

**Universidad de Ciencias Médicas
Ciego de Ávila**



Titulo: Factores de riesgo asociados al parto prematuro en gestantes del policlínico Centro 2011-2012.



Autora: Dra. Liana Hernández Campos
Ciego de Ávila
2014.

Universidad de Ciencias Médicas

Ciego de Ávila

Policlínico Docente Antonio Maceo

Título: Factores de riesgo asociados al parto prematuro en gestantes del policlínico Centro 2011-2012.

 **Autora:** Dra. Liana Hernández Campos.

❖ **Tutora:** Dra. Silvia Retureta Milán.

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

❖ **Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Profesor instructor.**

**Tesis para optar por el título de Especialista en Primer
Grado en Medicina General Integral**

Ciego de Ávila

2014

RESUMEN

Con el objetivo de determinar los factores de riesgo que se asocian a los partos prematuros se realizó un estudio del tipo caso y control en el área Centro del municipio de Ciego de Ávila, se analizaron los factores de riesgo que tienen mayor fuerza de asociación con el parto prematuro en el área de estudio. El universo estuvo constituido por 45 mujeres que presentaron partos entre las 22 y 36.6 semanas de gestación en los años 2011-2012 coincidiendo con la muestra. La información se obtuvo mediante una planilla para recolectar datos y los resultados fueron expuestos en tablas, entre los principales resultados se encontró que las pacientes que más presentaron partos prematuros fueron gestantes con edades entre los 18 y 34 años y con un nivel de escolaridad preuniversitaria, el antecedente de abortos de embarazos anteriores, el bajo peso materno a la captación, la ganancia de peso baja durante el embarazo, las infecciones vaginales y urinarias presentaron asociación estadística significativa con el parto prematuro. En cuanto al funcionamiento del programa Maternidad y Paternidad responsables en las pacientes con partos prematuros se evaluaron de forma general como aceptable, pero no obstante se debe incrementar esta actividad en los consultorios del médico de familia del área de salud.

ÍNDICE

PÁGINA

Resumen	
Introducción	1- 6
Objetivos	4-6
Marco Teórico	7-18
Material y método	19-26
Análisis y Discusión	27-40
Conclusiones	41
Recomendación	42
Bibliografía	43-58
Anexos	

INTRODUCCIÓN

La medicina ha tenido significativos avances con un gran impacto en la práctica diaria, sin embargo; a pesar de las grandes contribuciones a la perinatología y al conocimiento de los procesos reproductivos, el parto prematuro continúa siendo uno de los problemas clínicos más importantes de la obstetricia moderna, asociado a una mortalidad perinatal, morbilidad neonatal, y una discapacidad infantil moderada a severa. (1,2)

Clásicamente se señala que la duración del embarazo normal es de 40 semanas o sea de 280 días, a partir del primer día de la última menstruación, sin embargo, esta cifra no es exacta, muchas embarazadas tienen un parto de una a tres semanas, antes o después de esta edad gestacional y el recién nacido tiene todas las características de un niño normal, por lo que el parto prematuro es el nacimiento de un bebé antes de las 37 semanas de gestación, donde se conoce que el límite inferior es 22 semanas, que equivalen a 5 meses de embarazo o 500 gramos de peso, por debajo de las 22 semanas se denomina aborto; y a partir de las 37 y más semanas se denomina nacimiento a término.(2 - 4)

Excluyendo a las malformaciones congénitas, el parto prematuro constituye la causa más frecuente de mortalidad perinatal. (1,5)

En la mayoría de los países, los partos prematuros representan entre el 10 y 12%, esta incidencia disminuye en la medida que los países se desarrollan y mejoran el nivel socio económico y cultural, porque ello va de la mano con la mejoría del nivel de salud. (6,7)

Se calcula que en el mundo nacen alrededor de 20 millones de niños con peso inferior a 2500g, de los cuales un 40 a 70 % son prematuros y muchos de ellos pueden quedar con secuelas neurológicas. Se puede concluir que el 66% de las muertes neonatales en la primera semana de vida están ligadas a la prematuridad. (1, 8)

En Estados Unidos de Norteamérica durante 2001 el 11.9% de los nacimientos fueron partos prematuros, esta tasa es la más alta en los 20 años y no ha cambiado significativamente en las últimas dos décadas, porque a pesar del elevado desarrollo científico técnico en el año 2005 hubo una tasa de 12,7%. (5, 7, 9).

En Latinoamérica, el parto prematuro ha sido abarcador y profundamente estudiado, con una incidencia global de 9 % en 11 países (7).

La prematuridad es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal en prácticamente todo el mundo, registrando entre el 50 y el 70% de todas las muertes neonatales y el 85% de muertes en recién nacidos con bajo peso, estadísticas que se ven afectadas por la edad gestacional al parto, el peso al nacer y la calidad de asistencia neonatal . (3,10).

Su frecuencia varía entre 5 y 12% en las regiones desarrolladas del mundo, pero puede ser de hasta 40% en las regiones más pobres, aproximadamente entre un 10 y 11% variando entre las diferentes poblaciones según los factores de riesgo que estén presentes, es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal a nivel mundial , responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas en los nacidos menores de 32 semanas de gestación sin que esto haya cambiado en últimas décadas. (3, 4, 6, 10, 11).

Anualmente en el mundo continúan naciendo alrededor de 13 millones de niños pretérmino, los cuales inicialmente deben enfrentarse al gran reto de sobrevivir, y luego, en un elevado porcentaje, arrastrar secuelas por el resto de sus vidas. La causa del parto prematuro es aún desconocida con exactitud; solo se sabe que es una entidad nosológica multifactorial (12).

Se ha enumerado diferentes factores de riesgo relacionados con el parto prematuro, la mayoría de los cuales no son modificables mediante una acción preventiva o terapéutica. (4)

Los que se citan con mayor frecuencia pueden agruparse en cuatro grandes áreas: riesgo demográfico, riesgo conductual, riesgo médico y obstétrico previo al embarazo y riesgo en el embarazo actual. (5, 6, 7, 11)

La prematurez es la principal causa de daño neurológico, o secuelas de ello en la vida infantil, tales como el retardo mental, ceguera, sordera entre otros déficits que son más frecuentes en los niños prematuros que en los nacidos al término de la gestación. (3, 11, 12)

La atención materno infantil constituye una de las actividades prioritarias del sistema nacional de salud cubano, por lo que a raíz de los indicadores existentes y con el fin de mejorar los resultados perinatales la Federación de Mujeres Cubanas propusiera a nuestro Ministerio de Salud Pública, en 1992, la aprobación y aplicación del Programa Nacional de Maternidad y Paternidad Responsables teniendo en cuenta que la gestante solía recibir poca información y orientación relacionadas con el proceso del cual era protagonista.(13)

En Cuba, el nacimiento prematuro representa entre un 8,0 y un 9,0 % de los partos y está asociado al 75,0 % de la mortalidad perinatal. (14)

En Ciego de Ávila durante 2010 se produjo un total de nacimientos de 1685 de los cuales 118 fueron prematuros representando el 7,0%, falleciendo 10 niños por diferentes causas, 6 de ellos fueron prematuros es decir el 60,0%. Durante el 2011 se produjo un total de 1683 nacimientos, de ellos 95 fueron prematuros representando el 5.6%. (15)

A pesar del desarrollo científico técnico que se ha alcanzado, el parto prematuro continúa siendo un preocupante hecho, que se debe enfrentar en las áreas del nivel primario de atención, dada a su elevada frecuencia y las complicaciones que trae consigo para la familia y la sociedad el nacimiento de niños prematuros lo que motivo se determinaran como preguntas científicas las siguientes:

¿Existe asociación estadística entre los factores de riesgo del parto prematuro y el parto prematuro ocurrido en las gestantes del policlínico Centro en el periodo correspondiente 2011-2012?

¿Cómo quedará evaluado el manejo del programa Maternidad y Paternidad responsables por los médicos de familia en esta área de salud?

Objetivos

General: Determinar los factores de riesgo de parto prematuro en el área Centro del municipio Ciego de Ávila en los años 2011-2012

Específicos

- 1- Distribuir las pacientes con parto prematuro según edad y nivel de escolaridad.
- 2- Determinar la asociación estadística entre los factores de riesgo del parto prematuro en la muestra estudiada atendiendo a : antecedentes de parto prematuro , peso y talla materna ,peso al nacer , ganancia de peso, anemia, hábitos tóxicos, enfermedades crónicas , infecciones maternas, enfermedades maternas
- 3- Evaluar como se ha manejado el Programa maternidad y paternidad responsable por los médicos de familia entodas las pacientes que entraron en el estudio.

Hipótesis de investigación:la presencia de factores de riesgos y un deficiente manejo del Programa Maternidad y Paternidad responsables propicia a la aparición de partos prematuros.

Fundamento metodológico:

La investigación que se presenta se realizó en etapas, primeramente se realizó un análisis descriptivo de las variables que sirven para caracterizar a las madres que tuvieron partos prematuros según: edad y escolaridad materna, peso del recién nacido, peso y talla materna, hábito de fumar y alcoholismo. Para esto se utilizó medidas de resumen en números absolutos y porcentajes. En una segunda fase se realizó un análisis univariado simple para determinar la asociación de los factores de riesgos y el parto prematuro y en un tercer momento se realizó una evaluación del funcionamiento del Programa maternidad y paternidad responsable y su influencia en la aparición del parto prematuro.

Métodos de investigación utilizados:

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

Métodos del nivel teórico:

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

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

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

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

Novedad: por vez primera se realiza en el área Centro un estudio para determinar la existencia o no de asociación estadística entre factores de riesgo y parto prematuro.

Aporte: el estudio permitió buscar la existencia de asociación estadística entre ciertos factores de riesgo del parto prematuro y los partos prematuros ocurridos en gestantes del Policlínico Centro.

MARCO TEÓRICO

La prematurez ha representado un problema de salud pública desde hace siglos, pero en los últimos años se ha incrementado su incidencia. Antes de los años 60 se consideraba que el feto menor de 28 semanas no era viable y se reportaba ocasionalmente sobrevida de niños menores de 1.000 g; la mortalidad para ese grupo era mayor del 90%. (16)

El cuidado de los prematuros y la tecnología han ido aumentando gradualmente la supervivencia de niños, y hoy en día el límite de viabilidad (suficiente madurez biológica para poder vivir) aceptada en la mayor parte de los países está en las 24 semanas. (17)

En Estados Unidos la mayoría de los hospitales acepta las 24 semanas como límite, en Japón la viabilidad definida desde el año 1991 es de 22 semanas. La

Legislación Colombiana para conceder licencia remunerada a las embarazadas cataloga el parto prematuro no viable o aborto a aquellas embarazadas que pierden su hijo antes de la semana 22. (18,19)

Se ha comprobado que es posible establecer un pronóstico del parto prematuro sobre la base de las modificaciones en las características cervicales, con especial énfasis en el acortamiento del cuello y la protrusión de las membranas en el canal cervical, así lo demostró Cruz (2008) en su investigación. Los factores de riesgo seleccionados se corresponden con los preconceptionales, algunos de ellos modificables y otros que pudieran ser erradicados con una labor educativa al respecto. (12,20)

El período más importante en la vida del ser humano para su salud inmediata es el perinatal, más importante aún en los prematuros, quienes por presentar los índices

más elevados de morbilidad y mortalidad son el grupo de mayor riesgo. La inmadurez del aparato respiratorio y del sistema nervioso central domina la morbimortalidad y pronóstico del prematuro; sin embargo todos los aparatos son vulnerables, siendo el mayor riesgo a menor edad gestacional. (21)

La prematuridad es la principal mala condición obstétrica, por su alto aporte a la morbilidad y mortalidad perinatal, tratándose de una condición multifactorial su fisiopatología no está aún plenamente dilucidada, se orienta la terapéutica a la prevención, por lo que los factores prenatales que pueden influir en ella tienen gran importancia. (22,23)

El riesgo relativo asociado a cada uno de estos factores es variable. Lo que parece tener un vínculo más firme es el nivel socioeconómico entre los demográficos, el tabaquismo entre los conductuales; el antecedente de parto prematuro, los abortos de embarazos anteriores, las anomalías cervicales y uterinas, la gestación múltiple, las anomalías placentarias y las hemorragias, entre otros están estrechamente relacionados con el parto prematuro.(6,7,24,25,26).

