

**Universidad de Ciencias Médicas  
“Dr. Jose Assef Yara”  
Ciego de Ávila  
Policlínica Universitaria Área Norte**



**Factores de riesgo y parto pretérmino en el municipio  
Ciego de Ávila 2009-2011**

**Autor. Dr. Alejandro Álvarez Bacaró.  
Residente de Medicina General Integral.**

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

**Tesis para optar por el título de Especialista en primer grado en  
Medicina General Integral  
Ciego de Ávila  
2012**

**Universidad de Ciencias Médicas  
“Dr. Jose Assef Yara”  
Ciego de Ávila  
Policlínica Universitaria Área Norte**



**Titulo: Factores de riesgo y parto pretérmino en el  
municipio Ciego de Ávila 2009-2011**

**Autor: Dr. Alejandro Álvarez Bacaró.  
Residente de Medicina General Integral.**

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

**Tesis para optar por el título de Especialista en primer grado en  
Medicina General Integral  
Ciego de Ávila  
2012**

# **AGRADECIMIENTOS**

A todas las personas que de una forma u otra han contribuido para que la realización de este trabajo se hiciera realidad.

**DEDICATORIA**

A mi familia.

**PENSAMIENTO**

“... El médico será más que alguien que atiende a uno que se enferma y va al hospital, sino que tendrá un papel especial en la medicina preventiva,..., en fin será un << Guardián de la Salud >>.

Fidel Castro Ruz

# RESUMEN

## RESUMEN

Existen factores que pueden desencadenar la presentación de un parto antes del término de la gestación, con el objetivo de identificar estos factores de riesgos y su relación con el parto prematuro, así como evaluar su manejo en las diferentes áreas del nivel primario de atención en el municipio Ciego de Ávila, se realizó un estudio Observacional analítico de casos y controles, en el que los casos estuvo representados por el total de mujeres del municipio Ciego de Ávila con partos producidos entre las 26 y 36.6 semanas de gestación durante el período 2009 – 2011 y los controles fueron dos mujeres por cada caso con parto a término y recién nacido con peso de 2500 g o más que pertenezcan al mismo consultorio y con características similares a los casos de estudio. La recolección de la información se realizó mediante una planilla para recolectar datos donde se recogieron las variables a estudiar, utilizando las historias clínicas y carnets obstétricos, realizando su análisis bivariado y multivariado utilizando la medición del riesgo (RD). El manejo de los factores de riesgo de prematuridad por los médicos del nivel primario de atención fue evaluado según las categorías de “Aceptable”, “Mínimo aceptable” e “Inaceptable” y los resultados fueron expuestos en tablas y gráficos.

**Palabras clave:** factores de riesgos/ parto pretérmino/evaluación.

## INDICE

Introducción-----	1
Objetivos-----	5
Marco Teórico-----	6
Material y Método-----	9
Análisis y Discusión-----	17
Conclusiones-----	27
Recomendación-----	28
Referencias Bibliográficas-----	29
Anexos-----	37

## INTRODUCCION

El parto prematuro entendido como aquel que se produce entre las semana 20 y la 36.6 de la gestación, constituye un problema de salud actual, es la principal causa de mortalidad neonatal y morbilidad neurológica a corto y largo plazos, que preocupa al sistema de salud. Su frecuencia varía entre 5 y 12% en las regiones desarrolladas del mundo, pero puede ser de hasta 40% en las regiones más pobres. Tiene muchas causas y el principal factor de riesgo es el antecedente de parto prematuro, además de la vaginosis bacteriana que se asocia con corioamnionitis. No obstante que varias características maternas se relacionan con el padecimiento, en muchos casos sus causas no son claras; sin embargo, la influencia de las enfermedades infecciosas, sobre todo las intrauterinas, es muy importante. La prematuridad es la principal mala condición obstétrica, por su alto aporte a la morbilidad y mortalidad perinatal y por los costos que ella implica. Es un fenómeno en el que binomio médico y enfermera de la familia juegan un papel primordial a través de la atención prenatal, con la que se puede realizar el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las causas que nos puedan afectar el desarrollo normal de la gestación (1; 2,3).

A pesar de los adelantos de la ciencia y la técnica, anualmente en el mundo continúan naciendo alrededor de 13 millones de niños pretérmino, los cuales inicialmente deben enfrentarse al gran reto de sobrevivir, y luego, en un elevado porcentaje, arrastrar secuelas por el resto de sus vidas. La causa del parto pretérmino es aún desconocida con exactitud; solo se sabe que es una entidad nosológica multifactorial. El parto pretérmino espontáneo, responsable de 75% de los casos, está altamente relacionado con modificaciones de las características cervicales. Los cambios en el cuello uterino representan la última etapa de una “cascada” de mecanismos que no llegan a comprenderse del todo; sin embargo, se determinan por medio del ultrasonido transvaginal con mucha precisión, lo cual nos proporciona información muy útil sobre el riesgo de parto antes del término (4).

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

Antes del triunfo revolucionario, en nuestro país no existían programas de salud por lo que la mortalidad infantil se comportaba de forma muy elevada, antes de 1960 solo existían unos cuantos centros donde se brindaba una atención muy simple, tenía una tasa de mortalidad infantil de 41.7 fallecidos por cada 1000 nacidos, en la actualidad, la reducción de la mortalidad se colocó al final del año 2009 con una tasa de 4.8 por 1000 nacidos vivos sobre el Reino Unido que presentó 5.3 de tasa de mortalidad infantil según se refiere el documento Estado mundial de la infancia 2010 de la UNICEF. (5)

La prematuridad, posee un costo económico y social considerable para las familias y los gobiernos. Su frecuencia varía entre 5 y 12% en las regiones desarrolladas del mundo, pero puede ser de hasta 40% en las regiones más pobres. Tiene muchas causas y representan cerca del 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo.

Aproximadamente 20% de los nacimientos pretérmino se indica por razones maternas o fetales (RCIU, preeclampsia, placenta previa, registros cardiotocográficos anormales, etc.). De la restante asociación nacimientos pretérmino, el 30% son consecuencia de la rotura prematura de membranas (RPM), del 20 al 25% se deben a infecciones intraamnióticas y el otro 25 a 30% son las formas espontáneas o sin causa aparente. A pesar de las investigaciones en este campo, la frecuencia parece haberse incrementado en las dos últimas décadas. Son tres factores los principales

responsables de este aumento en la frecuencia del parto pretérmino: 1) importante incremento en los embarazos múltiples, como consecuencia de las técnicas de fertilización asistida, 2) cambios en la conducta obstétrica entre las 34 y 36 semanas de gestación (inducción del parto en la rotura prematura de membranas) y 3) aumento de las intervenciones obstétricas a edades tempranas de la gestación (2; 6).

