

**Universidad de Ciencias Médicas
Ciego de Ávila**

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

Autora: Dra. Lianny Hernández Cervantes

**Ciego de Ávila
2014**

**Universidad de Ciencias Médicas
Ciego de Ávila**

**Título: Factores de riesgo asociados al parto prematuro
en el policlínico Sur. Ciego de Ávila. 2011-2012.**

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

Policlínico Docente Antonio Maceo

**Autora: Dra. Lianny Hernández Cervantes. Aspirante a
especialista de primer grado en Medicina General Integral**

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

2014

ÍNDICE:

Portada.....	1
Portadilla.....	2
Resumen.....	4
Introducción.....	5-11
Marco Teórico.....	12-25
Materiales y Métodos.....	26-35
Análisis y Discusión.....	36-47
Conclusiones.....	48
Recomendaciones.....	49
Referencias Bibliográficas.....	50-56
Anexos.....	57-82

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo caso y control en el policlínico Sur del municipio Ciego de Ávila con el objetivo de determinar los factores de riesgo que se asocian a la aparición de partos prematuros y posteriormente se describió las principales causas de morbilidad y mortalidad del neonato prematuro. El universo estuvo constituido por 41 mujeres que presentaron partos entre las 22 y 36.6 semanas de gestación en los años 2011-2012 coincidiendo con la muestra. Para la obtención de la información se creó una planilla de recolección de datos que fueron vaciadas en tablas, utilizando como unidad de resumen el porcentaje. Entre estas se obtuvo que el mayor número de partos prematuros fue en edades comprendidas entre los 18-34 años y predominando el nivel de escolaridad secundaria, el antecedente de abortos, el bajo peso materno a la captación, la ganancia de peso insuficiente durante el embarazo, las infecciones urinarias y vaginales presentaron asociación estadística significativa con el parto prematuro. En cuanto a las complicaciones presentadas por el neonato prematuro se observó con más frecuencia el peso del recién nacido menor de 2500gr, el *distrés* respiratorio, la enfermedad de la membrana hialina, la sepsis precoz y tardía; con respecto a la mortalidad hubo un fallecido prematuro en los años de estudio, siendo esto un logro del sistema de salud cubano.

Palabras claves:

Factores de riesgo, parto prematuro y morbilidad y mortalidad

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro es un fenómeno a lo que los obstetras y neonatólogos se han enfrentado durante años, y es poco el terreno ganado. El mismo entendido como aquel que se produce entre las semana 22 y la 36.6 (154 y 258 días) de la gestación, constituye un problema de salud actual, que preocupa al sistema de salud. (1, 2)

Su frecuencia varía entre 5 y 12% en las regiones desarrolladas del mundo, pero puede ser de hasta 40% en las regiones más pobres. En el mundo cada año nacen cerca de 12 millones de niños: 400.000 mueren antes de cumplir cinco años 270.000 en el primer año de vida 180.000 durante el primer mes de vida y 135.000 por prematuridad constituyendo un estado que se relaciona con la desnutrición y los trastornos del desarrollo psicomotor, que eleva de manera significativa la mortalidad neonatal, sobre todo por afecciones debidas a la inmadurez. (3,4)

Tasas de nacimientos prematuros plantean que este se da en uno de cada diez embarazos las cifras aproximadas de incidencia son: 11% en América del Norte y 5,6% en Oceanía. En Estados Unidos, como media, nace un bebé prematuro cada minuto. (5)

En Europa, la incidencia de los partos de prematuros se comporta alrededor del 5 al 7% de los nacidos vivos, en Estados Unidos alcanzan el 12%, y constituye el principal determinante de la mortalidad infantil en los países más desarrollados. (6)

El Servicio de Salud de Chile en su informe técnico del año 2008, da una incidencia del 0,99%, de recién nacidos menores de 32 semanas, su incidencia en México es de 5 a 10 % de todos los embarazos y constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal. En Brasil entre las causas perinatales de mortalidad infantil, 61,4% está asociada con el parto prematuro, como síndrome de sufrimiento respiratorio, hipoxia u otros problemas respiratorios. (7)

Según Villar J y col. se estima que en los países desarrollados la prematuridad abarca entre 6 %-10 % de todos los nacimientos. (8)

En Cuba, el nacimiento prematuro representa del 8 a 9 % de los partos y está asociado a 75 % de la mortalidad perinatal. La mortalidad infantil ha declinado en forma vertiginosa desde tasas de 337 por mil en el año 1900, hasta 7,9 en el año 2008. Los recién nacidos prematuros de muy bajo peso son responsable aproximadamente de 25 a 30% de la mortalidad infantil y del 50 a 70% de la mortalidad neonatal. (6-9)

Durante cinco años consecutivos Cuba registra una tasa de mortalidad infantil por debajo de 5 por cada mil nacidos vivos, expresión del índice del desarrollo humano alcanzado (Figura 1). Este éxito de la Salud Pública, que nos sitúa entre los países de las Américas con la más baja tasa, se sustenta fundamentalmente en la decisión y voluntad política del gobierno revolucionario, que ha hecho realidad un Sistema Nacional de Salud accesible y gratuito para todos los ciudadanos, y en el desarrollo educacional. También en la dedicación y calidad científica de los trabajadores del sector, la integración de la atención primaria y el nivel hospitalario, la existencia de los Hogares Maternos, la tecnología incorporada a las neonatologías y terapias intensivas pediátricas, la gran movilización social en tareas de promoción y prevención sanitaria y el derecho reproductivo de la mujer para elegir libremente el número de hijos que desea tener. Estos indicadores ponen de manifiesto, además, la fortaleza y equidad del justo sistema social. (10)

Frente a esta realidad, la Neonatología ha debido desarrollar numerosas estrategias destinadas a mejorar la sobrevivencia de los recién nacidos prematuros. El niño prematuro está adquiriendo en este momento gran relevancia porque paralelamente y en relación con los avances en los cuidados obstétricos y neonatales, se presenta un incremento importante de la supervivencia de niños que son extremadamente inmaduros. (11)

La enfermedad de membrana hialina (EMH) es la causa más frecuente de síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido prematuro (SDR). Múltiples son las complicaciones que se observan en los recién nacidos prematuro, como consecuencia directa de la inmadurez pulmonar, entre ellas están la EMH, la

hemorragia intraventricular, la enterocolitis necrotizante, la displasia broncopulmonar, la infección, la persistencia del conducto arterioso y la retinopatía del prematuro, entre otras. (12, 13)

Tratándose el parto prematuro de una condición multifactorial su fisiopatología no está aun plenamente dilucidada, se orienta la terapéutica a la prevención, por lo que los factores prenatales que pueden influir en ella tienen gran importancia. Se avanza en el conocimiento de su etiopatogenia pero a pesar de esto las cifras permanecen elevadas. (1, 2)

Varios autores han encontrado una relación marcada entre la edad materna y la incidencia del parto prematuro, el embarazo en los límites extremos de la vida reproductiva es considerado como un factor de riesgo, puesto que a esas edades suelen presentarse las afecciones perinatales. (12; 14)

La mala nutrición materna y la poca ganancia de peso durante la gestación repercuten inmediatamente y a largo plazo sobre la salud fetal. El peso al nacer ha sido catalogado como un predictor del futuro desarrollo del neonato. Otro de los factores de riesgo es el antecedente de aborto. Importante es también, la educación materna y nivel socioeconómico y están relacionados con el grado de educación alcanzado por la madre. Cuanto más temprana es la edad gestacional en que se produjo el parto prematuro anterior, mayor es el riesgo de un nuevo parto de prematuro espontáneo y precoz. (12,14)

El tabaquismo, las mujeres fumadoras tienen 20 a 30% más probabilidad de tener un parto prematuro. Los embarazos múltiples, casi el 50% de los embarazos dobles y prácticamente todos los embarazos múltiples con más de dos fetos, terminan antes de completar las 37 semanas. La presencia de metrorragia, sea por desprendimiento de placenta marginal o por placenta previa, es un factor de riesgo tan importante como el embarazo múltiple. Las infecciones maternas, la bacteriuria asintomática y otras infecciones sistémicas como neumonía bacteriana y pielonefritis pueden provocar contracciones uterinas y terminar en un parto prematuro. Otros factores que se han asociado con nacimientos prematuros han

sido, la presencia de oligo y polihidramnios, afecciones maternas como diabetes e hipertensión. (12)

En los países en desarrollo continúa como la primera causa de muerte neonatal a pesar de que son grandes los esfuerzos que se realizan en materia de investigaciones y asistencia, ya que persisten secuelas y serios pronósticos. (1)

En el municipio de Ciego de Ávila durante el 2009 se produjo un total de 1684 nacimientos de los cuales 67 fueron prematuros. Fallecieron 9 niños por diferentes causas de ellos 5 fueron prematuros para un 55.5 %. (15)

Durante el 2010 se produjo un total de 1685 nacimientos de los cuales 118 fueron prematuros representando el 7.0%, falleciendo 10 niños por diferentes causas, 6 de ellos fueron prematuros representando el 60.0%. Durante el 2011 de 1760 nacimientos, 100 fueron antes del término de la gestación representando el 5.7%, en el 2012 se produjo 1658 nacimiento de los cuales 107 fueron antes del término de la gestación. En el policlínico Sur se presentó en el 2011 un total de 20 partos prematuros, mientras que en el 2012 se presentaron 21. (16)

Justificación del estudio:

Teniendo en cuenta los resultados estadísticos con relación al parto prematuro y factores de riesgo así como la morbilidad de estos en los años 2011-2012 los conocimientos e investigaciones realizadas sobre los factores que pueden desencadenar un parto prematuro aún resultan insuficientes y conociendo el problema que representa en el municipio se realiza este estudio, y se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿Existe asociación estadística entre los factores de riesgo del parto prematuro y el parto prematuro ocurrido en las embarazadas del policlínico Sur en el período 2011-2012?

¿Qué repercusión tiene el parto prematuro sobre la morbilidad neonatal?

Objeto de estudio: parto prematuro

Este estudio constituye una investigación novedosa ya que no existen estudios precedentes realizados en el Policlínico Sur de Ciego de Ávila que identifiquen los factores que con mayor frecuencia aparecen asociados a parto prematuro, lo que permitirá realizar una mejor labor preventiva sobre estos para así lograr reducir la aparición de partos prematuros y la morbilidad neonatal a causa de los mismos.

Objetivo general:

- Identificar los factores de riesgo de parto prematuro en las pacientes pertenecientes al policlínico Sur del municipio Ciego de Ávila en los años 2011-2012.

Objetivos específicos:

- Distribuir las pacientes con parto prematuro según: edad y nivel de escolaridad materna.
- Determinar la asociación estadística entre los factores de riesgo del parto prematuro y la muestra estudiada atendiendo a: antecedentes de partos prematuros, antecedentes de abortos, peso y talla materna, ganancia de peso durante el embarazo, anemia, hábitos tóxicos, antecedentes de enfermedades crónicas, infecciones, embarazo múltiple, alteraciones del líquido amniótico, enfermedades del útero, placenta previa, preeclampsia y restricción del crecimiento intrauterino.
- Describir el comportamiento de la morbilidad del neonato prematuro.

Hipótesis de investigación: Los factores de riesgo de parto prematuro influyen negativamente en la morbilidad neonatal del municipio Ciego de Ávila en los años 2011-2012.