Las causas de parto prematuro constituyen una gran preocupación para todos aquellos que se interesan en el estudio de esta sección, pues del conocimiento de los factores causales depende en gran medida la disminución de su frecuencia, entre los principales factores predisponentes se señalan además: la primiparidad precoz o tardía (antes de los 16 o después de los 35 años), la baja escolaridad, el peso materno menor de 50 kg, la talla materna inferior a 150 centímetros, el hábito de fumar y alcoholismo, las alteraciones del estado nutricional e infecciones de cualquier localización en el embarazo.(27,28,29)

La población mundial de adolescentes ha ascendido a más de 100 millones y en los países en desarrollo, 1 de cada 4 personas está en la adolescencia, a diferencia de 1 de cada 7 en los países desarrollados. El embarazo en edades cada vez más tempranas está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico. En su estudio acerca de los principales factores de riesgo y

afecciones asociadas a morbilidad materna en las embarazadas adolescentes Panduro (2012) encontró que en el grupo de las adolescentes existe un predominio de roturas prematuras de membranas y amenaza de parto prematuro. (10, 22, 27)

En las edades superiores a los 35 años, la frecuencia varía de 7,1 % a 9,6 %, a medida que avanza la edad se produce un deterioro en la calidad de los óvulos lo que produce una elevada incidencia de aborto y parto prematuro, además en estas edades, las pacientes tienen una tendencia a padecer de enfermedades crónicas a las que se le suman las modificaciones fisiológicas del embarazo que empeoran el pronóstico y los resultados de la gestación. (28,29)

En los países desarrollados donde existe un elevado nivel educacional, social y económico la incidencia del parto prematuro se encuentre en ascenso, múltiples estudios tienen evidencia que la baja escolaridad y la pobreza a la que están sometidas las personas se encuentran relacionadas con el parto prematuro, uno de los factores sociales que se destaca es el desconocimiento sobre el parto prematuro, presentando una baja percepción del riesgo, en Estados Unidos en el 2002 se efectuó un estudio que reveló las ideas equivocadas que tiene la población sobre el nacimiento prematuro, lo que podría obstaculizar las investigaciones dirigidas a su prevención por lo que es necesario que la población general tengan un conocimiento adecuado sobre los factores que condicionan la aparición del parto prematuro.(30)

El riesgo de recurrencia de un parto prematuro en gestantes con antecedentes de prematuridad oscila entre 17% y 40%, las embarazadas con un parto prematuro anterior tienen 1,28 veces más posibilidades de presentar un parto prematuro que las que no lo tienen, así quedó demostrado en investigación publicada por Pérez – Molina (2011). (22, 30,31)

El aborto inducido es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad del feto mediante un proceder médico quirúrgico, ya sea por indicación médica o por elección voluntaria, se realiza por vía transcervical y requiere de una dilatación mecánica del cérvix y curetage para remover el embarazo, estudio realizado (2010) por Morgan y colaboradores demuestran que el aborto no tiene relación significativa con el número de partos prematuros. (32)

La nutrición en la embarazada constituye un tema polémico en nuestros días y se consideran entre los factores más importantes, la ganancia de peso materno durante la gestación y un tiempo gestacional óptimo, uno de los factores que con mayor impacto repercuten en la determinación del peso al nacer lo constituyen: el estado nutricional de la madre antes de la gestación, así como la pobre ganancia de peso durante la misma, teniendo como base un embarazo a término. La mala nutrición materna y la poca ganancia de peso durante la gestación repercuten inmediatamente y a largo plazo sobre la salud fetal. El peso al nacer ha sido catalogado como un predictor del futuro desarrollo del neonato, el índice de mortalidad asciende medida que disminuye el peso al nacer. Según autores se han apreciado una mayor tendencia de parto prematuro en gestantes con bajo peso pre estacional. Se ha informado que alrededor de 22% de los nacimientos antes del término se producen cuando el peso de la madre antes del embarazo era inferior a 50 kg ó 110 libras. (33)

La obesidad es un problema de salud que plantea un desafío significativo para la salud individual y pública, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres en edad reproductiva (20-39 años) se ha incrementado a más del doble en los últimos 30 años, con lo que actualmente dos tercios de esta población presentan sobrepeso y un tercio obesidad. La ganancia de peso gestacional es un fenómeno complejo influenciado no sólo por cambios fisiológicos y metabólicos maternos, sino también por el metabolismo placentario. La prevalencia de una ganancia de peso mayor a la recomendada durante el embarazo varía de 36 a 54 % Las mujeres que al momento de embarazarse tienen un índice de masa corporal (IMC) normal y una ganancia de peso adecuada durante la gestación presentan una mejor evolución en embarazo y parto que aquellas mujeres con una ganancia de peso mayor a la recomendada. Asimismo, mujeres con una ganancia de peso gestacional mayor a la recomendada presentan un incremento en el riesgo de hipertensión asociada con el embarazo, diabetes gestacional, complicaciones durante el trabajo de parto, macrosomía, falla en la lactancia, retención de peso posparto y subsecuente desarrollo de obesidad. (34,35)

Durante el embarazo los requerimientos de hierro aumentan tres veces con la expansión de la masa de células rojas y por el crecimiento de la unidad feto-placentaria. La deficiencia de hierro en mujeres embarazadas es uno de los problemas

nutricionales más comunes en el mundo, alcanzando 20% en países industrializados, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 52% de las embarazadas en los países en desarrollo presentan anemia y que la mitad de ellas corresponde a carencias de hierro. Estudios realizados demuestran significancia de las anemias con el parto prematuro (36, 37, 38, 39,40)

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 pacientes obstétricas, el tabaquismo es una causa prevenible asociada con el parto prematuro, el retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), y por tanto con el bajo peso al nacer, en los países latinoamericanos la prevalencia es variable, siendo tan alta como el 18% o tan baja como el 0,6% de las gestantes; cuando una mujer consume alcohol durante el embarazo se origina el síndrome de alcoholismo fetal puede provocar anomalías de nacimiento y en el desarrollo del feto, investigaciones demuestran que el consumo de alcohol durante el embarazo aumentó 7.9 veces el riesgo de tener hijos prematuros y la severidad de la dependencia elevó el riesgo de tener hijos de bajo peso. Un período preconcepcional, un embarazo y un posparto, libres de la exposición activa o pasiva al tabaco y sus efectos nocivos, son vitales para la madre y el feto. (41, 42,43)

La hipertensión arterial (HTA) durante el embarazo es una de las complicaciones más frecuentes, especialmente en los países en vías de desarrollo, donde constituye la primera causa de muerte materna en la segundamidad del embarazo debido a sus múltiples complicaciones. Esta enfermedad se conoce desde la antigua Grecia y se han postulado diferentes criterios acerca de las causas exactas que la provocan, lo cual no se ha establecido fehacientemente pero sí se conocen ciertos factores que predisponen evidentemente a una gestante al desarrollo de una hipertensión.

El diagnóstico de Hipertensión arterial (HTA) en el embarazo se hará si en una sola toma la presión arterial diastólica (PAD) es de 100 mmHg o más, o en dos tomas sucesivas de PAD con un lapso de 4 h, ésta es igual o mayor de 90 mmHg, (manual de procedimientos), del 5 al 8% desarrollan hipertensión gestacional y aproximadamente el 25% de las pacientes con antecedentes de

hipertensión arterial crónica presentan preclampsia, tal lo demostró López en su investigación al determinar los factores de riesgo para la mortalidad perinatal en pacientes con hipertensión arterial, donde de 80 pacientes que presentaron HTA durante el embarazo, el 28,75% presentó preclampsia grave. En las embarazadas adolescentes los estresores psicosociales se asocian con frecuencia entre 22,4 y 29% al síndrome de hipertensión arterial y al parto prematuro, y se relaciona además con la diabetes Mellitus y la obesidad materna, que traen consigo parto prematuro indicado por complicaciones como: restricción del crecimiento intrauterino, hematoma retro placentario y riesgo de muerte materna por preclampsia.(44,45,46)

La Diabetes Mellitus comprende un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemias producto de defectos en la secreción y/o a la acción de la insulina, entre otros tipos específicos de diabetes, se encuentra la diabetes mellitus gestacional, en este caso esta alteración es reconocida por primera vez durante embarazo pero sin descartar la posibilidad que existiera antes de la gestación, se asocia al incremento en la susceptibilidad a padecer de ciertas infecciones, a la macrosomía fetal, al parto prematuro espontáneo, por ruptura de las membranas ovulares, por incompetencia cervical o por distensión abdominal, como se demuestra en estudios realizados, el diagnóstico de esta enfermedad se realiza atendiendo a los criterios diagnósticos que se basan en los factores que la predisponen y en los resultados en las cifras de glucemia según plantea la Organización Mundial de la Salud (47,48)

El asma bronquial tiene una compleja fisiopatología que involucra la presencia en el paciente de factores genéticos de atopia, mecanismos inmunológicos disfuncionales para la regulación celular con la liberación e intervención de diversas sustancias como: citoquina, interleucinas y moléculas de adhesión, es una enfermedad crónica, inflamatoria, que se caracteriza por hiperreactividad bronquial de origen multifactorial, que ocasiona tos y disnea de grado variable y de carácter reversible. Como resultado final hay reducción de la luz bronquial como consecuencia de un espasmo de la musculatura, edema y secreción de moco. Se plantea que el asma bronquial puede complicar el embarazo en un 4 % y ocasiona trastornos en la oxigenación materno-fetal cuando no se controla adecuadamente, 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 (49,50)

La cardiopatía es causa de muerte materna indirecta en el mundo, la prevención de las complicaciones cardiovasculares constituye un objetivo primordial del sistema de salud, el 25 % de las muertes durante el período grávido-puerperal son debidas a la presencia de una complicación cardíaca, En Cuba, en los últimos 30 años la frecuencia de cardiopatías congénitas y reumáticas ha disminuido casi en un 50 %, por lo que se aprecia un cambio en el tipo de enfermedad cardíaca. La incidencia de cardiopatía y embarazo varía, según diferentes autores, entre 1 y 4 % en población de gestantes, dado a una disminución de la resistencia vascular y la consecuente disminución de la tensión arterial, las cardiopatías en las gestantes además de las complicaciones propias de la afección se le suman estos cambios que agravan la morbilidad y mortalidad perinatal, presentando parto prematuro. (51,52)

La paciente embarazada presenta cambios fisiológicos durante su gestación, algunos de los cuales afectan al sistema respiratorio, destacando entre ellos la hiperventilación, existe un aumento del volumen minuto, aumento del consumo de oxígeno, disminución del volumen de reserva espiratorio y del volumen residual, con una disminución de la capacidad residual funcional, estos cambios son debidos a un aumento de la progesterona, la cual actúa estimulando el centro respiratorio. La neumonía es una infección poco frecuente en la mujer embarazada aunque potencialmente fatal. Entre sus complicaciones más frecuentes se encuentra el parto prematuro en el 4 a 44% de los casos. Y el nacimiento de niños pequeños para la edad gestacional (400 gramos menos de peso al nacimiento en promedio). (53)

Atendiendo a esto es importante recalcar que es básico el conocimiento de los cambios fisiológicos en la embarazada, que la hacen más propensa a contraer infecciones, como los cambios hormonales y anatómicos, además de los agentes patógenos más frecuentes, que nos llevara a dar un adecuado manejo.(54)

Dentro del sistema urinario ocurren una serie de cambios importantes a nivel local que llevan a la disminución de las defensas orgánicas como las alteraciones hormonales y los fenómenos compresivos, favoreciendo la estasis urinaria y el reflujo vesicoureteral.