Tratándose de una condición multifactorial su fisiopatología no está aún plenamente dilucidada, por lo que se orienta la terapéutica a la prevención, por lo cual los factores prenatales que pueden influir en ella tienen gran importancia. (7; 8)

En 1981, en Cuba se estudió el riesgo obstétrico y se identificaron como factores de riesgo de bajo peso al nacer los siguientes: Embarazos en adolescentes menores de 17 años. Desnutrición materna: peso inferior a 100 libras, talla inferior a 150 centímetros, bajo peso para la talla, ganancia insuficiente de peso durante la gestación. Hábito de fumar y el antecedente de niños con bajo peso.

Otros factores identificados que se tuvieron en cuenta fueron: el aborto provocado, la hipertensión arterial durante la gestación, la incompetencia ístmico-cervical, el embarazo gemelar y la Baja escolaridad. (9)

En los Estados Unidos, país de elevado desarrollo científico técnico el índice de prematuros se ha incrementado en un 33% en los últimos 23 años, desde los 9.4% en el 1981 hasta 12.7% en el 2005(7).

En América Latina y el Caribe 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. (2)

En Cuba, el nacimiento pretérmino representa del 8 a 9 % de los partos y está asociado a 75 % de la mortalidad perinatal. (9)

En el municipio de Ciego de Ávila durante el 2009 se produjo un total de nacimientos a 1684 de los cuales 67 fueron prematuros. Fallecieron 9 niños por diferentes causas de los cuales 5 fueron prematuros es decir el 55.5 %. Al cierre del 2010 se produjo un incremento a 82 nacimientos prematuros de un total de 1685 partos.

A pesar del desarrollo científico técnico que hemos alcanzado ,el parto pretérmino continúa siendo un preocupante hecho, que debemos enfrentar en las áreas del nivel primario de atención, dada a su elevada frecuencia y las complicaciones que trae consigo el nacimiento de niños prematuros para la familia y la sociedad, nos ha motivado a la realización de este trabajo.

¿Cómo identificar los factores de riesgos asociados con el parto pretérmino en el nivel primario de atención?

¿Cómo se manejarán a las madres en el nivel primario de atención según sus factores de riesgo?

## OBJETIVOS

### Generales:

1. Determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el municipio Ciego de Ávila 2009-2011.

### Específicos:

1. Distribuir las gestantes que presentaron partos pretérminos, según grupos de edades.
2. Identificar la disparidad de exposición entre recién nacidos pretérminos y no pretérminos de acuerdo a las siguientes variables:
  - a) Antecedentes de partos prematuros.
  - b) Enfermedades del útero.
  - c) Período intergenésico.
  - d) Abortos de embarazos anteriores
  - e) Hábito de fumar.
  - f) Ruptura prematura de membrana.
  - g) Insuficiencia placentaria.
  - h) Placenta previa.
  - i) Enfermedades crónicas.
  - j) Infecciones durante el embarazo.
3. Evaluar el manejo de los factores de riesgos para el parto pretérmino en el nivel primario de atención.

## MARCO TEORICO

El parto pretérmino constituye un indicador de las condiciones de salud de una población, y se relaciona con el nivel socioeconómico, la salud materna, la calidad en la atención y las políticas públicas en materia de salud materna y perinatal. Además, es un reflejo claro de las circunstancias de vida, el estatus social y la importancia que para el Estado tiene la salud de sus ciudadanos.

Por primera vez en 1919 se realizó una clasificación de los recién nacidos según el peso, y ya en 1947 se relacionó el bajo peso al nacer con un crecimiento intrauterino lento y se trató de diferenciar estos neonatos de los que nacían tempranamente y que también pesaban poco (10; 11).

La definición de 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 OMS establecieron el término de recién nacido bajo peso para considerar a todo neonato que al nacimiento tuviera un peso inferior a los 2500 g 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 37 semanas completas de gestación debieran llamarse: pretérmino (10; 11).

El Colegio Americano de obstetricia y ginecología sugiere que el término pretérmino debe aplicarse a recién nacidos cuyo peso este comprendido entre 1000 y 2500 g con edad gestacional inferior a las 37 semanas y que la definición: bajo peso a término debe aplicarse a todo recién nacido con tiempo de gestación de 37 semanas o más y peso inferior a 2500 gr. (11)

En estudios realizados en Venezuela en el 2007 se encontró asociación en que el embarazo en las mujeres arias aumenta el riesgo de parto prematuro y este riesgo se incrementa si la mujer es primigesta (14; 15).

La rotura prematura de membranas es un factor de riesgo importante en la ocurrencia de parto pretérmino a su vez se encuentra asociado con otros factores de importancia (gemelaridad, sangrados de la gestación, presentaciones viciosas, polihidramnios, tabaquismo). (16; 17)

Autores norteamericanos y surafricanos y polacos en el año 2008 plantearon una fuerte asociación entre los hábitos tóxicos (cigarro y alcohol), Diabetes mellitus e Hipertensión arterial con la ocurrencia de partos pretérminos (18; 19; 20).

En estudios realizados en nuestro país se han asociado frecuentemente a la ocurrencia de partos pretérminos la Hipertensión arterial, las infecciones durante la gestación y la rotura prematura de membranas. (21)

Otros autores en nuestro país plantean asociación entre el parto pretérmino la edad menor de 19 años , la valoración nutricional de bajo peso al inicio de la gestación, el déficit en la ganancia de peso, los trastornos hipertensivos , los antecedentes obstétricos y el habito de fumar.(22)

La adolescencia fue considerada por largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor interés. En la actualidad, se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que sea cada vez más necesario dedicarle nuestra atención, ya que durante ésta se producen importantes cambios fisiológicos, somáticos, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto.

Los riesgos médicos asociados con el embarazo en las madres adolescentes, tales como la enfermedad hipertensiva, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la nutrición insuficiente, etcétera, determinan elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20-29 años.

Las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquía (menor de 15 años).