Fundamento metodológico:

La investigación que se presenta se efectuó en etapas, primeramente se realizó un análisis descriptivo de las variables que sirven para caracterizar a las madres que tuvieron partos prematuros según: edad y escolaridad materna. Para esto se utilizó medidas de resumen en números absolutos y porcentajes. En una segunda fase se hizo un análisis univariado simple para determinar la asociación de los factores de riesgos y el parto prematuro, en un tercer momento se realizó una descripción de las afecciones presentes en los recién nacidos producto de los partos prematuros pertenecientes al área de salud de estudio.

Métodos de investigación utilizados:

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

Métodos del nivel teórico:

Histórico - Lógico: Se realizó una revisión del tema partiendo del problema de investigación en el contexto internacional, nacional y local para explicar el comportamiento del parto prematuro en el área de salud en estudio.

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

Métodos del nivel empírico:

Planilla para recolectar datos: la información de los libros de registros de partos del hospital Antonio Luaces Iraola, las historias clínicas y carné obstétricos de las pacientes del área de salud Sur del municipio Ciego de Ávila que presentaron partos prematuros en los años 2011 y 2012, esta información fue recogida en una planilla para recolectar datos creada por el tutor de la investigación.

La observación: se realizó mediante un estudio del tipo casos y controles con una regresión logística simple o análisis univariado entre cada una de las variables o factores de riesgo y el 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 las 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 univariado entre cada una de las variables explicativas o independientes (factores de riesgo) y la variable de respuesta o dependiente (parto prematuro).

MARCO TEÓRICO:

El parto prematuro representa un desafío, no solo de la medicina moderna, también constituye un enorme problema para la familia, la sociedad y la economía de un país. La prevención de la prematuridad es una de las prioridades en la salud pública. Considerando el impacto que tiene el parto prematuro en la morbilidad y mortalidad de la infancia, es reconocida como un problema de salud de primera magnitud, en el cual se invierten recursos para prevención primaria, secundaria y en centros capacitados para su tratamiento. El principal objetivo en estudios anteriores se limitó siempre a lograr la supervivencia del recién nacido, pero en la actualidad el objetivo es más ambicioso, pues no es sólo la supervivencia, es lograrla sin discapacidades y tratar de prevenir la aparición de dicha enfermedad enfatizando en los factores de riesgo. A pesar de todos los avances tecnológicos en cuidados neonatales, conservar el feto dentro del útero constituye la manera más eficaz y el medio natural para mejorar la supervivencia neonatal y evitar las posibles complicaciones a un corto, mediano y largo plazo. (1)

Se trata de un problema de salud importante tanto para el individuo como para la comunidad y probablemente la evaluación supondría un costo económico alto en cuidados médicos; además, existen pruebas de que los beneficios del tratamiento iniciado en una fase temprana son superiores a los del tratamiento administrado en fases más tardías. La historia natural del trastorno no ha llegado a comprenderse a la perfección, no existe una intervención ni un tratamiento para las pacientes afectadas que se haya aceptado universalmente y todavía, no se ha establecido ninguna prueba de evaluación, ni exploración adecuada y aceptable para poder identificar a las mujeres con un riesgo elevado de parto prematuro; favorecerá esta problemática el diseño de estudios clínicos destinados a determinar qué mujeres tienen más probabilidad de beneficiarse de cualquier intervención. El principal obstáculo que frena el avance científico en materia de tratamiento del parto prematuro es el desconocimiento del mecanismo del parto, solo se sabe que es una entidad nosológica multifactorial. Es preciso identificar los procesos de riesgo que explican por qué las mujeres inician el trabajo de parto.

Sólo entonces será posible saber si el parto prematuro es una aceleración del mecanismo que interviene en el parto a término o si son otros procesos fisiopatológicos los que lo precipitan. (5)

La definición de parto prematuro recomendada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1948 y el Grupo de Expertos en Prematuridad en 1950, fue reemplazada por la dada en 1960 en la cual, los expertos de la Organización Mundial para la Salud (OMS) establecieron el término de recién nacido bajo peso para considerar a todo neonato que al nacimiento tuviera un peso inferior a los 2500 gr sin tener en cuenta el tiempo de gestación. En el XXI congreso Europeo de Medicina Perinatal realizado en Londres en 1970 se decidió que el peso al nacimiento debiera relacionarse con la edad gestacional y que los niños nacidos antes del término de las 36.6 semanas completas de gestación debieran llamarse: Prematuro. (2; 12; 13; 14).

El límite inferior es 22 semanas, que equivalen a 5 meses de embarazo o 500 gramos de peso, por debajo de las 22 semanas se llama aborto; y desde las 37 semanas en adelante se llama nacimiento a término. (6)

Los nacimientos prematuros pueden ser espontáneos o inducidos por la intervención médica (20%). En estos casos, es el facultativo el que decide que el bebé debe nacer prematuro debido a complicaciones maternas o fetales graves, como preeclampsia o retraso del crecimiento intrauterino (RCIU), entonces, el parto se induce médicamente o se practica una cesárea. (5)

A finales del siglo XIX los recién nacidos prematuros o los que presentaban enfermedades graves en el período neonatal estaban destinados a morir. En Cuba antes de 1960 solo existían unos cuantos centros donde se brindaba una atención muy simple. A partir de aquí se comenzaron a desarrollar los servicios de Neonatología y en 1972 se introdujo la ventilación mecánica. En la actualidad, cada servicio de obstetricia cuenta con uno de neonatología y la mortalidad neonatal es inferior a 5 por cada mil nacidos vivos. Sin embargo, se

hace necesario continuar trabajando en aquellos aspectos susceptibles de ser mejorados. (17)

La prematuridad continúa siendo el centro de atención de la perinatología contemporánea. Históricamente se ha asociado con un mayor índice de mortalidad, morbilidad y secuelas del neurodesarrollo. Por otra parte, a pesar de su amplio uso, la mayoría de las tecnologías obstétricas relacionadas con la prevención del parto prematuro, parecen haber tenido poco impacto en la reducción de la incidencia de nacimientos prematuro. Es por ello que en el último decenio, la mayoría de los estudiosos del tema enfatizan en la prevención primaria del parto prematuro (mucho antes de que se inicie el trabajo de parto) a través de la identificación de los factores de riesgo que influyen en él, como una primera aproximación a la solución del problema, pues ello debe ir seguido de la búsqueda y consecución de medidas para el control de tales factores.

El factor de riesgo, según la OMS, ha sido definido como toda característica o circunstancia determinable de una persona o de un grupo de personas, que según los conocimientos que poseen, está asociada a un riesgo anormal de aparición o evolución de un proceso patológico o de afectación especialmente desfavorable de tal proceso. Es importante anotar que factor de riesgo no significa causa, es simplemente una herramienta para calificar la posibilidad del daño. Por su parte el riesgo es la probabilidad de sufrir un daño. (14)

Si bien es cierto que el parto y nacimiento prematuro pueden producirse en cualquier embarazo, también es cierto que algunas mujeres son más propensas que otras. Se han identificado diversas características asociadas a un mayor riesgo de nacimiento prematuro. (5)

Factores de riesgos de parto prematuro:

El embarazo en los límites extremos de la vida reproductiva menor de 18 años y mayor de 35 años es considerado como un factor de riesgo, puesto que a esas edades suelen presentarse las afecciones perinatales. (14)

Estudios realizados en América Latina afirman que ha ido aumentando de forma sostenida en los últimos 10 años, coincidiendo con un repunte de embarazos en adolescentes ya que el inicio de las relaciones sexuales es cada vez más precoz, por lo que constituye un problema de salud pública de gran impacto en adolescentes, grupos familiares y sociedad. Su relevancia clínica radica en su influencia sobre la mortalidad perinatal y la morbilidad infantil. (8,18)

Estudios realizados por Aldana Cedeño en 1994 acerca de los principales factores de riesgo y afecciones asociadas a morbilidad materna en las embarazadas adolescentes del Hospital Alemán Nicaragüense encontraron que la edad más frecuente que se embarazaban las adolescentes es de 16-18 años, 69% tenían relaciones de parejas inestables, las enfermedades más frecuentes fueron la anemia, síndrome hipertensivo gestacional e infección de vías urinarias.(19)

Cientos de adolescentes cada año quedan embarazadas, a menudo con resultados trágicos como: complicaciones médicas, aborto ilegal, muerte materna, niños abandonados, educación interrumpida y suicidio. La tasa de fecundidad es de 152 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes, siendo la más alta en América Latina. La adolescencia es una etapa de la vida caracterizada por la inmadurez biológica, psíquica y emocional para asumir el rol de madre y mantener una relación de pareja estable. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es una etapa de la vida comprendida entre los 10 y 19 años. (20)

La escolaridad materna según Ruíz Martínez desempeña un rol importante en la aparición de partos prematuros debido a que a menor nivel de escolaridad menor cultura sanitaria y por ende mayor índice de enfermedades, en estudio realizado por él acerca de embarazo en la adolescencia en Nicaragua encontró que un 60% había cursado la primaria pero no habían continuado estudios y de esa misma muestra un 40% no se efectuaron control prenatal adecuado padeciendo en su mayoría de anemias, trastornos relacionados con la nutrición, entre otras complicaciones llevando al traste como resultado final un parto prematuro.(21)

En la incidencia de parto prematuro influyen los factores socioeconómicos, entre los que destaca la frecuencia significativamente mayor en embarazadas jóvenes (sobre todo menores de 17 años de edad), de bajo nivel socioeconómico, solteras o sin apoyo social, el riesgo de parto prematuro durante el embarazo es superior en las mujeres que interrumpen sus estudios antes de los 15 años, por lo que debido a sus condiciones no son capaces de generar recursos para el mantenimiento de la familia.(21)

Importante predictor del parto prematuro es la educación materna y nivel socioeconómico y están relacionados con el grado de educación alcanzado por la madre según estudio reportado en la revista chilena Estrategias para Mejorar la Sobrevida del Prematuro Extremo. (12)

La literatura ha reportado que, la historia de haber tenido una mujer un parto prematuro previo, tiene 2,5 veces más riesgo que se repita esta situación en su próximo embarazo. Cuanto más temprana es la edad gestacional en que se produjo el parto prematuro anterior, mayor es el riesgo de un nuevo parto de prematuro espontáneo y precoz .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 bebé prematuro en mujeres con antecedente previo de prematuridad es un 80% superior a las mujeres que no presentaron este antecedente en su historia obstétrica según estudio de Perkin Elmer (5,12)

Otro de los factores de riesgo es el antecedente de aborto. El elevado uso de la interrupción del embarazo como método de regulación de la fecundidad en las mujeres cubanas revela que aún resultan insuficientes la percepción y toma de conciencia de la población en cuanto a las consecuencias negativas de este procedimiento sobre la salud en general , sexual y reproductiva en particular como desencadenante de partos prematuros.(16)

Varios estudiosos del tema han demostrado que existe una relación marcada entre el antecedente de aborto y el parto prematuro (15,22)