Aquí predominan los bacilos gramnegativos como la *Escherichia Coli* representando más del 95% de las infecciones urinaria, este proceso infeccioso determinado por la invasión y multiplicación de cualquier microorganismo, desde la uretra hasta el riñón y representa un problema de salud frecuente no siempre bien tratado. Con el tiempo se le ha ido dando cada vez más importancia en la patogénesis a los factores infecciosos, entre ellas tenemos las infecciones del tracto urinario (ITU), la cual es la complicación infecciosa más frecuente durante el embarazo, las modificaciones anatómicas y fisiológicas parecen predisponer las mismas. De 3 a 8 % de las gestantes, presenta un número significativo de bacterias en la orina (bacteriuria asintomática), aún sin exhibir síntomas. Cerca de 40 % de gestantes portadoras de bacteriuria asintomática no tratada pueden desarrollar infecciones sintomáticas en vejiga o riñones (cistitis aguda o pielonefritis). (54,55-57)

En el caso de las infecciones vaginales, se describe que los cambios hormonales provocan una alcalinización del medio ácido normal de la vagina, lo que provoca un desequilibrio de la microflora endógena, además del aumento de la vascularización y los cambios estructurales del epitelio. La infección vaginal suele ser producida por diferentes gérmenes, dentro de los que se destacan la *Gardnerellavaginalis*, *Trichomonavaginalis*, *Cándida Albicans*, entre otros y las Cervicitis a causa de estos. (58,59).

Dentro de las causas fundamentales de parto prematuro que se presentan en nuestro país, se encuentran también las infecciones, por vaginosis bacteriana y por infecciones urinarias según estudios realizados. (60)

Una investigación realizada en el Hospital Ginecoobstétrico "Ramón González Coro" primer trimestre de 1996, se observó el exudado vaginal en el microscopio óptico, y se evidenció *Trichomonavaginalis* en el 8,3 % de las mujeres estudiadas, parásito considerado como 1 de los 3 microorganismos más frecuentes como agente causal de vaginitis. No siendo así en un estudio realizado en el 2007 por el mismo hospital donde de 333 embarazadas, el total presentaron algún germen patológico, siendo la *CándidaAlbicans* el germen más frecuente.(61,62)

El embarazo múltiple se ha definido como aquella gestación de dos o más fetos, considerado una entidad con alto riesgo para la salud perinatal. La palabra “gemelo” proviene del latín *gemellus* y significa dividido en dos, y se utiliza para nombrar a los productos de la gestación que nacen de un mismo parto, el incremento en la incidencia de embarazos gemelares se atribuye a una mayor edad materna, debido a un aumento en los niveles de la hormona folículo estimulante a una edad mayor, y al uso de terapias para infertilidad. El mayor riesgo de los embarazos múltiples es el parto prematuro; se ha descrito un riesgo de parto prematuro de 5.4 veces más para embarazos gemelares, y de 9.4 veces más para embarazos triples. En Estados Unidos y Canadá, del 10 al 14% de los partos prematuros son atribuibles a embarazos gemelares. (63, 64,65)

EL polihidramnios es un volumen anormalmente elevado de líquido amniótico (2000 mL o más), usualmente diagnosticado por la desproporción entre el tamaño uterino y la edad gestacional y luego comprobado por evaluación ultrasonográfica (Índice de Líquido Amniótico), generalmente se asocia con diabetes materna, embarazo múltiple y anomalías congénitas, complica entre el 1 y 3% de todos los embarazos y el Oligohidramnios se caracteriza por embarazo con un volumen anormalmente bajo de líquido amniótico (> 500 mL) durante el tercer trimestre de la gestación, afecta entre el 1 - 5% de todos los embarazos y dentro de sus causas principales se incluyen las malformaciones fetales del tracto urinario, retardo en el crecimiento fetal, intoxicación por nicotina .(66,67,68)

La prevalencia de las malformaciones uterinas es del 1% en la población general y llega hasta al 3% en pacientes con problemas reproductivos. Su herencia es poligénica y está influenciada por múltiples factores, el motivo principal de los fracasos de la gestación en estas malformaciones se entendió inicialmente como simple defecto de distensión uterina, que su alteración morfológica y estructural implican.

Pero sin duda, también puede influir el estado de vascularización endometrial, las alteraciones menstruales, la infertilidad el aborto, el parto prematuro y la esterilidad con sus manifestaciones clínicas constituyen las primeras complicaciones de las afecciones uterinas. (69,70)

La placenta previa dada su cercanía con respecto al orificio cervical interno en embarazos de más de 20 semanas se clasifica en dos formas clínicas, previa propiamente dicha cuando cubre total o parcialmente el orificio cervical interno o

marginal cuando se encuentra a 3cm de él sin cubrirlo, la placenta previa tiene una incidencia de 1 por cada 200 a 390 embarazos y aumenta la mortalidad perinatal 3 a 4 veces fundamentalmente por parto prematuro indicado por las complicaciones que genera, el desprendimiento de la placenta hace que se produzca una hemorragia en la decidua relacionado por la producción de trombina que estimulan la producción de proteasas capaces de madurar el cuello uterino y provocar ruptura de las membranas prematuramente, con el desarrollo de la ultrasonografía ha dado la posibilidad de establecer un diagnóstico prenatal de la enfermedad con la toma de decisiones terapéuticas preventivas antes de la aparición de las complicaciones. Estudio realizado por Rodríguez-Coutiño demostró una asociación de la placenta previa con el parto prematuro presentando una prevalencia del 9,3 %. (71)

La pre eclampsia es considerada una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatales; ella condiciona prematuridad, bajo peso al nacer y un incremento de muertes perinatales. Es una enfermedad que se presenta principalmente en las primigestas. Se observa con más frecuencia en las edades extremas de la vida reproductiva (menor de 20 años y mayor de 35). Cuando ocurre en las multíparas, se asocia la mayoría de las veces con una historia de hipertensión crónica, diabetes, embarazo gemelar, hidramnios, trastornos renales o vasculares, constituye una de las razones más importantes de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en el mundo, que afecta entre el 2 y el 7 % de los embarazos en nulíparas sanas; 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.(72)

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y el feto pequeño para la edad gestacional se presenta en el 4 al 15% de los embarazos. Esta variación en la frecuencia se puede explicar por las distintas definiciones utilizadas por los autores para hacer el diagnóstico, las curvas de crecimiento fetal que se deben utilizar para evaluar cada caso. La identificación y manejo del feto con RCIU, permite disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad fetal, y las complicaciones neonatales a corto y a largo plazo; de otro lado la identificación de un feto pequeño para la edad gestacional permite disminuir las intervenciones obstétricas innecesarias y la morbilidad materna. Godoy en investigación realizada sobre la restricción de crecimiento intrauterino encontró asociación entre éste y el parto prematuro (64%). (73)

En la actualidad se llevan a cabo actividades dirigidas a desarrollar una Maternidad y Paternidad Responsables que permite a la mujer y a su pareja que elijan la opción de ser padre o madre, estar conscientes de los procesos que están viviendo y participen preparados de forma protagónica y responsable en los diferentes momentos de la vida. Para lograr un embarazo con las mejores condiciones de bienestar, se hace necesario brindar una atención integral desde el inicio del ciclo de vida particularmente durante la etapa preconcepción, lo cual hace posible una maternidad con mínimos riesgos, es de vital importancia la observación intensa y particularizada que realiza el personal médico y de enfermería para identificar y diagnosticar a tiempo las complicaciones que pudieran presentarse durante el período prenatal, trabajo de parto y puerperio. Según Jiménez Miranda en investigación realizada en cuanto a la preparación psicofísica de gestantes y acompañantes que habían recibido, los datos son reveladores del reducido número representados por apenas 29 (7,2 %) y 30 (7,5 %), respectivamente.(74)

El éxito de las actividades dirigidas a desarrollar una maternidad y paternidad responsables, depende de cada una de las personas comprometidas, de la capacidad de convocatoria que se logre, del grado de responsabilidad con que se acoja y de la sensibilidad humana que se le imprima.

MATERIAL Y MÉTODO

Aspectos generales del estudio:

Se realizó un estudio analítico de tipo caso y control con el objetivo de determinar los factores de riesgo que se asocian a los partos prematuros en gestantes pertenecientes al policlínico Centro del municipio Ciego de Ávila e identificar aquellos que tienen mayor fuerza de asociación con el parto prematuro en el área de estudio; finalmente se evaluó la funcionabilidad del Programa Maternidad y Paternidad responsable en dicha área.

Universo de estudio: (45 embarazadas) total de mujeres del área de salud Centro del municipio Ciego de Ávila, con partos producidos entre las 22 y 36.6 semanas de gestación en los años 2011-2012 coincidiendo con la muestra.

Métodos de obtención de información:

1. Planilla de recolección de datos a partir del listado de parto, carnet obstétrico e historias clínicas.
2. Elaborada según los objetivos trazados y validados previamente en un grupo.

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

Cumplimiento del objetivo 1:

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

Diseño: observacional descriptivo.

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

Medidas de resumen: números absolutos y porcentajes.

Variables: edad materna, escolaridad.

Recolección de la información: Planilla de recolección de datos.

Cumplimiento del objetivo 2

Determinar la asociación estadística entre los factores de riesgo del parto prematuro en la muestra estudiada atendiendo a : antecedentes de parto prematuro , peso y talla materna ,peso al nacer , ganancia de peso, anemia, hábitos tóxicos, enfermedades crónicas , infecciones maternas, enfermedades maternas

Diseño: analítico del tipo casos y controles.

Casos: total de mujeres (45), del Área Centro del municipio Ciego de Ávila, con partos producidos entre las 22 y 36.6 semanas de gestación de los años 2011– 2012

Controles (90 gestantes): dos con parto a término y recién nacido con peso de 2500g o más por cada caso.

Medidas de resumen:

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

Medidas de asociación: para el análisis bruto se utilizó la Razón de Disparidad (RD).

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

Significación estadística: valor del $OR = \frac{ad}{bc}$ 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

Cumplimiento del objetivo 3

Evaluar cómo se ha manejado el programa Maternidad y Paternidad Responsable por los médicos de familia en las pacientes con parto prematuro o no.

