

**Universidad de Ciencias Médicas
Ciego de Ávila**

Título: Estimación del riesgo de parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila.2011-2012

Autor: Dr. Rudy Dachel García de la Torre.

**Ciego de Ávila
2014**

**Universidad de Ciencias Médicas
Ciego de Ávila**

Título: Estimación del riesgo de parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila.2011-2012

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

Policlínico Universitario Área Norte.

Autor: Dr. Rudy Dachel García de la Torre.

**Aspirante a especialista de Primer Grado en Medicina
General Integral**

Tutora: Dra. Silvia Retureta Milán.

**Especialista de Primer Grado en Medicina General
Integral. Profesor instructor.**

2014

RESUMEN.

Con el objetivo de estimar los factores de riesgo que se asocian al parto prematuro se realizó un estudio del tipo casos y controles en el municipio de Ciego de Ávila, se realizó un análisis de los factores de riesgo con mayor fuerza de asociación al parto prematuro. El universo estuvo constituido por 207 mujeres con partos prematuros en los años 2011-2012. La información se obtuvo de los libros de parto del Hospital Provincial Dr. Antonio Luaces Iraola de los carnets obstétricos e historias clínicas. Entre los principales resultados se encontraron que el índice de parto prematuro promedio fue de 6,0%, más de la mitad fueron espontáneos y tardíos con predominio del bajo peso al nacer, se produjo con más frecuencia en edades comprendidas entre los 18 y 34 años con un nivel de escolaridad preuniversitaria y fumadoras. Se observó asociación estadística significativa con el parto prematuro: El bajo peso materno a la captación, la ganancia de peso baja durante el embarazo, el antecedente de aborto, embarazadas fumadoras, las infecciones vaginales, urinarias y la gemelaridad. Se recomienda la necesidad de investigaciones para profundizar y ampliar el campo de estudio del parto prematuro.

Palabras claves: PARTO PREMATURO, RECIÉN NACIDO BAJO PESO, FACTORES DE RIESGO.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes:

El neonato prematuro constituye la primera causa de mortalidad perinatal y de ingreso en la terapia intensiva neonatal a pesar de los avances experimentados en su diagnóstico y prevención. (1)

El parto prematuro se entiende como aquel que se produce entre las semana 22 y la 36.6 de la gestación, constituye un problema de salud actual, que preocupa al sistema de salud, el nacimiento prematuro afecta aproximadamente el 10 al 15% de todos los nacimientos, presentando diferencias según el nivel de desarrollo de cada país. A pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, su prevalencia no ha variado en las últimas décadas. La prematurez continua siendo la mayor causa de morbimortalidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido. La mayor parte de los nacimientos pretérmino ocurren en países en desarrollo y constituyen la proporción más extensa en la morbilidad y mortalidad perinatales. La normatización de la amenaza de parto prematuro permite disminuir las complicaciones que se desencadena de esta patología obstétrica. (2-4)

La etiopatogenia permanece desconocida, se ha avanzado en algunos aspectos, han referido problemas de placentación, infecciones, inmunológicos, uterinos, maternos, trauma y cirugía, anomalías fetales, y condiciones idiopáticas. Clínicamente se asocian a edad materna extrema, carencias socioeconómicas, antecedentes de hipertensión, antecedente de prematurez, rotura prematura de membranas, restricción de crecimiento fetal, hábitos tabáquicos y drogas, desnutrición, enfermedades y pre-eclampsia, infecciones maternas, multigestación, fertilización asistida entre otras causas. (5-9)

La prematurez ha sido una entidad a la que el obstetra y pediatra se han enfrentado durante años, ha sido poco el terreno ganado, inclusive en los países desarrollados, es la primera causa de muerte perinatal. Son grandes los esfuerzos que se realizan en materia de investigación y asistencia.

En el mundo nacen cada año alrededor de 13 millones de niños prematuros, teniendo su incidencia en un 9,6 %, con diferente comportamiento en los distintos lugares del mundo: Norteamérica: 10.6 %, África: 11,9 %, Asia: 9,1 %, Latinoamérica y el Caribe: 8.1 %, Oceanía: 6,4 % y en Europa: 6,2 %. (9)

Los factores vinculados al nacimiento antes de tiempo son múltiples, se considera entre los más frecuentes la edad materna, intervalo corto entre partos, estrés, infección urinaria,, enfermedad hipertensiva del embarazo, rotura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, tabaquismo, embarazo gemelar y embarazo en la adolescente.(1-10)

En Montevideo Uruguay se han informado cifras entre 6 y el 15%. En Medellín Colombia, se encontró una frecuencia del 9,5%. Se hallaron resultados similares en el año 2001 casi una tercera parte de las mujeres cuyos dos partos anteriores habían sido prematuros, volvieron a presentarlo, y si tuvieron un primer parto a término y un segundo parto prematuro, un 24% tuvieron en su tercer embarazo un parto prematuro. (11)

En los países de América Latina el parto prematuro se comporta de manera similar, reportando tasas de 9,3 % en Argentina, Uruguay 8,7 %, Chile 5,6 %, Brasil con el 6,6 %, y Colombia 9,5 % del total de nacimientos. (11-13)

El nacimiento prematuro es el responsable del 75% de la mortalidad neonatal, y del 50% de la morbilidad neurológica a largo plazo, cerca del 4,5% de los niños que nacen con peso inferior a los 1000g son legalmente ciegos y de los que nacen con edad gestacional inferior a las 32 semanas, el 50 % presentan mayor vulnerabilidad a padecer de hipoacusia. (9, 12-16)

En Cuba, el nacimiento prematuro representa del 8 a 9 % de los partos y está asociado a 75 % de la mortalidad perinatal. Múltiples son los estudios realizados para la determinación de los factores que conducen al parto prematuro, basados fundamentalmente en la prevención llevada a cabo por el binomio médico enfermera de la familia. (17, 18)

En el municipio de Ciego de Ávila durante el 2010 se produjo un total de nacimientos de 1684 de los cuales 121 fueron prematuros representando así el 7.1%, de estos fallecieron 10 niños por diferentes causas. Al cierre del 2011 se

produjo una disminución de partos prematuros con relación al año anterior representado por el 5.6%. (19)

Justificación del estudio:

A pesar del desarrollo científico técnico que hemos alcanzado, el parto prematuro continúa siendo un preocupante hecho, que debemos enfrentar en las áreas del nivel primario de salud, 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, y a formular las siguientes preguntas de investigación:

¿Cómo se comporta el parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila?

¿Qué factores de riesgos predominaron en las madres con parto prematuro en el nivel primario de atención del municipio Ciego de Ávila?

Hipótesis: los factores de riesgos de parto prematuro en las áreas de salud del municipio Ciego de Ávila están asociados a los índices de nacimientos de niños antes del término de la gestación.

Objetivo general: Estimar la asociación existente entre algunas variables clínico epidemiológicas y la aparición de parto prematuro en pacientes del municipio Ciego de Ávila en los años 2011-2012.

Objetivos específicos:

- Describir el comportamiento del parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila en los años 2011-2012.
- Estimar la posible asociación entre las siguientes variables y la aparición de parto prematuro:
Antecedentes patológicos personales y familiares de parto prematuro y aborto, peso y talla materna, ganancia de peso durante el embarazo, anemia, Hábito de fumar y alcoholismo, Antecedentes de enfermedades crónicas, Infecciones, Embarazo múltiple, Alteraciones del líquido amniótico, Enfermedades del útero, Placenta previa, Preclampsia y Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)

Fundamento metodológico:

El diseño de la metodología se realizó en dos fases. Primeramente un estudio observacional descriptivo para describir el comportamiento del parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila dando salida al objetivo número uno, en un segundo tiempo un diseño observacional del tipo casos y controles nos permitió realizar un análisis de los factores de riesgo que con mayor fuerza de asociación se presentan en las cuatro áreas del municipio de Ciego de Ávila.

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

Métodos del nivel empírico:

- **Observación:** se realizó mediante un estudio del tipo casos y controles con una regresión logística univariada entre cada una de las variables o factores de riesgo y el parto prematuro.
- **Planilla para recolectar datos:** confeccionada al efecto que revisa la información de los libros de Registros de partos del Hospital Antonio Luaces Iraola, las historias clínicas y carnets obstétricos de las pacientes del municipio Ciego de Ávila que presentaron partos prematuros en los años 2011 y 2012.
- **Análisis estadístico:** Se utilizó el 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

En el presente capítulo se pretende abordar sobre la clasificación, posible etiología, factores de riesgo que lo condicionan y antecedentes teóricos del parto prematuro, así como la repercusión social dadas las complicaciones que ocasiona sobre el recién nacido.

Los partos prematuros pueden ser clasificados en tres entidades clínicas: parto prematuro espontáneo con membranas intactas (inicio espontáneo con contracciones) ocurre en un 50%, parto prematuro asociado a rotura prematura de membranas en un 30% (inicio del trabajo de parto luego de la rotura de membranas), y parto prematuro por indicación médica aproximadamente en el 30% de los casos (resulta de la interrupción médica prematura del embarazo por causa materna y/o fetal). En la Maternidad Sardá (2004) se encontró que el 26% eran partos provocados, el 32% ocurrió después de una rotura prematura de membranas y el 42% fueron idiopáticos (1, 16)

Está demostrado que a medida que se alarga el tiempo de gestación para la producción del parto, mejoran los indicadores de morbilidad y mortalidad sobre el recién nacido ya sean a corto y a largo plazo, según la edad de gestación en el que se produce, el parto prematuro se clasifica en: extremo cuando tiene 28 semanas o menos, éste período se caracteriza por un elevada mortalidad neonatal dado al bajo peso extremo del recién nacido y tiene una frecuencia del 7,0% , moderado entre 29 y 32 semanas que representa el 43% y el parto prematuro tardío que ocurre después de las 33 semanas de gestación constituyendo la edad de gestación de menos riesgo aún más si se aplicó medidas de maduración pulmonar fetal. (1, 3, 9, 16)

Atendiendo a su etiología se plantea es de origen multifactorial; teniendo en cuenta esto es de destacar que cerca del 30 al 50% no tienen causa que los justifique y se desarrollan espontáneamente. Entre los factores de riesgo epidemiológicamente relacionados a la aparición del parto prematuro espontáneo se destacan el nivel socioeconómico y el antecedente de parto prematuro previo que tiende además a incrementarse a menor edad gestacional que en el anterior. El embarazo múltiple constituye un factor de riesgo y está relacionado al 30% de los partos prematuros. Otros factores de riesgo están representados por infecciones del tracto genital, ruptura de membranas prematura, hemorragia anteparto, distensión uterina, incompetencia cervical y anomalías uterinas congénitas (corresponden entre todas al 20–25% de

casos); el restante (15–20%) corresponde a parto prematuro secundario a desórdenes hipertensivos del embarazo, restricción del crecimiento intrauterino, trauma y desórdenes médicos del embarazo. Todos estos se producen por la activación de uno o más de estos mecanismos: activación del eje hipotalámico-pituitaria-adrenal materno o fetal, Inflamación decidual y amniocoriónica, Hemorragia decidual. Distensión uterina patológica (embarazos múltiples y polihidramnios), cada uno de estos procesos ocurren a menudo, simultáneamente cada uno tiene una característica única bioquímica y biofísica con manifestaciones variables temporales y distintos perfiles epidemiológicos. (1, 3, 9, 16)

El parto prematuro ha sido una entidad a la que el obstetra, pediatra y médico general se han enfrentado durante años, grandes son los esfuerzos que se realizan en materia de investigación y asistencia para su disminución. A continuación se abordaran los principales factores de riesgo que lo predisponen y acciones que se han llevado a cabo para su identificación.

