden con los obtenidos por Barrios y Villamonte, quienes lo encontraron como uno de los principales factores de riesgo en multíparas. (8, 26)

Tabla 2: Asociación de gestantes según edades maternas extremas y parto prematuro. Área Norte. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

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

Según estudios publicadas por diferentes autores, la edad materna constituye un factor de riesgo importante para el parto prematuro, donde las mujeres adolescentes o mayores de 35 años son los grupos más afectados, pero estos resultados no coinciden con los de esta investigación, ya que aunque si presenta asociación estadística su aparición con el riesgo de tener parto prematuro, esta no resulta significativa. Los resultados obtenidos en la investigación coinciden con los de Villamonte y Rodríguez, no así con los de Arias, quien registró la mayor parte de los nacimientos prematuros en embarazadas como edades inferiores a los 17 años. (26, 33, 47)

Tabla 3: Asociación de gestantes según peso y talla materna con partos prematuros. Área Norte. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

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

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

En la investigación se percibió que las mujeres con malnutrición antes y durante el embarazo tienen un elevado riesgo de presentar parto prematuro. El bajo peso materno a la captación (OR 3,47; X² 17,31; IC 95% 1,94- 6,22; p 0,000) y la ganancia de peso baja durante el desarrollo de la gestación (OR 3,10; X²15,36; IC 95% 1,77- 5,41; p 0,000) son factores que presentan un asociación estadística significativa con el desarrollo de partos prematuros; lo que guarda relación con el estudio de Rosell, donde se reconoció que la desnutrición materna por defecto estuvo presente en el 88.9%.(32)

En una publicación realizada por Arias se registró que el peso inferior a 50kg al inicio del embarazo y la talla inferior a 150 cm de la madre, al analizarlos en conjunto y por separado, solo tuvo relación con el parto prematuro la talla materna inferior a 150 cm, y no al bajo peso materno, lo cual no se correlaciona con lo registrado, pues el bajo peso materno tanto a la captación como durante el embarazo fueron factores de riesgo con asociación estadística significativa, pero la baja talla materna aunque se asocia a la prematuridad no resulta significativa (OR 1,05; X^2 0,00; IC 95% 0,49-2,23; p 0,948). (33)

Se debe resaltar que la ganancia de peso alta en el transcurso del embarazo es un factor al que hay que prestarle atención, pues se evidencia su asociación con la aparición del parto prematuro (OR 1,20; X^2 0,15; IC 95% 0,62-2,32; p 0,691), aún cuando esta no es significativa. En las pacientes incluidas en el estudio no se encuentra que la obesidad o el sobrepeso sean factores con asociación estadística en la aparición de partos antes de las 36,6 semanas de gestación (OR 0,77; X^2 0,44; IC 95% 0,41-1,43; p 0,504).

Tabla 4: Asociación de gestantes según hábitos tóxicos y parto prematuro. Área Norte. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

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

Es conocido que el consumo de alcohol y de tabaco antes y durante el embarazo constituyen factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones tanto maternas como fetales, pero es sin duda uno a destacar en la aparición de partos prematuros. Mallol, Berenzon y Barrios describieron el consumo de estas sustancias tóxicas como factores de riesgo para el desarrollo de partos antes de las 37 semanas de gestación, pero estos resultados no coinciden con los obtenidos en esta investigación, donde aunque existe el riesgo de que las gestantes fumadoras (OR 1,17; X² 0,18; IC 95% 0,67-2,04; p 0,669) y alcohólicas (OR 1,20; X² 0,01; IC 95% 0,28- 5,18; p 0,898) tengan parto prematuro este no es significativo. (8, 36, 37)

Tabla 5: Asociación de gestantes con partos prematuros según Enfermedades Crónicas. Área Norte. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Factor	Expuestos		No expuestos		OR (X ²)	IC 95% (p<0,005)
	Casos	Controles	Casos	Controles		
Antecedentes de Hipertensión Arterial Crónica	15	28	65	132	1,08 (0,00)	0,54-2,17 (0,952)
Antecedentes de Cardiopatías	14	18	66	142	1,67 (1,30)	0,78-3,56 (0,253)
Diabetes Mellitus	9	28	71	132	0,59 (1,15)	0,26-1,33 (0,282)
Antecedentes de Asma Bronquial	22	41	58	119	1,10 (0,02)	0,60-2,01 (0,876)

La hipertensión arterial (OR 1,08; X² 0,00; IC 95% 0,54-2,17; p 0,952) y las cardiopatías (OR 1,67; X² 1,30; IC 95% 0,78-3,56; p 0,253) se encuentran relacionada con la presentación de partos prematuros, las cuales aunque no poseen asociación estadística significativa con este, constituyen factores de riesgo a vigilar, así lo demostró Robaina, quien reportó que la hipertensión arterial es la cuarta causa más importante en las gestantes con parto prematuro en su investigación, con OR de 3,7. (35)

La Diabetes *Mellitus*, es una de las enfermedades crónicas no transmisible que más se ve asociada a la aparición de partos prematuros, ya que los estados de hiperglicemia afectan el desarrollo tanto embrionario como fetal; así lo describe Miranda en su investigación, resultados que no coinciden con los de esta tesis,

donde dicha enfermedad metabólica no tuvo asociación estadística con su aparición. (OR 0,59; X^2 1,15; IC 95% 0,26-1,33; p 0,282). (41)

El Asma Bronquial constituye un factor de riesgo de prematuridad importante, con un incremento del riesgo mayor de 4 veces en la embarazada en que está presente, así lo demostró Robaina en su publicación. En esta investigación el Asma Bronquial aunque presenta asociación estadística como factor de riesgo en el desenlace de los partos prematuros, esta no es significativa (OR 1,10; X^2 0,02; IC 95% 0,60-2,01; p 0,876). (35)

Tabla 6: Asociación de gestantes con partos prematuros según enfermedades maternas ligadas al embarazo. Área Norte. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Factor	Expuestos		No expuestos		OR (X ²)	IC 95% (p<0,005)
	Casos	Controles	Casos	Controles		
Anemia durante el Embarazo	27	33	53	127	1,96 (4,22)	1,07-3,57 (0,039)
Preclampsia	12	19	68	141	1,30 (0,22)	0,60-2,85 (0,633)

Al analizar el comportamiento del nacimiento prematuro en relación con las enfermedades maternas asociadas resultó que la anemia durante el embarazo fue la que mayor asociación estadística significativa tuvo con el desenlace de este (OR 1,96; X² 4,22; IC 95% 1,07-3,57; p 0,039), lo que guarda relación con lo descrito por Calderón, quien la registró con un OR de 1.6, y Robaina junto a otros autores en Matanzas reconoció que la anemia durante el embarazo constituyó el principal factor de riesgo en la población, de manera que una mujer embarazada con anemia tuvo una probabilidad 16 veces mayor de tener un recién nacido prematuro que una con valores de hemoglobina normal. (18, 35)