En relación con el producto se destaca el bajo peso al nacer (BPN), tanto por nacimiento pretérmino como por recién nacido bajo peso para la edad gestacional.

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que muestran mayor frecuencia en adolescentes, como son: hipertensión arterial materna, prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino (CIUR), y el desprendimiento prematuro de la placenta. (23)

En otros estudios realizados en Cuba se ha planteado la infección vaginal como un factor de riesgo para el parto pretérmino así como para el rompimiento prematuro de las membranas ovulares con sus consiguientes riesgos. (24)

Con esta investigación daremos una información actualizada sobre el comportamiento de los factores de riesgos asociados a la aparición del parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila, así como identificaremos las deficiencias en el manejo y tratamiento de ellas por parte del médico de la familia, y con ello trazaremos estrategias que nos permitirán disminuir la prematuridad por estas causas.

## METODO

Se realizó una investigación con un diseño observacional analítico de casos y controles que nos permitió identificar los factores de riesgo asociados a la prematuridad en el municipio Ciego de Ávila en los años 2009 a 2011.

El universo estuvo constituido por el total de mujeres que presentaron como resultado un parto pretérmino durante el período 2009 al 2011 en el municipio Ciego de Ávila, representando los casos y los controles fueron dos mujeres por cada caso con parto a término y recién nacido con peso de 2500 g o más que pertenecieron al mismo consultorio y con características similares a los casos de estudio. La información se obtuvo mediante una planilla para recolectar datos, donde se recogieron las variables a estudiar, utilizando las historias clínicas hospitalarias y carnets obstétricos.

Se realizó un análisis bivariado (bruto) para identificar la asociación de las variables independientes con la prematuridad, seguido de un análisis multivariado de los factores de riesgo que manifestó mayor fuerza de asociación en el análisis bruto.

VARIABLES: Edad, Antecedentes partos prematuros, Enfermedades crónicas, Enfermedades del útero, período intergenésico corto, Abortos de embarazos anteriores, hábitos tóxicos, embarazo múltiple, rotura prematura de las membranas (RPM), Infecciones durante el embarazo, Insuficiencia placentaria, placenta previa.

Medidas de resumen:

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

**Medida de impacto potencial:** Análisis multivariado con las variables que resultaron significativas en el análisis bruto y se calculará el Riesgo Atribuible Poblacional Porcentual (RAP%) y la Fracción Etiológica (del Riesgo FER).

Exposición	Casos	Controles
Expuestos	a	b
No Expuestos	c	d

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

**Significación estadística:** Valor de la RD y el Intervalo de Confianza para el 95 % (IC 95%).

Si RD < 1: No existe asociación estadística.

Si RD > 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

$$RAP\% = \frac{PE(RR-1)}{1+PE(RR-1)} \times 100$$

Donde:

PE la prevalencia de la exposición entre los testigos según el análisis bruto.

**RR (riesgo relativo) la estimación puntual de la RD habiendo controlado el efecto de factores de confusión.**

Para el control de los posibles factores de confusión se realizó un análisis de múltiples variables mediante regresión logística dicotómica, teniéndose en cuenta solamente las variables que aporten un resultado significativo en el análisis bruto. Para construir el modelo de múltiples variables se utilizó la prueba de Wald. Se utilizó una  $P = 0,05$  para incluir una variable en el modelo y  $P = 0,1$  para eliminarla de este.

Tanto el análisis bruto como el de múltiples variables se realizaron con el programa SPSS de Windows, versión 10.0 (1999). En este análisis se asignó el valor 1 a los casos y 0 a los testigos; 1 a la exposición y 0 a su ausencia cuando la variable sea dicotómica. Usando esos mismos valores se buscó la posible curva representativa de la relación dosis-respuesta mediante la prueba de tendencia del riesgo relativo (extensión de Mantel), con un nivel de significación de 0,05.

Se elaboró una guía de observación para el manejo de los factores de riesgo de prematuridad con el consiguiente instructivo, la que fue aplicada a nivel de los consultorios médicos de la familia del municipio Ciego de Ávila y permitió evaluar el manejo de estos factores en el nivel primario de atención. Estos datos son el complemento de los indicadores de evaluación designados en las tres dimensiones evaluativas de estructura, proceso y resultado.

Se estableció para el resultado final de la evaluación del manejo de los factores de riesgo obstétricos para el nacimiento de niños pretérmino y de antecedentes de enfermedades crónicas de la madre las siguientes categorías:

- a) Aceptable: adecuada evolución de los factores de riesgos identificados en la captación del embarazo, tener en el carnét obstétrico tres o más evaluaciones por el especialista en obstetricia y al menos dos con el especialista en medicina interna del GBT e ingreso en el Hogar materno.
- b) Mínimo aceptable: evolución de los factores de riesgos identificados en la captación del embarazo, tener en el carnét obstétrico al menos tres evaluaciones por el especialista en obstetricia y al menos una con el especialista en medicina interna del GBT.
- c) Inaceptable: sin seguimiento de los factores de riesgos identificados en la captación del embarazo.

Para la evaluación del manejo de las infecciones vaginales se consideró:

- a) Aceptable: Adecuada valoración del riesgo con tratamiento medicamentoso correcto y examen con especulum evolutivo favorable.
- b) Mínimo aceptable: inadecuado valoración del riesgo o tratamiento medicamentoso incorrecto y examen con especulum evolutivo desfavorable.
- c) Inaceptable: sin realización del examen con especulum evolutivo, que nos permite reevaluar el riesgo o el tratamiento medicamentoso si así lo requiere.

Para la evaluación del manejo de las infecciones urinarias se consideró:

- a) Aceptable: Tratamiento medicamentoso adecuado y urocultivo realizado postratamiento negativo.

- b) Mínimo aceptable: Tratamiento medicamentoso adecuado pero sin urocultivo evolutivo realizado.
- c) Inaceptable: Tratamiento medicamentoso inadecuado.

Y para la atención estomatológica se dio 2 categorías:

- a) Aceptable: con alta estomatológica reflejada en el carné obstétrico.
- b) Inaceptable: sin alta estomatológica reflejada en el carné obstétrico.