El embarazo en cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y convertirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea, el embarazo en la adolescencia eleva de 2 a 3 veces el riesgo de mortalidad, así lo describe Barón(2013) en su artículo, autores como Valenti (2004) quién plantea que la edad más frecuente con morbilidad perinatal es en las adolescentes, Arias Macías (2001): encontró asociación entre la edad materna inferior a los 17 años y el parto prematuro, otros autores han encontrado una relación entre la edad materna superior a los 35 años y la incidencia del parto prematuro, así lo demuestra Kristell (2012) en su investigación donde queda demostrada la asociación de las edades avanzadas con factores que influyen para la aparición del parto prematuro. (10, 16, 17, 20, 21-24)

Estudios realizados, dan a conocer que mas de la mitad de mujeres con parto prematuro presentan un nivel de escolaridad preuniversitario y solamente un pequeño porcentaje tuvo nivel escolar bajo, sin aparecer casos de analfabetismo. La literatura revisada plantea que a menor nivel de escolaridad

de la madre mayor es la probabilidad de tener un recién nacido bajo peso.¹⁰ Otros trabajos plantean un 4,2 % de madres sin educación y un 29,4 % con educación primaria, sin pesquisar otros niveles de educación. (25)

El nacimiento y atención de los recién nacidos de bajo peso constituyen hoy día un reto para los perinatólogos. Obviamente, la sobrevida y la incidencia de complicaciones están íntimamente relacionadas con la edad gestacional y el peso al nacimiento, son relevantes los recién nacidos de bajo peso extremo, pues en ellos se verifica con mayor frecuencia el fracaso terapéutico. El peso al nacer es sin dudas el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de tener un crecimiento y desarrollo satisfactorio; es por eso que el índice de bajo peso se considera un indicador general de salud, el uso prenatal de corticoides o el de surfactante pulmonar exógeno, contribuyen a mejorar la supervivencia y la calidad de vida de estos y a reducir la edad mínima de viabilidad. En investigación realizada por Bárcenas (2013) el peso de los recién nacidos se osciló entre los 2000 y los 2499 gramos. (6, 7, 26, 27)

El parto prematuro en gestantes con antecedentes de prematuridad oscila entre 17% y 40%, las embarazadas con un parto prematuro anterior tienen 2,5 veces más posibilidades de presentar un parto prematuro que las que no lo tienen. El antecedente de parto prematuro previo aumenta en 3 a 4 veces el riesgo de un nuevo parto prematuro; y en el caso de dos partos prematuros previos, el riesgo posterior aumenta en 6 veces. (18, 28)

El aborto es también uno de los factores de riesgo asociados al parto prematuro se define como aquella entidad en la que la mujer tenga dos o más pérdidas del producto de la concepción ya sean espontáneas o provocadas, antes de las 22 semanas de la gestación, esto ocurre en índices muy altos, según expertos el elevado uso del aborto en la población femenina cubana como método de regulación de la fecundidad, hace insuficiente la percepción y en cuanto a las consecuencias negativas de este procedimiento sobre la salud en general, sexual y reproductiva en particular. El aborto aumenta el riesgo de la mayoría de las principales causas de parto prematuro, tales como rotura de la membrana, mala posición del feto o la placenta y parto prematuro espontáneo. Morgan Ortiz (2010) reveló en su estudio una alta asociación con el parto prematuro y el haber presentado otro parto prematuro previo, y que el antecedente de

abortos previos tiene una alta significación y asociación con el parto prematuro. (32-35)

Durante los últimos años se ha retomado con gran interés el tema de la nutrición, aspecto esencial para la salud tanto para hacer efectiva la máxima que "prevenir es mejor que curar," como para combatir las enfermedades una vez desarrolladas éstas. En la gestante la mala nutrición por defecto de la madre antes de la concepción, es un estado desfavorable que produce un desequilibrio entre las necesidades y los aportes de energía y nutrientes al organismo que impiden el buen desarrollo de las funciones biológicas, de la misma forma las gestantes que sufren de anemia ferropénica presentan mayores posibilidades de tener nacimientos con retraso del crecimiento intrauterino, partos prematuros e incremento del riesgo de adquirir enfermedades infecciosas por parte del binomio materno fetal. Según Prendes Labrada(2001) las madres con talla menor de 150 cm tienen una tendencia elevada a tener hijos con peso inferior a 2500g agrega además que la desnutrición materna suele ser más común entre las madres menores de 20 años, muchas de las cuales no han completado aún su crecimiento y madurez nutricional y ginecológica (5, 33, 36-39)

La obesidad es un problema de salud grave que plantea un desafío significativo para la salud individual y pública estudios de casos y controles demuestran que en las mujeres primigestas ganan significativamente más peso al final del embarazo que las mujeres multigestas, y que en aquellas mujeres con sobrepeso u obesidad o con una ganancia de peso gestacional mayor a la recomendada tienen un mayor riesgo de presentar líquido amniótico anormal también las mujeres con sobrepeso previo al embarazo presentan mayor riesgo de evolución desfavorable del embarazo por el desarrollo de enfermedades como la hipertensión y la diabetes gestacional, Zonana-Nacach(2010) encontró que los bebés de madres obesas eran neonatos macrosómicos. (5, 40, 41)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el tabaco es una de las primeras causas de enfermedad crónica y de muerte prevenible en el mundo, en la gestante, la exposición al tabaco es la causa prevenible más importante asociada con el retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), el parto prematuro y el bajo peso al nacer se ha asociado además, con muerte fetal intrauterina y con anomalías en la función placentaria. (42)

En su investigación Tolosa (2011) describe que el hábito de fumar, durante el embarazo presenta conexión con el parto prematuro, se conoce el papel nocivo del tabaco sobre la embarazada y el futuro bebé, cuando la mujer usuaria de drogas se encuentra embarazada, se genera una agresión al producto *in útero*, lo que en el ámbito del Síndrome del niño maltratado (SNM) o Maltrato infantil (MI) se designa como Abuso fetal, otras investigaciones también lo demuestran inclusive se evidencia que el 60,1% de la mujeres que fumaron durante el embarazo presentaron parto prematuro debido que el tabaco ejerce una acción directa sobre el feto, ya que se ha encontrado taquicardia fetal después que la gestante ha consumido algún cigarrillo, y que afecta la circulación placentaria, pues provoca vasoconstricción y aumento de estrés oxidativo disfunción endotelial. (38, 42-45)

El alcoholismo no constituye aún un problema muy serio de salud en Cuba, pero va en aumento, y se debe profundizar como enfermedad incurable y que debe evitarse, para evitar complicaciones. Durante el embarazo si se consume alcohol, existe la posibilidad que se produzcan deformaciones, lo que se conoce con el nombre de síndrome del feto alcohólico, por la alta solubilidad del alcohol y del acetaldehído, que permite su circulación libre en la sangre de la madre y del feto. Estudios demuestran que han presentado malos resultados perinatales las gestantes con alcoholismo (44, 46,47)

La hipertensión arterial (HTA) es una de las complicaciones médicas más frecuentes y graves que pueden ocurrir en el transcurso de la gestación., representa la primera causa de muerte materna en países desarrollados y la tercera en países en vías de desarrollo, siendo además una importante causa de restricción del crecimiento fetal, bajo peso al nacimiento, prematuridad y morbilidad neonatal. Además de que puede coexistir con otras enfermedades como la Diabetes *Mellitus*, y las cardiopatías. La hipertensión arterial complica del 1 al 5 % de todos los embarazos y favorece al aumento de incidencia de preclampsia cuya fisiopatología se caracteriza por un vasoespasmo arteriolar generalizado, el cual se traduce en isquemia e hipoxia en los tejidos afectados y posterior necrosis y sangrado, con un trastorno hipertensivo, su incidencia varía entre un 2% y 25% en diferentes partes del mundo y constituye además causa de parto prematuro por indicación médica. (48-51)

En su investigación Torres (2009) analizó el grado de paridad de las gestantes, el 68 % de los casos fueron múltiparas hipertensas y desarrollaron partos prematuros. (52, 53)

Otros como Orizondo (2010) reportan que la preeclampsia y la restricción del crecimiento intrauterino posiblemente se asocian debido a una alteración del flujo útero-placentario que se atribuye a un defecto en la invasión trofoblástica. (54)

La Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMG), representa una de las condiciones médicas más comunes que complican el embarazo con repercusión no solo sobre la madre y el feto, sino también en el recién nacido, en su adolescencia y muy probablemente se extiende a la vida adulta, la diabetes gestacional concomita entre un 5 y 10% con las cardiopatías y que ambas son incidentes en el parto prematuro, según se plantea en su estudio hecho en la universidad de Medellín, Colombia. Sanabria (2012) demostró en su investigación que de un 26.3% de gestantes eran diabéticas y que de estas un 22.5% presentó parto prematuro, lo cual es un alto índice. Por otra parte en un trabajo hecho en el policlínico Héroes del Moncada en el municipio de Santiago de Cuba, Jorna (2012) encontró que de las enfermedades más frecuente, surgiendo a partir de esta hipertensión e infecciones urinarias. (55-57)

A pesar de los grandes adelantos en el conocimiento y tratamiento del asma bronquial, sus causas y mecanismos básicos, las tasas de morbilidad aumentan de forma directamente proporcional a los avances científicos alcanzados y frente a la multitud de nuevas modalidades terapéuticas. Se plantea que el asma bronquial puede complicar el embarazo en un 4 % y ocasiona trastornos en la oxigenación materno-fetal cuando no se controla adecuadamente, estudios demuestran que la enfermedad empeora en el 37 % de las embarazadas, mejora en un 29 % y sigue igual en un 37 %, y es más frecuente en el segundo trimestre e inicio del tercero y casi no se produce en las últimas cuatro semanas del embarazo y trabajo de parto. El control del asma antes y durante el embarazo es importante para una buena salud materno-fetal, ya que cuando se logran evitar episodios graves las pacientes embarazadas suelen tener embarazos normales y niños saludables, López (2012) y sus colaboradores en su investigación demostraron una relación de esta enfermedad con el parto prematuro y el bajo peso al nacer. (33, 58-60)