La mala nutrición materna, bajo peso, sobrepeso y obesidad a la captación así como la poca y alta ganancia de peso durante la gestación y la baja talla repercuten inmediatamente y a largo plazo sobre la salud fetal. El estado nutricional materno antes de la gestación o durante ésta constituye un determinante crítico de los resultados del embarazo para la madre y el niño. Es necesario, identificar desde el período preconcepcional aquellas mujeres con afectación de su estado nutricional y evaluarlas por un personal calificado, con el objetivo de llegar a la gestación en las mejores condiciones. (14)

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer. Existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al período preconcepcional. La desnutrición materna pregestacional o durante el embarazo se asocia un mayor riesgo de morbilidad infantil, en tanto que la obesidad también constituye un factor importante de riesgo, al aumentar algunas afecciones del embarazo, la proporción de niños macrosómicos y por ese mecanismo, las distocias y complicaciones del parto .(21)

Anemia durante el embarazo: está afección es la más frecuente de las enfermedades que pueden coincidir con el embarazo, o ser producida por este debido a los cambios fisiológicos y a las necesidades del feto en desarrollo de ahí la importancia de la dosificación de hemoglobina desde la captación del mismo, en varios estudios realizados se demostró una gran significación estadística entre esta entidad y el parto prematuro. (5,12, 14, 21)

Destacar que en Cuba con el seguimiento y mantenimiento del Programa Materno Infantil así como la incorporación desde el inicio del embarazo de las tabletas prenatales se ha logrado disminuir considerablemente la aparición de anemia durante el embarazo. (23) Especial mención tiene la fortificación preconcepcional con ácido fólico. Evidencias recientes demuestran que la ingesta de ácido fólico durante un año antes del embarazo disminuye la posibilidad de parto prematuro en

un 50 a 70 %. Esta suplementación es la fortificada en los alimentos en Estados Unidos. (23)

El hábito de fumar y el alcoholismo son otros de los factores que influyen tanto en el parto prematuro como en el crecimiento intrauterino retardado. Los productos tóxicos del cigarrillo acarrearán deterioro del lecho vascular y alteración circulatoria, lo que atenta contra la oxigenación y nutrición fetal. Por ello, debemos promover que se abandone este mal hábito, al menos, durante el embarazo y la lactancia. (14)

En estudio realizado en Chinandega se obtuvo como resultado que la nicotina atraviesa la barrera placentaria y se concentra en el feto y en el líquido amniótico (18% en la sangre fetal y el 88% en el líquido amniótico), causando vasoconstricción placentaria y alteraciones del simpático con aumento de la frecuencia cardíaca fetal. Por otra parte el monóxido de carbono, causa la formación de oxihemoglobina lo cual disminuye el nivel de oxigenación fetal por bloquear irreversiblemente a la hemoglobina, un cuadro lo bastante complejo ocasiona el alcoholismo ya que además de poner en peligro la vida materna trae serias complicaciones asociado con el neonato pudiendo llegar a ocasionar incluso una muerte fetal y como consecuencia el parto prematuro.(21,24)

Dentro de las afecciones maternas antes de la gestación la hipertensión arterial (HTA) crónica y la diabetes mellitus son de las afecciones que han ido en ascenso en los últimos tiempos, especialmente en los países en vías de desarrollo, los procesos fisiológicos mediante los cuales se desencadena el trabajo de parto todavía se desconocen pero existe una fuerte asociación según estudios entre la aparición de dichas enfermedades y el parto prematuro. (5,12)

Los primeros estudios de la relación entre la salud de la gestante y las consecuencias para el feto, fueron enfocados desde el punto de vista de las enfermedades que padecía la madre antes de la gestación y si tenía hábitos tóxicos. Entre las enfermedades la diabetes, las cardiopatías, la hipertensión, el asma y la malnutrición han sido las más estudiadas como desencadenantes de

parto prematuro, ésta es una de las conclusiones más relevantes a las que ha llegado un estudio realizado por el Hospital Materno-Infantil de Zaragoza. (25)

En estudio realizado por los Doctores Ana Caridad Rodríguez Núñez y Omar Felipe Rodríguez en Hospital General Docente “Comandante Pinares” se encontró una relación causal entre el asma bronquial y la aparición de partos prematuro. (26; 27; 28).

A pesar de lo planteado en la literatura en relación con la cardiopatía y su relación con el desencadenamiento de parto prematuro demostró todo lo contrario el estudio de Calderón Guillén J, donde plasmó que no existía asociación estadística significativa entre las ya mencionadas afecciones. (6)

Infecciones respiratorias: cualquier infección, incluso lejos del útero, puede activar un proceso inflamatorio que desencadene una respuesta uteroplacentaria que a su vez desemboque en un parto prematuro. De las infecciones sistémicas una de las que contribuye según estudio realizado y que aparece con relativa frecuencia debido a la inmunodepresión sufrida por las pacientes durante este período es la neumonía. En una infección sistémica, los microorganismos invaden el torrente sanguíneo y se extienden, a través de la sangre en circulación, a diversos órganos. (5)

Las infecciones maternas dentro de ella las de mayor visita a consultorios de médicos de familia son las infecciones respiratorias agudas, constituyendo un factor de riesgo importante en la aparición de partos prematuros (12)

Infección de Vías Urinarias: debido a las modificaciones anatómicas y funcionales que se producen durante la gestación, aproximadamente de un 5 a un 10% de las gestantes presentan infección urinaria sintomática o asintomática. Está demostrado que en la infección urinaria sintomática o no, existe un incremento de la incidencia de amenaza de parto prematuro. El 25% de las pacientes que presentan pielonefritis aguda durante el embarazo, son atribuibles a bacteriuria asintomática, tratada de forma inadecuada. Las bacterias que se encuentran con

mayor frecuencia son: *E. coli*, *Klebsiela*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus* y *Streptococcus*, en este último caso resulta imprescindible destacar su presencia simultánea en la vagina. (5, 22,29, 30)

El pesquizado activo de las infecciones cérvico-vaginales en cada trimestre del embarazo, su tratamiento sistémico con enfoque sindrómico incluyendo a la pareja, el control de su cumplimiento y la posterior verificación de las modificaciones endocervicales; son intervenciones que contribuyen a la reducción de partos prematuros por esta causa. (14)

Las investigaciones anteriores sugieren una correlación entre la gonorrea materna y el parto prematuro. Estos hallazgos se confirmaron en un estudio de control de casos realizado en Kenia sobre la correlación entre infecciones de transmisión sexual específicas y el parto prematuro. En un estudio más reciente y más grande en las mismas condiciones, se comprobó, que las infecciones gonocócicas maternas estaban con un aumento del riesgo (3,2 de riesgo relativo). Otra infección cérvico-vaginales es la candidiasis vaginal o moniliasis, es una de las infecciones del tracto genitourinario que más afecta a las mujeres. Cada año, millones de mujeres padecen esta enfermedad a lo largo y ancho de nuestro planeta. Se estima, que 3 de cada 4 mujeres padecerán al menos de un episodio de candidiasis vaginal durante el transcurso de sus vidas. Afortunadamente, esta enfermedad es de fácil y rápido diagnóstico, su adecuado tratamiento cura la enfermedad de forma rápida y segura. La repercusión de esta enfermedad sobre el embarazo ha sido un tema ampliamente debatido. El papel de la infección clamídica materna en la prematuridad es más debatible. Sólo las mujeres con infección clamídica y un nivel elevado de Inmunoglobulina M (IgM) se encontraron con un riesgo elevado de prematuridad. (31)

La vaginosis bacteriana, considerada anteriormente como un proceso benigno, es un factor de riesgo para desarrollar una amenaza de parto prematuro. La asociación de infecciones vaginales y cervicales en el embarazo han sido documentado desde hace muchos años, se ha relacionado con trabajo de parto

premature de un 5-10%, también se han relacionado con ruptura prematura de membranas (RPM) y en amniotitis con membranas íntegras (21)

Los microorganismos producen enzimas, como las proteasas y las mucinasas, que permiten la penetración por el tapón mucoso cervical y favorecen de este modo ascensión de las bacterias. Asimismo, las bacterias también liberan fosfolipasas, que inician la formación de ácido araquidónico, a partir del cual se producen las prostaglandinas las cuales desempeñan una función crucial en la contracción del tejido muscular liso del útero, así como en los cambios biofísicos que intervienen en la maduración cervical. Los microorganismos también estimulan la producción de metaloproteinasas de la matriz extracelular, lo que desemboca finalmente en la rotura de las membranas fetales, la maduración del cuello del útero y las contracciones uterinas. Esta teoría está respaldada por el hecho de que la mayoría de los embarazos llegan a término a pesar de la presencia de microbios potencialmente patógenos en la vagina. (5, 11,21; 32)

Los embarazos múltiples: casi el 50% de los embarazos dobles y prácticamente todos los embarazos múltiples con más de dos fetos, terminan antes de completar las 37 semanas, siendo su duración promedio, más corta cuanto mayor es el número de fetos que crecen in útero en forma simultánea (36 semanas para los gemelares, 33 para los triples y 31 para los cuádruples). La tasa de gemelos aumentó en un 55% entre los años 1980 y 1998 en los Estados Unidos, debido al uso de medicamentos que estimulan la ovulación y el desarrollo de técnicas de fertilización *in vitro* y reproducción asistida. Esta tasa disminuyó cuando sólo se permitió el desarrollo de dos embriones en el útero. Se tiene además al embarazo gemelar como el responsable de más del 10 % de los nacidos prematuros. Y no resulta difícil comprender que la nutrición de dos seres en el claustro materno requiere el doble de condiciones en relación con el embarazo único y que aquello a su vez está relacionado con el desencadenamiento temprano del parto. Por ello, se debe ingresar en el hogar materno a toda gestante con un embarazo gemelar desde las 20 semanas hasta el término, a excepción de afecciones concomitantes que obliga su traslado a instituciones hospitalarias. (5,22; 33, 30)

Alteraciones del líquido amniótico: varios estudios han demostrado una relación estadística significativa entre las alteraciones del líquido amniótico como factor que se asocia con parto prematuro. Las principales alteraciones han sido tanto la presencia de oligo y polihidramnios. En el caso del oligoamnios se plantea en muchos casos la interrupción del embarazo por el deterioro del bienestar fetal en útero, con la posibilidad de sufrimiento fetal y muerte de continuar éste, y se valora como más útil en estos casos la vida extrauterina de ahí que constituya en múltiples ocasiones criterio médico de interrupción de embarazo antes del término de la gestación. (5, 12, 21,34)

Enfermedades del útero: los úteros dobles, bicorne, unicornes, septos e hipoplásicos se relacionan de manera relevante con la amenaza y a su vez con el desencadenamiento de un parto prematuro, en cuya etiología se implican varios factores: deficiente volumen uterino, déficit miometrial, vascular y defecto secretor endometrial. Los miomas uterinos provocan alteraciones mecánicas, irritación del miometrio, alteraciones endometriales y déficit del flujo sanguíneo uterino que puede comprometer la viabilidad del embrión o del feto, presentándose de esta manera una amenaza de parto prematuro. Por último la incompetencia ístmico-cervical, cuya etiología puede ser congénita, traumática, o funcional, puede producir amenaza de parto prematuro. Incompetencia cervical: presencia de modificaciones cervicales en ausencia de actividad uterina detectable, sugiere la posibilidad de una incompetencia cervical, la sola presencia de dilatación aumenta el riesgo de infección intraamniótica y parto prematuro, debido a la exposición de las membranas ovulares a la flora vaginal. (5, 21,30)