El seguimiento y control de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo es considerado como un programa prioritario de salud en el mundo, ya que produce un elevado número de partos prematuros cada año a nivel nacional e internacional. El desarrollo de preclampsia en las gestantes del área en estudio se ha visto relacionado con la aparición de partos antes de las 37 semanas de gestación, pues aunque es un factor de riesgo donde su asociación estadística no resulta significativa (OR 1,30; X² 0,22; IC 95% 0,60-2,85; p 0,633), constituye un factor de riesgo a vigilar. Calderón, Barrios y Villamonte, también la encontraron presente. Jaramillo describió la relación existente entre la preeclampsia y el parto

premature, primarily if it develops before the 33rd week of gestation.
(8,18, 26, 39)

Tabla 7: Asociación de gestantes con partos prematuros según infecciones. Área Norte. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Factor	Expuestos		No expuestos		OR (X ²)	IC 95% (p<0,005)
	Casos	Controles	Casos	Controles		
Infecciones Vaginales	53	69	27	91	2,58 (10,50)	1,48-4,52 (0,001)
Infecciones Urinarias	46	69	34	91	1,78 (3,85)	1,03-3,06 (0,049)
Infecciones Respiratorias	29	55	51	105	1,08 (0,02)	0,61-1,90 (0,885)

Durante el embarazo las infecciones a cualquier nivel constituyen un factor de riesgo importante para la aparición de partos prematuros. Las tres infecciones más frecuentemente vistas en las embarazadas son las vaginales, urinarias y respiratorias, siendo las dos primeras las que más se asocian con el desenlace de estos (infecciones vaginales OR 2,58; X² 10,50; IC 95% 1,48-4,52; p 0,001 y urinarias OR 1,78; X² 3,85; IC 95% 1,03-3,06; p 0,049). Esto guarda relación con el estudio de Calderón y Rodríguez, quienes también encontraron la asociación entre la cervicovaginitis y la infección de las vías urinarias con el parto antes de las 37 semanas. La infección que presentó valor estadístico más significativo fue la vaginal, resultado similar al obtenido por Barrios, quien en su estudio también halló asociación significativa entre el parto prematuro y la infección vaginal. (8, 18, 47)

Tabla 8: Asociación de gestantes según factores de riesgos obstétricos y partos prematuros. Área Norte. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

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

La existencia de embarazo múltiple constituye un factor de riesgo para el desarrollo del parto antes de las 37 semanas de gestación, esto fue expuesto por Jaramillo, Barrios y González en sus publicaciones. Aunque en esta tesis también se manifiesta la asociación existente entre el nacimiento prematuro y las gestaciones múltiples, es importante señalar que no resulta significativa su aparición (OR 2,05; X² 0,40; IC 95% 0,49-8,43; p 0,525). (8, 39, 44)

Las alteraciones del volumen del líquido amniótico han sido reportadas por diferentes autores como factores de riesgo a considerar ante la posibilidad de tener un parto prematuro, en esta investigación no se demostró que dicha alteración estuviese asociada a su aparición, lo que no coincide con Cárdenas, pues al analizar el comportamiento del nacimiento prematuro según las alteraciones del líquido amniótico observó que el 34.5% de las gestantes

presentan este factor de riesgo, al igual que Robaina quien aunque no halló ningún caso de polihidramnios en su investigación, sí obtuvo que el oligoamnios constituye un factor de riesgo de prematuridad, resultados similares a los que publicó Arias en Pinar el Rio, quien lo describió como estadísticamente significativo. (22, 33, 35)

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

No se obtuvo asociación entre la Restricción del Crecimiento Intrauterino y el parto prematuro en las gestantes del Área Norte (OR 0,35; X^2 2,06; IC 95% 0,09-1,24; p 0,150). Esto no coincide con Godoy, pues la mayor proporción de recién nacidos con retardo del crecimiento intrauterino fueron prematuros, representando el 64%, con una media de edad gestacional de $33,1 \pm 3,1$ semanas. (48)

Tabla 9: Distribución de las principales complicaciones presentadas por los neonatos prematuro. Área Norte. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Enfermedades del Recién Nacido	2011		2012	
	No	%	No	%
Peso del recién nacido inferior a 2500gr	26	42	33	65
Enfermedades respiratorias del recién nacido	18	29	11	21
Enfermedades cerebrales del recién nacido	4	6	1	2
Enfermedades metabólicas del recién nacido	1	2	-	-
Anemia del prematuro	2	3	1	2
Infecciones durante el período neonatal	11	18	4	8
Recién nacido fallecidos	-	-	1	2

Fuente: Libro de Registros de Morbilidad Neonatal. Hospital Antonio Luaces Iraola

En la investigación el mayor número de los recién nacidos prematuros presentó peso por debajo de los 2500 g (entre los 1500g-2499g), lo que guarda relación con lo descrito por Fajardo y colaboradores, donde el 60,1 % de los neonatos bajo peso fueron prematuros. También Mayo, en el municipio Chambas al norte de la provincia de Ciego de Ávila, expone la relación del parto prematuro con el bajo peso. Esto contrasta con los datos de Robaina, quien plantean que de los recién nacidos prematuros estudiados, las tres cuartas partes del total fueron de peso mayor o igual a 2 000 g (74,5 %). González (2010), muestra que ocurrió un incremento de los partos prematuro en el año 2009, pero que no existe diferencia significativa entre el bajo peso al nacer y el nacimiento prematuro, resultados contrarios a los obtenidos. (35, 44, 49, 50)

También las enfermedades de tipo respiratorias y las infecciones durante el periodo neonatal en ambos años se vieron con gran frecuencia. El *Distrés* respiratorio (Enfermedad Membrana Hialina) del recién nacido fue la segunda complicación que más se observó, lo cual coinciden con Miranda, quien reportó que las enfermedades de tipo respiratorias estuvieron entre las principales causas de ingreso en los recién nacidos prematuros, con un 47.4%, siendo la enfermedad

de membrana hialina la principal afección de estos, con un 26.8%, mientras que las infecciones del recién nacido se presentaron con un 4.8%. (41)

En el estudio no se registra la existencia de recién nacidos con enfermedades cardiovasculares, digestivas o retinopatía; tampoco se recoge el antecedente de recién nacido prematuros fallecidos durante el año 2011 o con enfermedades metabólicas durante el año 2012.

CONCLUSIONES:

En el estudio se aceptó la hipótesis del trabajo ya que presentó asociación estadística significativa con el parto prematuro: el antecedente de aborto en embarazos anteriores, el bajo peso materno y ganancia de peso baja durante el embarazo, la anemia durante la gestación, las infecciones vaginales y urinarias.

Las principales complicaciones neonatales que desarrollaron estos recién nacidos fueron el bajo peso al nacer, las afecciones respiratorias (Distress Respiratorio) y las infecciones.