El embarazo afecta el sistema cardiovascular materno, y las cardiopatías pueden afectar a la madre embarazada y al feto. Cardiopatía es toda afección

del corazón, que pueda ser congénita o adquirida, compatible o incompatible con la vida y su gravedad se pone de manifiesto cuando se trata de una gestante. Complican entre el 0,2 % y el 3 % de los embarazos y son causa importante de mortalidad materna y de parto prematuro entre otras complicaciones. Según Toirac (2013) las adaptaciones funcionales del aparato cardiovascular en la preñez, el parto y el puerperio son extremadamente complejas: 18-20 y 28-32 semanas, el parto y el puerperio inmediato; tiempo último donde se produce una reversión hemodinámica brusca, que aumenta el gasto cardíaco en 60-80 %. Estos momentos de sobrecarga orgánica pueden ser, de hecho, difíciles de tolerar por la cardiópata, de tal manera que causan 25 % de las muertes maternas indirectas y se admiten como su primera condición causal. (4, 61-63)

La neumonía es una infección poco frecuente en la mujer embarazada aunque potencialmente fatal. Su epidemiología, etiología y aspectos diagnósticos y terapéuticos han sido poco estudiados. Las consecuencias de la neumonía sobre el feto pueden ser un menor peso al nacimiento y un trabajo de parto prematuro, presentando además otras complicaciones con forma aguda y con signos y síntomas que recuerdan los cambios propios de la gestación y por lo tanto pueden pasar inadvertidos, existiendo en muchos casos un retraso diagnóstico excesivo. La incidencia de neumonía durante el embarazo es variable y oscila entre 1 por cada 2,288 partos a 1 por cada 367 partos (0,04% y 0,2% respectivamente (64-67)

Se ha demostrado que la asociación de infecciones vaginales y urinarias tiene un alto por ciento en el parto prematuro, varios microorganismos afectan a la gestantes, estos gérmenes pueden producir una respuesta inflamatoria, proteasas, elastasas, mucinasas y colagenasas que pueden destruir o debilitar las membranas fetales, así como un aumento del ácido araquidónico y las prostaglandinas. Arnold Rodríguez (2014) en su estudio sobre las infecciones maternas durante el embarazo plantea que frecuentemente culminan en trabajo de parto antes de término, nacimientos espontáneos antes de término, lo que frecuentemente va acompañado con productos de bajo peso al nacer. La cervicovaginitis y la infección de vías urinarias son factores que pueden asociarse a ruptura prematura de membranas, López Villegas (2010) y sus colaboradores describieron que las infecciones vaginales en las gestantes tiene

una frecuencia del 30,8% con un predominio de las vaginosis bacteriana y las candidiasis, además se han encontrado relación entre las infecciones vaginales y el parto prematuro. (25, 28, 36, 69-73)

La infección del tracto urinario es un proceso inflamatorio determinado por la invasión y multiplicación de cualquier microorganismo, desde la uretra hasta el riñón, este proceso puede influir de forma negativa en la evolución de la gestación por varios mecanismos. Está demostrado que en la infección urinaria sintomática o no, existe un incremento de la incidencia de amenaza de parto prematuro. El paso del germen o sus toxinas al compartimento fetal, o la repercusión materna del proceso infeccioso, sobre todo cuando hay afectación secundaria hepática, pulmonar, cuadro séptico generalizado o shock séptico, todo ello actúa negativamente sobre el desarrollo del embarazo. Arango (2010) demuestra en su investigación que la bacteriuria como resultado de la infección urinaria y la infección cervicovaginal, tienen un elevado índice de parto prematuro. (28, 33, 36, 44, 69-73)

El embarazo múltiple es cuando coexisten dos o más fetos y su complicación es cuatro veces más que el de un embarazo simple, ocurre aproximadamente en el 1,5% del total de los embarazos y en el 60% de ellos el parto se produce de forma prematura, un aumento en su incidencia se ha debido a los tratamientos de reproducción asistida. Con el adelanto tecnológico y la introducción de la ultrasonografía en la obstetricia hace posible el mejoramiento de los resultados perinatales del embarazo gemelar. Estudios revelan que el riesgo de parto prematuro se encuentra 5,4 veces más en el embarazo múltiple y presentan complicaciones maternas y neonatales. (74-78)

Polihidramnios es el exceso de líquido en el saco amniótico, el saco amniótico es la "bolsa de agua" que está dentro del vientre y que protege al feto. El líquido amniótico elevado puede indicar un problema y constituye causa de parto prematuro dado a un aumento en la distensión uterina que desencadena el mecanismo de activación del parto. El 60% es de etiología idiopática pero también se le atribuyen causas maternas, fetales y placentarias complica al 1,3% de los embarazos y generalmente se asocia a la diabetes *Mellitus* gestacional, el embarazo múltiple y las anomalías congénitas, aumenta el riesgo de parto prematuro, ruptura de las membranas ovulares y desprendimiento de placenta normalmente insertada. El Oligohidramnios se traduce en una disminución en el volumen del líquido amniótico por debajo de los 500ml entre las 32 y 36 semanas, complica el 1.5% de los embarazos, entre sus principales causas se

encuentran las malformaciones renales del feto, intoxicación por nicotina, restricción del crecimiento intrauterino, ruptura de las membranas ovulares y un 5% de etiología idiopática. Constituye una causa de interrupción del parto prematuramente por indicación médica. (74, 79-82)

Las malformaciones uterinas, conocidas ya desde hace más de trescientos años, son importantes en la vida de la mujer como origen de alteraciones menstruales, infertilidad (aborto, parto prematuro) y esterilidad con sus manifestaciones clínicas y complicaciones, así como por su asociación a otras malformaciones del aparato genito-urinario. El motivo principal de los fracasos de la gestación en estas malformaciones se entendió inicialmente como simple defecto de distensión uterina por su alteración morfológica y estructural. Las malformaciones uterinas con una prevalencia de un 2% en la población general, de estas pacientes sólo un 25% presentan problemas reproductivos, sin embargo, en el grupo de mujeres con abortos recurrentes la frecuencia de anomalías uterinas sube al 25-30% en series recientes, lo cual la convierte en una patología importante a considerar en el estudio completo de infertilidad. Además debe considerarse que cada tipo de malformación uterina tiene diverso resultado reproductivo y en consecuencia un enfoque terapéutico diferente, lo cual explica la importancia de contar con técnicas diagnósticas que nos otorguen una caracterización precisa de la malformación. Dentro de las enfermedades del útero se presentan la insuficiencia cervical que se define como la pérdida de integridad funcional o estructural del mecanismo esfinteriano del orificio cervical interno, que se traduce por borramiento y dilatación del cérvix sin actividad uterina que lo genere provocando parto prematuro, la incompetencia ístmico-cervical, cuya etiología puede ser congénita, traumática, o funcional, puede producir abortos tardíos o partos inmaduros y en ocasiones está asociada a malformaciones congénitas del útero, Cruz Laguna (2008) en su investigación encontró un índice de prematuridad de 4,7% en gestantes con modificaciones cervicales después de aplicado un test de puntuación. (82-85)

La placenta previa es una gestorragia de la segunda mitad de la gestación que más complica la práctica obstétrica diaria contribuyendo al incremento de la mortalidad perinatal al indicador de bajo peso y el consecuente daño en los productos que logran supervivencia. Dada su cercanía con respecto al orificio cervical interno en embarazos de más de 20 semanas se clasifica en dos formas clínicas, previa propiamente dicha

cuando cubre total o parcialmente el orificio cervical interno o marginal cuando se encuentra a 3cm de él sin cubrirlo, la placenta previa tiene una incidencia de 1 por cada 200 a 390 embarazos y aumenta la mortalidad perinatal 3 a 4 veces fundamentalmente por parto prematuro indicado por las complicaciones que genera, el desprendimiento de la placenta hace que se produzca una hemorragia en la decidua relacionado por la producción de trombina que estimulan la producción de proteasas capaces de madurar el cuello uterino y provocar ruptura de las membranas prematuramente, con el desarrollo de la ultrasonografía ha dado la posibilidad de establecer un diagnóstico prenatal de la enfermedad con la toma de decisiones terapéuticas preventivas antes de la aparición de las complicaciones. 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. Rodríguez Cutiño (2013) y colaboradores encontraron una relación significativa entre la placenta previa y el parto prematuro (2, 4, 70, 74, 86)

La preeclampsia es una enfermedad que puede afectar a mujeres después de la semana 20 de embarazo, que se caracteriza por presión arterial sistólica igual o superior a 140 o diastólica igual o mayor de 90 mmHg y por proteinuria (presencia de proteínas en orina superior a 300 mg/24 horas o 30mg/dl en cualquier muestra), con o sin edema. Esta enfermedad es un trastorno multisistémico de etiología desconocida, que constituye una de las causas más importantes de morbimortalidad materna y perinatal en el mundo junto con la hemorragia y la infección forma una tríada letal. La evidencia actual sugiere que su fisiopatología está relacionada con un desequilibrio entre las proteínas angiogénicas y antiangiogénicas que se desencadena desde el inicio del embarazo, afecta entre el 2 y el 7 % de los embarazos en nulíparas sanas; ella condiciona el bajo peso al nacer y un incremento de muertes perinatales, por otra parte, en países donde los controles prenatales no tienen un adecuado seguimiento, la preclampsia-eclampsia representa entre el 40-80 % de las muertes maternas. (9, 48, 51, 53, 74)

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

población general, su incidencia varía de acuerdo a la edad gestacional: un 5% en el embarazo a término; 1,5% en el posttérmino y 1% en el pretérmino. Estudio realizado en el 2011 en Villa Clara demostró una incidencia de 2,7% en los años de estudio. (74, 87-89)

El nacimiento de niños prematuros y bajos pesos traen consecuencias desde el punto de vista social que no solo implican por su importancia para la morbilidad y la mortalidad infantil, sino que estos niños, por lo general, presentarán en lo adelante múltiples problemas, tanto en el período perinatal como en la niñez, la adolescencia y aún en la edad adulta a los supervivientes a menudo les ocurren discapacidades neurológicas: trastornos del lenguaje y aprendizaje, alteraciones visuales y auditivas, retraso mental y parálisis cerebral. (44, 90,91)

En las familias, a los costos socioeconómicos se suma el imponderable costo emocional. Se calcula que entre el 13 y el 24 % padecen trastornos neurológicos y entre el 6 y el 13 % déficit intelectual; repercutiendo en la adaptación social y calidad de vida. (92, 93)

Los recién nacidos extremadamente prematuros requieren la atención de personal altamente calificado y el uso de tecnología sofisticada, a menudo durante periodos largos. Además, se espera que los costos continúen elevándose debido a la disponibilidad de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas. (91)

Se plantea, que más de la mitad de los costos hospitalarios directos están relacionados con los cuidados de los recién nacidos con bajo peso cuya causa fundamental se produce por el parto prematuro. El estado cubano invierte cuantiosas sumas en la modernización de las salas de cuidados de estos niños, y en la preparación y especialización del personal que se encarga directamente de lograr la preservación de sus vidas. (94)

MATERIAL Y MÉTODO

Analítico de tipo casos y controles.