Medidas de resumen: números absolutos y porcentajes.

Se elaboró una guía de observación para evaluar el cumplimiento del programa Maternidad y Paternidad Responsable explorando la metodología establecida para los médicos de familia a través de la revisión de los carnets obstétricos del área Centro del municipio Ciego de Ávila con el consiguiente instructivo. Estos datos son el complemento de los indicadores de evaluación designados en las tres dimensiones evaluativas de estructura, proceso y resultado.

Para el resultado final de la evaluación del cumplimiento del programa Maternidad y Paternidad Responsable se estableció tres categorías:

- Aceptable: cumplimiento estricto de metodología establecida por programa Maternidad y Paternidad Responsable atendiendo al número de clases cumplidas, en esta categoría 5 clases impartidas y plasmadas en el carnet obstétrico.

- **Mínimo aceptable:** cumplimiento de la metodología establecida por programa Maternidad y Paternidad Responsable atendiendo al número de clases cumplidas, en esta categoría al menos 3 clases impartidas y plasmadas en el carnet obstétrico.
- **Inaceptable:** sin el cumplimiento de la metodología establecida por programa Maternidad y Paternidad Responsable.

Operacionalización de las variables:

Variables	Tipo	Escala de clasificación	Definición	Indicador
Edad materna	Cuantitativa continua	Menores de 18 años 18 a 34 años 35 años o más	Edad cumplida	Porcentaje de mujeres menores de 18 años, de 18 a 34 años y de 35 años o más
Escolaridad materna	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria básica Preuniversitario Universitario	Grado de escolaridad vencido	Porcentaje de mujeres según escolaridad.
Antecedentes de partos prematuros personales	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si: Partos prematuros previos	Disparidad de asociación de mujeres con antecedentes de partos prematuros.
Antecedentes de	Cualitativa nominal	Si	Si: tener el	Disparidad de

abortos de embarazos anteriores	dicotómica	No	antecedente de al menos 1 aborto previo al embarazo provocado o espontáneo.	exposición según abortos de embarazos provocados o espontáneos anteriores
Peso del recién nacido	Cuantitativa continua	Menos de 2500 gr 2500 gr o más	Bajo peso al nacer : peso inferior a los 2500gr	Porcentaje de mujeres con recién nacido con peso inferior a 2500 gr.
Peso materno	Cuantitativa continua discretizada	Deficiente Adecuado. Sobrepeso Obesa	$IMC \leq 18.8 \text{ kg/m}^2$. Deficiente $IMC > 18.8 \text{ kg/m}^2$ a $< 25.6 \text{ kg/m}^2$ Adecuado. $IMC \geq 25.6 \text{ kg/m}^2$ a $< 28.6 \text{ kg/m}^2$. Sobrepeso. $IMC \geq 28.6 \text{ kg/m}^2$. Obesa	Porcentajes de mujeres con pesos deficientes, adecuados, sobrepesos y obesas. Disparidad de asociación de embarazadas con peso deficiente, sobrepesos u obesas a la captación.
Talla materna	Cuantitativa continua discretizada	Baja talla Talla normal	Baja talla: de 1.50m o Menos. Talla normal: más de 1.50m	Porcentaje y disparidad de asociación de mujeres con baja talla.

Ganancia de peso durante el embarazo	Cuantitativa continua	Baja Moderada Alta	Según tablas nutricionales del libro: Alimentación, nutrición y salud.(75)	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.(HTA) Diabetes Mellitus Asma Bronquial Cardiopatías de cualquier etiología.	Disparidad de asociación de mujeres con antecedentes de padecer enfermedades crónicas
Infecciones	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Haber padecido infecciones respiratorias, urinarias y vaginales de cualquier etiología.	Disparidad de exposición según infecciones, vaginales, urinarias y respiratorias

Embarazo múltiple	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si: presencia de embarazo múltiple	Disparidad de exposición según presentación de embarazo múltiple
Alteraciones del líquido amniótico (Polihidramnios u Oligoamnios)	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si: diagnóstico de alteración del líquido amniótico	Disparidad de exposición según alteraciones del líquido amniótico
Enfermedades del útero	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si: antecedente de enfermedad uterina de cualquier etiología	Disparidad de exposición según padecimiento de enfermedades del útero
Placenta previa	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si: diagnóstico de placenta previa	Disparidad de exposición según placenta previa
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 prematureo con

				restricción del crecimiento intrauterino.
--	--	--	--	---

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

- ✓ Factores de riesgo asociados al parto prematuro en gestantes del policlínico Centro 2011-2012.

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

Variables	Número de casos	%
menor de 18 años	5	11,1
Entre 18 a 34 años	32	71,1
35 años o más	8	17,8
Total	45	100,0
Primaria	4	8,9
Secundaria	16	35,6
Preuniversitaria	20	44,4
Universitaria	5	11,1
Total	45	100,0

Fuente: Carnet obstétricos, historias clínicas.

Según los grupos de edades en la que mayor frecuencia se presenta el parto prematuro es el comprendido entre 18 y 34 años con un 71.1 %, no guardando

relación con autores como Valenti el cual según sus estudios plantea encontró que la edad más frecuente con morbilidad perinatal es en las adolescentes. (10, 20, 75)

Con respecto al grado de escolaridad en este caso las gestantes con nivel preuniversitario alcanzaron un 44.4% siendo la categoría que más registró incidencia. Este resultado tampoco guarda criterio de otros autores que según estudios realizados muestran bajo nivel intelectual de las gestantes (7,10)

TABLA 2. Antecedentes de parto prematuro y abortos en embarazos anteriores. Área de salud Centro. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Factores de Riesgo	Casos		Controles		OR (X ²)	IC (95 %) (p<0,05)
	Expuestos	No Expuestos	Expuestos	No Expuestos		
Antecedentes de parto prematuro	12	33	15	75	1,81 (1,30)	0,76-4,30 (0,25)
Antecedentes de abortos de embarazos anteriores	33	12	37	53	3,93 (11,21)	1,80-8,61 (0,00)

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

En cuanto a los antecedentes de partos prematuros se obtuvo (OR: 1,81), una asociación estadística no significativa lo que no se corresponde con varios estudios en los que se encontró asociación significativa entre este factor de riesgo y el parto prematuro como es el caso de Arias Macías y Arango. (7,25)

Una elevada incidencia de aborto de embarazos anteriores repercute en gestaciones venideras incrementando así el número de partos respecto a esta variable se obtuvo

(OR: 3,93), existe una asociación estadística significativa lo que se corresponde con varios estudios en los que se encontró relación significativa entre este factor de riesgo y el parto prematuro. (28,29)

Tabla.3 Distribución de los recién nacidos prematuros según su peso al nacer. Área de salud Centro. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Peso del Recién Nacido	N	%
Menos de 2500g	27	58,7

2500g ó más	19	41,3
Total	46	100

Fuente: libro de registros de partos de Hospital Antonio Luaces Iraola (ALI).

Al valorar la variable según peso al nacer y la frecuencia con que se presenta el parto prematuro se pudo observar que estuvo representado por prematuros con peso menor de 2500g con un 59,6% lo que evidencia una vez más que el parto prematuro es el responsable del elevado índice de bajo peso al nacer, en correspondencia con varios autores que refieren en sus trabajos la misma prevalencia como es Juvenal y Arias. (30, 33)

En estos datos se incluyen dos niños de un parto gemelar, es por ello que el número de recién nacido es 46 y no 45 que corresponde al número de madres.

Tabla4. Evaluación nutricional a la captación y durante el embarazo de las pacientes con parto prematuro. Área de salud Centro. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Factores de Riesgo	Casos			Controles			OR (X ²)	IC (95 %) (p<0,05)
	Expuestos	%	No Expuestos	Expuestos	%	No Expuestos		

Bajo peso materno a la captación	23	51,1	22	26	28,8	64	2,57 (5,48)	1,22-5,40 (0,01)
Obesa o sobrepeso	12	26,6	33	27	30,0	63	0,84 (0,04)	0,38-1,88 (0,84)
Baja talla materna	14	31,1	31	23	25,5	67	1,31 (0,22)	0,59-2,89 (0,62)
Ganancia de peso baja durante el embarazo	26	57,7	19	25	27,7	65	3,55 (10,24)	1,68-7,53 (0,00)
Ganancia de peso alta durante el embarazo	12	26,6	33	30	33,3	60	0,72 (0,34)	0,32-1,60 (0,55)
Anemia	9	20,0	36	18	20,0	72	1,00 (0,05)	0,40-2,44 (0,81)

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

La mala nutrición materna repercute inmediatamente y a largo plazo sobre la salud fetal prueba de ello lo constituye la asociación entre el bajo peso materno a la captación (OR: 2,57), y el parto prematuro en el área de estudio lo que se corresponde con estudios en los que se encontró asociación significativa entre este factor de riesgo y el parto prematuro, autores como Robaina y Zonana relacionan el mismo de igual manera. (17, 34)

Estudios relacionados con el estado nutricional de la madre antes de la gestación (obesa o sobrepeso), demuestran que en este grupo de pacientes se produce un incremento de enfermedades (Hipertensión arterial, preclampsia, Diabetes Mellitus

gestacional) que conllevan al parto prematuro por indicación médica sin embargo en el área de salud de estudio estas variables no presentaron significancia con el parto prematuro (OR 0,84) no correspondiéndose con estos estudios. (34,35)

Uno de los principales factores predisponentes para el parto prematuro es la talla materna inferior a 150 centímetros, con respecto a ésta se obtuvo(OR:1,31) una asociación estadística significativa lo que corresponde con criterios de varios autores los cuales en sus estudios si han encontrado asociación entre este factor de riesgo y la prematuridad. (27, 28,29).

La ganancia de peso insuficiente durante la gestación repercute sobre el peso al nacer y ha sido catalogado como un predictor del futuro desarrollo del neonato, en esta investigación se obtuvo existe una asociación estadística significativa (OR: 3,55) con el parto prematuro lo que se corresponde con autores que han encontrado asociación entre este factor de riesgo y la prematuridad como es el caso de Arias Macías (33).