Para las infecciones vaginales:

La valoración de riesgo se realiza haciendo algunas preguntas que permiten sospechar la presencia de la enfermedad. Existen cuatro factores de riesgo que pueden estar asociados a la cervicitis. Con vistas a estandarizar su interpretación, a cada uno de ellos se le otorga una puntuación:

No.	Factores	Puntaje
1	Presencia de secreción uretral en la pareja sexual.	2
2	Paciente menor de 21 años de edad.	1
3	Historia de relaciones sexuales con más de una persona en los tres meses anteriores.	1
4	Antecedentes de relaciones sexuales con una pareja nueva en los tres meses precedentes.	1

Además de la valoración de riesgo, es indispensable la realización del examen ginecológico. Éste incluye el examen con espéculum con la finalidad de observar las características del cuello uterino sugerentes de cervicitis como son:

1. Friabilidad
2. Presencia de muco pus cervical
3. Dolor a la movilización

Observe las características de las paredes vaginales. Ello ayuda a diferenciar clínicamente la vaginitis de la cervicitis. Tenga en cuenta que en una misma mujer pueden coexistir ambas entidades (vaginitis y cervicitis).

<b>Interpretación de la valoración de riesgo</b>			
<b>Puntaje</b>	<b>Interpretación</b>	<b>Examen ginecológico</b>	<b>Conducta</b>
<b>≥ 2</b>	<b>+</b>	No importa su resultado	Tratar vaginitis y cervicitis
<b>&lt; 2</b>	Depende del resultado del examen ginecológico	<b>+</b>	Tratar vaginitis y cervicitis
<b>&lt; 2</b>	Depende del resultado del examen ginecológico	<b>-</b>	Tratar vaginitis

El manejo sintomático representa una alternativa de abordaje eficiente de este problema que logra el tratamiento de las causas más frecuentemente asociadas al síndrome de flujo vaginal, y se garantiza la solución de más de 95% de los casos.

<b>Tratamiento medicamentoso propuesto ante una Infección vaginal</b>	
Tratar vaginitis y cervicitis	Ceftriaxona 250 mg IM dosis única +

	Azitromicina 1 g VO dosis única o Eritromicina (base) 500 mg VO 4 v/día x 7 días
Tratamiento de la vaginitis (Incluye tto. para vaginosis bacteriana, trichomoniasis y candidiasis)	Metronidazol 250 mg VO, 3v/día x 7 días o Metronidazol 2 gr VO, un solo día (1 g c/ 12 horas) + Clotrimazol 100 mg vaginal 1 v/ día x 7 días o Nistatina 100 000 U vaginal 1 v/día x 14 días

Educación sexual y uso de preservativo.

Para las infecciones urinarias:

Ante una sintomatología de infección urinaria o citoria positiva se impone la realización de un urocultivo. Éste es el único examen que define la bacteriuria asintomática y la cistitis aguda, se recoge de una porción intermedia del chorro de orina, previo aseo vulvoperineal con agua y jabón y separación de los labios vulvares. La pielonefritis aguda es una seria enfermedad sistémica aguda a partir de una infección del tracto urinario superior y la conducta a seguir es el ingreso en el nivel secundario de atención.

<b>Tratamiento medicamentoso propuesto ante una Infección urinaria</b>	
Amoxicilina	2 a 4 g/24 h (divididos en sub dosis c/ 6-8h) x 10 días
Trimetoprim + Sulfametoxazol	160-800 mg oral c/ 12 hrs. x 10 días (No debe emplearse en el primero y tercer trimestres).
Cefalexina	2 a 4 g/24 h (divididos en sub dosis c/ 6-8h/) x 10 días

**Operacionalización de las variables:**

<b>Variables</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala de clasificación</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>
------------------	-------------	--------------------------------	-------------------	------------------

Antecedentes partos prematuros	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Partos prematuros previos	Disparidad de exposición según partos prematuros previos
Enfermedades crónicas	Cualitativa politómica	Asma bronquial HTA Diabetes Mellitus	Haber padecido como mínimo una de estas enfermedades.	Disparidad de exposición según Enfermedades crónicas
Enfermedades del útero	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Tener una enfermedad uterina de cualquier etiología	Disparidad de exposición según Enfermedades del útero
Período intergenésico	Cuantitativa continua	Menos de 2 años 2 años o más	Período de tiempo entre embarazos	Disparidad de exposición según período intergenésico menor de 2 años
Abortos de embarazos anteriores	Cualitativa discreta	2,3,4 y 5 o más	Abortos previos	Disparidad de exposición según abortos anteriores
Hábitos tóxicos	Cualitativa Politómica	Hábito de fumar Hábito alcohólico	Exposición al tabaco o alcohol	Disparidad de exposición según hábitos tóxicos
Ruptura prematura de membrana	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Antecedentes de RPM	Disparidad de exposición según RPM.
Infecciones durante el embarazo	Cualitativa Politómica	Respiratoria Digestiva Genitourinaria Bucal	Haber padecido como mínimo una de estas infecciones durante el embarazo.	Disparidad de exposición según infecciones de cualquier localización
Insuficiencia placentaria	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Diagnóstico de insuficiencia placentaria	Disparidad de exposición según insuficiencia placentaria
Placenta previa	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Diagnóstico de placenta previa	Disparidad de exposición según placenta previa

## ANALISIS Y DISCUSION

TABLA 1: Identificación grupo de edades y el parto pretérmino. Municipio Ciego de Ávila. 2009-2011.

EIDADES	2009		2010		2011		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
MENORES DE 18 AÑOS	26	29.2	39	31.8	31	48.4	96	34.8
ENTRE 18-34 AÑOS	42	47.2	53	43.0	20	31.3	115	41.7
35 AÑOS O MÁS	21	23.6	31	25.2	13	20.3	65	23.5
<b>TOTAL</b>	89	100	123	100	64	100	276	100

Fuente: Planilla para recolectar datos.

Atendiendo a los grupos de edades de las embarazadas con parto pretérmino, se encontró que el más afectado fue el comprendido entre los 18 y 34 años en los tres años de estudio (41.7 %), teniendo en cuenta que estos se corresponden con el mayor grupo de estudio, lo que coincide con los resultados de trabajos realizados por otros autores, como el Dr. Arias Macías que encontró relación de los partos pretérmino y las edades comprendidas entre los 20 y 34 años como grupo predominante, de igual manera se comportó en el estudio de la Dra. Cutié Bressler y colaboradores (25; 26).

TABLA 2: Factores de riesgos y parto pretérmino. Municipio Ciego de Ávila. 2009-2011.