RECOMENDACIÓN:

Elaboración de un instrumento que nos permita cuantificar el riesgo de parto prematuro que ayude a los médicos del nivel primario de atención para su prevención.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Marrero M. Ministerio de Salud. Guía Clínica Prevención Parto Prematuro. [serie en Internet] 2010 [citado 26 Feb 2013]. Santiago: MINSAL; [aprox. 16 pantallas]. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/721fc45c972f9016e04001011f0113bf.pdf>
2. Milán, SE, Milán, ME, Arana O, Rojas, L. (2014). Caracterización del parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila MEDICIEGO. 20 (Supl 1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol20_Supl%201_14/pdf/T7.pdf
3. Vergara G. Protocolo Parto Pretérmino. Colombia: ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo [serie en Internet]. 2009. Disponible en: http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_PARTO_PRETERMINO.pdf
4. Couto Núñez D, Nápoles Méndez D, Montes de Oca Santiago P. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. MEDISAN [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 2014 Ago 12]; 18(6): 841-847. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000600014&lng=es.
5. Villanueva LA, Contreras AK, Pichardo M, Rosales J. Perfil epidemiológico del parto prematuro. Ginecol Obstet Mex 2008; 76 (9):542-8. ISSN-0300-9041 Volumen 76, núm. Disponible en <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/.../Ginecol-542-8.pdf>
6. Día Mundial del Niño Prematuro. 17 de noviembre de 2012. [serie en Internet]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_prematurity_day/es/index.htm
[IOMS 2013](http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_prematurity_day/es/index.htm)
7. Cruz GM. Test Para La Profilaxis de la Prematuridad Tesis En Opción Al Grado Científico De Doctor En Ciencias Médicas. Hospital Provincial Universitario "Vladimir Ilich Lenin". Holguín 2008. Internet]. 2008 [aprox.47p.]. [citado 23 feb 2013] Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/189/>
8. Barrios, V. (2014). Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Rev.

Nac. (Itauguá), [serie en Internet]. Vol. 4 (2), Pág. 8-14. Dic. 2012. Disponible en: www.ins.gov.py/revistas/index.php/delnacional/article/download/204/153

9. Laterra C, Andina E, Di Marco I. Guía de prácticas clínicas. Amenaza de parto prematuro. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá [serie en Internet]. 2003; 22(1):28-43. Disponible en:

<http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Obstetricia/Guias-AmenazaPartoPrematuro.pdf>

10. Beck, S., Wojdyla, D., Say, L., Betran, A. P., Merialdi, M., & Harris, J. (2010). Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas. Bol OMS, 88, 1-80.

11. Benito E, Uno de cada 15 prematuros nacidos en el mundo no llega al año de vida. [serie en Internet]. 2012. Madrid 4. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/05/03/actualidad/1336038413_554222.html.

12. Palencia A. Parto prematuro. UIS - Universidad de Antioquia – UMNG. CCAP. Volumen 9 Número 4. 2012

13. Nacimiento prematuro. 2012 [serie en Internet] Disponible en: <http://www.webconsultas.com/bebes-y-ninos/el-bebe/bebes-prematuros/complicaciones-2226>

14. Martínez S, Enfermedad y muerte infantil. 2010. [serie en Internet] [citado noviembre 2012]. Disponible en: http://www.mamasana.org/muerte_infantil/index.htm.

15. Ruíz Martínez LA. Factores de riesgo para amenaza de parto prematuro en adolescentes de Chinandega [serie en Internet].2013 [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>

16. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Amenaza de parto pretérmino. [serie en Internet] (Actualizado junio 2012). Protocolos Asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Disponible en: http://xa.yimg.com/kq/groups/27500701/1477645615/name/PDF_Amenaza+de+pa+rto+pretermino.pdf

17. Vázquez-Reina M. Niños prematuros: riesgos más frecuentes. [serie en Internet] 4 de marzo de 2012. Disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/bebe/parto/prematuro/2012/03/14/207751.php>
18. Calderón J, Vega G, Velásquez J, Morales R, Vega AJ. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Médica del IMSS. *Volume 4 3. Number 4* Julio-Agosto 2005. medigraphic.com. 12 de octubre de 2004. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im054i.pdf>
19. Urdaneta Machado J, Sanchez K, de Villalobos M, Garcia J, Polacre O, Benitez A, et al. Anemias nutricionales en gestantes adolescentes y adultas. (Spanish). Medula [serial on the Internet]. (2013, July), [cited September 3, 2014]; 22(2): 80-87. Available from: MedicLatina. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2cbd6e8b-7d52-48a5-95f9-51ee741f3d1a%40sessionmgr115&vid=0&hid=118>
20. Arango M.D M, Aroca González A M, Caicedo Pastrana CL, Castaño Castrillon JJ, Cifuentes Navas VA, Escobar Cardona N, et al. Factores de riesgo para Parto Pretérmino en el Departamento de Caldas entre el 2003_2006. 2008; 8 (1): 22_31. [citado 23 feb 2013]. Disponible en: http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/edicion_8-1/5_facto
21. Abud C, El nacimiento prematuro es la mayor causa de mortalidad infantil en el país. 2009. [serie en Internet] Disponible en: <http://www.docsalud.com/articulo/1248/el-nacimiento-prematuro-es-la-mayor-causa-de-mortalidad-infantil-en-el-pa%C3%ADs>
22. Cárdenas Peña R. Comportamiento del parto pretérmino (Tesis). Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”. Las Tunas. [serie en Internet]. 2006. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/10761/Comportamiento-parto-pretermino-Tesis.html>

23. Sifonte León I. Partos pretérmino comprometen tasa de mortalidad infantil en Ciego de Ávila. Domingo, 06 de Enero de 2013 08:45 Ciego de Ávila, Cuba, martes 22 de enero de 2012. Periódico Invasor.
24. Sarabia, M. M. M., Mirabal, Y. Á., Delgado, V., Mariño, M. M. G., & Rodríguez, E. G. La enfermedad periodontal como factor de riesgo para el parto pretérmino. [Rev. Fundac. Juan Jose Carraro](#); 14(30):20-24, oct.-nov. 2009. tab. [serie en Internet]. Disponible en: http://www.fundacioncarraro.org/descarga/revista30_art3.pdf
25. Fernández C, Sánchez JE, Medina RN, González G, García ME, Viscaíno V. Reporte de tres casos de embarazo triple. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2013 Mar [citado 2014 Sep 06]; 39(1): 43-52. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000100006&lng=es.
26. Villamonte, W., Lam, N., & Ojeda, E. (2001). Factores de riesgo del parto pretérmino. Instituto Materno Perinatal. Ginecol Obstet (Perú), [revista en la Internet]. 2001, 47(2), 112-116. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_47n2/fact_riesg_parto.htm
27. 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_Factsheets_Position_Papers/Prevention_Perkin_Elmar/1244-9856_Perkin_Elmer_Spanish.pdf
28. Gallego J, Cortés D. Trabajo de parto pretérmino y Amenaza de parto pretérmino. [serie en Internet]. Obstetricia integral Siglo XXI Capítulo 6 pág. 100-121 [citado 4 jun 2012]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/8/9789584476180.06.pdf>
29. Pérez-Molina J, Panduro-Barón G, Quezada-López C. Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea. (Spanish). Ginecología Y Obstetricia De Mexico [serial on the Internet]. (2011, Oct), [cited August 10, 2014]; 79(10): 607-612. Available from: MedicLatina.