La ganancia de peso alta gestacional es un fenómeno complejo influenciado no sólo por cambios fisiológicos y metabólicos maternos, sino también por el metabolismo placentario, autores como Zonana - Nacach y Gramage-Córdoba en estudios realizados si han encontrado cierta asociación entre este factor de riesgo y la prematuridad, no siendo así en este estudio(OR: 0,72), no existiendo una asociación estadística. (34, 35)

La deficiencia de hierro en mujeres embarazadas es uno de los problemas nutricionales más comunes en el mundo, respecto a esta se obtuvo (OR: 1,00), una asociación estadística no significativa no así en estudios realizados por Francisco Mardones, Montoya Romero, en los que se ratifica la incidencia de esta variable en el parto prematuro. (36, 37,38)

TABLA 5. Hábitos tóxicos asociados al parto prematuro. Área de salud Centro. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Factores de Riesgo	Casos			Controles			OR (χ^2)	IC (95 %) (p<0,05)
	Expuestos	%	No Expuestos	Expuestos	%	No Expuestos		
Hábito de fumar	18	40,0	27	19	21,1	71	2,49 (4,47)	1,13-5,44 (0,03)
Hábito alcohólico	3	6,6	42	7	7,7	83	0,84 (0,01)	0,20-3,44 (0,90)

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

En pacientes obstétricas, el tabaquismo es una causa prevenible asociada con el parto prematuro, en este estudio se obtuvo (OR: 2,49), una asociación estadística altamente significativa, coincidiendo con criterios como el de Tolosa y Mallol que demuestran tras investigaciones realizadas que en los países latinoamericanos la prevalencia siendo tan alta como el 18% o tan baja como el 0,6% de las gestantes. (41- 43)

Investigaciones demuestran que el consumo de alcohol durante el embarazo aumentó 7.9 veces el riesgo de tener hijos prematuros, respecto a esta variable se obtuvo (OR: 0,84), no existiendo una asociación estadística, lo que no corresponde con estudios en los que se encontró asociación significativa entre este factor de riesgo y el parto prematuro. (42)

Tabla 6. Antecedentes de enfermedades crónicas y su relación con parto prematuro. Área de salud Centro .Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Factores de Riesgo	Casos		Controles		OR (X ²)	IC (95 %) (p<0,05)
	Expuestos	No Expuestos	Expuestos	No Expuestos		
Hipertensión arterial.(HTA)	10	35	28	62	0,63 (0,77)	0,27-1,45 (0,37)
Diabetes Mellitus	2	43	8	82	0,47 (0,33)	0,09-2,34 (0,56)
Asma Bronquial	13	32	37	53	0,58 (1,43)	0,26-1,25 (0,23)
Cardiopatías de cualquier etiología.	5	40	11	79	0,89 (0,00)	0,29-2,76 (0,92)

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

La hipertensión arterial (HTA) durante el embarazo constituye la primera causa de muerte materna en la segunda mitad del embarazo debido a sus múltiples complicaciones, respecto a esta variable se obtuvo (OR: 0,63), no existiendo una asociación estadística, no siendo así en estudios realizados por autores como Navas y Sáez Cantero donde esta variable si guarda relación significativa con el parto prematuro. (45,46)

Entre otros tipos específicos de diabetes, se encuentra la diabetes mellitus gestacional, respecto a esta variable se obtuvo (OR: 0,47), no existiendo una asociación estadística, lo que no se corresponde con otros estudios en los que se presenta relación entre la diabetes mellitus y el parto prematuro. (47,48)

Se plantea que el asma bronquial puede complicar el embarazo según esta variable se obtuvo (OR: 0,58), no encuentra una asociación con el parto prematuro en el área de estudio, lo que no se corresponde con varios estudios en los que se encontró asociación significativa entre este factor de riesgo y la prematuridad. (49,50)

La cardiopatía es causa de muerte materna indirecta en el mundo, la prevención de las complicaciones cardiovasculares constituye un objetivo primordial del sistema de salud, según esta variable se obtuvo (OR: 0,89), no existe una asociación estadística, autores como Fayad Saeta y Chío Naranjo encontraron en sus investigaciones relación entre la cardiopatía y el parto prematuro. (51,52)

Tabla 7. Infecciones maternas y su relación con parto prematuro. Área de salud Centro .Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Factores de Riesgo	Casos		Controles		OR (χ^2)	IC (95 %) (p<0,05)
	Expuestos	No Expuestos	Expuestos	No Expuestos		
Respiratorias	16	29	39	51	0,72 (0,46)	0,34-1,51 (0,49)
Urinarias	32	13	46	44	2,35 (4,13)	1,09-5,06 (0,04)
Vaginales	24	21	29	61	2,40 (4,75)	1,15-5,00 (0,02)

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

La paciente embarazada presenta cambios fisiológicos durante su gestación, algunos de los cuales afectan al sistema respiratorio, estudios realizados por autores como Prado Pérez manifiestan una prevalencia elevada de las infecciones respiratorias en pacientes con parto prematuro, en este estudio no se presenta relación de las infecciones respiratorias con el parto prematuro (OR: 0,72). (53)

Las infecciones del tracto urinario (ITU), la cual es la complicación infecciosa más frecuente durante el embarazo, las modificaciones anatómicas y fisiológicas parecen predisponer las mismas. De 3 a 8 % de las gestantes, presenta un número significativo de bacterias en la orina (bacteriuria asintomática), aún sin exhibir síntomas. Respecto a esta variable se obtuvo (OR: 2,35), existiendo una asociación estadística significativa, que corresponde con varios estudios en los que se encontró asociación significativa entre este factor de riesgo y la prematuridad. (55-57)

En el caso de las infecciones vaginales, se describe que los cambios hormonales provocan una alcalinización del medio ácido normal de la vagina, lo que provoca un desequilibrio de la microflora endógena, además del aumento de la vascularización y los cambios estructurales del epitelio. Dentro de las causas fundamentales de parto pretérmino que se presentan en nuestro país, se encuentran también las infecciones, por vaginosis bacteriana entre otros gérmenes, aunque varios autores en estudios han demostrado los tipos de gérmenes más propensos a aparecer en la embarazada en general también han determinado que existe una asociación significativa entre este factor de riesgo y la prematuridad (González Melián, Vásquez Niebla), otros. Respecto a esta variable se obtuvo (OR: 2,40), existiendo una asociación estadística significativa. (59-62)

Tabla 8. Enfermedades maternas y su relación con parto prematuro. Área de salud Centro .Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

Factores de Riesgo	Casos		Controles		OR (X ²)	IC (95 %) (p<0,05)
	Expuestos	No Expuestos	Expuestos	No Expuestos		
Embarazo múltiple	3	42	3	87	2,07 (0,19)	0,40-10,70 (0,65)
Alteraciones del líquido amniótico (Polihidramnios u Oligoamnios)	5	40	14	76	0,67 (0,19)	0,22-2,01 (0,66)
Enfermedades del útero	9	36	16	74	1,15 (0,00)	0,46-2,86 (0,93)
Placenta previa	7	38	13	77	1,09 (0,00)	0,40-2,95 (0,93)
Preclampsia	2	43	7	83	0,55 (0,13)	0,10-2,77 (0,71)
Restricción del crecimiento intrauterino(RCI U)	2	43	8	82	0,47 (0,33)	0,09-3,34 (0,56)

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

El embarazo múltiple se ha definido como aquella gestación de dos o más fetos, considerado una entidad con alto riesgo para la salud perinatal. El mayor riesgo de los embarazos múltiples es el parto prematuro; se ha descrito un riesgo de parto prematuro de 5.4 veces más para embarazos gemelares, y de 9.4 veces más para embarazos triples y del 10 al 14% de los partos prematuros son atribuibles a embarazos gemelares, (Fernández Arenas, Delgado-Becerra) demuestran su

significación en estudios realizados. Respecto a esta variable se obtuvo (OR: 2,07), existe una elevada asociación estadística a pesar que fue no significativa.(63-65)

EL polihidramnios es un volumen anormalmente elevado de líquido amniótico (2000 mL o más), usualmente diagnosticado por la desproporción entre el tamaño uterino y la edad gestacional y luego comprobado por evaluación ultrasonográfica. Respecto a esta variable se obtuvo (OR:0,67), existiendo una asociación estadística no significativa lo que concuerda con varios estudios en los que se encontró asociación significativa entre este factor de riesgo y la prematuridad.(66,67,68)

La prevalencia de las malformaciones uterinas es del 1% en la población general y llega hasta al 3% en pacientes con problemas reproductivos; el estado de vascularización endometrial, las alteraciones menstruales, la infertilidad; el aborto, el parto prematuro y la esterilidad con sus manifestaciones clínicas constituyen las primeras complicaciones de las afecciones uterinas. Respecto a esta variable se obtuvo (OR: 1,15), existiendo una asociación estadística pero no significativa lo que no concuerda con varios estudios en los que se demuestra asociación significativa entre este factor de riesgo y el parto prematuro. (69,70)

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, respecto a esta variable se obtuvo (OR: 1,09), existiendo una asociación estadística no significativa, varios estudios demuestran significancia entre la placenta previa y el parto prematuro, así lo corrobora Rodríguez-Coutiño en su estudio. (71)

La pre eclampsia es considerada una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatales; ella condiciona prematuridad, bajo peso al nacer y un incremento de muertes perinatales. Se observa con más frecuencia en las edades extremas de la vida reproductiva (menor de 20 años y mayor de 35). Respecto a esta variable se obtuvo (OR: 0,55), existiendo una asociación estadística no significativa lo que no concuerda con estudios en los que se encontró asociación significativa entre este factor de riesgo y la prematuridad. (72)

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y el feto pequeño para la edad gestacional se presenta en el 4 al 15% de los embarazos. Respecto a esta variable se obtuvo (OR: 0,47), existiendo una asociación estadística no significativa lo que no concuerda con estudios en los que se encontró asociación significativa entre este factor de riesgo y la prematuridad. Godoy

en investigación realizada sobre la restricción de crecimiento intrauterino encontró asociación entre éste y el parto prematuro (64%). (73)

Tabla 9: Evaluación del funcionamiento del programa de Maternidad y Paternidad Responsables por los médicos del área Centro. Municipio Ciego de Ávila. 2011-2012

	Casos		Controles		Total	
MANEJO	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ACEPTABLE	15	33,3	48	53,3	63	46,7
MÍNIMO ACEPTABLE	27	60,0	35	38,9	62	45,9
INACEPTABLE	3	6,7	7	7,8	10	7,4
TOTAL	45	100,0	90	100,0	135	100,0

Se evalúa el funcionamiento del programa de Maternidad y Paternidad Responsables por los médicos del área Centro, atendiendo a los resultados perinatales se observó que en las pacientes que presentaron parto prematuro predominó la categoría de mínimo aceptable (60,0%), lo que indica un funcionamiento inadecuado de los programas educativos de salud a las gestantes y sus familias trayendo como consecuencia resultados perinatales desfavorables, por el contrario, en las pacientes que llegaron al término de la gestación el funcionamiento del programa en cuestión se consideró aceptable (53,3%) lo que influye positivamente en estos resultados. Similares resultados encontró Jiménez Miranda cuando describe resultados perinatales satisfactorios en gestantes que tienen conocimiento sobre el programa.

(74)

CONCLUSIONES

En el presente estudio se observó que el grupo de edades más afectado con el parto prematuro fue el comprendido entre dieciocho y treinta y cuatro años con un predominio del nivel escolar preuniversitario, prevaleció además el bajo peso materno a la captación, la ganancia de peso baja durante el embarazo, el hábito de fumar y más de la mitad de los recién nacidos prematuros fueron bajo peso. Al analizar los factores de riesgo se encontró significación estadística con el parto prematuro el antecedente de aborto de embarazos anteriores, el bajo peso materno a la captación, la ganancia de peso bajo durante la gestación, el hábito de fumar y las infecciones vaginales y urinarias. De forma general el funcionamiento del programa Maternidad y Paternidad Responsable se evaluó de manera aceptable.

RECOMENDACIÓN

Enfatizar el trabajo en la prevención o modificación de aquellos factores que mostraron significación estadística con el parto prematuro.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Villanueva Egan LA, Contreras Gutiérrez AK, Pichardo Cuevas M., Rosales Lucios J. Perfil epidemiológico del parto prematuro. Ginecol Obste Mex [Internet].2008 [Citado 26feb 2013]; 76(9): [aprox. 8 p.].Disponible en <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/.../Ginecol-542-8.pdf>
2. Petraglia F, Visser GH. Prevention and management of preterm labour. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine [Internet]. 2009 [Citado 27 feb2013]; 22(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19951080>.
3. Marianne M, Hillemeier Carol S, Weisman Gary A. Individual and Community Predictors of Preterm Birth and Low Birth weight Along the Rural-Urban Continuum in Central Pennsylvania.The Journal of Rural Health [Internet].2007 [Citado 27 feb2013]; 23(1): [aprox. 10 p.].Disponible en:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-0361.2006.00066.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>.
4. 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>
5. Ministerio de Salud. Guía Clínica Prevención Parto Prematuro [Internet]. Santiago: MINSAL; 2010[citado 26 Ene 2013].[aprox. 16 pantallas].