La presencia de metrorragia por placenta previa es la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo que constituye una causa importante de morbilidad perinatal y complican al 6% de las gestaciones, entre ellas se destaca: la **placenta previa** que 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. En Cuba a la embarazada con diagnóstico de placenta previa se ingresa en el hogar materno a partir de la semana 22 de gestación, siempre que no sea oclusiva y que no haya presentado sangramiento las que serán ingresadas en un servicio de obstetricia y perinatología con el objetivo de la toma de decisiones adecuadas en protección de la gestante y su hijo. (12,35)

Preeclampsia es considerada la causa más frecuente de parto prematuro después del embarazo múltiple, en la que el producto de la gestación se afecta tanto por la enfermedad como por los medicamentos necesarios para su control. Varios autores demostraron una correlación importante entre la aparición de preeclampsia y el desenlace de un parto prematuro. (5,14, 21)

Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU): el peso al nacer es sin duda uno de los elementos más importantes para que un recién nacido experimente un crecimiento y desarrollo satisfactorio. Se considera RCIU cuando el peso del recién nacido se encuentra por debajo del estimado como normal a la edad del nacimiento, en estudio realizado en el Policlínico "René Ávila Reyes" de Holguín acerca de la RCIU y su relación con el parto prematuro se obtuvo que de un total de 62 casos de recién nacidos bajo peso 12 fueron RCIU y prematuros representando el 19,3% encontrando una asociación estadística significativa entre el factor causal y el parto prematuro. Similares resultados fueron encontrados en un estudio realizado por López, Lugones y otros quienes en su investigación obtuvieron una mayor incidencia de la RCIU con relación a la prematuridad. (26,36)

Repercusión de los factores de riesgo de prematuridad sobre el neonato:

El impacto emocional que experimentan las familias que se enfrentan a este problema es enorme, en muchos casos el recién nacido es ingresado en un hospital alejado del domicilio familiar, padres y hermanos manifiestan una ansiedad enorme, provocada por la incertidumbre sobre la supervivencia y la total recuperación del bebé, estos presentan mayor riesgo de sufrir complicaciones neonatales y discapacidades permanentes, como retraso mental, parálisis cerebral (PC), problemas pulmonares, gastrointestinales, pérdida de visión y audición. A largo plazo, los niños que nacieron prematuramente tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, hipertensión y diabetes en la edad adulta y posiblemente también presenten un riesgo mayor de padecer cáncer. Las complicaciones médicas asociadas a la prematuridad también presagian discapacidades educacionales y ocupacionales futuras, incluso más allá de la infancia tardía. Según un estudio sueco, el nacimiento prematuro guarda relación con la posibilidad menor de completar estudios universitarios y salarios más bajos. (5,4)

Antes del triunfo de la Revolución la despreocupación existente por los gobernantes del país en relación con los aspectos de la salud del pueblo en general, y en la niñez en particular, tuvo como uno de sus resultados directos una elevada morbilidad y mortalidad dentro de la población menor de 15 años. En el año 1970, se estableció el Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil, que organizó una serie de actividades. Desde entonces se trabajó arduamente y los resultados obtenidos evidencian lo acertado de las medidas tomadas. (37; 38)

Múltiples son las complicaciones que se observan en los recién nacidos prematuro, y entre ellos se señala la enfermedad de membrana hialina, como consecuencia directa de la inmadurez pulmonar. Constituye el problema más común en un servicio de neonatología y la principal causa de mortalidad; además, predomina entre los que pesan 1 000 a 1 500 gr. Las anormalidades fisiológicas que se presentan son la reducción hasta de una décima parte de la adaptabilidad pulmonar normal, disminución de la perfusión pulmonar del 50-60 %, gran

cortocircuito de derecha a izquierda, reducción de la circulación sanguínea en el lecho capilar pulmonar, ventilación alveolar disminuida y volumen pulmonar disminuido. Otras complicaciones son la hemorragia intraventricular, la enterocolitis necrotizante, la displasia broncopulmonar, la infección, la persistencia del conducto arterioso y la retinopatía del prematuro. De ahí la importancia de la utilización de los glucocorticoides para reducir la aparición de dichas patologías. Se reporta en la bibliografía un descenso de hemorragia intraventricular en recién nacidos entre 24 y 28 semanas tratados con corticoides prenatal, así ocurre en los casos de enterocolitis necrotizante, como se reporta en estudios realizados. En la persistencia del conducto arterioso no se detectó disminución de la incidencia de recién nacidos de embarazos de 24-28 sem según *Garite*. Según estudios se ha comprobado que la betametasona como madurante pulmonar fetal disminuye notablemente la incidencia de EMH. (13,30)

Solo con la identificación precoz y manejo adecuado de los factores de riesgo anteriormente expuestos se podrá evitar el desencadenamiento de parto prematuros y por consiguiente sus efectos negativos. (14)

MATERIAL Y MÉTODO

Aspectos generales del estudio:

Se realizó un estudio del tipo caso y control en el policlínico Sur del municipio de Ciego de Ávila con el objetivo de determinar los factores de riesgo que se asocian a la aparición de partos prematuros y posteriormente se describió las principales causas de morbilidad del neonato prematuro.

Universo de estudio: El universo estuvo constituido por 41 mujeres que presentaron partos entre las 22 y 36.6 semanas de gestación en los años 2011-2012 coincidiendo con la muestra.

Métodos de obtención de información: Planilla de recolección de datos a partir de los libros de registros de partos, carné obstétrico e historias clínicas, probados previamente en un grupo según los objetivos trazados y validada en los anexos.

Tipo de muestreo: El total de pacientes con parto prematuro y los controles fueron hallados por muestreo de pareamiento atendiendo a tiempo y lugar.

Cumplimiento del objetivo 1:

Distribuir las pacientes con parto prematuro según: edad y nivel de escolaridad materna.

Diseño: Observacional descriptivo.

Universo: 41 mujeres del Área Sur del municipio Ciego de Ávila, con partos producidos entre las 22 y 36.6 semanas de gestación. Años: 2011-2012.

Medidas de resumen: Números absolutos y porcentajes.

Variables: Edad materna y escolaridad

Recolección de la información: Planilla de recolección de datos.

Cumplimiento del objetivo 2

Determinar la asociación estadística entre los factores de riesgo del parto prematuro y la muestra estudiada atendiendo a: antecedentes de partos prematuros, antecedentes de abortos de embarazos anteriores, peso y talla materna, ganancia de peso durante el embarazo, anemia, hábitos tóxicos, antecedentes de enfermedades crónicas, infecciones, embarazo múltiple, alteraciones del líquido amniótico, enfermedades del útero, placenta previa, preeclampsia y restricción del crecimiento intrauterino.

Diseño: Analítico de tipo casos y controles.

Casos: 41 mujeres del Área Sur del municipio Ciego de Ávila, con partos producidos entre las 22 y 36.6 semanas de gestación de los años 2011 – 2012

Controles: dos 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, la Razón de disparidad (OR).

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

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

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

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

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

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

Cumplimiento del objetivo 3:

Describir el comportamiento de la morbilidad y mortalidad del neonato prematuro.

Diseño: Observacional descriptivo.

Universo: total de niños nacidos prematuros pertenecientes al Área Sur en el período de estudio.

Medidas de resumen: Números absolutos y porcentajes.

Operacionalización de las variables:

Variables	Tipo	Escala de clasificación	Definición	Indicador
Edad materna	Cuantitativa continua	Menores de 18 años 18 a 34 años 35 años o más	Edad cumplida	Porcentaje de mujeres menores de 18 años, de 18 a 34 años y de 35 años o más
Escolaridad materna	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria básica Preuniversitario Universitario	Grado de escolaridad vencido	Porcentaje de mujeres según escolaridad.
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.
Antecedentes de abortos	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

Peso materno	Cuantitativa continua discretizada	Deficiente Adecuado. Sobrepeso Obesa	IMC ≤ 18.8 kg/m². Deficiente IMC > 18.8 kg/m² a < 25.6 kg/m². Adecuado. IMC ≥ 25.6 kg/m² a < 28.6 kg/m². Sobrepeso. IMC ≥ 28.6 kg/m². Obesa	Porcentajes de mujeres con pesos deficientes, adecuados, sobrepesos y obesas. 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	Porcentaje y 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.	Disparidad de asociación de mujeres con ganancia de peso baja y alta
Anemia de cualquier	Cualitativa nominal	Si	Si: Cifras de Hemoglobina	Disparidad de exposición

etiología	dicotómica	No	inferior a 110g/l en el embarazo	según presencia de anemia en el embarazo.
Hábitos tóxicos	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Exposición al tabaco y al alcohol	Porcentaje y disparidad de exposición al hábito de fumar y alcohólico
Antecedentes de enfermedades crónicas	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Hipertensión arterial.(HTA) Diabetes Mellitus Asma Bronquial Cardiopatías de cualquier etiología.	Disparidad de asociación de mujeres con antecedentes de padecer enfermedades crónicas
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	Cualitativa nominal	Si	Si: presencia de embarazo	Disparidad de exposición

múltiple	dicotómica	No	múltiple	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
Preclampsia	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si : diagnóstico de Preclampsia	Disparidad de exposición según presencia de Preclampsia.
Restricción del crecimiento	Cualitativa nominal	Si No	Si: diagnóstico de RCIU	Disparidad de exposición según recién

intrauterino(RCIU)	dicotómica			nacido prematuro con restricción del crecimiento intrauterino.
Peso del recién nacido	Cuantitativa continua	Menos de 2500 gr 2500 gr o más	Bajo peso al nacer : peso inferior a los 2500gr	Porcentaje de mujeres con recién nacido con peso inferior a 2500 gr.
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 nomina politómica	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	Haber padecido como mínimo una de estas enfermedades.	Porcentaje de según enfermedades cerebrales

		Leucomalacia periventricular		
Enfermedades metabólicas del recién nacido	Cualitativa nominal politómica	Hipo/hiperglucemia Acidosis metabólica Ictericia del premature	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 Enterocolitis necrotizante	Haber padecido como mínimo una de estas enfermedades.	Porcentaje de según enfermedades digestivas
Anemia del premature	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Presencia de anemia en el neonato	Porcentaje según anemia
Retinopatía del premature	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	Si	Neonato	Porcentaje de

	Nominal dicotómica	No	fallecido	fallecidos
--	-----------------------	----	-----------	------------

ANALISIS Y DISCUSION

Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el policlínico Sur. Ciego de Ávila. 2011-2012.

TABLA 1. Distribución de pacientes con parto prematuro según grupo de edades. Área de salud Sur. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012.

Variables	Número de casos	%
menor de 18 años	8	19,5
Entre 18 a 34 años	24	58,5
35 años o más	9	22,0
Total	41	100,0

Fuente: Carnet obstétricos, historias clínicas.

Atendiendo a los grupos de edades de las embarazadas con parto prematuro se observó que el grupo más afectado fue el comprendido entre 18-34 años representada en un 58,5 %, no correspondiendo este resultado con estudio realizado por Aldana Cedeño y Romero los que encontraron que la edad más frecuente en que se embarazaban las mujeres y que aparecía parto prematuro era la comprendida entre 16-18 años de edad. Sin embargo si se coincide con el estudio de Arias Macías que encontró partos prematuros en las edades comprendidas entre los 20 y 34 años como grupo predominante. (19, 20,40)

TABLA 2. Distribución de pacientes con parto prematuro según nivel de escolaridad. Área de salud Sur. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012.