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d6ecba4e-b390-4567-8153-d99d47ab6fbe%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4201>

30. De La Osa JA. Otra vez por debajo de 5. Diario Granma [Internet]. La Habana. 2013. [citado, jueves 3 de enero de 2013] 16(3): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.granma.co.cu/2013/01/03/nacional/artic11.html>
31. Garantiza Cuba atención especializada a niños prematuros. Periódico Sierra Maestra / Correo: cip226@cip.enet.cu Escrito por PL. La Habana, 15 julio 2012
32. Rosell E; López M; Trufero N. Efectos del Bajo Peso Materno Preconcepcional sobre el Embarazo y el Parto. Revista Archivo Médico de Camagüey 2006; 10 (4) ISSN 1025-0255. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n4-2006/2113.htm>
33. Arias Macías G, Torres MR, Pérez Valdés N, Milián Vidal M. Factores Prenatales Relacionados con la Prematuridad. Hospital Ginecoobstétrico Provincial Docente "Justo Legón Padilla", Pinar del Río. Rev Cubana Pediatr 2001; 73(1):11-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312001000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
34. Farías M. Obesidad materna: severo problema de salud pública en Chile. (Spanish). Revista Chilena De Obstetricia Y Ginecología [serial on the Internet]. (2013, Nov), [cited August 10, 2014]; 78(6): 409-412. Available from: MedicLatina. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9476f2bc-aad4-43a6-8167-bf0ac8c35820%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4201>
35. Robaina GR, Pollo M, Morales JM, Robaina RE. Análisis multivariado de factores de riesgo de prematuridad en Matanzas. Hospital Ginecoobstétrico Docente Provincial de Matanzas "Julio Alfonso Medina". Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. v.27 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2001. versión On-line ISSN 1561-3062. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013X201000100011&lng=es
36. Mallol J, Brandenburg D, Madrid R, Sempertegui F, Ramírez L y Jorquera D. Prevalencia de tabaquismo durante el embarazo en mujeres chilenas de bajo

- nivel socioeconómico. [serie en Internet]. Rev. chilena de enfermedades respiratorias. v.23 n.1 Santiago mar. 2007. versión On-line ISSN 0717-7348. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482007000100003>. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-73482007000100003&script=sci_arttext
37. Berenzon D, Romero M, Tiburcio M, Medina-Mora, Icaza ME, Rojas E. Riesgos Asociados Al Consumo De Alcohol Durante El Embarazo En Mujeres Alcohólicas De La Ciudad De México. Salud Mental, Vol. 30, No. 1, enero-febrero 2007
38. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología [Internet]. La Habana: Ciencias Medicas; 2004[citado 24 may 2013]: [aprox. 438 pantalla]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros_texto/libro_de_ginecologia_y_obstetricia/pagina_legal.pdf
39. Jaramillo JJ, López IR, Arango Gómez. Factores Asociados Con Parto Pretérmino En El Tercer Nivel De Atención En Salud En Manizales. [serie en Internet]. Julio 2004 - Junio 2005. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 57 No. 2 • 2006 • (74-81). Disponible en: http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol57No2_Abril_Junio_2006/v57n2a02.pdf
40. Valdés Amador C, Rangel Y, Anzardo B, Bacallao O, Prieto J. Valoración de la ganancia de peso corporal en la embarazada con diabetes. (Spanish). Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología [serial on the Internet]. (2012, Jan), [cited August 10, 2014]; 38(1): 56-63. Available from: MedicLatina. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=61647465-f6ca-48ba-bd58-699da2c262d1%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4201>
41. Miranda-Del-Olmo H, Cardiel-Marmolejo LE, ReynosoE, Paulino Oslas L, Acosta-Gómez Y. Morbilidad y mortalidad en el recién nacido prematuro del Hospital General de México. [serie en Internet]. Volumen 66. Numero 1. Enero-Marzo 2003. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312006000400002
42. 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). Perinatología

- Y Reproduccion Humana [serial on the Internet]. (2013, Jan), [cited August 10, 2014]; 27(1): 15-20. Available from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2705ca84-4632-4420-a01d-e830614aa18f%40sessionmgr4003&vid=0&hid=4201>
43. Lugo AM, Arteaga MA, Bécker M, Dueñas I, Martínez I, Quintana T. Estrategia de atención al síndrome de flujo vaginal en gestantes. Sancti Spíritus. Gac Méd Espirit [revista en la Internet]. 2014 Ago [citado 2014 Sep 06]; 16(2): 41-54. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212014000200006&lng=es.
44. González MC, Pérez Y, Maldonado C. Comportamiento del bajo peso al nacer en el Policlínico “Belkys Sotomayor Álvarez” de Ciego de Ávila en el cuatrienio 2007-2010. MEDICIEGO. [serial on the Internet].2011;17(2). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/pdf/T5.pdf
45. López-Clavijo C, De Los Ríos L, Ibatá J. Prevalencia de anomalías müllerianas en un centro de medicina reproductiva. (Spanish). CES Medicina [serial on the Internet]. (2012, July), [cited August 10, 2014]; 26(2): 155-164. Available from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=008b4b89-cd1f-4fcb-b5ad-67b4726fb9f9%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4201>
46. Escalona B, Pichardo M, Miranda JA, Ramírez ML, Contreras NA. Malformaciones Uterinas e infertilidad femenina .Med Sur Mex, Octubre _Diciembre 2012; 19 (4):200_202. Disponible en: <http://www.medicasur.com.mx/pdf-revista/RMS124-AO01-PROTEGIDO.pdf>. [Consulta : fecha de acceso 2 abr 2014]
47. Rodríguez-Coutiño S, Ramos-González R, Hernández-Herrera R. Factores de riesgo para la prematurez. Estudio de casos y controles. (Spanish). Ginecologia Y Obstetricia De México [serial on the Internet]. (2013, Sep), [cited May 23, 2014]; 81(9): 499-503. versión impresa ISSN-0300-9041. Disponible en http://content.ebscohost.com/pdf29_30/pdf/2013/7KM/01Sep13/90300843.pdf?T=P&P=AN&K=90300843&S=R&D=lth&EbscoContent=dGJyMMTo50SeprQ4yOvsO

[LCmr0yepBSSam4S7CWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGnr06vr7JJuePfgexy64fg3%2Bp9](http://www.scielo.org/pe/pdf/ped/v35n2/v35n2a02.pdf)

48. 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; 2010 Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v35n2/v35n2a02.pdf> Fecha de consulta 15 ene 2014

49. Fajardo Luig Rebeca, Cruz Hernández Jeddú, Gómez Sosa Elba, Isla Valdés Ariana, Hernández García Pilar. Factores de riesgo de bajo peso al nacer, estudio de tres años en el municipio Centro Habana. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2014 Sep 06]; 24(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400007&lng=es.