Variables	Casos	Controles	OR	IC 95%
Antecedentes de partos pretérmino	49	17	6.79	3.71<OR12.56

Enfermedades del útero	15	19	1.61	0.76<OR<3.38
Período intergenésico menor de dos años	85	88	2.35	1.64<OR<3.35
Abortos de embarazos anteriores	125	210	1.35	1.00<OR<1.83
Hábito de fumar	160	110	5.54	3.99<OR<7.71
Ruptura prematura de membrana	145	113	4.30	3.10<OR<5.96
Insuficiencia placentaria	58	92	1.33	0.91<OR<1.95
Placenta previa.	25	56	0.90	0.53<OR<1.51

Fuente: Planilla para recolectar datos, historias clínicas y carnés obstétricos.

Al analizar las variables según los casos y los controles se encontró que las pacientes que presentaron antecedentes de parto pretérmino (OR: 6.79), período intergenésico menor de dos años (OR: 2.35), antecedentes de abortos en embarazos anteriores (OR: 1.35), mujeres con hábito de fumar (OR: 5.54), y ruptura prematura de las membranas (OR: 4.30), las mismas presentaron asociación estadísticamente significativa, coincidiendo con autores, como el Dr. Ernesto Rosell Juarte, y sus compañeros en relación de los factores de riesgos maternos y el bajo peso al nacer y por el Dr. Gerardo Rogelio Robaina Castellanos y sus colaboradores en estudio multivariado realizado durante el 2001 en Matanzas (27, 28).

En relación con las enfermedades de útero (OR: 1.61) y la insuficiencia placentaria (OR: 1.33) las variables presentaron asociación estadística con el parto pretérmino pero de forma no significativa, el comportamiento de estas coincide con otras

investigaciones como las realizadas por realizados por Villanueva, María del Carmen Leal Soliguera e Israel López en sus estudios (2; 29; 30).

La placenta previa (OR: 0.90) no presentó en nuestro estudio asociación estadística con el parto pretérmino en el municipio Ciego de Ávila durante los años de estudio, no coincidiendo con los estudios antes mencionados (29; 30).

TABLA 3: Antecedentes de enfermedades crónicas y parto pretérmino. . Municipio Ciego de Ávila. 2009-2011.

<b>Variables</b>	<b>Casos</b>	<b>Controles</b>	<b>OR</b>	<b>IC</b>
Hipertensión arterial	75	88	1.97	1.37<OR2.83
Asma bronquial	25	64	0.76	0.45<OR<1.27

Diabetes Mellitus	19	54	0.68	0.38<OR<1.21
-------------------	----	----	------	--------------

Fuente: Planilla para recolectar datos, historias clínicas y carnés obstétricos.

La hipertensión arterial (HTA) durante el embarazo es una de las complicaciones más frecuentes, especialmente en los países en vías de desarrollo, donde constituye la primera causa de muerte materna. En el municipio Ciego de Ávila de las pacientes que presentaron partos préterminos 75, tenían antecedentes de padecer de esta enfermedad con una relación asociativa significativa estadísticamente (OR: 1.97), lo que se corresponde con lo expresado anteriormente y que coincide con otros autores como los Doctores Rogelio Orizondo Ansola y Juan Carlos Vázquez Niebla y sus colaboradores en sus estudios relacionados con la hipertensión arterial, el bajo peso al nacer y el parto pretérmino incluido en este, en el Hospital Materno Provincial "Mariana Grajales" y el Ginecoobstétrico "América Arias", respectivamente (21 - 31).

El asma bronquial no presentó una asociación (OR: 0.76) estadística, no coincidiendo 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 pretérmino (30; 36; 37).

La Diabetes Mellitus no se asoció con el nacimiento de niños préterminos en el municipio de estudio, lo que no se corresponde con estudios anteriores (38).

TABLA 4: Infecciones durante el embarazo y parto pretérmino. . Municipio Ciego de Ávila. 2009-2011.

<b>VARIABLES</b>	<b>CASOS</b>	<b>CONTROLES</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>
Vaginales	113	185	1.38	1.01<OR<1.87
Urinarias	64	89	1.57	1.08<OR<2.29

Bucales	45	93	0.96	0.64<OR1.44
---------	----	----	------	-------------

Fuente: Planilla para recolectar datos, historias clínicas y carnets obstétricos.

Dentro de las infecciones presentadas durante el embarazo, las vaginales (OR: 1.38), y las infecciones urinarias (OR:1.57) fueron las que presentaron asociación estadística significativa con la aparición de partos pretérminos en el municipio Ciego de Ávila en los años de estudio, resultados similares son los encontrados por otros estudiosos del tema, que relacionan también a las infecciones vaginales como causa de ruptura prematura de las membranas, teniendo en cuenta los gérmenes causales como es el caso de Dra. Caballero Pozo y colaboradores además de otra investigación realizada en Estados Unidos en el 2009 donde se encontró gérmenes causales de parto pretérmino (32 - 35).

Las infecciones bucales (OR: 0.96), no presentaron relación en la aparición en niños pretérmino en los años de estudio, lo cual no coincide con lo planteado por la Dra. Maritza Peña Sisto en su estudio que en los últimos años ha ocurrido un incremento de la relación entre enfermedad periodontal y el nacimiento de neonatos bajo peso y la ocurrencia del parto pretérmino entre autores (39 – 41).

TABLA 5: Manejo de los factores de riesgos obstétricos en el nivel primario de atención. Municipio Ciego de Ávila. 2009-2011

MANEJO	Casos		Controles		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
ACEPTABLE	102	37.0	212	38.4	314	38.0
MÍNIMO ACEPTABLE	153	55.4	278	50.4	431	52.0
INACEPTABLE	21	7.6	62	11.2	83	10.0

<b>TOTAL</b>	276	100	552	100	828	100
--------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Fuente: Planilla para recolectar datos, historias clínicas y carnets obstétricos.

Atendiendo al manejo de estos factores de riesgos en el nivel primario de atención en el municipio de estudio se encontró que el 52.0% de las pacientes que entraron en el estudio no recibió un adecuado seguimiento por los médicos del Grupo Básico de Trabajo (GBT), presentando entre sus principales dificultades menos tres evaluaciones por el especialista en obstetricia y una con el especialista en medicina interna del área, valorada solamente en la consulta de Evaluación Integral. El 38.0% del total de pacientes presentó más de tres evaluaciones por el especialista en obstetricia del grupo básico de trabajo e ingreso en el hogar materno del área de salud. No podemos establecer comparación con otros estudios dado que no se evidencia bibliográficamente sobre este tema.