Variables	Número de casos	%
Primaria	6	14,6
Secundaria	19	46,4
Preuniversitaria	13	31,7
Universitaria	3	7,3
Total	41	100,0

Fuente: Carnet obstétricos, historias clínicas.

Según el grado de escolaridad alcanzado el índice más alto de prematuro se obtuvo en mujeres con un nivel de escolaridad de secundaria representada en un 46,4 %, le siguen las que alcanzaron el grado de escolaridad preuniversitario (31,7 %), en desacuerdo con estudio realizado por Ruíz Martínez donde el grado de escolaridad que predominó es el nivel primario en un 60,0 %.(21)

TABLA 3. Antecedentes de parto prematuro y abortos en embarazos anteriores.
Área de salud Sur. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Factores de Riesgo	Casos		Controles		%	OR X ²	IC (95 %) (p<0,005)
	Expuestos	No Expuestos	Expuestos	No Expuestos			
Antecedentes de parto prematuro	12	29	16	66	29,3	1,70 X ² :0,976	0,71-4,06 p: 0,323
Antecedentes de abortos	22	19	26	56	53,7	2,49 X ² :4,650	1,15-5,38 p:0,031

Fuente: Carnet obstétricos, historias clínicas y libro de registros de partos de Hospital Antonio Luaces Iraola (ALI).

Al realizar un análisis de la siguiente variable según casos y controles expuestos o no, se obtuvo como resultado que las pacientes que presentaron antecedentes de parto prematuro (OR: 1,70) tienen asociación estadística pero no significativa lo cual discrepa con el estudio realizado por Hubner y colaboradores que plantean que la mujer que tiene antecedentes de parto prematuro tiene una probabilidad de 2,5 veces de volver a presentar prematuridad en embarazos ulteriores al igual que lo demostrado por el estudio de Perkin Elmer. (5,14)

En cuanto a el antecedente de abortos (OR: 2,49) se demostró que existe una asociación estadística significativa, correspondiendo con los resultados del estudio realizado por Cruz Laguna y con otros estudios acerca del tema que han demostrado que existe una marcada relación entre el antecedente de aborto y el parto prematuro (1, 11,22)

TABLA 4. Evaluación nutricional a la captación y durante el embarazo de las pacientes con parto prematuro. Área de salud Sur. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Factores de Riesgo	Casos		Controles		%	OR χ^2	IC (95 %) (p<0005)
	Expuestos	No Expuestos	Expuestos	No Expuestos			
Bajo peso materno a la captación	20	21	23	59	48,8	$\chi^2: 2,44$ $4,295$	1,12-5,32 p: 0,038
Obesa o sobrepeso	4	37	15	67	9,8	$\chi^2: 0,48$ $0,941$	0,14-1,56 p: 0,331
Baja talla materna	11	30	17	65	26,8	$\chi^2: 1,40$ $0,283$	0,58-3,35 p: 0,594
Ganancia de peso baja durante el embarazo	21	20	25	57	51,2	$\chi^2: 2,39$ $4,171$	1,10-5,18 p: 0,041
Ganancia de peso alta durante el embarazo	12	29	29	53	29,2	$\chi^2: 0,75$ $0,224$	0,33-1,70 p: 0,635

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

Dada la importancia que tiene el estado nutricional de la paciente desde la captación así como toda la ganancia de peso durante del embarazo por las posibles consecuencias tanto para la madre como para el feto se demostró que el bajo peso materno a la captación (48,8%)(OR: 2,44) presenta una asociación estadística significativa con el parto prematuro, correspondiéndose con los resultados del estudio realizado por Cruz Laguna, sin embargo no coincide con el estudio de Robaina Castellanos en el Hospital Ginecoobstétrico de Matanzas donde no se observó asociación estadística entre este factor de riesgo y el parto prematuro. (1,35)

En el caso de la obesidad o el sobrepeso materno a la captación (9,8 %) (OR: 0,48) no presentaron asociación estadística lo que está en desacuerdo con varios estudios siendo más representativo el realizado por Ruíz Martínez donde plantea

que la obesidad constituye un importante factor de riesgo de partos prematuros al aumentar algunas afecciones del embarazo, la proporción de niños macrosómicos y por ese mecanismo, las distocias y complicaciones del parto. (5, 16,21)

En cuanto a la baja talla materna (26,8%) (OR: 1,40) se encontró asociación estadística significativa no coincidiendo con el estudio de Marrero Santos , sin embargo sí se coincide con el estudio Arias Macías del Hospital Ginecoobstétrico de Pinar del Río "Justo Legón Padilla" donde se encontró una asociación estadística significativa del total de la muestra estudiada. (25,40)

La ganancia de peso baja durante el embarazo fue otra de los parámetros estudiados (51,2%) (OR: 2,39 e IC: 1,10) existiendo una asociación estadística significativa coincidiendo con el estudio Chouza Regalado y colaboradores donde sí se encontró una asociación estadística significativa. (16,21)

Otra de las variables estudiadas relacionadas con la evaluación nutricional fue la ganancia de peso alta durante el embarazo (29,2%) (OR: 0,75)no existiendo asociación estadística lo cual está en desacuerdo con varios estudios siendo más representativo el estudio de Chouza Regalado y colaboradores donde sí encontraron significación estadística entre esta variable y el parto prematuro. (5, 16,21)

TABLA 5. Anemia durante el embarazo, hábito de fumar y alcoholismo. Área de salud Sur .Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Factores de Riesgo	Casos		Controles		%	OR χ^2	IC (95 %) (p<0005)
	Expuestos	No Expuestos	Expuestos	No Expuestos			
Anemia durante el embarazo	9	32	19	63	21,2	0,93 χ^2 :0,005	0,37-2,29 p: 0,939
Hábito de fumar	18	23	26	56	43,9	1,68 χ^2 :1,258	0,77-3,64 p: 0,258
Alcoholismo	1	40	7	75	2,4	0,26 χ^2 :0,818	0,03-2,25 p: 0,365

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

El siguiente parámetro a analizar es la anemia durante el embarazo (21,2%) (OR: 0,93) no existiendo asociación estadística significativa lo cual discrepa con varios estudios como el realizado por Robaina Castellanos en el Hospital Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina" donde se encontró asociación entre este factor y el desencadenamiento de parto prematuro (OR: 2,04). (5,14, 16, 21, 23,35)

El hábito de fumar (43,9%)(OR: 1,68) con una asociación estadística no significativa, no correspondiendo con varios estudios revisados dentro de los cuales destaca el estudio realizado por Hubner y colaboradores donde encontró que las mujeres fumadoras tienen de un 20 a 30% de probabilidad de tener un parto de prematuro en comparación a las no fumadoras. (14,16, 21,24)

Un hecho de bastante relevancia lo constituye el surgimiento de casos de mujeres alcohólicas (2,4 %) (OR: 0,26) no existiendo asociación estadística, discrepando del estudio de Avila Quevedo donde se encontró una asociación (OR: 4,20) con el nacimiento de bebés prematuros y bajo peso lo cual aumenta 11 veces más el riesgo en comparación con los casos que no consumen alcohol. (24)

TABLA 6. Antecedentes de enfermedades crónicas y parto prematuro. Área de salud Sur. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Factores de Riesgo	Casos		Controles		%	OR χ^2	IC (95 %) (p<0005)
	Expuestos	No Expuestos	Expuestos	No Expuestos			
Antecedentes de hipertensión arterial crónica	11	30	26	56	26,8	0,78 $\chi^2: 0,120$	0,34-1,81 p: 0,728
Antecedentes de Diabetes Mellitus	11	30	26	56	26,8	0,78 $\chi^2: 0,120$	0,34-1,81 p: 0,728
Antecedentes de Asma bronquial	15	26	33	49	36,6	0,85 $\chi^2: 0,038$	0,39-1,85 P: 0,844
Antecedentes de cardiopatías	2	39	6	76	4,9	0,64 $\chi^2: 0,016$	0,12-3,36 p: 0,897

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

La hipertensión arterial (HTA) antes del embarazo y la diabetes *mellitus* son afecciones que han ido en ascenso en los últimos tiempos, especialmente en los países en vías de desarrollo (26,8%) (OR: 0,78 para ambas variables) no existiendo asociación estadística significativa en ambos parámetros discrepando con lo plasmado en el estudio de Hubner y colaboradores así como con otros estudios donde sí encontraron una asociación estadística significativa. (5, 14, 16, 21,41)

El asma bronquial (36,6%)(OR:0,85) no presentó asociación estadística de significación, el cual difiere con otros estudios como el realizado por los Doctores Ana Caridad Rodríguez Núñez y Omar Felipe Rodríguez en Hospital General Docente “Comandante Pinares” que si encontraron relación causal de esta enfermedad con el parto prematuro.(26; 27; 28).

En los antecedentes de cardiopatía (4,9%) (OR: 0,64), se observó que no existe asociación estadística significativa, correspondiendo con el estudio de Calderón Guillén J y el de Robaina Castellanos donde no se obtuvo asociación entre este factor y el parto prematuro. (6,35)

TABLA 7. Infecciones durante el embarazo y parto prematuro. Área de salud Sur .Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Factores de Riesgo	Casos		Controles		%	OR χ^2	IC (95 %) (p<0005)
	Expuestos	No Expuestos	Expuestos	No Expuestos			
Antecedentes de infecciones respiratorias	25	16	53	29	61	0,85 χ^2 :0,039	0,39-1,85 p: 0,842
Antecedentes de infecciones urinarias	26	15	34	48	63,4	2,44 χ^2 :4,429	1,13-5,29 p: 0,035
Antecedentes de infecciones vaginales	32	9	44	38	78	3,07 χ^2 :5,892	1,30-7,23 p: 0,015

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

Las infecciones respiratorias son causa frecuente de asistencia a consulta debido al estado de inmunodepresión presentado por las pacientes en este período, ello lo demuestra el porcentaje elevado de aparición en la mujer embarazada (61%) (OR: 0,85) a pesar de ello no tiene significación estadística con respecto a la aparición de partos prematuros discrepando con el estudio de Hubner y colaboradores. (5,14).

En la siguiente variable antecedente de infecciones urinarias (63,4%)(OR: 2,44) se obtuvo una asociación estadística significativa lo cual sí se corresponde con los resultados de Ruíz Martínez y otros estudios sin embargo discrepa con el estudio de Robaina Castellanos donde no se encontró asociación estadística significativa. (21, 26, 29,35).