Disponible en:
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/721fc45c972f9016e04001011f0113bf.pdf>

6. 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>
7. Arias Macías G, Rosa Torres M, Pérez Valdés N, Milián Vidal M. Factores prenatales relacionados con la prematuridad: Rev. Cubana Pediatr [internet]. 2001[citado 26/2/2013]; 73(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-75312001000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia Diagnóstico y manejo del parto pre término. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2009 [citado 27 feb 2013]; 77(5): [aprox. 9 p.].Disponible en:www.saludbc.gob.mx/wp-content/uploads/2011/.../IMSS_063_08_EyR.pdf
9. Peña Martí G, Barbato J, Betancourt C, Cala R, Douaihi H, Martí Carvajal A. Asociación entre prematuridad y edad avanzada. Rev. Venezolana Obstet Gineco [internet] 2007 [citado 27 feb 2013]; 67 (1): [aprox. 9 p.].Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s004877322007000100005&script=sci_arttext
10. 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%E9rminoen%20control%20prenatal>.

11. 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
12. 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
13. Jiménez Miranda GA, Avalos Escalona FM, Sánchez Batista R. Aplicación del programa nacional de maternidad y paternidad responsables. Evaluación y control de sus acciones integrales. MEDISAN [Internet]. 2005 [citado 27 feb 2013]; 9 (2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san03205.htm
14. Colectivo de autores. Parto prematuro. En: Colectivo de autores. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1997.p.406-420.
15. Informe Anual del Programa de Atención Materno infantil. Municipio Ciego de Ávila; 2011
16. Ananth V, Vintzileos A M. Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine [Internet]. 2006 [Citado 26feb 2013]; 19(12): [aprox. 10 p.]. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed / 17190687](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17190687)
17. Robaina Castellano GR, Pollo Medina JM, Morales Rigau JM, Robaina Castellanos RE. Análisis multivariado de factores de riesgo de prematuridad en matanzas. Cubana Obstet Ginecol.

2010[citado 14 Dic. 2012]; 27(1): [aprox. 1 p.] Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013X201000100011&lng=es

18. Palencia CA. *Parto prematuro*. Universidad de Antioquia [Internet]. 2009 [citado 21 feb 2013]; 9(4): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_9_vin_4/Precop_9-4-B.pdf.

19. Hübner ME, Nazer H J, Juárez de León G. Estrategias para Mejorar la Sobrevida del Prematuro Extremo. *Rev. chilPediatr* [Internet]. 2009 [citado 8 nov 2013]; 80(6): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000600009&lng=esDoi:10.4067/S0370-41062009000600009

20. Nápoles Méndez D. Consideraciones sobre el síndrome de respuesta inflamatoria fetal. *MEDISAN* [revista en la Internet]. 2012 Nov [citado 2014 Ago. 12]; 16(11): 1761-1772. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001100015&lng=es.

21. Wang Y, Tambo T, Ellingsen L, ÅbyholmTh, Henriksen T, Effect of pregestational maternal, obstetric and perinatal factors on neonatal outcome in extreme prematurity. *ArchGynecol Obstet*. [revista en la Internet]. 2011 [citado 2014 Ago 12] 284:1381–1387. [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://download.springer.com/static/pdf/76/art%253A10.1007%252Fs00404-011-1870-5.pdf?auth66=1408077221_22d6bf84517d347bb444948c64449e5f&ext=.pdf

22. Pérez-Molina J, Panduro-Barón G, Quezada-López C. Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea. (Spanish). *Ginecología Y Obstetricia De Mexico* [serial on the Internet]. (2011, Oct), [cited August 10, 2014]; 79(10): 607-612. Available from: <http://www.mediclatina.com>

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

23. Marcell Rodríguez Lelyem, González Ramírez Victoria Esther. Relación de las citoquinas proinflamatorias con la corioamnionitis subclínica y el parto pretérmino. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2014 Ago 12]; 37(4): 562-576. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400013&lng=es.
24. Oliva Rodríguez JA. Ultrasonografía diagnóstica fetal, obstétrica y ginecológica [Internet]. *La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010* [citado 23 feb 2013]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/ultrasonografia_diagnostica_fetal/cap16.pdf.
25. Arango M.D M, Aroca González A M, Caicedo Pastrana CL, Castaño Castrillón JJ, Cifuentes Navas VA, Escobar Cardona N, et al. Factores de riesgo para Parto Pretérmino en el Departamento de Caldas entre el 2003_2006.2008; 8 (1):22_31. [citado 23 feb 2013]. Disponible en: http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos/medicina/html/publicaciones/edicion_8-1/5_facto
26. 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>
27. Favier Torres M A, Dorsant Rodríguez L C, Maynard Bermúdez R E, Dehesa González LM, Torres Ramos IM. Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia en la Comunidad de Curazao, Venezuela. *Revista Información Científica* [Internet]. 2013 [citado 24 oct 2013] 77(1): [aprox.10p.]. Disponible en: http://www.gtm.sld.cu/sitios/cpicm/contenido/ric/textos/Vol_77_No.1/intervencion_educativa_embarazo_adolescencia_venezuela_tc.pdf

28. 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: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a9680dbe-c16e-4238-96f6-d569a7bb247f%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4201> MedicLatina.
29. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2004[citado 24 may2013]: [aprox. 438 pantalla]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros_texto/libro_de_ginecologia_y_obstetricia/pagina_legal.pdf
30. Juvenal Calderón Guillén. Factores asociados al parto pretérmino Rev. Med IMSS [Internet]. 2005;[citado 24 may2013] 43 (4)[aprox.8p.].Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im054i.pdf>
31. 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/>
32. Ultrasonografía diagnostica fetal, obstétrica y ginecológica. Parto pretérmino.[Internet].[citado 23 feb 2013]Capitulo16: 290_300 Disponible en:http://www.bvs.sld.cu/libros/ultrasonografia_diagnostica_fetal/cap16.pdf.
33. Arias Macías G, Rosa Torres M, Pérez Valdés N, Milián Vidal M. Factores prenatales relacionados con la prematuridad: Rev. Cubana Pediatr [internet]. 2001[citado 26 feb 2013]; 73(1):11-5. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-75312001000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
34. Zonana- Nacach A, Baldenebro Preciado R, Ruiz Dorado MA. Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato. Salud Pública Mex. [internet]. 2010[citado 29 mar 2013]; 52:220-225.Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=59d2a615-fcff-48f5-aa4a-a18ddff35d81%40sessionmgr14&vid=1&hid=10>

35. 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). *MatronasProfesion* [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>
36. Koura G, Ouedraogo S, Le Port A, Watier L, Cottrell G, Garcia A, et al. Anemia during pregnancy: impact on birth outcome and infant hemoglobin 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: Academic Search Premier. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=33392574-4f08-424a-9db2-2dcb92e345a2%40sessionmgr4003&vid=0&hid=4201>
37. Francisco Mardones S., Eliana Duran F., Villarroel del P L, Gattini V Daniela, Ahumada M Daniela, Felipe Oyarzun A., Ramírez K. Anemia del embarazo en la Provincia de Concepción, Chile: relación con el estado nutricional materno y el crecimiento fetal. [Internet]. 2008[citado 20 mar 2014]; ALAN v.58 n.2 Caracas jun. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222008000200003&tlng.
38. Montoya Romero JJ, Castelazo Morales E, Valerio Castro E, Velázquez Cornejo G, Nava Muñoz DA, Escárcega Preciado JA, et al. Opinión de un grupo de expertos en diagnóstico y tratamiento de la anemia en la mujer embarazada. [Internet]. 2012 [citado 2 mar 2014]; 80(9):563-580ISSN-0300-9041 Vol. 80, núm. 9, sep. 2012. *Ginecol Obstet Mex*. Disponible

en:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=769513d7-a750-48e6-9092-3997607373b2%40sessionmgr10&vid=1&hid=10>.

39. *Prendes Labrada M de la C, Baños Rodríguez AF, Toledo Dieppa O, LescayMegret O .PREVALENCIA DE ANEMIA EN GESTANTES EN UN ÁREADE SALUD*. Rev. Cubana Med Gen Integr 2000; [Internet]. 16(1):25-30. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_1_00/mgi05100.pdf [citado 21may 2013]
40. *Vargas Torres JM, Bruqueta Yero D, Crespo Bello EM, Castillo Lavielles N*. Factores de riesgo en el parto pretérmino. Municipio Bayamo. Año 1997. *Multimed* 2000; 4(2). [citado 21mar 2014] Disponible en: http://www.multimed.grm.sld.cu/index.php?view=article&catid=93%3Avolumen numero-2-2000&id=782%3Afactores-de-riesgo-en-el-parto-pretermino-municipio-bayamo-ano-1997&format=pdf&option=com_content&Itemid=77
41. Tolosa JE, Echavarría Restrepo LG, Bernardo Agudelo J. Tabaquismo en el embarazo: una epidemia silenciosa prevenible en Colombia Rev. Colomb Obstét Ginecol v.62 n.2 Bogotá abr / jun. [Internet] 2011.[citado 25 mar 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342011000200001&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
42. Wood D. Síndrome de alcoholismo fetal (Alcohol en el embarazo; Consumo de alcohol durante el embarazo; FAS). Texto completo en HTML. Condiciones y Procedimientos En-Breve, 09/01/2012. [citado 25 mar 2014]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=h3h&AN=HL103703&lang=es&site=chc-spa>.
43. Mallol J, Brandenburg D, Madrid R, Sempertegui F, Ramírez L y Jorquera D. Prevalencia de tabaquismo durante el embarazo en mujeres chilenas de bajo nivel socioeconómico. Rev. chilena de enfermedades

respiratorias. v.23 n.1 Santiago mar.[Internet] 2007. *versión On-line* ISSN 0717-7348. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482007000100003>. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071773482007000100003&script=sci_arttext. [citado 26 mar 2014]

44. *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]

45. 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>

46. 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.