50. Mayo Márquez RC, López Borroto K, García Ranero AB. Factores influyentes en el bajo peso al nacer en el área salud “Camilo Cienfuegos” de Chambas, 2007-2008. MEDICIEGO. [serial on the Internet]. 2011. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/pdf/T1.pdf

51. Medrano C, Zabanella C. Ductus Arterioso Persistente y Ventana Aorto Pulmonar. Hospital Juan Canalejo. La Coluña. [serial on the Internet]. 2003. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/7_ductus.pdf

52. Moreira L, Mayo RC, Cervantes M, Morffi BE, Quintas M. Diagnóstico del daño neurológico en recién nacido pretérmino mediante ecografía transfontanelar. Hospital Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”. Ciego De Avila. Mediciego 2013; 19 (Supl. 1). http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl1_2013/articulos/t-10.html

53. Hernández MA, Flores R, García JF, Hernández RJ, Alcalá LG, Castillo NE. Prevalencia de leucomalacia periventricular en neonatos prematuros. Unidad Médica de Alta Especialidad 23, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, Nuevo León. [serial on the Internet]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47 (2): 147-150. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im092g.pdf>

54. Hernández R, Castillo N, Banda MA, Alcalá G, Tamez HE, Forsbach G. Hipoglucemia neonatal en hijos de madres con diabetes mellitus. [serial on the Internet]. 2006. Rev. invest. clín. v.58 n.4 México jul./ago. 2006. *versión impresa* ISSN 0034-8376. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0034-83762006000400003&script=sci_arttext
55. Moraes M, Pimienta 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
56. Botta A., Martins A., Raiden S., Raitano P., Valera M. Ictericia neonatal: Análisis comparativo de dos métodos diagnósticos. Revista Pediátrica Elizalde. Diciembre 2010; Vol. 1 (2): 72-172. ISSN 1853-1563. www.elizalde.gov.ar
57. Ward R, Joanna C. Complicaciones neonatales después del parto prematuro. Beachy. Division of Neonatology, University of Utah, Salt Lake City, Utah, USA. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology April 2003, Vol. 110 (Suppl 20), pp. 8–16. Septiembre 2006.
58. Mesquita M, Iramain R, Troche Z. (2005). Anemia neonatal dentro de las 24 horas de vida: prevalencia y factores perinatales asociados. Pediatr. (Asunción) v.32 n.1. [citado 06 Septiembre 2014] 10-15. Asunción 2005. ISSN 1683-9803 *versión on-line* http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1683-98032005000100003&script=sci_arttext&lng=es
59. López YM, Roig T. Anemia muy precoz del prematuro con peso $\leq 1\ 500$ g: prevalencia y factores asociados. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2014 Ago 12]; 82(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312010000200004&lng=es.
60. 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>

61. Fernández RM, Toledo Y, García Y, Rodríguez M, García O. Retinopatía de la prematuridad en el neonato con peso menor de 1 500 g. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2014 Ago 12]; 82(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312010000100003&lng=es

62. Plasencia, L. C., Duverergel, R. D., Salermo, M. E. C., Avalo, A. Y. G., Pérez, Y. B., & Morales, Y. R. (2013). Retinopatía de la prematuridad. Comportamiento en la Isla de la Juventud de enero del 2009 a diciembre del 2010. Revista de Medicina Isla de la Juventud, 1(13). 2013. [citado 2014 Sep 6]; [serial on the Internet]. Disponible en: <http://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/28/64>

63. Eliot BE, Chávez M, Barrera Y, García CL, de la Portilla MM. Factores de riesgo y comportamiento de la retinopatía de la prematuridad. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2014 Ago 12]; 17(3): 123-133. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000300013&lng=es.

64. Valverde J, Farías E. Sepsis. Factores De Riesgo En Recién Nacidos Pretérmino. [serial on the Internet]. 2007 Revista de la Facultad de Medicina, Volumen 30 - Número 1, 2007 (68-72). Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_fmed/article/viewFile/3025/2892

65. Pino MS, Laureiro TM, Martínez M, García G, Ojeda B. Comportamiento de la mortalidad neonatal. 2000–2005. 2006. Ciego de Ávila. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_supl1_07/articulos/a9_v13_supl107.html

66. 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

[Antecedentes de parto prematuro 1] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total		
-----	-----	-----	-----		
Expuestos	23	41	64		
No expuestos	57	119	176		
-----	-----	-----	-----		
Total	80	160	240		
			Estimación	IC(95,0%)	
-----			-----		
Proporción de casos expuestos			0,287500	-	-
Proporción de controles expuestos			0,256250	-	-
Odds ratio			1,171160	0,642538	2,134684 (Woolf)
			0,645399	2,126832	(Cornfield)
-----			-----		
Fracción atribuible en expuestos			0,146145	-0,556329	0,531547
Fracción atribuible poblacional			0,042017	-0,131282	0,188768
Prueba Ji-cuadrado de asociación			Estadístico	Valor p	
-----			-----		
Sin corrección			0,2663	0,6058	
Corrección de Yates			0,1305	0,7179	
Prueba exacta de Fisher			Valor p		
-----			-----		
Unilateral			0,3564		
Bilateral			0,6436		

[Antecedente de aborto de embarazos anteriores 2] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total		
-----	-----	-----	-----		
Expuestos	49	61	110		
No expuestos	31	99	130		
-----	-----	-----	-----		
Total	80	160	240		
			Estimación	IC(95,0%)	
-----			-----		
Proporción de casos expuestos			0,612500	-	-
Proporción de controles expuestos			0,381250	-	-
Odds ratio			2,56	1,47	4,45 (Woolf)
			1,481291	4,442103	(Cornfield)
-----			-----		
Fracción atribuible en expuestos			0,610183	0,323372	0,775420
Fracción atribuible poblacional			0,373737	0,153658	0,536588
Prueba Ji-cuadrado de asociación			Estadístico	Valor p	
-----			-----		
Sin corrección			11,4881	0,0007	
Corrección de Yates			10,5755	0,0011	
Prueba exacta de Fisher			Valor p		
-----			-----		
Unilateral			0,0006		
Bilateral			0,0009		

[Edad materna menos de 18 años 3] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total		
-----	-----	-----	-----		
Expuestos	5	10	15		
No expuestos	75	150	225		
-----	-----	-----	-----		
Total	80	160	240		
			Estimación	IC(95,0%)	
-----			-----		
Proporción de casos expuestos			0,062500	-	-
Proporción de controles expuestos			0,062500	-	-
Odds ratio			1,000000	0,329980	3,030486 (Woolf)
			0,345310	2,907134	(Cornfield)
-----			-----		
Fracción atribuible en expuestos			0,000000	-2,030486	0,670020
Fracción atribuible poblacional			0,000000	-	-
Prueba Ji-cuadrado de asociación			Estadístico	Valor p	
-----			-----		
Sin corrección			0,0000	1,0000	
Corrección de Yates			0,0800	0,7773	
Prueba exacta de Fisher			Valor p		
-----			-----		
Unilateral			0,6006		
Bilateral			1,0000		

[Edad materna 35 años ó más 4] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total		
-----	-----	-----	-----		
Expuestos	6	12	18		
No expuestos	74	148	222		
-----	-----	-----	-----		
Total	80	160	240		
			Estimación	IC(95,0%)	
-----			-----		
Proporción de casos expuestos			0,075000	-	-
Proporción de controles expuestos			0,075000	-	-
Odds ratio			1,000000	0,360979	2,770248 (Woolf)
			0,373810	2,684311	(Cornfield)
-----			-----		
Fracción atribuible en expuestos			0,000000	-1,770248	0,639021
Fracción atribuible poblacional			0,000000	-	-
Prueba Ji-cuadrado de asociación			Estadístico	Valor p	
-----			-----		
Sin corrección			0,0000	1,0000	
Corrección de Yates			0,0676	0,7949	
Prueba exacta de Fisher			Valor p		
-----			-----		
Unilateral			0,5929		
Bilateral			1,0000		