Cada año, millones de mujeres padecen de infecciones vaginales a lo largo y ancho de nuestro planeta lo cual aumenta cuando estas se encuentran embarazadas esto lo demuestra la variable estudiada (78%)(OR: 3,07) donde se observó una asociación estadística significativa lo cual se corresponde con varios estudios realizados sobre el tema existiendo una gran correlación entre su aparición y el desenlace de un parto prematuro. (13, 16,31; 32,42)

TABLA 8. Embarazo múltiple, alteraciones del líquido amniótico y enfermedades del útero. Área de salud Sur. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Factores de Riesgo	Casos		Controles		%	OR χ^2	IC (95 %) (p<0005)
	Expuestos	No Expuestos	Expuestos	No Expuestos			
Embarazo múltiple	2	39	1	81	4,9	4,15 χ^2 : 0,384	0,36-4,72 p: 0,535
Alteraciones del líquido amniótico	2	39	8	74	4,9	0,47 χ^2 : 0,340	0,09-2,34 p: 0,559
Enfermedades del útero	5	36	12	70	12,2	0,81 χ^2 : 0,008	0,26-2,47 p: 0,926

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

El embarazo múltiple es una de las variables más estudiadas en relación a la prematuridad debido a su aumento a partir de los años 1980 y 1998 en los Estados Unidos, por el uso de medicamentos que estimulan la ovulación y el desarrollo de técnicas de fertilización in vitro y de reproducción asistida no ocurriendo así en nuestra población de estudio (4,9%) (OR: 4,15) con una asociación estadística no significativa no correspondiendo con los resultados del estudio de PerkinElmer donde plasmó que existía una elevada relación entre prematuridad y gestaciones multifetales. (5,22; 30,33,41)

Según las alteraciones del líquido amniótico (4,9%)(OR: 0,47) se observó que no existe una asociación estadística, lo que se encuentra en desacuerdo con varios estudios dentro de los que se encuentra el de Hubner y colaboradores donde se observó significación entre esta variable y el parto prematuro. (5,14,21,35,40)

En las enfermedades del útero (12,2%) (OR: 0,81) se demostró que no existía una asociación estadística lo cual discrepa del estudio de Ruíz Martínez donde sí obtuvo una asociación estadística significativa en su investigación con relación al parto prematuro. (5,21,30,41).

TABLA 9. Placenta previa, preeclampsia y restricción del crecimiento intrauterino. Área de salud Sur. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Factores de Riesgo	Casos		Controles		%	OR χ^2	IC (95 %) (p<0005)
	Expuestos	No Expuestos	Expuestos	No Expuestos			
Placenta previa	3	38	4	78	7,3	1,53 χ^2 :0,018	0,32-7,22 p: 0,890
Preeclampsia	3	38	7	75	7,3	0,84 χ^2 :0,013	0,22-3,20 p: 0,907
Restricción del crecimiento intrauterino	2	39	10	72	4,9	0,36 χ^2 :0,935	0,07-1,77 p: 0,333

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

En la placenta previa (7,3%) (OR: 1,53) se obtuvo una asociación estadística no significativa, discrepando con varios estudios siendo más significativo el de Robaina Castellano donde plantea que 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 causado por las complicaciones que genera. (14, 26,3543)

Con las siguientes variables estudiadas preeclampsia (7,3%) (OR: 0,84) y restricción del crecimiento intrauterino (4,9%) (OR: 0,36) no se observó una asociación significativa discrepando con los estudios PerkinElmer y Ruíz Martínez donde se demostró una asociación significativa entre estos parámetros y el parto prematuro. (11, 22, 36,43)

TABLA 10. Morbimortalidad neonatal. Área de salud Sur. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Variables	Casos	%
Peso del recién nacido menor de 2500 gr	16	39
Peso del recién nacido mayor de 2500 gr	25	61
Total	41	100,0
Distrés respiratorio	3	7,3
Enfermedad Membrana Hialina	2	4,9
Sepsis precoz	2	4,9
Sepsis tardía	2	4,9
Fallecidos	1	2,4

Fuente: historias clínicas.

Después de recolectada la información acerca de las consecuencias que para el neonato acarrea el parto prematuro basándonos solamente en el porcentaje de aparición en la muestra de estudio se obtuvo un elevado porcentaje de recién nacido con peso mayor de 2500 gr (61%) y las principales complicaciones que afectan a los neonatos son peso del recién nacido menor de 2500 gr en un 39% le sigue en orden de frecuencia el distrés respiratorio representado en un 7,3% así como enfermedad de la membrana hialina, sepsis precoz y tardía identificadas todas ellas en un 4,9% todo lo cual se encuentra en desacuerdo con el estudio de García Mirás , Moreno Vázquez , Pérez Valdés , Lugones Botella ,ya que los mismos señalan como primera causa de aparición las enfermedades respiratorias, siendo más significativa la enfermedad de la membrana hialina así como ductus arterioso,etc no correspondiéndose con los resultados de nuestro estudio, señalar que en Cuba se ha logrado disminuir la enfermedad de la membrana hialina con el uso de glucocorticoides en toda paciente con amenaza de parto prematuro.(4,5,15,30)

Se analizó también apnea del prematuro, displasia broncopulmonar, ductus arterioso persistente, hipotensión arterial, hemorragia intracraneal, hidrocefalia posthemorrágica, leucomalacia periventricular, hipoglicemia e hiperglicemia, acidosis metabólica , ictericia del prematuro, dificultad para la nutrición,

enterocolitis necrotizante, anemia del prematuro , retinopatía del prematuro pero no se encontró ningún caso asociado al parto prematuro por lo que no se expone en tabla.

Por último se observó que del total de recién nacidos prematuros en los años de estudio, falleció uno solo que representa el 2,4%, resultado obtenido gracias a los eficientes servicios de neonatología.

CONCLUSIONES:

Se identificó que de las embarazadas que tuvieron partos prematuros en el policlínico Sur del Municipio de Ciego de Ávila el grupo de edades que mayor número de niños nacidos antes del término de la gestación tuvo fue el comprendido entre la segunda y la tercera década de la vida y según el nivel de escolaridad se observó mayor índice en mujeres con nivel de secundaria. Presentó asociación estadística significativa con el parto prematuro: antecedentes de abortos, el bajo peso materno a la captación, la baja talla materna, la ganancia de peso baja durante el embarazo, las infecciones urinarias y las infecciones vaginales. En cuanto a la morbilidad neonatal se observó que las principales complicaciones que afectaron a los recién nacidos fueron el bajo peso al nacer, seguidas del *distrés* respiratorio, la enfermedad de la membrana hialina, sepsis precoz y tardía se comportaron con igual aparición y por último, del total de nacidos prematuros hubo solo un fallecido en los años de estudio, lo que expresa el logro alcanzado por el sistema de salud cubano a pesar de la presencia de factores de riesgo que llevan al desencadenamiento de partos prematuros en las embarazadas.

RECOMENDACIÓN

Realizar estudios de intervención para modificar o eliminar aquellos factores que están presentes en la aparición de partos prematuros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cruz Laguna GM. (2008) Test para la profilaxis de la prematuridad. Doctor en Ciencias de una Especialidad, Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. <http://tesis.repo.sld.cu/189/>
2. Colectivo de Autores. Manual de procedimientos de Obstetricia y Perinatología. Diagnóstico y tratamiento. Editorial Ciencias Médicas, 2012.592 p: il, tab_parte1.pdf. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/obstetricia_perinatologia/indice_p.htm. [citado 25 mar 2013] (101)
3. Villanueva EC. Perfil epidemiológico del parto prematuro. Ginecol Obstet Mex [Internet].2009; [citado 15 dic 2013]; 76(9) [aprox. 7 p.].Disponible en:<http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/.../Ginecol-542-8.pdf>
4. Aliño Santiago M, Urra Cobas LR, Álvarez Fumero R. Enfoque social del bajo peso al nacer. RESUMED [Internet]. 2010[citado 14 jun 2011]; 14(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol14_3_01/res01301.htm.
5. 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/12449856_Perkin_Elmer_Spanish.pdf
6. Calderón Guillén J. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. Revista Médica del IMSS [Internet].México. google.c. 2009. [Citado 31 ene de 2013]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im054i.pdf>
7. Silveira MF. Santos IS. D Barros AJ. Matijasevich A. Barros FC. Victora CG.Determinants of preterm birth; Cad Saúde Pública [Internet]. Rio de

- Janeiro. 2010[citado 10 ene 2013]; 26(1) [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100019>
8. Manrique R, Rivero A, Ortuño M, Rivas M, Cardozo R, Guevara H. Parto pretérmino en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez. 2010; 68 (3):2-3.
 9. Colectivo de autores. Programa para la reducción del bajo peso al Nacer. . La Habana Editorial Ciencias Médicas. 1998.
 10. 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>
 11. Zuazo Silva JL. Estudio bacteriano del líquido amniótico. Hig Epid 1978; 16(1); 257-62.
 12. Hubner GM, Nazer HJ, Juárez De León G. Estrategias para Mejorar la Sobrevida del Prematuro Extremo. Rev Chil Pediatr .2009; 80 (6): 551-559
 13. García Mirás R, Moreno Vázquez O, Pérez Valdés D, Lugones Botella M. Betametasona como madurante pulmonar fetal. Influencia sobre el recién nacido. Rev Cubana Obstet Ginecol 2008; 27(1):83-8
 14. Chouza Regalado D, García González L. Factores de riesgo relacionados con la prematuridad en el hogar materno "ALEIDA FERNÁNDEZ". Rev Obstet Ginecol. 2008; 14 (3) 2-4
 15. Oliva J. Alteraciones del término de la gestación y del crecimiento fetal. En: Rigol O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p.209-36.
 16. Informe Anual del Programa de Atención Materno infantil. Municipio Ciego de Ávila; 2011.
 17. Sáez Rosell AT, Morejón Sotolongo Y, Espinosa Martínez J, Sáez Chirino G, Rosales Lameira MB, Soto Benítez MN. Incidencia y mortalidad del

recién nacido bajo peso. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2014 Abr 20]; 37(4): 471-480. Disponible en:

18. Romero J, Rebarber A, Saltzman DH. The prediction of recurrent preterm birth in patients on 17-alpha-hydroxyprogesterone caproate using serial fetal fibronectin and cervical length. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2012 [citado 8 Jul 2012]; 207:51.e1-5. Disponible en: http://hinarigw.who.int/whalecomac.elsdn.com/whalecom0/S0002937812004218/1s2.0S0002937812004218main.pdf?_tid=d351355fba0f355c2e87e4962bdb785a&acdnat=1341789529_61215cb6ca652d71588d3c2c1aa14949
19. Dilek TUK, Yazici G, Gurbuz A, Tasdelen B, Gulhan S, Dilek B, et al. Progressive cervical length changes versus single cervical length measurement by transvaginal ultrasound for prediction of preterm delivery. Gynecol Obstetr Invest [Internet]. 2007 [citado 15 Abr 2010]; 64(4):175-179. Disponible en: www.mendeley.com/.../progressive-cervical-length-changes-versus-single-cervical-length-measurement-transvaginal-ul...
20. Romero R, Mazaki-Tovi S, Vaisbuch E, Kusanovic JP, Chaiworapongsa T, Gomez R, et al. Metabolomics in premature labor: a novel approach to identify patients at risk for preterm delivery. J Maternal Fetal Neonatal Med [Internet]. 2010 [citado 24 Jun 2012]; 23(12):1344-1359. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3236991/pdf/jwh.2011.2729.pdf>
21. Ruíz Martínez LA. Factores de riesgo para amenaza de parto prematuro en adolescentes de Chinandega [Internet]. 2011 [citado 26 Feb 2013]. [aprox. 18 pantallas]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos89/factores-riesgo-amenaza-parto-prematuro/factores-riesgo-amenaza-parto-prematuro.shtml>
22. Lamont Ronald F. Sobel Jack D. Akins Robert A. Akins, Hassan Sonia S, Chaiworapongsa Tinnakorn, Kusanovic Juan Pedro, Romero Roberto. The

vaginal microbiome: New information about genital tract flora using molecular based techniques. Published online 2011 January 20. [Consultada: 15-12-2013] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3055920/>