TABLA 6: Manejo de las pacientes con antecedentes de enfermedades crónicas en el nivel primario de atención. Municipio Ciego de Ávila. 2009-2011

<b>MANEJO</b>	<b>Casos</b>		<b>Controles</b>		<b>Total</b>	
	N°	%	N°	%	N°	%
ACEPTABLE	33	27.8	37	18.0	70	21.5
MÍNIMO ACEPTABLE	83	69.7	158	76.7	241	74.2
INACEPTABLE	3	2.5	11	5.3	14	4.3
<b>TOTAL</b>	119	100	206	100	325	100

Fuente: Planilla para recolectar datos, historias clínicas y carnés obstétricos

El manejo de las pacientes con antecedentes de padecer de enfermedades crónicas se consideró mínimo aceptable (74.2%) por tener en el carné obstétrico al menos tres evaluaciones por el especialista en obstetricia y al menos una con el especialista en medicina interna del GBT. Solamente 70 pacientes (21.5%) de las que presentaron antecedentes de padecer de enfermedades crónicas se le realizó ingreso en el hogar materno del área de salud. No se evidencia bibliográficamente sobre este tema pues los criterios de evaluación fueron dados por el autor.

TABLA 7: Manejo de las Infecciones Vaginales en el nivel primario de atención. .  
Municipio Ciego de Ávila. 2009-2011

<b>MANEJO</b>	<b>Casos</b>		<b>Controles</b>		<b>Total</b>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ACEPTABLE	41	36.3	38	20.5	79	26.5
MÍNIMO ACEPTABLE	65	57.5	143	77.3	208	69.8
INACEPTABLE	7	6.2	4	2.2	11	3.7
<b>TOTAL</b>	113	100	185	100	298	100

Fuente: Planilla para recolectar datos, historias clínicas y carnés obstétricos

Atendiendo al manejo de la infección vaginal, se encontró que de 298 pacientes que presentaron infecciones de esta etiología, el 26.5% recibió un tratamiento bien indicado con correcta evaluación del riesgo y examen con especulum evolutivo favorable. El 69.8% se consideró mínimo aceptable, ya sea por deficiente evaluación de riesgo o en el tratamiento indicado, con evolución desfavorable. El 3.7% no se le realizó exámen con especulum evolutivo por lo que el manejo resultó inaceptable. Hasta el momento no existe bibliografía que aborde ésta problemática a niveles nacional e internacional, ni igual criterio evaluativo.

TABLA 8: Manejo de las Infecciones Urinarias en el nivel primario de atención. .  
Municipio Ciego de Ávila. 2009-2011

	<b>Casos</b>	<b>Controles</b>	<b>Total</b>
--	--------------	------------------	--------------

<b>MANEJO</b>	N°	%	N°	%	N°	%
ACEPTABLE	23	36.0	20	22.5	43	28.1
MÍNIMO ACEPTABLE	39	61.0	68	76.4	107	69.9
INACEPTABLE	2	3.0	1	1.1	3	2.0
<b>TOTAL</b>	64	100	89	100	153	100

Fuente: Planilla para recolectar datos, historias clínicas y carnets obstétricos

El manejo de las infecciones urinarias en el nivel primario de atención, se consideró mínimo aceptable (69.9%) en los años de estudio dado que la evolución de las mismas se ven afectados ante la insuficiencia en la realización de los urocultivos. No podemos establecer comparación con otros estudios dado que no se evidencia bibliográficamente sobre este tema.

TABLA 9: Manejo de las Infecciones Bucales en el nivel primario de atención. .  
Municipio Ciego de Ávila. 2009-2011

<b>MANEJO</b>	<b>Casos</b>		<b>Controles</b>		<b>Total</b>	
	N°	%	N°	%	N°	%
ACEPTABLE	36	80	82	88.2	118	85.5
INACEPTABLE	9	20	11	11.8	20	14.5
<b>TOTAL</b>	45	100	93	100	138	100

Fuente: Planilla para recolectar datos, historias clínicas y carnés obstétricos

En cuanto al manejo de la atención por estomatología, la misma se comportó de una manera aceptable (85.5%) en los años de investigación. Se consideró inaceptable (14.5%) en 20 pacientes dado que en sus carnés obstétricos no consta alta estomatológica. No se pudo comparar con otras investigaciones debidas que sobre este tema los criterios de evaluación fueron dados por el autor.

## CONCLUSIONES

El grupo de edades más afectado por el nacimiento de niños antes del término de la gestación en el municipio Ciego de Ávila fue el comprendido entre 19 y 34 años de

edad (41.7%). Presentaron asociación estadística significativa con el parto pretérmino: el antecedente de parto pretérmino (OR: 6.79), período intergénésico menor de dos años (OR: 2.35), antecedentes de abortos en embarazos anteriores (OR: 1.35), mujeres con hábito de fumar (OR: 5.54), y la ruptura prematura de las membranas (OR: 4.30). En cuanto a las enfermedades crónicas se encontró que la Hipertensión arterial tuvo una relación asociativa significativa estadísticamente (OR: 1.97). De las infecciones durante el embarazo las que mayor fuerza de asociación tuvieron fueron las infecciones urinarias (OR: 1.57) y las infecciones vaginales (OR: 1.38) respectivamente, En cuanto al manejo de los factores de riesgos asociados a la prematuridad, por los médicos del nivel primario de atención se consideró mínimo aceptable, para todas variables estudiadas excepto con las infecciones bucales que el seguimiento se comportó aceptable, pues el 85.5 % de las pacientes presentó en su carnet obstétrico alta estomatológica.

## RECOMENDACION

1. Extender el estudio a otros municipios de la provincia.

2. Aumentar las actividades de capacitación sobre el manejo de los factores de riesgos del parto pretérmino para los médicos del nivel primario de atención.
3. Participación del estomatólogo en la consulta integral para garantizar una atención más efectiva a la embarazada, y confeccionar una adecuada historia estomatológica en el carné obstétrico.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Aliño Santiago Miriam y col. Enfoque social del bajo peso al nacer. Editorial. Resumed Vol. 14 No. 3 mayo-junio del 2001. Disponible en:

[http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol14\\_3\\_01/res01301.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol14_3_01/res01301.htm). [Consulta: fecha de acceso 14-6-2010.]