[Bajo peso materno 5] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total			
-----	-----	-----	-----			
Expuestos	58	69	127			
No expuestos	22	91	113			
-----	-----	-----	-----			
Total	80	160	240			
			Estimación	IC(95,0%)		
-----			-----			
Proporción de casos expuestos			0,725000	-	-	
Proporción de controles expuestos			0,431250	-	-	
Odds ratio			3,476943	1,942834	6,222424	(Woolf)
			1,949101	6,198580		(Cornfield)
-----			-----			
Fracción atribuible en expuestos			0,712391	0,485288	0,839291	
Fracción atribuible poblacional			0,516484	0,292591	0,669515	
Prueba Ji-cuadrado de asociación			Estadístico	Valor p		
-----			-----			
Sin corrección			18,4712	0,0000		
Corrección de Yates			17,3110	0,0000		
Prueba exacta de Fisher			Valor p			
-----			-----			
Unilateral			0,0000			
Bilateral			0,0000			

[Obesa o sobrepeso materno 6] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total			
-----	-----	-----	-----			
Expuestos	19	46	65			
No expuestos	61	114	175			
-----	-----	-----	-----			
Total	80	160	240			
			Estimación	IC(95,0%)		
-----			-----			
Proporción de casos expuestos			0,237500	-	-	
Proporción de controles expuestos			0,287500	-	-	
Odds ratio			0,771917	0,415932	1,432581	(Woolf)
			0,418253	1,426138		(Cornfield)
-----			-----			
Fracción prevenida en expuestos			0,228083	-0,432581	0,584068	
Fracción prevenida poblacional			0,053664	-0,107192	0,191151	
Prueba Ji-cuadrado de asociación			Estadístico	Valor p		
-----			-----			
Sin corrección			0,6752	0,4113		
Corrección de Yates			0,4457	0,5044		
Prueba exacta de Fisher			Valor p			
-----			-----			
Unilateral			0,2537			
Bilateral			0,4446			

[Baja talla materna 7] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total			
-----	-----	-----	-----			
Expuestos	12	23	35			
No expuestos	68	137	205			
-----	-----	-----	-----			
Total	80	160	240			
			Estimación	IC(95,0%)		
-----	-----	-----	-----			
Proporción de casos expuestos			0,150000	-	-	
Proporción de controles expuestos			0,143750	-	-	
Odds ratio			1,051151	0,493513	2,238882	(Woolf)
			0,499693	2,215184		(Cornfield)
-----	-----	-----	-----			
Fracción atribuible en expuestos			0,048662	-1,026287	0,553348	
Fracción atribuible poblacional			0,007299	-0,110153	0,112325	
Prueba Ji-cuadrado de asociación			Estadístico	Valor p		
-----	-----	-----	-----			
Sin corrección			0,0167	0,8971		
Corrección de Yates				0,0042	0,9484	
Prueba exacta de Fisher			Valor p			
-----	-----	-----	-----			
Unilateral			0,5196			
Bilateral			1,0000			
Prueba exacta de Fisher			Valor p			
-----	-----	-----	-----			
Unilateral			0,5196			
Bilateral			1,0000			

[Ganancia de peso baja 8] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total			
-----	-----	-----	-----			
Expuestos	49	54	103			
No expuestos	31	106	137			
-----	-----	-----	-----			
Total	80	160	240			
			Estimación	IC(95,0%)		
-----	-----	-----	-----			
Proporción de casos expuestos			0,612500	-	-	
Proporción de controles expuestos			0,337500	-	-	
Odds ratio			3,102748	1,778530	5,412923	(Woolf)
			1,782580	5,400325		(Cornfield)
-----	-----	-----	-----			
Fracción atribuible en expuestos			0,677705	0,437738	0,815257	
Fracción atribuible poblacional			0,415094	0,212929	0,565332	
Prueba Ji-cuadrado de asociación			Estadístico	Valor p		
-----	-----	-----	-----			
Sin corrección			16,4638	0,0000		
Corrección de Yates				15,3604	0,0001	

Prueba exacta de Fisher Valor p

Unilateral 0,0000
Bilateral 0,0001

[Ganancia de peso alta 9] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total		
Expuestos	18	31	49		
No expuestos	62	129	191		
Total	80	160	240		
			Estimación	IC(95,0%)	
Proporción de casos expuestos			0,225000	-	-
Proporción de controles expuestos			0,193750	-	-
Odds ratio			1,208117	0,627525	2,325877 (Woolf)
			0,631767	2,312736	(Cornfield)
Fracción atribuible en expuestos			0,172265	-0,593562	0,570055
Fracción atribuible poblacional			0,038760	-0,106125	0,164667
Prueba Ji-cuadrado de asociación			Estadístico	Valor p	
Sin corrección			0,3205	0,5713	
Corrección de Yates			0,1571	0,6919	
Prueba exacta de Fisher			Valor p		
Unilateral			0,3426		
Bilateral			0,6118		

[Anemia durante el embarazo 10] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total		
Expuestos	27	33	60		
No expuestos	53	127	180		
Total	80	160	240		
			Estimación	IC(95,0%)	
Proporción de casos expuestos			0,337500	-	-
Proporción de controles expuestos			0,206250	-	-
Odds ratio			1,960549	1,074708	3,576555 (Woolf)
			1,078975	3,564195	(Cornfield)
Fracción atribuible en expuestos			0,489939	0,069515	0,720401
Fracción atribuible poblacional			0,165354	0,005517	0,299502
Prueba Ji-cuadrado de asociación			Estadístico	Valor p	
Sin corrección			4,9000	0,0269	
Corrección de Yates			4,2250	0,0398	

Prueba exacta de Fisher Valor p

Unilateral 0,0210
Bilateral 0,0391

[Fumadoras 11] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total		
Expuestos	31	56	87		
No expuestos	49	104	153		
Total	80	160	240		
			Estimación	IC(95,0%)	
Proporción de casos expuestos			0,387500	-	-
Proporción de controles expuestos			0,350000	-	-
Odds ratio			1,174927	0,674600	2,046331 (Woolf)
			0,676487	2,041408	(Cornfield)
Fracción atribuible en expuestos			0,148883	-0,482361	0,511320
Fracción atribuible poblacional			0,057692	-0,160301	0,234730
Prueba Ji-cuadrado de asociación			Estadístico	Valor p	
Sin corrección			0,3245	0,5689	
Corrección de Yates			0,1826	0,6692	
Prueba exacta de Fisher			Valor p		
Unilateral			0,3334		
Bilateral			0,5723		

[Ingestión de alcohol 12] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total		
Expuestos	3	5	8		
No expuestos	77	155	232		
Total	80	160	240		
			Estimación	IC(95,0%)	
Proporción de casos expuestos			0,037500	-	-
Proporción de controles expuestos			0,031250	-	-
Odds ratio			1,207792	0,281278	5,186197 (Woolf)
			0,310928	4,710917	(Cornfield)
Fracción atribuible en expuestos			0,172043	-2,555204	0,807180
Fracción atribuible poblacional			0,006452	-0,045986	0,056261
Prueba Ji-cuadrado de asociación			Estadístico	Valor p	
Sin corrección			0,0647	0,7993	
Corrección de Yates			0,0162	0,8988	