23. Vergara G. Protocolo Parto Pretérmino. Colombia: ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo [Internet]. 2009[citado 26 Feb 2013.[aprox. 23 pantallas]. Disponible en: http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_PARTO_PRETERMINO.pdf
24. Rosell Juarte E, Casado Callado A, Monzón Torres L. Importancia cuantificada de los síntomas sutiles de amenaza de parto pretérmino. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2000 Jun [citado 31 May 2010];16(3):265-269. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08642125200000030009&lng=es.
25. Marrero Santos ML. Embarazo y trabajo. Factores que los relacionan. Pregnancy and work [Internet]. 2009[citado 14 ene 2012]; 26(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/rst/vol9_2_08/rst10208.html
26. San José Pérez DM, Mulet Bruzón BI, Rodríguez NO, Legrá García M. Factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2014 Abr 20]; 37(4): 489-501. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400006&lng=es
27. Rodríguez Núñez Ana Caridad. Felipe Rodríguez Omar. Asma bronquial. Repercusión materna fetal y neonatal. Rev Cubana Obstet Ginecol 2006; 32(2). Disponible en:

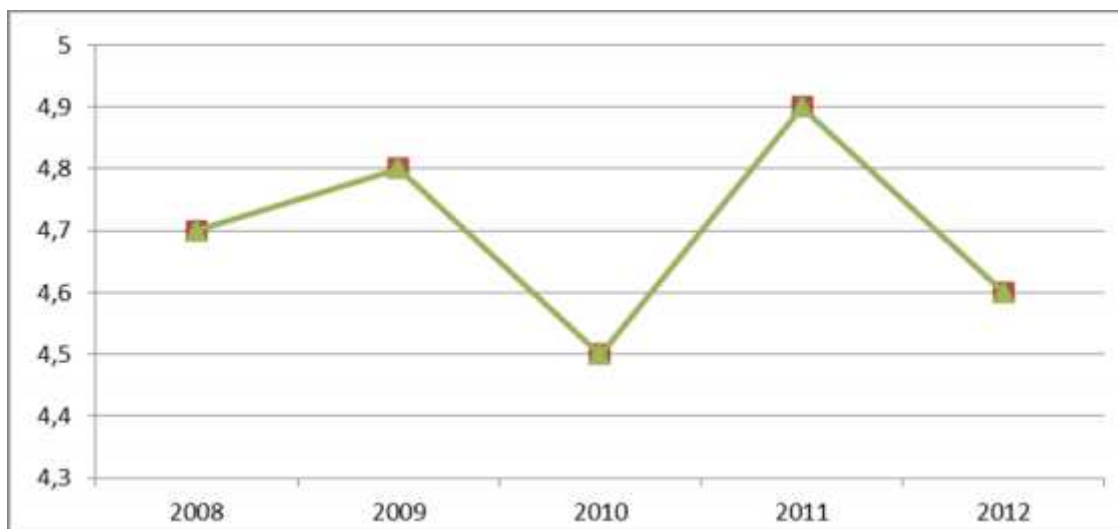
http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_2_06/gin02206.htm. Consultada:
14-6-2010

28. Shulman Vickie, Alderman Elizabeth, Ewig Jeffrey N, Bye Michael R. Asma en la adolescente embarazada. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 1998 Ago [citado 2012 Abr 14]; 14(4): 374-389. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000400010&lng=es. Consultada: 14-6-2010
29. Riverón Corteguera RL. Estrategias para reducir la mortalidad infantil, Cuba 1959-1999. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2000 [citado 5 Jun 2012]; 72(3): 147-164. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312000000300001&lng=es
30. Ministerio de Salud. Guía Clínica Prevención Parto Prematuro [Internet]. Santiago: MINSAL; 2010 [citado 26 Feb 2013]. [aprox. 16 pantallas]. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/721fc45c972f9016e04001011f0113bf.pdf>
31. Berdasquera Corcho D, Fariñas Reinoso AT, Ramos Valle I. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas un problema de salud a nivel .Rev Cubana Med Gen Integr .2009; 17(2):185-90
32. Botella Llusíá J. Tratado de ginecología. 14ª Edic. Madrid; 1993:391-401.
33. Iams JD, Jhonson F, Sonek J, Sachs L, Gebauer C, Samuels Correlación de la longitud cervical medida por ecografía transvaginal con ocurrencia de parto pretérmino [internet]. 2009 [citado 15 ene2013]; 12(3). Disponible en: <http://www.udec.cl/~depobgin/investig/invest23.html>

34. Arias Macías G, Torres MR, Pérez Valdés N, Millán Vidal M. Factores prenatales relacionados con la prematuridad. Rev Cubana Pediatr 2010; 73(1):11-5
35. Robaina castellano GR, Pollo Medina JM, Morales Rigau JM, Robaina Castellanos RE. Análisis multivariado de factores de riesgo de prematuridad en matanzas. Cubana Obstet Ginecol. 2010[citado 14 Dic 2012]; 27(1): [aprox. 1 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013X201000100011&lng=es
36. San José Pérez DM, Mulet Bruzón BI, Rodríguez Noda O, Legrá García M. Factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. (Intranet). 2011. [citado 19 Abr 2013]; 37(4): [aprox. 4 p.]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400006&nrm=iso
37. Rodríguez Cárdena A, Velasco Boza A. Comportamiento de la mortalidad perinatal en el hospital "América Arias" en el período de 1993 a 2002. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2004; 30(3). 10-11
38. Ferrero Oteiza ME, Pérez Mateo MT. Comportamiento clínico-epidemiológico de los defectos congénitos en la Ciudad de La Habana. Rev Cubana Pediatr. 2009; 77(1).19 -20
39. Lugones Botell M; Ramírez Bermúdez M. Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. Trabajo original. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_26_4_10/mgi11410.htm. Consultado: 23/02/2013.
40. Arias Macías G, Torres Mirka R, Pérez Valdés N, Milián Vida M. Factores prenatales relacionados con la prematuridad. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2001 Mar [citado 14 Jun 2010]; 73(1):5-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312001000100002&lng=es.

41. Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica para el Primer y Segundo Nivel de Atención. Tratamiento del Parto Pretérmino y su Prevención en el Primer y Segundo Nivel de Atención [Internet]. 2005[citado 26 Feb 2013]. [aprox. 57 pantallas]. Disponible en: http://www.cochrane.ihcai.org/programa_seguridad_paciente_costa_rica/pdf/s/23_Tratamiento-y-Prevencion-del-Parto-Pretermino.pdf
42. Camargo Soares de RP, Simões JA, Cecatti JG, Alves Moraes Nader V, Faro S. Impact of treatment for bacterial vaginosis on prematurity among Brazilian pregnant women: a retrospective cohort study. Sao Paulo Med J [Internet]. 2005 [Citado 10 Jun 2012]; 123(3): 108-112. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802005000300004&lng=en
43. Nabavizadeh SH, Malekzadeh M, Mousavizadeh A, Shirazi HRG, Ghaffari P, Karshenas N, et al. Retrospective study of factors related to preterm labor in Yasuj, Iran. International journal of general medicine [Internet]. 2012[citado 29 Ene 2013]; 5:1013. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3526874/pdf/ijgm-5-1013.pdf>

Figura 1: Distribución de la mortalidad infantil en Cuba



Fuente: Anuario estadístico nacional de salud.

Planilla para recolectar datos:

Nombre de la paciente:

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

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

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

Antecedentes de abortos de embarazos anteriores.	Si	_____
	No	_____

Peso materno	Deficiente	_____
	Adecuado	_____
	Sobrepeso	_____
	Obesa	_____

Talla materna	Baja talla	_____
	Talla normal	_____

Ganancia de peso durante el embarazo.	Baja	_____
	Moderada	_____

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

[1 antecedentes de partos prematuros] Tablas de contingencia:
Tablas 2x2 simples

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	12	16	28
No expuestos	29	66	95
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

Estimación IC(95,0%)			

-			
Proporción de casos expuestos	0,292683	-	-
Proporción de controles expuestos	0,195122	-	-
Odds ratio	1,706897	0,717590	
4,060112 (Woolf)			
0,727267	4,015481	(Cornfield)	

-			
Fracción atribuible en expuestos	0,414141	-0,393553	
0,753701			
Fracción atribuible poblacional	0,121212	-0,099305	
0,297494			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	1,4797	0,2238
Corrección de Yates	0,9768	0,3230

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,1613
Bilateral	0,2574

[2 antecedentes de abortos] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	22	26	48
No expuestos	19	56	75
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

Estimación IC(95,0%)			

-			
Proporción de casos expuestos	0,536585	-	-
Proporción de controles expuestos	0,317073	-	-
Odds ratio	2,493927	1,154541	
5,387138 (Woolf)			
1,161608	5,356849	(Cornfield)	

-			
Fracción atribuible en expuestos	0,599026	0,133855	
0,814373			
Fracción atribuible poblacional	0,321429	0,026522	
0,526996			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	5,5350	0,0186
Corrección de Yates	4,6509	0,0310

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,0159
Bilateral	0,0303

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

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	20	23	43
No expuestos	21	59	80
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

Estimación IC(95,0%)			

-			
Proporción de casos expuestos	0,487805	-	-
Proporción de controles expuestos	0,280488	-	-
Odds ratio	2,443064	1,120829	
5,325134 (Woolf)			
1,128266	5,294699	(Cornfield)	

-			
Fracción atribuible en expuestos	0,590678	0,107803	
0,812211			
Fracción atribuible poblacional	0,288136	0,011932	
0,487130			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	5,1667	0,0230
Corrección de Yates	4,2952	0,0382

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,0197
Bilateral	0,0282

[4 obesa o sobrepeso materno a la captación] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

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

Tabla

	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	4	15	19
No expuestos	37	67	104
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

Estimación IC(95,0%)			

-			
Proporción de casos expuestos	0,097561	-	-
Proporción de controles expuestos	0,182927	-	-
Odds ratio	0,482883	0,149314	
1,561645 (Woolf)			
0,157282	1,497987	(Cornfield)	

-			
Fracción prevenida en expuestos	0,517117	-0,561645	
0,850686			
Fracción prevenida poblacional	0,086917	-0,054070	
0,209046			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	1,5251	0,2169
Corrección de Yates	0,9415	0,3319

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,1664
Bilateral	0,2930

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

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	11	17	28
No expuestos	30	65	95
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

Estimación IC(95,0%)

-----	-----	-----	-----
-			
Proporción de casos expuestos	0,268293	-	-
Proporción de controles expuestos	0,207317	-	-
Odds ratio	1,401961	0,585524	
3,356815 (Woolf)			
0,594102 3,317937 (Cornfield)			
-----	-----	-----	-----
-			
Fracción atribuible en expuestos	0,286713	-0,707873	
0,702099			
Fracción atribuible poblacional	0,076923	-0,145503	
0,256160			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,5780	0,4471
Corrección de Yates	0,2832	0,5946

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,2941
Bilateral	0,4970

[6 ganancia de peso baja durante el embarazo] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

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

Tabla

	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	21	25	46
No expuestos	20	57	77
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