El diseño de la metodología se realizó en dos fases.

Primeramente un estudio observacional descriptivo para describir las características del parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila dando salida al objetivo número uno, en un segundo tiempo un diseño observacional del tipo casos y controles nos permitió realizar un análisis de los factores de riesgo que con mayor fuerza de asociación se presentan en las áreas del municipio Ciego de Ávila.

Universo de estudio: 207 mujeres del municipio Ciego de Ávila, con partos producidos entre las 22 y 36.6 semanas de gestación. Años: 2011-2012.

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

Muestra: 207 pacientes con parto prematuro y los controles (414) fueron hallados por muestreo de pareamiento atendiendo a tiempo y lugar.

Cumplimiento del objetivo 1:

Describir el comportamiento del parto prematuro atendiendo a su frecuencia y clasificación etiológica y algunas variables sociodemográficas.

Diseño: Observacional descriptivo.

Universo: 207 mujeres 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.

Variabes: índice de parto prematuro, clasificación etiológica, edad y escolaridad materna, peso del recién nacido, hábitos de fumar y alcohólico, distribución por áreas de salud.

Recolección de la información: Planilla de recolección de datos.

Cumplimiento del objetivo 2

Estimar los factores de riesgo de parto prematuro.

Diseño: Analítico de tipo casos y controles.

Universo:

- Casos: 207 mujeres del municipio Ciego de Ávila, con partos producidos entre las 26.6 y 36.6 semanas de gestación de los años 2011 – 2012
- Controles: Dos mujeres por cada caso con parto a término y recién nacido con peso de 2500 g o más que pertenezcan a la misma área de salud. (414)

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 u Odds ratio (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 $OR > 1$ y el LI del IC 95% > 1 : Asociación estadística Significativa

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 según edad materna
Escolaridad materna	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria básica Preuniversitario Universitario	Grado de escolaridad vencido	Porcentaje de mujeres según escolaridad.
Peso del recién nacido	Cuantitativa continua	Menos de 2500gr 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.
Antecedentes de partos prematuros personales o	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si: Partos prematuros previos	Disparidad de asociación de mujeres con

familiares.				antecedentes de partos prematuros.
Antecedentes de abortos de embarazos anteriores	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si: tener el antecedente de al menos 1 aborto previo al embarazo provocado o espontáneo.	Disparidad de exposición según abortos de embarazos provocados o espontáneos anteriores
Peso materno	Cuantitativa continua discretizada	Bajo Adecuado. Sobrepeso Obesa	IMC ≤ 18.8 kg/m ² . Deficiente IMC > 18.8 kg/m ² a < 25.6 kg/m ² . Adecuado. IMC ≥ 25.6 kg/m ² a < 28.6 kg/m ² . Sobrepeso. IMC ≥ 28.6 kg/m ² . Obesa	Disparidad de asociación de embarazadas con peso deficiente, sobrepesos u obesas a la captación.
Talla materna	Cuantitativa continua discretizada	Baja talla Talla normal	Baja talla: de 1.50m o Menos. Talla normal:	Disparidad de asociación de mujeres con baja talla.

			más de 1.50m	
Ganancia de peso durante el embarazo	Cuantitativa continua	Baja Moderada Alta	Según tablas nutricionales del libro: Alimentación, nutrición y salud. (95)	Disparidad de asociación de mujeres con ganancia de peso baja y alta
Anemia de cualquier etiología	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si: Cifras de Hemoglobina inferior a 110g/l en el embarazo	Disparidad de exposición según presencia de anemia en el embarazo.
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 crónica.(HTA) Diabetes Mellitus Asma Bronquial Cardiopatías de cualquier etiología.	Porcentaje y 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 múltiple	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si: presencia de embarazo múltiple	Disparidad de exposición según presentación de embarazo múltiple
Alteraciones del volumen de líquido amniótico	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	Disparidad de exposición según placenta

			previa	previa
Preclampsia	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si : diagnóstico de Preclampsia	Disparidad de exposición según presencia de Preclampsia.
Restricción del crecimiento intrauterino(RCIU)	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si: diagnóstico de RCIU	Disparidad de exposición según recién nacido prematuro con restricción del crecimiento intrauterino.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

Al describir el comportamiento del parto prematuro en el Municipio Ciego de Ávila en el período comprendido 2011-2012 se encontró un incremento en el índice de partos prematuros de 5,7% (2011) a 6,4% (2012), estos valores se corresponden con los presentados por los países desarrollados, lo que indica el valor de la medicina aplicada en Cuba. (Tabla 1) (9, 11-13)

Al clasificar el parto prematuro en el municipio de estudio, atendiendo a su etiología se encontró que 116 (56,0%) fueron espontáneos, 57 (27,6%) se corresponde con rotura prematuras de membranas y 34 (16,4%) ocurrió por indicación médica, estos valores se corresponden a los presentados por otros autores en sus investigaciones. (Figura 1)(1,16)

Según la edad de gestación en la que produjo el parto se observó que 144 de ellos ocurrió entre 34 y 36 semanas es decir hubo predominio de parto prematuro tardío (69,6%), 51 (24,6%) fueron entre 29 y 33 semanas y 12 (5,8%) se presentó con 28 semanas o menos de gestación, resultados similares han sido descritos por otros investigadores. (Figura 2) (1,3, 9,16)

Tabla 1. Frecuencia de partos prematuros en relación con los nacidos vivos. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

	2011		2012		Total	
Nacidos vivos	1760		1658		3418	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Partos prematuros	100	5,7	107	6,4	207	6,0

Fuente: Libro de parto. Hospital provincial Antonio Luaces Iraola

TABLA 2. Factores sociales en pacientes con partos prematuros. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012.

Factores	Casos n=207	
	No	%
Edad menor de 18 años	12	5,8
Edad entre 18 a 34 años	176	85,0
Edad de 35 años o más	19	9,2
Escolaridad Primaria	27	13,0
Escolaridad Secundaria	62	30,0
Escolaridad Preuniversitaria	98	47,3
Escolaridad Universitaria	20	9,7
	76	36,7

Fumadoras		
Alcoholismo	9	4,3

Fuente: Carnet obstétricos, historias clínicas

Al observar los factores sociales presentes en las pacientes con partos prematuros se obtuvo que existe un predominio en las edades comprendidas entre 18 y 34 años (85,0%), sin embargo estos resultados no se corresponden con otros autores como Valenti (2004), Arias (2001) y Kristell (2012) que en sus estudios obtuvieron un predominio de parto prematuro en edades extremas entre otros autores y con respecto a la escolaridad hubo un predominio de la preuniversitaria terminada (47,3%), no así por Ruíz Martínez(2011) que refiere que el parto prematuro se presenta en gestantes con menos nivel cultural. (16,17, 20, 25, 33)

La prevalencia de mujeres fumadoras que presentaron parto prematuro fue de 36,7%, resultado superior al encontrado por Tolosa (2011) en su investigación (21% adictas al tabaco), respecto al consumo de alcohol este autor encontró una prevalencia de alcohólicas del 4,3%, inferior al encontrado en por Berenzon (2007) en su estudio (3,5%) (33, 42, 43)

TABLA 3. Distribución de recién nacidos prematuros según su peso al nacer. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012.

Peso del recién nacido	No	%
Menos de 1000gr	7	3,2
Entre 1000 y 1499gr	16	7,4
Entre 1500 y 2499gr	94	43,1
2500gr ó más	101	46,3
Total	218	100

Fuente: libros de registros de parto Hospital ALI

Atendiendo al peso del recién nacido se observó un predominio de los niños prematuros con peso superior a los 2500gr lo que no tiene coincidencia con Bárcenas (2013) que en su investigación encontró predominio de niños con pesos entre 2000 y 2499gr teniendo relación con otras causas como la restricción de crecimiento intrauterino y al comparar los resultados con estudio realizado por Couto (2014) estos son similares excepto que éstos presentan

predominio de los recién nacidos con pesos entre 1500 y 2499gr sobre los que tienen peso adecuado ó 2500gr y más, no así en esta investigación. (7, 27, 28)

En la presente tabla se realiza una caracterización demográfica del parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila en los años de estudio en la que se observa que el área de salud más afectada es la Norte, dado que es el área de salud más poblada del municipio (38,7%), le continúan en orden de incidencia el área centro (21,7%), y las áreas Belkis Sotomayor y Sur con 19,8% de prevalencia cada una.

TABLA 4. Distribución de partos prematuros según Área de salud. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012.