47. Rojas-Carrera S, Márquez-Celedonio F, Lagunes-Mijangos A, González-Arriola V. Precisión diagnóstica de la prueba de O'Sullivan en diabetes gestacional. (Spanish). *Revista Medica Del IMSS* [serial on the Internet]. (2013, May), [cited August 10, 2014]; 51(3): 336-339. Available from: MedicLatina. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a55190a3-e546-450e-8c64-6c4b82d2e4b3%40sessionmgr4003&vid=0&hid=4201>

48. Katharina Ko¹, Florian KO, Katharina K , BancherTodesca D, H Helmer H. Diabetes mellitus and the risk of preterm birth with regard to the risk of spontaneous preterm birth. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, September.[Internet] 2010; [Citado 25feb 2013] 23(9): 1004–1008.Disponible en:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6859fa52-4b14-4fbb-b8c7-d3bd979f4147%40sessionmgr4&vid=1&hid=24>.
49. 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
50. [Rodríguez Núñez AC](#), [Felipe Rodríguez O](#). Asma bronquial. Repercusión materna fetal y neonatal Hospital General Docente “Comandante Pinares.[Internet] 2006; Rev. Cubana Obste Ginecol v.32 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000200002&lng=es&nrm=iso. [Citado 25jun2013]
51. Fayad Saeta Y, López Barroso R, Lardoezt Soto E, San Pedro López MI .Cardiopatía y embarazo.[Internet] 2009,[Citado 26jun2013]Ginecol v.35 n.4 .Rev. Cubana Obste Ciudad de la Habana oct.-dic. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000400005&lng=es&nrm=iso
52. Chio Naranjo I, Guerra Chang E, Yanes Calderón M, Román Rubio P, Pérez Torga JE, Pérez Felpeto F. Repercusión del embarazo en gestantes con diagnóstico de cardiopatía congénita.[Internet] 2012. Rev. Cubana Obste Ginecol vol.38 no.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200004&lng=es&nrm=iso [Consulta : fecha de acceso 12 oct 2013]

53. Prado Pérez JM. Enfermedades respiratorias y embarazo. Rev Elect de Port Med Com. 2010; 23(49):1_6.[Citado 26jun2013]Disponible en:<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2349/3/Enfermedades-respiratorias-y-embarazo>
54. Cabello HernánA, Manieu M. Denise, Ruiz C. MAURICIO. 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>.
55. Ugalde-Valencia D, Hernández-Juárez M, Ruiz-Rodríguez M, Villarreal-Ríos E. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. (Spanish). Revista Chilena De Obstetricia Y Ginecología [serial on the Internet]. (2012, Sep), [cited August 10, 2014]; 77(5): 338-341. Available from: MedicLatina. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=4515b5c4-9a1d-4682-bc38-88fd06c64dd3%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4201&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=lth&AN=89235175>
56. Pavón-Gómez N. Diagnóstico y tratamiento de infección de las vías urinarias en embarazadas que acuden a Emergencia y consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque en Managua, Nicaragua. (Spanish). Perinatologia Y Reproduccion Humana [serial on the Internet]. (2013, Jan), [cited August 10, 2014]; 27(1): 15-20. Available from: MedicLatina. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2705ca84-4632-4420-a01d-e830614aa18f%40sessionmgr4003&vid=0&hid=4201>
57. Neira Miranda J. Situaciones límite de la Gineco-obstetricia: Nefropatía y embarazo. Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile [Internet]. 2010 [citado 6 ago. 2013]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica18/Situaciones.html>

58. 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.
59. González Melián D, Blanco Miclín N, Lucas Macías F, Kindelán ER. Principales causas de infecciones vaginales en gestantes ingresadas en el hospital “Reynaldo Chiang Vargas” durante enero - abril del 2001. MEDISAN [Internet]. 2002[citado 12 jun2013]; 6 (3):44-48. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_3_02/san10302.pdf
60. Deborah BN, Hanlon A, Sarmina H, Johnson B, Osnat GH, Haggerty C, et al. Preterm labor and bacterial vaginosis-associated bacteria among urban women.[Internet]. 2009[Citado 2 Jul 2013]; 37(2):130-4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=preterm%20labor%20and%20bacterial%20vaginosis-associated%20bacteria%20among%20urban%20women%3a>
61. Maciques Rodríguez I, Alonso Castellanos M. Diagnóstico y síntomas clínicos de la trichomoniasis vaginal. Rev. Cubana Obstet Gineperinatmed [internet]. 2009[citado 1jul 2013]; 37(2):130-4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=preterm%20labor%20and%20bacterial%20vaginosisassociated%20bacteria%20among%20urban%20women%3a>
62. Vásquez Niebla JC, Ortiz González C, Ley N M, Pérez Penco JM, Calero Ricardo JL. Prevalencia de infecciones cérvico -vaginales en embarazadas en un hospital obstétrico de referencia de Ciudad de la Habana. Rev. Cubana Obstet Gineco [internet]. 2007[citado 27 jul. 2013]; 33 (2) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33_2_07/gin01207.html
63. Fernández Arenas C, Sánchez Ruíz J, Medina Landeta R, González Ponce G, García Pinal M, Vizcaíno de la Cruz V. Reporte de tres casos de embarazo triple. (Spanish). Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología

[serial on the Internet]. (2013, Jan), [cited May 23, 2014]; 39(1): 43-52. Available from: Medic Latina. [Consulta : fecha de acceso 12 abr 2014]

64. López-Uriarte A, Aguinaga-Ríos M. Discordancia de defectos congénitos en recién nacidos de embarazos múltiples en el Instituto Nacional de Perinatología. (Spanish). Perinatología Y Reproducción Humana [serial on the Internet]. (2012, Jan), [cited May 23, 2014]; 26(1): 8-16. Available from: Medic Latina. . [Consulta : fecha de acceso 12 abr 2014]
65. Delgado-Becerra A, Morales-Barque D. Epidemiología del embarazo gemelar doble en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. (Spanish). Perinatología Y Reproducción Humana [serial on the Internet]. (2013, July), [cited May 23, 2014]; 27(3): 153-160. Available from: Medic Latina. [Consulta : fecha de acceso 12 abr 2014]
66. Polihidramnios y Oligohidramnios. Codificación CIE10.040 polihidramnios.041 otros trastornos del líquido amniótico y de las membranas. Disponible en: <http://www.farmacologiavirtual.org/Descargas/ProtocolosPDF/POLIHIDRAMNIOS%20Y%20OLIGOHDAMNIOS.pdf>. [Consulta : fecha de acceso 12 abr 2014]
67. 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]
68. Alteraciones del líquido amniótico: Diagnóstico y tratamiento. *Protocolos UMF Vall Hebrón*. Disponible en: <http://svgo.es/sites/default/files/Alteraciones%20del%20l%C3%ADquido%20amni%C3%B3tico%20Diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento.pdf> [Consulta : fecha de acceso 12 abr 2014]
69. López-Clavijo C, Delos 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>

70. 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]
71. 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=dGJyMPGnr06vr7JJuePfgex64fg3%2Bp9
72. Álvarez Ponce V, Alonso Uría RM. Hipertensión arterial y embarazo. Editorial Ciencias Médicas. Habana. 2013. 62pag, [Consulta : fecha de acceso 12 abr 2014] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/hipertension_arterial_embarazo/hipertension_arterial_embarazo_completo.pdf
73. Godoy Torales GM, Zacur de Jiménez M. Restricción de crecimiento intrauterino, causas, características clínicas y evaluación de factores asociados. Internet. *Pediatr. (Asunción)*, Vol. 35; Nº 2; 2010 Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v35n2/v35n2a02.pdf> Fecha de consulta 15 ene 2014.
74. Jiménez Miranda GA, Avalos Escalona FM, Sánchez Batista R. Aplicación del programa nacional de maternidad y paternidad responsables. Evaluación y control de sus acciones integrales [artículo en línea]. MEDISAN 2005; 9 (2). Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san03205.htm [consulta: fecha de acceso15ene2014]

75. 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 [1 antecedentes de partos prematuros] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	12	15	27
No expuestos	33	75	108
-----	-----	-----	-----
Total	45	90	135

	Estimación	IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----

Proporción de casos expuestos	0,266667	-	-
Proporción de controles expuestos	0,166667	-	-
Odds ratio	1,818182	0,767491	
4,307261 (Woolf)		0,778312	
4,255834 (Cornfield)			
-----	-----	-----	-----

Fracción atribuible en expuestos	0,450000	-0,302946	
0,767834			
Fracción atribuible poblacional	0,120000	-0,073700	
0,278756			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	1,8750	0,1709
Corrección de Yates	1,3021	0,2538

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,1276
Bilateral	0,1791

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

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	33	37	70
No expuestos	12	53	65
-----	-----	-----	-----
Total	45	90	135

	Estimación	IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----

Proporción de casos expuestos	0,733333	-	-
Proporción de controles expuestos	0,411111	-	-
Odds ratio	3,939189	1,800633	
8,617641 (Woolf)		1,814365	
8,535580 (Cornfield)			
-----	-----	-----	-----

Fracción atribuible en expuestos	0,746141	0,444640	
0,883959			
Fracción atribuible poblacional	0,547170	0,242620	
0,729257			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	12,4764	0,0004
Corrección de Yates	11,2191	0,0008

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,0003
Bilateral	0,0005

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

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	23	26	49
No expuestos	22	64	86
-----	-----	-----	-----
Total	45	90	135

	Estimación	IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----

Proporción de casos expuestos	0,511111	-	-
Proporción de controles expuestos	0,288889	-	-
Odds ratio	2,573427	1,226324	
5,400305 (Woolf)		1,233116	
5,373809 (Cornfield)			
-----	-----	-----	-----

Fracción atribuible en expuestos	0,611413	0,184555	
0,814825			
Fracción atribuible poblacional	0,312500	0,047074	
0,503995			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	6,4072	0,0114
Corrección de Yates	5,4822	0,0192

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,0100
Bilateral	0,0140

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

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	12	27	39
No expuestos	33	63	96
-----	-----	-----	-----
Total	45	90	135

	Estimación	IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----

Proporción de casos expuestos	0,266667	-	-
Proporción de controles expuestos	0,300000	-	-
Odds ratio	0,848485	0,381301	
1,888080 (Woolf)		0,385652	
1,871716 (Cornfield)			
-----	-----	-----	-----

Fracción prevenida en expuestos	0,151515	-0,888080	
0,618699			
Fracción prevenida poblacional	0,036232	-0,203471	
0,228192			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,1623	0,6871
Corrección de Yates	0,0406	0,8404

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,4239
Bilateral	0,8406

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

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	14	23	37
No expuestos	31	67	98
-----	-----	-----	-----
Total	45	90	135

	Estimación	IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----

Proporción de casos expuestos	0,311111	-	-
Proporción de controles expuestos	0,255556	-	-
Odds ratio	1,315568	0,597607	
2,896081 (Woolf)		0,603433	
2,873883 (Cornfield)			
-----	-----	-----	-----

Fracción atribuible en expuestos	0,239872	-0,673340	
0,654706			
Fracción atribuible poblacional	0,074627	-0,165445	
0,265246			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,4654	0,4951
Corrección de Yates	0,2280	0,6330

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,3138
Bilateral	0,5419

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

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	26	25	51
No expuestos	19	65	84
-----	-----	-----	-----
Total	45	90	135

	Estimación	IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----

Proporción de casos expuestos	0,577778	-	-
Proporción de controles expuestos	0,277778	-	-
Odds ratio	3,557895	1,680420	
7,533008 (Woolf)		1,689464	
7,495045 (Cornfield)			
-----	-----	-----	-----

Fracción atribuible en expuestos	0,718935	0,404911	
0,867251			
Fracción atribuible poblacional	0,415385	0,157844	
0,594166			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	11,4863	0,0007
Corrección de Yates	10,2455	0,0014

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,0007
Bilateral	0,0012

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

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	12	30	42
No expuestos	33	60	93
-----	-----	-----	-----
Total	45	90	135

	Estimación	IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----

Proporción de casos expuestos	0,266667	-	-
Proporción de controles expuestos	0,333333	-	-
Odds ratio	0,727273	0,329131	
1,607035 (Woolf)		0,332794	
1,593493 (Cornfield)			
-----	-----	-----	-----