Estimación IC(95,0%)			

-			
Proporción de casos expuestos	0,512195	-	-
Proporción de controles expuestos	0,304878	-	-
Odds ratio	2,394000	1,106190	
5,181060 (Woolf)			
1,113152	5,152081	(Cornfield)	

-			
Fracción atribuible en expuestos	0,582289	0,095996	
0,806989			
Fracción atribuible poblacional	0,298246	0,009272	
0,502932			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	5,0179	0,0251
Corrección de Yates	4,1715	0,0411

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,0211
Bilateral	0,0306

[7 ganancia de peso alta durante el embarazo] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	12	29	41
No expuestos	29	53	82
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

Estimación IC(95,0%)			

-			
Proporción de casos expuestos	0,292683	-	-
Proporción de controles expuestos	0,353659	-	-
Odds ratio	0,756243	0,336124	
1,701464 (Woolf)			
0,339875 1,687073 (Cornfield)			

-			
Fracción prevenida en expuestos	0,243757	-0,701464	
0,663876			
Fracción prevenida poblacional	0,068016	-0,201221	
0,276907			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,4573	0,4989
Corrección de Yates	0,2241	0,6359

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,3203
Bilateral	0,5479

[8 anemia durante el embarazo] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	9	19	28
No expuestos	32	63	95
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

Estimación IC(95,0%)			

-			
Proporción de casos expuestos	0,219512	-	-
Proporción de controles expuestos	0,231707	-	-
Odds ratio	0,932566	0,379146	
2,293782 (Woolf)			
0,386076	2,262115	(Cornfield)	

-			
Fracción prevenida en expuestos	0,067434	-1,293782	
0,620854			
Fracción prevenida poblacional	0,012849	-0,207153	
0,192755			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,0231	0,8791
Corrección de Yates	0,0058	0,9394

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,5358
Bilateral	1,0000

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

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	18	26	44
No expuestos	23	56	79
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

Estimación IC(95,0%)			

-			
Proporción de casos expuestos	0,439024	-	-
Proporción de controles expuestos	0,317073	-	-
Odds ratio	1,685619	0,778503	
3,649712 (Woolf)			
0,783966 3,628262 (Cornfield)			

-			
Fracción atribuible en expuestos	0,406746	-0,284517	
0,726006			
Fracción atribuible poblacional	0,178571	-0,118104	
0,396527			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	1,7693	0,1835
Corrección de Yates	1,2783	0,2582

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,1294
Bilateral	0,2317

[10 alcoholismo] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	1	7	8
No expuestos	40	75	115
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

Estimación IC(95,0%)			

-			
Proporción de casos expuestos	0,024390	-	-
Proporción de controles expuestos	0,085366	-	-
Odds ratio	0,267857	0,031827	
2,254297 (Woolf)	-		
	1,753003 (Cornfield)		

-			
Fracción prevenida en expuestos	0,732143	-1,254297	
0,968173			
Fracción prevenida poblacional	0,061103	-0,019074	
0,134972			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	1,6712	0,1961
Corrección de Yates	0,8189	0,3655

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,1860
Bilateral	0,2668

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

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

Tabla

	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	11	26	37
No expuestos	30	56	86
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

Estimación IC(95,0%)			

-			
Proporción de casos expuestos	0,268293	-	-
Proporción de controles expuestos	0,317073	-	-
Odds ratio	0,789744	0,343391	
1,816280 (Woolf)			
0,347818	1,798748	(Cornfield)	

-			
Fracción prevenida en expuestos	0,210256	-0,816280	
0,656609			
Fracción prevenida poblacional	0,053316	-0,199704	
0,252974			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,3092	0,5781
Corrección de Yates	0,1208	0,7282

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,3674
Bilateral	0,6784

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

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

Tabla

	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	11	26	37
No expuestos	30	56	86
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

Estimación IC(95,0%)			

-			
Proporción de casos expuestos	0,268293	-	-
Proporción de controles expuestos	0,317073	-	-
Odds ratio	0,789744	0,343391	
1,816280 (Woolf)			
0,347818 1,798748 (Cornfield)			

-			
Fracción prevenida en expuestos	0,210256	-0,816280	
0,656609			
Fracción prevenida poblacional	0,053316	-0,199704	
0,252974			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,3092	0,5781
Corrección de Yates	0,1208	0,7282

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,3674
Bilateral	0,6784

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

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	15	33	48
No expuestos	26	49	75
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

Estimación IC(95,0%)			

-			
Proporción de casos expuestos	0,365854	-	-
Proporción de controles expuestos	0,402439	-	-
Odds ratio	0,856643	0,395162	
1,857054 (Woolf)			
0,398357	1,844928	(Cornfield)	

-			
Fracción prevenida en expuestos	0,143357	-0,857054	
0,604838			
Fracción prevenida poblacional	0,042902	-0,282399	
0,285685			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,1538	0,6950
Corrección de Yates	0,0384	0,8446

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,4242
Bilateral	0,8448

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

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

Tabla

	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	2	6	8
No expuestos	39	76	115
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

Estimación IC(95,0%)			

-			
Proporción de casos expuestos	0,048780	-	-
Proporción de controles expuestos	0,073171	-	-
Odds ratio	0,649573	0,125224	
3,369527 (Woolf)			
-	2,978944 (Cornfield)		

-			
Fracción prevenida en expuestos	0,350427	-2,369527	
0,874776			
Fracción prevenida poblacional	0,024478	-0,069757	
0,110411			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,2674	0,6051
Corrección de Yates	0,0167	0,8971

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,4648
Bilateral	0,7176

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

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

Tabla

	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	25	53	78
No expuestos	16	29	45
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

Estimación IC(95,0%)			

-			
Proporción de casos expuestos	0,609756	-	-
Proporción de controles expuestos	0,646341	-	-
Odds ratio	0,854953	0,394371	
1,853442 (Woolf)			
0,396865	1,839224	(Cornfield)	

-			
Fracción prevenida en expuestos	0,145047	-0,853442	
0,605629			
Fracción prevenida poblacional	0,060383	-0,521042	
0,419556			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,1577	0,6913
Corrección de Yates	0,0394	0,8426

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,4191
Bilateral	0,6963

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

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

Tabla

	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	26	34	60
No expuestos	15	48	63
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

Estimación IC(95,0%)			

-			
Proporción de casos expuestos	0,634146	-	-
Proporción de controles expuestos	0,414634	-	-
Odds ratio	2,447059	1,130115	
5,298661 (Woolf)			
1,137336	5,260694	(Cornfield)	

-			
Fracción atribuible en expuestos	0,591346	0,115134	
0,811273			
Fracción atribuible poblacional	0,375000	0,027370	
0,598383			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	5,2714	0,0217
Corrección de Yates	4,4295	0,0353

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,0174
Bilateral	0,0347

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

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

Tabla

	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	32	44	76
No expuestos	9	38	47
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

Estimación IC(95,0%)			

-			
Proporción de casos expuestos	0,780488	-	-
Proporción de controles expuestos	0,536585	-	-
Odds ratio	3,070707	1,302686	
7,238308 (Woolf)			
1,318029	7,126023	(Cornfield)	

-			
Fracción atribuible en expuestos	0,674342	0,232355	
0,861846			
Fracción atribuible poblacional	0,526316	0,117342	
0,745794			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	6,8869	0,0087
Corrección de Yates	5,8926	0,0152

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,0068
Bilateral	0,0105

[18 embarazos múltiples] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	2	1	3
No expuestos	39	81	120
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

Estimación IC(95,0%)			

-			
Proporción de casos expuestos	0,048780	-	-
Proporción de controles expuestos	0,012195	-	-
Odds ratio	4,153846	0,365450	
47,214246 (Woolf)			
0,524272	-	(Cornfield)	

-			
Fracción atribuible en expuestos	0,759259	-1,736354	
0,978820			
Fracción atribuible poblacional	0,037037	-0,036272	
0,105160			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	1,5375	0,2150
Corrección de Yates	0,3844	0,5353

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,2574
Bilateral	0,2574

[19 alteraciones del liquido amniótico] 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	39	74	113
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

Estimación IC(95,0%)			

-			
Proporción de casos expuestos	0,048780	-	-
Proporción de controles expuestos	0,097561	-	-
Odds ratio	0,474359	0,096032	
2,343147 (Woolf)			
-	2,094266	(Cornfield)	

-			
Fracción prevenida en expuestos	0,525641	-1,343147	
0,903968			
Fracción prevenida poblacional	0,049014	-0,050314	
0,138948			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,8708	0,3507
Corrección de Yates	0,3402	0,5597

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,2892
Bilateral	0,4935

[20 enfermedades del útero] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	5	12	17
No expuestos	36	70	106
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

Estimación IC(95,0%)			

-			
Proporción de casos expuestos	0,121951	-	-
Proporción de controles expuestos	0,146341	-	-
Odds ratio	0,810185	0,264867	
2,478221 (Woolf)			
0,276342 2,394536 (Cornfield)			

-			
Fracción prevenida en expuestos	0,189815	-1,478221	
0,735133			
Fracción prevenida poblacional	0,024833	-0,127405	
0,156514			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,1365	0,7118
Corrección de Yates	0,0085	0,9264

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,4725
Bilateral	0,7887

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

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	3	4	7
No expuestos	38	78	116
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

	Estimación	IC(95,0%)	
-----	-----	-----	-----
-			
Proporción de casos expuestos	0,073171	-	-
Proporción de controles expuestos	0,048780	-	-
Odds ratio	1,539474	0,327946	
7,226743 (Woolf)		0,366549	
6,499842 (Cornfield)			
-----	-----	-----	-----
-			
Fracción atribuible en expuestos	0,350427	-2,049285	
0,861625			
Fracción atribuible poblacional	0,025641	-0,075748	
0,117474			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,3030	0,5820
Corrección de Yates	0,0189	0,8906

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,4293
Bilateral	0,6850

[22 preeclampsia] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	3	7	10
No expuestos	38	75	113
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

	Estimación	IC(95,0%)	
-----	-----	-----	-----
-			
Proporción de casos expuestos	0,073171	-	-
Proporción de controles expuestos	0,085366	-	-
Odds ratio	0,845865	0,206991	
3,456612 (Woolf)		0,225958	
3,202371 (Cornfield)			
-----	-----	-----	-----
-			
Fracción prevenida en expuestos	0,154135	-2,456612	
0,793009			
Fracción prevenida poblacional	0,012272	-0,100912	
0,113819			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,0544	0,8155
Corrección de Yates	0,0136	0,9071

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,5593
Bilateral	1,0000

[23 restricción del crecimiento intrauterino] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	2	10	12
No expuestos	39	72	111
-----	-----	-----	-----
Total	41	82	123

	Estimación	IC(95,0%)	
-----	-----	-----	-----
-			
Proporción de casos expuestos	0,048780	-	-
Proporción de controles expuestos	0,121951	-	-
Odds ratio	0,369231	0,077017	
1,770146 (Woolf)			
		-	
1,591362 (Cornfield)			
-----	-----	-----	-----
-			
Fracción prevenida en expuestos	0,630769	-0,770146	
0,922983			
Fracción prevenida poblacional	0,073609	-0,030348	
0,167076			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	1,6622	0,1973
Corrección de Yates	0,9350	0,3336

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,1676
Bilateral	0,3338