Área de salud	Número de partos prematuros	%
Norte	80	38,7
Centro	45	21,7

Sur	41	19,8
Belkis Sotomayor	41	19,8
Total	207	100,0

Fuente: libros de registros de parto Hospital ALI

Tabla 5. Nutrición a la captación y durante el embarazo de las pacientes con partos prematuros. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Variables	Casos		Controles		OR	IC (95 %)
	Expuestos	No Expuestos	Expuestos	No Expuestos		

Bajo peso materno a la captación*	120	87	140	274	2,69	1,91-3,80
Obesa o sobrepeso	43	164	107	307	0,75	0,50-1,12
Baja talla materna	43	164	79	335	1,11	0,73-1,68
Ganancia de peso baja durante el embarazo**	114	93	124	290	2,86	2,02-4,04
Ganancia de peso alta durante el embarazo	54	153	116	298	0,90	0,62-1,32
Anemia	63	144	97	317	1,42	0,98-2,07

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

* X^2 32,09 (p: 0,0000)

** X^2 35,78(p: 0,0000)

Se ha demostrado que el bajo peso materno, la ganancia de peso insuficiente y la talla inferior a los 1.50cm, son factores que determinan en la aparición del parto prematuro, en este estudio se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre el bajo peso materno a la captación (OR 2,69 p: 0,000), y la ganancia de peso baja durante el embarazo (OR 2,86 p: 0,0000), no coincidiendo con Gramage (2013) que encontró resultados perinatales complicados en gestantes con ganancia de peso exageradas durante su embarazo. Con respecto a la talla inferior a 150cm esta no presentó asociación estadística con el parto prematuro en el municipio de estudio, no estando acorde con estos autores. (5, 33, 36)

La obesidad y la ganancia de peso alta no presentaron asociación con el parto prematuro lo que no se corresponde con otros autores como Zonana (2010) y

Gil (2010) que plantean la relación de la obesidad pregestacional y elevada ganancia de peso materno con el parto prematuro dada la presencia de complicaciones originadas por ella como la hipertensión gravídica y la diabetes mellitus gestacional. (5, 40, 41)

La anemia en este estudio demuestra relación con el parto prematuro (OR 1,42), no siendo significativa (IC 0,98-2,07) a pesar que el déficit de hemoglobina ocasiona una disminución en el transporte de oxígeno al feto y por tanto se produce un retardo en su crecimiento y desarrollo, que conllevan a interrupción del embarazo de forma prematura, este resultado no se corresponde con Koura (2012) y sus colaboradores que encontraron asociación significativa entre la anemia y el parto prematuro. (37)

Tabla 6. Antecedentes obstétricos y hábitos tóxicos durante el embarazo de las pacientes con parto prematuro. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

	Casos	Controles	
--	-------	-----------	--

Variables	Expuestos	No Expuestos	Expuestos	No Expuestos	OR	IC (95 %)
Antecedentes de Parto prematuro	56	151	87	327	1,39	0,94-2,05
Antecedentes de abortos *	127	82	153	261	2,70	1,92-3,81
Fumadoras **	76	131	116	298	1,49	1,04-2,12
Alcoholismo	9	198	22	392	0,80	0,36-1,79

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

n=207

* χ^2 32,19 (p: 0,000)

** χ^2 4,48 (p: 0,034)

La prevención del parto prematuro constituye una de las prioridades del sistema de salud de cualquier país, el antecedente de parto prematuro es un factor que en el presente estudio tiene una significación estadística no significativa (OR 1,39), y una fuerte asociación al parto prematuro del antecedente de aborto (p: 0,000) en las áreas de salud del municipio Ciego de Ávila, estos resultados se corresponden a los presentados por otros autores como Morgan y col (2010). (25, 32)

El tabaquismo durante el embarazo ha sido relacionado con resultados perinatales desfavorables, a pesar que el feto no se encuentra expuesto directamente al humo del tabaco en la embarazada fumadora existe una concentración de nicotina que afecta el crecimiento y desarrollo del feto, en las áreas de salud de estudio se encontró una asociación del hábito de fumar con el nacimiento de niños prematuros (OR 1,49 p: 0,034), otros autores han encontrado resultados similares, tales como Tolosa que encontró asociación

del tabaquismo en embarazadas y el bajo peso al nacer, entre otros. (15, 18, 33, 34, 42, 44, 45, 47)

Otro de los efectos nocivos a los que puede estar expuesta la mujer embarazada es el alcohol, éste repercute negativamente sobre el feto produciéndose el llamado “Síndrome de alcoholismo fetal”, en este estudio no se encontró significación estadística (OR 0,76), no coincidiendo con Berenzon (2010) (OR 3,4), y Mayo (2011) que encontró significación estadística al no tener en el grupo estudio gestantes consumidoras de alcohol. (15, 43-47)

Tabla 7. Antecedentes de enfermedades crónicas y su relación con el parto prematuro. Municipio de Ciego de Ávila. 2011-2012

Factores de Riesgo	Casos		Controles		OR	IC (95 %)
	Expuestos	No Expuestos	Expuestos	No Expuestos		
Hipertensión arterial crónica.(HTA)	45	162	100	314	0,87	0,58-1,30
Diabetes Mellitus	16	191	54	360	0,55	0,31-1,00
Asma Bronquial	68	139	149	265	0,87	0,61-1,23
Cardiopatías de cualquier etiología.	26	181	46	368	1,14	0,68-1,91

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

n=207

La hipertensión arterial (HTA) siendo una de las complicaciones médicas más frecuentes y graves que pueden ocurrir en el transcurso de la gestación, en este estudio no presentó asociación estadística con el parto prematuro, estos

resultados no se corresponden con autores como Sáez (2012), López (2012), Torres (2009), Couto (2014) y Sanabria (2012) que demuestran relación entre la hipertensión y el parto prematuro. (8, 15, 28, 50-52, 57,59, 61)

La diabetes mellitus es una de las enfermedades que en los últimos años ha ido en aumentando considerablemente trayendo consigo múltiples afecciones, teniendo en cuenta este factor no presentó asociación estadística (OR: 0,55) con el parto prematuro, lo que no está acorde con lo encontrado por otros autores como Jorna (2012) que encontró predominio de parto prematuro en pacientes con diabetes gestacional, similar resultado tuvo Machado (2013). (55, 56, 57)

El control del asma antes y durante el embarazo es importante para una buena salud materno-fetal, ya que cuando se logran evitar episodios graves las pacientes embarazadas suelen tener embarazos normales y niños saludables, al analizar el asma bronquial y su relación con el parto prematuro en el municipio estudio estas no presentaron asociación estadística (OR: 0,87) de forma diferente lo planteó López (2012) en su estudio que presentó una prevalencia de pacientes con parto prematuro y antecedentes de asma bronquial con asociación estadística entre ellas. (58-60)

Ante las enfermedades crónicas, la mujer gestante, parturienta, puérpera y su hijo, constituyen sujetos de muy alta vulnerabilidad por su relación con el parto prematuro, respecto a estas se encontró que solamente las cardiopatías presentan asociación estadística no siendo significativa (OR 1,14 IC 0,68-1,91), estos resultados no se corresponden a los dados por autores como Toirac (2013) que al concluir su estudio ha reconocido diferencias de alta significación ($p=0,00192$) que permitieron identificar 2 niveles de riesgo: las anémicas, diabéticas y cardiópatas, consideradas de bajo riesgo, y las hipertensas, reunidas en el grupo de riesgo alto. (61, 62)

Tabla 8. Infecciones maternas y su relación con el parto prematuro. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Factores de Riesgo	Casos		Controles		OR	IC (95 %)
	Expuestos	No Expuestos	Expuestos	No Expuestos		
Respiratorias	81	175	126	239	0,87	0,62-1,23
Vaginales *	139	68	183	231	2,58	1,82-3,65
Urinarias**	123	84	165	249	2,20	1,57-3,10

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

n=207

*X² 28,19(p: 0,0000)

** X² 20,46 (p: 0,0000)

Durante el embarazo las infecciones constituyen un factor de riesgo no solo para la aparición de parto prematuro y también ejercen influencia negativa sobre el peso materno y por tanto la gestante tiene una probabilidad de presentar como resultado de su embarazo un niño bajo peso, en este estudio se encontró una asociación significativa entre las infecciones tanto vaginales (OR 2,58 p: 0,0000) como urinarias (OR 2,20 P: 0,0000), con el parto prematuro en las pacientes del municipio Ciego de Ávila, resultados

coincidentes con autores tales como Faneite (2006), Rodríguez (2013), López (2010) y Montalvo (2013). (33, 44, 70,71,73,74)

Tabla 9. Enfermedades maternas y su relación con el parto prematuro. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Factores de Riesgo	Casos		Controles		OR	IC (95 %)
	Expuestos	No Expuestos	Expuestos	No Expuestos		
Gemelaridad*	14	193	8	406	3,68	1,51-8,92
Alteraciones del volumen de líquido amniótico	26	161	62	352	0,81	0,49-1,33
Placenta previa	9	198	27	387	0,65	0,30-1,41
Enfermedades del útero	40	167	76	338	1,06	0,69-1,63
Preclampsia	26	181	46	368	1,14	0,68-1,91
Restricción del crecimiento intrauterino(R CIU)	11	196	44	370	0,47	0,23-0,93

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

n=207

* χ^2 8,06 (p: 0,0045)

Al analizar algunos factores de riesgo propios del embarazo se encontró que la gemelaridad (OR 3,68 p: 0,0045) presentó una elevada asociación al parto prematuro en las pacientes del municipio Ciego de Ávila, así lo demuestran también autores como López (2012), entre otros autores. (74-78)

Existe evidencia suficiente y de buena calidad que afirma que el Índice de líquido Amniótico (ILA) aumenta la tasa de diagnóstico de oligohidramnios, incrementando por consiguiente la tasa de intervenciones sin mejorar los resultados perinatales, respecto a esta variable se obtuvo (OR: 0,67), no existiendo una asociación estadística lo que no concuerda con Lugones (2010) que encontró asociación significativa entre este factor de riesgo y el parto prematuro. (74, 79-82)

La placenta previa aumenta la mortalidad perinatal 3 a 4 veces fundamentalmente por parto prematuro indicado por las complicaciones que genera, respecto a esta variable se obtuvo (OR: 0,65), no existiendo una asociación estadística, varios estudios demuestran significancia entre la placenta previa y el parto prematuro, así lo corrobora Rodríguez (2013) en su estudio.(70, 74, 86)

En las malformaciones uterinas; el estado de vascularización endometrial, las alteraciones menstruales, la infertilidad; el aborto, el parto prematuro y la esterilidad constituyen las primeras complicaciones de las afecciones uterinas. Respecto a esta variable se obtuvo (OR: 1,06), existiendo una asociación estadística pero no significativa lo que no concuerda con otros estudios en los que se demuestra asociación significativa entre este factor de riesgo y el parto prematuro, autores como Cruz (2009) encontró asociación estadística entre estas y el parto prematuro. (82-85)

La preeclampsia considerada una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatales en esta investigación presentó asociación con el parto prematuro, sin embargo no fue significativa (IC 0,68-1,91), lo que se

corresponde con autores como Rodríguez (2013), Mayo (2011) entre otros. (9, 44, 48, 51, 53. 70,)

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y el feto pequeño para la edad gestacional se presenta con incidencia variable en los embarazos. Atendiendo a esta variable se obtuvo (OR: 0,47), no existiendo una asociación estadística lo que no concuerda con estudios en los que se encontró asociación significativa entre este factor de riesgo y la prematuridad Godoy (2010) en investigación realizada sobre la restricción de crecimiento intrauterino encontró asociación entre éste y el parto prematuro. (86-91)

CONCLUSIONES

En el presente estudio se encontró que el índice de parto prematuro promedio fue de 6,0%, más de la mitad fueron espontáneos y tardíos con predominio del bajo peso al nacer.

Se produjo con más frecuencia en edades comprendidas entre los 18 y 34 años con un nivel de escolaridad preuniversitaria y fumadoras.