Fracción prevenida en expuestos	0,272727	-0,607035	
0,670869			
Fracción prevenida poblacional	0,073171	-0,165195	
0,262774			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	0,6221	0,4303
Corrección de Yates	0,3499	0,5541

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,2791
Bilateral	0,5545

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

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla	Casos	Controles	Total
Expuestos	9	18	27
No expuestos	36	72	108
Total	45	90	135

	Estimación	IC (95,0%)	
Proporción de casos expuestos	0,200000	-	-
Proporción de controles expuestos	0,200000	-	-
Odds ratio	1,000000	0,408772	
2,446350 (Woolf)		0,416412	
2,410889 (Cornfield)			
Fracción atribuible en expuestos	0,000000	-1,446350	
0,591228			
Fracción atribuible poblacional	0,000000	-	-

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	0,0000	1,0000
Corrección de Yates	0,0521	0,8195

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,5843
Bilateral	1,0000

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

Tipo de estudio : Caso-control

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	18	19	37
No expuestos	27	71	98
-----	-----	-----	-----
Total	45	90	135

	Estimación	IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----

Proporción de casos expuestos	0,400000	-	-
Proporción de controles expuestos	0,211111	-	-
Odds ratio	2,491228	1,139382	
5,447005 (Woolf)		1,148271	
5,410807 (Cornfield)			
-----	-----	-----	-----

Fracción atribuible en expuestos	0,598592	0,122331	
0,816413			
Fracción atribuible poblacional	0,239437	0,012215	
0,414390			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	5,3799	0,0204
Corrección de Yates	4,4724	0,0344

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,0183
Bilateral	0,0252

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

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

Tabla

	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	3	7	10
No expuestos	42	83	125
-----	-----	-----	-----
Total	45	90	135

	Estimación	IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----

Proporción de casos expuestos	0,066667	-	-
Proporción de controles expuestos	0,077778	-	-

Odds ratio	0,846939	0,208331
3,443110 (Woolf)		0,227378
3,187096 (Cornfield)		
-----	-----	-----

Fracción prevenida en expuestos	0,153061	-2,443110
0,791669		
Fracción prevenida poblacional	0,011169	-0,091162
0,103903		

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,0540	0,8162
Corrección de Yates	0,0135	0,9075

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,5593
Bilateral	1,0000
[11 antecedentes de hipertensión arterial crónica] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples	

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	10	28	38
No expuestos	35	62	97
-----	-----	-----	-----
Total	45	90	135

	Estimación	IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----

Proporción de casos expuestos	0,222222	-	-
Proporción de controles expuestos	0,311111	-	-
Odds ratio	0,632653	0,275179	
1,454506 (Woolf)		0,279171	
1,438742 (Cornfield)			
-----	-----	-----	-----

Fracción prevenida en expuestos	0,367347	-0,454506	
0,724821			
Fracción prevenida poblacional	0,095491	-0,114719	
0,266060			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	1,1720	0,2790
Corrección de Yates	0,7737	0,3791

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,1903
Bilateral	0,3158

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

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	2	8	10
No expuestos	43	82	125
-----	-----	-----	-----
Total	45	90	135

	Estimación	IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----

Proporción de casos expuestos	0,044444	-	-
Proporción de controles expuestos	0,088889	-	-
Odds ratio	0,476744	0,096946	
2,344450 (Woolf)		0,110215	
2,093378 (Cornfield)			
-----	-----	-----	-----

Fracción prevenida en expuestos	0,523256	-1,344450	
0,903054			
Fracción prevenida poblacional	0,044621	-0,045553	
0,127017			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,8640	0,3526
Corrección de Yates	0,3375	0,5613

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,2901
Bilateral	0,4952

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

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-------	-------	-----------	-------

-----	-----	-----	-----
Expuestos	13	37	50
No expuestos	32	53	85
-----	-----	-----	-----
Total	45	90	135

-----	Estimación	IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----
Proporción de casos expuestos	0,288889	-	-
Proporción de controles expuestos	0,411111	-	-
Odds ratio	0,581926	0,269624	
1,255963 (Woolf)		0,272187	
1,246762 (Cornfield)			
-----	-----	-----	-----

Fracción prevenida en expuestos	0,418074	-0,255963	
0,730376			
Fracción prevenida poblacional	0,138694	-0,110286	
0,331841			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	1,9218	0,1657
Corrección de Yates	1,4334	0,2312

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,1150
Bilateral	0,1893

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

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	5	11	16
No expuestos	40	79	119
-----	-----	-----	-----
Total	45	90	135

-----	Estimación	IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----
Proporción de casos expuestos	0,111111	-	-
Proporción de controles expuestos	0,122222	-	-
Odds ratio	0,897727	0,291897	
2,760959 (Woolf)		0,304910	
2,662081 (Cornfield)			

-----	-----	-----	-----

Fracción prevenida en expuestos 0,708103	0,102273	-1,760959	
Fracción prevenida poblacional 0,130836	0,011264	-0,124757	

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,0355	0,8507
Corrección de Yates	0,0089	0,9250

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,5470
Bilateral	1,0000

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

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	16	39	55
No expuestos	29	51	80
-----	-----	-----	-----
Total	45	90	135

	Estimación	IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----

Proporción de casos expuestos	0,355556	-	-
Proporción de controles expuestos	0,433333	-	-
Odds ratio	0,721485	0,344515	
1,510937 (Woolf)		0,346970	
1,502150 (Cornfield)			
-----	-----	-----	-----

Fracción prevenida en expuestos 0,655485	0,278515	-0,510937	
Fracción prevenida poblacional 0,315337	0,091944	-0,204338	

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,7517	0,3859
Corrección de Yates	0,4641	0,4957

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-------------------------	---------

Unilateral	0,2487
Bilateral	0,4587

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

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	24	29	53
No expuestos	21	61	82
-----	-----	-----	-----
Total	45	90	135

	Estimación	IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----
Proporción de casos expuestos	0,533333	-	-
Proporción de controles expuestos	0,322222	-	-
Odds ratio	2,403941	1,154115	
5,007240 (Woolf)			
		1,160244	
4,982716 (Cornfield)			
-----	-----	-----	-----
Fracción atribuible en expuestos	0,584016	0,133535	
0,800289			
Fracción atribuible poblacional	0,311475	0,029465	
0,511542			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	5,6069	0,0179
Corrección de Yates	4,7565	0,0292

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,0149
Bilateral	0,0246

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

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	32	46	78
No expuestos	13	44	57

-----	-----	-----	-----
Total	45	90	135

	Estimación	IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----

Proporción de casos expuestos	0,711111	-	-
Proporción de controles expuestos	0,511111	-	-
Odds ratio	2,354515	1,094825	
5,063587 (Woolf)		1,102687	
5,017872 (Cornfield)			
-----	-----	-----	-----

Fracción atribuible en expuestos	0,575284	0,086612	
0,802512			
Fracción atribuible poblacional	0,409091	0,021135	
0,643287			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	4,9190	0,0266
Corrección de Yates	4,1334	0,0420

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,0202
Bilateral	0,028
[18 embarazos múltiples] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples	

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	3	3	6
No expuestos	42	87	129
-----	-----	-----	-----
Total	45	90	135

	Estimación	IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----

Proporción de casos expuestos	0,066667	-	-
Proporción de controles expuestos	0,033333	-	-
Odds ratio	2,071429	0,400961	
10,701334 (Woolf)		0,457243	
9,389387 (Cornfield)			
-----	-----	-----	-----

Fracción atribuible en expuestos	0,517241	-1,494009
0,906554		
Fracción atribuible poblacional	0,034483	-0,053282
0,114934		

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,7849	0,3757
Corrección de Yates	0,1962	0,6578

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,3171
Bilateral	0,4000

[19 alteraciones del líquido amniótico] Tablas de contingencia:
Tablas 2x2 simples

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	5	14	19
No expuestos	40	76	116
-----	-----	-----	-----
Total	45	90	135

	Estimación	IC (95,0%)
-----	-----	-----

Proporción de casos expuestos	0,111111	- -
Proporción de controles expuestos	0,155556	- -
Odds ratio	0,678571	0,228025
2,019335 (Woolf)		0,237461
1,954104 (Cornfield)		
-----	-----	-----

Fracción prevenida en expuestos	0,321429	-1,019335
0,771975		
Fracción prevenida poblacional	0,045226	-0,094017
0,166747		

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,4900	0,4839
Corrección de Yates	0,1914	0,6617

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,3379

Bilateral 0,6040
 [20 antecedentes de enfermedades del útero] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	9	16	25
No expuestos	36	74	110
-----	-----	-----	-----
Total	45	90	135

	Estimación	IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----

Proporción de casos expuestos	0,200000	-	-
Proporción de controles expuestos	0,177778	-	-
Odds ratio	1,156250	0,466075	
2,868455 (Woolf)		0,475141	
2,824179 (Cornfield)			
-----	-----	-----	-----

Fracción atribuible en expuestos	0,135135	-1,145579	
0,651380			
Fracción atribuible poblacional	0,027027	-0,158869	
0,183103			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,0982	0,7540
Corrección de Yates	0,0061	0,9376

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,4622
Bilateral	0,8156

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

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	7	13	20
No expuestos	38	77	115
-----	-----	-----	-----
Total	45	90	135

	Estimación	IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----

Proporción de casos expuestos	0,155556	-	-
Proporción de controles expuestos	0,144444	-	-
Odds ratio	1,091093	0,402345	
2,958865 (Woolf)			
		0,413791	
2,891094 (Cornfield)			
-----	-----	-----	-----

Fracción atribuible en expuestos	0,083488	-1,485430	
0,662033			
Fracción atribuible poblacional	0,012987	-0,148388	
0,151685			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,0293	0,8640
Corrección de Yates	0,0073	0,9317

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,5258
Bilateral	1,0000

[22 PLACENTA PREVIA] Tablas de contingencia: Tablas 2x2 simples

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

Tabla	Casos	Controles	Total
-----	-----	-----	-----
Expuestos	2	7	9
No expuestos	43	83	126
-----	-----	-----	-----
Total	45	90	135

	Estimación	IC (95,0%)	
-----	-----	-----	-----

Proporción de casos expuestos	0,044444	-	-
Proporción de controles expuestos	0,077778	-	-
Odds ratio	0,551495	0,109792	
2,770197 (Woolf)			
		-	
2,462291 (Cornfield)			
-----	-----	-----	-----

Fracción prevenida en expuestos	0,448505	-1,770197	
0,890208			
Fracción prevenida poblacional	0,033449	-0,054415	
0,113991			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	0,5357	0,4642
Corrección de Yates	0,1339	0,7144

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,3709
Bilateral	0,7173

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

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

Tabla	Casos	Controles	Total
Expuestos	2	8	10
No expuestos	43	82	125
Total	45	90	135

	Estimación	IC (95,0%)	
Proporción de casos expuestos	0,044444	-	-
Proporción de controles expuestos	0,088889	-	-
Odds ratio	0,476744	0,096946	
2,344450 (Woolf)		0,110215	
2,093378 (Cornfield)			
Fracción prevenida en expuestos	0,523256	-1,344450	
0,903054			
Fracción prevenida poblacional	0,044621	-0,045553	
0,127017			

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	0,8640	0,3526
Corrección de Yates	0,3375	0,5613

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,2901
Bilateral	0,4952