Prueba exacta de Fisher Valor p

Unilateral 0,5335
Bilateral 1,0000

[Preclampsia 13] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total
Expuestos	12	19	31
No expuestos	68	141	209
Total	80	160	240

Estimación IC(95,0%)

Proporción de casos expuestos	0,150000	-	-
Proporción de controles expuestos	0,118750	-	-
Odds ratio	1,309598	0,601237	2,852528 (Woolf)
	0,609391	2,818729	(Cornfield)

Fracción atribuible en expuestos	0,236407	-0,663237	0,649434
Fracción atribuible poblacional	0,035461	-0,074767	0,134384
Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p	

Sin corrección	0,4630	0,4962
Corrección de Yates	0,2269	0,6338
Prueba exacta de Fisher	Valor p	

Unilateral 0,3125
Bilateral 0,5422

[Antecedente de hipertensión arterial crónica 14] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total
Expuestos	15	28	43
No expuestos	65	132	197
Total	80	160	240

Estimación IC(95,0%)

Proporción de casos expuestos	0,187500	-	-
Proporción de controles expuestos	0,175000	-	-
Odds ratio	1,087912	0,543548	2,177457 (Woolf)
	0,548355	2,161373	(Cornfield)

Fracción atribuible en expuestos	0,080808	-0,839763	0,540749
Fracción atribuible poblacional	0,015152	-0,118412	0,132764
Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p	

Sin corrección	0,0567	0,8118
Corrección de Yates	0,0035	0,9525

Prueba exacta de Fisher Valor p

Unilateral 0,4712
Bilateral 0,8589

[Diabetes mellitus gestacional 15] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total			
-----	-----	-----	-----			
Expuestos	9	28	37			
No expuestos	71	132	203			
-----	-----	-----	-----			
Total	80	160	240			
			Estimación	IC(95,0%)		
-----	-----	-----	-----			
Proporción de casos expuestos			0,112500	-	-	
Proporción de controles expuestos			0,175000	-	-	
Odds ratio			0,597586	0,267305	1,335958	(Woolf)
			0,271803	1,317472		(Cornfield)
-----	-----	-----	-----			
Fracción prevenida en expuestos			0,402414	-0,335958	0,732695	
Fracción prevenida poblacional			0,063755	-0,040661	0,157694	
Prueba Ji-cuadrado de asociación			Estadístico	Valor p		
-----	-----	-----	-----			
Sin corrección			1,5977	0,2062		
Corrección de Yates			1,1543	0,2826		
Prueba exacta de Fisher			Valor p			
-----	-----	-----	-----			
Unilateral			0,1407			
Bilateral			0,2566			

[Antecedentes de asma bronquial 16] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total			
Expuestos	22	41	63			
No expuestos	58	119	177			
Total	80	160	240			
			Estimación	IC(95,0%)		
Proporción de casos expuestos			0,275000	-	-	
Proporción de controles expuestos			0,256250	-	-	
Odds ratio			1,100925	0,600793	2,017394	(Woolf)
			0,603631	2,009562		(Cornfield)
Fracción atribuible en expuestos			0,091673	-0,664467	0,504311	
Fracción atribuible poblacional			0,025210	-0,147071	0,171616	
Prueba Ji-cuadrado de asociación			Estadístico	Valor p		
Sin corrección			0,0969	0,7556		
Corrección de Yates			0,0242	0,8763		

Prueba exacta de Fisher Valor p

Unilateral 0,4350
Bilateral 0,7578

[Antecedentes de cardiopatías 17] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total		
Expuestos	14	18	32		
No expuestos	66	142	208		
Total	80	160	240		
			Estimación	IC(95,0%)	
Proporción de casos expuestos			0,175000	-	-
Proporción de controles expuestos			0,112500	-	-
Odds ratio			1,673401	0,784939	3,567502 (Woolf)
			0,794149	3,529638	(Cornfield)
Fracción atribuible en expuestos			0,402414	-0,273985	0,719692
Fracción atribuible poblacional			0,070423	-0,042887	0,171421
Prueba Ji-cuadrado de asociación			Estadístico	Valor p	
Sin corrección			1,8029	0,1794	
Corrección de Yates			1,3026	0,2537	
Prueba exacta de Fisher			Valor p		
Unilateral			0,1276		
Bilateral			0,2264		

[Infecciones vaginales 18] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total		
Expuestos	53	69	122		
No expuestos	27	91	118		
Total	80	160	240		
			Estimación	IC(95,0%)	
Proporción de casos expuestos			0,662500	-	-
Proporción de controles expuestos			0,431250	-	-
Odds ratio			2,588835	1,480030	4,528332 (Woolf)
			1,483830	4,515228	(Cornfield)
Fracción atribuible en expuestos			0,613726	0,324338	0,779168
Fracción atribuible poblacional			0,406593	0,170159	0,575664
Prueba Ji-cuadrado de asociación			Estadístico	Valor p	
Sin corrección			11,4115	0,0007	
Corrección de Yates			10,5050	0,0012	

Prueba exacta de Fisher Valor p

Unilateral 0,0006
Bilateral 0,0010

[Infecciones urinarias 19] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total		
Expuestos	46	69	115		
No expuestos	34	91	125		
Total	80	160	240		
			Estimación	IC(95,0%)	
Proporción de casos expuestos			0,575000	-	-
Proporción de controles expuestos			0,431250	-	-
Odds ratio			1,784314	1,037138	3,069771 (Woolf)
			1,039413	3,062790	(Cornfield)
Fracción atribuible en expuestos			0,439560	0,035808	0,674243
Fracción atribuible poblacional			0,252747	0,002954	0,439959
Prueba Ji-cuadrado de asociación			Estadístico	Valor p	
Sin corrección			4,4160	0,0356	
Corrección de Yates			3,8588	0,0495	
Prueba exacta de Fisher			Valor p		
Unilateral			0,0247		
Bilateral			0,0403		

[Infecciones respiratorias 20] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total		
Expuestos	29	55	84		
No expuestos	51	105	156		
Total	80	160	240		
			Estimación	IC(95,0%)	
Proporción de casos expuestos			0,362500	-	-
Proporción de controles expuestos			0,343750	-	-
Odds ratio			1,085561	0,619741	1,901509 (Woolf)
			0,621625	1,896617	(Cornfield)
Fracción atribuible en expuestos			0,078818	-0,613576	0,474102
Fracción atribuible poblacional			0,028571	-0,186151	0,204424
Prueba Ji-cuadrado de asociación			Estadístico	Valor p	
Sin corrección			0,0824	0,7740	
Corrección de Yates			0,0206	0,8859	