2-Villanueva ELA y col. Perfil epidemiológico del parto prematuro. Ginecol Obstet Mex 2008; 76(9):542-8. Disponible en <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/.../Ginecol-542-8.pdf>. > [Consulta: fecha de acceso: 31/3/2010]

3-Milián Vidal Miriam. Factores prenatales relacionados con la prematuridad: Rev Cubana Pediatr 2001; 73(1):11-5. Hospital Ginecoobstétrico Provincial Docente "Justo Legón Padilla", Pinar del Río Disponible en: [bvs.sld.cu/revistas/ped/vol73\\_1\\_01/ped02101.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol73_1_01/ped02101.pdf). [Consulta: fecha de acceso 7-6-2010.]

4- Cruz Laguna G, González Balmaseda A, Uribasterra Campos A. Prevención de la prematuridad: ¿sueño o realidad? [Artículo en línea]. MEDISAN 2005; 9 (2). <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9\\_2\\_05/san10205.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san10205.htm)> [consulta: fecha de acceso: 31-5-2010]

5 -Disminuye mortalidad infantil. Artículo .Periódico Invasor. Órgano del comité provincial del PCC en Ciego de Ávila. Sábado 7 de agosto del 2010.Año32

6-Ayala Méndez José Antonio y col. Diagnóstico y manejo del parto pretérmino: Disponible en [http://www.saludbc.gob.mx/wp-content/uploads/2011/.../IMSS\\_063\\_08\\_EyR.pdf](http://www.saludbc.gob.mx/wp-content/uploads/2011/.../IMSS_063_08_EyR.pdf). [Consulta: fecha de acceso: 31-3-2010]

7- Dhelia M. Williamson. Current Research in Preterm Birth. Journal of women's health Volume 17, Number 10, 2008. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19000029>. . [Consulta: fecha de acceso: 31-3-2010]

8-Felice Petraglia. Prevention and management of preterm labour. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, May 2009; 22(S2): 24–30. : Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19951080>. . [Consulta: fecha de acceso: 31-3-2010]

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

10-Colectivo de autores. Parto pretérmino. En: Colectivo de autores. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1997.p.406-20.

11- 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.

12-Morgan Maria A .Obstetrician-gynecologists' knowledge of preterm birth frequency and risk factors. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, December 2007; 20(12): 895–901: Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18050019>. . [Consulta: fecha de acceso: 7-4-2010]

13- Rosell Juarte Ernesto y col. Importancia cuantificada de los síntomas sutiles de amenaza de parto pretérmino Rev. Cubana Med Gen Integr 2000; 16(3):275-9. Disponible: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252000000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000300009). [Consulta: fecha de acceso: 31-5-2010]

14-Guiomar P. M, Barbato J. Betancour Ch.et al. Asociación entre prematuridad y embarazadas de edad avanzadas. Rev Osbtet Ginecol Venez.2007; 67(1):35-39. Disponible: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0034-75312001000300001&Ing=es&nrm=iso&tIng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-75312001000300001&Ing=es&nrm=iso&tIng=es). [Consulta: fecha de acceso: 31-5-2010.]

15- García Alonso Iván; Alemán Mederos María Mislaine. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Trabajo original. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol36\\_04\\_10/gin02410.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol36_04_10/gin02410.htm). [Consulta: fecha de acceso: 23-2-2011.]

16- Lugones Botell Miguel; Ramírez Bermúdez Marieta. 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](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_26_4_10/mgi11410.htm). [Consulta: fecha de acceso: 23-2-2011.]

17- Petraglia Felice & A. Visser Gerard h. Prevention and management of preterm labour. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, May 2009; 22(S2): 24–30. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19951080](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19951080). [Consulta: fecha de acceso: 31-3-2010.]

18- Odendaal Hein J. , Steyn D. Wilhelm , Elliott Amy , Burd Larry. Combined Effects of Cigarette Smoking and Alcohol Consumption on Perinatal Outcome. Gynecol Obstet Invest 2009; 67:1–8 DOI: 10.1159/000150597. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18685256](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18685256). [Consulta: fecha de acceso: 31-3-2010.]

19- Erina Matsushita, Yoshio Matsuda<sup>1</sup>, Yasuo Makino Mayumi Sanaka and Hiroaki Ohta. Risk factors associated with preterm delivery in women with pregestational diabetes. J. Obstet. Gynaecol. Res. Vol. 34, No. 5: 851–857, October 2008. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18958928](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18958928). [Consulta: fecha de acceso 31/3/2010.]

20- Marcin Liro, Jerzy Gasowski, Dariusz Wydra, Tomasz Grodzicki, Janusz Emerich & Krzysztof Narkiewicz. Twenty-four-hour and conventional blood pressure components and risk of preterm delivery or neonatal complications in gestational hypertension. Original Article. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19353410](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19353410). [Consulta: fecha de acceso: 31-3-2010.]

21- [Vázquez Niebla Juan Carlos, Juan Vázquez Cabrera Juan y Namfanteche Julio](#). Asociación entre la hipertensión arterial durante el embarazo, bajo peso al nacer y algunos resultados del embarazo y el parto. Hospital Docente Ginecoobstétrico "América Arias". Ciudad de La Habana. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29\\_1\\_03/gin05103.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_1_03/gin05103.htm). [Consulta: fecha de acceso: 14-6-2010.]

22- [Rodríguez Domínguez Pedro Lorenzo, Hernández Cabrera Jesús y Reyes Pérez Adriana](#). Bajo peso al nacer. Algunos factores asociados a la madre. Rev Cubana Obstet Ginecol 2005; 31(1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31\\_1\\_05/gin05105.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin05105.htm). [Consulta: fecha de acceso: 14-6-2010.]

23- Peláez Mendoza. Jorge. Adolescente embarazada: características y riesgos. Hospital Docente Materno Infantil "10 de Octubre. Rev Cubana Obstet Ginecol 1997; 23(1):13-17. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol23\\_1\\_97/gin03197.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol23_1_97/gin03197.htm). [Consulta: fecha de acceso: 31-3-2010.]