Al estimar el riesgo se observó asociación estadística significativa con el parto prematuro: el bajo peso materno a la captación, la ganancia de peso baja durante el embarazo, el antecedente de aborto, embarazadas fumadoras, las infecciones vaginales, urinarias y la gemelaridad.

RECOMENDACIONES

Se recomienda la necesidad de investigaciones para profundizar y ampliar el campo de estudio del parto prematuro y así evitar las complicaciones del mismo.

Bibliografía.

1. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia Diagnóstico y manejo del parto pretérmino. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2009 [citado 27 feb 2013]; 77(5): [aprox. 9 p.]. Disponible en:www.saludbc.gob.mx/wpcontent/uploads/2011/.../IMSS_063_08_EyR.pdf
2. 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>
3. Pérez-Molina J, Panduro-Barón G, Quezada-López C. Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea. (Spanish). Ginecologia Y Obstetricia De Mexico [serial on the Internet]. (2011, Oct), [cited August 10, 2014]; 79(10): 607-612. Available from: MedicLatina. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d6ecba4e-b390-4567-8153-d99d47ab6fbe%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4201>
4. Laterra C, Andina E, Di Marco I. Guía de prácticas clínicas. Amenaza de parto prematuro. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá [Internet]. 2003 [citado 17 Abr 2012]; 22(1):28-43. Disponible en: <http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Obstetricia/Guias-AmenazaPartoPrematuro.pdf>
5. 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.
6. San José Pérez DM, Mulet Bruzón BI, Rodríguez Noda O, 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

7. Bárcenas González, M., Soria Pérez, R., Merencio Leyva, N., Palencia Tamayo, R., & Roblejo Belett, M. C. (2013). Caracterización clínica epidemiológica del bajo peso al nacer en el área de salud Mayarí. *Correo Científico Médico*, 17(1), 55-63. [citado 25 may.2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000100008&nrm=iso
8. Gala Vidal H, Crespo Mengana E, García Díaz RC, Bertrán Bahades J, Valón Rodríguez ÁO. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en una comunidad venezolana. *MEDISAN* [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2014 Mayo 25]; 14(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000200011&lng=es
9. Villanueva Egan LA, Contreras Gutiérrez AK, Pichardo Cuevas M., Rosales Lucios J. Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecol Obstet Mex* 2008; 76(9):542-8. Disponible en <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/.../Ginecol-542-8.pdf> [Consulta : fecha de acceso:31/3/2010]
10. Barón, JV. (2013). Embarazo en adolescentes complicaciones. *rev med de costa Rica y Centroamérica*, 70(605), 65-69. [Citado: 5 jun 2014] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131m.pdf>
11. 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>
12. 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

13. 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/pdfs/23_Tratamiento-y-Prevencion-del-Parto-Pretermino.pdf
14. México. Secretaría de Salud. Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino[Internet]. 2009[citado 22 Ene 2013].[aprox. 36 pantallas]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/063GER.pdf>
15. Gravette MG, Rubens CE, Nunes TM, Victora CG .Global report on preterm birth and stillbirth. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet].2010[26 feb2013], 10 (1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/S1/S2>
16. Valenti EA. Screening para parto pretérmino en control prenatal Rev. del Hospital infantil Ramón Sarda [Internet].2004 [citado 10 ene 2013]; 23 (001): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ForazarDescargaArchivo.jsp?cvRev=912&cvArt=91223105&nombre=Screening%20para%20parto%20pret%20rminoen%20control%20prenatal>.
17. Arias Macías G, Rosa Torres M, Pérez Valdés N, Milián Vidal M. Factores prenatales relacionados con la prematuridad: Rev. Cubana Pediatr [Internet]. 2001[citado 27 feb 2013]; 73(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: bvs.sld.cu/revistas/ped/vol73_1_01/ped02101.pdf
18. Cruz Laguna G, González Balmaseda A, Uribasterra Campos A. Prevención de la prematuridad: ¿sueño o realidad? MEDISAN [Internet]. 2005 [citado 27 feb 2013]; 9 (2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san10205.htm
19. Informe Anual del Programa de Atención Materno infantil. Municipio Ciego de Ávila; 2011

20. Kristell Nolasco-Blé A, Jorge Hernández-Herrera R, Mónico Ramos-González R. Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada. (Spanish). Ginecología Y Obstetricia De Mexico [serial on the Internet]. (2012, Apr), [cited August 10, 2014]; 80(4): 270-275. Available from: MedicLatina.
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a9680dbe-c16e-4238-96f6-d569a7bb247f%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4201>
21. Mariño Membribes ER, Ávalos González MM, Baró Jiménez VG. Comportamiento del embarazo en la adolescencia en el policlínico "Aleida Fernández Chardiet". Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2014 Jun 05]; 27(4): 446-454. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400003&lng=es.
22. Acosta-Varela M, Cárdenas-Ayala V. El embarazo en adolescentes Factores socioculturales. (Spanish). Revista Medica Del IMSS [serial on the Internet]. (2012, Aug), [cited September 3, 2014]; 50(4): 371-374. Available from: MedicLatina.
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8ca71749-efae-41be-b0a7-c7dfe3631565%40sessionmgr111&vid=0&hid=118>
23. Villarreal Blanco V. Complicaciones de las Gestaciones Gemelares. (Spanish). Informe Medico [serial on the Internet]. (2012, Feb), [cited August 10, 2014]; 14(2): 91-98. Available from: MedicLatina.
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9d91fd07-f09f-46db-b464-35ed3d9d3386%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4201>
24. García Alonso I, Alemán Mederos MM. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2014 Jun 06] ; 39(2): 120-127. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000200007&lng=es.
25. 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>

26. Programa para la reducción del bajo peso al Nacer. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 1998.
27. Molina Hernández OR., & Regalado Sánchez A. (2010). Recién nacido de peso extremo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 36(2), 32-41. [citado 25 may.2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000200005&nrm=iso
28. Couto Núñez Dayana, Nápoles Méndez Danilo, Montes de Oca Santiago Pedro. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. MEDISAN [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 2014 Ago 12] ; 18(6): 841-847. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000600014&lng=es
29. Arraztoa VJ, Serra TR, De Mayo GT, Olivares AF, Gabler PC, Ramírez AS. El intervalo entre aborto espontáneo y una nueva concepción no afecta el resultado perinatal. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [revista en la Internet]. 2012 [citado 2014 Jun 08] ; 77(6): 423-427. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000600003>.
30. Valenzuela YC. Aborto terapéutico y ética científica. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [revista en la Internet]. 2011 [citado 2014 Jun 08] ; 76(5): 285-289. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000500001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000500001>.
31. Isla Valdés A, Velasco Boza A, Cruz Hernández J, Díaz Curbelo A, Salas Castillo L. El aborto dentro del contexto social. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2014 Jun 08] ; 26(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100014&lng=es.

32. Morgan-Ortiz, F., Muñoz-Acosta, J., Valdez-Quevedo, R., Quevedo-Castro, E., & Báez-Barraza, J. (2010). Efecto del intervalo intergenésico postaborto en los resultados obstétricos y perinatales. *Ginecol Obstet Mex*, 78(1), 46-52. [citado 7 jun 2014] Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=7&sid=0b9ea9cb-105e-4fa2-a3e4-29a63d2614bf%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4201>
33. Montalvo Millán AE, Ávila Rondón Rolando. Factores maternos que predisponen el nacimiento del recién nacido de muy bajo peso. *Multimed* 2013; 17(1) Ene-Mar [citado 2014] Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2013/v17-1/7.html>
34. León IS. Partos pretérmino comprometen tasa de mortalidad infantil en Ciego de Ávila Periódico Invasor [serial on the Internet]. 2012.
35. Ortiz CR, & Merlos AC. (2001). La actividad sexual como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino. *Rev Fac Med UNAM*, 44(5). [citado 7 jun 2014] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2001/un015c.pdf>
36. Gramage-Córdoba L, Asins-Cubells A, Álvarez-Rodríguez S, Alonso-Bellido M, Aguirre-Jaime A. Ganancia de peso para un parto sin complicaciones: límite de aumento ponderal según el índice de masa corporal previo. (Spanish). *Matronas Profesion* [serial on the Internet]. (2013, Jan), [cited August 10, 2014]; 14(1): 10-16. Available from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a663c1e8-6fa8-4fca-b07b-d0f42bedfd87%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4201>
37. Koura G, Ouedraogo S, Le Port A, Watier L, Cottrell G, Garcia A, et al. Anaemia during pregnancy: impact on birth outcome and infant haemoglobin level during the first 18 months of life. *Tropical Medicine & International Health* [serial on the Internet]. (2012, Mar), [cited August 10, 2014]; 17(3): 283-291. Available from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=33392574-4f08-424a-9db2-2dcb92e345a2%40sessionmgr4003&vid=0&hid=4201>

38. Prendes Labrada M de la C, Jiménez Alemán GM, González Pérez Ri, Guibert Reyes W. Estado nutricional materno y peso al nacer. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2001 Feb [citado 2014 Jun 26] ; 17(1): 35-42. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000100005&lng=es.
39. Plasencia, L. C., Duverergel, R. D., Piñeiro, R. C., Sáez, A. R. A., & Weatherly, M. M. (2013). Caracterización de los factores de riesgo materno asociados al bajo peso al nacer. Isla de la Juventud. Abril 2007-Abril 2009. *Revista Médica de la Isla de la Juventud*, 1(12). [citado 25 may.2014] Disponible en: <http://www.remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/6/>
40. Zonana-Nacach A, Baldenebro-Preciado R, Ruiz-Dorado MA. Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2014 Jun 10] ; 52(3): 220-225. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000300006&lng=es
41. Gil Almira A. Variación del peso materno en el embarazo. *MEDISAN* [revista en la Internet]. 2010 Feb [citado 2014 Jun 26] ; 14(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000100012&lng=es.
42. Tolosa JE., Echavarría-Restrepo LG., & Agudelo B. (2011). Smoking during pregnancy: a preventable silent epidemic in Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62(2), 119-122. [citado 2014 Jun 26]; 14(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1952/195222502001.pdf>
43. Berenzon Gorn, Sh; Romero Mendoza, M; Tiburcio Sainz, M; Medina-Mora Icaza, MaE; Rojas Guiot E. Riesgos asociados al consumo de alcohol durante el embarazo en mujeres alcohólicas de la ciudad de México *Salud Mental*. ene2007, Vol. 30 Issue 1, p31-38. 8p. [citada 5.jun.2014] Disponible en: http://content.ebscohost.com/pdf19_22/pdf/2007/7LB/01Jan07/250462