Prueba exacta de Fisher Valor p

Unilateral 0,4411
Bilateral 0,7760

[Embarazo múltiple 21] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total		
Expuestos	4	4	8		
No expuestos	76	156	232		
Total	80	160	240		
			Estimación	IC(95,0%)	
Proporción de casos expuestos			0,050000	-	-
Proporción de controles expuestos			0,025000	-	-
Odds ratio			2,052632	0,499753	8,430751 (Woolf)
			0,546737	7,707880	(Cornfield)
Fracción atribuible en expuestos			0,512821	-1,000987	0,881387
Fracción atribuible poblacional			0,025641	-0,030543	0,078762
Prueba Ji-cuadrado de asociación			Estadístico	Valor p	
Sin corrección			1,0345	0,3091	
Corrección de Yates			0,4041	0,5250	
Prueba exacta de Fisher			Valor p		
Unilateral			0,2557		
Bilateral			0,4462		

[Alteración del líquido amniótico 22] 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	68	135	203		
Total	80	160	240		
			Estimación	IC(95,0%)	
Proporción de casos expuestos			0,150000	-	-
Proporción de controles expuestos			0,156250	-	-
Odds ratio			0,952941	0,451273	2,012300 (Woolf)
			0,456757	1,991875	(Cornfield)
Fracción prevenida en expuestos			0,047059	-1,012300	0,548727
Fracción prevenida poblacional			0,006400	-0,113207	0,113156
Prueba Ji-cuadrado de asociación			Estadístico	Valor p	
Sin corrección			0,0160	0,8994	
Corrección de Yates			0,0040	0,9496	

Prueba exacta de Fisher Valor p

Unilateral 0,5310
Bilateral 1,0000

[Enfermedades del útero 23] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total			
-----	-----	-----	-----			
Expuestos	17	29	46			
No expuestos	63	131	194			
-----	-----	-----	-----			
Total	80	160	240			
			Estimación	IC(95,0%)		
-----	-----	-----	-----			
Proporción de casos expuestos			0,212500	-	-	
Proporción de controles expuestos			0,181250	-	-	
Odds ratio			1,218938	0,623819	2,381796	(Woolf)
			0,628470	2,366873		(Cornfield)
-----	-----	-----	-----			
Fracción atribuible en expuestos			0,179614	-0,603028	0,580149	
Fracción atribuible poblacional			0,038168	-0,101045	0,159779	
Prueba Ji-cuadrado de asociación			Estadístico	Valor p		
-----	-----	-----	-----			
Sin corrección			0,3362	0,5620		
Corrección de Yates			0,1647	0,6848		
Prueba exacta de Fisher			Valor p			
-----	-----	-----	-----			
Unilateral			0,3389			
Bilateral			0,6033			

[Placenta previa 24] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total			
Expuestos	2	8	10			
No expuestos	78	152	230			
Total	80	160	240			
			Estimación	IC(95,0%)		
Proporción de casos expuestos			0,025000	-	-	
Proporción de controles expuestos			0,050000	-	-	
Odds ratio			0,487179	0,101016	2,349561	(Woolf)
			-	2,088484		(Cornfield)
Fracción prevenida en expuestos			0,512821	-1,349561	0,898984	
Fracción prevenida poblacional			0,025031	-0,024904	0,072534	
Prueba Ji-cuadrado de asociación			Estadístico	Valor p		
Sin corrección			0,8348	0,3609		
Corrección de Yates			0,3261	0,5680		

Prueba exacta de Fisher Valor p

Unilateral 0,2941
Bilateral 0,5029

[RCIU 25] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total
Expuestos	3	16	19
No expuestos	77	144	221
Total	80	160	240

Estimación IC(95,0%)

Proporción de casos expuestos 0,037500 - -
Proporción de controles expuestos 0,100000 - -
Odds ratio 0,350649 0,099088 1,240870 (Woolf)
0,106233 1,165250 (Cornfield)

Fracción prevenida en expuestos 0,649351 -0,240870 0,900912
Fracción prevenida poblacional 0,062735 -0,002582 0,123797
Prueba Ji-cuadrado de asociación Estadístico Valor p

Sin corrección 2,8578 0,0909
Corrección de Yates 2,0648 0,1507
Prueba exacta de Fisher Valor p

Unilateral 0,0704
Bilateral 0,1273

CASO_____

ANEXOS

CONTROL_____

Anexo 1

PLANILLA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA GESTANTE:

Datos de la Paciente:

Nombre y Apellidos: _____

1. Antecedentes de abortos de embarazos anteriores SI _____
NO _____

2. Antecedentes de partos prematuros personales o familiares. SI _____
NO _____

3. Edad materna Menores de 18 años _____
35 años o más _____

4. Peso materno
Deficiente. (IMC ≤ 18.8 kg/m²) _____
Adecuado (IMC > 18.8 kg/m² a < 25.6 kg/m²) _____
Sobrepeso (IMC ≥ 25.6 kg/m² a < 28.6 kg/m²) _____
Obesa (IMC ≥ 28.6 kg/m²) _____

5. Talla materna
Baja talla (1.50m o Menos) _____
Talla normal (más de 1.50m) _____

6. Ganancia de peso durante el embarazo Baja _____
Moderada _____
Alta _____

7. Anemia de cualquier etiología SI _____
NO _____

8. Hábitos tóxicos

Tabaco SI _____

NO _____

Alcohol SI _____

NO _____

9. Preclampsia SI _____
NO _____

10. Antecedentes de enfermedades crónicas

Hipertensión arterial crónica. SI _____
NO _____

Diabetes Mellitus SI _____
NO _____

Asma Bronquial SI _____
NO _____

Cardiopatías de cualquier etiología SI _____
NO _____

11. Infecciones

Infecciones respiratorias SI _____
NO _____

Infecciones urinarias SI _____
NO _____

Infecciones vaginales SI _____
NO _____

12. Embarazo múltiple SI _____
NO _____

13. Alteraciones del líquido amniótico (Polihidramnios u Oligoamnios) SI _____
NO _____

14. Enfermedades del útero SI _____
NO _____

15. Placenta previa SI _____
NO _____

16. Restricción del crecimiento intrauterino(RCIU) SI _____
NO _____

Anexo 2

PLANTILLA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE RECIEN NACIDO:

Datos de la Paciente:

Nombre y Apellidos: _____

1. Peso del recién nacido inferior a 2500gr SI _____
NO _____

- ## 2. Enfermedades Respiratorias del recién nacido

Distrés respiratorio (Enfermedad Membrana Hialina)	SI
--	----

Apnea del prematuro SI _____ NO _____

Displasia broncopulmonar SI _____
NO _____

- ### 3. Enfermedades cardiovasculares del recién nacido

Ductus arterioso persistente SI _____
NO _____

Hipotensión arterial SI _____
NO _____

- #### 4. Enfermedades cerebrales del recién nacido

Hemorragia intracraneal SI _____
 NO _____

Hidrocefalia posthemorrágica SI _____
NO _____

Leucomalacia periventricular SI _____
NO _____

- ## 5. Enfermedades metabólicas del recién nacido

Hipo/hiperglucemia SI _____
NO

Acidosis metabólica SI _____
NO _____

Ictericia del prematuro SI _____
NO _____

- ## 6. Enfermedades digestivas del recién nacido

Dificultad para la nutrición SI _____
NO _____

Nutrición parenteral SI _____
NO _____

Enterocolitis necrotizante SI _____
NO _____

7. Anemia del prematuro SI _____
NO _____