24- [Vázquez Niebla Juan Carlos , Ortiz González Cecilia, Ley Ng Mirta, Pérez Penco José María y Calero Ricardo Jorge Luis](#). Prevalencia de infecciones cervico-vaginales en embarazadas en un hospital obstétrico de referencia de Ciudad de la Habana. Instituto Nacional de Endocrinología. Rev Cubana Obstet Ginecol 2007; 33(2). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33\\_2\\_07/gin01207.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33_2_07/gin01207.html). [Consulta: fecha de acceso: 31-3-2010.]

25- Cutié Bressler ML, Almaguer Almaguer JA. Vaginosis bacteriana en edades tempranas. Rev Cubana Obstet Gineco[Internet]. 1999; 25(3):174-80. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X1999000300007&lng=en&nrm=iso&ignore=.html](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1999000300007&lng=en&nrm=iso&ignore=.html). [Consulta: fecha de acceso: 14-6-2011.]

26-Arias Macías G, Rosa Torres M, Pérez Valdés N, Milián Vidal M. Factores prenatales relacionados con la prematuridad: Rev Cubana Pediatr[Internet]. 2001; 73(1):11-5. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0034-75312001000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-75312001000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es). [Consulta: fecha de acceso: 12-6-2011.]

27- Rosell Juarte Ernesto Domínguez Basulto Magaly, Casado Collado Alfonso e Ferrer Herrera Ismael. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr 1996; 12(3). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol12\\_3\\_96/mgi09396.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol12_3_96/mgi09396.htm). [Consulta fecha de acceso: 31-5-2010.]

28-Robaina Castellanos Gerardo Rogelio, Pollo Medina Jesús Manuel, Morales Rigau José Manuel y Robaina Castellanos Roberto E. Análisis multivariado de factores de riesgo de prematuridad en matanzas. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2001; 27(1):62-9. Ginecol [revista en la Internet]. 2001; 27(1): 62-69. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2001000100011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2001000100011&lng=es). [Consulta fecha de acceso: 14-4-2012.]

29-Leal Soliguera María del Carmen. Comportamiento del bajo peso al nacer y repercusión sobre la mortalidad infantil en el quinquenio 2001-2005. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2009; 35(4):99-107. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35\\_4\\_09/gin11409.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35_4_09/gin11409.pdf)://scielo.sld.cu 107. [Consulta fecha de acceso: 31-5-2010.]

30-López José Israel. Lugones Botell Miguel. M. Valdespino Pineda Luis. Virella Blanco Javier. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol 2004; 30(1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30\\_1\\_04/gin01104.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin01104.htm). [Consulta fecha de acceso: 31-5-2010.]

31- [Orizondo Ansola Rogelio](#), [Ferrer Blanco Belkis Estrella](#), [Pentón Cortes Rogelio](#), [Días Fernández Carlos](#). Resultados obstétricos y perinatales en 150 pacientes con hipertensión arterial crónica asociada al embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol 2006; 32(3). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32\\_3\\_06/gin02306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_3_06/gin02306.htm). [Consulta fecha de acceso: 31-5-2010.]

32-Caballero Pozo RI, Batista Moliner R, Cue Brugueras M, Ortega Gonzales L, Rodríguez Barrera ME. Vaginosis bacteriana. RESUMED [Internet]. 2000; 13(2):63-75. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol13\\_2\\_00/res04200.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol13_2_00/res04200.htm). [Consulta fecha de acceso: 14-6-2011.]

33- Deborah BN, Hanlon A, Sarmina H, Johnson B, Osnat GH, Haggerty C, et al. Preterm labor and bacterial vaginosis-associated bacteria among urban women. [J perinat med](#)[internet]. 2009; 37(2):130-4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=preterm%20labor%20and%20bacterial%20vaginosis-associated%20bacteria%20among%20urban%20women%3a>. [Consulta fecha de acceso: 12-6-2011.]

34- Faneite Pedro y Col. Amenaza de parto prematuro e infección urinaria. Rev Obstet Ginecol Venez v.66 n.1 Caracas mar. 2006. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322006000100001&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322006000100001&script=sci_arttext&tlng=pt). [Consulta fecha de acceso: 7-4-2012.]

35- Gala Vidal Héctor. Crespo Mengana Eva. García Díaz Reina de la Caridad. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en una comunidad venezolana.

Artículo Original. Disponible: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_14\\_2\\_10/san11210.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_2_10/san11210.htm). [Consulta fecha de acceso: 31-5-2010.]

36- 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](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_2_06/gin02206.htm). [Consulta fecha de acceso: 14-6-2010.]

37-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](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000400010&lng=es). [Consulta fecha de acceso: 14-6-2010.]

38- Pamela Nava D. Obesidad pregestacional y riesgo de intolerancia a la glucosa en el embarazo y diabetes gestacional. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.76 no.1 Santiago 2011. Disponible en: [http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.scielo.cl/whalecom0/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262011000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.scielo.cl/whalecom0/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=es). [Consulta fecha de acceso: 8-7-2010.]

39- Peña Sisto M, Ortiz Moncada C, Peña Sisto L, Pascual López V, Toirac Lamarque A. La enfermedad periodontal como factor de riesgo para partos pretérmino y nacimiento de niños con bajo peso [artículo en línea]. MEDISAN 2006; 10(esp). <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10\\_\(esp\)\\_06/san04\(esp\)06.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_(esp)_06/san04(esp)06.htm). [Consulta fecha de acceso: 31-5-2010.]

40- Betancourt Valladares Miriela. Pérez Oviedo Antonio Cecilio. Inflamación gingival asociada con factores de riesgo durante el embarazo. Artículos Originales. Disponible

en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44\\_4\\_07/est06407.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est06407.htm). [Consulta fecha de acceso: 31-5-2010.]

41-Martínez Téllez JL. Factores de riesgo de la enfermedad periodontal. Odontología Online [Internet]. 2008:[aprox. 30 p.]. Disponible en: [http://www.odontologia-online.com/ver\\_articulo/Factores\\_de\\_riesgo\\_de\\_la\\_enfermedad\\_periodontal.html](http://www.odontologia-online.com/ver_articulo/Factores_de_riesgo_de_la_enfermedad_periodontal.html). [Consulta fecha de acceso: 14-6-2010.]

#### Fe de errata

En el método se utilizó el término Planilla de recolectar datos el cual se sustituyó por base de datos.