[49.pdf?T=P&P=AN&K=25046249&S=R&D=lth&EbscoContent=dGJyMTTo50SeprQ4yOvsOLCmr0yepRFsKa4Sq6WxWXS&ContentCustom](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/pdf/T1.pdf)
[er=dGJyMPGnr06vr7JJuePfgex64fg3%2Bp9](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/pdf/T1.pdf)

44. Mayo Márquez RC., López Borroto K., & García Ranero AB. (2011). Factores influyentes en el bajo peso al nacer en el área salud Camilo Cienfuegos de Chambas, 2007-2008. *Mediciego*, 17(2). [citado 2014 May 25] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/pdf/T1.pdf
45. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M, Pichs García LA, Miyar Pieiga E. Las consecuencias del tabaquismo. *Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]*. 2006 [citado 24 feb2013]; 44(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol44_3_06/hie07306.htm
46. Wood, Debra RN. Síndrome de alcoholismo fetal: Alcohol en el embarazo; Consumo de alcohol durante el embarazo; FAS [INTERNET] [citado 2014 May 25] Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=h3h&AN=HL103703&lang=es&site=chc-spa>
47. Odendaal HJ, Steyn DW, Elliott A, Burd L. Combined effects of cigarette smoking and alcohol consumption on perinatal outcome. *Gynecol Obstet Invest*. 2009;67(1):1-8. doi: 10.1159/000150597. Epub 2008 Aug 6. [INTERNET] [citado 2014 May 25] www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18685256
48. Vázquez-Rodríguez J, Rico-Trejo E. [Role of uric acid in preeclampsia-eclampsia]. *Ginecología Y Obstetricia De México [serial on the Internet]*. (2011, May), [cited August 10, 2014]; 79(5): 292-297. Available from: MEDLINE Complete. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=10b0e748-a768-42ef-a39c-e443073b1782%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4201>
49. Navas M, Ojeda A, Oviedo L, Pacheco D, Alonso JF, Guevara H, et al. Patologías Médicas Asociadas a Hipertensión Arterial durante el Embarazo y sus Consecuencias Perinatales. *Departamento de Salud Pública, Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela*. [Internet]

2010. [Citado 28 ene 2013] INFORMED Vol. 12, N° 7. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fca42f0e-d840-474b-8d66-ce21bff8ea40%40sessionmgr11&vid=1&hid=10>
50. Sáez Cantero Viviana, Pérez Hernández María Teresa, Agüero Alfonso Gonzalo, González García Hortensia, Alfonso Dávila Antonio. Resultados perinatales relacionados con trastornos hipertensivos del embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2014 Ago 12] ; 38(1): 36-44. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100005&lng=es
51. López-Carbajal, MJ., Manríquez-Moreno, M. E., Gálvez-Camargo, D., & Ramírez-Jiménez, E. Factores de riesgo asociados con preeclampsia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2012; 50 (5): 471-476 [revista en la Internet]. [citado 26 sep. 2013] Disponible en : <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=99bf779e-8f4a-42db-bc04-2c2f22cde6ea%40sessionmgr15&vid=1&hid=23>
52. Torres Sánchez Y, Lardoeyt Ferrer R, Lardoeyt Ferrer M. Caracterización de los factores de riesgo en gestantes con hipertensión gestacional y crónica en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2014 Jun 28]; 25(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200004&lng=es.
53. Quirarte-Medina M, Carvajal-Gómez A, Martínez-Vara G. Morbimortalidad por preeclampsia en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología. (Spanish). Revista De Sanidad Militar [serial on the Internet]. (2013, Nov), [cited August 10, 2014]; 67(6): 233-238. Available from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0abda654-5f44-42c9-8c00-503adc671c63%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4201>

54. Orizondo Ansola R, Ferrer Blanco BE, Pentón Cortes R, Días Fernández C. Resultados obstétricos y perinatales en 150 pacientes con hipertensión arterial crónica asociada al embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2006 Dic [citado 2014 Jun 10]; 32(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000300002&lng=es
55. Machado-Alba, JE, Machado-Duque, ME. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con dislipidemia afiliados al sistema de salud en Colombia. *Rev. perú. med. exp. salud pública* [online]. 2013, vol.30, n.2 [citado 2014-06-28], pp. 205-211. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000200007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.
56. Jorna Calixto AR, Rodríguez Crespo I, Véliz Martínez PL, Cuellar Álvarez R, Olivera Nodarse Y. Comportamiento del bajo peso al nacer en el Policlínico Universitario "Héroes del Moncada" (2006-2010). *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2014 Jun 28]; 28(1): 3-14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000100002&lng=es.
57. Sanabria Arias AM, Nodarse Rodríguez A, Carrillo Bermúdez L, Couret Cabrera MP, Sánchez Ramírez NM, Guzmán Parrado R. Morbidity in newborns weighing less than 1500 g. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2014 Jun 28]; 38(4): 478-487. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400005&lng=es.
58. Arteaga Prado Y, Arencibia Díaz L, Gómez Guerra DB, Martínez Martínez A, Almora Carbonell C. Caracterización epidemiológica de la descompensación aguda del asma bronquial. *Rev. Ciencias Médicas* vol.17 no.4 Pinar del Río jul.-ago. [Internet] 2013. [Citado 25 dic. 2013] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400011&lng=es&nrm=iso

59. López JI, Lugones Botell Miguel, Mantecón Echevarría Susana María, González Pérez Camilo, Pérez Valdés-Dapena Déborah. Algunos factores de riesgo relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2014 Sep 11]; 38(1): 45-55. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100006&lng=es
60. De la Vega Pazitková T., Pérez Martínez V, Alerm González A, Lecha EL. El asma bronquial y su asociación con los cambios de tiempo. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2014 Jun 28]; 26(4): 665-672. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000400009&lng=es.
61. Toirac Lamarque Abelardo Salvador, Pascual López Viviana, Blanco Román Gladys, Daudinot Coss Carlos, Rodríguez Tabares Alejandro. Enfermedades crónicas no transmisibles. Caracterización comparativa para gestantes portadoras y su descendencia. MEDISAN [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2014 Sep 10]; 17(12): 9094-9109. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001200010&lng=es.
62. Toirac Lamarque Abelardo, Pascual López Viviana, Blanco Román Gladys. La gestación en la cardiópata. Parte II. Caracterización clínica básica del perinato. MEDISAN [revista en la Internet]. 2012 Oct [citado 2014 Sep 10]; 16(10): 1554-1566. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001000011&lng=es.
63. Chio Naranjo I, Guerra Chang E, Yanes Calderón M, Román Rubio P, Pérez Torga JE, Pérez Felpeto R. Repercusión del embarazo en gestantes con diagnóstico de cardiopatía congénita. Rev Cubana ObstetGinecol [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2014 Jun 11]; 38(2): 170-181. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200004&lng=es

64. Cabello a. H, Manieu MD, Ruiz CM. Enfermedades Respiratorias en el Embarazo. Rev. chil. enferm. respir. [revista en la Internet]. 2003 [citado 2014 Jun 11] ; 19(3): 160-165. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482003000300004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482003000300004>.
65. Hernán Cabello A, Denise Danieu M , Mauricio Ruiz C. Enfermedades Respiratorias en el Embarazo. Rev. chil. enferm. respir. v.19 n.3 Santiago 2003 [VERSIÓN ON LINE] [Citado 2014 Ene 14] disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482003000300004>
66. Pérez, J. MP. Enfermedades respiratorias y embarazo. Am J Obstet Gynecol 2000; 183:131-5. [Citado 2014 Ene 14] Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2349/3/Enfermedades-respiratorias-y-embarazo>
67. Ramírez-Crescencio, MA., & Soto-Hernández, JI. (2007). Neumonía durante el embarazo. Perinatol reprod hum, 21(3), 155-162. [Citado 2014 Ene 14] disponible en: http://www.sumedico.com/documentos/13_documento.pdf
68. Gallego Arbelalez J. Cortéz Díaz D. Trabajo de parto pretérmino y amenaza de parto pretérmino. En Obstetricia Integral siglo XXI. Capítulo 6 pag. 100-121 [citado 4 jun 12] Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/8/9789584476180.06.pdf>
69. Arnold Rodríguez Mónica, González Lorenzo Ariadna, Carbonell Hernández Teresa. Diagnóstico de vaginosis bacteriana. Aspectos clínicos y estudios microbiológicos. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 2014 Ago 12] ; 36(3): 325-338. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000300009&lng=es.

70. Rodríguez-Coutiño S, Ramos-González R, Hernández-Herrera R. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. (Spanish). Ginecología Y Obstetricia De México [serial on the Internet]. (2013, Sep), [cited May 23, 2014]; 81(9): 499-503. Disponible en http://content.ebscohost.com/pdf29_30/pdf/2013/7KM/01Sep13/90300843.pdf?T=P&P=AN&K=90300843&S=R&D=lth&EbscoContent=dGJyMMTo50SeprQ4yOvsOLCmr0yepRBSsam4S7CWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGnr06vr7JJuePfg3%2Bp9
71. Faneite P, Gómez R, Guninad M, Faneite J, Manzano M, Marti A, Urdaneta E, Amenaza de parto prematuro e infección urinaria. Rev Obstet Ginecol Venez [internet] 2006 [citado Abril 2012]; 66 (1). Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322006000100001&script=sci_arttext&lng=pt
72. Arango M.D M, Aroca González A M, Caicedo Pastrana CL, Castaño Castrillon JJ, Cifuentes Navas VA, Escobar Cardona N, et al. Factores de riesgo para Parto Pretérmino en el Departamento de Caldas entre el 2003_2006.2008; 8 (1):22_31. [citado 23 feb 2013]. Disponible en: http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/edicion_8-1/5_factores
73. López Villegas MR, Enríquez Guerra MA, Ramírez Valverde B. Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla. Enf Inf Microbiol [Internet]. 2010 [citado 6 jun 2011]; 30 (4): 118-122. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2010/ei104b.pdf>
74. 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]
75. Couret Cabrera MP, Oliva Rodríguez J, Tamayo LT. Servicio de Medicina Fetal y el Hogar Materno en el seguimiento del embarazo múltiple. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2014 Jun 28] ; 36(4): 510-518. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400005&lng=es

76. Delgado-Becerra A, Morales-Barquet Deneb A. Epidemiología del embarazo gemelar doble en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. *Perinatol. Reprod. Hum.* [revista en la Internet]. 2013 Ene [citado 2014 Jun 28] ; 27(3): 153-160. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300003&lng=es.
77. López-Uriarte A, Aguinaga-Ríos M. Discordancia de defectos congénitos en recién nacidos de embarazos múltiples en el Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol. Reprod. Hum.* [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2014 Jun 28] ; 26(1): 08-16. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000100002&lng=es.
78. Kably Ambe A, López Ortiz C, Serviere Zaragoza C, Velázquez Cornejo G, Pérez Peña E, Gaviño Gaviño F, et al. Consenso Nacional Mexicano de Reproducción Asistida. (Spanish). *Ginecología Y Obstetricia De Mexico* [serial on the Internet]. (2012, Sep), [cited May 23, 2014]; 80(9): 581-624. Available from: MedicLatina. Diponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom129c.pdf>
79. Fernández S, M Palacio, A Goncé, B Puerto. Polihidramnios en Gestación única Área de Medicina Fetal, Servei de Medicina Materno fetal. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona. 17/01/10. Disponible en: http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_fetal/Polihidramnios.pdf [Consulta : fecha de acceso 12 abr 2014]
80. Lugones Botell Miguel, Ramírez Bermúdez Marieta. Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud.

Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2014 Sep 12] ; 26(4): 682-693. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000400011&lng=es.

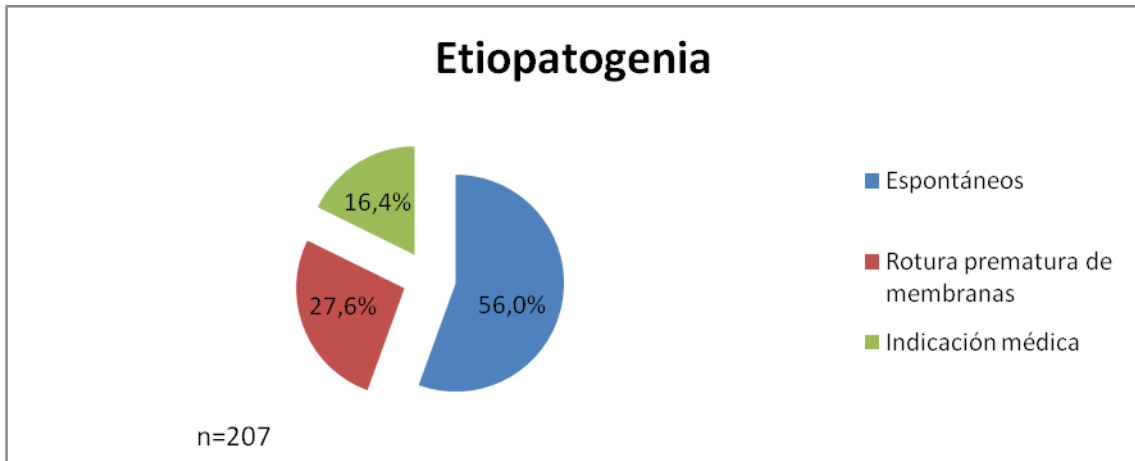
81. Alteraciones del líquido amniótico: Diagnóstico y tratamiento. *Protocolos UMF Vall Hebrón*. Disponible en: <http://svgo.es/sites/default/files/Alteraciones%20del%20%C3%ADquido%20amni%C3%B3tico%20Diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento.pdf> [Consulta : fecha de acceso 12 abr 2014]
82. PerkinElmer Life 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_Elmer/1244-9856_Perkin_Elmer_Spanish.pdf
83. LÓPEZ-CLAVIJO C, DE LOS RÍOS L, IBATÁ J. Prevalencia de anomalías müllerianas en un centro de medicina reproductiva. (Spanish). CES Medicina [serial on the Internet]. (2012, July), [cited August 10, 2014]; 26(2): 155-164. Available from: MedicLatina. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=008b4b89-cd1f-4fcb-b5ad-67b4726fb9f9%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4201>
84. Escalona García B, Pichardo Cuevas M, Miranda Rodríguez JA, Ramírez Montiel ML, Contreras Carreto NA. Malformaciones Uterinas e infertilidad femenina. *Med Sur Mex*, Octubre _Diciembre 2012; 19 (4):200_202. Disponible en: <http://www.medicasur.com.mx/pdf-revista/RMS124-AO01-PROTEGIDO.pdf>. [Consulta : fecha de acceso 2 abr 2014]
85. Cruz Laguna G M. Test para la profilaxis de la prematuridad. Doctor en Ciencias de una Especialidad. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. [Internet]. 2008 [aprox.47p.]. [citado 23 feb 2013] Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/189/>

86. Castiñeira, G. E. P., Pérez, G. R., Ferreiro, G. I. M., Pastrana, T. J. C., Gómez, M. J. L., & Argíz, M. A. Manual de prácticas obstétricas para la Atención Primaria de Salud. . [citado 19 abri.2014] Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/issue/view/63#sect-14>
87. Godoy Torales, GM. Zacur de Jimenez, M. Restricción de crecimiento intrauterino: Causas, características clínicas, y evaluación de factores asociados a policitemia sintomática. *Rev. bol. ped.* [online]. 2010, vol.49, n.3, pp. 218-230. ISSN 1024-0675. [citado 28 jun.2014] Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v49n3/a06.pdf>
88. García Baños Luis Gustavo, López Baños Lázaro, Barroso Gutiérrez Mercedes, Alonso Sicilia Marilín, Morera Pérez Maricela. Comportamiento del bajo peso al nacer. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 2014 Jun 29] ; 40(1): 24-34. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000100004&lng=es.
89. Cairo González V. et al. Diagnóstico prenatal del crecimiento intrauterino retardado en Villa Clara. *Acta Médica del Centro*, Vol. 5, No. 1, 2011 [citado 2014 Abr 20] Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r1_11
90. Delgado Álvarez, I., Roca Rosales, M. D. C., Suárez Vega, M., Rodríguez Alarcón, J. D., & Ruiz Echavarría, Y. (2012). Repercusión de la desnutrición materna sobre el nacimiento de niños con bajo peso. *Medisan*, 16(10), 1478-1485. Mar [citado 2014 Abr 20] [Internet]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001000002&nrm=iso
91. Alvarado Bermúdez, K. B., Broughton Ferriol, J., Ortega Sardón, M., & Pina, A. (2011). Estudio de cinco años sobre recién nacidos de muy bajo peso en el Hospital Provincial de Ciego de Ávila. *Mediciego*, 17(2). [citado 2014 May 25] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/articulos/t-7.html

92. Torres M. Retinopatía de la prematuridad en Ciudad de la Habana: factores que influyen en su desarrollo [serial on the Internet]. 2011[citado 22 Ene 2013]. [aprox. 117 pantallas]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/360/1/MidialaTorres.pdf>
93. Chávez González, N., Sánchez Pérez, Y., & García Raga, M. (2013). Repercusión médico-social del bajo peso al nacer. *Correo Científico Médico*, 17(4), 511-513. . [revista en la Internet]. Mar [citado 2014 Abr 20] Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400011&nrm=iso
94. Cuba en cifras. Oficina Nacional de Estadísticas. Edición 2007. Disponible en: <http://www.one.cu>. [Consulta: fecha de acceso: 18-8-2010].
95. Colectivo de Autores. Métodos, cifras de referencias e indicadores del estado nutricional. En: Colectivo de Autores. Alimentación, Nutrición y Salud. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. La Habana Cuba. 2011. pág. 93-97

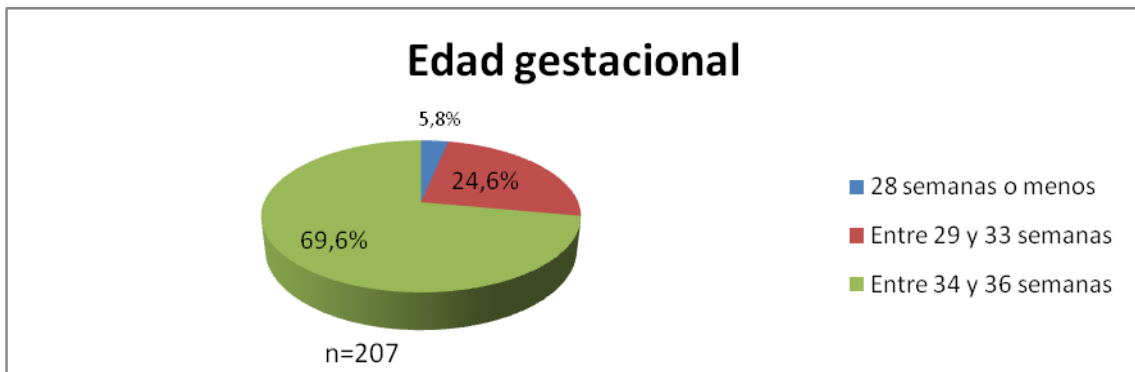
ANEXOS.

Figura 1. Clasificación del parto prematuro según su etiopatogenia. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012



Fuente: Libros de registro de partos. Hospital provincial Antonio Luaces Iraola

Figura 2. Clasificación del parto prematuro según edad de gestación. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012



Fuente: Libros de registro de partos. Hospital provincial Antonio Luaces Iraola

CASO _____

CONTROL _____

PLANILLA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Datos de la Paciente:

Nombre y Apellidos: _____

1. Antecedentes de abortos de embarazos anteriores

SI _____

NO _____

2. Antecedentes de partos prematuros personales o familiares.

SI _____

NO _____

3. Edad materna

Menores de 18 años _____

35 años o más _____

4. Peso materno

Deficiente. (IMC ≤ 18.8 kg/m²) _____

Adecuado (IMC > 18.8 kg/m² a < 25.6 kg/m²) _____

Sobrepeso (IMC ≥ 25.6 kg/m² a < 28.6 kg/m²) _____

Obesa (IMC ≥ 28.6 kg/m²) _____

5. Talla materna

Baja talla (1.50m o Menos) _____

Talla normal (más de 1.50m) _____

6. Ganancia de peso durante el embarazo

Baja _____

Moderada _____

Alta _____

7. Anemia de cualquier etiología

SI _____

NO _____

8. Hábitos tóxicos

Tabaco

SI _____

NO _____

9. Preclampsia Alcohol

SI _____

NO _____

10. Antecedentes de enfermedades crónicas

Hipertensión arterial crónica.

SI _____

NO _____

Diabetes Mellitus

SI _____

NO _____

Asma Bronquial

SI _____

NO _____

Cardiopatías de cualquier etiología SI _____

NO _____

11. Infecciones

Infecciones respiratorias

SI _____

NO _____

Infecciones urinarias

SI _____

NO _____

Infecciones vaginales

SI _____

NO _____

12. Embarazo múltiple SI _____

NO_____

13. Alteraciones del líquido amniótico (Polihidramnios u Oligoamnios)

SI _____

NO_____

14. Enfermedades del útero

SI _____

NO_____

15. Placenta previa

SI _____

NO_____

16. Restricción del crecimiento intrauterino(RCIU)

SI _____

NO_____